

Tarja Nieminen ja Mika Oksanen

**ENSIHOIDON
POTILASTURVALLISUUS
TARKISTUSLISTOJEN
NÄKÖKULMASTA CAREAN ALUEEN
ENSIHOITAJIEN KOKEMANA**

Suunnitteluohje tarkistuslistojen tekoon
Carean ensihoidolle

Opinnäytetyö
Ensihoidon koulutusohjelma

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Tarja Nieminen Mika Oksanen	Ensihoidon koulu- tususohjelma	Huhtikuu 2017
Opinnäytetyön nimi		63 sivua
Ensihoidon potilasturvallisuus tarkistuslistojen näkökulmasta Carean alueen ensihoitajien kokemana -Suunnitteluohje tarkistuslistojen tekoon Carean ensihoidolle		15 liitesivua
Toimeksiantaja		
Carean		
Ohjaaja		
Lehtori, Juhani Seppälä		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on potilasturvallisen toimintamallin mukaan esittää tarkistuslistojen tärkeys ensihoidossa, sekä kehittää työkalu tarkistuslistojen valmistamiseen. Tarkistuslistojen teko on yleisestä käsityksestä poiketen monivaiheinen ja vaativa prosessi, johon tulee yhdistää alueen hoito-ohjeita sekä tutkittua tietoa. Koko valmistusprosessi tulee tehdä ensihoitajien tarpeita silmällä pitäen. Tämä työ pohjustaa suunnittelua tarkistuslistojen tekoon ja antaa tutkittua ja hyväksi havaittua tietoa listojen valmistamiseen joko paperiseen tai sähköiseen muotoon. Suunnittelutyön helpottamiseksi tässä työssä tutkitaan Carean alueen ensihoitajien käsitystä hyvästä tarkistuslistasta, sekä heidän toiveita tarkistuslistojen sisältöön. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena Carean alueen ensihoidolle.</p> <p>Teoriaosuudessa käsitellään potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, joita ensihoitajan tulee työssään käyttää ja ottaa huomioon. Työ käsittelee myös tarkistuslistojen syntyä ja kehitystä aina terveydenhoitoalalle siirtymiseen asti. Tarkistuslistoja tulisi kehittää jatkuvasti ja niiden käyttöön tulisi saada koulutusta työnantajalta tai sairaanhoitopiiriltä. Lisäksi listojen käyttöä tulisi seurata jollakin tasolla sairaanhoitopiirin taholta. Kyselyssä selvitetään myös näiden kohtien toteutuminen ensihoitajien käsityksen mukaan.</p> <p>Tutkimuksessa käy ilmi, että ensihoitajat pitävät tarkistuslistoja tärkeänä osana potilasturvallisuuden muodostumisessa. Ensihoitajat kokevat myös tarkistuslistojen helpottavan heidän työntekoaan, ja he mielellään käyttäisivät tarkistuslistoja työssään, jos niitä olisi saatavilla. Kehitettäviä osa-alueita löytyy muun muassa tarkistuslistojen käytön perehdyttämisestä ja käytön seurannasta. Ensihoitajat toivoivat myös tarkistuslistoja enemmän käyttöönsä, sekä niiden yhtenäistämistä.</p>		
Asiasanat		
potilasturvallisuus, potilasturvallisuus ensihoidossa, tarkistuslista, suunnitteluohje		

Authors	Degree	Time
Tarja Nieminen and Mika Oksanen	Bachelor of Emergency Care	April 2017
Thesis Title		63 pages
Patient safety on emergency care from perspective of checklists from the paramedic's experience on the Carea district		15 pages of appendices
Planning instructions for making check lists		
Commissioned by		
Carea		
Supervisor		
Senior Lecturer Juhani Seppälä		
Abstract		
<p>The purpose of this thesis is to demonstrate how important of the checklists are in emergency care professionals, as well it's positive impact on patient safety. Creating and developing new checklists is contrary to the general perception of an intricate and demanding process, which will connect the area care instructions, as well as research data. The entire manufacturing process must be made first of employees needs on mind. This thesis will pave the way for planning checklists and to give researched and proven information about the preparation of lists, either paper or an electronic format. In order to facilitate the planning of this work investigated the paramedics concept of good checklist, as well as their hopes for the content of checklists. The study was conducted as a survey to primary care of Carea district.</p> <p>The theoretical part deals with factors affecting to patient safety witch the paramedics will use in their work. The thesis also deals with checklists emergence and development of the health care sector. Checklists should be developed constantly, and their users should receive training from the employer or the health care district. Using of the lists should be monitored at some level from the health care district. The survey also describes of these points on paramedic's perception.</p> <p>The survey shows that paramedic's think that checklists are very important part of the formation of the patient safety. Paramedics also experience that checklists facilitate their work performance and they will use lists with pleasure if those were available. Development fields can be found at familiarization and monitoring the use of the checklists.</p>		
Keywords		
patient safety, patient safety in emergency care, checklist, planning guidelines		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUSKYSYMYKSET	6
3	ENSIHOITO.....	6
3.1	Ensihoidon työkenttä	7
3.2	Ensihoito Carean alueella.....	7
4	LAATU JA POTILASTURVALLISUUS.....	8
4.1	Hoitotyön laatu.....	8
4.2	Potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuskulttuuri.....	9
4.3	Vaara- ja haittatapahtumat sekä läheltä piti –tilanteet	10
4.4	Inhimillinen virhe.....	11
4.5	Potilasturvallisuus ensihoidon näkökulmasta.....	12
5	POTILASTURVALLISET TOIMINTAMALLIT	13
5.1	ABCDEF-protokolla potilaan tutkimisessa	14
5.2	Miehistöressurssien hallinta (CRM).....	16
5.3	Ei-tekniset taidot (ANTS)	21
5.4	Kommunikaatio	24
5.4.1	ISBAR konsultaatiomalli ensihoidossa	25
6	TARKISTUSLISTAT	26
6.1	Ilmailusta terveydenhuoltoalalle — tarkistuslistojen historiaa	27
6.2	Standard operating procedure (SOP) ja ensihoidon tarkistuslistat.....	28
6.3	Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto.....	30
6.3.1	Tarkistuslistan ulkonäkö ja asettelu.....	37
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	39
7.1	Kvantitatiivinen tutkimus	39
7.2	Kyselytutkimus.....	40

7.3	Aineiston analyysi	42
8	TUTKIMUSTULOKSET	43
8.1	Vastaaajien taustatiedot	43
8.2	Virallisten tarkistuslistojen käyttö	44
8.3	Muiden, kuin virallisten tarkistuslistojen käyttö	47
8.4	Yleinen mielipide liittyen tarkistuslistoihin	48
8.5	Ensihoitajien käsitys tärkeistä tarkistuslista-aiheista.....	50
9	POHDINTA	52
9.1	Tulosten tarkastelu	52
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	55
9.3	Tutkimuksen eettisyys	57
9.4	Jatkotutkimusehdotukset	58
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	
	Liite 1 Tutkimustaulukko	
	Liite 2 Muuttujataulukko	
	Liite 3 Kyselyn saate	
	Liite 4 Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöhön tilaus tuli suoraan työelämästä. Carean alueella ensihoito järjestetään pelastuslaitoksen, Med Group:in ja 9Lives:in toimesta. Tällä hetkellä Carean alueen ensihoidolla ei ole käytössä yhteisiä virallisia tarkistuslistoja, vaan jokaisella toimijalla ja ensihoitajalla on omia irtonaisia tarkistuslistoja käytössään. Virallisia listoja ei Carean toimesta juurikaan ole luotu. Alkuvuodesta 2016 on tehty opinnäytetyönä Carealle Ensihoidon lääkehoito-opas, jota ei ainakaan vielä ole otettu käyttöön (Rantanen & Tikka 2016). Työelämästä toivottiinkin asiaan muutosta ja toiveena oli saada yhtenäistettyä Carean ensihoitoa luomalla työkalu, jolla tehdä yhtenäiset, viralliset, tarkistuslistat yksiin kansiin kaikkien Carean alueen ensihoitajien käyttöön.

Työllämme pyrimme yhtenäistämään Carean alueen ensihoitoa ja kehittämään potilasturvallisuutta ja hoidon laatua luomalla perustan uusien tarkistuslistojen teolle ja olemassa olevien listojen muokkaamiselle ohjeistuksen mukaiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille tarve virallisille tarkistuslistoille Carean ensihoidon kentällä. Tarkoituksena on myös teorian pohjalta kuvata ohjeistus uusien tarkistuslistojen tekoon ja käyttöönottoon. Samalla pohditaan, toteutuuko nykyisten käytössä olevien tarkistuslistojen teko, käyttö ja ylläpito luodun ohjeistuksen mukaisesti. Näin selviää, onko ohjeistukselle todellista tarvetta.

Carean alueen ensihoitajien mielipide tarkistuslistojen olemassa olosta ja tarpeellisuudesta selvitetään kyselylomakkeen avulla. Samalla ensihoitajilla on mahdollisuus kertoa, mitä tarkistuslistoja he kokevat tarvitsevansa työssään. Tarkistuslistoja tulisi kehittää jatkuvasti ja niiden käyttöön tulisi saada koulutusta työnantajalta tai sairaanhoitopiiriltä. Lisäksi listojen käyttöä tulisi seurata jollakin tasolla sairaanhoitopiirin taholta. Kyselyssä selvitetään myös näiden kohtien toteutumisen ensihoitajien käsityksen mukaan.

2 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuskysymyksiksi muodostui:

1. Millaisia tarkistuslistoja Carean ensihoidolla on käytössä?
2. Miten tarkistuslistoja tulisi kehittää vastaamaan ensihoitotyön tarpeita?
3. Miten hyvä tarkistuslista suunnitellaan ja toteutetaan?
4. Toteutuuko Carean ensihoidon virallisten tarkistuslistojen käyttöönotto ja ylläpito teorian mukaisesti oikeaoppisesti?

Näihin kysymyksiin etsimme vastauksia teorian ja Carean ensihoitajille toteutetun kyselytutkimuksen avulla.

3 ENSIHOITO

Ensihoito on sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa kuljetusta jatkohoitopaikkaan. Ensihoito on osa terveydenhuoltoa. Ensihoidon lainsäädännön valmistelee Sosiaali- ja terveysministeriö. STM myös ohjaa ja valvoo ensihoidon toteutusta ja toimintaa yleisellä tasolla. Lainsäädännössä ensihoidosta säädetään tarkemmin STM:n asetuksessa *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011*. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Terveydenhuoltolain (2010) mukaan sairaanhoitopiirit vastaavat ensihoitopalvelun järjestämisestä. Samainen laki säättää ensihoitopalvelun sisällöstä siten, että ensihoitojärjestelmä on kattava ja tasapuolinen koko maassa. Tämä kokonaisuus tulee suunnitella sairaanhoitopiirin laatiman ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaan toimivaksi kokonaisuudeksi yhdessä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun sisältö niin, että se toteutuu tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti ja oikein mitoitettuna. Sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelua voidaan toteuttaa monella tapaa: tuottamalla itse, yhdessä pelastuslaitoksen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa tai ostamalla yksityiseltä palveluntuottajalta. Osaksi ensihoidon kokonaisuutta kuuluu myös lääkärihelikopteritoiminta, joiden henkilöstöstä, välineistä,

lääkkeistä ja kustannuksista vastaavat yliopistolliset sairaanhoitopiirit. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Monista variaatioista huolimatta sairaanhoitopiirin tulee vastata tilannekohtaisesta johtamisesta kaikissa tilanteissa (Koskela 2011).

3.1 Ensihoidon työkenttä

Ensihoidon työkenttä on monin puolin vaativa, koska työtä ei tehdä turvallisessa ja strukturoidussa sairaalaympäristössä. Ensihoidossa työolosuhteina voi olla mitä vain. Potilas saattaa sijaita sisällä tai ulkona, yksin tai porukassa tai paikalla voi olla myös eläimiä. Työolosuhteita vaikeuttaa vaihtelevat sääolosuhteet ja ahtaat asunnot sekä julkiset paikat. Erilaiset onnettomuudet, päihteet ja väkivaltilanteet saattavat luoda yllättäviä ja vaarallisia tilanteita. Työ on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta. Potilaalla voi olla mikä tahansa hätänä. Pitää osata varautua kohtaamaan mitä tahansa. Kohteessa vastassa voi olla esimerkiksi eloton tai rintakipuinen potilas, synnytys voi olla käynnissä tai potilaita voi olla useita saamaan aikaan.

Ensihoidossa kohteessa potilasta hoitamassa ollaan usein kahdestaan. Lääkäri ei usein ole kohteessa paikalla vaan häntä tarvittaessa konsultoidaan puhelimen välityksellä. Ensihoidossa hoidon arviointi, hoitotoimet ja päätöksenteko tapahtuvat suurimmalta osin terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten ensihoitajien, sairaanhoitajien, lähihoitajien ja lääkintävahtimestarien, sekä pelastajien ammattitaidon turvin. Ensihoidossa tehdään myös moniviranomaisyhteistyötä. Yhteistyökumppaneita voivat olla esimerkiksi hätäkeskuslaitos, poliisi, pelastustoimi, sosiaaliviranomaiset ja puolustusvoimat. Ensihoidon toteutusta kentällä valvoo ensihoidon kenttäjohtajat. He varmistavat ensihoidon sujuvuuden ja alueellisen kattavuuden kentän alati muuttuvissa tilanteissa ja tukevat hätäkeskuslaitosta tehtävien välityksessä ja priorisoinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 21–22.)

3.2 Ensihoito Carean alueella

Carean, eli Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän, jäsenkuntia ovat Kotka, Pyhtää, Hamina, Kouvola, Miehikkälä ja Virolahti. Carea tuottaa alueensa asukkaille palveluita Kymenlaakson keskussairaalassa, Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa ja sosiaalipalvelujen yksiköissä, sekä ostaa

palveluja yliopistosairaalasta Helsingistä ja sairaala Ortonista. Carean vastuulla ovat myös ensihoitopalvelut. (Carean pähkinänkuoressa s.a.)

Carean alueella toimii säännöllisessä miehityksessä 17 ambulanssiyksikköä ja ruuhka tilanteita varten on varalla kaksi yksikköä. Kenttäjohtajilla on käytössä kaksi yksikköä. Vaikka ensivastetoiminnan vuotuiset tehtävämäärät ovatkin selvästi vähentyneet aikaisemmista vuosista, on Carean alueella useita vapaapalokuntia, joilla turvataan syrjäisempien alueiden ensivastetoiminta. Pahimmissa ruuhkatilanteissa ensivaste on avuksi myös asutuskeskuksissa (Ensihoitopalvelun palvelutaso 2015–2016, 4).

Kenttäjohtajat ovat Carean palveluksessa. Muutoin ensihoitopalvelut ovat toteutettu Carean sairaanhoitopiirin alueella ostopalveluna ja yhdessä Kymenlaakson pelastuslaitoksen kanssa. Pelastuslaitoksella on käytössään kuusi ensihoitoyksikköä, sekä yhteensä lähes 20 ensivasteyksikköä eri vapaapalokunnissa. Ostopalveluna kilpailutettuna toimivat viisi hoitoyksikköä, siirtoyksiköt, päiväautot ja ruuhkayksiköt (Ensihoitopalvelun palvelutaso, 16;18). Tällä hetkellä ostopalvelun tuottajina toimivat Med Group ja 9Lives. Lisäksi Carea tekee yhteistyötä ensivastetoiminnassa puolustusvoimien kanssa Karjalan Prikaatin ja Utin Jääkärirykmentin osalta. Merialueilla yhteistyökäytössä on muutamia potilaskuljetukseen soveltuvia pinta-alueita ja tarvittaessa on myös mahdollisuus saada helikopteri käyttöön Vartiolentolaivueelta. (Ensihoitopalvelun palvelutaso 2015–2016.)

4 LAATU JA POTILASTURVALLISUUS

Terveydenhuoltolain (2010) kahdeksannessa pykälässä ”Laatu ja potilasturvallisuus” sanotaan, että terveydenhuollossa toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

4.1 Hoitotyön laatu

Jokainen potilas on oikeutettu laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Laadukkaasti toteutettu terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla ja turvallisesti eniten hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien potilaiden hoitoon. Hyvä laatu

hoitotyössä vaatii koko henkilökunnan sekä johdon sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä hyvää ja saumatonta yhteistyötä eri yksiköiden välillä. Hoitosuositusten, kuten esimerkiksi Käypä hoito -suositusten, noudattaminen pitää yllä hoidon laatua. (Terveydenhuollon laatuopas, 2011.) Jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä tulee olla laadittuna suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Terveydenhuoltolaki 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos listaa nettisivuillaan sosiaali- ja terveydenhuollon laadun keskeisiksi elementeiksi asiakaskeskeisyyden, palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden, oikeudenmukaisuuden, valinnanvapauden, potilasturvallisuuden, korkeatasoisen osaamisen sekä vaikuttavuuden (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014).

4.2 Potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuskulttuuri

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009, 11, 18) määrittää Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa 2009–2013 terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustaksi potilasturvallisuuden, joka pitää sisällään hoidon turvallisuuden, lääketurvallisuuden sekä laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 18) määritelmän mukaan niitä periaatteita ja toimia työyksiköissä, joiden tarkoituksena on taata hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa oikean hoidon ilman siitä koituvaa kohtuutonta haittaa.

Potilasturvallisuuskulttuuri edistää potilaan turvallista hoitoa. Turvallisuuskulttuurikäsitettä käytetään monilla turvallisuuskriittisillä aloilla. Terveydenhuollossa se tarkoittaa yksilöiden ja koko hoitoyhteisön tapaa toimia niin, että aina taataan ja vakuututaan potilaiden saaman hoidon turvallisuudesta. Potilasturvallisuuskulttuuri pitää sisällään potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan ja sitä tukevan johtamisen, arvot sekä asenteet. Siihen kuuluu myös oleellisesti riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri on iso osa potilasturvallisuuskulttuuria. Tällöin pystytään rakentavasti ja opettavasti käymään läpi havaittuja vaara- ja haittatapahtumia, poikkeamia ja läheltä piti -tilanteita. Tällöin jokainen taho uskaltaa ilmaista mielipiteensä tai huolensa sekä puuttua havaitsemaansa turvallisuutta vaarantavaan tekijään. Myös potilaille ja omaisille tulee välittyä tämä avoin ilmapiiri ja heillä tulee olla samanlainen oikeus esittää huolensa

ja kysymyksensä. Kaikkien vastuulla oleva vahva potilasturvallisuuskulttuuri vähentää siis potilaan hoitoon liittyviä riskejä ja haittoja toimittaessa yhteisesti sovitujen, tutkimukseen ja kokemukseen perustuvien käytäntöjen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.)

Pelkkä yksittäisten hoitotoimenpiteiden tai protokollan hallinta ei yksinään riitä potilasturvallisuudessa onnistumiseen vaan turvallisuus tulee hallita koko hoitoprosessin ajan. Potilasturvallisuus ei siis ole vain yksittäisen henkilön virheetöntä tekemistä, vaan vaatii koko hoitopolun ajan hyvää yhteistyötä, hyvää ja katkeamattonta tiedonkulkua sekä sen varmistamista, tehokasta resurssien hallintaa ja niiden hyväksikäyttöä sekä selkeää työnjakoa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 187.)

4.3 Vaara- ja haattatapahtumat sekä läheltä piti –tilanteet

Vaara- ja haattatapahtumat sekä läheltä piti -tilanteet liittyvät oleellisesti potilasturvallisuuteen. Mahdollisesti tapahtuvien vaaratapahtumien syiden ennalta tunnistaminen ja tiedostaminen helpottavat näiden tapahtumien ehkäisemistä, välttämistä sekä toteutuneessa tilanteessa toimimista. Myös jokainen toteutunut vaara- ja haattatapahtuma sekä läheltä piti -tilanne pystyvät kehittämään potilasturvallisuutta tapahtumasta oppimisen ja toiminnan kehittämisen kautta. Tämän takia kaikista vaara- ja haattatapahtumista sekä läheltä piti -tilanteista, tulee raportoida sekä nämä raportit tulee käydä yhdessä henkilökunnan kanssa läpi.

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden hoidon aikana ja se johtaa tai voi johtaa potilaalle aiheutuneeseen haittaan. Haattatapahtumasta puhutaan silloin kun vaaratapahtuma on aiheuttanut potilaalle haittaa. Kun taas vaaratapahtuma ei aiheuta potilaalle haittaa, puhutaan läheltä piti -tilanteesta. Läheltä piti -tilanteessa haitalta saatettiin välttyä sattumalta tai vaaratilanne havaittiin ajoissa ja haitalliset seuraukset kyettiin estämään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12–13.)

Salminen-Tuomaala, Leikkola ja Paavilainen (2014) kertovat HaiPro-tutkimukseensa liittyvässä artikkelissa esimerkkejä eri syistä, jotka voivat ensihoidossa aiheuttaa vaara- tai haattatapahtumia. Näitä ovat esimerkiksi potilaan henkinen ja

fyysinen vointi; potilas voi olla sekava, muistamaton tai fyysisesti voimaton. Lääkehoidossa voi tapahtua virheitä, jotka voivat johtua kokemattomuudesta, kii-reestä tai inhimillisestä virheestä. Kaikki välineet eivät aina toimi oikealla lailla tai niitä ei osata käyttää. Tiedonkulku eri yksiköiden välillä voi olla vajavaista. Ensi-hoidossa kohteen ympäristö, sijainti, sää sekä muut paikalla olevat ihmiset voivat olla turvallisuudelle riskitekijöitä ja johtaa vaara- tai haittatapahtumaan.

Jokaisesta vaara- ja haittatapahtumasta sekä läheltä piti -tilanteista voidaan op-pia, jos siihen annetaan mahdollisuus organisaatiossa. Tapahtuneen jälkeen on helppo etsiä syyllistä ja huomauttaa työntekijää olemaan huolellisempi. Tällainen toimintamalli ei kuitenkaan kehittä toimintaa ja potilasturvallisuutta, vaan voi joh-taa saman vaaratapahtuman toistumiseen tai tulevien vähättelyyn ja piilotteluun. Työyhteisössä tulisi avoimesti yhdessä pohtia mm. miksi vaaratapahtuma tapah-tui, miten se olisi voitu estää ja miten toimintaa tulisi muuttaa. Tällainen toiminta-malli estää paremmin vaaratapahtuman toistumista sekä kehittää ja ylläpitää poti-lasturvallisuutta. Tällaiseen toimintamalliin päästään raportoimalla kaikista vaara- ja haittatapahtumista sekä läheltä piti -tilanteista, ja käymällä yhdessä työyhteisön kanssa raportit läpi yllä kuvatulla tavalla, asiallisesti ja ketään syyttämättä. Raportoinnin avulla tunnistetaan vaaratilanteita paremmin ja saadaan tietoa orga-nisaation ja työyhteisön heikkouksista ja kehittämiskohteista. Vaaratapahtumien raportoinnissa on viisi eri vaihetta: vaaratilanteen tunnistaminen, ilmoituksen teko, ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, jatkotoimista päättäminen sekä seuranta ja arviointi. Yksi esimerkki vaaratapahtumien raportointijärjestel-mästä on HaiPro. HaiPro on lyhenne sanoista haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa. Järjestelmää alettiin ke-hittää 2000-luvun puolessa välissä Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimus-keskuksen yhteistyönä ja se on käytössä melkein kaikissa Suomen sairaanhoito-piireissä. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 257–260.)

4.4 Inhimillinen virhe

Ihmisen tiedonkäsittelykapasiteetti ja huomiokyky ovat rajallisia. Ihminen ei pysty samanaikaisesti käsittelemään suurta määrää tietoa eikä pitämään mielessä useita asioita yhtä aikaa. Ympäriällä tapahtuvat asiat ja ärsykkeet kiinnittävät ihmi-sen huomion helposti, ja aivan ihmisen tahtomatta vievät keskittymisen pois siitä,

mitä juuri ollaan tekemässä. Huomion herpaantuessa ihminen tekee helposti virheitä toimintaansa ja unohtaa asioita. Hänen mielensä on myös altis tulkintavirheille. Inhimillinen virhe on virhe, jonka ei katsota olevan ulkoisen tekijän aiheuttama. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 76–77.)

Helovuo ym. (2011, 77) kertovat kirjassaan Yhdysvalloissa Institute of Medicine:n tehneen suosituksen, jossa organisaatioissa tulisi välttää tukeutumasta muistiin ja luottamasta valppauteen, potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Ihmisen aktiivisessa muistissa asiat pysyvät noin puoli minuuttia ja yhtä aikaa ihminen kykenee muistamaan viidestä seitsemään asiaan. Kiireessä aktiivisen muistin toiminta voi olla vielä heikompaa. Suositus perustuu siis siihen, että on epärealistista olettaa, että kaikki asiat tulee tehtyä vain muistin varassa kiireellisessä ja rauhattomassa työympäristössä, missä samalla vaaditaan monien asioiden toteuttamista yhtä aikaa.

Kun inhimillisiä virheitä sattuu, tulisi pyrkiä ymmärtämään miksi ihminen toimi tilanteessa niin kuin toimi, eikä suoralta kädeltä vain tuomita toimintaa. Työtä tehdessään ihminen toimii omasta mielestään tarkoituksenmukaisesti eikä huomaa tekevänsä virhettä, ennen kuin se myöhemmin tällaiseksi todentuu. Pohtimalla miksi henkilö toimi kuten toimi ja miltä tilanne näytti hänelle kyseisellä hetkellä, autetaan estämään vastaavan tapahtumista uudestaan tulevaisuudessa ja näin kehitetään potilasturvallisuuskulttuuria. Inhimillisiä virheitä voidaan pyrkiä vähentämään käyttämällä muistin apuna esimerkiksi tarkistuslistoja ja mahdollisuuksien mukaan tekemällä työympäristöstä rauhallisempi. Työkuorman ja stressin vähentäminen sekä väsymyksen hallinta vähentävät myös inhimillisille virheille altistumista. (Helovuo ym. 2011, 76, 79.)

4.5 Potilasturvallisuus ensihoidon näkökulmasta

Potilasturvallisuus näkyy ensihoidossa monissa paikoissa. Muun muassa työvuoron alussa tarkastetaan ambulanssin, sekä sen laitteiston, toimintakunto, esimerkiksi akkujen varaus ja hapen riittävyys, sekä hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden oikea määrä ja niiden vanhenemispäivät. Näin ehkäistään jo ennalta potilaalle mahdollisesti aiheutuvia vaara- ja haittatapahtumia. Potilaan hoidossa ja ensihoitajien välisessä viestinnässä käytetään selkeästi ymmärrettävää kieltä ja varmis-

tutaan siitä, että viesti on mennyt perille ja ymmärretty oikein. Esimerkiksi lääkkeitä annettaessa yhdessä varmistutaan siitä, että kyseessä on oikea lääke, oikea antotapa ja oikea annos. Potilassiirroissa huomioidaan sekä potilaan että työntekijän turvallisuus ja ambulanssissa potilas kiinnitetään aina asianmukaisesti turvavöillä. Hälytysajo suoritetaan turvallisesti ja ennakoivalla ajotavalla. (Kuisma 2015, 65.) Monet potilasturvalliset toimintatavat ovat itsestään selviä toimintatapoja, mitkä ensihoitaja tulee automaattisesti tehneeksi ilman, että edes ajattelee potilasturvallisuutta sillä hetkellä. Potilasturvallisuuskulttuurin pitäisikin olla niin syvällä työntekijän mielessä, että sitä toteutetaan aivan ajattelematta automaattisesti.

Salminen-Tuomaala, Leikola, Mikkola ja Paavilainen (2015) ovat tutkineet mitkä asiat edistävät ja heikentävät ensihoidossa potilaan saaman hoidon turvallisuutta. Heidän tutkimuksensa mukaan ensihoidon turvallisuutta edistävät potilaan tarkka tutkiminen ja oireiden kartoittaminen, potilaan selviytymiseen vaikuttavien tekijöiden kokonaisvaltainen huomioiminen, lääkärin konsultaatiossa onnistuminen, ensihoitajan ei-tekniset ja tekniset taidot sekä asenteelliset valmiudet, hoidon ja toimienpiteiden turvallisuuden ja jatkuvuuden varmentaminen sekä varmistuminen potilaan selviytymisestä jatkohoidossa. Potilaan saaman ensihoidon turvallisuutta heikentävät potilaan tilan arvioimista vaikeuttavat tekijät, kuten esimerkiksi päihitteet, henkiset ja sosiaaliset ongelmat tai epämääräinen oirekuva. Potilaan kotona pärjäämistä vaikeuttavat tekijät voivat myös heikentää hoidon turvallisuutta. Kotiolot voivat haitata niin fyysistä kuin psyykkistäkin turvallisuutta. Esimerkkejä tällaisista tekijöistä on puutteelliset kotiolot, taloudelliset vaikeudet ja perheväkivalta. Potilaalla voi myös olla vaikeus ymmärtää tai toteuttaa saamiaan hoito-ohjeita, mikä osaltaan heikentää hoidon turvallisuutta.

5 POTILASTURVALLISET TOIMINTAMALLIT

Potilasturvalliset toimintamallit edistävät potilaan saaman hoidon turvallisuutta ja laatua. Niitä tulisi käyttää jokapäiväisessä työssä, ja parhaillaan ne ovat iskostuneet työntekijän päähän niin hyvin, että hän toteuttaa niitä automaattisesti.

5.1 ABCDEF-protokolla potilaan tutkimisessa

ABCDEF-protokolla, joka voidaan tarkistuslistaksikin määrittää, on tärkein ensihoidon hoitoprosessia ohjaava toimintamalli. Tämä toimintamalli voidaan jakaa kahteen osaan, joista toista käytetään potilaan ensiarvioon (ABC) ja toista tarkennettuun tilanearvioon (ABCDEF). Ensiarviossa määritetään potilaan hoidon kiireellisyys. Ensiarviossa päätetään esimerkiksi elvytyksen aloittamisesta tai vaikkapa nopeasta siirrosta kuljetukseen. Tällöin ei tarvita vielä mitään elektronisia mittauslaitteita, vaan arvio voidaan suorittaa näkemällä, tuntemalla, kuulemalla ja koskemalla potilasta. Tarkennetussa tilanearviossa potilaan elintoimintoja ja vointia tarkistellaan järjestelmällisesti tarkemmin käyttäen mittareita, kuten verenpaine- ja saturaatiomittarit. Samalla voidaan aloittaa myös joitakin hoitotoimenpiteitä, mikäli niille tarvetta on. ABCDEF-protokollaa käytettäessä koko hoitotiimin kesken säästyy aikaa ja tiimiin tehokkuus paranee. Tehokkuutta lisää etenkin se, että jokainen tiimin jäsen on tietoinen, minkä kirjaimen kohdalla mennään ja osaa kertoa siihen liittyvät havaintonsa muille tiimin jäsenille. Tiimiläiset tietävät myös mikä asia käsitellään seuraavaksi. Lisäksi protokolla edesauttaa tarjoamaan henkeä pelastavaa hoitoa pilkkomalla hoitotoimenpiteitä pienempiin, paremmin hallittaviin osiin. Järjestelmällinen toiminta kirjain kerrallaan mahdollistaa, ettei seuraavaan kirjaimeen siirrytä, ennen kuin edellisen kohdan ongelma on ratkaistu. Esimerkiksi hengitystä (B) ei aleta tarkkailla ennen kuin ilmatie (A) on avattu. (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2016, 22–24; Troels, Krarup, Grove, Rohde & Løfgren 2012, 1–5.)

Alkuperäisessä protokollassa kirjaimia oli vain A ja B. Nämä tulivat käyttöön jo 1950-luvulla lääkäreiden Peter Safarin ja James Elamin kehittäessä pään taakse-taivutuksen sisältävän hengitystienavauksen, sekä suusta suuhun tekohengityksen. Tästä vuoden kuluttua sähköinsinööri William B. Kouwenhoven kehitti suljetun rinnan sydänhieronta, josta tänäkin päivänä käytössä oleva paineluelvytys on lähtöisin. Tällöin yhdistelmään lisääntyi kirjain C. Loput kirjaimista tulivat vuonna 1976 ortopedi James K. Stynerin toimesta joka joutui perheensä kanssa lento-onnettomuuteen. Hän suoritti onnettomuudessa loukkaantuneiden leikkauksia toimintansa lopettaneessa sairaalassa ja toiminnan parantamiseksi keksi

käyttää kirjaimia ABCDE (Troels ym. 2012, 4.) F-kirjaimen syntyperästä ei löytynyt tietoa.

Tästä protokollasta on useampia variaatioita, niin mekaanisesti loukkaantuneen potilaan ensiarvioon, kuin sairaalan sisällä käytettävään toimintamalliinkin. Käsittelemme tässä työssä kuitenkin vain Suomessa ensihoidon käytössä yleisimmin olevan mallin. Uusin ensihoitoa käsittelevä kirja Oireista työdiagnoosiin (Alanen ym. 2016, 22–62) esittää ABCDEF-protokollan seuraavalla tavalla:

A, eli airway, hengitystie. Ensimmäiseksi potilaalta varmistetaan hengitystien avoimuus. Tämä tehdään helpoimmillaan kääntämällä potilaan päätä kevyesti taaksepäin ja kohottamalla leukaa, jolloin mahdollisesti nieluun painunut kieli poistuu hengitysteistä.

B, eli breathing, hengitys. Hengityksestä arvioidaan potilaan oma hengitystyö ja sen riittävyys sekä olemassaolo. Samalla kuullaan, onko hengityksessä vinkunaa tai rohinaa, joista voidaan tehdä päätelmiä esimerkiksi astmakohtaukseen tai liimaisuuteen liittyen. Käypähoitosuosituksen mukaan potilas jonka hengityksen ilmvirta ei tunnu, on eloton ja tälle tulee aloittaa elvytys.

C, eli circulation, verenkierto. Verenkierron toteamiseksi tunnustellaan pääsääntöisesti rannevaltimon (arteria radialis) sykettä. Sykkeen voi tunnustella myös kaulavaltimolta (arteria carotis). Samalla saadaan käsitys potilaan ihon lämpötilasta, hikisyydestä ja väristä. Näitä tietoja tarvitaan myöhemmin työdiagnoosin muodostamiseen.

D, eli disability, tajunta. Potilaan tajuntaa mitataan Glasgow'n kooma-asteikolla (GCS), jolla saadaan eri pistemääriä potilaan silmien avaamisen ja puhe- ja liikevasteen mukaan. On huomioitava, että tajuntaan voivat vaikuttaa alkoholi ja lääkkeet, samoin kuin pään vammat tai hapen puute.

E, eli exposure, examination tai environment. Tarkoittaa potilaan paljastamista tarkempaa tutkimusta varten, sekä ympäristön tarkastamista oman ja potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Ympäristöä tutkimalla voi löytyä syy myös potilaan valitsevaan tilaan, kuten lääkepakkaukset. Vammapotilaan kohdalla tässä kohtaa etsitään potilaan keholta vamman merkkejä.

F, eli future, seuranta ja tulevaisuuden arviointi. Mitatuista arvoista huomioidaan niiden suunta, kuten verenpaineen laskut tai kivun lisääntyminen. Niihin reagoidaan välittömästi. F-sisältää myös suunnitelmaa siitä, mitä tehdään seuraavaksi. Kuka hakee siirtovälineen? Miten siirto tehdään? Mihin potilas kuljetetaan? Mitä matkan aikana tulee huomioida?

5.2 Miehistöressurssien hallinta (CRM)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 18) julkaisemassa Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa 2009–2013 mainitaan, että terveydenhuollon tulee ottaa mallia muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta, kuten ilmailusta. Ilmailualalta terveydenhuoltoon on opittu toimintamalli, jonka päämääränä on tiimityön kehittäminen. Ilmailualalla on jo kauan sitten ymmärretty, että lentoturvallisuus perustuu ennalta sovittujen toimintasääntöjen mukaiseen yhteistyöhön lennon miehistön ja muun henkilökunnan välillä, eikä yksittäisen lentäjän huippusuoritukseen. Tausta-ajatuksena tällaisessa toimintamallissa on turvallisuuden takaaminen mahdollisimman tehokkaalla ryhmän sisäisten ja ulkoisten resurssien hallinnalla. Tähän perustuvaa toimintamallia kutsutaan miehistöressurssien hallinnaksi, lyhennettynä CRM (Crew Resource Management). (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 183.) Resurssit pitävät sisällään kaikki tehtävään osallistuvat henkilöt ja kaikki heidän kykynsä, taitonsa ja asenteensa, mukaan lukien heidän inhimilliset rajoituksensa. Myös erilaiset koneet, laitteet ja tiedonlähteet, kuten kognitiiviset apuvälineet esim. tarkistuslistat, ovat tärkeä osa resursseja. (Rall, Gaba, Howard & Dieckmann 2014, 120.)

CRM on saanut alkunsa Yhdysvaltain ilmailu- ja avaruushallinnon, NASAn, 1979 järjestämässä niin sanotun ”inhimillisen virheen” aiheuttamia liikenneilmailun onnettomuuksia käsittelevässä seminaarissa. NASAn tekemien havaintojen mukaan vakavien onnettomuuksien taustasyynä olleet inhimilliset virheet eivät liittyneet lentotaitoon, vaan pääasiassa viestintään, päätöksentekoon tai puutteelliseen johtamiseen. Terveydenhuoltoalalla anestesiologit ovat ensimmäisten joukossa ottaneet käyttöön CRM-toimintamallin potilasturvallisuuden perustaksi. (Helovuo ym. 2011, 183–184.)

NASAn CRM-tutkija Judith Orasanu määrittelee CRM:n seuraavasti: tiimillä on yhteinen käsitys vallitsevasta tilanteesta tai ongelmasta, sen luonteesta, syystä ja löydösten tarkoituksesta. Heillä on yhteinen käsitys halutusta lopputuloksesta ja toimista, mitä tehdään, jotta lopputulokseen päästään, miksi nämä toimet tehdään ja mitä kukakin ryhmän jäsen tekee. (Nyström 2015, 101.) CRM:n tavoitteena on pyrkiä välttämään inhimillisiä virheitä, havaitsemaan ne ajoissa ja minimoimaan niiden seurauksena potilaalle aiheutuvat vahingot. CRM ei poista inhimillisten virheiden mahdollisuutta, vaan tarjoaa keinot niiden hallintaan. (Helevuo ym. 2011, 185.) Nyström (2015, 103) toteaa, että CRM:ää voi lähestyä terveydenhuoltoalalla kahdella eri tavalla: viidentoista CRM:n ydinkohdan listan (Taulukko 1) avulla tai ei-tekniisten taitojen (Anaesthetic' Non-Technical Skills, ANTS) kautta.

Taulukko 1. CRM:n 15 ydinkohtaa (Nyström 2015, 103)

CRM:n 15 ydinkohtaa
1. Tunne ympäristösi.
2. Ennakoi ja suunnittele.
3. Kutsu apua ajoissa.
4. Harjoita johtamista ja tiimin jäsenenä olemista.
5. Jaa työkuormaa.
6. Mobilisoi kaikki resurssit.
7. Kommunikoi tehokkaasti.
8. Käytä kaikki saatavilla oleva informaatio.
9. Haasta mielikuvasi.
10. Tee kaksoistarkistuksia.
11. Käytä apuvälineitä (tarkastuslistoja, laskinta ym.).
12. Arvioi asioita uudestaan useasti.
13. Työskentele muiden kansa tiiminä.
14. Jaa huomiosi viisaasti.
15. Priorisoi tehokkaasti.

CRM:n 15 kohdan ydinlista (taulukko 1) saattaa vaikuttaa itsestään selvyydeltä, mutta monet onnettomuustutkimukset ovat todistaneet, että usein juuri itsestään selvät asiat ovat jääneet toteuttamatta tai huomioimatta (Nyström 2015, 102).

Rall ym. (2014, 121–124) selittävät 15 ydinkohtaa seuraavasti:

1. Tunne ympäristösi.

On tärkeää tuntea työskentely-ympäristö ja saatavilla olevat resurssit, saatavilla olevat ihmiset ja tavarat. On tärkeää tietää, keneltä voi kysyä apua ja mistä ja milloin hänet tavoittaa. Tärkeää on tietää, mitä työvälineitä on käytössä ja ennen kaikkea mistä ne löytyvät ja miten niitä käytetään. Tavaroihin ja välineisiin tulee siis tutustua jo etukäteen, uusien laitteiden käyttöä tulee harjoitella ja niiden toimintakunto testata säännöllisesti.

2. Ennakoi ja suunnittele.

Ennakoinnin ja mielikuvitusharjoitusten avulla voidaan varautua mahdollisiin ongelmatilanteisiin ja niistä selviytymiseen. Kun harjoitellaan ennakoimaan ja suunnittelemaan etukäteen, ei todellinen tilanne pääse yllättämään ja tilanteessa pysytään niin sanotusti "askel edellä".

3. Kutsu apua ajoissa.

Omien rajojen tunteminen ja avun pyytäminen ovat pätevän ammattilaisen merkki. Apua tulee pyytää ajoissa, mieluummin liian aikaisin kuin liian myöhään. Avun pyytäminen on potilasturvallista toimintaa.

4. Harjoita johtamista ja tiimin jäsenenä olemista.

Jokainen tiimi tarvitsee johtajan ja tiimin jäseniä. Johtajan ei tarvitse olla kaikkietävä vaan hän voi, ja hänen tulee, tukeutua tiiminsä jäsenten tietoihin ja taitoihin. Hyvä johtaja suunnittelee, päättää ja jakaa tehtävät selkeästi kommunikoiden. Hyvä tiimin jäsen kuuntelee ja tekee oman osansa hyvin, mutta ei kuitenkaan sulje omia aivojaan, vaan kertoo omat tietonsa ja ajatuksensa ja huomauttaa jos hänen mielestään johtaja tekee väärän päätöksen. Koko tiimi on yhtä lailla vastuussa potilaasta. Tiimin sisäiset ongelmat eivät saa haitata potilaan hoitoa. On tärkeää keskittyä siihen, mikä on oikein, eikä siihen kuka on oikeassa.

5. Jaa työkuormaa.

Yksi tiimin johtajan tärkeimmistä tehtävistä on jakaa työtehtävät tiimille. Mahdollisuuksien mukaan johtajan tulisi pysyä etäällä potilaan hoitamisesta ja keskittyä tarkkailuun, tiedon keräämiseen ja tehtävien delegoimiseen. Johtajan tulee varmistua, että tiimin jäsenet osaavat ja tekevät tehtävänsä. Tiimin jäsenen tulee myös aktiivisesti ja itsenäisesti tarjoutua tekemään tehtäviä.

6. Mobilisoi kaikki resurssit.

Kaikki saatavilla olevat resurssi tulee aktivoida käyttöön. Jokainen henkilö ja väline, jotka voivat ongelmassa auttaa, tulee ottaa käyttöön. Aina tulee aktiivisesti pohtia, myös tilanteen aikana, mikä tai ketkä voivat auttaa tilanteen ratkaisussa.

7. Kommunikoii tehokkaasti

Kommunikaatio on avainasemassa tiimityöskentelyssä. Kommunikaation tulee olla selkeää, ja aina tulee varmistua, että sanottu asia on varmasti ymmärretty. Nyström (2015, 103) selittää asian hyvin ymmärrettävästi ja tehokkaasti: ”Asioiden ajattelu ei ole sama asia kuin niiden sanominen. Asioiden sanominen ei ole sama asia kuin niiden kuuleminen. Asioiden kuuleminen ei ole sama asia kuin niiden ymmärtäminen. Asioiden ymmärtäminen ei ole sama asia kuin niiden tekeminen.” Eli ajatukset pitää sanoa ääneen, tulee varmistua siitä, että sanottu asia on kuultu ja varmasti myös ymmärretty. Suoritettu tehtävä tulee raportoida tiimin johtajalle.

8. Käytä kaikki saatavilla oleva informaatio.

Kaikki saatavilla olevat tiedonpalaset voivat auttaa ymmärtämään tilannetta ja ratkaisemaan sen. Aina tulee ottaa huomioon ja käyttää kaikki saatavilla oleva tieto. Tietolähteinä voi mm. olla potilas, potilastiedot, monitorit, tarkistuslistat, oppaat, internet jne.

9. Haasta mielikuvasi.

Ihmisen toiminta perustuu hänen itse luomaan mielikuvaan tilanteesta. Jos mielikuva on virheellinen, saattaa se johtaa vääränlaiseen toimintaan tilanteessa. Aina tulee pyrkiä saamaan toinen mielipide tilanteesta. Tulee myös yrittää katsoa tilannetta eri kantilta, fyysisesti tai psyykkisesti, ja pohtia mikä asia ei sovi tilanteeseen.

10. Tee kaksoistarkastuksia.

Tärkeistä asioista tulee varmistua ja ne tulee kaksoistarkistaa. Asioita kannattaa tarkistaa eri lähteistä samanaikaisesti, esimerkiksi potilaasta ja monitorista. Asioita voi kaksoistarkistaa esimerkiksi koskettamalla laitetta ja sanomalla ääneen

mitä tekee. Esimerkiksi lääkkeen annossa tulisi jo joka puolella terveydenhuollossa olla kaksoistarkastus käytössä. Kun lääkettä annetaan potilaalle, toinen tarkistaa, että lääke, annostus ja antotapa ovat oikeat.

11. Käytä apuvälineitä.

Ihmisen muisti ja tiedolliset toiminnot ovat alttiita virheille ja unohduksille, etenkin stressaavissa tilanteissa. Kognitiiviset apuvälineet, kuten tarkastuslistat, ohjekirjat ja laskimet, helpottavat ja auttavat toimimaan näissä tilanteissa oikein ja parhaalla mahdollisella tavalla. Apuvälineiden käyttö ei ole heikkoutta vaan pätevän, turvallisesti toimivan ammattilaisen merkki.

12. Arvioi asioita uudestaan useasti.

Ihmisen elintoiminnoissa voi tapahtua muutoksia nopeasti sekä hitaasti, ja näitä voi olla vaikea huomata. Jokin, joka oli oikein aikaisemmin, voi olla väärin nyt. Siksi tilanne tulee arvioida uudestaan, useaan otteeseen, aivan uutena tilanteena, aloittaa ns. tilanteen arvioiminen alusta.

13. Työskentele muiden kanssa tiiminä.

Tiimin täytyy toimia yhtenäisenä ryhmänä saavuttaakseen hyvän lopputuloksen. Akuutissa hoitotilanteessa on hyvä pitää lyhyt suunnittelutauko ennen hoitotoimien aloittamista, jotta jokainen on tietoinen siitä mikä on päämäärä ja mikä kenenkin tehtävä on. Hyvässä tiimissä jokainen tukee toistaan jatkuvasti.

14. Jaa huomiosi viisaasti.

Ihmisen huomion jakamiskyky on hyvin rajoittunut ja monien asioiden samanaikainen tekeminen on vaikeaa. Ihmismieli pitää ohjata sinne missä sitä tarvitaan. Esimerkiksi ABCDEF-toimintamalli on kehitetty tätä varten, jottei mikään jäisi huomaamatta. Tehtävien jakaminen tässäkin tilanteessa on tärkeää ja helpottaa näkemään kokonaisuuden. Yksi kiinnittää huomion yhteen asiaan ja toinen toiseen, molemmat tiedottavat asiastaan johtajalle, joka kokoaa tilanteesta kokonaisuuden.

15. Priorisoi tehokkaasti.

Dynaamiset tilanteet voivat muuttua jatkuvasti ja vaativat dynaamisia toimenpiteitä, tarkoituksen mukaisia alustavia ratkaisuja sekä toimia, joita jatkuvasti arvioi-

daan uudestaan ja tarvittaessa muutetaan. Tilanteen aikana prioriteetit sekä ratkaisut ongelmiin voivat muuttua useaan kertaan. Tulee siis pysyä kartalla siitä, mitä tapahtuu ja priorisoida asiat uudestaan tehokkaasti.

5.3 Ei-tekniset taidot (ANTS)

Ei-tekniset taidot, eli Anaesthetist non-technical skills, ANTS, edistävät hyvää tiimityötä ja potilasturvallisuutta hoitotyössä (Helovuo ym. 2011, 186, 188). Ei-tekniisillä taidoilla tarkoitetaan kognitiivisia eli tiedollisia, sosiaalisia ja henkilökohtaisia taitoja, jotka täydentävät teknisiä taitoja sekä edistävät turvallista ja tehokasta tehtävän hallintaa. Ne parantavat työntekijän teknistä osaamista ja sisältävät tehtävien hallinnan, tiimityön, tilannetietoisuuden, päätöksenteon sekä stressin ja uupumuksen hallinnan. (Flin, Patay, Glavin & Maran 2010, 38.)

Ei-tekniset taidot on alun perin suunniteltu leikkaussalikäyttöön, ja laajentunut sieltä koko terveydenhuoltoalalle. ANTS-systeemi on muokattu terveydenhuoltoalalle sopivaksi lentäjille suunnitellun NOTECHS-systeemin (non-technical skills) pohjalta. ANTS:in sisältö on luotu kirjallisuuskatsausten, havainnointien, haastatteluiden, kyselyiden ja onnettomuus-analysien perusteella, ja sen luokittelu on muodostettu erinäisten suunnittelukriteerien perusteella, kuten esimerkiksi soveltuvuus käytännön käyttöön leikkaussaleihin tai simulaatioympäristöön. Ei-tekniisten taitojen viitekehys (taulukko 2) muodostuu neljästä kategoriasta ja viidestätoista osatekijästä. Stressin ja uupumuksen hallinnalle ei ole omaa kategoriaa, koska ne voivat olla vaikeasti havaittavissa. (Flin ym. 2010, 38.) Kuitenkin juuri ei-tekniisten taitojen, ja ylipäätään CRM-toimintamallin, mukaan toimiminen on jo it-sessään myös stressin ja uupumuksen hallintaa.

Taulukko 2. Ei-teknisten taitojen viitekehys (Nyström 2015, 105)

Kategoria	Osatekijä
Tehtävän hallinta	<ul style="list-style-type: none"> • Suunnittelu ja valmistelu • Priorisointi • Standardien asettaminen ja säilyttäminen • Resurssien tunnistaminen ja hyödyntäminen
Tiimityö	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen koordinointi tiimin jäsenten kanssa • Tiedon jakaminen • Auktoriteetti ja assertiivisuus • Valmiuksien arviointi • Toisten auttaminen ja huomioon ottaminen
Tilannetietoisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedon hankinta • Havaitseminen ja ymmärtäminen • Ennakointi
Päätöksenteko	<ul style="list-style-type: none"> • Vaihtoehtojen muodostaminen • Riskien arviointi ja valinta • Seuranta ja uudelleen arviointi

Tehtävän hallinta -kategoria on ilmailualalla nimeltään johtaminen, mutta terveydenhuoltoalla ei yleensä käytetä tätä termiä, koska se painottaa hierarkiaa, eikä terveydenhuoltoalalla hyvässä tehtävän hallinnassa tai tiimityössä ole niin sanottua diktaattoria, vaan kaikkien ääntä on kuultava. Siksi tässä viitekehyksessä käytetään neutraalimpaa termiä. (Nyström 2015, 105.) Johtajuus sisältyy sekä tehtävän hallinnan että tiimityön alle.

Tehtävän hallinta -kategoria pitää sisällään taitoja, joiden avulla saavutetaan asetettu tavoite potilaan hoidossa. Näihin kuuluu toiminnan suunnittelu ja välineiden käyttökuntoon saattaminen. Tehtävät ja toiminnot asetetaan tärkeysjärjestykseen ja priorisointia tehdään koko hoidon ajan, tilanteen mukaan muokaten. Standardit, protokollat ja hoito-ohjeet ohjeistavat työtä ja näitä tulee noudattaa laadullisen ja turvallisen hoidon saavuttamiseksi. Työnteko on myös selkeämpää ja tehokkaampaa, kun jokainen toimii saman protokollan mukaan. Kaikki saatavilla olevat resurssit, esimerkiksi työvoima, erikoisosaaminen, lisäapu ja työvälineet, tulee tunnistaa ja ottaa käyttöön. Hyvä resurssien hallinta jakaa työkuorman sopivaksi jokaiselle tiimin jäsenelle ja vähentää kiirettä ja stressiä. (Nyström 2015, 105.)

Tiimityö-kategoria pitää sisällään taitoja, jotka liittyvät taitoon työskennellä toimivana tiiminä potilaan tehokkaan hoitamisen saavuttamiseksi ja niin, että pystytään toimimaan missä tahansa roolissa ja niin siten, että tiimin kaikki jäsenet ovat

tyytyväisiä. Tehtävät jaetaan tiimin kesken siten, että jokainen tietää roolinsa ja vastuualueensa. Tieto tulee jakaa kaikkien kanssa, ja tiimin jäsenten tulee olla yhteisymmärryksessä vallitsevasta tilanteesta ja tulevista toiminnoista. Tiimin johtajan tulee käyttää auktoriteettia, mutta tiimin täytyy toimia assertiivisesti eli siten, että kukin tiimin jäsen pystyy tuomaan esille omat mielipiteensä, tietonsa ja havaintonsa vastavuoroisuudessa määrätietoisesti ja asiallisesti siten, ettei kukaan loukkaannu, vaikka toinen olisi erimieltä tai tietäisi enemmän. Esimerkiksi opiskelijan tulee sanoa, jos huomaa kokeneen hoitajan toimivan tilanteessa puutteellisesti. Hyvässä tiimityössä arvioida jokaisen valmiuksia suoriutua tehtävästä ja jokainen tiimin jäsen auttaa ja tukee sekä huomioi toinen toistaan. (Nyström 2015, 105.)

Tilannetietoisuus-kategoriaan kuuluvat taidot, joiden avulla ylläpidetään koko tiimin tietoisuutta vallitsevasta kokonaistilanteesta. Jokaisen tiimin jäsenen tulee olla tietoinen omasta tehtävästään ja siitä mitä muut tekevät, potilaan taustasta ja nykytilanteesta, saatavilla olevista välineistä ja ajasta joka on käytettävissä. Kaksisuuntainen viestintä parantaa tilannetietoisuutta. Aktiivinen tiedon hankinta ja jakaminen edistävät hyvää toimintaa ja tilannetietoisuutta. Havainnot jaetaan tehokkaasti, ja jokaisen tulee ymmärtää mitä tapahtuu ja miksi, jotta tilannetietoisuus säilyy kaikilla jäsenillä. Tilannetietoisuuteen sisältyy myös kyky tunnistaa vaaratilanteet ja ennakoida näitä. Hyvää tilannetietoisuutta osoittaa mahdollisten vaaratilanteiden torjumiseksi ennalta suunnitellut toimintastrategiat, jolloin jos vaaratilanne toteutuu, jokainen tietää tilanteen ja osaa heti toimia oikein ja tehokkaasti. (Nyström 2015, 105.)

Päätöksenteko-kategoria pitää sisällään taitoja, joiden avulla saadaan käyttöön kaikki saatavilla olevat resurssit mahdollisimman turvalliseen ja laadukkaaseen päätöksentekoon (Helovu 2009, 112). Ennen päätöksentekoa on tärkeää käydä läpi kaikki vaihtoehdot sekä arvioida ja tunnistaa mahdolliset riskit. Turvallista päätöksentekoa ohjaavat standardit, protokollat ja hoito-ohjeet. Päätöksenteon jälkeen seurataan ja arvioidaan sen hetkinen vallitseva tilanne uudestaan ja ollaan valmiita muuttamaan tehtyä päätöstä tarvittaessa. (Nyström 2015, 105.)

5.4 Kommunikaatio

Kommunikointi on tiimityöskentelyssä ja potilasturvallisuuden hallinnassa yksi tärkeimmistä työkaluista. Ensihoidossa työtä tehdään aina tiiminä, joten hyvän kommunikaation toteutuminen on tärkeää. Hyvin onnistunut ja aktiivinen kommunikointi hoitotilanteessa lisää hoidon turvallisuutta, luotettavuutta sekä laatua. Kommunikointitavalla ja ajoituksella on suuri merkitys onnistuneelle kommunikoinnille. Puhuttaessa on tärkeää käyttää selkeää kieltä ja viestin on oltava ytimekäs. Vihajalevaa viestintää tulee välttää sen aiheuttaman väärinymmärrysriskin vuoksi. Asia pitää sanoa suoraan ja selkeästi. Jos mieleen tulee, että jostakin asiasta pitäisi ääneen sanoa, silloin se on tärkeä ja sanomisen arvoinen asia. Viestintä tulee myös ajoittaa oikeaan. Jos viestin vastaanottaja tekee samaan aikaan joitakin muita keskittymistä vaativia asioita, saattaa tiedon vastaanottaminen vaarantua. Viestiä ei välttämättä ymmärretä tai kuulla oikein. Tällöin saattaa tapahtua inhimillinen virhe ja potilasturvallisuus saattaa vaarantua. On tärkeää osata lukea tilannetta ja ymmärtää, ettei ihminen pysty samanaikaisesti käsittelemään kunnolla montaa asiaa yhtä aikaa. Hoidon kannalta tärkeät ja kriittiset tiedot tulee aina ilmaista selkeästi heti niiden ilmaannuttua, mutta tulee myös osata arvioida tilannetta niin, etteivät potilasturvallisuuden kannalta tärkeät toimet keskeydy tai vaarannu viestinnän aiheuttaman häiriön vuoksi. (Helovuo ym. 2011, 189–193; Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 44–45.)

Silloin kun viesti on mahdollista ymmärtää väärin ja kun välitetään potilaan turvallisuuden kannalta tärkeää tietoa, tulee käyttää kaksisuuntaista viestintää. Kaksisuuntaisessa viestinnässä viestin vastaanottaja kuittaa saamansa tiedon. Näin varmistutaan siitä, että viestin vastaanottaja on kuullut ja ymmärtänyt saamansa viestin oikein. Kaksisuuntainen viestintä on kehittynyt turvallisuuskriittisille aloille viestintäteknikaksi, koska ei voida toimia vain oletuksen varassa, että viesti on mennyt perille, vaan turvallisuuden vuoksi on saatava vahvistus asiasta. Esimerkiksi lääkehoidossa sekä suullisten lääkemääräysten tai hoito-ohjeiden antamisessa ja vastaanottamisessa on hyvä käyttää kaksisuuntaista viestintää, koska väärinymmärryksen riski on suuri. Kuittaukseksi ei riitä pelkkä ”ok”, vaan sen pitää olla täsmällisempi. Koko saatua viestiä ei tarvitse sanasta sanaan toistaa.

Vahvistukseksi riittää oleellisten asioiden toistaminen. Tällöin viestin lähettäjä voi varmistaa, että oleellinen tieto on vastaanotettu ja ymmärretty oikein. (Helovuola ym. 2011, 190–191; Castrén ym. 2012, 44–45.)

5.4.1 ISBAR konsultaatiomalli ensihoidossa

ISBAR on hyvä esimerkki tarkistuslistasta, joka tukee potilasturvallistatoimintamallia parantamalla kommunikaatiota. ISBAR-menetelmä on tutkituin viestintää parantava apuväline. ISBAR on systemaattinen, strukturoitu suullinen raportointimalli, jonka tarkoituksena on oleellisen tiedon järjestäminen selkeään ja tiiviiseen muotoon (Kempainen 2015, 95). Kansainvälisesti ISBAR tunnetaan myös termillä SBAR. SBAR menetelmä kehitettiin alun perin suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi Yhdysvaltain puolustusvoimissa 1990-luvulla, mistä sen käyttö levisi pian myös ilmailualalle. Terveystieteiden alalle raportointimallin toi ensimmäisenä Kaiser Permanente -organisaatio Coloradossa. (Helovuola ym. 2011, 207; Tamminen & Metsävainio 2015.) ISBAR on lyhenne sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation.

ISBAR-menetelmän käytön tarkoitus on parantaa suullista raportointia koko hoitohenkilöstön välillä, oli kyse sitten saman tai eri ammattiryhmän kesken tapahtuvasta raportoinnista tai konsultaatiosta. Käyttämällä yhdenmukaista raportointimallia vähennetään inhimillisten virheiden ja unohtusten määrää (Kempainen 2015, 95). Menetelmää tulisi siis käyttää raportoinnissa ja konsultaatioissa joka kerta, varsinkin silloin kun on kiire tai hätätilanne, jotta varmistutaan siitä, että potilaan turvallisuuden kannalta kaikki oleelliset tiedot välittyvät eteenpäin (Helovuola 2011, 207). ISBAR-menetelmän käyttö on helppoa ja siitä on olemassa myös tarkistuslista (kuva 1), joka auttaa muistamaan jokaisen kohdan oikeassa järjestyksessä.

Kuva 1 on ns. tarkistuslista ISBAR-menetelmälle ja siinä näkyy mitä mikäkin kirjain ISBAR:issa tarkoittaa. I eli Identify tarkoittaa suomeksi tunnistamista tai tunnistautumista. Kerrotaan, kuka itse ollaan ja mistä soitetaan sekä kuka potilas on kyseessä, hänen nimensä ja henkilötunnuksensa. S eli Situation tarkoittaa tilannetta. Kerrotaan mikä on soiton syy. B eli Background tarkoittaa suomeksi taust-

taa. Kerrotaan potilaan sekä vallitsevan tilanteen taustatiedot sekä siihen mennessä annettu hoito ja sen vaste. A eli Assessment tarkoittaa suomeksi nykytilannetta. Kerrotaan potilaan tämän hetkinen tilanne ABCDE-järjestelmää käyttäen. R eli Recommendation tarkoittaa suomeksi toimintaehdotusta. Ehdotetaan, mitä seuraavaksi tehdään. Lopuksi tulee aina varmistaa saatu tieto ääneen.

I dentify = tunnista	<ul style="list-style-type: none"> • Kuka olet ja mistä soitat • Potilaan nimi ja henkilötunnus • Varmistu vastaanottajasta
S ituation = tilanne	<ul style="list-style-type: none"> • Soiton syy • Ongelman esittely
B ackground = tausta	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan taustatiedot • Annettu hoito ja sen vaste
A ssessment = nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan peruselintoiminnot tällä hetkellä <ul style="list-style-type: none"> A Ilmatie B Hengitys C Verenkierto D Tajunta E Ympäristö • Muut oleelliset asiat
R ecommendation = toimintaehdotus	<ul style="list-style-type: none"> • Oma ehdotus jatkotoimenpiteistä • Varasuunnitelma

Kuva 1 ISBAR-järjestelmä

6 TARKISTUSLISTAT

Terveystieteiden alalla tarkistuslistat edistävät ja ylläpitävät potilasturvallisuutta ja niitä on tarkoitus käyttää joka päiväisessä työssä toiminnan tukena. Tarkistuslistoja käytetään muun muassa muistin tukena, arvioinnin apuvälineenä sekä päätöksen ja diagnoosin teossa. Niiden päämääränä on virheiden vähentäminen, turvallisuuden lisääminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja hoidon laadun sekä kommunikoinnin parantaminen. Tarkistuslistojen avulla työtehtävä toteutetaan ja tarkistetaan järjestelmällisesti aina samalla tavalla. (Helovuori ym. 2011, 208–209.)

6.1 Ilmailusta terveydenhuoltoalalle — tarkistuslistojen historiaa

Tarkistuslistat ovat tuttuja monilta turvallisuuskriittisiltä aloilta jo vuosikymmenten takaa. Ilmailuala on näistä varmasti tunnetuin. Aikoinaan lentokoneiden tekniikan monimutkaistuessa huomattiin, ettei ihmisen muisti riitä kaikkien koneen toimintojen järjestelmälliseen suorittamiseen. Tähän kiinnitettiin huomiota Yhdysvaltojen sotilasilmailussa jo 1930-luvulla. Tuloksena syntyivät ensimmäiset lentämisen eri vaiheita käsittävät tarkistuslistat. (Saikko 2012.)

Terveydenhuoltoalalle tarkastuslistat rantautuivat ensimmäisenä leikkaussaleihin. Vuonna 2007 WHO:n asiantuntijaryhmä mietti potilasturvallisuuden parantamiseksi keinoja kirurgisissa toimenpiteissä. Tästä vuosi eteenpäin syntyi leikkaussaleissa nykyisinkin käytössä oleva tarkistuslista, jonka tärkein tehtävä on estää ”läheltä piti” -tilanteiden ja komplikaatioiden synty. Koko listan läpikäyntiin osallistuvat kaikki leikkaussalissa työskentelevät henkilöt, ammattitastaan katso-matta. Tämä parantaa selvästi kommunikointia henkilöstön kesken. (Pesonen 2011.)

Leikkaussalien tarkistuslistan käyttöä on tutkittu jonkin verran niin kansainväli-sesti kuin Suomessakin. Näistä tutkimuksista saadut tulokset ovat keskenään sa-mankaltaisia (Holmberg 2014). Vuonna 2010 (de Vries, Prins, Crolla, den Outer, van Andel, van Helden, Schlack, van Putten, Gouma, Dijkgraaf, Smorenborg & Boermeester 2010, 5-62) julkaistussa tutkimuksessa oli tutkittu kuutta hollanti-laista korkeatasoista sairaalaa, joissa osassa tarkistuslista oli käytössä. Tutkimus toteutettiin siten, että tutkimuksen aikana tarkistuslista oli käytössä 3820 potilaan leikkauksessa ja taas 3760 potilaan leikkauksessa listaa ei käytetty ollenkaan. Tutkimuksen mukaan komplikaatioiden kokonaismäärä putosi 27,3 %:sta 16,7 %:iin tarkistuslistan käyttöönoton myötä. Tästä voimme päätellä, että tarkistuslistalla on potilasturvallisuuteen positiivinen vaikutus. Holmberg (2014) toteaa syventä-vässä tutkielmassaan tarkistuslistan olevan yksinkertainen, edullinen ja tehokas keino virheiden vähentämiseksi. Henkilökunnan tarve tukeutua muistin varaan vähenee, leikkaussalin toiminta standardoituu ja kommunikaation lisääntyessä uno-hdukset ja virheet voidaan havaita ajoissa. Vaikka tutkimukset käsittelevätkin leikkaussalin tarkistuslistan käyttöä, voidaan tutkimustuloksia peilata jollakin ta-solla myös ensihoidossa käytettäviin tarkistuslistoihin.

6.2 Standard operating procedure (SOP) ja ensihoidon tarkistuslistat

Kun halutaan määritellä yhtenäinen toimintatapa jollekin kokonaisuudelle tai toimenteelle, on sille järkevintä luoda Standard operating procedure, eli SOP. SOP:ssa ei luetella työn teknisen suorittamisen ohjeita, sillä ne ohjeessa oletetaan osattavan. Sen sijaan ohjeessa kerrotaan missä vaiheessa mikäkin toimenpide tulee suorittaa. Otetaan esimerkiksi ohje, jossa määritetään, miten EKG-nauha lähetetään lääkärille. Ohjeessa ei kerrota miten nauha otetaan teknisesti. Ohjeessa sen sijaan ohjeistetaan esimerkiksi, mitkä kytkennät irrotetaan, mitkä pidetään kiinni ja merkitään tällä tavoin V4R, V7, V8 ja V9 kytkennöiksi. Näinkin yksinkertainen ja lyhyt ohje on SOP. Tällä tavoin jokainen työsuoritus on samanlainen niin lähettävässä, kuin vastaanottavassakin päässä. Kaikkien toimiessa näin on tulkintavirheiden mahdollisuus pienin. Tästä pienestäkin SOP:sta voidaan myöhemmin kerrottavien ohjeiden tehdä tarkistuslista, jolloin ensihoitajien ei tarvitse muistaa ulkoa näitä muutoksia. (Federal emergency management agency United States fire administration 1999, 1–4.) Ensihoidossa tarkistuslistoista on paljon hyötyä käytännössä, sillä tehtävällä toimitaan useimmiten kahden henkilön voimin. Kuten aiemmin on jo mainittu, ihmisen muisti on rajallinen, joten on vain järkevää sekä turvallista käyttää konkreettisia apuvälineitä työn tukena.

SOP on alkuperältään Yhdysvaltalainen tapa tehdä ohjeita. Yhdysvalloissa ei ole käytössä käypähoito -suositusten tapaista valtakunnallista ohjeistusta. (Federal emergency management agency United States fire administration 1999, 6.) Suomessa ensihoitopotilaan hoidon suuntaviivoina toimivat Käypä hoito -suositukset. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia ja tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Niiden tuottamisesta vastaavat asiantuntijatyöryhmä ja Käypä hoito -toimitus julkisella rahoituksella. (Käypä hoito 2016.) Käypä hoito -suositukset löytyvät internetistä käypähoito.fi sivustolta. Hoito-ohjeet sisältävät paljon erinäistä tietoa ja ovat tekstin muodossa, eivätkä tarkistuslistoina. Ensihoidossa itse tehtävällä ollessa näitä ohjeita on vaikea käyttää tarkistuslistoina, vaan hoito-ohjeet pitää tällöin osata ulkoa. Jotkin sairaanhoitopiirit ovat tehneet itselleen käyttöön vihkosen tai sähköisen oppaan, josta paikalliset

hoito-ohjeet löytyvät ja joka toimii tehtävällä tarkistuslistana muistin tukena. Carella tällaista hoito-ohjeistoa ei tällä hetkellä ole käytössä.

Ensihoito-opasta käytetään monessa sairaanhoitopiirissä, kuten myös Kymenlaaksossa, hoidon suuntaviivana paikallisten hoito-ohjeiden lisäksi ja se on ensihoidon valtakunnallinen SOP (Hiltunen 2016). Ensihoito-opaassa määritellään sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevän henkilön työhön liittyvät oikeudet ja velvoitteet. Opaasta löytyy vakiintuneeseen lääketieteelliseen tietoon ja käytäntöön sekä ensihoidon kenttätöön perustuvat hoito-ohjeet ensiauttajille sekä perus- ja hoitotasolla työskenteleville ensihoitajille tehtäväkoodittain. (Silfvast, Castén, Kurola, Lund & Martikainen 2016, 7.) Ensihoito-opas löytyy monen ensihoitajan taskusta ja sitä käytetään muistin tukena ja niin sanottuna tarkistuslistana eri tehtävillä. Paremmiin taskuun sopivaksi tarkistuslistoja sisältäväksi oppaaksi on tehty Ensihoidon taskuopas, jota on tarkoitus käyttää apuna jo opittujen asioiden mieleen palauttamisessa työkentällä. Tasku-opaasta löytyy ohjeita, miten potilasta hoidetaan eri tilanteissa, sekä tarkistuslistoja. Ensihoidon taskuopas ei kuitenkaan ole yhtä lailla virallinen opas kuin Ensihoito-opas on, mutta sen kätevän koon puolesta löytyy sekin monen ensihoitajan taskusta.

Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) ensihoidon lääkärihelikopterilla (FinnHEMS10) on 2015 vuoden alusta asti ollut käytössä SOP, eli hoitoprotokolla, joka käsittelee anestesiaintubaatiota. SOP:n tavoitteena on ollut yhtenäistää toimintamallia, parantaa intubaation onnistumista ensimmäisellä yrityksellä, lisätä potilasturvallisuutta, minimoida kohteessa oloaika ja nopeuttaa potilaan kuljetuskuntoon saattamista. Kuopion FinnHEMS60 on tehnyt SOP:n helikopterilla tapahtuvaan potilaskuljetukseen, joka pitää sisällään mm. kuljetuksen indikaatiot, potilaan kuljetuskuntoon saattamisen, potilaan siirtämisen helikopterista ensiapuun sekä potilaan valvomisvastuun raportin aikana. Valtakunnallista HEMS-SOP ohjekirjaa työstetään yhtenäistämään toimintamallia koko maassa. (Hiltunen 2016.)

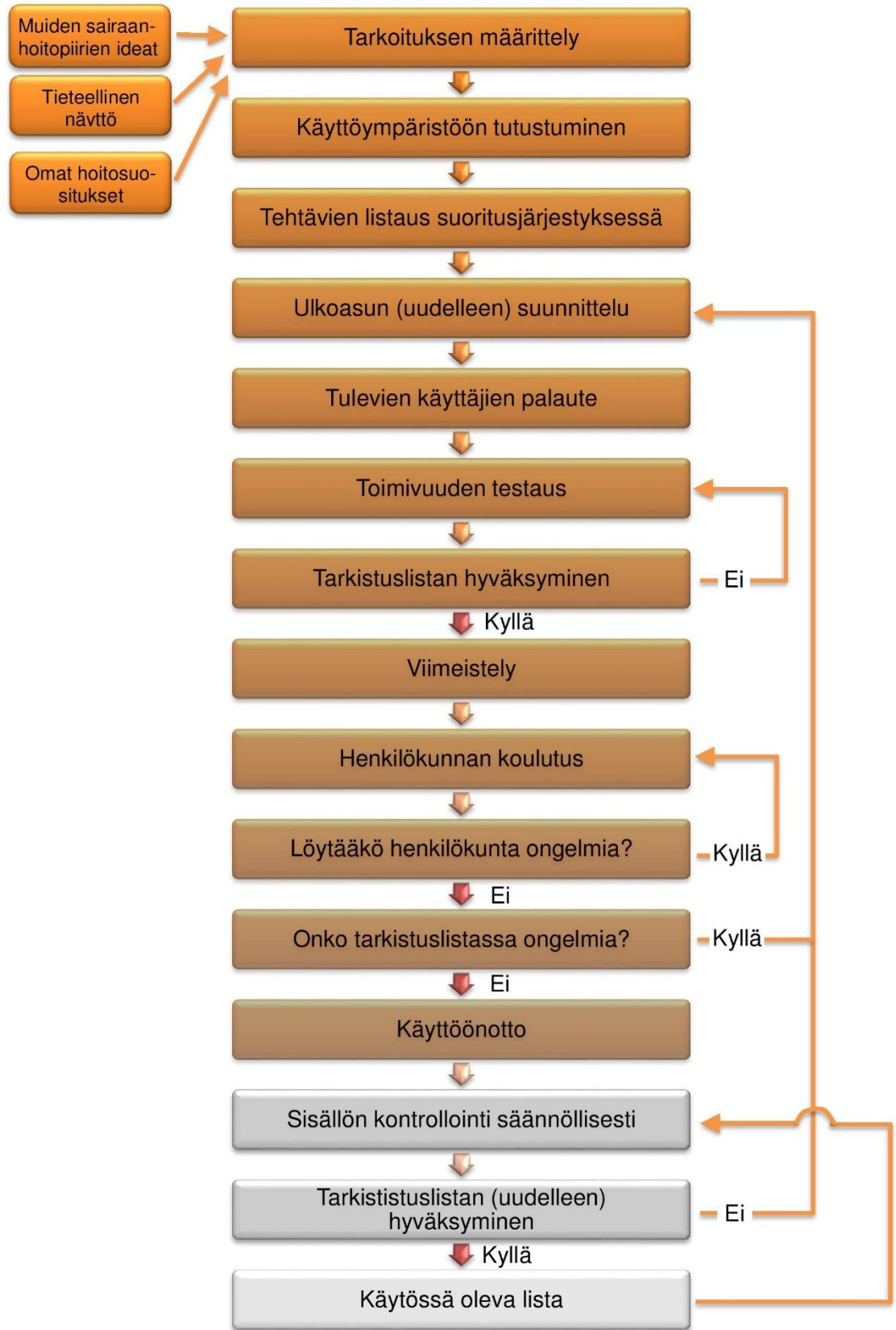
6.3 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto

Hyvin suunniteltu ja toimiva tarkistuslista on helppo käyttää ja se lisää työn tehokkuutta. Liian pikkutarkan listan tekeminen vaikeuttaa sen läpikäyntiä ja voi aiheuttaa ärtymystä sen käyttäjissä, joka johtaa lopulta listan käytön loppumiseen. Tarkistuslistoja on hyvä tehdä tehtäviin, joihin ne koetaan tärkeiksi. Liika listojen määrä taas luo työmäärään lisää velvoitteita noudattaen listaa ja samalla vaikeuttaa yksinkertaisten tehtävien suorittamista (Blomgren & Pauniahon 2014, 4). Tarkistuslistaa pidetään tarpeellisena ja sitä käytetään todennäköisemmin, mikäli henkilökunta on päässyt itse vaikuttamaan listan kehittelyyn. Tällöin listasta tulee jokaiselle työntekijälle henkilökohtaisempi apuväline. Listan käyttöönottoaiheessa saatu henkilökunnan koulutus lisää tarkistuslistan käyttöä ja luottamusta sen käyttöön. Listan käyttökelpoisuuteen vaikuttavat suuresti sen ulkoasu, selkeys ja sopiva pituus. (Holmber 2014.) Yksinkertaisinta on tehdä paperinen tarkistuslista. Paperisen listan käyttö on yksinkertaista, mutta sen päivittäminen hankalampaa. Etenkin mikäli listat on laadittu kokonaisuudeksi kirjaseen tai kansioon. Tarkistuslistojen tulisi olla ensihoitoyksikössä helposti löydettävässä paikassa ja kaikkien listojen samassa paikassa. Ihanteellisin vaihtoehto on, että listoja on jokaiselle työntekijälle omansa, mikäli ne saadaan muokattua mukana kulkevaan muotoon. (Verdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman 2007, 719–720.)

Vaikka palava halu olisi valmistaa tarkistuslista työyhteisön käyttöön, on listan tekoon kuitenkin paneuduttava. Listan tulee perustua virallisiin hoito-ohjeisiin, tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. (Blomgren & Puniaho 2014, 5.) Tarkoituksenmukainen tarkistuslista keskittyy keskeisiin turvallisuusseikkoihin ja riskitilanteisiin, jotka helposti jäävät huomiotta, sekä toteutuessaan johtaisivat vakaviin haittavaikutuksiin (Walker, Reshamwalla & Wilson 2012).

Ennen käyttöönottoa valmis tarkistuslista tulee testata ja arvioida sekä tarvittaessa muokata paremmaksi. Tarkistuslistan tulisi mieluuten mahtua yhdelle sivulle ja siinä tulisi käyttää yksinkertaisia ilmaisuja ja helposti ymmärrettävää kieltä. Tarkistuslistassa ei saa olla liikaa elementtejä ja ns. tehtäväkohtia. (Walker, Reshamwalla & Wilson 2012.)

Oheinen kaavio (Kuva 2) on mukailtu Verdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman 2007 ja Blomgren, Pauniaho 2014 tekemistä kaavioista. Kaavio esittää tarkistuslistan teko-, testaus- ja ylläpitovaiheet. Tehtyä tarkistuslistaa ei suinkaan vain pysty jättämään henkilökunnan käyttöön, ilman että sitä muokataan hoito-ohjeen tai muun toimintaan tulevan muutoksen vuoksi myöhemmin uudelleen. Tarkistuslista tulisi aina päivittää koko henkilökunnalle uutena, eikä tehdä vanhaan korjaavia merkintöjä.



Kuva 2 Uuden tarkistuslistan laatimisprosessi mukailten Verdaasdonk ym. (2008) ja Blomberg & Pauniahon (2014)

Tarkoituksen määrittely

Ennen listan tekoa on määriteltävä, mihin käyttöön lista tehdään ja onko kyseiseen tehtävään tarvetta tarkistuslistalle. Samalla valitaan henkilöt, jotka tarkistuslistaa alkavat työstää. Kuten aiemmin on jo todettu, kannattaa listan suunnitteluun ottaa mukaan henkilöitä, jotka valmista listaa tulevat käyttämään. Suunnitteluun etsitään kirjallisuudesta, tutkimuksista ja käytössä olevista hoito-ohjeista (SOP) raamit, joiden mukaan tarkistuslistan sisällön suunnittelu etenee. On pidettävä edelleen mielessä, että valmiin tarkistuslistan on helpotettava työntekoa, ei tehdä sitä vaikeammaksi. Kannattaa kysyä ennen suunnittelun aloittamista, onko toisella sairaanhoitopiirillä käytössä vastaavaa listaa tai ainakin heidän kokemuksiaan listan käytöstä. Samaa asiaa on turha suunnitella uudelleen. (Verdaasdonk ym. 2008, 722; Blomberg & Pauniahho 2014, 5.)

Käyttöympäristöön tutustuminen

Alkuun tulisi miettiä kenelle tarkistuslista tulee käyttöön. Onko listan käyttäjäkuntaa opiskelija, vasta-aloittanut työntekijä, vuosia työskennellyt, vai kaikkien näiden sekoitus? Voiko listaa käyttää hoito- ja perustason ensihoitajat, kenttäjohtajat tai pelastajat? Näiden kohtien huomioiminen vaikuttaa listan sisältöön ja kieleen, jolla asiat listassa esitetään. (Verdaasdonk ym. 2008, 723; Blomberg & Pauniahho 2014, 5.)

Tehtävien listaus suoritusjärjestyksessä

Listan muotoa voi hahmotella keräämällä hoito-ohjeessa ja kirjallisuudessa tehtäväjärjestyksessä tulevat toimenpiteet. Tähän listaukseen on hyvä kerätä pikkutarkasti kaikki, mitä toimenpiteessä tulee tehdä. Luetteloa tulee myöhemmin hioa tarkoituksenmukaisemmaksi. (Verdaasdonk ym. 2008, 723.)

Ulkoasun (uudelleen) suunnittelu

Edelliskohdan luettelosta aletaan laatia tarkistuslistaa, johon merkitään pääkohdat ja pääkohtien alle tarvittavat lisäkohdat. Esimerkiksi potilaan tutkiminen – Verenpaine, happisaturaatio, kipu. Samalla mietitään listan ulkonäköä, jonka kriteereitä on määritelty kappaleessa 7.4.1 Tarkistuslistan ulkonäkö ja asettelu. Tähän kohtaan palataan, mikäli testivaiheessa henkilökunnalta tulee palautetta listan

käytön vaikeudesta. Tämä kohta käydään läpi myös listan päivityksen yhteydessä, jolloin katsotaan, vastaako nykyinen ulkoasu päivitettyä sisältöä. (Verdaasdonk ym. 2008, 723.)

Tulevien käyttäjien palaute

Listaa tehdessä tulee käyttäjiltä pyytää useita mielipiteitä listan sisällöstä ja ulkoasusta. Muutoksia on helpompi tehdä listaa kehittäessä, kuin vasta lopulliseksi saatettuun versioon, jonka voi joutua tekemään alusta alkaen uusiksi palautteen perusteella. (Verdaasdonk ym. 2008, 723.)

Toimivuuden testaus

Tarkistuslista testautetaan kohderyhmällään, esimerkiksi simulaatiossa tai satunnaisissa ensihoitoyksiköissä todellisissa tilanteissa. Tositilanteissa testatessa tulee huomioida, että testaajat ovat kokeneita ensihoitajia. Testausvaiheessa on jo hyvä painottaa kohderyhmälle tarkistuslistojen tärkeyttä ja positiivista vaikutusta potilasturvallisuuteen. Testaushenkilöiksi kannattaa valita työyhteisön konkareita, joita muilla työntekijöillä on tapana kuunnella. Tällöin jo testausvaiheessa listan käyttöönottovaiheen vaikein kohta, henkilökunnan mukaan saaminen, saadaan osittain hoidettua. Ensihoidon vastuulääkäri tulee olla yksi testaajista. (Verdaasdonk ym. 2008, 723; Blomberg & Pauniaho 2014, 6.)

Tarkistuslistan hyväksyminen

Kun testausvaihe on saatu päätökseen, on aika hyväksyä lista. Lista voidaan vielä tässä vaiheessa tehdä pieniä muutoksia, mikäli testivaiheessa muutoskohtia ilmeni. Listan testanneet henkilöt hyväksyvät listan. Hyväksyntää ei tee listan suunnittelija. Mikäli listan testaajat eivät listaa hyväksy, tulee lista palauttaa takaisin toimivuuden testaus -vaiheeseen, jolloin tarvittavia muutoksia voidaan tehdä. (Verdaasdonk ym. 2008, 723.)

Viimeistely

Tarkistuslista on nyt fyysisesti valmis henkilöstön käyttöön päivittäisessä työssä. Mikäli lista on paperiversiona, tulee se laminoida tai tehdä uudelleen käy-

tettävään muotoon siten, ettei se vahingoitu käytössä. Vaihtoehtona on myös potilaskohtainen tarkistuslista, jolloin joka potilaalle otetaan uusi lista käyttöön. Elektronisessa muodossa oleva lista on parhain, sillä se otetaan todennäköisemmin käyttöön ja siihen voidaan tehdä muistutuksia, mikäli joku kohta jää käymättä. Elektronista listaa voidaan käyttää esimerkiksi kansioon kiinnitettävällä tablet tietokoneella tai ambulanssin älypuhelimkeen tehtävällä sovelluksella. (Verdaasdonk ym. 2008, 723; Blomberg & Pauniaho 2014, 6.)

Henkilökunnan koulutus

Tarkistuslistan kehittäminen on mennyt täysin hukkaan, mikäli henkilökuntaa ei kouluteta listan käyttöön. Testausvaiheessa valittujen kokeneiden ja henkilökunnan luottamien henkilöiden antamat positiiviset mielikuvat listasta ovat todella tärkeässä asemassa tässä vaiheessa. Koulutuksessa on hyvä tuoda esille tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen ja antaa esimerkkejä tutkimuksista, joissa tämä todennetaan. Jälleen kerran, simulaatiolla saadaan paras tulos listan käyttöönottokoulutuksessa. (Verdaasdonk ym. 2008, 723; Blomberg & Pauniaho 2014, 6.)

Löytääkö henkilökunta ongelmia?

Suurin virhe tapahtuu todennäköisesti listan kouluttamisessa henkilökunnalle. Mikäli koulutuksen aikaisia ongelmia ilmenee, on aiheellista muuttaa koulutustapaa tai koulutuksen sisältöä. (Verdaasdonk ym. 2008, 723–724.)

Onko tarkistuslistassa ongelmia?

Listan ensimmäinen testaus tulisi olla suoritettu niin hyvin, ettei listateknisiä virheitä pitäisi tässä kohtaa löytyä. Mikäli ongelmia vielä löytyy, tulee ne toki korjata palaamalla kohtaan ulkoasun uudelleen suunnittelu. (Verdaasdonk ym. 2008, 724.)

Käyttöönotto

Nyt lista otetaan käyttöön ambulansseihin. Kaikki edellä löydetyt ongelmat on korjattu ja henkilökunta on koulutettu listan käyttöön. Tulee huomioida, että työyhteisöön voi myöhemmin tulla uusia työntekijöitä, joille listan käyttö tulee myös opettaa. (Verdaasdonk ym. 2008, 724.)

Sisällön kontrollointi säännöllisesti

Hoito-ohjeen (SOP) muuttuessa tai esimerkiksi tarkistuslistaan liittyvän lääkeaineen nimen tai annoksen vaihtuessa tulee listan sisältö kontrolloida uudelleen. Muutokset tehdään listaan. (Verdaasdonk ym. 2008, 724.)

Tarkistuslistan (uudelleen) hyväksyminen

Hoito-ohjeen (SOP) ym. muutoksien jälkeen lista tulee hyväksyttäväksi testaajilla. Mikäli muutokset vaikuttavat listaan niin paljon, että sisältö muuttuu, tulee muutos aloittaa kohdasta ulkoasun uudelleen suunnittelu. Tällöin listan muutokset käsitellään lävitse, kuten uuden listan tekovaiheessa. Samalla henkilökunta tulee koulutettua uudelle hoito-ohjeelle. Tarkistuslistan tekijöiden tulisikin olla tietoisia mahdollisista tulevista muutoksista listan sisältöön. Tällöin tarkistuslistan uudelleen suunnittelu voidaan käynnistää hyvissä ajoin ennen hoito-ohjeen käyttöönottoa. (Verdaasdonk ym. 2008, 720–724.)

Käytössä oleva lista

Käytössä oleva lista kiertää jatkuvasti kehää sisällön kontrollin ja uudelleen hyväksymisen kautta. Tarkistuslistan ylläpito on jatkuvaa työtä, eikä listaa voida vain jättää käyttöön. Muutoksien jälkeen tulostetaan aina uudet tarkistuslistat, eikä koskaan tehdä muutoksia vanhaan listaan esimerkiksi yliviivaamalla muuttunut tieto. Tämän takia elektroninen tarkistuslista on käytännöllisin vaihtoehto. (Verdaasdonk ym. 2008, 721–724.)

6.3.1 Tarkistuslistan ulkonäkö ja asettelu

Kaikkien organisaation tarkistuslistojen tulisi olla samalla asettelulla ja värimaailmalla toteutettuja, jolloin niiden toiminnan ymmärtäminen on helpompaa. Tässä luvussa esitellään Verdaasdonk ym. (2008, 719–722) laatimia ohjeita leikkaussalin tarkistuslistojen ulkoasulle. Nämä ohjeet on mukailtu alun perin Federal Aviation Administration (FAA) laatimista ohjeista, jotka ovat ilmailun tarkistuslistojen todella tarkat laatimisohteet. Ohjeet ovat pääsääntöisesti paperiselle tarkistuslistalle, mutta niitä voidaan käyttää myös elektronisen listan laatimisessa.

Tarkistuslistan pituuden tulisi olla mahdollisimman lyhyt, mutta kuitenkin laadittu siten, ettei sen seuraajan tarvitse itse muistella listalta mahdollisesti puuttuvia kohtia. Esimerkiksi jos hoitotoimenpiteessä kuuluu mitata verenpaine, tulee se merkitä tarkistuslistaan, eikä tekovaiheessa ajatella, että se kuuluu muistaa mitata joka tapauksessa. Seitsemän tehtäväkohtaa sivua kohden on todettu olevan sopiva määrä listalla. Mikäli tehtävät vaativat pidempää tarkistuslistan tekoa on ne jaettava osioihin ja osiot jaettava eri sivuille. Edelliseltä sivulta tulee olla kehoitus siirtyä seuraavalle sivulle. Tämän takia tarkistuslista tuleekin laatia siten, että siihen tulee aloitus- ja lopetuskohdat, jolloin listan käyttäjä tietää milloin listan kaikki kohdat on käyty lävitse. Mikäli suoritettavassa prosessissa on joitain kohtia, jotka vaativat erityishuomiota on ne hyvä mainita jo heti listan alussa. Lisäksi muistutuksen voi tehdä listan välillekin esimerkiksi kolmiolla tai muulla huomiota herättävällä merkinnällä. Tarkistuslistan sivuja ei kannata täyttää yrityksen logoilla tai mainoslauseilla, vaan käyttää sivut täysin listan tarvitsemalle tekstille. (Verdaasdonk ym. 2008, 718–720.)

Mikäli tarkistuslista muodostetaan vuokaaviolla, on kaavion rakenne pidettävä mahdollisemman yksinkertaisena. Vuokaaviota käytettäessä helposti päädytään ratkaisuun, jossa kaaviota seuratessa joutuu palaamaan taaksepäin listalla ja joissakin kohtaa jää kiertämään kehää tehtävien ympärille. Mikäli listaa tehdessä tuntuu, että vuokaavio on ainut vaihtoehto listan toteutukselle, tulisi tällöin miettiä listan jakamista useampaan osaan. Vuokaavioon saadaan menemään todella suuri määrä työvaiheita ja eri vaihtoehtoja, mutta sen seuraaminen kiireellisissä tilanteissa on todella vaikeaa. (Verdaasdonk ym. 2008, 718–720.)

Ohjeet tulisi olla selkeitä ja lyhenteitä käyttää mahdollisimman vähän. Mikäli lyhenteitä käytetään pitää ne joko olla yleisesti hyväksytyjä tai ne pitää avata listan lopussa tai erillisessä hakemistossa. Tämä on hyvä muistaa myös listojen koulutuksen aikana tuoda esille. Suurempi kuin ja pienempi kuin (> <) merkkien käyttöä tulisi välttää, sillä niiden tarkoitusta ei aina muisteta oikein päin. Myös epätarkat termit kuten ”vähän” ja ”lievästi” ovat huonoja käyttää tarkistuslistassa. Määritelmien tulee olla täsmällisiä. Mikäli tarkistuslistaan liitetään kuvia, tulee niihin viitata selkeästi listassa, jotta kuvan osaa yhdistää oikeaan kohtaan listalla. (Verdaasdonk ym. 2008, 719–720.)

Seuraavassa taulukossa on määritelty tarkistuslistan ulkonäköön vaikuttavia tekijöitä. Taulukko 3 on laadittu matkustajalentokoneiden tarkistuslistojen laatijan Civil aviation authority, 2006 ohjeiden pohjalta. Taulukkoon 3 merkatut ohjeet ovat testattu parhaimmaksi toimittaessa hämärässä, kiireessä tai paineen alaisena

Taulukko 3. Tarkistuslistan ulkoasuun vaikuttavat tekijät (Civil aviation authority, 2006, 2–11)

Tarkistuslistan ulkoasuun vaikuttavat tekijät:	
Paperikoko	<ul style="list-style-type: none"> • Suositus A5 tai A6 • Pystyasento.
Paperilaatu	<ul style="list-style-type: none"> • Helposti toisistaan irtoava, sileäpintainen • Mahdollisesti pyyhkimisen kestävä tai laminoitu.
Sidonta	<ul style="list-style-type: none"> • Auki taitettavissa siten, että lehtiö pysyy auki pitämättä. • Kierresidonta, joko metallisidonnalla tai avattavalla muovisidonnalla.
Kansi	<ul style="list-style-type: none"> • Kova, muovinen • Hyvin muista sivuista erottuva. Kanteen sisällysluettelo (kansi voi olla myös läpinäkyvä ja sisällysluettelo ensimmäisellä paperisivulla).
Sivut	<ul style="list-style-type: none"> • Kielekkeillä tai väreillä sivujen reunassa eroteltuna eri listat toisistaan. • Sivunumerointi alareunaan, ulkokulmaan.
Fontti	<ul style="list-style-type: none"> • Helvetica, Gill Medium, Arial tai Sans Serif. • Sama fontti käytössä kaikissa listoissa, koko listan lävitse. • Ei kursivointia.
Fonttikoko	<ul style="list-style-type: none"> • 14pt otsikoissa. • 12pt tekstissä, mikäli vain mahdollista.
Fonttiväri, tausta	<ul style="list-style-type: none"> • Musta teksti, valkoinen tai keltainen tausta. • Värillistä tekstiä tulee välttää. • Vaaleanpunaista tai punaista tehoste- tai taustaväriä ei tule käyttää.
Korostaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lihavointi, alleviivaus

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tiedonkeruumenetelmänä on käytetty kyselytutkimusta, joka on kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisin käytetty tiedonkeruumenetelmä (Kananen 2011, 12).

7.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkastelee tietoa numeerisesti. Se vastaa kysymyksiin, *kuinka moni*, *kuinka paljon* ja *kuinka usein*. Tutkimuksen tulokset käsitellään tilastollisin menetelmin, ne tulkitaan ja selitetään sanallisesti. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään yleistämään tutkittavaa ilmiötä ja siinä etsitään syy-seuraussuhteita. Määrällinen tutkimus vaatii ilmiön tekijöiden ja muuttujien

tuntemista ja täsmentämistä teorialla ennen kuin sitä voidaan tutkia. Yksi määrällisen tutkimuksen tärkeimmistä vaiheista onkin operationalisointi, eli teoreettisten käsitteiden muuttaminen arkikielelle ja käytännön tasolle sekä tilastollisesti tutkittavaan muotoon. Tietoa kerätään strukturoidusti, eli tutkittavat asiat vakioidaan. Esimerkiksi kyselylomakkeessa kysymykset kysytään jokaiselta samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija on ulkopuolinen ja etäinen henkilö ja toimii objektiivisesti eli puolueettomasti. Määrällinen tutkimus pyrkii selittämään, kuvaamaan, kartoittamaan, vertailemaan tai ennustamaan tutkittavaa ilmiötä. Selittävässä ja vertailevissa määrällisissä tutkimuksissa voidaan asettaa teoreettinen tai empiirinen hypoteesi. (Kananen 2011, 13, 15–19; Vilka 2007, 13–16, 19, 24.) Tässä työssä pyritään kartoittamaan Carean alueen ensihoitajien mielipiteitä tarkistuslistoista ja niiden käytöstä sekä kartoittamaan, millaisia listoja tällä hetkellä on käytössä.

Koska kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään, Kanasen (2011, 22) mukaan tarkoitus olisi kysyä asioita pieneltä joukolta ja tästä yleistää johtopäätökset ilmiöstä. Kananen kuitenkin myös toteaa, että tässä tavassa piilee virheen mahdollisuus, jos valittu otos ei vastaakaan todellista kohderyhmää. Kun kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä, on aineistolle Vilkan (2007, 15) mukaan tyypillistä, että vastaajia on paljon, vähintään 100 henkilöä. Heikkiläkin (2014, 31) toteaa kirjassaan kannattavaksi tehdä kokonaistutkimuksen otantatutkimuksen asemesta, kun kyselytutkimuksessa perusjoukkona on 200–300 henkilöä. Eli ilmiötä kysytään koko perusjoukolta, eikä valita erillistä otosta. Carean alueen ensihoitajat ovat tutkimuksemme perusjoukko, ja heitä on kyselyn toteuttamishetkellä 116 kappaletta (Hjelt, Joutjärvi, Perälä, & Wall sähköpostitiedoksianto 2017). Päädyimme tutkimaan koko perusjoukon otantatutkimuksen sijasta.

7.2 Kyselytutkimus

Määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää kyselylomaketta, systemaattista havainnointia tai valmiiden rekisterien ja tilastojen käyttöä (Vilka 2015, 94). Tähän työhön olemme valinneet kyselytutkimuksen toteuttamisen sähköisessä muodossa. Kyselylomakkeen etuna on vastaajan anonymiteetti ja taas haittana mahdollinen vastauskato. Teorian keruuvaiheessa varmistetaan,

että tutkittava ilmiö on mitattavissa. Kyselyn kysymykset, eli muuttujat, tulee perustella teoreettisella viitekehyksellä ja tutkimuksen tavoitteilla. Kyselylomakkeessa ei siis voi kysyä mitä vain ilman perusteluja. (Vilkkä 2015, 94, 101.) Tämän työn liitteenä (liite 2) on muuttujataulukko, johon on listattu kyselyn muuttujat, eli kysymykset, ja niiden taustalla olevan teoriatiedon löytyminen työstä, sekä mihin tutkimuskysymykseen kukin kysymys vastaa.

Tärkeintä määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä kyselytutkimuksessa on kyselylomakkeen suunnittelu (Vilkkä 2015, 105). Heikkilän (2014, 45) mukaan kyselylomakkeen suunnittelu vaatii tutustumista kirjallisuuteen, tutkimusongelman pohtimista ja muokkaamista, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Heikkilä (2014, 47) kuvaa hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkeiksi mm. seuraavat asiat: lomake on selkeä ja siisti, ohjeet ovat yksinkertaiset ja selkeät, kysytään vain yhtä asiaa kerralla, kysymykset etenevät aihepiireittäin loogisesti, kyselyssä on muutama kontrollikysymys luotettavuuden varmistamiseksi, kysymyksiä ei ole liikaa, vastaaja tuntee vastaamisen olevan tärkeää ja lomake testataan ennen käyttöä.

Kyselylomakkeen alussa kannattaa kysyä helppoja kysymyksiä, joilla pyritään herättämään vastaajan mielenkiinto. Henkilötietoihin on helppo vastata, mutta niiden paikka on vasta kyselyn lopussa. Jos henkilötietoja ja yksityiskohtia kysytään heti kyselylomakkeen alussa, saattaa vastaaja asettua liikaa henkilötietojen rajaamaan muottiin, eikä välttämättä vastaa täysin totuuden mukaisesti. Jotkut vastaajat saattavat pitää henkilötietojen kysymistä heti alussa hankalaksi ja arkaluonteiseksi. (Heikkilä 2014, 46; Kananen 2011, 38, 41.) Kysymykset kysytään aihepiireittäin ja kysymyksissä edetään yleisestä yksityiskohtaiseen. Ensin ajatukset herätetään yksinkertaisilla kysymyksillä ja siirrytään vaativampiin yksityiskohtaisiin kysymyksiin. Ilmaisujen tulee olla selkeitä ja yksinkertaisia. Johdattelevia kysymyksiä tulee välttää. (Kananen 2011, 39, 42–43.) Kyselylomake tulee testata ennen tutkittavalle joukolle lähettämistä. Lomaketta testaaman riittää 5 – 10 henkilöä. Testaajiksi tulisi valita kohderyhmään kuuluvia henkilöitä, koska tällöin saadaan todenmukaisin käsitys siitä, ovatko ohjeet, kysymykset ja vastausvaihtoehdot selkeitä ja riittäviä, onko turhia kysymyksiä ja onko jotain oleellista jäänyt puuttumaan. Samalla selvitetään myös vastaamiseen kuluva aika. Testauksen

tarkoituksena on muokata kyselylomaketta ja korjata ongelmat ennen varsinaista tiedonkeruuta. (Heikkilä 2014, 58; Vehkalahti 2008, 48.) Tässä työssä käytettävän kyselylomakkeen testasi 3 henkilöä, jotka työskentelevät parhaillaan tai ovat työskennelleet ensihoidossa muualla kuin Carean alueella. Testaajien määrä jäi pieneksi, mutta jokaisen testaajan palaute oli samanlaista ja kohdistui samoihin asioihin, joten pidämme testausta riittävänä. Testauksen perusteella kyselylomaketta muokattiin hieman ennen Carean alueen ensihoitajille lähettämistä.

Kyselylomakkeessa voi olla avoimia sekä strukturoituja kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot on asetettu valmiiksi. Avoimia kysymyksiä on hyvä käyttää silloin, kun vastausvaihtoehdot ei haluta tai pystytä määrittämään etukäteen. Avomilla kysymyksillä voidaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa ilmi, joka olisi muuten saattanut jäädä selviämättä. Avointen kysymysten huonona puolena on niiden työläs käsittely sekä se, että niihin helposti jätetään vastaamatta. Strukturoidussa, suljetussa, kysymyksessä vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia ja kaikki vastausvaihtoehdot tulee ottaa huomioon. Valmiit vastausvaihtoehdot nopeuttavat ja helpottavat kyselyyn vastaamista. Myös tulosten käsittely on nopeampaa ja helpompaa. Huonoina puolina valmiille vastausvaihtoehdoille on se, että vaihtoehdot voivat johdatella vastaajaa, jokin vastausvaihtoehto saattaa puuttua, vastaukset voi antaa harkitsematta ja en osaa sanoa -vaihtoehto houkuttelee. Kyselyssä voi myös olla sekamuotoisia kysymyksiä, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot sekä avoin vaihtoehto *muu, mikä?* Tällainen kysymys on hyvä silloin kun ei olla varmoja onko kaikki vastausvaihtoehdot osattu ottaa huomioon. (Heikkilä 2011, 47–50; Vehkalahti 2008, 24–25.) Työn kyselylomakkeessa (liite 4) on käytetty näitä kaikkia kolmea kysymystyyppiä, enimmäkseen strukturoituja suljettuja kysymyksiä. Melkin kaikki kysymykset on merkattu pakollisiksi. Vastaus vaihtoehdoista löytyy en osaa sanoa vaihtoehto, jottei ketään vastaajaa pakoteta vastaamaan kysymykseen kyllä tai ei, jos he eivät ole samaa mieltä tai osaa päättää vastaustaan. Tällä pyritään osaltaan pitämään yllä kyselyn luotettavuutta.

7.3 Aineiston analyysi

Kyselytutkimuksella saadun aineiston purku toteutettiin Webropol-ohjelman avulla. Aineisto purettiin sanallisesti auki ja aineistoa havainnollistettiin luomalla

taulukoita ja kaavioita. Analysoinnissa käytettiin myös muutamien muuttujien kohdalla ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnilla tutkitaan kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia (Vilkkä 2007, 129). Ristiintaulukoinnin avulla nähdään, eroaako kahden muuttuja väliset vastaukset toisistaan.

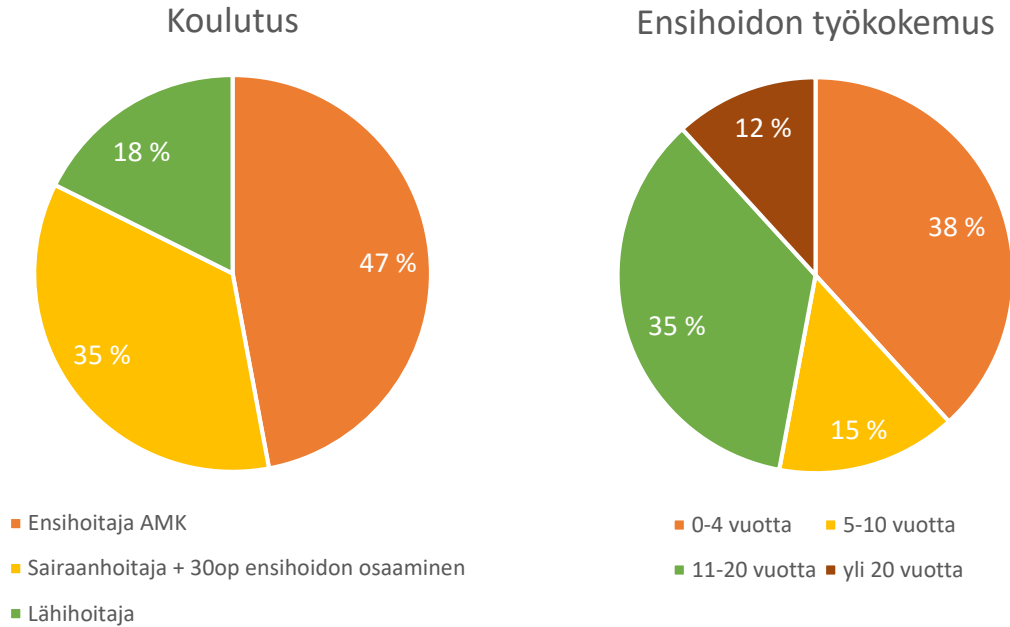
Kyselyn avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä tutkimusaineistoa tutkitaan yhtäläisyyksiä ja eroja etsien, eritellen sekä tiivistäen. Laadullisessa sisällönanalyysissä tutkimusaineisto jaetaan ensin pieniin osiin, esimerkiksi yksittäisiin sanoihin. Seuraavaksi kootaan pienet osat käsittekokonaisuuksiksi ja lopuksi käsitteet järjestetään uusiksi isoiksi kokonaisuuksiksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kysely (liite 4) ja saatekirja (liite 3) lähetettiin sähköpostitse 166:lle Carean alueen ensihoitajalle. Kyselyyn oli aikaa vastata kolme viikkoa. Vastausaikana kyselyyn vastasi 34 henkilöä. Vastausaikaa ei päätetty jatkaa, sillä työn valmistumista ei haluttu viivästyttää. Vastausprosentiksi muodostui 29,3 %.

8.1 Vastaaajien taustatiedot

Vastaaajista 47 % (16) kertoi koulutukseensa ensihoitaja AMK, 35 % (12) sairaanhoitaja + 30op ensihoidon osaaminen ja 18 % (6) lähihoitaja (kuva 3). Vastaaajista 12 % (4) oli valmistunut ennen vuotta 2000, 38 % (13) vuosina 2000–2010 ja 50 % (17) vuosina 2011–2016. Ensihoidon työkokemusta 38 %:lla (13) oli 0 - 4 vuotta, 15 %:lla (5) 5 - 10 vuotta, 35 %:lla (12) 11–20 vuotta ja yli 20 vuotta kokemusta löytyi 12 %:lla (4) vastaaajista.



Kuva 3. Vastaajien koulutus ja ensihoidon työkokemus (N=34)

Perustason ensihoitajina työskenteli 18 % (6) vastaajista, hoitotasolla 70 % (24) ja kenttäjohtajina 12 % (4). 15 % (5) määritteli tämän hetkisen työsuhteensa olevan sijainen tai keikkalainen. Loput vastaajista, eli 85 % (29) työskenteli kokoaikaisessa työsuhteessa.

8.2 Virallisten tarkistuslistojen käyttö

Virallisilla tarkistuslistoilla tässä kyselyssä tarkoitettiin sairaanhoitopiiriltä tulleita tarkistuslistoja. Kysyttäessä ensihoitajilta, onko heidän työyksikössään virallisia tarkistuslistoja käytössä, 68 % (23) vastasi kyllä. Heistä jokainen kertoo myös käyttävänsä näitä listoja työssään. 29 % (10) vastasi, ettei heidän työyksikössään ole virallisia listoja käytössä ja 3 % (1) vastaaja ei osannut sanoa.

Ensihoitajilta kysyttiin myös millaiseksi he ovat kokeneet näiden virallisten tarkistuslistojen käytön. Kysymykseen vastasi 23 henkilöä. Taulukossa 4 näkyy vastausten jakautuminen. 87 % (20) vastaajista koki, että tarkistuslistat ovat helposti saatavilla työtilanteessa, ja vain 9 % (2) oli jokseenkin eri mieltä tämän väittämän kanssa.

Taulukko 4. Millaiseksi olet kokenut näiden tarkistuslistojen käytön? (n=23)

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tarkistuslistat ovat helposti saatavilla tilanteen tullessa.	14	6	1	2	0
	61 %	26 %	4 %	9 %	0 %
Tarkistuslistoja on helppo käyttää.	10	12	1	0	0
	44 %	52 %	4 %	0 %	0 %
Tarkistuslistat ovat selkeitä.	11	12	0	0	0
	48 %	52 %	0 %	0 %	0 %
Tarkistuslistat ovat hyvä muistin tuki	22	1	0	0	0
	96 %	4 %	0 %	0 %	0 %

Pyydettyäessä ensihoitajia vapaasti kertomaan mielipiteensä käytössä olevista tarkistuslistoista kuitenkin eräs vastaaja sanoi: *Olisi helpointa, jos kaikki listat olisivat samassa paikassa. Nyt ne ovat ympäriinsä.* 96 % (22) vastaajista piti tarkistuslistoja helppokäyttöisinä ja 4 % (1) ei ollut väittämän kanssa samaa eikä eri mieltä. Nykyisiä tarkistuslistoja selkeänä pitivät kaikki kysymykseen vastanneista. Avoimessa kohdassa kuitenkin nousi esiin, että tarkistuslistojen graafista ulkoasua voisi vielä muokata, jotta tärkeät asiat tulisivat selkeämmin esille. Kaikki vastaajat pitivät nykyisiä listoja hyvänä muistin tukena.

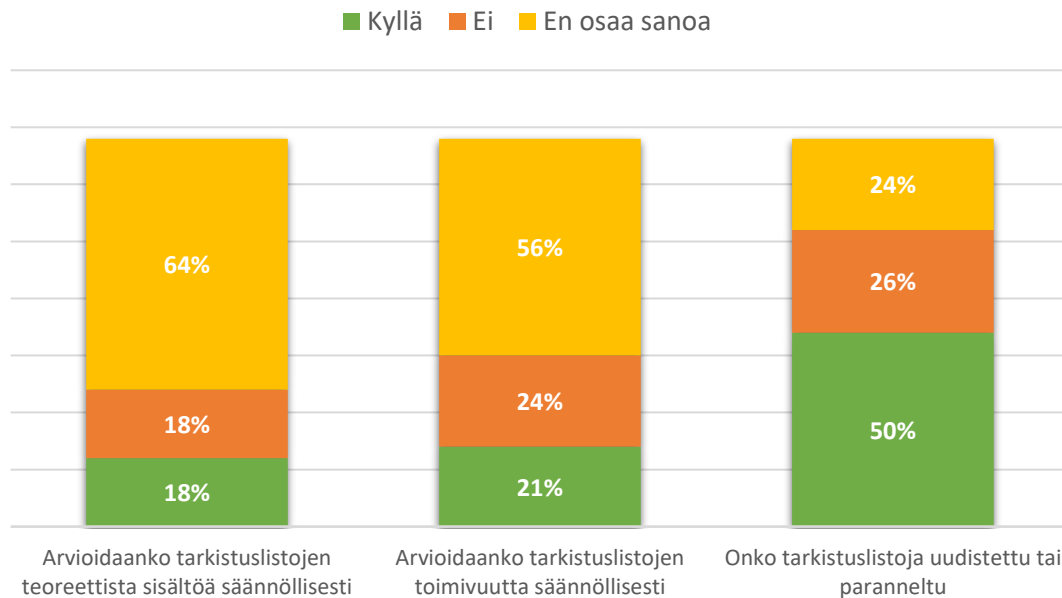
Kysyttäessä ovatko ensihoitajat saaneet työnantajaltaan koulutusta tarkistuslistojen käyttöön (taulukko 5) 34:sta vastaajasta 65 % (22) kertoi jääneensä ilman koulutusta. Koulutusta tarkistuslistojen käyttöön koki tarvitsevansa 41 % (14) vastaajista. Saman verran ei mielestään tarvitse koulutusta. 18 % (6) vastaajista ei osannut vastata tarvitseeko koulutusta vai ei. Sijaiseksi tai keikkalaiseksi itsensä kertoneista viidestä vastaajasta kukaan ei ollut saanut koulutusta työnantajaltaan tarkistuslistojen käyttöön, kaksi koki tarvitsevansa koulutusta ja kaksi ei, yksi vastaaja ei osannut sanoa tarvitsisiko koulutusta.

Taulukko 5. Kuinka moni ensihoitajien on saanut koulutusta tarkistuslistojen käyttöön. (N=34)

	Vakituiset työntekijät n=29	Sijaiset / keikkalaiset n=5	Yhteensä n=34
On saanut koulutusta työnantajalta tarkistuslistojen käyttöön	12	0	12
	41 %	0 %	35 %
Ei ole saanut koulutusta työnantajalta tarkistuslistojen käyttöön	17	5	22
	59 %	100 %	65 %
Kokee tarvitsevänsä koulutusta tarkistuslistojen käyttöön	12	2	14
	41 %	40 %	41 %
Ei koe tarvitsevänsä koulutusta tarkistuslistojen käyttöön	12	2	14
	41 %	40 %	41 %
Ei osaa sanoa tarvitseeko koulutusta tarkistuslistojen käyttöön	5	1	6
	18 %	20 %	18 %

34:sta vastaajasta 41 % (14) kertoi sairaanhoitopiirin ohjeistaneen tarkistuslistojen käyttöä. Loput vastaajista, eli 59 % (20), vastasivat kysymykseen ei tai en osaa sanoa.

Kysymyksessä 12 kysyttiin (kuva 4), arvioidaanko käytössä olevien tarkistuslistojen teoreettista sisältöä säännöllisesti. Vastaajista 64 % (22) ei tiennyt, tehdäänkö näin. 18 % (6) vastaajaa vastasi kysymykseen kyllä ja saman verran ei. Kysymys 13 selvitti tarkistuslistojen toimivuuden säännöllistä arviointia. Vastaajista 56 % (19) ei osannut sanoa, arvioidaanko toimivuutta, 24 % (8) mielestä toimivuutta ei arvioida ja 21 % (7) mielestä toimivuutta arvioidaan. Kysyttäessä, onko käytössä olevia tarkistuslistoja uudistettu tai paranneltu, vastaajista puolet (17) olivat sitä mieltä, että näin on toimittu. Vastaavasti toinen puoli ei osannut sanoa, tai näin ei ole heidän mielestään toimittu.

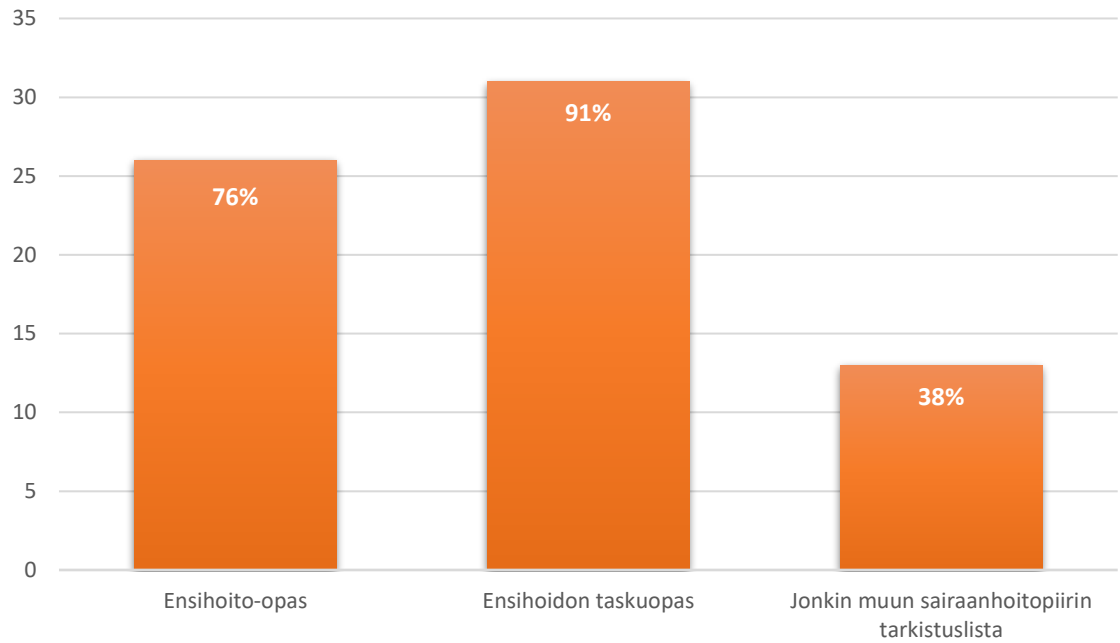


Kuva 4. Tarkistuslistojen arviointi ja uudistaminen (N=34)

8.3 Muiden, kuin virallisten tarkistuslistojen käyttö

Reilusti yli puolet, 71 % (24) vastanneista kertoi käyttävänsä omatekemiä tarkistuslistoja. Vastaajat olivat avoimeen kohtaan kirjoittaneet, millaisia listoja heillä on omatekeminä. Kaiken kaikkiaan erilaisia variaatioita omatekemistä listoista vastaajilla on 21:sta eri aiheesta. Suosituin omatekemä tarkistuslista käsitteli lääkkeitä (12 avointa vastausta). Kuusi vastanneista käytti kardioversion ja tahdistuksen tekoon omatekemää listaa. Elvytykseen, EKG-tulkintaan, ensihoidon tehtäväkoodeihin sekä lastenlääkkeisiin löytyi muutamia omien listojen käyttäjiä.

Kysymyksessä 16 selvitettiin, käyttävätkö ensihoitajat työssään ensihoidolle julkaistua kirjallisuutta (kuva 5). 34:sta vastaajasta Ensihoito-opasta käytti 76 % (26) vastaajista ja Ensihoidon taskuopasta 91 % (31) vastaajista. Vastausvaihtoehtona oli myös jonkin muun sairaanhoitopiirin tekemä tarkistuslista, jota työssään kertoi käyttäneensä 38 % (13) vastaajista.



Kuva 5. Käytätkö työssäsi jotakin seuraavista? (N=34)

8.4 Yleinen mielipide liittyen tarkistuslistoihin

Kyselyssä kysyttiin myös ensihoitajien mielipidettä yleisesti tarkistuslistoja kohtaan. Ensihoitajien mielipide liittyen tarkistuslistoihin oli pääsääntöisesti positiivinen. Tarkistuslistojen koettiin olevan avuksi potilastyössä ja lisäävän potilasturvallisuutta. Taulukko 6 esittelee ensihoitajien vastauksia eri väittämiin. Negatiivisia mielleyhtymiä tarkistuslistoihin liittyen ensihoitajilla oli todella vähän.

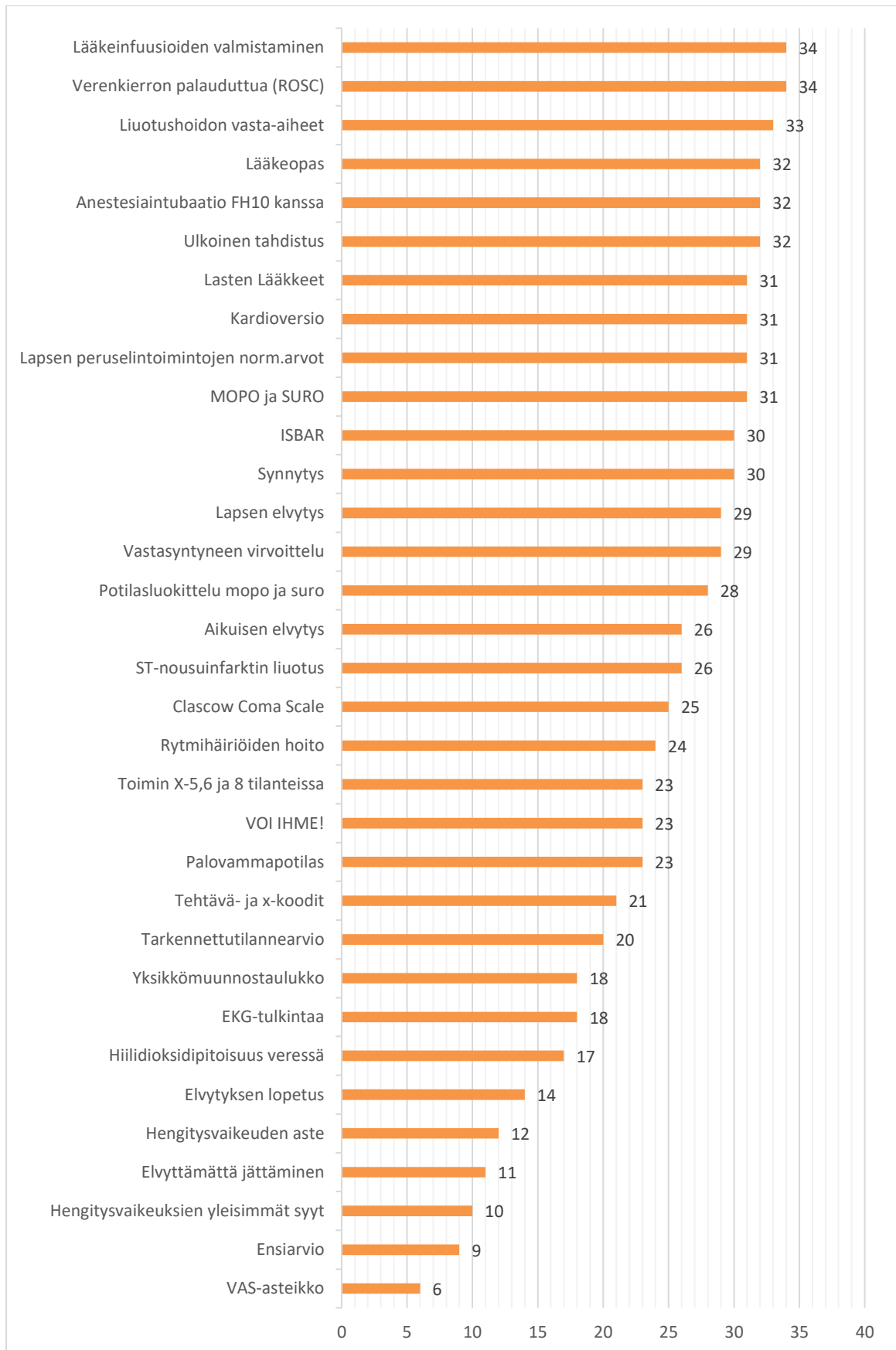
Taulukko 6. Mitä mieltä olet seuraavista yleisesti tarkistuslistojen käyttöön liittyvistä väittämistä? (N=34)

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tarkistuslistat parantavat potilasturvallisuutta.	32	2	0	0	0
	94 %	6 %	0 %	0 %	0 %
Tarkistuslistat parantava hoidon laatua.	26	6	1	1	0
	76 %	18 %	3 %	3 %	0 %
Tarkistuslistat parantavat kommunikointia.	20	12	1	1	0
	59 %	35 %	3 %	3 %	0 %
Tarkistuslistat ovat hyvä muistin tuki.	31	3	0	0	0
	91 %	9 %	0 %	0 %	0 %
Tarkistuslistojen käyttö nopeuttaa/nopeuttaisi työtäni.	10	16	5	3	0
	29 %	47 %	15 %	9 %	0 %
Tarkistuslistojen käyttö sopii kiireettömiin tilanteisiin.	23	7	3	1	0
	68 %	20 %	9 %	3 %	0 %
Tarkistuslistojen käyttö sopii kiireellisiin tilanteisiin.	27	6	1	0	0
	79 %	18 %	3 %	0 %	0 %
Käyttäisin mielelläni tarkistuslistoja työssäni, jos niitä olisi saatavilla.	24	5	5	0	0
	70 %	15 %	15 %	0 %	0 %
Olisi hyvä, että tarkistuslistat olisivat saatavissa sähköisessä muodossa tietokoneella ja tabletilla.	17	10	4	2	1
	50 %	29 %	12 %	6 %	3 %
Olisi hyvä, että kaikki tarkistuslistat olisivat paperisina yksissä kansissa.	14	10	7	3	0
	41 %	29 %	21 %	9 %	0 %

Kyselyyn vastanneista 85 % (29) totesi, että käyttäisi mielellään tarkistuslistoja työssään, jos niitä olisi saatavilla. Suurin osa vastaajista, 79 % (27), toivoivat tarkistuslistojen olevan sähköisessä muodossa saatavilla. 71 % (24) vastaajista oli myös sitä mieltä, että olisi hyvä, että kaikki tarkistuslistat olisivat myös paperisena versiona koottuna yksin kansiin.

8.5 Ensihoitajien käsitys tärkeistä tarkistuslista-aiheista

Kyselyssä kysyttiin myös ensihoitajien mielipidettä siitä, mistä aiheista heistä olisi hyvä olla olemassa tarkistuslista. Kysymyksissä 18–25 oli esitetty useita tarkistuslista-aihevaihtoehtoja, joista ensihoitajat saivat valita mieleisensä. Lisäksi oli mahdollisuus kirjoittaa avoimeen kenttään muitakin aihevaihtoehtoja. Kuvaan 6 on koottu ensihoitajien vastaukset. Seuraavat tarkistuslistavaihtoehdot valitsi vähintään 85 % (29) vastanneista: ISBAR, lääkeopas, lääkeinfuusion valmistaminen, lasten lääkkeet, anestesiaintubaatioon valmistautuminen yhdessä FH10 kanssa, lapsen elvytys, toiminta verenkierron palaututtua (ROSC), liuotushoidon vasta-aiheet, sydämen ulkoinen tahdistus, kardioversio, synnytys, vastasyntyneen virvoittelu, lapsen peruselintoimintojen normaaliarvot sekä monipotilas- ja suuronnettomuustilanne. Avoimeen kenttään omia ehdotuksia oli tehnyt muutama. Aiheina oli sosiaaliseen hätätilanteeseen liittyvä tarkistuslista, io-yhteyden avaus sekä tärkeimmät yhteystiedot esimerkiksi sairaalaan, kotihoitoon, poliisille jne.



Kuva 6. Mistä asioista olisi hyvä olla tarkistuslista? (N=34)

Tämän jälkeen kysymyksessä 27 selvitettiin mitkä kolme – viisi edellä valitsemistaan vastausvaihtoehdoista olisi vastaajien mielestä tärkeimpiä tarkistuslista-aiheita. Tässä kysymyksessä hajonta oli selvästi suurempi. Eri vaihtoehtoja listautui yhteensä 20. Näistä selviten esille nousivat lääkeopas (17) ja lääkeinfuusoiden valmistaminen (9). Seuraavaksi tärkeimpinä pidettiin elvytysohjetta (9), liuotukseen liittyviä ohjeistuksia (8), lasten lääkkeitä (6), sekä monipotilas- ja suur-onnettomuusohjeita (6) ja lapsen peruselintoimintojen normaaliarvoja (4). Osa vastaajista toi esiin avoimessa kentässä, ettei halua järjestää näitä kohtia tärkeysjärjestykseen, sillä ne ovat heidän mielestään kaikki yhtä tärkeitä.

9 POHDINTA

Työssä onnistuttiin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin teorian ja toteutetun kyselyn avulla. Tutkimustulokset ja –tuotokset ovat käyttökelpoisia työn tilaajalle.

9.1 Tulosten tarkastelu

Työn tekoa aloitettaessa oli ennakko-oletus, ettei kentällä ole käytössä mitään tarkistuslistoja, joita olisi sairaanhoitopiiri hyväksynyt. Sen sijaan oletuksena oli, että erilaisia itsetehtyjä listoja olisi varmasti runsaasti. Kyselyllä tämä ennakko-oletus varmistui osittain. Kävi ilmi, että itsetehtyjä tarkistuslistoja tosiaan ensihoitajilla on paljonkin käytössä. Tätä voitaneen pitää toisaalta hyvänä, toisaalta taas huolestuttavana asiana. Hyvä puoli asiassa on, että ensihoitajat ovat valveutuneet keräämään tietoa työnsä tueksi jopa omatoimisesti ja tätä kautta varmistamaan potilasturvallisuutta. Toisaalta näiden omatekemien tarkistuslistojen sisältöä, oikeellisuutta ja toimivuutta ei varmista mikään taho. Tätä kautta potilasturvallisuutta saattaa vaarantua. Esimerkiksi useamman yksikön tehtävillä omia listoja käytettäessä voidaan joutua tilanteeseen, jossa ensihoitajat käyttävät listojaan ja niiden tiedot poikkeavat hoito-ohjeiltaan toisistaan. Kyselyssä kävi myös ilmi, että osa ensihoitajista käyttää toisen sairaanhoitopiirin tekemää tarkistuslistaa tai vihkosta, jossa on hoito-ohjeita. Tässä ongelmaksi voi muodostua eri sairaanhoitopiirien erilaiset hoito-ohjeet.

Carean alueella ensihoitopalvelua tuottaa kolme erillistä toimijaa. Kyselyssä ei eritelty tutkittavien työnantajaa, jotta vastaajien anonymiteetti ja tämän työn eettisyys säilyisivät. 68 % vastanneista, kertoi työyksikössään olevan virallisia tarkistuslistoja käytössä. Virallisilla listoilla kyselyssä tarkoitettiin sairaanhoitopiiriltä tulleita tarkistuslistoja. Yllättävää oli, että 29 % vastanneista kertoi, ettei heidän työyksikössään ole virallisia listoja käytössä ja 3 % vastanneista ei tiennyt onko niitä. On outoa, että sairaanhoitopiiriltä tulleita listoja ei ole kaikkialla käytössä. Nousee esiin kysymys miksi listoja ei käytetä? Eikö kaikille toimijoille ole jaettu näitä tarkistuslistoja vai eivätkö kaikki toimijat ole jakaneet tarkistuslistoja kaikkiin ambulansseihin. Vasta analysointivaiheessa huomattiin, että kyselystä oli jäänyt puuttumaan kohta, jossa kysytään, mitä nämä viralliset tarkistuslistat pitävät sisällään, eli mistä aiheista listat ovat. Tällä kysymyksellä olisi saatu tarkka tieto olemassa olevien virallisten tarkistuslistojen sisällöstä ja siitä, mitä ensihoitajat näistä virallisista listoista tietävät. Tämä olisi ollut myös kiinnostava tieto, kun selvisi, ettei näitä virallisia listoja ole käytössä jokaisessa työyksikössä. Positiivista kuitenkin on, että jokainen ensihoitaja, joka kertoi työyksikössään olevan virallisia tarkistuslistoja käytössä, myönsi käyttävänsä niitä työssään. Tämä vahvistaa oletusta siitä, että olisi hyvä olla olemassa virallisia tarkistuslistoja muistin tueksi. Jos niitä ei tarvittaisi, eivät varmasti ensihoitajat niitä nytkään käyttäisi. Enemmistöllä vastanneista oli myös alan kirjallisuutta käytössään työnsä tukena.

Selvästi kyselyssä nousi esille tarve sairaanhoitopiirin omille tarkistuslistoille ja niiden saattamiselle yhteen, helposti käsiteltävään muotoon. 86 % vastaajista oli sitä mieltä, että käyttäisivät tarkistuslistoja työssään, mikäli niitä olisi saatavilla. Jääkin arvailun varaan, miksi osa ensihoitajista kokee, ettei virallisia tarkistuslistoja ole olemassa. Voisiko syy olla, että listat ovat sellaisessa muodossa, ettei niitä ole mielekästä käyttää, vaiko ovatko ne hoitoyksiköihin sijoitettuna niin, ettei niiden käyttö ole luontevaa. Ensihoitajat myös ehdottavat vastauksissaan sellaisia uusia tarkistuslistoja, jotka Loikkaan kertoman mukaan ovat jo jaettuna kentälle käyttöön, kuten intubaatio tarkistuslista.

Kyselyssä kävi selvästi ilmi, että monille eri tarkistuslista-aiheille olisi käyttöä ensihoidon kentällä. Vastanneista ensihoitajista vähintään 85 % oli sitä mieltä, että

olisi hyvä olla olemassa tarkistuslistoja liittyen konsultointiin, lääkkeisiin, anestesi-
aintubointiin, elvytystilanteisiin, sydänpotilaiden hoitotoimenpiteisiin, lapsiin ensi-
hoidon asiakkaina sekä suuronnettomuus- ja monipotilastilanteisiin. Ensihoitajien
omatekemät tarkistuslistat käsittelevät näintä samoja aiheita. Pieni enemmistö oli
sillä kannalla, että tarkistuslistat olisivat paremmat saada sähköiseen muotoon
tabletille, tietokoneelle tai älypuhelimelle. Perinteinen paperinen kirjanen sai ky-
selyssä lähes saman verran kannatusta. Se, miksi tämän kaltaista sähköistä tai
paperista ohjetta ei Carean alueen ensihoitajille ole tarjolla ei työssä selvitetty.
Kyselyssä nousi myös esille, että nykyisten tarkistuslistojen graafista ulkoasua
voisi muokata niin, että oleelliset asiat tulisivat selkeämmin esille.

Kun ensihoitopalvelua tuottaa kolme erillistä toimijaa, on syytä olettaa, että näi-
den eri toimijoiden kesken on varmasti eroja siinä, millaisia tarkistuslistoja ja oh-
jeistuksia työnantaja antaa ensihoitajilleen. Toisistaan eriävät tarkistuslistat sa-
malla toiminta-alueella heikentävät hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Jokai-
sella potilaalla on oikeus yhtäläiseen ja yhtä hyvään hoitoon riippumatta olinpai-
kastaan ensihoidon toimialueella tai paikalle saapuvan ambulanssin toimijasta.
Tämän vuoksi olisi tärkeää, että jokaisella toimijalla olisivat yhtenäiset toimintata-
vat ja tarkistuslistat. Yhtenäiset ja viralliset tarkistuslistat lisäävät myös ns. hoita-
jan turvaa. Hoitaja tietää tarkistuslistoja käyttäessään toimivansa tilanteessa oi-
kein, hoito-ohjeen mukaisesti ja potilasturvallisesti. Ensihoitopalvelusta ensisijai-
sesti vastaa sairaanhoitopiiri. Olisi tärkeää, että juuri sairaanhoitopiiri vastaisi ko-
konaisuudessaan tarkistuslistojen valmistuksesta, testaamisesta, kehittämisestä,
kentälle saattamisesta ja ensihoitajien kouluttamisesta listojen käyttöön. Tämä
työ voidaan, ja se pitääkin tehdä yhdessä palveluntuottajien henkilöstön kanssa,
aivan kuten tässä työssä tarkistuslistojen valmistuksesta kerrotaan.

Kappaleeseen 6.3 *Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto* luotiin teorian
pohjalta kuvallinen ohjeistus uusien tarkistuslistojen tekemiselle ja käyttöönotolle.
Tätä ohjeistusta tulisi noudattaa aina uusia tarkistuslistoja tehdessä, jotta saa-
daan luotua ja ylläpidettyä mahdollisimman tarkoituksenmukaisia ja toimivia tar-
kistuslistoja. Myös jo olemassa olevia tarkistuslistoja olisi hyvä käydä läpi tämän
ohjeistuksen mukaan. Ohjeistuksesta käy selkeästi ilmi, että hyvä tarkistuslista
perustuu tieteelliseen näyttöön ja hoitosuositukseen. Huomioon kannattaa myös

ottaa muiden sairaanhoitopiirien ideat. Tärkeää on testata tarkistuslistan toimivuutta ja ottaa vastaan tulevien käyttäjien palautetta. Tarkistuslistaa tulee muokata niin kauan, että se on toimiva käyttöympäristössään. Henkilökunta tulee kouluttaa listan käyttöön ja heille tulee myös kertoa, että käyttöönotettua listan sisältöä ja toimivuutta tullaan kontrolloimaan, jotta he tietävät antaa palautetta myöhemminkin. Henkilöstön mukaan ottaminen suunniteluun ja toteutukseen luo luotettavuutta tarkistuslistojen käyttöön, sekä varmuutta siihen, että listat ovat varmasti henkilöstölle sopivat. Samalla henkilöstö sitoutuu listojen käyttöön, kun ovat päässeet niiden tekoon vaikuttamaan. Potilasturvallisuus on kaikkien osapuolien yhteinen asia. Kappaleessa 6.3.1 *Tarkistuslistan ulkonäkö ja asettelu* on kuvattu asioita, jotka tulee ottaa huomioon tarkistuslistan ulkoasua ja asettelua suunniteltaessa parhaiten toimivan tarkistuslistan saavuttamiseksi.

Kyselyn avulla pyrittiin selvittämään, toteutuuko nykyisten tarkistuslistojen kohdalla yllä kuvattu ohjeistus. Kyselyssä kävi ilmi, että vain 35 % vastanneista oli saanut koulutusta nykyisten tarkistuslistojen käyttöön, vastanneista viidestä sijaisesta ei yksikään. Enemmistö vastaajista ei myöskään joko tiennyt, tai oli sitä mieltä, ettei nykyisten tarkistuslistojen teoreettista sisältöä tai toimivuutta arvioida säännöllisesti. Puolet vastaajista tiesivät, että nykyisiä listoja on uudistettu. Vain 41 % vastaajista vastasi, että sairaanhoitopiiri on ohjeistanut tarkistuslistojen käytössä. Näistä tuloksista voidaan päätellä, ettei yllä kuvattu ohjeistus täysin toteudu nykyisten tarkistuslistojen kohdalla, tai vastaajat eivät olleet varmoja asiasta. Joka tapauksessa olisi tärkeää toteuttaa tarkistuslistojen käyttö yllä kuvatun ohjeistuksen mukaisesti mahdollisimman laadukkaiden tarkistuslistojen takaimiseksi. Erityisen tärkeää on myös tiedottaa henkilökuntaa asiasta, jotta he pysyvät aktiivisesti antamaan palautetta listoista ja mielellään käyttävät listoja työssään, kun tietävät niiden olevan laadukkaita ja kontrolloituja, sekä kun pääsevät itse vaikuttamaan niihin.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan termeillä reliabiliteetti ja validiteetti. Näistä kahdesta muodostuu tutkimuksen kokonaisluotettavuus. Kokonaisluotettavuus on hyvä, jos tutkimuksessa on käsitelty perusjoukkoa ja lopputuloksessa on satun-

naisuutta mahdollisimman vähän. (Vilkkä 2007, 174.) Myös eettisyys liittyy tutkimuksen luotettavuuteen. Aineistoa hankittaessa syntyneet virheet alentavat tutkimuksen luotettavuutta. Tällaisia seikkoja voi olla käsittelyvirhe, mittausvirheet ja katovirheet. (Heikkilä 2014, 177.)

Reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen tuloksen pysyvyyttä, eli mittaukset ja tutkimustulokset ovat toistettavissa. Kun tutkimusten reliabiliteetti on hyvä, eri tutkimuksissa voidaan tutkia samaa asiaa ja tulokset ovat tutkimusten välillä samanlaiset. Reliabiliteetti ei kuitenkaan kerro, että tutkimustulos olisi oikea. (Heikkilä 2014, 178; Vilkkä 2007, 149.)

Validiteetti todentaa, että tutkija on tutkinut asiaa, jota hänen on pitänytkin tutkia. Kyselytutkimuksessa tähän vaikuttaa eniten se, ovatko kysymykset olleet onnistuneita ja saadaanko niiden avulla ratkaistua asetetut tutkimusongelmat. Tutkimusta voidaan pitää validina, kun tutkimus ei sisällä systemaattisia virheitä. Kyselytutkimuksessa yksi mahdollinen systemaattinen virhelähde on valehteleminen. Valehtelu voi aiheuttaa myös satunnaisvirheitä, näin alentaen reliabiliteettia, mutta systemaattinen asioiden kaunistelu ja vähättely heikentävät validiteettia. Esimerkiksi ihminen voi vastata kyselyyn sen mukaan, miten hän ajattelee toivotavan vastata, eikä sen mukaan mitä hän oikeasti itse asiasta ajattelee. (Heikkilä 2014, 177; Vilkkä 2007, 150, 179.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta paransi se, että kyselylomake testattiin ja sitä paranneltiin ennen virallista käyttöä. Reliabiliteettia huonontaa kyselytutkimuksen pieni vastausprosentti, 29,3 %. Tulokset olivat melko yksimielisiä, eikä suuria poikkeamia ollut. Tämä voi kuitenkin tarkoittaa, että ne ensihoitajat, jotka olisivatkin asiasta eri mieltä, jättivät vastaamatta kyselyyn. Jotkut ovat myös voineet vastata kysymyksiin sen mukaan mitä he ovat luulleet haluttavan vastata, jolloin validiteetti heikkenee. Kysely voidaan haluttaessa kuitenkin toistaa samanlaisena, koska on käytetty strukturoitua kyselylomaketta. Näin pystyttäisiin haluttaessa testaamaan olisiko tulokset samanlaisia kuin tässä työssä.

Tässä opinnäytetyössä validiteettia paransi se, että kyselylomakkeella onnistuttiin tutkimaan sitä mitä oli tarkoituskin. Tähän vaikutti se, että luotiin muuttuja tau-

lukko, jossa tarkistettiin, että kysymyksiin löytyi teoretietoa työstä ja, että kysymykset vastasivat johonkin asetetuista tutkimuskysymyksistä. Kuitenkin vasta analysointivaiheessa paljastui, että kyselystä jäi puuttumaan kysymys, jolla selvitetään virallisten, käytössä olevien tarkistuslistojen sisältö. Tämä hieman heikentää tutkimuksen validiteettia. Kyselylomakkeen kysymys numero 11 huomattiin analysointivaiheessa huonoksi. Kysymys oli aseteltu huonosti, eikä siitä oikein saanut selvää, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Moni vastaaja olikin vastannut tähän kysymykseen ”en osaa sanoa”. Analysointivaiheessa tämä kysymys päätettiin jättää pois.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvää tieteelliseen käytäntöön kuuluu se, että tutkittavat pysyvät tuntemattomina. Tutkija ei saa työssään paljastaa tutkittavista tietoja, joilla tutkittavat pystyittäisiin tunnistamaan. Tutkijan pitää ottaa myös käyttämässään kielessä tämä huomioon. Tulee myös välttää ilmaisuja, joiden perusteella tutkittavat saattavat joutua huonoon valoon. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, se että toisen tekemää työtä kunnioitetaan. Tämä tarkoittaa sitä, että toisen työhön viitataan, lähde-merkinnät tehdään asian mukaisesti ja toisten tutkimustuloksia käytetään kunnioittaen eikä niitä saa vähätellä tai vääristää. (Vilkkä 2007, 164–166.) Ennen tutkimuksen aloittamista tulee hankkia tarvittavat tutkimusluvut.

Tässä työssä eettisyys näkyy siten, että kaikki tarvittavat tutkimusluvut on hankittu. Kysely toteutettiin anonyymisti ja kyselyn saatekirjeessä on tutkittaville selitetty heidän anonyymiteettinsä. Kyselyyn on vastattu anonyymisti niin, että edes tutkijat eivät pysty yhdistämään vastauksia tiettyyn tutkittavaan. Julkaistavia tutkimustuloksia ja vastauksia ei pysty yhdistämään kehenkään yksittäiseen vastaajaan eikä kyselyssä ole eroteltu tutkittavien työnantajaa. Kyselyn vastauksia käytetään vain tämän työn aineistona, jonka jälkeen ne tuhotaan. Tässä työssä on merkitty kaikki lähteet oikeaoppisesti ylös ja muiden tekstiä on käsitelty kunnioittaen.

9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tätä opinnäytetyötä tehdessä nousi esille seuraavia ideoita jatkotutkimusehdotuksiksi:

Tarkistuslistojen käyttö tulisi opettaa uusille työntekijöille työuran alkuvaiheessa. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiinkin tutkia, miten tämä koulutus toteutettaisiin, mitä koulutus sisältäisi ja tulisiko koulutus uusia tietyin väliajoin.

Sairaanhoitopiirin on hyvä saada tietoa tarkistuslistojen käytöstä, jotta tarkistuslistoja voidaan tarkoituksen mukaisesti kehittää, uusia ja luoda kokonaan uusia tarkistuslistoja. Tämä vaatii kentältä sairaanhoitopiirille päin tehtävää raportointia. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin pohtia miten ja kuinka usein tämä raportointi olisi hyvä suorittaa sekä mitä tietoja raportin olisi hyvä sisältää.

Siinä vaiheessa, kun tarkistuslistakokonaisuus on saatu Carean alueelle käyttöön, olisi hyvä tutkia tarkistuslistojen toimivuutta ja käyttöä ensihoitajien näkökulmasta ja sairaanhoitopiirin tilastojen pohjalta.

Jokaisella sairaanhoitopiirillä on omat hoito-ohjeensa ja tarkistuslistansa. Saattaa tulla tilanteita, jolloin ensihoidossa toimitaan sairaanhoitopiirin rajojen tuntumassa ja samalla tehtävällä on useampi ensihoitoyksikkö eri sairaanhoitopiireistä. Tällöin mm. hoito-ohjeet ja käytettävät tarkistuslistat voivat sisällöltään erota toisistaan, ja tätä kautta saattaa aiheutua ongelmia potilaan hoidon ja jopa turvallisuuden kannalta. Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin perehtyä tähän asiaan ja tutkia miten olisi järkevintä ja tarkoituksen mukaisinta toimia tällaisissa tilanteissa ensihoidon rajapinnassa. Voitaisiin esimerkiksi luoda ohjeistus tällaisia tilanteita varten tai voitaisiin tutkia kuinka paljon naapurisairaanhoitopiirien hoito-ohjeet ja tarkistuslistat eroavat toisistaan. Mahdollisesti voitaisiin myös selvittää onnistuisiko yhteistyö ja tarkistuslistojen yhtenäistäminen naapurisairaanhoitopiirien kesken.

LÄHTEET

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro.

Blomgren, K. & Pauniahho, S.-L. 2014. Terveystuollon tarkistuslistat. Duodecim oppiporrtti. Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/ptp00304/do> [viitattu 15.11.2016].

Carea pähkinänkuoressa. s.a. Carea Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoito-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/> [viitattu 22.7.2016]

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti.

Civil aviation authority. 2006. Guidance on the design, presentation and use of emergency and abnormal checklists. Saatavissa: <http://publ-capps.caa.co.uk/docs/33/CAP676.PDF> [viitattu 2.12.2016].

Ensihoitopalvelun palveluntaso 2015–2016. Carea 2014. Kotka.

Federal emergency management agency United States fire administration. 1999. Guide to developing effective standard operating procedures for fire and EMS departments. Saatavissa: <https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/fa-197-508.pdf> [viitattu 20.9.2016].

Flin, R., Patay, R., Glavin, R. & Maran, N. 2010. Anaesthetists' non-technical skills. British Journal of Anaesthesia 105 (1) 7/2010, 38–44. Saatavissa: <http://bj.a.oxfordjournals.org/content/105/1/38.full.pdf+html?sid=652ef682-6fca-463c-b07a-5845e93c5c8d> [viitattu 12.8.2016].

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2009, toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 99–116.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hiltunen, P. 2016. SOP:t ensihoidossa. Finnanest 2/2016. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/hiltunen_sopt_ensihoidossa.pdf [viitattu 19.11.2016].

Hjelt, T., Joutjärvi J., Perälä, J. & Wall J. Sähköpostitiedoksianto 2017. Kymenlaakson pelastuslaitos, MedGroup, 9Lives ja Carea.

Holmberg, M. 2014. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö Suomessa. Syventävä tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kananen, J. 2011. KVANTTI: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kempainen, M. 2015. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Ensihoito, toim. Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 92–100.

Kinnunen, M., Aaltonen, L-M. & Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, toim. Aaltonen, M-L & Rosenberg, P. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257–273.

Koskela, A. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta, muistio. Saatavissa: <http://stm.fi/documents/1271139/1365282/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6n+asetus+ensihoitopalvelusta.pdf/7d49ed26-881d-46b0-80f1-b0be83b18703> [viitattu 22.7.2016].

Kuisma, M. 2015. Potilasturvallisuus. Teoksessa Ensihoito, toim. Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 63–65.

Käypä hoito. 2016. Käypä hoito. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/kaypa-hoito> [viitattu 19.11.2016].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 1992.

Nyström, P. 2015. CRM ja ei-tekniset taidot ensihoidossa. Teoksessa Ensihoito, toim. Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 101–107.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnanest 44/2011. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf. [viitattu 7.6.2016].

Rall, M., Gaba, D. M., Howard, S. K. & Dieckmann P. 2014. Human Performance and Patient Safety. Teoksessa Miller's Anesthesia, toim. Miller, R. D., Cohen, N. H., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronish, J. P. & Young, W. L. Philadelphia: Elsevier Saunders, 106–166.

Rantanen, T. & Tikka K. 2016. Ensihoidossa käytettävät lääkkeet Carea-alueella - lääkehoito-opas. Opinnäytetyö, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201604074018> [viitattu 26.11.2016].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteen tietoarkisto. Saatavissa: www.fsd.uta.fi/mentelmäopetus/kvali/L7_3_2.html [viitattu 23.3.2017].

Saikko, S. 2012. Taustaa tarkistuslistan käytölle intubaatioissa. Systole 2/2012. Saatavissa: <http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php/174-taustaa-tarkistuslistan-kaytolle-intubaatioissa?tmpl=component&print=1&layout=default&page=> [viitattu 8.6.2016].

Salminen-Tuomaala, M., Leikkola, P. & Paavilainen, E. 2014. HaiPro-tutkimus, Vaara- ja läheltä piti -tilanteet ensihoidossa. Artikkelit. Systole ensihoidon erikoislehti 6/2014. Espoo.

Salminen-Tuomaala, M., Leikkola, P., Mikkola, R. & Paavilainen, E. 2015. Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ensihoidon työntekijöiden kokeman. Tutkiva Hoitotyö, Hoitotieteen aikakauslehti vol 13 (4) 2015.

Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2016. Ensihoitoparas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a. Ensihoito. Saatavissa: <http://stm.fi/ensihoito> [viitattu 8.12.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1 [viitattu 8.6.2016].

Sosiaali ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä, Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116921/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1 [viitattu 18.10.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.

Tamminen, J. & Metsävainio, K.-M. 2015. Hyvätiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 48 (4), 338–343. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf [viitattu 11.9.2016].

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu, toim. Koivuranta-Vaara, P. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf> [viitattu 17.10.2016].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 2010.

- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Laatu. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta> [viitattu 17.10.2016].
- Troels, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C. & Løfgren, B. 2012. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/> [viitattu 26.10.2016].
- Vehkalahti, K. 2008 Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Verdaasdonk, E., Stassen, L., Widhiasmara P. & Dankelman, J. 2007. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. Delft University of Technology, Alankomaat.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa, Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- de Vries, E., Prins, H., Crolla, R., den Outer, A., van Andel, G., van Helden, S., Schlack, W., van Putten, A., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg, S. & Boermeester, M. 2010. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *The New England journal of medicine*. Saatavissa: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0911535> [viitattu 13.7.2016].
- Walker, I. A., Reshamwalla, S. & Wilson I. H. 2012. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia* 109(1), 2012, 47–54. Saatavissa: <http://bj.oxfordjournals.org/content/109/1/47.full.pdf+html?sid=4abc3d04-fb60-42dd-89c8-e6346e01ea60> [viitattu 31.8.2016].

Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä, vuosi ja nimi:	Tutkimuksen tarkoitus:	Tutkimuksen menetelmät:	Tutkimuksen alue/otos:	Tutkimuksen tulokset aiheeseen liittyen:
de Vries, E., Prins, H., Crolla, R., den Outer, A., van Andel, G., van Helden, S., Schlack, W., van Putten, A., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg, S. & Boermeester, M. 2010. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes.	Potilasturvallisuus leikkausaleissa kohdistuu lähes pelkästään itse salissa tapahtuvaan toimintaan. Tutkimus selvittää välineitä koko leikkausketjun pysymiseen potilasturvallisena eri välineitä käytäen. Yksi näistä tarkistuslista.	Vertaileva tutkimus kerättyyn potilastietoon. Otanta 3kk jonka aikana ei käytössä tarkistuslistaa ja uusi 3kk otanta listan käyttöön-oton jälkeen.	Kuuden hollantilaisen sairaalan leikkausosastot. Kaikkiaan 7580 potilaan leikkaus-tiedot.	Tarkistuslistan käyttöönotto vähensi leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja leikkauskuolemia selvästi.
Holmberg, M. 2014. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö Suomessa. Syventävä tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.	Selvittää kuinka laajasti leikkaustiimin tarkistuslista on käytössä Suomen sairaaloissa, millaisia kokemuksia siitä on ja miten siihen suhtaudutaan.	Kysely	Julkisen terveydenhuollon anestesiyliilääkäreille. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen valittiin 37 leikkausyksikköä.	Tarkistuslista on käytössä laajalti Suomessa. Ongelmia listan käytössä on motivoivia vaikeudet, listan käytön laiminlyönti, kiire, listan soveltumattomuus kaikkiin leikkauksiin ja henkilökunnan vaihtuvuus. Positiivisia asioita: potilasturvallisuuden lisääntyminen, kommunikation lisääntyminen ja työn systematisoituminen.
Salminen-Tuomaala, M., Leikkola, P., Mikkola, R. & Paavilainen, E. 2015. Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät	Kuvata potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ensihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena saada uutta	Laadullinen tutkimus Teema-haastattelu	Haastattelu toteutettu erään sairaanhoitopiirin alueella. Osallistujina 5 ensihoidtajaa, 5 sairaanhoitajaa, 3 lääkintävahtimestaria ja 2 lähihoitajaa.	Potilaan hoitoon vaikuttavat tekijät voidaan jakaa turvallisuutta edistäviin ja heikentäviin. Turvallisuutta edistäviä tekijöitä ovat työntekijän ammattitaitoon, tiedollisiin ja taidollisiin sekä ammatillisiin kykyihin

<p>ensihoidon työntekijöiden kokemana.</p> <p>Tutkiva Hoitotyö 13 (4), 2015</p>	<p>tietoa potilaan saaman ensihoidon laadun kehittämiseksi sekä koulutuksen kehittämiseksi.</p>			<p>sekä yhteistyötaitoihin liittyvät tekijät. Hoidon turvallisutta heikentää potilaan henkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä päihitteiden käyttö, hoito-ohjeiden ymmärtämisen ja toteutuksen vaikeus, kotona selviytymisen vaikeus ja lääkärin konsultaatioon liittyvät ongelmat.</p>
<p>Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen.</p> <p>Finnanest 44 (1), 2011</p>		<p>Artikkeli</p>	<p>Koottu 2009 jälkeen julkaistuista tutkimuksista.</p>	<p>Kuvataan WHO:n tarkistuslistan syntyä. Kommunikaation lisääntyminen leikkaussalissa lisää käytettäessä. WHO:n tarkistuslistan käyttöön liittyvä tutkimus kahdeksassa sairaalassa kaikilla mantereilla. Potilasturvallisuuden roima parannus listan käyttöönoton jälkeen.</p>
<p>Salminen-Tuomaala, M., Leikkola, P. & Paavilainen E. 2014.</p> <p>HaiPro-tutkimus Vaara- ja läheltä piti -tilanteet ensihoidossa. Artikkel, Systole 6/2014,</p>		<p>2012 vuoden HaiPro-aineisto sairaalan ulkopuolisen ensihoidon vaara- ja läheltä piti -tilanteista analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä.</p>		<p>Artikkelissa on kuvattu mihin osa-alueisiin potilasturvallisuus ja ensihoitohenkilökunnan toimintaturvallisuutta vaarantavat riskitekijät liittyvät sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.</p>

Muuttujataulukko

Tutkimuskysymykset:		
1. Millaisia tarkistuslistoja Carean ensihoidolla on käytössä? 2. Miten tarkistuslistoja tulisi kehittää vastaamaan ensihoitotyön tarpeita? 3. Miten hyvä tarkistuslista suunnitellaan ja toteutetaan? 4. Toteutuuko Carean ensihoidon virallisten tarkistuslistojen käyttöönotto ja yllä-pito teorian mukaisesti oikeaoppisesti?		
Kyselylomakkeen kysymykset	Vastaa tutkimuskysymykseen	Teoreettinen tausta
1. Onko yksikössäsi käytössä virallisia tarkistuslistoja?	1	7 Tarkistuslistat s. 24 7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
2. Käytätkö näitä tarkistuslistoja työssäsi?	1	5.5. Inhimillinen virhe s. 11–12 7 Tarkistuslistat s. 24
3. Miksi et käytä näitä tarkistuslistoja työssäsi?	1	5.5. Inhimillinen virhe s. 11–12 7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32 7.4.1 Tarkistuslistan ulkonäkö s. 32–33
4. Millaiseksi olet kokenut tarkistuslistojen käytön?	1 ja 2	5.5. Inhimillinen virhe s. 11–12 7.4.1 Tarkistuslistan ulkonäkö s. 32–33
5. Kerro vapaasti mielipiteesi käytössä olevista tarkistuslistoistanne.	1 ja 2	
6. Oletko saanut koulutusta työnantajaltasi tarkistuslistojen käyttöön?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
7. Miten koulutus on toteutettu?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
8. Millaiseksi olet kokenut saamasi koulutuksen?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
9. Koetko tarvitsevasi koulutusta tarkistuslistojen käyttöön?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
10. Onko sairaanhoitopiiri ohjeistanut tarkistuslistojen käyttöä?	1	
11. Arvioidaanko käytössä olevia tarkistuslistoja sairaanhoitopiirin toimesta potilasturvallisuuteen liittyen?	4	
12. Arvioidaanko käytössä olevien tarkistuslistojen teoreettista sisältöä säännöllisesti?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
13. Arvioidaanko käytössä olevien tarkistuslistojen toimivuutta säännöllisesti?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
14. Onko käytössä olevia tarkistuslistoja uudistettu?	4	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
15. Onko sinulla käytössä omatekemiä tarkistuslistoja?	1	7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32
16. Käytätkö työssäsi jotakin seuraavista?	1	7.3 Ensihoidon kentällä käytössä olevia tarkistuslistoja ja SOP:eja s. 25–26

17. Mitä mieltä olet seuraavista yleisesti tarkistuslistojen käyttöön liittyvistä väittämistä?	2	5.5. Inhimillinen virhe s. 11–12 7 Tarkistuslistat s. 24 7.1 Ilmailusta terveydenhuoltoalalle —tarkistuslistojen historiaa s. 24–25 7.4 Uuden tarkistuslistan luominen ja käyttöönotto s. 26–32 7.4.1 Tarkistuslistan ulkonäkö s. 32–33
Mistä asioista olisi hyvä olla tarkistuslista?	2	
Taustatiedot		

Saatekirje

Hyvä Carean ensihoidossa työskentelevä ensihoitaja!

Opiskelemme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa ensihoitajiksi ja olemme tekemässä opinnäytetyötä Carelle, liittyen ensihoidon tarkistuslistoihin. Työmme nimi on ”Ensihoidon potilasturvallisuus tarkistuslistojen näkökulmasta Carean ensihoitajien kokemana - Suunnitteluohje tarkistuslistojen tekoon”. Opinnäytetyömme tilaaja on Carea ja työelämäohjaajanamme toimii Jarno Hämäläinen. Koulun puolelta ohjaavana opettajana toimii Juhani Seppälä.

Työmme tarkoituksena on muun muassa kehittää ja yhtenäistää tarkistuslistojen kautta Carean ensihoidon potilasturvallisuutta, sekä tuoda esiin tarve virallisille tarkistuslistoille Carean ensihoidon kentällä. Tarkoituksenamme on kartoittaa Carean alueen ensihoitajien mielipiteitä tarkistuslistoista ja niiden käytöstä, sekä selvittää millaisia ja mihin tilanteisiin liittyviä tarkistuslistoja ensihoitajat toivoisivat käyttöönsä ja millaisia on jo nykyiseltään käytössä. Työllämme pyrimme luomaan perustan uusien yhtenäisten tarkistuslistojen luomiselle ja mahdollisesti tulevaisuudessa tulevan ns. Carean ensihoidon taskuoppaan teolle.

Työhömmme liittyen toteutamme kyselyn, johon vastataan sähköisesti internetissä. Vastaamalla kyselyyn voit olla mukana vaikuttamassa ensihoitotyön kehittymistä, joten toivomme kaikkien vastaavan kyselyyn. Vastaamiseen kuluu aikaa vain 5-10 minuuttia ja vastaaminen onnistuu myös mobiililaitteella.

Vastaaminen kyselyyn on täysin anonyymia ja tulokset käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksia ei pystytä yhdistämään yksittäisiin vastaajiin. Saatuja tuloksia käytetään vain tämän opinnäytetyön aineistona ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Kyselyyn pääset vastaamaan alla olevasta linkistä. Vastausaikaa on 19.2.2017 klo 23:59 asti.

Kiitos jo etukäteen osallistumisesta.

Ystävällisin terveisin

Tarja Nieminen tarja.nieminen@edu.xamk.fi

Mika Oksanen mika.oksanen@edu.xamk.fi

Kyselylomake

**Ensihoidon potilasturvallisuus tarkistuslistojen näkökulmasta
Carean ensihoitajien kokemana**

Tarkistuslistojen käyttö:

1. Onko työyksikössäsi käytössä virallisia tarkistuslistoja?

Virallisilla tarkistuslistoilla tässä kyselyssä tarkoitetaan sairaanhoitopiiriltä tulleita tarkistuslistoja.

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

2. Käytätkö näitä tarkistuslistoja työssäsi? *

- Kyllä
 En

3. Miksi et käytä näitä tarkistuslistoja työssäsi? *

Valitse kaikki omaa mielipidettäsi kuvaavat vastausvaihtoehdot.

- Ne eivät ole helposti saatavilla
 En tiedä missä ne ovat
 Ne ovat epäselviä
 Olen kokenut niiden sisällön toimimattomiksi käytännössä
 Koen muistavani niiden sisällön muutenkin
 Ne hidastavat työtäni

Jokin muu syy, mikä?

4. Millaiseksi olet kokenut näiden tarkistuslistojen käytön? *

Valitse parhaiten omaa mielipidettäsi kuvaava vastausvaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tarkistuslistat ovat helposti saatavilla tilanteen tullessa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistoja on helppo käyttää.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistat ovat selkeitä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistat ovat hyvä muistin tuki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Kerro vapaasti mielipiteesi käytössä olevista tarkistuslistoistanne.

6. Oletko saanut koulutusta työnantajaltasi tarkistuslistojen käyttöön? *

- Kyllä
 En

7. Miten koulutus on toteutettu?

Jos olet osallistunut useaan erilaiseen koulutukseen, valitse kaikki niitä kuvaavat vaihtoehdot.

- Simulaationa
 Luentona

Jollakin muulla tavalla, miten?

8. Millaiseksi olet kokenut saamasi koulutuksen?

9. Koetko tarvitsevasi koulutusta tarkistuslistojen käyttöön? *

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

10. Onko sairaanhoitopiiri ohjeistanut tarkistuslistojen käyttöä? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

11. Arvioidaanko käytössä olevia tarkistuslistoja sairaanhoitopiirin toimesta potilasturvallisuuteen liittyen?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

12. Arvioidaanko käytössä olevien tarkistuslistojen teoreettista sisältöä säännöllisesti? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

13. Arvioidaanko käytössä olevien tarkistuslistojen toimivuutta säännöllisesti? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

14. Onko käytössä olevia tarkistuslistoja uudistettu/paranneltu? *

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

15. Onko sinulla käytössä omatekemiä tarkistuslistoja? *

Omatekemillä listoilla tässä kyselyssä tarkoitetaan sinun itse tekemiä tai jostain ottamia listoja sekä työyhteisön/yrityksen tekemiä listoja, jotka eivät ole tulleet sairaanhoitopiiriltä.

Kyllä, mitä listoja?

- _____
- Ei

16. Käytätkö työssäsi jotakin seuraavista? *

Valitse kaikki mieleisesi vaihtoehdot

- Ensihoito-opas
 Ensihoidon taskuopas
 Jonkin muun sairaanhoitopiirin tekemä tarkistuslista
 En mitään yllä mainituista

17. Mitä mieltä olet seuraavista yleisesti tarkistuslistojen käyttöön liittyvistä väittämistä? *

Valitse parhaiten omaa mielipidettäsi kuvaava vastausvaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tarkistuslistat parantavat potilasturvallisuutta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistat parantava hoidon laatua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistat parantavat kommunikointia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tarkistuslistat ovat hyvä muistin tuki.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistojen käyttö nopeuttaa/nopeuttaisi työtäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistojen käyttö sopii kiirettämiin tilanteisiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistojen käyttö sopii kiireellisiin tilanteisiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käyttäisin mielelläni tarkistuslistoja työssäni jos niitä olisi saatavilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olisi hyvä, että tarkistuslistat olisivat saatavissa sähköisessä muodossa tietokoneella ja tabletilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olisi hyvä, että kaikki tarkistuslistat olisivat paperisina yksissä kansissa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mistä asioista olisi hyvä olla tarkistuslista?

Valitse kaikki mieleisesi vastausvaihtoehdot

18. Yleiset

- Tehtävä- ja x-koodit
- Toiminta jätettäessä potilas kotiin (X-5 X-6 X-8)
- Ensiarvio
- Tarkennettutilannearvio ABCDEF
- VAS-asteikko
- ISBAR

19. Lääkehoito:

- Lääkeopas (hoito- ja perustason lääkkeet, L4-lääkkeet, käyttöaihe)
- Lääkeinfusioiden valmistaminen
- Lasten lääkkeet
- Yksikkömuunnostaulukko (g, mg, µg)

20. Hengitys:

- Hengitysvaikeuden aste
- Hengitysvaikeuksien yleisimmät syyt
- Anestesiaintubaatioon valmistautuminen yhdessä FH10 kanssa
- Hiilidioksidipitoisuus veressä taulukko

21. Elvytys:

- Elvytys aikuinen
- Elvytys lapsi
- Elvytyksen lopetus
- Elvyttämättä jättäminen
- Verenkierron palaututtua (ROSC)

22. Verenkierto:

- EKG-tulkintaa
- Rytmihäiriöiden hoito
- ST-nousuinfarktin liuotus
- Liuotushoidon vasta-aiheet
- Ulkoinen tahdistus
- Kardioversio

23. Tajunta:

- Glasgow Coma Scale
- VOI IHME!

24. Lapsi:

- Synnytys
- Vastasyntyneen virvoittelu
- Lapsen peruselintoimintojen normaaliarvot

25. Onnettomuus:

- Potilasluokittelu monipotilas- ja suuronnettomuustilanteissa
- Monipotilas- ja suuronnettomuustilanne tarkistuslista
- Palovammapotilas

26. Jotain muita, mitä?

27. Nimeä kaikista yllä valitsemistasi 3-5 mielestäsi tärkeintä tarkistuslista-aihetta.

Ei tarvitse nimetä järjestyksessä.

Taustatiedot

28. Koulutuksesi? *

- Lääkintävahtimestari
- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja AMK
- Sairaanhoitaja AMK + 30op ensihoidon osaaminen
- Ensihoitaja AMK

Muu, mikä?

29. Minä vuonna valmistuit? *

30. Tämän hetkinen työsuhteesi *

- Täysaikainen / virka
- Osa-aikainen
- Sijainen / keikkalainen
- Opiskelija

Muu, mikä?

31. Kuinka kauan olet työskennellyt ensihoidossa? *

- Alle 1 vuosi
- 1 - 4 vuotta
- 5 - 10 vuotta
- 11 - 15 vuotta
- 16 - 20 vuotta
- Yli 20 vuotta

32. Työnimikkeesi *

- Perustason ensihoitaja
- Hoitotason ensihoitaja
- Kenttäjohtaja