



# **LEPOSITEIDEN KÄYTTÖ SOMAATTISILLA VUODEOSASTOILLA**

Kartoitus erikoissairaanhoidosta

Sanna Marttinen

Iida Määttänen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SANNA MARTTINEN & IIDA MÄÄTTÄNEN:  
Lepositeiden käyttö somaattisilla vuodeosastoilla  
Kartoitus erikoissairaanhoidosta

Opinnäytetyö 57 sivua, joista liitteitä 9 sivua  
Lokakuu 2013

---

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin lepositeiden käytön toteutumista erään sairaalan somaattisilla vuodeosastoilla hoitajien kokemana. Lepositeiden käyttöä tarkasteltiin potilasturvallisuuden, hoitotyön etiikan ja lainsäädännön toteutumisen näkökulmasta. Lisäksi selvitettiin hoitajien kokemuksia erään kaupungin erikoissairaanhoidon ohjeiden toimivuudesta käytännössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitajien osaamista lepositeiden käytössä somaattisilla vuodeosastoilla ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävillä kyselylomakkeilla. Kyselyyn vastasi erikoissairaanhoidon viiden eri somaattisen vuodeosaston 25 hoitajaa. Vastaukset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä.

Hoitajien vastauksien mukaan lepositeitä käytettiin yleisimmin tilanteissa, joissa potilas käyttäytyi sekavasti ja aggressiivisesti. Eniten potilasturvallisuutta vaarantavia tilanteita syntyi lepositeiden virheellisestä kiinnityksestä. Tästä johtuen potilaat saattoivat päästä irrottautumaan vöistä. Hoitajien vastauksista ilmeni, että juuri lepositeiden kiinnitykseen kaivattiin koulutusta. Tyypillisin eettinen ristiriita lepositeiden käytössä oli potilaan oikeuksien rajoittaminen tahdonvastaisella sitomisella. Lainsäädännön noudattaminen koettiin haastavaksi potilaan riittävän tarkkailun osalta. Hoitajat kertoivat hyödyntäneensä kaupungin erikoissairaanhoidon ohjeita lepositeiden käytöstä vaihtelevasti.

Somaattisilla vuodeosastoilla käytetään lepositeitä harvoin, minkä vuoksi hoitajat voivat kokea epävarmuutta sitoessa potilasta. Kehittämisehdotuksena osastoille on lepositeiden käyttöä koskevan koulutuksen järjestäminen. Koulutusaiheina voisi olla hoitajien vastauksista esille tulleita aiheita. Näitä ovat esimerkiksi lepositeiden oikeaoppinen kiinnitys ja tilanteet, joissa lepositeiden käyttö on perusteltua. Jatkotutkimusaiheena voisi olla haastattelututkimus, kuinka hoitajat ovat hyötäneet saamastaan koulutuksesta.

---

Asiasanat: fyysinen rajoittaminen, hoitotyön etiikka, potilasturvallisuus

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

SANNA MARTTINEN & IIDA MÄÄTTÄNEN:  
Physical Restraint in Somatic Wards  
A Survey in Special Health Care

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 9 pages  
October 2013

---

The purpose of this thesis was to gather information on how nurses experience the use of physical restraints on patients in somatic wards. The study was observed from the perspective of patient safety, nursing ethics and legislation. Also it was found out how nurses benefit from the hospital written manual on physical restraining. The objective of this study was to develop nurses' skills using restraint devices.

The approach of this study was qualitative. The data were collected via a questionnaire from 25 nurses in five somatic wards. The questions presented in the questionnaire were open questions. The data were analyzed using qualitative content analysis.

The respondents stated that the most common reason to use physical restraint was patient's aggressive and disorientated behavior. Most often patient safety was endangered when a patient was tied down in a wrong way. Nurses responded that they needed more education about physical restraining. Nursing ethics was experienced challenging to comply when nurses had to restrain a patient against their will. Nurses experienced that it was demanding to observe patient as often as legislation demands. The manual of physical restraining was benefitted variously among nurses.

The physical restraining is seldom used in somatic care and therefore nurses can feel insecure when tying a patient down. The findings indicate that nurses need more education on how to tie a patient down and when it is justified to use physical restraining. Further research is required to interview nurses how they were able to develop their skills after education.

---

Key words: physical restraint, nursing ethics, patient safety

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Fyysinen rajoittaminen .....	7
3.1.1	Fyysinen rajoittaminen hoitajien kokemana .....	9
3.1.2	Lepositeet.....	10
3.2	Potilasturvallisuus.....	12
3.3	Lainsäädäntö ja asetukset .....	14
3.3.1	Mielenterveyslaki.....	15
3.3.2	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista .....	16
3.4	Hoitotyön etiikka .....	17
3.4.1	Eettiset ohjeet.....	18
3.4.2	Itsemääräämisoikeus .....	20
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	22
4.1	Kvalitatiivinen menetelmä.....	22
4.1.1	Aineistonkeruu.....	23
4.1.2	Sisällönanalyysi .....	24
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	27
5.1	Lepositeiden käyttötapaukset .....	27
5.2	Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät.....	28
5.3	Hoitajien koulutustarve.....	29
5.4	Eettiset ristiriidat .....	30
5.5	Lainsäädännön toteutuminen .....	32
5.6	Kirjallisten ohjeiden hyödyntäminen.....	33
6	POHDINTA .....	35
6.1	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet .....	35
6.1.1	Lepositeiden käytön toteutuminen .....	35
6.1.2	Hoitotyön etiikan ja lainsäädännön toteutuminen.....	37
6.1.3	Erikoissairaanhoidon ohjeiden hyödyntäminen .....	40
6.2	Etiikka.....	40
6.3	Luotettavuus .....	42
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET .....	49
	Liite 1. Saatekirje.....	49
	Liite 2. Kyselylomake.....	50
	Liite 3. Tutkimustaulukko.....	52
	Liite 4 Analyysirunko .....	57

## 1 JOHDANTO

Jokaisen potilaan oikeuksiin kuuluu saada laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) velvoittaa hoitohenkilökuntaa hoitamaan potilaita yhteisymmärryksessä heidän kanssaan ihmisarvoa loukkaamatta sekä kunnioittamaan heidän yksityisyyttään. Jotta potilas saisi hänen terveydentilansa kannalta parasta mahdollista hoitoa, voidaan potilaan itsemääräämisoikeutta joutua rajoittamaan. (Mielenterveyslaki 1990; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Fyysisen rajoittamisen eri keinot liitetään usein psykiatriseen hoitoon, minkä vuoksi aiheesta on huomattavasti vähemmän tutkittua tietoa somaattisesta sairaanhoidosta. Tästä huolimatta lepositeitä ja muita rajoittamisen keinoja käytetään myös somaattisilla vuodeosastoilla, joten sairaanhoitajan on tärkeää tietää niihin liittyvät erityispiirteet. Saarnion, Isolan ja Backmanin (2007) tutkiessa fyysisten rajoitteiden käyttöä selvisi, että 88% työyksiköistä oli rajoitettu potilaiden liikkumavapautta edeltäneen viikon aikana. Lepositeiden käyttöön liittyy väistämättä eettisesti ristiriitaisia tilanteita, joihin hoitajan on osattava varautua. (Heiskanen-Haarala 2010.) Lepositeiden käytön tulee perustua potilasturvallisuuden turvaamiseen ja siitä saadun hyödyn on oltava suurempi kuin haitan (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13).

Opinnäytetyössä kartoitetaan lepositeiden käyttöä erikoissairaanhoidossa somaattisilla vuodeosastoilla potilasturvallisuuden näkökulmasta sairaanhoitajien kokemana. Työssä selvitetään myös kuinka hoitajat hyödyntävät olemassa olevia ohjeita fyysisen rajoittamisen tukena. Tässä opinnäytetyössä lepositeiden käytöllä käsitetään potilaan sitomista sänkyyn erikoisvalmisteisilla siteillä keskivartalosta, käsistä tai jaloista. Työn ulkopuolelle jätetään muut fyysisen rajoittamisen keinot kuten ovien lukitseminen ja kiinnittäminen. Opinnäytetyön aihe saatiin työelämäyhteyshenkilöltä ja työ tehtiin erään kaupungin erikoissairaanhoidon yksiköille. Laadullinen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla viideltä erityyppiseltä somaattiselta vuodeosastolta.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lepositeiden käyttöä somaattisilla vuodeosastoilla erikoissairaanhoidossa.

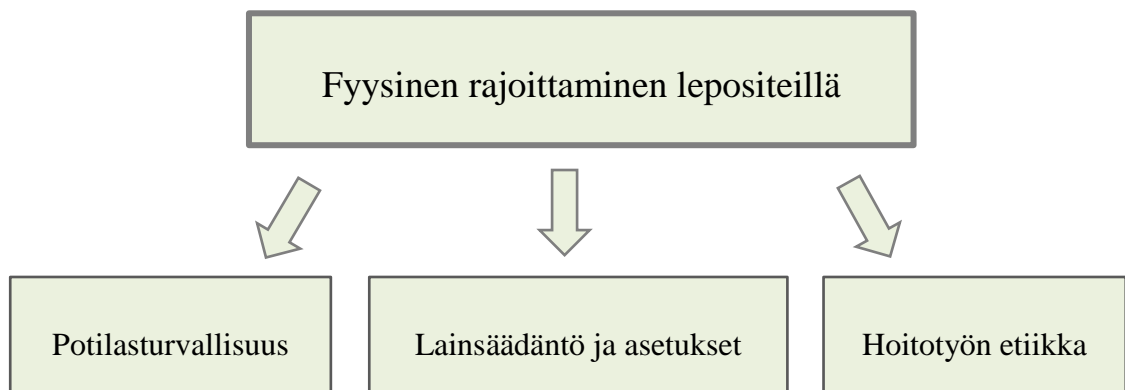
Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Kuinka hoitajat kokevat lepositeiden käytön toteutumisen somaattisella vuodeosastolla potilasturvallisuuden näkökulmasta?
- 2) Kuinka hoitajat kokevat hoitotyön etiikan ja lainsäädännön toteutuvan lepositeiden käytössä?
- 3) Miten hoitajat kokevat olemassa olevien ohjeiden lepositeiden käytöstä toimivan käytännön hoitotyössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitajien osaamista lepositeiden käytössä somaattisilla vuodeosastoilla ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta. Lisäksi tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä aiheesta ja mahdollisuutta hyödyntää tietoa tulevaisuudessa omassa työssään.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kuviossa 1. on esitelty opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat. Viitekehyksessä käsitellään potilaan fyysistä rajoittamista sitomalla ja siihen liittyviä erityispiirteitä. Seuraavaksi esitellään työn kannalta olennaista lainsäädäntöä ja eettisiä ohjeita, jotka ohjaavat hoitohenkilökuntaa lepositeiden käytössä. Lopuksi käsitellään potilasturvallisuutta lisääviä keinoja.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys, lepositeiden käyttö somaattisella vuodeosastolla

#### 3.1 Fyysinen rajoittaminen

Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan kaikkia niitä toimia, joiden tarkoituksena on potilaan fyysisen liikkumisvapauden rajoittaminen. Näitä ovat muun muassa potilaan kiinnittäminen vyöllä pyörätuoliin, geriatriseen tuoliin tai tavalliseen tuoliin, potilaan liikkumisen rajoittaminen magneettivyön, lepositeiden tai rannepidikkeiden avulla sekä huoneen oven lukitseminen. Myös sängynlaitojen nostaminen voidaan tulkita fyysisen vapauden rajoittamiseksi jos sen tarkoituksena on estää potilaan liikkuminen. (Saarnio & Isola 2009, 267.)

Fyysiseen rajoittamiseen päädytään yleisimmin silloin, kun potilas on vaaraksi itselleen tai hoitohenkilökunta pelkää potilaan kaatuvan tai eksyvän. Muistisairas potilas ei välttämättä muista omien sairauksiensa aiheuttamia rajoitteita. Myös eräät perussairaudet voivat aiheuttaa potilaalle oireita, joiden takia potilaan fyysistä liikkumavapautta joudu-

taan rajoittamaan potilaan omaksi turvaksi. Toiseksi yleisintä fyysinen rajoittaminen on silloin, kun potilas on häiriöksi ympäristölleen ollessaan aggressiivinen, levoton ja sekava. Taatakseen hoitotoimenpiteiden onnistumisen, voi henkilökunta katsoa sitomisen olevan tarpeellinen, esimerkiksi jos potilaan hoidossa käytetään suonensisäistä infuusiota, avannesidosta tai nenämahaletkua. Tällöin estetään potilaan mahdollisuus ottaa irti hoidolle välttämättömiä, mutta potilaalle epämiellyttäviä hoitovälineitä. Joissain tilanteissa joko potilas itse tai omaiset toivovat fyysisten rajoitteiden käyttöä turvallisuuden tunteen lisäämiseksi. (Saarnio, Isola & Backman 2007; Saarnio & Isola 2009, 269–270.)

Fyysisestä rajoittamisesta voi tulla työyksikössä rutiininomainen tapa hoitohenkilökunnan keskuudessa. Tällöin potilaan häiriköinti voidaan katsoa riittäväksi perusteeksi fyysiselle rajoittamiselle, vaikka hän ei välttämättä olisi vaaraksi itselleen tai muille. Myös liian vähäinen henkilökunnan määrä lisää fyysisten rajoitteiden käyttöä. (Saarnio & Isola 2009, 269.) Esimerkiksi hoitajien palaverien aikana vanhuksia on sidottu, jotta hoitajat pääsevät osallistumaan niihin (Saario ym. 2007).

Fyysistä rajoittamista edeltävästi tulisi hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden keskustella ja arvioida potilaan sen hetkistä tilaa. Samalla tulisi myös pohtia vaihtoehtoisia keinoja, jotta potilaan fyysistä vapautta ei tarvitsisi rajoittaa. Turhan rajoittamisen välttämiseksi tulee potilaan vointia arvioida ja kirjata säännöllisin väliajoin. Säännöllinen ja tarkka kirjaaminen on tärkeä osa fyysisesti rajoitetun potilaan hoitoa. (Saarnio & Isola 2009, 271.)

Timlin ja Kyngäs (2008) ovat kirjoittaneet artikkelin heidän tutkimuksestaan fyysisen rajoittamisen toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Sen mukaan yli puolet vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että fyysinen rajoittaminen ei ole välttämätöntä aggressiivisen potilaan hoidossa. Lähes kaikki pyrkivät ensin rauhoittamaan väkivaltaista potilasta keskustelemalla. Tämän lisäksi hoitajien käyttämiä rauhoittelukeinoja olivat eristäminen ja fyysinen kiinnipitäminen. (Timlin & Kyngäs 2008.)

Potilaaseen kohdistuvat haitat fyysisten rajoitteiden käytöstä voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Fyysisiä haittoja ovat esimerkiksi liikkumattomuus, inkontinenssi, painehaavat ja altistuminen infektioille ja ennenaikaiselle kuolemalle sekä lääkkeiden tarpeen lisääntyminen. Potilaan perusoikeuksia kuten henkilökohtaista koskemattomuutta ja liikkumisvapautta sekä itsemääräämisoikeutta loukataan liikkumista



rajoitettaessa. Potilaat ovat kuvanneet tuntevansa olonsa kuin vangiksi tai ansaan joutu-neeksi fyysisen rajoittamisen aikana. (Saarnio & Isola 2009, 272.) Potilaiden kuntou-tumista hidastaa hoitoympäristö, jossa käytetään paljon fyysisen rajoittamisen keinoja. Tämän lisäksi laitostumista esiintyy vähemmän potilaan autonomiaa kunnioittavissa hoitolaitoksissa, joissa fyysisiä rajoituskeinoja käytetään vain turvallisen ja tehokkaan hoidon takaamiseksi. (Taylor, Killaspy, Wright ym. 2009.)

Saarnion ym. (2007) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien kokemuksia potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Tulosten mukaan viikon aikana fyysisen rajoittamisen keinoja oli käy-tetty 88 %:ssa työyksiköistä. Rajoittamista havaittiin vähemmän vanhainkodeissa ja niissä hoitoyksiköissä, joissa oli korkeintaan 20 potilaspaiikkaa. Eniten fyysisiä rajoitus-keinoja käytettiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Yleisimpiä rajoituskeinoja olivat sängynlaitojen nostaminen ylös, potilaan istuttaminen geriatrisessa tuolissa pöytälevyn takana, pyörätuoliin tai tavalliseen tuoliin turvavyöllä kiinnittäminen, turvaliivin, mag-neettivyön tai lepositeiden käyttö ja huoneen oven lukitseminen. (Saarnio ym. 2007.)

### **3.1.1 Fyysinen rajoittaminen hoitajien kokemana**

Potilaan liikkumisen rajoittaminen herättää hoitajassa muun muassa surullisuutta, syy-lisyyttä ja sääliä potilasta kohtaan. Osalla hoitajista ei noussut tunteita potilaan fyysistä vapautta rajoittaessa. Hoitajat saavat tukea kollegoiltaan näiden tilanteiden aiheuttamien tunteiden selvittämiseen ja läpikäymiseen. (Saarnio & Isola 2009, 272.) Kontion (2011) mukaan kollegoiden tuki koettiin tärkeäksi tekijäksi rajoitteiden käytön yhteydessä. Eri-tyisesti kaivattiin keskustelua eettisesti haastavista tilanteista moniammatillisessa työ-ryhmässä. (Kontio 2011, 44.) Timlinin ja Kyngäksen (2008) tutkimuksesta selviää, että niin sanottu jälkipuinti eli keskustelu potilaan ja työryhmän kanssa toteutui 88%:n mie-lestä. Pelokkaan henkilökunnan on mahdotonta hoitaa sidottua potilasta oikein ja turval-lisesti, minkä vuoksi henkilökunnan turvallisuuden takaaminen on tärkeää lepositeiden käytön yhteydessä (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012).

Kontion (2011) tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että akuuttihoitotyöhön kaivattiin enemmän henkilökuntaa, osastojen potilasmäärien tulisi olla pienempiä ja niiden suun-nittelussa tulisi ottaa huomioon myös turvallisuusasiat. Vaaratilanteiden varalle tarvi-taan selkeät, toimipaikkakohtaiset toimintaohjeet. Kaikille ammattiryhmien edustajille

tulisi järjestää säännöllistä koulutusta fyysisten rajoitteiden käytöstä keskittyen eettisiin, kliinisiin ja lainsäädännöllisiin asioihin. Myös käytännön harjoituksia kaivattiin hoitotilanteiden tueksi. (Kontio 2011, 44.)

### 3.1.2 Lepositeet

Leposide-eristyksellä tarkoitetaan potilaan sitomista sänkyyn erikoisvalmisteisilla siteillä keskivartalosta, käsistä ja jaloista (Aaltonen & Rosenberg 2013, 69). Lepositeiden käyttö on aina poikkeuksellinen hoitokeino, jonka tarkoituksena on rajoittaa potilaan fyysistä liikkumisvapautta. Fyysistä rajoittamista sitomalla joudutaan käyttämään esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas on vaaraksi itselleen tai muille eikä eristäminen ole riittävä toimenpide. Potilaan sitomisen tulisi olla mahdollisimman lyhytaikaista ja sen aikana häntä tulee valvoa normaalia tarkemmin. Hoitava lääkäri arvioi sitomisen tarvetta ja sen kestoa tutkimalla potilaan terveydentilaa. (Kaivola & Lehtonen 2006.)

Lepositeitä tulee käyttää potilaan terveydentilaa ja turvallisuusriskejä tarkoin arvioiden. Lepositeiden käyttö ainoana hoitokeinona on kiellettyä eikä niillä tai muilla rajoittamistoimenpiteillä ole tarkoitus eristää potilasta henkilökunnasta. Lepositeissä olevalle potilaalle nimetään vierihoitaja, joka läsnäolollaan luo turvallisuudentunnetta potilaalle ja keskustelee potilaan kanssa. Sidotun potilaan tarpeisiin on reagoitava normaalia herkemmin ja hänen somaattista sekä psyykkistä tilaa on seurattava normaalia useammin, vähintään lääkärin määräysten mukaisesti. Hoitohenkilökunnan on huomioitava potilaan perustarpeet ja huolehdittava päivittäisten toimintojen onnistumisesta turvallisesti. (Kaivola & Lehtonen 2006; Repo-Tiihonen ym. 2012; Aaltonen & Rosenberg 2013, 69.) Timlinin ja Kyngäksen (2008) mukaan lähes kaikki hoitajat huomioivat aggressiivista potilasta rajoittamisen aikana.

Tarvittaessa sidotulle potilaalle tulee järjestää kriisiapua (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012). On tärkeää muistaa, että lepositeiden käyttöön voi liittyä myös haittatapahtumia. Näitä ovat liian pitkäaikaisesta paikallaan olostai aiheutuva tromboembolia eli verisuonen tukkeuma, aspiraatio eli nesteen henkeen vetäminen ja liian kireällä olevista sidoksista hermovaurioita. Potilasta sidottaessa tämä tulee tutkia huolellisesti ja varmistaa, ettei hänellä tai hänen lähellään ole esineitä, joilla hänen olisi mahdollista vahingoittaa itseään. Potilaan sitomisen jälkeen tulee välittömästi aloittaa sekavuuden

syyn selvittely ja sen mahdollinen hoito. (Kaivola & Lehtonen 2006; Aaltonen & Rosenberg 2013, 69.)

Hoitohenkilökuntaa ohjaa potilaan sitomistilanteessa mielenterveyslaki (1990). Potilasta hoitava lääkäri arvioi potilaan sen hetkistä tilannetta, jonka perusteella hän päättää sitomisen tarpeellisuudesta. Akuutissa tilanteessa hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus sitoa potilas väliaikaisesti. Tästä on kuitenkin ilmoitettava välittömästi potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. LePOSITEIDEN KÄYTÖN TARPEELLISUUTTA ON ARVIOITAVA LÄÄKÄRIN TOIMESTA NIIN USEIN KUIN POTILAAN TERVEYDENTILA SITÄ EDELLYTTÄÄ. LePOSITEIDEN KÄYTTÖ ON LOPETETTAVA välittömästi kun se on turvallisen hoidon kannalta mahdollista. (Kaivola & Lehtonen 2006; Saarnio & Isola 2009, 271.)

Rajoitustoimenpiteiden käyttöön vaikuttaa huomattavasti vallitseva hoitokulttuuri ja henkilökunnan asenteet. Eri sairaanhoitopiirejä vertailtaessa lePOSITEIDEN KÄYTÖN MÄÄRÄSSÄ havaittiin jopa seitsenkertaiset erot. Edellisen kymmenen vuoden aikana lePOSITEIDEN KÄYTÖSSÄ ei ole määrällisesti ollut merkittäviä muutoksia. Vuonna 2009 tahdosta riippumattomassa hoidossa oli noin 10 000 potilasta ja heistä noin 9%:llä käytettiin sitomisen eri muotoja. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 70.)

Potilaiden kokemukset lePOSITEIDEN KÄYTÖSTÄ ovat sekä negatiivisia että positiivisia. Rajoittamistoimenpiteet voidaan kokea rangaistukseksi, vapauden riistoksi ja järkyttäväksi hoidoksi sekä ne voivat aiheuttaa potilaalle henkisiä traumoja. (Kontio 2011, 40; Aaltonen & Rosenberg 2013, 70.) Aaltosen ja Rosenbergin (2013, 70) mukaan potilaat kokivat, että heidän perustarpeisiinsa ei vastata eivätkä he saa riittävästi huomiota tai tietoa eristämisen tai sitomisen aikana. Myös Kontion (2011, 40) mukaan potilaat kokivat saavansa liian vähän tietoa sekä ennen eristämistä, että sen aikana. Erityisesti potilaat olivat tyytymättömiä siihen, ettei heitä tiedotettu sen hetkisestä tilastaan, hoidostaan tai siitä mitä tapahtuu seuraavaksi eikä eristykseen johtaneesta syystä. Potilaat kertoivat tunteensa vihaa, pelkoa ja yksinäisyyttä eristyksen tai sitomisen aikana. Eristyksen tai sitomisen aikana potilaiden perustarpeista, kuten peseytymisestä ja ruokailusta ei huolehdittu riittävästi. Potilaat kokivat keskustelun henkilökunnan kanssa pääasiassa riittämättömäksi. He toivoivat enemmän hoitajan läsnäoloa ja kosketusta sekä keskustelua. Eristyksen ja sitomisen aikana kaivattiin ajanvietettä, kuten lukemista tai musiikin kuuntelemista. Tutkimuksessa potilaat kertoivat myös rauhoittuneensa eristämisen ja sitomisen aikana. (Kontio 2011, 40.) Suhosen (2007, 35) tutkimuksessa potilaat kertoivat, että

rajoittamistoimenpiteet voidaan kokea turvallisuutta lisääviksi sekä ne voivat antaa vaikutelman huolehtimisesta.

### 3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella hoitohenkilökunnan näkökulmasta tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoitumasta. Se myös pitää sisällään poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ennaltaehkäisyn. Potilaalle merkitys taas on, että hän saa tarvitsemansa hoidon, joka toteutetaan niin, että sen haitta on mahdollisimman vähäinen. Hoidon turvallisuutta voidaan lisätä toimintatavoilla tai järjestelyillä, jotka ovat suunniteltu ottamaan huomioon erilaiset poikkeustapaukset ja tilanteet sen lisäksi että niillä saavutetaan haluttu hoitotulos. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset tarkistuskeinot, joilla varmistetaan asioiden oikein tekeminen sekä se, ettei tarpeellisia asioita unohdeta tehdä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.)

Turvallinen hoito edellyttää yhteistä vastuunottamista, riskien arvioimista, ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä sekä toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Päävastuu potilasturvallisuuden toteutumisesta on organisaation johdolla. Kuitenkin kaikilla työntekijöillä on myös velvollisuus huolehtia omalta osaltaan potilasturvallisuuden toteutumisesta sekä edistää sitä arvioimalla ja kehittämällä jatkuvasti omaa toimintaansa turvallisempaan suuntaan. Johdon tehtävänä on tuoda esille potilasturvallisuutta ja edistää sitä riittävällä henkilökunnalla ja heidän ammattitaidon kehittämisellä. Organisaation kaikkien päätösten seurauksia on arvioitava potilasturvallisuuden näkökulmasta. Oleellista potilasturvallisuuden edistämisen kannalta on, että haittatapahtuman jälkeen vältetään syyllisen etsimistä. On esimiesten velvollisuus varmistaa, että työntekijä saa tarvitsemaansa tukea mahdollisten selvittelyjen aikana ja niiden jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Useissa eri laeissa on määritelty erilaisia toimintamalleja, joilla pyritään potilasturvallisuuden lisäämiseen. Edellä mainittujen lakien lisäksi näitä ovat muun muassa potilasvahinkolaki (1986), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (1994), laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (2010), kansanterveyslaki (1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1989). (Avelin & Lepola 2008, 19.)

Sairaanhoitajien mielipiteitä potilasturvallisuutta edistävästä ja estävästä tekijöistä on tutkittu Yli-Villamon (2008) tutkimuksessa, jossa haastateltiin 15:sta päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa. Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä ovat ammattitaitoinen hoitohenkilökunta, turvalliset tilat ja hoitovälineet, mahdollisuus valvoa potilaita sekä asianmukainen hoito. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoon sisältyy perustaitojen ja -tietojen sekä työnkuvan hallinta, monipuolinen lääkehoidon osaaminen ja hoidossa käytettävien laitteiden oikeaoppinen käyttö. Myös oman koulutustarpeen tunnistaminen koettiin osaksi ammattitaitoisuutta. Hoitoympäristön turvallisuutta lisäävät riittävän avarat tilat, mitkä mahdollistavat potilaan yksityisyyden toteutumisen, sopiva lämpötila, valaistus ja ilmastointi sekä paloturvallisuuden huomiointi. Turvallisissa tiloissa on otettu huomioon myös hygieniakysymykset ja materiaaliratkaisut. Turvallisiksi välineiksi koettiin esimerkiksi laidalliset sängyt. Käytössä olevien välineiden tulisi olla uusia tai uudiskoja ja ne huolletaan säännöllisesti. Välineiden oikea säilytystila ja hyvä saatavuus edistävät omalta osaltaan potilasturvallisuutta. (Yli-Villamo 2008, 30–31.)

Sairaanhoidossa on aina potilasvahinkojen riski huolellisesta hoitotyöstä huolimatta (Potilasvakuutuskeskus 2012). Henkilökunnan ammattitaidoista, työhön sitoutumisesta ja tarkoin säädellystä toiminnasta huolimatta vaaratapahtumat ovat mahdollisia (Sosiaalija- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009). Potilaan turvallisuus pyritään takaamaan monin eri suojauskeinoin ja toimintatavoin. Vaaratilanteita tulee ennakoida mahdollisuuksien mukaan käyttäen edellä mainittuja keinoja. (Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Yli-Villamon (2008) mukaan potilasturvallisuutta heikentävät ammattitaidottomuus, puutteet hoitoympäristössä ja liian vähäinen hoitohenkilökunta. Potilaiden aiheuttamat vaaratilanteet, kuten aggressiivinen käytös, sängystä putoaminen tai karkaaminen on myös heikentäviä tekijöitä. Ammattitaidottomuus on esimerkiksi työtehtävien hallitsemattomuus, kuten heikko lääkehoidon osaaminen ja huonot tietotekniikkataidot. Motivaation puute ja kokemattomuus esimerkiksi lyhytaikaisilla sijaisilla heikentävät potilasturvallisuutta. Hoitajien mielestä kokemattomampien hoitajien tulisi hyödyntää kokeneempien hoitajien tietotaitoa huomattavasti enemmän. Tutkimuksessa vastaajat uskoivat, että riittämätön sekä liian lyhyt perehdytys ja hoitohenkilökunnan suuri vaihtuvuus huonontavat hoitotyön laatua. Lisäksi nykyisen sairaanhoitajakoulutuksen ei koettu antavan riittäviä valmiuksia työelämään. (Yli-Villamo 2008, 32–33.)

Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat, että hoitohenkilökunnan määrä on riittämätön, mistä seurauksena työmäärät yhtä hoitajaa kohden kasvavat liian suuriksi. Hoitohenkilökunnan tarvetta lisäävät myös suuret potilasmäärät ja runsas hoidon tarve. Työmäärän kasvaessa liian suureksi, viivyyttää se hoidon saantia. Kun hoitajan on poistuttava suorittamaan kiireellisempää tehtävää, jäävät muut potilaat vaille valvontaa. Suurempihoitoiset potilaat sitovat hoitohenkilökuntaa ja muut potilaat eivät välttämättä saa tarvitsemaansa hoitoa. Resurssien puute myös estää hoitohenkilökunnan ja omaisten välisen vuorovaikutuksen. (Yli-Villamo 2008, 33–34.)

Mikäli potilas joutuu haittatapahtuman uhriksi, hänelle täytyy kertoa siitä todenmukaisesti. Potilaan tahtoa asiasta kerrotaan myös hänen omaisilleen. Osallisena ollut potilas, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan jäsen tai jäsenet ovat oikeutettuja saamaan tarvittaessa tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Potilasvahingon tapahtuessa vastaa korvauksesta Potilasvakuutuskeskus (Potilasvakuutuskeskus 2012).

Jokaisella hoitoyksiköllä tulisi olla selkeät ohjeet potilasvahinkojen raportoinnista, seurannasta ja käsittelystä. Tavoitteena on, että kaikista haittatapahtumista raportoidaan mahdollisimman matalalla kynnyksellä, jotta tietoja voidaan käyttää jatkossa vastaavien tilanteiden ennaltaehkäisyssä. Haittatapahtumista saadaan tietoa, jota voidaan käyttää hoitohenkilökunnan oppimista edistävänä materiaalina, jotta vastaavanlaisilta virheiltiltä vältyttäisiin tulevaisuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

### **3.3 Lainsäädäntö ja asetukset**

Työturvallisuuslaki (2002) velvoittaa työnantajan perehdyttämään työhön, sen vaaroihin ja tarvittaessa järjestämään täydennyskoulutusta. Mikäli työhön liittyy väkivallan uhkaa, on työnantajan laadittava menettelyohjeet. Näiden avulla pyritään ennaltaehkäisemään vaaratilanteita ja toimintaohjeet niihin (Työturvallisuuslaki 2002). Hoitohenkilökuntaa ohjaa työssään myös mielenterveyslaki (1990) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992). Lakeja noudattamalla hoitohenkilökunta lisää potilasturvallisuutta ja huolehtii omista oikeuksistaan.

### 3.3.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslain (1990) mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia on mahdollista rajoittaa silloin, kun potilas on vaaraksi itselleen tai muille tai sairauden hoito näin edellyttää. Näissä toimenpiteissä on varmistettava sekä potilaan, että hoitohenkilökunnan turvallisuus sekä kunnioitettava potilaan ihmisarvoa. (Mielenterveyslaki 1990.)

Sairauden vääristämä kuva todellisuudesta, mahdolliset harhaluulot tai –aistimukset aiheuttavat potilaalle pelkoa ja kyvyttömyyttä tehdä omaa hyvinvointiaan tukevia päätöksiä. Tämä voi pahimmillaan esiintyä itsetuhoisena tai väkivaltaisena käytöksenä, kun potilas kokee puolustautuvansa harha-aistimuksilta. Tämän vuoksi mielenterveyslainsäädännössä (1990) ohjeistetaan hoitamaan potilasta tarvittaessa vastoin hänen tahtoaan tai rajoittamaan hänen itsemääräämisoikeuksia eri keinoin. Edellä mainittuja tapoja ovat muun muassa leposide-eristäminen, huoneeseen eristäminen, kiinnipitäminen, tutkimuksen tai hoitotoimenpiteen toteuttaminen vastoin potilaan suostumusta sekä liikkumisvapauden rajoittaminen. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 67.)

Vasten potilaan tahtoa tehdyistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä mahdollisesta kiinnipitämisestä tai sitomisesta vastaa potilasta hoitava lääkäri. Hänen on arvioitava sitomistoimenpiteiden tarpeellisuutta niin usein, kuin potilaan sen hetkinen terveydentila edellyttää. Akuutissa tapauksessa hoitohenkilökunnan on mahdollista sitoa potilas ilman lääkärin määräystä, mutta asiasta on ilmoitettava välittömästi hoitavalle lääkärille. Rajoitustoimenpiteet on lopetettava välittömästi, kun ne eivät hoidon kannalta ole enää välttämättömiä. Yli kahdeksan tuntia kestävästä sitomisesta tulee ilmoittaa potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. (Mielenterveyslaki 1990.)

Psykiatrisessa hoitoyksikössä tulee olla yksityiskohtaiset kirjalliset ohjeet potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittaviin hoitotoimenpiteisiin (Mielenterveyslaki 1990). Sairaalan tulee tehdä ilmoitus lääninhallitukselle kahden viikon välein eristämisen- ja sitomistapahatumista. Näin määrää Sosiaali- ja terveysministeriö asetuksessaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen valvonnasta. Myös itsemääräämisoikeuden seuranta tulee toteuttaa pitämällä erillistä luetteloa niistä keinoista, joilla itsemääräämisoikeutta on rajoitettu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Kirjattavia asioita ovat muun muassa rajoitetun potilaan tunnistetiedot, syyt rajoitukselle, rajoituksesta vastaavan lääkärin

nimi ja rajoittamisen toteuttajien nimet. Edellä mainittuja asiakirjoja tulee säilyttää kahden vuoden ajan. (Mielenterveyslaki 1990.)

### **3.3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) velvoittaa järjestämään samanarvoista ja hyvänlaatuista terveyden- ja sairaanhoitoa kaikille Suomessa pysyvästi asuville henkilöille. Hoidon tulee olla potilaan ihmisarvoa, yksityisyyttä ja vakaumuksia kunnioittavaa. Myös potilaan kulttuuriset taustat ja yksilölliset tarpeet tulee huomioida mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Immosen (2005) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien tietämystä potilaan asemasta ja oikeuksista määrävän lain sisällöstä. Tutkittaessa huomattiin, että suurin osa hoitajista luuli kyseessä olevan lain ohjeistavan lepositeiden käytöstä. Vain 21% tiesi, ettei laissa mainita asiasta ja 12% ettei kyseisessä laissa säädetä milloin on lupa käyttää rajoitustoimenpiteitä. (Immonen 2005, 43.)

Lähtökohtaisesti potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä hoito muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä tavoilla. Mikäli potilaan mielipidettä ei voida kuulla, esimerkiksi mielenterveys- tai kehityshäiriön vuoksi, neuvotellaan hänen hoidostaan lähiomaisen kanssa. Jos potilaan läheisten tai laillisen edustajan mielipiteet eroavat hoitoon liittyvissä asioissa tai jos lähiomaisilta ei saada tarvittavaa selvitystä potilaan toiveista, hoidetaan potilasta tavalla jota voidaan pitää hänen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Immosen (2005, 43) mukaan 77 % tutkimukseen vastanneista hoitajista tiesi, että potilaan hoitoa koskevaa tahtoa tulee selvittää tämän omaiselta, mikäli potilas ei itse kykene sitä kertomaan. Vain 26 % tiesi, että potilaan tahtoa tulee tiedustella omaiselta jo ennen hoitotoimenpiteen aloittamista. Hoitajat tiesivät vain kohtalaisesti, että tiedossa olevaa hoitotahtoa tulee noudattaa kaikissa hoitotilanteissa. (Immonen 2005, 43.)



Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden hyödyistä sekä haitoista. Potilaalle tulee antaa selvitys hoitoon liittyvistä asioista, jotka voivat vaikuttaa hoitopäätösten tekemiseen. Tästä voidaan kuitenkin pitäytyä, joko potilaan omasta toiveesta tai kun siitä aiheutuisi vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. Kaikki potilaalle annettava tieto tulee antaa hänelle siinä muodossa, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Ollessaan tyytymätön saamaansa terveyden- tai sairaanhoitoon, on potilaan oikeus tehdä muistutus siihen terveydenhuollon yksikköön, missä hän on ollut hoidossa. Potilaalle on annettava vastaus muistutukseen kohtuullisen ajan sisällä. Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä on oltava potilasasiamies, jonka tehtävänä on antaa tietoa potilaan oikeuksista, selventää heitä koskevaa lainsäädäntöä, auttaa mahdollisen muistutuksen tekemisessä sekä edesauttaa potilaan oikeuksien toteutumista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata tarvittavat tiedot potilasasiakirjoihin hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Kirjaukset tulee tehdä ymmärrettävästi ja yksiselitteisesti. Potilasasiakirjat tulee säilyttää erikseen määritellyn ajan ja ne tulee hävittää kun säilyttämiselle ei ole enää perustetta. Potilasasiakirjojen sisältö on salassa pidettävää ja niitä saa käsitellä vain potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Terveydenhuollon ammattihenkilö saa luovuttaa potilasasiakirjojen sisältöä vain potilaan annettua siihen kirjallisen luvan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Sosiaali- ja terveysministeriön 2009.)

### **3.4 Hoitotyön etiikka**

Eettisenä lähtökohtana hoitotyössä on potilaiden perusoikeuksien kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden arvostaminen ja potilaiden yhdenvertainen kohtelu. (International Council of Nurses 2012.) Hoitoaikojen lyhentyessä ja hoitovaihtoehtojen monipuolistuksessa potilaiden vastuu omasta hoidostaan kasvaa. Tämä edellyttää hoitotyöntekijöiltä ammattitaitoa luoda luottamuksellinen hoitosuhde sekä laadukasta potilaiden ohjaustaitoa. Hoitotyö muuttuu kaiken aikaa vaativammaksi koska muistisairaudet lisääntyvät väestön ikääntyessä sekä terveydenhuollon palveluiden käyttäjät ovat yhä useammin toisesta kulttuurista kotoisin. Tämän vuoksi on entistä tärkeämpää, että sairaanhoitaja

tuntee ja noudattaa eettisiä ohjeita hoitotyössä sekä tiedostaa omat arvonsa. (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 59–60.) Eettisesti laadukas toiminta koskee potilaiden ja asiakkaiden hoidon lisäksi myös henkilöstön kohtelua ja epäkohtien selvittelyä (Kuokkanen 2012, 65).

Hoitotyössä sairaanhoitajat kohtaavat eettisesti ongelmallisia tilanteita. Laadukkaan hoidon kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunta tunnistaa mahdolliset eettiset ristiriidat. Niihin puuttumista hankaloittaa muun muassa liian kuormittava työ, kiire, hoitohenkilökunnan vähäinen määrä ja resurssien epätasainen jakautuminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 61, 93–94.) Sairaanhoitajan oma mukavuudenhalun tavoittelu ja jakaminen voivat luoda oman eettisen ongelman (Palviainen ym. 2003).

Kuokkasen, Leino-Kilven ja Katajiston (2010) artikkelissa kuvaillaan sairaanhoitajien kokemia eettisiä ongelmia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Vastanneista hoitajasta lähes puolet (47%) kokivat eettisiä ongelmia usein tai melko usein työssään. Suurimmaksi esteeksi eettisesti oikeana pitämän hoidon toteuttamiselle koettiin ajan puute. Yli puolet vastaajista kertoi, ettei heillä ole aikaa keskustella eettisistä ongelmista. Lähes puolet koki, ettei heillä ollut riittävästi aikaa toteuttaakseen eettisesti oikeana pitämää hoitoa. Tutkimuksesta käy ilmi, että sairaanhoitajien näkemykset sekä tietotasot eettisistä ongelmista poikkesivat toisistaan. Yhteenvedona artikkelista käy ilmi, että mitä tyytyväisempiä sairaanhoitajat olivat omaan työhönsä, sitä vähemmän he kokivat eettisiä ongelmia. (Kuokkanen, Leino-Kilpi & Katajisto 2010.)

### **3.4.1 Eettiset ohjeet**

Eettisten ohjeiden tarkoituksena on turvata potilaan laadukas hoito. Niiden tavoitteena on käytännön hoitotyön tukeminen ja ohjaaminen toivottuun suuntaan. Eettiset ohjeet kertovat myös ammattikunnan oikeuksista ja velvollisuuksista, jotka luovat rajat hoitotyön toteuttamiselle. Ohjeet ovat potilaslähtöisiä ja niillä tavoitellaan potilaan parasta. Hoitotyöntekijät käyttävät ohjeita sekä tiedostaen tukemassa päätöksentekoa, että tiedostamattaan toimimalla sisäistettyjen arvojen mukaan. Eettisten ohjeiden käyttö edellyttää niiden sisäistämistä. (Strandell-Laine, Heikkinen, Leino-Kilpi, van der Arend 2005.)

Suomen Sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet pohjautuvat Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton eettisiin ohjeisiin. Nämä ohjeet on kehitelty vuonna 1953 ja niitä on päivitetty edellisen kerran vuonna 2012. Niiden tarkoituksena on pyrkiä eettisesti korkealaatuiseen hoitoon. (Leino-Kilpi ym. 2012, 52.) Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea ja ohjata päätöksentekoa hoitotyössä. Ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä hoitaa kaikkia potilaita samanarvoisesti heidän iästään, kulttuurisesta taustasta, poliittisesta kannasta tai sairaudesta riippumatta. Sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu vahvistaa potilaan osallistumista omaan hoitoonsa ja toimia yhteistyössä potilaan omaisten ja läheisten kanssa. Työtä ohjaavat kunnioittaminen, vastuullisuus, empatia, luotettavuus ja rehellisyys. Edellä mainittujen arvojen kehittämisessä ja ylläpitämisessä sairaanhoitajalla on tärkeä rooli. Sairaanhoitaja myös vahvistaa ihmisten mahdollisuutta hoitaa itseään kertomalla terveyttä edistäviä neuvoja, tarjoamalla terveyspalveluita ja ohjaamalla niiden käyttöä yksilölle, perheelle ja yhteisölle. (Sairaanhoitajaliitto 1996; International Council of Nurses 2012.)

Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tulee kantaa vastuu tekemästään työstä ja lisäkoulutustaan ylläpitääkseen ammattitaitoaan. Kollegoiden ammattitaidon arvostaminen, tukeminen ja tarvittaessa ohjaaminen kuuluvat ammatinkuvaan eettisesti laadukasta hoitoa kehitettäessä. Samassa työyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat tukevat toisiaan hoitoon liittyvissä päätöksenteoissa, auttavat työkavereitaan jaksamaan työssä ja kehittymään siinä. Positiivisen työympäristön luominen, turvallisuuden säilyttäminen sekä taloudellisen näkökulman huomioon ottaminen ovat työyhteisön jäsenten velvollisuuksia. (Sairaanhoitajaliitto 1996; International Council of Nurses 2012.)

Eettisiä ohjeita saatetaan jättää noudattamatta organisaatioon, ohjeisiin, moniammatilliseen yhteistyöhön, omaisiin tai hoitotyöntekijöihin liittyviin syihin vedoten. Organisaatioon liittyviä syitä ovat muun muassa ajan ja henkilöstöressurssien vähäisyys. Myös puutteellinen tuki johdolta heikentää eettisten ohjeiden noudattamista. Ohjeet itsessään on koettu epätasemmiksi koska ovat liian abstrakteja, vaikeaselkoisia, eivätkä anna vastauksia ongelmatilanteisiin. Terveydenhuollon ammattilaisten väliset ristiriidat estävät moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvien eettisten ohjeiden noudattamista. Omaisten kanssa ongelmaksi voi muodostua arvoristiriidat koskien potilaan hoitopäätöksiä tai

hoidon toteutusta. Esimerkkinä hoitotyöntekijöihin liittyvistä syistä on ammattitaidon puute. (Strandell-Laine ym. 2005.)

### 3.4.2 Itsemääräämisoikeus

Suomen perustuslaki (1999) turvaa jokaiselle oikeuden henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, mitä ei tule rikkoa ilman laissa määritettyä perustetta. Itsemääräämisoikeutta on toteutettava sillä tavalla, ettei sillä rikota muiden itsemääräämisoikeutta tai muulla tavalla vahingoiteta toisia. Itsemääräämisoikeus sairaalahoidossa tarkoittaa, että potilaalla on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilaalle toteutetaan kaikki hänen vaatimansa hoitomuodot vaan lopullisen päätöksen tekee aina hoitava lääkäri. Potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa sellaisessa muodossa, että potilas ymmärtää sen. Saadun tiedon avulla potilaan on mahdollisuus joko hyväksyä tai kieltäytyä lääkärin ehdottamasta hoidosta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138, 141, 144.)

Potilaan oikeutta osallistua hoitoon liittyvään päätöksentekoon voidaan jaotella emotionaaliseen, älylliseen ja sosiaaliseen osallisuuteen. Emotionaalisella osallisuudella tarkoitetaan, että potilas voi kokea tulewansa arvostetuksi sekä hänen mielipiteitään ja näkemyksiään kuunnellaan. Se, että potilas saan vastauksia kysymyksiinsä, keskustelee hoitohenkilökunnan kanssa, hänelle annetaan tietoa ja saa tuoda ilmi oman näkökantansa, on älyllistä osallisuutta. Sosiaalinen osallisuus merkitsee sitä, että potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua päätöksentekoon päivittäisissä toimissa hoidon aikana ja näitä valintoja tulee kunnioittaa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141.)

Potilaiden tiedonsaantia sairauteen liittyvissä asioissa tutkittaessa (Poikkimäki 2004) havaittiin, että potilaat kokivat saaneensa tietoa sairaudestaan ja hoitovaihtoehdoista vaihtelevasti. Yli 60-vuotiaat kokivat saaneensa enemmän tietoa kuin nuoremmat ikäluokat. 17–49 –vuotiaat kokivat saaneensa vähiten sairautta koskevia tietoja. Noin puolet potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa, jotta pystyivät osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Hoitajien kokivat useammin kuin potilaat, että potilaiden mielipiteet oli otettu huomioon ja he olivat voineet osallistua päätöksentekoon. (Poikkimäki 2004, 67–68, 74.)

Lähtökohtana tulisi olla, että potilasta hoidetaan hänen tahtonsa mukaisesti. Hoitohenkilökunnan tulee tiedustella potilaan mielipidettä hoitoon liittyvistä asioista aikaisessa vaiheessa ja tiedot tulee kirjata ylös. Jos potilas ei myöhemmässä vaiheessa pysty tuomaan julki omaa toivettaan hoidosta, on olemassa dokumentoitua tietoa potilaan tahdosta. Mikäli potilaan tahtoa ei ole tiedossa, voidaan sitä tiedustella tämän omaisilta, joilla voi olla tietoa potilaan mielipiteistä koskien omaa hoitoaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 148.)

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on eettisesti ristiriitaista, minkä vuoksi rajoittamistilanteesta tulisi saada hoidon kannalta merkittävä hyöty, ja jonka avulla ennaltaehkäistään potilasturvallisuutta vaarantava tilanne. Rajoittamista voidaan perustella myös sillä, että potilas ei kykene joko tilapäisesti tai pysyvästi käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Tällöin rajoittamista voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä, koska siitä saatu hyöty on suurempi kuin haitta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 146; Aaltonen & Rosenberg 2013, 67.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimusmenetelmälle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää, vaan se on laaja kokonaisuus, joka pitää sisällään useita erilaisia laadullisen tutkimuksen muotoja. Kvalitatiivisesta tutkimuksesta voidaan käyttää myös termejä ihmistieteellinen, ymmärtävä, tulkinnallinen ja pehmeä tutkimus. Kvalitatiivisessa menetelmässä selvitetään totuutta tutkittavasta ilmiöstä korostaen tutkittavien omia näkökulmia. Tämän vuoksi laadullinen tutkimus ei koskaan voi olla täysin objektiivinen, sillä sekä tutkijan, että tutkittavan näkemykset tekevät tutkimuksesta subjektiivisen. Siinä pyritään kuvaamaan, selittämään ja ymmärtämään ihmisten kokemuksia, ilmiöitä sekä niiden välisiä suhteita tutkittavien näkökulmasta luonnollisessa yhteydessä. (Met-sämuuronen 2006, 88; Tuomi & Sarajärvi 2009, 9, 11, 20.)

Laadullinen tutkimus on ensisijainen tutkimusmenetelmä silloin, kun halutaan tutkia aihetta, josta on vähän aiemmin tutkittua tietoa tai kun halutaan tutkia tunnettua ilmiötä uudesta näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole luoda tilastollisia yleistyksiä, vaan kuvailla ja ymmärtää ilmiötä. Tarkoituksena on myös saada ilmiöstä teoreettinen tulkinta ja muodostaa uusia käsitteitä, joita voidaan hyödyntää käytännössä. (Nieminen 1998, 220; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110)

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoitajat somaattisilla osastoilla kokevat työssään potilaiden sitomistilanteet potilasturvallisuuden näkökulmasta sekä kuinka he ovat tietoisia edellä mainittuihin liittyvistä ohjeistuksista. Tarkoituksena ei ollut kartoittaa lepositeiden määrällistä käyttöä, vaan keskittyä hoitajien kokemuksiin, jolloin kvalitatiivisella menetelmällä saatiin syvällisempää tietoa aiheesta. Laadullisen menetelmän käyttö mahdollisti ilmiön tarkemman kuvaamisen ja kokemusten ymmärtämisen. Lepositeiden käyttöä somaattisilla vuodeosastoilla on tutkittu vain vähän, minkä vuoksi laadullinen menetelmä sopi aiheeseen määrällistä paremmin.

#### 4.1.1 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytettyjä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely ja havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä voidaan käyttää joko yksin tai yhdistelemällä eri menetelmiä. Kun halutaan tietää kuinka ihminen ajattelee ja toimii tietyissä tilanteissa, on kysely tai haastattelu hyviä tiedonkeruumenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121–124.)

Opinnäytetyössä käytettiin tiedonkeruumenetelmänä avoimista kysymyksistä koostuvaa kyselylomaketta (liite 2) ja näin vältettiin vastaajien johdattelu (Patton 2002, 353). Kyselyssä tiedonantajat itse täyttivät heille annetun kyselylomakkeen joko valvotusti tai itsenäisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole suuri vastaajien määrä, vaan etsitään henkilöitä, joilta saadaan monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Opinnäytetyössä käytettiin kyselyä haastattelun sijaan, koska työelämän toiveena oli, että ilmiötä tutkitaan useammalla osastolla ja vastauksia saataisiin noin kolmeltakymmeneltä hoitajalta. Tämä olisi ollut liian suuri määrä haastateltavaksi.

Laadullinen aineisto tulee kerätä sieltä missä tutkittava ilmiö on luonnollisessa ympäristössä (Nieminen 1998, 216). Tutkimuksen tiedonantajat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perusteella niin, että heillä on tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tämän vuoksi tiedonantajien valinnan ei tulisi olla satunnaista, vaan tarkkaan harkittua. Tiedonantajiksi voidaan valita myös vastakohtia, esimerkiksi eripituisen työkokemuksen perusteella, monipuolisemman tuloksen saamiseksi. Harkinnanvaraisesti valitusta tutkimusjoukosta voidaan puhua harkinnanvaraisena näytteenä. (Metsämuuronen 2006, 45; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–87; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112).

Työelämäpalaverissa sovittiin, että työelämäyhteyshenkilö on yhteydessä opinnäytetyöhön osallistuvien osastojen osastonhoitajiin, jotka mieltivät valmiiksi tutkimukseen soveltuvia hoitajia osastoilta ja pyytävät heitä täyttämään kyselyn. Vastaajien valikoimisen tarkoituksena oli saada tutkimukseen mukaan erilaisia hoitajia, sekä vähemmän, että pidemmän aikaa työskennelleitä hoitajia, kuitenkin niin, että heillä olisi kokemusta lepositeiden käytöstä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista.

Kyselylomakkeita vietiin viidelle eri osastolle yhteensä 35 lomaketta täytettäväksi, jokaiselle osastolle seitsemän kappaletta. Noin kolmen viikon vastausajan jälkeen takaisin saatiin yhteensä 25 vastattua kyselylomaketta. Osastoilta saatujen vastausten määrä vaihteli kolmen ja seitsemän välillä.

#### **4.1.2 Sisällönanalyysi**

Sisällönanalyysi on yleisimmin käytetty analyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Se on perusanalyysimenetelmä, joka soveltuu käytettäväksi kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinteisiin sekä määrällisiin tutkimuksiin. Sisällönanalyysiä kuvataan aineistoa tiivistäväksi, sanalliseksi kuvaamiseksi ja tutkittavien ilmiöiden välisten suhteiden esittämiseksi. Myös useat muut laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Laadullinen analyysi on joko induktiivista tai deduktiivista. Induktiivisella päättelyllä tarkoitetaan yksittäisen havainnon yleistämistä suurempaan joukkoon. Deduktiivisella lähestymistavalla taas tarkoitetaan sitä, kun yleistä ilmiötä sovelletaan yksittäistapaukseen. Induktiivinen lähestymistapa soveltuu kun tutkittavasta on vähän aikaisempaa tietoa tai se on irrallista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella lähestymistavalla, sillä tarkoituksena oli luoda yksittäisistä kokemuksista yleinen käsitys. Myös aiheen aiempi tutkimus on vähäistä, mikä puoltaa induktiivista päättelyä.

Laadullinen analyysi voidaan jakaa myös aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen tai teorialähtöiseen analyysiin. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta itsestään pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aikaisemmin tutkitun tiedon ei tulisi ohjata analyysin toteuttamista ja lopputulosta millään tavalla. Tämä on käytännössä todella haastavaa toteuttaa, sillä aikaisempi tieto vaikuttaa tutkijaan hänen sitä tiedostamatta. Teoriasidonnaisessa analyysissä teoria voi ohjata analyysin etenemisessä, vaikka se varsinaisesti pohjautuu aineistoon. Yleisimmin analyysivaiheessa aloitetaan aineistolähtöisellä lähestymistavalla ja loppuvaiheessa sitä tarkastellaan jo tutkitun tiedon pohjalta. Teorialähtöistä analyysiä käytetään perinteisesti kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Siinä



tutkittavaa ilmiötä määritellään tunnetun teorian mukaisesti. Sillä pyritään testaamaan aikaisempaa tietoa uudessa yhteydessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97.)

Opinnäytetyön analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, koska tarkoituksena oli kerätä hoitajien kokemuksia ja niiden perusteella tulkita, kuinka kyseisillä osastoilla lepositeiden käyttö toteutuu. Saadut tulokset perustuvat vain kerättyihin kyselylomakkeiden vastauksiin. Lopuksi saatuja tuloksia verrattiin aiempiin tutkimuksiin ja pohdittiin niiden välisiä yhteyksiä.

Sisällönanalyysiä tehtäessä tulee tarkkaan rajata tutkittava ilmiö ja tarkastella vain sitä. Tutkittavasta ilmiöstä tulee kertoa mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti kaikki, mitä aineistosta saadaan irti. Jos kaikkia tutkimusaineistosta esiin nousseita ilmiöitä alkaa analysoida, tulee tutkimuksesta liian laaja tarkoitukseen nähden. Tarkasteltavan ilmiön tulee vastata tutkimuksen tarkoitusta, tehtäviä ja tavoitteita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Opinnäytetyössä päätettiin rajata tutkittava ilmiö hoitajien kokemuksiin lepositeiden käytöstä potilasturvallisuuden näkökulmasta somaattisilla vuodeosastoilla. Kyselylomakkeella haettiin tietoa kokemuksista osastojen tyypillisimmästä lepositeiden käyttötapauksesta, minkälaisissa lepositeiden käyttötilanteissa potilasturvallisuus on vaarantunut ja minkälaista koulutusta henkilökunta toivoisi lepositeiden käyttöön liittyen. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien kokemia eettisiä ja lainsäädännöllisiä ongelmatilanteita lepositeiden käyttöön liittyen. Lopuksi kartoitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia erään kaupungin erikoissairaanhoidon ohjeiden hyödyntämisestä lepositeiden käytössä.

Tutkittavan ilmiön rajaamisen jälkeen aineisto litteroidaan eli kerätty aineisto kirjoitetaan sellaisenaan tekstimuotoon. Litteroitu aineisto koodataan. Koodimerkkien tehtäviä on toimia sisään kirjoitettuna muistiinpanoina, jäsentää aineistossa käsiteltäviä asioita tutkijan näkökulmasta, auttaa tekstin kuvailussa sekä testata aineiston jäsenystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Kyselylomakkeiden vastaukset aukikirjoitettiin erilliselle paperille, johon koottiin jokaisen kysymyksen kaikki vastaukset allekkain helposti luettavaan muotoon. Tämän jälkeen aineistosta koodattiin alleviivaamalla eri väreillä tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset.

Kun aineisto on litteroitu ja koodattu, sitä voidaan järjestellä joko luokittelemalla, teemoittelemalla tai tyypittelemällä. Luokittelussa aineistosta poimitaan luokkia ja tarkas-

tellaan, montako kertaa luokka ilmenee aineistossa. Teemoittelu on aineiston jakamista aihepiireihin ja siinä tarkastellaan, mitä aihepiiristä kerrotaan aineistossa. Aineisto voidaan tyypitellä, jolloin tietyn teeman sisältä haetaan yhteisiä ominaisuuksia. Aineistoa järjesteltäessä on selvennettävä haetaanko aineistosta samanlaisuutta vai erilaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Induktiivisessa aineiston analyysissä on kolme vaihetta. Ensimmäiseksi aineisto reduoidaan eli pelkistetään, minkä jälkeen klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeisenä abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. Pelkistämävaiheessa aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois, se voi olla tiedon tiivistämistä tai jakamista osiin. Pelkistämistä on myös aukikirjoitetun aineiston alleviivaaminen niiltä osin kuin se vastaa tutkimuskysymyksiin. Klusterointivaiheessa alkuperäisilmaisista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat kootaan yhdeksi luokaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Eli toisin sanoen pelkistetyt ilmaukset muutetaan alaluokiksi. Alaluokkia yhdistelemällä tehdään yläluokkia. Yläluokkia yhdistelemällä luodaan pääluokkia. Lopullinen, yhdistävä luokka, joka vastaa tutkimuskysymykseen, koostuu pääluokista. Klusteroinnin ollessa valmis siirrytään abstrahointiin eli käsitteellistämiseen, aineistosta poimitaan tutkimukseen olennainen tieto, jonka pohjalta saadaan muodostettua teoreettiset käsitteet. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällön analyysissä tulkitaan ja tehdään päätelmiä empiirisestä aineistosta ja saadaan tutkittavasta ilmiöstä käsitteellisempi näkemys. Uutta teoriaa muodostettaessa teoriaa ja tutkijan tekemiä johtopäätöksiä verrataan toistuvasti alkuperäiseen aineistoon. Luokittelujen pohjalta muodostetut kategoriat tai käsitteet ja niiden sisällöt kuvataan tuloksissa. Koko analyysin teon ajan tutkijan tarkoituksena on ymmärtää tutkittavia heidän näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Alleviivatusta aineistosta poimittiin opinnäytetyön kannalta kiinnostavat ilmaukset, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset koottiin erillisille muis-tilapuille ryhmittelyä selkeyttämään. Aineiston järjestelyssä eli ryhmittelyssä haettiin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia, jotka teemoiteltiin yhteisten ominaisuuksien perusteella. Samankaltaiset ilmaukset koottiin yhteen, joille kehitettiin niitä kuvaavat nimet muodostaen alaluokat. Alaluokkia yhdistämällä muodostuivat yläluokat, jotka opinnäytetyössä olivat kyselylomakkeen kysymykset. Yläluokat yhdistettiin kolmeksi pääluokaksi, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Pääluokista koostuvasta yhdistävästä luokasta tuli opinnäytetyön aihe.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Lepositeiden käyttötapaukset

Kyselylomakkeeseen vastanneiden hoitajien kokemusten mukaan tyypillisimpiä lepositeiden käyttötapauksia somaattisilla vuodeosastoilla olivat potilaan käyttäytymisestä johtuvat sitomiset. Eniten sitomiseen johtavia tilanteita aiheutti potilaan sekavuus ja aggressiivisuus. Myös levoton ja rauhaton käyttäytyminen olivat sitomiseen johtavia syitä. Lepositeiden käyttöön voitiin joutua turvautumaan myös potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille. Muita potilaan käyttäytymisestä johtuvia syitä oli sairaudentunnottomuus, paikkaan ja aikaan orientoitumattomuus, vuorokausirytmien puute, karkailu sekä häiritsevä käyttäytyminen.

*Sellainen kun potilas on niin rauhaton + sekava, että hänellä on vaara pudota sängystä ja loukata itsensä. Voi olla myös aggressiivinen sekavuudesta johtuen.*

*Sekava, ei tiedosta oireitaan, saattaa olla alko ja kyllästys kesken. Vuorokausirytmisi sekaisin. Aggressiivinen.*

Toiseksi yleisimmät lepositeiden käytön syyt olivat hoitajien mukaan tilanteet, joissa potilas poistaa itseltään hoidon kannalta välttämättömiä kanyyleja, katetreja tai nenämahaletkuja. Tämä vaarantaa potilaan parhaan mahdollisen hoidon toteutumisen. Samalla potilas voi aiheuttaa haittaa itselleen poistamalla esimerkiksi virtsatietkatetrit.

*Potilaalla i.v.-kanyyli, johon tippuu lääke tai esim. NaCl ja potilas repisi sen irti ilman lepositeitä.*

*Tilanteissa sidotaan kädet, kun potilas toistuvasti irroittaa NML ja kanyyleja, virtsakatetreita.*

Erilaiset neurologiset syyt olivat hoitajien kokemusten mukaan kolmanneksi yleisin syy lepositeiden käyttöön. Näistä hoitajat mainitsivat erilaiset muistisairaudet, alkoholin aiheuttama sekavuustila eli delirium, jokin aivotapahtuma tai muu neurologinen sairaus.

*Alkoholista johtuva delirium-tila, jossa turvataan potilaan oma turvallisuus lepositeilla. Alkoholideliriumista johtuva aggressiivisuus. Muistisairaana sekavuus/aggressiivisuus.*

*Päänsä kolhinut tapaturmaisesti, sekavassa tilassa oleva mies/nainen, usein alkotaustaa.*

*Aivotapahtuman johdosta potilas ei ole tietoinen tapahtuneesta sairaudestaan. Potilaan turvallisuus vaarantuu jos pääsee liikkeelle yksin valvomatta.*

Muita potilaan sitomiselle altistavia tekijöitä olivat potilaan kaatumisvaara, korkea ikä, yleistilan lasku, kun potilas ei pysy sängyssä ylösnostetuista sängyn laidoista huolimatta tai tuore leikkaus.

*Huonokuntoinen, iäkäs potilas, joka tulee – – jatkohoitoon. Yleensä potilaalla on takana iso leikkaus tai potilas on muuten huonokuntoinen.*

*Sängynlaidat ovat tällöin ylhäällä, mutta potilas voi tulla laitojen ylitse.*

## **5.2 Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät**

Kyselyyn vastanneiden hoitajien kokemuksen mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä lepositeiden käytössä aiheuttivat eniten siteiden virheellinen kiinnitys. Hoitajien mukaan ongelmia oli vöiden kiinnityksessä sekä sänkyyn, että potilaaseen. Tästä johtuen potilaat saattoivat päästä irrottautumaan vöistä aiheuttaen vaaratilanteita itselleen, esimerkiksi kuristumisvaaran. Kyselyn vastauksista ilmeni myös, että virheellisesti kiinnitetyt lepositeet saattoivat aiheuttaa ihorikkoja tai haavoja. Lepositeiden virheellinen kiinnitys johtui hoitajien mukaan esimerkiksi liian löysälle kiinnitetystä vyöstä, vääränkokoisen vyön käytöstä, lepositeiden kiinnittämisestä niille soveltumattomiin sänkyihin tai siteiden kiinnittämisestä liian kireälle.

*Magneettivyö on väärin asennettu sänkyyn, liian ylös tai alas. Näin vyö jää liian löysäksi ja potilas pääsee liukumaan tai yläkautta läpi. Mg-vyö jää joskus liian löysäksi, tällöin myös on vaara. Tai on asennettu potilaalle vääränkokoinen vyö.*

*Osaston sängyt ei ole suunniteltu lepositeille, lepositeet on väärin asennettu. Vyöt liian löysällä -> potilas pääsee vöistä läpi. Potilaan ruumiinrakenteen, keskivartalo lihavuus hankaloittaa vöiden kiinni pysymistä.*

*Osa hoitajista ei osaa oikein kytkeä lepositeitä. Vyöt liian tiukalla, eivätkä avaudu helposti. Raajojen sidonta hukassa monella.*

Hoitajien vastauksista kävi ilmi, että potilasturvallisuus vaarantui myös potilaiden toiminnasta johtuen. Hoitajien kokemusten mukaan jo valmiiksi levoton potilas ahdistui entistä enemmän sitomisesta tai muuttui aggressiiviseksi aiheuttaen käytöksellään erilaisia vaaratilanteita. Osastoilla oli tullut myös eteen tilanteita, joissa toinen potilas oli päässyt irrottamaan toisen lepositeistä.

*Sitominen lisää levottomuutta.*

*Levoton tai jopa aggressiivinen potilas ottaa käsistä kiinni, puristaa ran-teista niin että ote potilaasta voi irrota.*

*Viereinen potilas irroittaa vyöt.*

Hoitajat kertoivat potilasturvallisuuden vaarantuneen myös henkilökunnan muusta toiminnasta johtuen. Vastauksista ilmeni seuraavanlaisia tapauksia, kuten lepositeiden käyttöluvan saamisen pitkittyminen, lepositeiden käyttämättä jättäminen, sidottujen potilaiden riittämätön seuranta ja sitomistarkoitukseen sopimattomien välineiden käyttö.

*Lupien saaminen kestää, potilaan/henkilökunnan turvallisuus vaarassa.*

*En ole tavannut vaaratilanteita em. tapauksessa, mutta kylläkin, jos lepositeitä ei käytetä.*

*Potilaan seuranta parannettava.*

*Olen nähnyt sideharsorullista tehtyjä ”viritelmiä” jotka saattavat hiertää potilaan ihoa. Kunnolliset magneettisiteet eivät yleensä aiheuta sitä.*

### **5.3 Hoitajien koulutustarve**

Hoitajat kaipasivat koulutusta ja ohjausta lepositeiden oikeaoppiseen kiinnitykseen. Ohjauksen toivottiin olevan säännöllistä ja sisältävän voiden kiinnityksen sekä sänkyyn, että potilaaseen. Täsmällisempää tietoa hoitajat toivoivat vyön koon valinnasta, raajojen sitomisesta, lisäosien kiinnityksestä ja tietoa erilaisista siteistä.

*Oikeaoppinen kiinnitystekniikka. Oikean kokoisen vyön valinta.*

*Ainahan voisi peruskoulutusta siteiden laitosta. Raajojen kytkentää voisi harjoitella.*

*Olkain –lisäosaan (henkseli) –malliin kuinka käytännössä se malli laite-taan.*

Toiseksi yleisin koulutustarve hoitajien vastauksien mukaan oli lepositeiden käyttöön liittyvä perustieto. Erityisesti tarvetta koettiin olevan tiedolle lepositeiden käyttötilanteista ja niihin johtavista syistä sekä sitomiseen liittyvästä kirjaamisesta. Koulutusaiheiksi toivottiin myös lepositeiden käyttöön liittyvät turvallisuusasiat, sidotun potilaan asentohoito, ohjeistusta erityistilanteisiin sekä vaihtoehtoisia hoitokeinoja sitomiselle. Koulutusta kaivattiin myös lääkäreille sekä uusille työntekijöille. Jo olemassa olevien ohjeiden toivottiin laitettavan esille osastolle.

*Perustietoa lepositeiden käytöstä sekä erilaisista sidoksista jos niitä on.*

*Miksi ja milloin käytetään – lyhyesti ja ytimekkäästi!*

*Lepositeiden käyttö, (esim. tilanteet/vaihtoehdot), näiden kirjaus.*

*Koulutusta vars. lääkäreille.*

*Aina uusille opastus, ohjeet näkyville.*

Useat vastaajista kokivat koulutuksen ja ohjeistuksen osastoillaan olevan riittävää. Heidän mukaansa lepositeiden käyttöön liittyvät käytännöt olivat hallinnassa.

*Os. on ohjeet sitomiseen, jotta ne asennetaan oikein. Koulutus ollut riittävää.*

*Meillä on selkeät ohjeet lepositeiden käytöstä osaston perehdytyskansiossa.*

#### **5.4 Eettiset ristiriidat**

Hoitajien vastauksissa yleisimmät eettisesti ongelmalliset tilanteet koskivat potilaan oikeuksien rajoittamista. Tällaisia olivat potilaan tahdonvastainen sitominen, itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, hoitotahdon ohittaminen, liikkumisen rajoittaminen ja potilaan oman tahdon ilmaisun estäminen.

*Mikäli potilaalla on tahto, jossa hän kieltää siteiden käytön, mutta esim. ravinnonsaannin takaamiseksi pot. kädet sidotaan, ettei pot. saa nypittyä letkua irti.*

*Elämänsä loppupuolella oleva ihminen, joka toistuvan määrätietoisesti poistaa ravitsemusletkut, ja häneltä evätään tämä ainoa mahdollisuus ilmaista tahtonsa näissä asioissa (elämän jatkumisessa).*

Eettisesti ristiriitaisia tilanteita tuli hoitajien mukaan myös omaisten kanssa toimittaessa. Hoitajat kohtasivat eettisesti haastavia tilanteita silloin, kun omaiset vastustivat sitomista, vaikka se oli potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Toisinaan omaiset toivoivat potilaan sitomista, vaikka se ei olisi välttämätöntä. Myös sitomisen perustelu omaisille tai omaisten ymmärtämättömyys tilanteesta koettiin joissain tapauksissa ongelmalliseksi.

*Jos omaiset vastustavat sitomista, ja joudumme sitomaan potilaan hänen oman turvallisuutensa vuoksi.*

*Joskus voi olla, että omainen vaatii sitomista, mutta potilaan hoito ei sitä vaadi.*

*Kun omaiset näkevät potilaan olevan lepositeissä, eivätkä tiedä/ymmärrä miksi.*

Lepositeiden käyttö itsessään saattoi aiheuttaa potilaalle haittaa, jolloin hoitajat kokivat sitomisen hoitotoimenpiteenä kyseenalaiseksi. Usein jo valmiiksi levoton potilas ahdistui entisestään ja mahdollinen aggressiivisuus lisääntyi. Vastauksista ilmeni myös, että potilas mahdollisesti koki sitomisen nöyryyttävänä.

*Yleensä potilaat ahdistuvat niistä, eivätkä ymmärrä selittelystä huolimatta että niitä käytetään heidän omaksi turvakseen.*

*Lepositeet lisäävät vain potilaan ahdistusta. On potilasta nöyryyttävää sitoa häntä ja siksi se on luvallista vain jos se on potilaan turvallisuuden kannalta välttämätöntä.*

Vastauksien mukaan eettisesti ongelmalliset tilanteet saattoivat johtua myös hoitajista. Yksi koetuista ongelmista oli potilaiden tarpeeton sitominen. Hoitajat kertoivat, että henkilökunnan vähäistä määrää oli toisinaan käytetty sitomisen perusteluna. Kokemusten mukaan sidotun potilaan valvonta oli ajoittain riittämätöntä, mikä aiheutti eettisesti ristiriitaisen tilanteen.

*Vanhuspotilaan, joka dementoitunut sitominen sänkyyn ilman ns. syytä vain siksi, ettei potilas harhailisi osastolla.*

*Mutta osastolla etenkin yöllä vain 2 hoitajaa, ei voida valvoa jos useita levottomia potilaita ettei tapaturmaa sattuisi.*

*Kun sanotaan, että pitäisi olla läsnä koko ajan, jos potilas on lepositeissä, niin se on mahdotonta.*

Osa kyselyyn vastanneista hoitajista ei ollut kohdannut eettisesti ongelmallisia tilanteita lepositeiden käytössä.

*Ei ole tullut, koska syy lepositeiden käyttöön on ollut todella tarpeellinen.*

## 5.5 Lainsäädännön toteutuminen

Hoitajat kokivat haastavaksi noudattaa lainsäädäntöä sidotun potilaan riittävän seurannan osalta. Potilaan riittävä tarkkailu oli ongelmallista, sillä hoitajilla on toisia potilaita hoidettavana. Vastauksien mukaan puutteita oli havaittu myös lepositeiden käyttöön liittyvissä kirjauksissa.

*Potilaan seuraaminen ½ h välein -> hankalaa, koska osastolla paljon muutakin touhua + vähäinen miehitys.*

*Kirjaamista ei aina tule tehtyä oikein.*

Lepositeiden käyttöön tarvittavan luvan saaminen koettiin ajoittain haasteelliseksi. Etenkin äkillisissä tilanteissa lepositeiden tarpeen ollessa välitöntä, vaaransi lääkärin luvan odottaminen sekä potilaan, että hoitajien turvallisuuden. Vastauksista ilmeni, että lääkärin lupaa ei ollut aina mahdollista saada päivystysaikaan. Käytäntö, jossa lupa sitomiseen täytyy pyytää lääkäriltä, oli osan vastaajien mielestä epäkäytännöllinen.

*Kun potilas on akuutisti levoton tai aggressiivinen eikä lääkärin lupaa sitomiseen ole, mutta potilaan (ja hoitajien) turvallisuuden vuoksi on pakko käyttää siteitä.*

*Jos ei saada lääkäriltä sitomislupaa, esim. päivystysaikaan. Lupa pyydetään usein jälkikäteen.*

*Äkillisissä tilanteissa aikaa kuluu kun lupa käyttöön täytyy saada lääkäriltä.*

Hoitajat kokivat, ettei lepositeiden tarvetta arvioitu riittävän usein. Vastauksissa kerrottiin käytännöstä pyytää uudelle potilaalle sitomislupa varmuuden vuoksi. Potilaan sitomista jatkettiin ilman tilanteen uudelleen arviointia ja näin ollen sitominen saattoi olla tarpeetonta, selvisi kyselyn vastauksista.



*Uuden potilaan tullessa osastolle pyydämme valmiiksi luvan, jotta tarvittaessa pot. voidaan sitoa.*

*Myös luvat tuntuu olevan välillä turhan pitkään.*

Hoitajien mukaan lepositeiden käyttöä voitiin harvoin toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Usein potilaan laillista hoitotahtoa ei kyetty noudattamaan sitomista kieltävältä osalta.

*Harvoin pystytään tekemään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.*

*Jos potilaalla on ollut hoitotahto, että ei letkuja laiteta (NML, i.v) ja kuitenkin lääkäri määrännyt ”letkuhoitoja”, niin on jouduttu sitomaan käsiä.*

## **5.6 Kirjallisten ohjeiden hyödyntäminen**

Erikoissairaanhoidon ohjeita lepositeiden käytöstä hyödynnettiin hoitajien mukaan vaihtelevasti hoitotyössä. Osa hoitajista kertoi käyttävänsä edellä mainittuja ohjeita erityisesti potilaan tarkkailussa, kirjaamisessa, sitomisluvan kysymisessä, lepositeiden käytön tarpeen arvioinnissa ja mahdollisimman lyhytaikaisen fyysisen rajoittamisen toteuttamisessa.

*Ohjeet on hyvät, kirjaaminen, potilaan tarkkailu ja lepositeistä heti luopuminen on kirjoitettu paperille. Lääkäri antaa luvan ja lupa päättyy aina tiettyyn arviointi vaiheeseen. Aikaisemmin lepositeiden käyttö ei ollut niin tarkasti rajattua.*

*Lupa tulee aina lääkäriltä ja se määrätään 3-5 päiväksi. Oman tiimimme kanssa keskustelemme ja arvioimme sen hetken/tilanteen, onko lepositeille tarvetta. Lääkäri jatkaa lupaa ja arvioi jatkon.*

*Ohjeet ovat helposti löydettävissä osaston ohjeissa. Kun noudatan ohjeita tiedän toimivani määräysten mukaan.*

Muutamit hoitajista vastasivat tarvittaessa kertaavan ohjeita. Esimerkiksi ollessaan epävarmoja siitä, toimivatko he oikein, tarkastivat hoitajat asian ohjeista.

*Jos olen epävarma miten/milloin lepositeitä saa käyttää.*

*Kertauksenomaisesti niitä tulee silmäiltyä.*

Osa hoitajista ei ollut hyödyntänyt erikoissairaanhoidon ohjeita. Muutama vastaajista aikoi tutustua materiaaliin kyselyyn vastaamisen jälkeen. Ilmi tuli myös, että enemmän konsultoitii kollegaa kuin tarkastettiin ohjeista kuinka tulisi toimia.

*En oo nähny ohjeita, mutta etsin käsiini ne ensitilassa.*

*Ei tule paljon hyödynnetyksi.*

*Jos pitkä aika, kun viimeksi laittanut, niin kerrata jonkun kokeneemman kanssa että sidokset oikein.*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lepositeiden käyttöä somaattisilla vuodeosastoilla potilasturvallisuuden näkökulmasta hoitajien kokemana. Koska somaattisilla vuodeosastoilla potilasta joudutaan sitomaan vain harvoin, ei hoitajille ole muodostunut siihen rutiinia. Potilaan fyysisestä rajoittamisesta määrätään vain mielenterveyslaissa (1990), jonka sisältö on suunniteltu psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitoon, minkä vuoksi sen soveltaminen somaattisessa hoidossa on usein tulkinnanvaraista. Somaattisessa sairaalahoidossa potilailla ei ole yleensä diagnosoituna psyykkistä sairautta, mikä edellyttäisi tahdon vastaista hoitoa.

Tulosten mukaan osastoille tulisi järjestää lepositeiden käyttöä koskevaa koulutusta. Se voisi keskittyä oikeaoppiseen kiinnitykseen ja milloin lepositeiden käyttö on aiheellista. Erikoissairaanhoidon laatimat ohjeet lepositeiden käytöstä tulisi saada paremmin hoitajien tietoisuuteen. Osastoilta voitaisiin valita vastuuhenkilö huolehtimaan uusien hoitajien perehdytyksestä asiaan. Hoitajien tulisi keskustelemalla jakaa tietoa lepositeiden käytöstä. Tulosten mukaan osastoilla oli hoitajia, jotka hallitsivat potilaan sitomiseen liittyvät erityispiirteet. Tämä vähentäisi ulkopuolisen koulutuksen tarvetta.

#### 6.1.1 Lepositeiden käytön toteutuminen

Opinnäytetyön viitekehyksestä selviää, että yleisimmät syyt lepositeiden käytölle ovat tilanteet, joissa potilas on vaaraksi itselleen tai muille aggressiivisen käyttäytymisen, levottomuuden tai sekavuuden vuoksi. (Saarnio, Isola & Backman 2007; Saarnio & Isola 2009, 269–270.) Kyselyyn vastanneet hoitajat mainitsivat nämä myös heidän osastojen tyypillisimmiksi lepositeiden käyttötapauksiksi. Timlinin ja Kyngäksen (2008) tutkimuksen tulokset osoittivat, ettei aggressiivista potilasta ole aina välttämätöntä sitoa. Vaihtoehtoisena rauhoittelukeinona käytettiin keskustelua potilaan kanssa (Timlin & Kyngäs, 2008).

Teoreettisen lähtökohdan mukaan muistisairaus ja siitä johtuva sairautentunnottomuus sekä vaara potilaan eksymisestä tai karkaamisesta ovat lepositeiden käytön syitä (Saarnio ym. 2007; Saarnio & Isola 2009, 269–270). Hoitajien kokemusten mukaan nämä ovat myös osastoilla yleisimpiä sitomisen käyttöaiheita. Vastauksista ilmeni, että sitomista käytettiin myös deliriumpotilailla tai muun aivotapahtuman sairastaneilla. Nämä asiat eivät sisällyneet viitekehyksessä mainittuihin fyysisen rajoittamisen syihin.

Vastauksissa kerrottiin potilaiden olevan tyypillisesti iäkkäitä ja huonokuntoisia, minkä vuoksi potilaiden kaatumisriski on kasvanut. Osastoilla leikkauspotilaan hoidossa sitomista perusteltiin leikkauksesta toipumisen turvaamisella, esimerkiksi potilaan aiheuttaessa liikkueessaan haittaa paranemiselleen. Edellä mainittuja lepositeiden käyttösyitä ei löydy teoriaosuudesta. Sen sijaan Taylorin, Killaspyn ja Wrightin ym. (2009) mukaan hoitoympäristö, jossa käytetään paljon fyysisen rajoittamisen keinoja, hidastaa potilaan kuntoutumista. Kun sitomista käytetään ainoastaan turvallisen ja tehokkaan hoidon takaamiseksi, esiintyy laitostumista vähemmän (Taylor, Killaspy & Wright ym. 2009).

Hoitajien kokemusten mukaan potilasturvallisuus vaarantui useimmiten lepositeiden virheellisen kiinnityksen vuoksi. Tästä oli seurannut potilaalle vaara pudota sängystä tai kuristua lepositeisiin. Lepositeiden käyttö on poikkeuksellinen hoitokeino, joka voi aiheuttaa potilaalle vakavaa haittaa (Kaivola & Lehtonen 2006; Aaltonen & Rosenberg 2013, 69). Yli-Villamon (2008, 30–31) mukaan potilasturvallisuutta parantaa hoidossa käytettävien välineiden oikeaoppinen käyttö ja mahdollisuus valvoa potilaita. Sidotulle potilaalle tulisi nimetä vierihoitaja, jotta hänen somaattista ja psyykkistä tilaa on mahdollista seurata riittävän usein (Kaivola & Lehtonen 2006; Repo-Tiihonen ym. 2012; Aaltonen & Rosenberg 2013, 69). Vastauksista ilmeni, ettei sidotulle potilaalle ollut aina mahdollista järjestää riittävää seurantaa.

Yli-Villamon (2008, 32–33) mukaan potilaat voivat käytöksellään vaarantaa potilasturvallisuutta esimerkiksi käyttäytymällä aggressiivisesti, putoamalla sängystä tai karkaamalla. Näissä tapauksissa potilaan sitomatta jättäminen voi olla suurempi riski potilasturvallisuudelle kuin lepositeiden käyttö. Myös osastoilla oli havaittu potilasturvallisuuden vaarantuneen, kun potilasta ei ollut sidottu. Sekä Aaltosen ja Rosenbergin (2013, 70) että Kontion (2011, 40) mukaan potilaiden perustarpeisiin ei vastata eikä heille anneta riittävästi tietoa sitomisen aikana. Potilaat ovat kertoneet tunteneensa pelkoa, vihaa ja yksinäisyyttä leposide-eristyksen aikana (Kontio 2011, 40). Edellä mainitut potilaiden

kokemat tunteet sekä huomiotta jättäminen saattavat omalta osalta aiheuttaa levottomuutta. Vastanneet hoitajat kokivat, että sitominen saattoi lisätä potilaan ahdistuneisuutta ja aggressiivista käyttäytymistä. Tällöin sitominen nähtiin eettisesti ristiriitaisena.

Työnantaja on veloitettu järjestämään työntekijälle perehdytystä sekä täydennyskoulutusta (Työturvallisuuslaki 2002). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (Sairaanhoidajaliitto 1996) kehoitetaan hoitajaa ylläpitämään ammattitaitoaan ja tunnistamaan koulutustarvettaan. Yli-Villamon (2008, 32–33) tutkimuksen tuloksista ilmenee, että riittämätön perehdytys heikentää hoitotyön laatua. Kontion (2011, 44) mukaan säännöllistä koulutusta fyysisten rajoitteiden käytöstä tulisi järjestää kaikille ammattikuntien edustajille. Erityisesti eettisiin, klinisiin ja lainsäädännöllisiin haluttiin koulutusta sekä harjoittelua käytännössä (Kontio 2011, 44). Edellä mainitut koulutusaiheet vastaavat tämän opinnäytetyön tuloksia hoitajien koulutustarpeesta. Lepositeiden oikeaoppiseen kiinnitykseen kaivattiin erityisesti ohjausta. Toisaalta osa vastanneista hoitajista koki saaneensa riittävästi koulutusta aiheesta ja hallitsevansa lepositeiden käytön. Selkeiden ohjeiden koettiin tukevan osaamista lepositeiden käytössä.

### **6.1.2 Hoitotyön etiikan ja lainsäädännön toteutuminen**

Lepositeiden käyttöön liittyy vahvasti eettisesti ristiriitaisia tilanteita. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden tarkoituksena on toimia päätöksenteon tukena (Sairaanhoidajaliitto 1996). Hoitajien tulee noudattaa hoitotyön eettisiä ohjeita, joiden mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa (Sairaanhoidajaliitto 1996). Yleensä sitominen ei tapahdu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitajat olivat kohdanneet tilanteita, joissa potilaan laillista hoitotahtoa ei voitu noudattaa sitomista kieltävältä osalta. Eettisissä ristiriidoissa hoitajat joutuvat punnitsemaan hyötyjen ja haittojen välisiä suhteita, ja toimivat potilaalle parhaaksi katsomallaan tavalla. Myös kyselyyn vastanneiden hoitajien kokemukset eettisistä ristiriidoista koskivat useimmiten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista.

Eettisten ohjeiden mukaan hoitajien tulee toimia yhteistyössä potilaan omaisten ja läheisten kanssa (Sairaanhoidajaliitto 1996). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) veloitetaan hoitohenkilökuntaa neuvottelemaan potilaan hoidosta omaisten kanssa, mikäli potilas ei kykene itse ilmaisemaan tahtoaan. Hoitajien vastauksien mu-

kaan sitomisen perustelu omaisille koettiin eettisesti haastavana. Omaiset eivät joko ymmärtäneet lepositeiden käytön tarvetta perusteluista huolimatta tai he toivoivat potilaan sitomista ilman riittäviä perusteluita. Teoreettisen lähtökohdan mukaan omaiset voivat pyytää potilaan fyysistä rajoittamista turvallisuuden tunteen lisäämiseksi (Saarnio ym. 2007; Saarnio & Isola 2009, 269–270). Edellä mainituissa tilanteissa omaisten toiveiden mukaan hoitaminen voidaan kokea eettisesti ristiriitaiseksi.

Fyysisten rajoitteiden käytöllä voidaan aiheuttaa potilaille pelon ja yksinäisyyden tunteita. Potilaat voivat kokea sitomisen myös rangaistukseksi tai vapauden riistoksi. Potilaat olivat tyytymättömiä, koska eivät saaneet riittävästi tietoa omasta hoidosta. (Kontio 2011, 40; Aaltonen & Rosenberg 2013, 70.) Vastauksista selvisi, että potilaat voivat kokea sitomisen nöyryyttävänä. Omasta tilanteestaan tietämätön potilas on avuttomassa asemassa fyysisen rajoittamisen aikana. Negatiivisten tunteiden, kuten pelon ja nöyryytetyksi tulemisen, kokeminen ei ole eettisen ajattelun kannalta toivottavaa. Sekä Suohosen (2007, 35) että Kontion (2011, 40) mukaan potilaat voivat kokea sitomisen myönteisenä, esimerkiksi rauhoittavana, kokemuksena. Eettisesti haasteelliseksi tilanteen tekee se, että ennakkoon on mahdotonta tietää potilaan suhtautumista sitomiseen.

Hoitajien kokemuksien mukaan lepositeiden käytön syyt voivat olla ajoittain eettisesti arveluttavia. Hoitajien vähäistä määrää on käytetty sitomistarpeen perusteluna. Tämä selvisi kyselylomakkeiden vastauksien lisäksi myös Saarnion ja Isolan (2009, 269) tutkimuksessa. Saarnio ym. (2007) mukaan vanhuksia oli sidottu hoitajien palaverien ajaksi. On eettisesti arveluttavaa sitoa potilas henkilökunnan vähäisyyteen vedoten, jos sitomiselle ei ole löydettävissä muuta perustelua. Kaikki hoitajat eivät olleet kokeneet eettisesti ristiriitaisia tilanteita lepositeiden käytön yhteydessä. He ovat arvioineet sitomisen tarpeen olevan välttämätön potilaan hoidon kannalta.

Lepositeissä olevaa potilasta tulee valvoa normaalia useammin (Kaivola & Lehtonen 2006). Tämän toteutus on havaittu haastavaksi osastoilla. Vastanneet hoitajat kokivat, että henkilökuntaa ei ole tarpeeksi, jotta sidottua potilasta voidaan valvoa määräysten mukaisella tavalla. Yhdellä hoitajalla on vastuu useammasta potilaasta työvuoronsa aikana, eikä hänellä ole mahdollisuutta toteuttaa vierihoidtoa. Riittävän seurannan mahdollistamiseksi hoitohenkilökunnan määrää olisi lisättävä osastolla. Kyselyyn valituilla osastoilla on hoidossa potilaita, joilla on somaattisia sairauksia. Sitomisen aikana on tarkkailtava myös näiden sairauksien oireita ja vitaalielintoimintoja (Aaltonen & Ro-

senberg 2013, 69). Sitomismuodon valinnassa on otettava huomioon potilaan sairaudet ja yleistila. Esimerkiksi hengitysvaikeudesta kärsivälle potilaalle vyötärön ympärille laitettava magneettivyö voi vaikeuttaa hengittämistä.

Osastojen hoitajat kertoivat lepositeiden käyttöön liittyvän kirjaamisen olevan puutteellista. Potilaan hoitoa ja tarkkailua tulee dokumentoida yksiselitteisesti potilasasiakirjoihin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Tarkan kirjauksen avulla voidaan luotettavasti perustella lepositeiden käyttö potilasturvallisuuden kannalta tarpeelliseksi. Tieto potilaan sen hetkisestä voinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista on häntä hoitavan henkilökunnan saatavilla. Näin tiedonkulku ei ole vain suullisen raportoinnin varassa ja hoidon jatkuvuus on varmempaa. Huolellista kirjaamista voidaan ajatella myös hoitajien oikeusturvana. Dokumentoitu tieto hoidosta on ainut keino osoittaa tehdyt hoitotoimet. Kirjaamatta jätettyjä hoitotyön toimintoja ei voida todistaa tehdyiksi.

Kyselyyn vastanneista hoitajista useat kokivat haastavaksi toteuttaa lainsäädäntöä potilaan sitomiseen tarvittavan luvan kysymisessä. Hoitajille oli epäselvää, että akuutissa tilanteessa potilas voidaan sitoa ilman lääkärin lupaa jos sitomisesta ilmoitetaan välittömästi hoitavalle lääkärille. Hoitajien vastauksista ilmeni, että potilaita ei sidottu edes akuuteissa tilanteissa ilman lääkärin lupaa, vaikka se olisi ollut lainsäädännöllisesti (Mielenterveyslaki 1990) oikeutettua. Tästä johtuen uudelle potilaalle saatettiin pyytää sitomislupa varmuuden vuoksi.

Fyysinen rajoittaminen sitomalla on tarkoitettu mahdollisimman lyhytaikaiseksi hoitokeinoksi ja se on lopetettava välittömästi kun se on turvallisen hoidon kannalta mahdollista. Tämän vuoksi potilaan tilaa ja sitomisen tarpeellisuutta on arvioitava jatkuvasti. (Kaivola & Lehtonen 2006; Saarnio & Isola 2009, 271.) Hoitajien kokemuksen mukaan potilaiden sitomisen tarvetta ei arvioitu riittävän usein, minkä vuoksi fyysinen rajoittaminen saattoi olla liian pitkäaikaista. Tämän voidaan ajatella johtuvan liian vähäisestä henkilökunnan määrästä, jonka vuoksi hoitajien työmäärä kasvaa liian suureksi. Puutteellisen tarkkailun vuoksi on haasteellista huomata muutokset potilaan voinnin parnemisessa ja ettei lepositeille ole tarvetta.

### 6.1.3 Erikoissairaanhoidon ohjeiden hyödyntäminen

Työympäristössä, jossa väkivallan uhka on mahdollinen, tulee olla työnantajan laatimat menettelyohjeet vaaratilanteita varten (Työturvallisuuslaki 2002). Erikoissairaanhoidon yksiköille on laadittu kirjalliset ohjeet kuinka toimia lepositeiden käyttötilanteissa. Kyselyyn osallistuneet hoitajat hyödynsivät ohjeita vaihtelevasti. Osa hoitajista ei ollut tietoisia kyseisistä ohjeista ja osa vastanneista kertoi, ettei hyödyntänyt niitä. Kyselyn myötä saatuaan tietoa ohjeista, useat hoitajista aikoi tutustua niihin. Hoitajat käyttivät myös vaihtoehtoisia tiedonlähteitä kuten toisia hoitajia tai internetiä. Hoitajilta voi saada tukea lepositeiden käyttöön. Tällöin lepositeiden tarvetta on arvioimassa useampi hoitaja. Hoitajat voivat myös jakaa ajatuksiaan sitomisen sijaan käytettävistä rauhoittelukeinoista. Tämän avulla voidaan välttää tarpeetonta lepositeiden käyttöä.

Hoitajat kokivat lepositeiden käytön selkeytyneen kirjallisten ohjeiden myötä. Aiemmin hoitajat ovat soveltaneet mielenterveystyöhön suunnattuja lakeja ja ohjeistuksia. Ohjeita käyttäneet hoitajat kertoivat niiden olevan selkeät ja niistä löytyvän tarvittava tieto lepositeiden käytön tueksi. Ohjeiden tunnettavuutta voitaisiin parantaa lisäämällä ne hoitohenkilökunnan perehdytykseen sekä sijoittamalla ne helposti löydettäväksi osastolta.

## 6.2 Etiikka

Tutkimusta tehdessä tutkijan on ratkaistava eettiset ongelmat, jotka esiintyvät tutkimusprosessin aikana. Erityisen tärkeää on eettisten kysymysten huomiointi esimerkiksi hoitotieteessä ja muilla inhimillistä toimintaa tutkivilla tieteenaloilla. Eettistä tarkastelua kestävä tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa millään osa-alueella. Tutkimuksesta aiheutuvan haitan tulee olla vähäisempää kuin siitä saatavan hyödyn. Tutkija kantaa vastuun tutkimuksesta. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–27; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.)

Lepositeiden käytön toteutuminen somaattisilla vuodeosastoilla oli opinnäytetyön aiheena arkaluontoinen, koska sen tutkiminen voi tuoda esiin työyksikön puutteita. Ilmiön tutkimisen voidaan olettaa olevan tärkeää, jotta mahdollisia epäkohtia toimintatavoissa voidaan kehittää. Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut syyllistää hoitohenkilökuntaa tai vertailla osastojen toimintatapoja keskenään. Kyselylomakkeeseen vastanneille hoitajil-



le aiheutunut haitta pyrittiin pitämään mahdollisimman vähäisenä. He saivat vastata työajalla ja kysely laadittiin mahdollisimman lyhyeksi, jotta vastaaminen ei veisi liikaa aikaa. Työstä saatujen tulosten perusteella on mahdollista kehittää lepositeiden käyttöä somaattisilla vuodeosastoilla. Hoitajille aiheutunut hetkellinen haitta on tässä tapauksessa hyväksyttävää.

Tutkimusprosessi alkaa tutkittavan aiheen rajauksella. Samalla tutkija rajaa oman näkökulmansa tutkittavaan ilmiöön. Tutkija selventää ja perustelee tekemiään rajauksia tutkimusraportissaan. Tutkija ja tutkimusorganisaatio sopivat yhdessä tutkimuksen sisällöstä sekä asioista, jotka jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Heillä on myös vastuu tutkimustulosten julkaisusta ja käytöstä. Tämän jälkeen tulee hakea tutkimuslupa ennen aineistonkeruun aloittamista. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 28; Suomen Akatemia 2008.)

Opinnäytetyön aiheen varmistumisen jälkeen aihe rajattiin kiinnostuksen perusteella lepositeiden käytön toteutumiseen hoitajien kokemana. Työelämäpalaverissa näkökulmaa tarkennettiin entisestään ja sovittiin, että työ tehdään laadullisella menetelmällä ja aineistonkeruu toteutetaan kyselylomakkeilla. Samalla sovittiin, mitkä osastot ovat sopivia työhön. Tavoitteena oli saada vastauksia erityyppisiltä osastoilta. Opinnäytetyön julkaisuun liittyvistä asioista sovittiin, ettei valmiissa työssä mainita tarkkoja osastojen nimiä. Valmis työ voidaan julkaista Theseuksessa ja kirjastossa. Tutkimussuunnitelma hyväksytettiin työelämäyhteyshenkilöllä, minkä jälkeen tutkimuslupa haettiin ennen tutkimusaineiston keräämistä.

Tutkijan tulee muistaa eettinen toiminta kun on vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa eikä antaa henkilökohtaisten asenteiden vaikuttaa tilanteeseen. Tutkittavalle tulee myös selvittää etukäteen tutkimuksen tavoitteet, tiedonkeruumenetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkittavien osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja heillä on oltava mahdollisuus jättäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Tutkijan tulee varmistaa, ettei tutkimukseen osallistuneita voida tunnistaa. Tällä tarkoitetaan sekä tutkimusaineiston huolellista säilyttämistä ja oikeanlaista hävittämistä että asian huomioimista raportoinnissa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 27, 29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Kyselylomakkeiden mukana lähetettiin saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin lyhyesti opinnäytetyöstä, aineiston keruusta ja aineiston säilyttämisestä. Saatekirjeestä löytyi yhteystiedot, jos osallistujille tuli kysyttävää opinnäytetyöstä tai kyselystä. Kyselyt toimitettiin

vastaajille osastonhoitajien kautta, joten vastaajien asenteisiin ei vaikutettu. Kyselyyn vastaaminen oli hoitajille vapaaehtoista. Vastanneiden hoitajien anonymiteetti taattiin lomakkeiden huolellisella säilyttämisellä ja hävittämisellä. Kyselyssä ei pyydetty hoitajia antamaan nimiään tai muita tunnistetietoja. Tulosten raportoinnissa huolehdittiin, ettei hoitajia ole mahdollista tunnistaa suorien lainausten perusteella.

Tutkimusraporttia tehdessään tutkijan tulee olla rehellinen ja avoin tulosten suhteen. Jotta tämä toteutuisi, on tutkijan pyrittävä olemaan mahdollisimman objektiivinen. Tutkijan tulee noudattaa huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan. Raportoidessa tutkijan on huomioitava toisten saavutukset ja annettava heille siitä kuuluva tunnustus omassa työssään. Tutkija noudattaa tieteelliselle tiedolle annettuja kriteerejä tutkimusta suunnitellessa, toteuttaessa ja raportoitaessa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 31; Suomen Akatemia 2008.)

Opinnäytetyötä tehdessä pyrkimyksenä oli olla mahdollisimman objektiivinen. Omat kokemukset ja asenteet aihetta kohtaan on yritetty sivuuttaa, jotta ne eivät vaikuttaisi työn tuloksiin. Aineistoa analysoidessa käytettiin suoria lainauksia vastauksista muokkaamattomina. Opinnäytetyössä käytettyihin lähteisiin on viitattu asianmukaisesti. Opinnäytetyöprosessi on ollut aiheen valinnasta lähtien suunnitelmallista. Tulokset on esitetty totuudenmukaisesti.

### **6.3 Luotettavuus**

Usein pohdittu kysymys laadullista tutkimusta tehtäessä on, kuinka suuri aineiston tulisi olla, jotta sitä voidaan pitää luotettavana. Luotettavan aineiston saamiseksi tulee ottaa huomioon seuraavia asioita: Kun tutkimukseen osallistuvat ovat halukkaita vastaamaan, niin vastausten laatu paranee. Vastaajien määrää tärkeämpää on niiden laatu. On tärkeää, että vastaajat pystyvät ilmaisemaan itseään yksiselitteisellä tavalla. Tutkijan tulee tarkoin harkita, kuinka paljon kertoo tutkimukseen osallistujille tutkimuksen sisällöstä tai taustoista. Osallistujilla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta, kuitenkin siinä määrin, ettei se vaikuta tutkittavan mielipiteisiin tai asenteisiin ja sitä kautta heikennä tutkimuksen luotettavuutta. Valintakriteerit tulee mainita tutkimusraportissa. Tutkimuksen tekoon varattu rajallinen aika rajoittaa aineiston määrää, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Määrällisesti suuren aineiston kokoaminen ja analysointi vievät paljon

aikaa. (Nieminen 1998, 216; Vehviläinen-Julkunen 1998, 30; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

Kyselylomake oli toimiva tiedonkeruumenetelmä, koska opinnäytetyön aihe oli arka-luontoinen. Haastattelemalla olisi saatu vähemmän vastaajia ja heidät olisi ollut helpompi tunnistaa. Mahdollisuus vastata nimettömänä madalsi osallistumiskynnystä. Täytettyjä kyselylomakkeita palautettiin 25 kappaletta, mikä oli lähes työelämäyhteyskehityksen toivoma vastausten määrä. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu vaihtelevasti. Pääsääntöisesti vastaukset olivat kattavia ja monipuolisia. Muutama vastaus jouduttiin jättämään analyysin ulkopuolelle, koska ne eivät olleet yksiselitteisiä tai eivät vastanneet kysymykseen. Luotettavuutta lisäsi vastaajien vapaaehtoisuus. Osallistuneilla hoitajille ilmoitettiin saatekirjeen muodossa lyhyesti opinnäytetyön aiheesta ja vastausten käsitte-lystä. Luotettavuutta paransi se, että osastonhoitajat valitsivat vastaajiksi hoitajia, joilla tiesivät olevan kokemusta lepositeiden käytöstä. Hoitajilla oli mahdollisuus kieltäytyä vastaamisesta. Aineiston keruuta suunniteltaessa oli haasteellista arvioida sopivaa vastaajien määrää. Avoimiin kysymyksiin on mahdollista vastata epäselvästi ja aiheeseen kuu-lumattomia asioita, joita ei ole mahdollista käyttää analyysissä. Saaduista 25 vastauk-sesta muodostui kattava aineisto, josta saadut tulokset olivat monipuolisia. Aineisto ko-ettiin riittävän laajaksi analyysin onnistumisen kannalta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla tarkoitetaan onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä alun perin on ollut tar-koitus tutkia. Jos aineisto ei vastaa tutkimuskysymyksiin tai aineisto on kerätty puutteel-lisesti, puhutaan validiteettiongelmista. Reliabiliteetti kertoo voidaanko tutkimustulok-set toistaa toisessa yhteydessä. Tässä mahdollisia ongelmia ovat analyysivaiheessa tulleet koodausvirheet tai virhetulkinat. Edellä mainittujen käsitteiden käyttöä on kritisoi-tu laadullisten tutkijoiden keskuudessa, koska ne ovat lähtöisin määrällisestä tutkimuk-sesta. (Nieminen 1998, 215; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Hoitajien kokemuksista saatiin vastauksia tutkimustehtäviin. Kyselylomakkeen kysy-mykset suunniteltiin teorian pohjalta siten, että ne vastaavat tutkimustehtäviin. Saadut vastaukset olivat yksiselitteisiä ja antoivat tietoa kysyttäviin aiheisiin. Aineistonkeruu sujui suunnitellusti ja hoitajille annettiin kolme viikkoa aikaa vastata. Osastonhoitajiin oltiin yhteydessä sähköpostitse noin viikkoa ennen kyselylomakkeiden ennalta sovittua palautuspäivää. Tällöin tiedusteltiin mahdollisen lisäajan tarvetta vastaamiseen. Saadut

tulokset olivat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa, minkä vuoksi opinnäytetyön tuloksien voidaan ajatella olevan siirrettävissä toiseen yhteyteen. Analyysin haasteena oli kyselylomakkeiden vastausten luotettava tulkinta. Epäselviin vastauksiin ei ollut mahdollista saada tarkennusta ja irrallisten lauseiden lukemisessa voi tulla tulkintavirheitä. Virheellisten tulkintojen välttämiseksi epäselvät vastaukset jätettiin analyysin ulkopuolelle ja analyysi perustui vastausten suoriin lainauksiin. Koodausvirheiden välttämiseksi aineistoa analysoidessa käytettiin apuna muistilappuja ja aineistosta yliviivattiin tutkimustehtäviin vastaavat ilmaisut erivärisillä huomiokynillä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten esittämistä niin, että lukija ymmärtää ne oikein. Siirrettävyys kertoo, kuinka tulosten siirtäminen toiseen kontekstiin onnistuu. Riippuvuudella tarkoitetaan, että tutkimus on tehty yleisesti hyväksytyjen tutkimusperiaatteiden mukaan. Vahvistettavuuden mukaan tutkija perustelee tekemänsä päättelyt tarkasti, jotta lukijan on mahdollista ymmärtää ne. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Uskottavuuden takaamiseksi opinnäytetyön raportointi on tehty huolellisesti ja helposti ymmärrettävään muotoon. Opinnäytetyöprosessin vaiheet on kuvattu tarkasti perustelujen mukaan lukien mahdolliset ongelmat. Vastausten ollessa yhdenmukaisia aiemmin tutkittuun tietoon verrattuna, voidaan ajatella tulosten olevan siirrettävissä muille soomaattisille vuodeosastoille. Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu yleisesti hyväksytyjä tutkimusperiaatteita ja tehdyt päätelmät on perusteltu.

Tutkimusta tehdessä on pyrittävä mahdollisimman objektiiviseen eli puolueettomaan lopputulokseen. Kuitenkin kvalitatiivisessa tutkimuksessa on myönnetty, ettei täysin puolueetonta tutkimusta ole mahdollista tehdä. Tutkijan oma näkemys, sukupuoli, ikä, uskonto, kansalaisuus näkyvät väistämättä kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. (Nieminen 1998, 215; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134.) Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan nähdä kokemattomuus tutkimusprosessin toteuttamisesta. Mahdollisimman objektiiviseen kokonaiskuvaan tähdättäessä on pyritty jättämään omien kokemusten ja asenteiden vaikutukset mahdollisimman vähäisiksi. Työtä tehdessä oli hyväksyttävä, ettei täysin objektiiviseen näkökulmaan ole mahdollista päästä.

Jotta analyysin luotettavuutta voidaan arvioida, tutkija perustelee ja kirjaa tarkasti millä perusteella on aineiston luokitellut. Oman analyysinsä tueksi hänen tulee käyttää joko suoria lainauksia tai muita dokumentoituja havaintoja. Näin tutkija perustelee omia valintojaan ja lisää oman analyysinsä luotettavuutta. Tämä edellyttää tutkijalta kykyä nähdä asioita monista eri perspektiiveistä. Luokittelussa abstraktimmalle tasolle siirryessä tutkijan tulee huomioida, että käsitteellinen taso pysyy samana siirryttäessä alaluokista yläluokkiin. Muodostettujen luokkien tulee olla toisensa poissulkevia. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerejä ovat tutkijan kyky korostaa uusia näkökulmia, analyysin ajankohtaisuus ja kyky kuvata ilmiötä kattavasti yksinkertaisia käsitteitä käyttäen. (Nieminen 1998, 219–220.)

Luotettavuuden parantamiseksi tulosten raportoinnin yhteydessä käytettiin suoria lainauksia kyselylomakkeiden vastauksista. Lainauksilla viitattiin jokaiseen alaluokkaan ja tuotiin esiin eri näkökulmia aiheista. Tuloksia ja suoria lainauksia vertailemalla on perusteltu aineiston analyysiä. Analyysin aikana muodostetut luokat olivat toisensa poissulkevia. Analyysiprosessi on kuvattu taulukon muodossa (liite 4).

Käytetyt lähteet tulisi olla alkuperäisiä, koska toisen käden lähteissä saattaa olla virhetulkintoja (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 93). Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään alkuperäislähteitä. Osassa tutkimuksista on jouduttu tyytymään toisen käden lähteisiin, kuten tutkimuksia käsitteleviin artikkeleihin. Näissä tapauksissa artikkelit ovat olleet luotettavaksi arvioiduista hoitotieteellisistä lehdistä.

Luotettavan tutkimusraportin on oltava niin selkeä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan tutkimusprosessin etenemistä ja arvioimaan sitä. Raportin tulee edetä kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Laadullisessa tutkimuksessa raportin eri vaiheita ei välttämättä voida selkeästi erottaa toisistaan. Kattavalla raportilla tutkija vakuuttaa lukijat omista ratkaisuisistaan, analyysin perusteluista ja tutkimuksen etenemisen luotettavuudesta. (Nieminen 1998, 220; Tuomi & Sarajärvi 2009, 150.) Opinnäytetyön raportti etenee raportointiohjeiden mukaan. Eri vaiheita on pyritty kuvaamaan ymmärrettävästi. Tutkimustulokset etenevät teoreettisen lähtökohdan mukaisesti. Raportista on tehty kattava ja se perustelee tehtyjä ratkaisuja.

## LÄHTEET

Aaltonen, L-M. (toim.) & Rosenberg, P. (toim.). 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. HAMK. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.

Heiskanen-Haarala, I. 2010. Vastoin tahtoa: tahdonvastainen hoito on vaikea pala myös sairaanhoitajalle. *Sairaanhoitaja* 83 (11), 10–14.

Immonen, S. 2005. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

International Council of Nurses. 2012. The ICN Code of Ethics for Nurses. Luettu 6.5.2013 [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Kaivola, J. & Lehtonen, L. 2006. Lepositeiden käyttö levottomalla myrkytyspotilaalla. *Suomen lääkäri* 61 (34), 3351–3354.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kuokkanen, L. 2012. Sairaanhoitajan eettinen stressi. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca, 64–76.

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2010. Sairaanhoitajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. *Hoitotiede* 22 (1), 26–35.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. 24.6.2010/629.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca, 51–63.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Metsämuuronen, T. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY, 215–221.

Palviainen, P., Hietala, M., Routasalo, P., Suominen, T. & Hupli, M. 2003. Do nurses exercise power on basic care situations? *Nursing ethics* 10 (3), 267–280.

Patton, M. Q. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3. painos. Lontoo: Sage Publications.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.

Potilasvakuutuskeskus. 2012. Luettu 7.1.2013. [www.pvk.fi](http://www.pvk.fi)

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 128 (22), 2336–2343.

Saarnio, R. & Isola, A. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö – onko vaihtoehtoja? Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö 2009*. Helsinki: WSOY, 266–278.

Saarnio, R., Isola, A. & Backman, K. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44/2007, 109–119.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Päivitetty 28.9.1996. Luettu 26.11.2012. [www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi)

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. *Hoitotyön etiikka*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3/2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen valvonnasta. 28.5.2002.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298

Strandell-Laine, C., Heikkinen, A., Leino-Kilpi, H. & van der Arend, A. 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet – Mikä niiden merkitys on? *Hoitotiede* 17 (5), 259–269.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Suomen Akatemia. 2008. Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Taylor, T., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T., Schuster, M., Cervilla, J., Brangier, P., Raboch, J., Kališová, L., Onchev, G., Dimitrov, H., Mezzina, R., Wolf, K., Wiersma, D., Visser, E., Kiejna, A., Piotrowski, P., Ploumpidis, D., Goniadakis F., Caldas-de-Almeida, J., Cardoso, G. & King, M. 2009. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9 (55).

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Potilasturvallisuutta taidolla. Luettu 7.1.2013. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 20 (4), 182–191.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pounonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY, 26–34.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemanä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.



## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje



#### SAATEKIRJE

#### HYVÄ LÄHI- TAI SAIRAAHOITAJA

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä lepositeiden käytöstä kaupungin erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Aineiston keräämme oheisen kyselylomakkeen avulla ja toivomme että Sinulla olisi hetki aikaa vastata siihen. Kaikki vastaukset ovat meille tärkeitä ja arvostamme näkemääsi vaivaa.

Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja käsittelemme ja säilytämme aineistoa siten, että vastaajien anonymiteetti voidaan turvata. Tutkimuksen valmistuttua hävitämme kyselylomakkeet.

Mikäli Sinulla herää kysymyksiä kyselylomakkeeseen liittyen, voit ottaa yhteyttä meihin tai opinnäytetyötämme ohjaavaan lehtori Sanna Laihoon (sanna.laiho@tamk.fi).

Kiitos jo etukäteen vaivannäöstäsi!

---

Sanna Marttinen  
sanna.marttinen@health.tamk.fi

---

Iida Määttänen  
iida.maattanen@health.tamk.fi

**Liite 2. Kyselylomake**

1(2)

**Osasto:** \_\_\_\_\_

1. Kuvaile millainen on osastonne tyypillisin lepositeiden käyttötapaus?

---

---

---

---

---

---

2. Millaisia potilasturvallisuutta vaarantavia tilanteita olet kohdannut työssäsi lepositeiden käytön yhteydessä?

---

---

---

---

---

---

3. Millaista koulutusta tai ohjausta kaipaisit lepositeiden käyttöön liittyen?

---

---

---

---

---

---

(jatkuu)

4. Millaisia eettisesti ongelmallisia tilanteita sinulle on tullut vastaan lepositeiden käytön yhteydessä?

---

---

---

---

---

---

5. Millaisissa lepositeiden käyttöön liittyvissä tilanteissa koet haasteelliseksi noudattaa lainsäädäntöä?

---

---

---

---

---

---

6. Kuvaile, kuinka hyödynnät erikoissairaanhoidon ohjeita lepositeiden käytöstä hoitotyössä.

---

---

---

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTASI!**

## Liite 3. Tutkimustaulukko

1(5)

Tutkimuksen tekijä, julkaisu-vuosi, työn nimi ja työn luonne	Tarkoitus, tehtävät /ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Avelin &amp; Lepola (2008)</p> <p>Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käytönotosta.</p> <p>Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.</p> <p>Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma.</p> <p>Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu.</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kartoittaa ja kuvata yhden terveystieteiden alan potilasturvallisuutta keräämällä tutkimusaineisto sähköisellä vaaratapahtumien ilmoituslomakkeella ja perinteisellä kyselylomakkeella ja hyödyntää saatuja tuloksia toiminnan kehittämiseksi.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minkälaisia vaaratapahtumia hoitohenkilöstö raportoi terveystieteiden alan osastoilla raportointijärjestelmän kautta käyttöönottoprosessin aikana?</li> <li>2. Miten vaaratapahtumaraportointityökalun käyttö on tukenut henkilöstön oppimista sairaalan eri osastoilla?</li> <li>3. Millainen raportointi- ja seurantamenettely vaaratapahtumien käsittelemiselle luotiin toimintatutkimusprosessin aikana terveystieteiden alan osastoilla?</li> <li>4. Mitä kehittämistoimenpiteitä käynnistettiin vaaratapahtumailmoitusten pohjalta</li> </ol>	<p>Toimintatutkimus.</p> <p>Ensimmäinen aineisto kerättiin terveystieteiden alan kuuden eri osaston hoitohenkilöstön tekemistä vaaratapahtumailmoituksista (N=341).</p> <p>Toinen aineisto kerättiin kyselylomakkeella (N=18, 6 osastonhoitajaa ja 12 potilasturvallisuusvastaavaa), jonka laadullinen osuus käsiteltiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Lääke- ja nestehoitoon sekä verensiirtoon liittyviä vaaratapahtumia ilmoitettiin eniten (74 %), väkivaltailmoituksia 10 % sekä tapaturma- ja onnettomuusilmoituksia 7 %.</p> <p>Ilmoitusten tekoon osallistuttiin aktiivisesti ja niiden käsittely koettiin tarpeelliseksi. Osa vastaajista koki, että kiire vähentää haittatapahtumailmoitusten tekoa. Lähes kaikki kokivat, ettei ilmoituksilla etsitä syyllisiä vaan niitä käytetään oppimistarkoituksessa.</p>

(jatkuu)

	<p>terveyskeskussairaalassa potilasturvallisuuden edistämiseksi?</p> <p>Tavoite: Kehittäminen, oppiminen ja tutkiminen.</p>		
<p>Immonen (2005)</p> <p>Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää hoitajien tietotason sekä siihen yhteydessä olevien tekijöitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ennen hoitoon pääsyä koskevan lakimuutoksen voimaantuloa.</p> <p>Ongelmat: 1. Mikä on hoitajien tietämys potilaslain sisällöstä? 2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä hoitajien potilaslain sisältötietouteen?</p>	<p>Kvantitatiivinen (sekä kvalitatiivinen) tutkimusmenetelmä.</p> <p>Kyselylomake, jossa sekä strukturoituja, että puoli-strukturoituja kysymyksiä.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kolmen sairaalan 11 kirurgiselta ja psykiatriselta vuodeosastolta (N= 128).</p>	<p>Hoitajien potilaslain sisältötietämys oli tyydyttävää. Suurin osan koki, ettei saanut riittävästi tietoa potilaan oikeuksista ja kaipasivat lisäkoulutusta tästä.</p> <p>Hoitajien asenteilla oli yhteyttä potilaan oikeuksista saadun tiedon täydentämiseen. Yleisesti hoitajat kokivat potilaslain sisältöosaamisen tärkeäksi omassa työssään.</p> <p>Hoitajat tiesivät hyvin potilaan hyvää hoitoa koskevasta potilaslain sisällöstä.</p> <p>Potilaan tiedon saanti-oikeutta ja toimivaltaa käsittelevästä sisällöstä tiedettiin vain tyydyttävästi.</p>

			Heikoiten hoitajat tiesivät muistutusta ja potilasasiamiestä koskevasta lain sisällöstä.
<p>Poikkimäki (2004)</p> <p>Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p> <p>Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Selvittää, kuinka hoitotyön arvot toteutuvat hoitohenkilökunnan ja potilaiden arvioimana.</p> <p>Tehtävät:</p> <p>1. Miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita?</p> <p>- Miten potilaan kohtelua olisi kehitettävä hoitotyössä?</p> <p>2. Miten potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu?</p> <p>- Kuinka paljon potilaat saavat tietoa omaa hoitoa koskevista asioista?</p> <p>- Kuinka paljon potilaat pystyvät osallistumaan oman hoitonsa päätöksentekoon?</p> <p>3. Miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoitotyössä?</p> <p>Tavoite:</p> <p>Kehittää hoitotyön laatua, jotta hoitotyössä kunnioitettaisiin ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta sekä yksityisyyttä.</p>	<p>Kvantitatiivinen (sekä kvalitatiivinen) tutkimus.</p> <p>Kyselylomake, jossa strukturoituja ja avoimia kysymyksiä.</p> <p>Aineisto kerättiin sairaalan sisätautien- ja kirurgian vuodeosastoilta. Kyselyyn vastasi 111 hoitajaa ja 83 potilasta.</p>	<p>Potilaita kohdeltiin, arvostettiin ja kunnioitettiin melko hyvin sekä potilaiden, että hoitajien vastausten perusteella.</p> <p>Potilaat kokivat saamansa hoidon kiirettömämmäksi ja laadukkaammaksi kuin hoitajat.</p> <p>Sekä potilaiden, että hoitajien mielestä potilaat saivat kohtalaisesti tietoa. Potilaat kokivat saavansa liian vähän tietoa sairautensa hoitovaihtoehtoihin liittyvistä asioista.</p> <p>Potilaat kokivat hoitajia harvemmin, että heidän mielipiteitään kuunneltiin hoitoa suunniteltaessa.</p> <p>Suurin osa potilasta koki, ettei heidän yksityisyyttä tai intimitteettiä kunnioitettu riittävästi.</p>

<p>Suhonen (2007)</p> <p>Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelu-tutkimus potilaiden kokemuksista.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p> <p>Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää psykiatristen potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden sisällöstä ja toteutumisesta sairaalahoidon aikana.</p> <p>Tehtävät: 1. Mitä potilaan mielestä sisältyy itsemääräämisoikeuteen? 2. Toteutuuko psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus potilaan mielestä?</p> <p>Tavoite: Pyrkiä selvittämään psykiatristen potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta sairaalahoidon aikana lisäksi tarkastellaan, mitä itsemääräämisoikeus sisältää potilaiden mielestä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Teemahaastattelu.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin psykiatrisessa sairaalahoidossa olevilta potilailta (N=8).</p>	<p>Itsemääräämisoikeus koostuu potilaiden mielestä potilasta kunnioittavasta kohtelusta, potilaan mahdollisuudesta tulla kuuluksi ja mahdollisuudesta osallistua päätöksentekoon.</p> <p>Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu potilaiden mielestä enimmäkseen hyvin.</p>
<p>Yli-Villamo (2008)</p> <p>Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p> <p>Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tarkoitus: Kuvailla päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta sekä kuvailla päivystyspotilaisiin kohdistuneita vaaratapahtumia ja niiden ennaltaehkäisyä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.</p> <p>Teemahaastattelu.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin päivystyspoliklinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta (N=15).</p>	<p>Potilasturvallisuuden toteutumisesta edistäviksi tekijöiksi koettiin ammattitaitoinen hoitohenkilökunta, turvallinen hoitoympäristö sekä asianmukainen hoito.</p> <p>Potilasturvallisuuden toteutumisesta estäviksi tekijöiksi koettiin</p>

	<p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kuvata sairaanhoidtajien kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta päivystyspoliklinikalla</li> <li>2. Kuvata potilaisiin kohdistuneita vaaratapahtumia päivystyspoliklinikalla</li> <li>3. Kuvata potilaisiin kohdistuvien vaaratilanteiden ennaltaehkäisyä päivystyspoliklinikalla</li> </ol>		<p>ammattitaidoton hoitohenkilökunta, riittämättömät hoitohenkilökuntaresurssit, turvaton hoitoympäristö, potilaan aiheuttamat vaaratilanteet sekä hoitajapuola.</p> <p>Potilasturvallisuuden koettiin vaarantuvan päivystyspoliklinikalla vaihtelevasti.</p> <p>Vaaratapahtumia ennaltaehkäistään päivystyspoliklinikalla erilaisin menetelmin</p>
--	--	--	---



## Liite 4 Analyysirunko

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat	Yhdistävä luokka
Käyttäytymisestä johtuvat syyt	Lepositeiden tyypillisemmät käyttötapaukset	Lepositeiden käytön toteutuminen somaattisilla vuodeosastoilla	Lepositeiden käyttö somaattisessa hoidossa
”Letkuhoitojen” turvaaminen			
Neurologiset syyt			
Muut syyt			
Lepositeiden virheellinen kiinnitys	Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät		
Potilaista johtuvat syyt			
Muut henkilökunnasta johtuvat syyt			
Potilasturvallisuus ei ole vaarantunut			
Koulutus lepositeiden kiinnityksestä	Lepositeiden käyttöön liittyvä koulutuksen tarve		
Tietoa lepositeiden käytöstä			
Koulutus ja ohjeistus riittävää			
Potilaan oikeuksien rajoittaminen	Lepositeiden käyttöön liittyvät eettiset ongelmat	Eettisten ohjeiden ja lainsäädännön toteutuminen lepositeiden käytössä	
Ristiriidat omaisten kanssa			
Sitomisesta aiheutuvat haitat			
Potilaan ymmärtämättömyys omasta parhaastaan			
Hoitajien toiminnasta aiheutuvat ongelmat			
Ei eettisiä ongelmia			
Riittävä seuranta	Lainsäädäntöön liittyvät ongelmat		
Sitomisluvan saaminen			
Lepositeiden tarpeen riittämätön arviointi			
Vastentahtoinen sitominen			
Hyödyntää käytön tukena	Erikoissairaanhoidon ohjeiden hyödyntäminen lepositeiden käytön yhteydessä	Lepositeiden käyttöön liittyvien ohjeiden toimiminen	
Tarvittaessa kertaa			
Ei ole hyödyntänyt			