

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyö

2010

Tero Peltomaa, Lauri Riihimäki & Petri Salminen

POTILASTURVALLISUUS SAIRAALAN ULKOPUOLISESSA ENSIHOIDOSSA

– SAIRAANKULJETTAJIEN NÄKEMYKSIÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Peltomaa Tero, Riihimäki Lauri & Salminen Petri

POTILASTURVALLISUUS SAIRAALAN ULKOPUOLISESSA ENSIHOIDOSSA - SAIRAANKULJETTAJIEN NÄKEMYKSIÄ

Turvallisen potilashoidon toteutumiseen terveydenhuollon kaikilla tasoilla on viime vuosina kohdistettu runsaasti yleistä yhteiskunnallista huomiota sekä tutkimusta niin Suomessa kuin rajojemme ulkopuolella. Sairaalan ulkopuolella toteutuvaan ensihoitoon kohdistuvaa potilasturvallisuustutkimusta on kuitenkin ollut saatavilla niukasti. Äkillisesti sairastuneen potilaan hoidon kannalta potilasturvallisuuden korkea taso hoitoketjun alkupäässä on ratkaisevaa koko hoitoprosessin kannalta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevien sairaankuljettajien näkökulmasta. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ja edistää potilasturvallisuutta.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin focus group – haastattelua. Haastattelu kysymykset laadittiin Suomen potilasturvallisuusstrategian (STM 2009) pohjalta. Focus group - haastattelut suoritettiin kahden aluepelastuslaitoksen henkilökunnalle (n=15). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Haastateltavat kuvasivat useita sairaalanulkopuolisen ensihoidon potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät liittyivät hoitotyön turvallisuuteen yleensä, laiteturvallisuuteen, lääketurvallisuuteen ja turvallisuuteen hälytysajossa.

Hoitotyön yleiseen turvallisuuteen kuului systemaattinen toimintatapa, johtaminen sekä henkilökunnan arvot ja asenteet. Näitä kuvastivat porrastettuun vasteeseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet, työntekijän kokemus sekä koulutuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen. Myös ohjeet, kirjaaminen, raportointi ja kommunikaatio mainittiin. Johtamiseen liittyivät riittävä ohjeistus, valvonta ja lupakäytännöt sekä esimiehen rooli ja vastuu. Laiteturvallisuus sisälsi laitteiden hallinnan ja toimivuuden sekä huollot ja tarkastukset. Lääketurvallisuuteen liittyivät lupakäytännöt, koulutus, lääkehoitotaitojen ylläpitäminen sekä testaus. Haastatteluissa nousi erityisesti esille turvallisuus hälytysajossa, erityisesti riskitietoisien ajamisen merkitys sekä ajokoulutuksen ja ajoharjoittelun puutteellisuus.

ASIASANAT:

Potilasturvallisuus, ensihoito, riskienhallinta, sairaalan ulkopuolinen ensihoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree of Nursing

November 2010 | 54+6

Ellilä Heikki, Nikunen Sirpa

Peltomaa Tero, Riihimäki Lauri & Salminen Petri

PATIENT SAFETY IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE AS DESCRIBED BY PARAMEDICS

Patient safety has raised awareness internationally as well as nationally during the last decade. However, there is very little research regarding patient safety in prehospital emergency care. In an acute situation the safety of the patient starts already from the very beginning of the care process – from prehospital emergency care.

The aim of this bachelor's thesis was to explore factors affecting patient safety in prehospital emergency care as described by the paramedics. The aim of the thesis was to increase awareness on factors affecting patient safety and in that way develop patient safety.

Thesis is based on material from focus group – interviews conducted to paramedics (n=15). The First Finnish Patient Safety Strategy was used as an interview frame. The material was analyzed using content analysis.

The paramedics described many factors affecting patient safety in prehospital emergency care. The factors were related to safety of care, medicine safety, safety of equipment and safety during emergency driving.

Safety of care included systematic way of working, leadership, values and attitudes. These were reflected on rights and responsibilities, experience and level of education of the employee. Also guidelines, documentation, reporting and communication were mentioned. Factors related to leadership were supervision and licenses as well as the role and responsibilities of a foreman. Safety of medical equipment included the functionality and usability, maintenance and checkings. Especially the safety of emergency driving and the need for further education was raised.

As a conclusion factors affecting patient safety were found in all levels of the organization. It is possible to improve patient safety in prehospital emergency care by using the results of this study.

KEYWORDS:

Patient Safety, Paramedic, Emergency care, Prehospital, Risk management

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 KESKEISET KÄSITTEET	6
3 KIRJALLISUUSKATSAUS	8
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	15
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	16
5.1 Focus group -haastattelu	16
5.2 Sisällönanalyysi	18
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
6.1 Systemaattinen toimintatapa	24
6.2 Johtaminen	28
6.3 Arvot ja asenteet	30
6.4 Laiteturvallisuus	33
6.5 Lääketurvallisuus	35
6.6 Turvallisuus hälytysajossa	37
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
8 POHDINTA	42
8.1 Tutkimustulokset	42
8.2 Tutkimusprosessi	46
8.3 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset	48
9 LÄHTEET	53

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1: Potilasturvallisuuskaavio	6
Kuvio 2: Reasonin (1990) reikäjuustomalli	11
Taulukko 1: Litterointi alkuperäisilmauksesta alaluokkaan yläluokka turvallisuus hälytysajossa – kohdalla.	21
Taulukko 2: Litterointi alkuperäisilmauksesta alaluokkaan yläluokka lääketurvallisuus – kohdalla.	22
Taulukko 3: Litterointi alkuperäisilmauksesta alaluokkaan yläluokka laiteturvallisuus - kohdalla	23

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuushaku
Liite 2. Haastattelurunko
Liite 3. Toimeksiantosopimus
Liite 4. Tutkimuslupa Varsinais-Suomi
Liite 5. Tutkimuslupa Satakunta
Liite 6. Suostumuslomake

1 JOHDANTO

Laadukkaan terveydenhuollon saatavuus on tärkeä ihmisoikeus. Kaikkien potilaiden on voitava luottaa siihen, että terveydenhuollon organisaatiot sisältävät järjestelmällisen lähestymistavan potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Tähän kuuluvat muun muassa jatkuva ja aktiivinen riskitekijöiden seuranta ja työntekijöille suunnattu riittävä koulutus. (Euroopan yhteisöjen komissio 2008, 3.)

Kansanterveyslain (1972) 14 § mukaan kunnan tehtävä on huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä, järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoimi sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius. Kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskus voi järjestää palvelut omana toimintanaan tai antaa ne sopimuksella toisen kunnallisen viraston, tavallisimmin pelastuslaitoksen tai yksityisen sairaankuljetusyrittäjän järjestettäväksi. (Kansanterveyslaki 1972, 14§)

Ensihoidon perusajatuksena on saattaa tarkoituksenmukainen hoito äkillisesti sairastuneiden potilaiden luokse siten, että hoidossa käytetään tarkoituksenmukaisia välineitä ja viive hoidon aloittamisessa on mahdollisimman lyhyt. (Castren ym. 2002, 8-13.)

Säämäsen (2008) mukaan ”Ensihoito-osaamista tarvitaan vaativissa, nopeaa reagoitua ja tarkoituksenmukaisia ratkaisuja edellyttävissä tilanteissa. Onnettomuudet, äkilliset vakavat sairauskohtaukset ja muut akuutit yksilön ja yhteisöjenkin henkeä ja terveyttä uhkaavat tekijät edellyttävät nykyisin tehohoitotasosta tilanteen hallintaa sairastumis- tai onnettomuuspaikalla. Ensihoitoprosessin onnistumisen edellytys on kaikkien siihen osallistuvien huippuosaaminen, selkeä tehtäväjako ja saumaton yhteistyö. Tämä edellyttää yksiselitteisiä ja valtakunnallisesti yhtenäisiä, laadukkaan toiminnan perustana olevia osaamisvaatimuksia.” (Säämänen 2008, 6.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö on kiinnittänyt potilasturvallisuuteen lisääntyvästi huomiota. Ministeriön toimesta julkaistiin ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuonna 2009. Strategian avulla luotu tavoitetilä luo pohjaa turvalliselle, näyttöön perustuvalle hoitotyölle. Sen mukaan potilasturvallisuutta tulee hallita ennakoivasti. Vaaratilanteista oppimisen ja työn kehittämisen tulisi olla suunnitelmallista ja hyvin resursoitua. Lisäksi hoitotyön tutkimuksessa ja opetuksessa tulisi kiinnittää enenevästi huomioita potilasturvallisuutta ylläpitäviin seikkoihin. Tulevaan terveydenhuoltolakiin (2011) ollaan suunnittelemassa erillistä pykälää, jonka tarkoituksena on potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollon toimintayksiköissä. (STM 2009.)

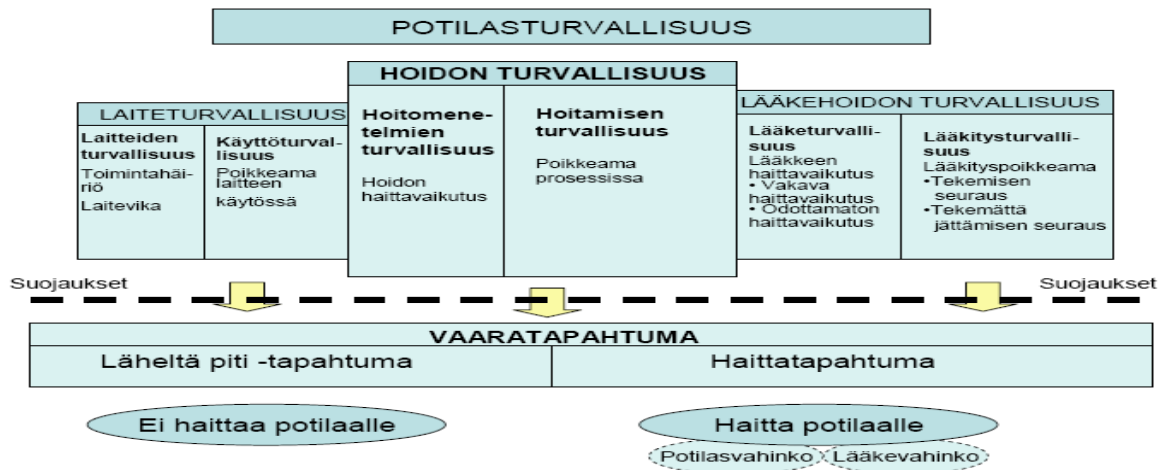
Käytännössä ensihoitotyötä suoritetaan hyvinkin vaihtelevissa olosuhteissa. Sairaankuljettajat ja muut ensihoidon työntekijät työskentelevät ”niin ojanpohjalla kuin pilvenpiirtäjien katoilla, kaikkina kellonaikoina”. Vaihtelevat työskentelyolosuhteet tekevät ensihoitotyöstä hyvin haastavan potilasturvallisuuden kannalta tarkasteltuna. Sairaankuljettajien ja muiden ensihoitoa antavien työntekijöiden panos potilaan turvallisen hoidon takaamisessa on ratkaiseva ja on selvää, että potilasturvallisuuden toteutuminen sairaalan ulkopuolella luo edellytykset potilaan turvalliselle hoidolle myös sairaalan seinien sisällä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalan ulkopuolisista ensihoitoa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, ja edistää potilasturvallisuuden toteutumista ensihoitotyössä.

Tutkimus toteutettiin kahden aluepelastuslaitoksen sairaankuljetushenkilöstön focus group – haastatteluna. Haastatteluista kertynyt materiaali analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä.

2 KESKEISET KÄSITTEET

Potilasturvallisuus käsittää ne periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden saaman hoidon turvallisuus. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Toimintayksikössä potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta (kuvio1). Kokemuksen mukaan potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla että tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla niissä havaittuja riskejä. (STM 2009, 11-12.)



Kuvio 1: Potilasturvallisuuskaavio

Ensihoidolla tarkoitetaan auttamista ja auttamisketjua, missä kohteena on äkillisesti sairastunut tai vammautunut potilas, jolla on merkittävä riski menehtyä ilman tarvittavaa hoitoa. Ensihoito siis tuodaan potilaan luokse ja aloitetaan välittömästi. Ensihoitoa voidaan myös jatkaa potilaan kuljettamisen aikana kohteesta sairaalahoitoon asti. Hoidon toteuttamiseen tarvitaan aina osaava ensihoitohenkilöstö sekä ensihoitoon liittyvä välineistö ja lääkkeet. Ensihoidon perusajatuksena on tarkoituksenmukaisen hoidon vieminen äkillisesti sairastuneiden potilaiden luokse käyttäen kulloisenkin tilanteen vaatimia, tarkoituksen mukaisia hoitovälineitä niin, että viive tehtävän annon ja hoidon aloittamisen välillä olisi mahdollisimman lyhyt. (Castren ym. 2002, 8-13.)

Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtuma jaetaan kahteen osaan: haittatapahtumaan sekä läheltä piti – tilanteeseen. (ROHTO 2007, 6.)

Läheltä piti - tapahtuma on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että vaaratilanne tai poikkeama havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. (ROHTO 2007, 6.)

Haittatapahtuma on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. (ROHTO 2007, 6.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tätä kirjallisuuskatsausta varten tehdyissä tiedonhaussa (Medic, Medline ja Ovid tietokannat ks. liite1) ei löydetty Suomessa tai ulkomailla tehtyjä tutkimuksia liittyen sairaalan ulkopuoliseen ensihoidon potilasturvallisuuteen. Myös Finohtan (2008) ensihoidon vaikuttavuutta kartoittavassa järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa (Ryynänen ym. 2008) ei löytynyt potilasturvallisuustutkimuksia, jotka olisivat kohdistuneet sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Sen sijaan sairaaloiden sisällä toteutetun hoitotyön potilasturvallisuutta on tutkittu melko runsaasti ulkomailla (WHO, 2008) sekä jonkin verran myös Suomessa esim. Yli-Villamo (2008) sekä Kinnunen & Peltomaa (2009).

Ensihoidon järjestämisestä on laadittu runsaasti erilaisia potilasturvallisuuteen liittyviä ohjeistoja. Ensihoito katsotaan kuuluvan sairaankuljetuksen ja lääkinnällisen pelastustoimen ohella terveydenhuollon palveluksi. Palvelut on määritelty kansanterveyslaissa (1972), sairaankuljetusasetuksessa (1994) sekä laissa erikoissairaanhoidosta (1989). Lisäksi muidenkin terveydenhuollon lakien ja asetusten, viranomaisohjeiden, periaatteiden ja arvojen voidaan olettaa pätevän koko kyseiseen toimialaan ja terveydenhuoltohenkilöstöön ja kaikkiin muihin, jotka virkatehtävässään käsittelevät potilastietoja tai osallistuvat potilaiden tutkimiseen ja hoitoon, kuten esim. palomies-sairaankuljettajat ja hätäkeskuspäivystäjät. (Kuisma ym. 2008, 28.)

Sairaankuljetusasetus (1994) määrittelee ensihoidon, sairaankuljetuksen, perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen sekä terveyskeskuksen että sairaanhoitopiirin tehtävät. Terveyskeskuksen tulee suorittaa sairaankuljetusajoneuvojen ja – varusteiden käyttöönottotarkastus sekä ohjata ja valvoa perustason sairaankuljetustoimintaa ja osaltaan myös hoitotason sairaankuljetusta. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on vastaavasti ohjata ja valvoa osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa. (Kuisma ym. 2008, 28.)

Sairaankuljetusasetus määrittelee myös toimintaedellytykset: sairaankuljetustoiminnan tulee olla lääketieteellisesti asianmukaista, kuljetusmuotoa valittaessa tulee huomioida potilasturvallisuus, kaluston tulee olla asianmukaista ja hoidon jatkuvuus on varmistettava tekemällä asianmukaiset merkinnät potilaan tilasta ja toimenpiteistä. (Kuisma ym. 2008, 28.)

”Erikoissairaanhoitolain 1 § mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan muun muassa lääkinälliseen pelastustoimeen kuuluvia terveydenhuollon tehtäviä. 10 § mukaan sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee antaa alueensa terveyskeskuksille sellaisia niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksen mukaista itse tuottaa. Edelleen erikoissairaanhoidon tulee huolehtia alueellaan toimialojensa ohjaus-, tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta.” (Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.)

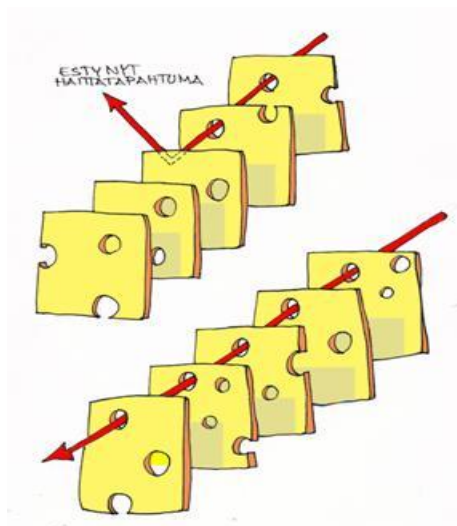
Ensihoidon auttamiskokonaisuuteen kuuluu porrastettu vaste. Porrastetulla vasteella tarkoitetaan kaikkia hätäkeskuksen hätätilapotilaan luokse lähettämiä, eritasoiseen auttamiseen pystyviä ensihoitoyksiköitä. Auttamisketjun ensimmäisen portaan muodostavat ensivasteyksiköt. Niitä ei ole tarkoitettu potilaan kuljettamiseen, vaan ne tuovat hätätilapotilaalle korkealaatuisen, joskus potilaan hengen pelastavan avun. Ensivasteyksikkönä voidaan käyttää mm. pelastusyksikköä eli paloautoa. Toisella portaalla on perustason ensihoito. Siihen kuuluu ambulanssi miehistönään perustason koulutuksen saanut terveyshuollon ammattilaisista koostuva miehistö. Perustason sairaankuljetusta voidaan suorittaa sairaankuljetusajoneuvolla, vesi- tai ilma-aluksella sekä muulla erityisajoneuvolla. (Castren ym. 2002, 8-13.)

Perustasoisen sairaankuljetuksen taso on määritelty sairaanhoitopiireittäin sen mukaan mitä veloitteita siihen kuuluu. Ensihoidon porrastetun vasteen kolmas porrastus on hoitotaso. Hoitotasoisella sairaankuljetuksella tarkoitetaan valmiutta korkeariskisen potilaan hoitamiseen. Tämä tarkoittaa tehostetun hoidon tasoa eli hoitotasoa. Viimeisenä eli neljäntenä portaana sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa on lääkäritasoinen ensihoito, jossa potilas saa spesifistä hoitoa tarvitsemaansa sairauteen tai vammaan. (Castren ym. 2002, 8-13.)

Ensihoitotyön arvot ja periaatteet muodostavat ensihoitotyön eettisen arvoperustan työskenneltäessä sairaalan ulkopuolella, esimerkiksi arvioitaessa potilaan tilaa, priorisoitaessa potilaan ongelmia, asetettaessa tavoitteita potilaan pelastamiseksi, valittaessa keinoja tavoitteiden ratkaisemiseksi ja arvioitaessa ensihoidon tuloksellisuutta. Tuloksellisuuden tulee kuitenkin näkyä niin, että osoitamme omalla toiminnallamme omat arvostuksemme ja arvovalintamme konkreettisesti ensihoitotilanteessa. Ensihoidossa tehdyt valinnat ovat eettisiä ratkaisuja ja ne ovat yhteydessä hoitopäätöksentekoon. Tämä taas on puolestaan suoraan yhteydessä osattuun tietoon. Ensihoidon tulee pohjautua humanistiseen ihmiskäsitykseen, jonka mukaan potilas on ainutkertainen ja yksilöllinen. (Kuisma ym. 2008, 17–21.)

Potilaan oikeutta osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon korostetaan ensihoidossa. Itsemääräämisoikeus korostuu, sillä jokainen kokee, näkee ja ymmärtää oman maailmansa yksilöllisesti. Jokaisella on siis sekä vapaus että myös oikeus kieltäytyä hoidosta. Ensihoidon kokonaisuuteen kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, integriteetti ja hyvän elämän sekä kokonaisvaltaisuuden periaate. (Kuisma ym. 2008, 17–21.)

Potilasturvallisuuden kehittämisessä on tärkeää ottaa huomioon koko organisaation toiminta. Englantilainen James Reason on kehittänyt ns. reikäjuustomallin, jolla voidaan kuvata virheiden syntymistä organisaatiossa. Malli koostuu eri järjestelmätasoista eli ”juustoviipaleista”: organisaation toimintaan liittyvistä tekijöistä, olosuhdetekijöistä, inhimillisestä toiminnasta ja suojausjärjestelmistä. (Reason 1990, 208.)



Kuvio 2: Reasonin (1990) reikäjuustomalli

Mallin mukaan potilaan turvallisuus vaarantuu silloin, kun kuvitteellisen juustoviipaleen reiät osuvat kohdalleen joka tasolla, ja viipaleiden läpi kulkee vapaa reitti. Tällöin potilas altistuu vaaratapahtumalle. Vaaratapahtumia voidaan estää muuttamalla suoja mekanismeja niin, että reiät eli toiminnan heikot kohdat eivät sattuisi samaan linjaan. (Reason 1990, 208.)

Virheet voidaan jakaa aktiivisiin ja latentteihin. Aktiivisilla virheillä on yleensä välittömät seuraukset ja ne ilmenevät yleensä suorassa potilaskontaktissa. Aktiivisen virheen saattaa aiheuttaa yksittäinen tapahtuma. Latentit virheet johtuvat esimerkiksi päätöksistä organisaation eri tasoilla. Ne saattavat johtaa liian kiireiseen työtahtiin, väärin mitoitettuun henkilöstömäärään tai puutteelliseen työympäristöön. Nämä tekijät altistavat vaaratapahtumien syntymiselle. Aktiivisia virheitä on vaikea torjua etukäteen, mutta latentit virheet on mahdollista tunnistaa, korjata ja ehkäistä. (Reason 1990, 208.)

Akuuttihoitossa vaaratapahtumat ovat harvoin seurausta vain yhdestä tekijästä. Usein akuutti tilanteissa vaaratapahtuman taustalla on ihmisen, ympäristön ja laitteiden monimutkainen yhteisvaikutus. Näissä tilanteissa esille tulevia riskejä voidaan hallita erilaisilla suojausjärjestelmillä kuten varmistusrutiineilla, systemaattisella kommunikaatiolla, tiimityökoulutuksella, erilaisilla valvontalaitteilla ja hälytysjärjestelmillä. (Vincent 2001, 153, 156–171.)

Noin 10 prosenttia potilaista vahingoittuu sairaalahoitonsa aikana ja jopa puolet edellä mainituista haittatapahtumista olisi ollut ennalta ehkäistävissä. (WHO 2008, Euroopan yhteisöjen komissio 2008, 4.) Haittatapahtumat aiheuttavat inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös mittavia taloudellisia kustannuksia. (Kohn ym. 2006,1, 16. Brennan ym. 2004, 145–151).

Tutkimalla terveydenhuoltojärjestelmän eri tasoilla potilasturvallisuutta on mahdollista etsiä prosesseista eri haittatapahtumien syitä sekä mahdollisia keinoja potilasturvallisuuden parantamiseksi. (STM 2009, 18.) Terveydenhuollossa työskentelevien on mahdollista ottaa oppia turvallisuuteen liittyvistä tekijöistä myös muilta riskialtiilta aloilta, kuten ilmailusta tai ydinvoimateollisuudesta. Edellä mainituilta aloilta on mahdollista löytää myös terveydenhuoltoon sovellettavia menettelytapoja ja käytäntöjä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 52.)

British National Health Service:n eli NHS:n mukaan virheistä oppiminen tulisi nähdä tärkeimpänä yksittäisenä tekijänä potilasturvallisuutta edistettäessä. Tämä edellyttää virheen perussyyn ymmärtämistä. Pitää saada selville virheen alkuperä, luonne ja seuraukset. Tämän tyyppinen ymmärrys tarjoaa kattavan viitekehyksen riskienhallintaan. (Artitage, 2009.) Terveydenhuollon palveluntuottajat ovatkin onnistuneet madaltamaan poikkeamien havainnoin ja raportoinnin kynnyksiä (Lankshear ym. 2008).

Useiden suoritettujen ”perussyyn/aiheuttaja” – analyysien perusteella voidaan sanoa, että suurin osa pienistäkin virheistä on osa ketjureaktiota, joka koostuu useista pienistä ”pieleen” menneistä tekijöistä yhden suuren faktorin pettämisen asemesta. Lähes poikkeuksetta virheen tehnyttä yksilöä rangaistaan tehdystä virheestä, mutta systeemi, joka sallii poikkeaman tapahtuvan, pysyy muuttumattomana. (Kohn ym. 2006, 3.) Vaaratapahtumien raportoinnissa ei tulisikaan korostaa työntekijän tekemää virhettä, vahinkoa tai puutetta vaan sen takoituksena pitäisi olla ensisijaisesti järjestelmävirheiden löytäminen ja järjestelmän muuttaminen turvallisuutta paremmin palvelevaksi (Kinnunen & Peltomaa, 2009. 117).

Lääkehoitoon liittyvien haittatapahtumien havaitseminen ja ehkäiseminen on todellinen haaste sairaaloille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Terveydenhuollon informaatio- ja kommunikaatioteknologia voivat edistää estettävissä olevia lääkehaittatapahtumia. Euroopassa on 2000 luvulla toteutettu lääkeainehaittatapahtumien syntymistä ehkäisevä projekti PSIP. Projektin tulosten mukaan lääkehaittatapahtumien ehkäisemiseksi on olemassa monia mahdollisuuksia kuten farmakologisen tietoisuuden lisääminen hoitohenkilökunnan keskuudessa, eritasoisten kliinistä päätöksentekoa tukevien järjestelmien kehittäminen ja käyttö, inhimillisten tekijöiden tärkeyden ymmärtäminen ja erityisesti työntekijöiden hyvä koulutus sekä yleinen hoitotyön tietotaidon korkea taso. (Beuscart ym. 2009.) Esimerkiksi lääkeaineidenpakkauksien kehittämistyö on tuottanut ratkaisuja, joiden avulla lääkevirheiden esiintymisen todennäköisyyttä on pystytty vähentämään. (Buckle ym. 2006. 491-500).

Potilasturvallisuus nousee keskiöön myös hälytysajoneuvon hallintaan liittyen aivan hoitoketjun alkupäässä. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa (O'Brian ym. 1999) testattiin hälytysajon tehokkuutta ja siitä saatua hyötyä. Tutkimus toteutettiin siten, että 75 kiireellisenä hälytysajona toteutettua potilaskuljetusta hälytyskohteesta sairaalaan ajettiin samanaikaisesti myös tavallisella henkilöautolla täsmälleen saman reittiä hälytysajoneuvon kanssa, mutta normaaleja liikennesääntöjä noudattaen. Keskeisenä tuloksena huomattiin, että ainoastaan neljä potilasta 75:stä oli selvästi hyötynyt kiireellisestä kuljetuksesta. (O'Brian ym. 1999,)

Alexander ym. (2008, 830–831) totesivat tutkimuksessaan koulutuksen tason vaikuttavan työntekijän sitoutumiseen siten, että korkeamman koulutuksen saaneet ovat työhönsä sitoutuneimpia työntekijöitä. (Alexander ym. 2008, 830–831) Työntekijöiden keskinäisestä tiimihengestä taas on havaittu olevan sekä hyötyjä että haittoja. Hyvä tiimihenki voi auttaa vaikeissa tilanteissa etenkin kokemattomampia työntekijöitä, mutta toisinaan rajanveto laadukkaan hoidon ja kollegiaalisuuden välille saattaa olla vaikeaa. (Ahl ym. 2005.)

Edelliseen liittyen ovat Sandmark & Nordmark (2006) huomanneet eroja sairaalahoidossa ja avohoidossa esiintyvien eettisten ongelmien välillä. Heidän tutkimuksensa mukaan eroavaisuudet eivät niinkään liittyneet organisaatioiden toimintakulttuurien välisiin eroihin vaan erityisesti eroihin eri ammattikuntien esim. lääkärin ja sairaanhoitajien eettisten ohjeiden välillä. Ammattikuntien toisistaan eroavat eettiset ohjeet saattavat aiheuttaa ristiriitoja potilaan hoidon eri portailla ja näin aiheuttaa myös riskejä potilasturvallisuudelle. (Sandmark & Nordmark 2006, 595.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalan ulkopuolisista ensihoitoa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, ja edistää potilasturvallisuuden toteutumista ensihoitotyössä.

Tutkimuksen tuloksia on mahdollista tulevaisuudessa hyödyntää ensihoidon kehittämiseen etenkin kun lähitulevaisuudessa voimaan astuva uusi (Terveysturvalaki) tulee aiheuttamaan suuriakin muutoksia ensihoidon organisaatioissa.

Tutkimusongelma on:

Mitkä ovat keskeisimmät ensihoidon potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät sairaankuljetushenkilöstön näkökulmasta?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Valitsimme tämän opinnäytetyön aiheeksi potilasturvallisuuden ensihoidossa, koska kyseistä aihetta ei ole aiemmin tästä perspektiivistä tutkittu. Aihe on ajankohtainen ja hyvin tärkeä hoitotyön kehittämisosaamista edistettäessä. Lähestyimme omaa työnantajaamme asiassa ja siellä osoitettiin kiinnostusta tutkimusaiheestamme kohtaan. (liite 3) Vertailun vuoksi otimme mukaan myös toisen organisaation.

Tämä opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli laadullinen tutkimus (Burns & Grove 2003, 20. Atack & Maher, 2008, 95.) Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Aineistot kerätään todellisissa tilanteissa ja tiedon keruun välineenä suositaan ihmistä. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan menetelmiä, joissa tutkittavilla on mahdollisuus tuoda näkökulmansa esille, esimerkiksi erilaiset haastattelut. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

5.1 Focus group -haastattelu

Focus group -haastattelun tavoitteena on saada aikaan keskustelua tutkimusaiheesta sekä saada vastauksia tutkimusongelmaan. Luonteeltaan se sijoittuu osallistuvan havainnoinnin ja strukturoidun yksilöhaastattelun välimaastoon. Focus group -haastattelu soveltuu hyvin tutkimuksiin, jossa halutaan kerätä tietoa asiantuntijoilta. (Sipilä ym. 2007, 307.)

Focus group –haastattelussa kohderyhmä keskustelee rajatusta aihepiiristä, jonka kysymykset haastattelijalla on etukäteen rajannut. Yleensä focus group –haastatteluun osallistuvia ihmisiä yhdistää jokin tekijä tai kokemus kuten tässä tapauksessa toimiminen pelastusalalla tai sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa sekä tarvittava määrä työkokemusta kyseiseltä kentältä. (Freeman 2006, 496.)

Menetelmää käytettäessä on selkeä etu tutun ryhmän mukanaan tuomasta tuesta ja varmuudesta, joka edesauttaa osallistujia kertomaan avoimesti kokemuksistaan. Haastattelijalla on vähemmän kontrollia ryhmän toimintaan, mutta aineisto on rikasta ja samalla saadaan ilmiöstä usean ihmisen näkemys. Haastattelijan rooli on tiedonkerääjänä ja kysymysten esittäjänä. Haastattelija pitää ohjat käsissä koko haastattelun ajan. (Freeman 2006, 497.)

Mikäli haastateltavat eksyvät väärille raiteille alkuperäisestä haastattelurungosta, haastattelija ohjaa haastateltavat takasin aiheen pariin. Haastattelijan pitää luoda rauhallinen ja ammattimainen ilmapiiri haastatteluun. (Burns & Grove 2003, 289. Yli-Villamo 2008.) Haastatteluissa käytimme runkona potilasturvallisuuskaaviota. (liite 2)

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi sekä analysoinnin helpottamiseksi haastattelut voidaan nauhoittaa tai kuvata. Nauhoitettu haastattelu on aina muutettava kirjoitettuun muotoon eli litteroitava. Nauhoitus antaa mahdollisuuden palata tilanteeseen uudelleen ja näin ollen saadaan luotettavampi lopputulos haastattelusta. (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 14–15.)

Focus group -haastattelu sopi opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi, koska haluttiin kuvailla asiaa, josta on hyvin vähän aikaisempia tutkimuksia. Focus group – haastattelu sopii myös menetelmäksi silloin, kun arvioidaan hoidon laatua tai hoidossa ilmeneviä ongelmatilanteita sekä niiden ratkaisuja. (Burns & Grove 2005,) Tässä opinnäytetyössä oli tavoitteena kuvailla pelastuslaitoksen kokeneiden, sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevien henkilöiden kokemuksia potilasturvallisuudesta.

Tutkimusluvut oli anottu ja myönnetty asianmukaisesti ennen empiirisen osuuden toteuttamista. Tutkimus toteutettiin kahden eri pelastuslaitoksen henkilökunnalle focus group -haastatteluna. Molemmista aluepelastuslaitoksista pyydettiin haastatteluun kahdeksan henkilöä, jotka täyttivät seuraavat kriteerit: työkokemus yli kaksi vuotta aluepelastuslaitoksen palveluksessa sairaankuljetustyössä. Koulutuksen tuli olla palomies-sairankuljettaja, pelastaja, lääkintävahtimestari, lähihoitaja, sairaanhoitaja tai ensihoitaja.

Molempiin pelastuslaitoksiin lähetettiin sähköpostitse kirjeet joulukuun 2009 aikana. Niissä pyydettiin esimiehiä informoimaan henkilökuntaa tulevasta tutkimuksesta.

Yhteensä suoritettiin kaksi haastattelua. Osallistujia näissä haastatteluissa oli kaikkiaan 15 henkilöä (n=15), toisessa yhdeksän ja toisessa kuusi. Kaikki haastateltavat täyttivät ennakkoon laaditut kriteerit. Haastateltavina oli miehiä (n=12) ja naisia (n=3), koulutukseltaan pelastajia (n=6), sairaanhoitajia (n=6) sekä lähihoitajia (n=3). Haastattelut toteutettiin pienissä neuvotteluhuoneissa. Haastattelun ohessa osallistujille tarjottiin juotavaa ja syötävää.

Ennen haastattelutilanteen alkamisista tutkijat selvittivät haastateltaville käytetyn haastattelumenetelmän sekä potilasturvallisuuden keskeisimmät käsitteet (liite2). Molemmissa haastatteluissa oli läsnä ensihoidon esimiestason henkilö. Toisesta haastattelusta joutui lähtemään sairaankuljetusyksikkö (n=2) työtehtävään kesken haastattelun. Pientä häiriötä ajoittain tuotti esimiehen viestintäväline sekä kesken haastattelun tullut pelastuspuolen tehtävä. Haastattelut sujuivat leppoisissa merkeissä. Haastattelijat eivät huomanneet esimiesten läsnäololla olleen merkitystä haastateltavien tuottamaan asiasisältöön. Molemmat haastattelut sujuivat annetun ajan puitteissa (1h).

5.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä kuvataan menettelytapana, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentti on tässä yhteydessä ymmärrettävä hyvin väljässä merkityksessä: esim. kirjat, artikkelit, päiväkirjat, kirjeet, haastattelu, puhe, keskustelu, dialogi, raportit ja miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali voi olla dokumentti. Sisällönanalyysi sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä saadaan kerätty aineisto kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Monia sisällönanalyysillä toteutettua tutkimuksia myös kritisoidaan juuri tästä keskeneräisyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105.)

Tutkija on saattanut kuvata analyysinsä hyvinkin tarkasti, mutta tutkija ei ole kyennyt tekemään tutkimuksessaan mielekkäitä johtopäätöksiä vaan esittelee järjestetyn aineiston ikään kuin tuloksina. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105.)

Historiallisen analyysin ja diskurssianalyysin tavoin myös sisällönanalyysi on tekstianalyysia. Näiden analyysimuotojen aineisto saattaa muodostua samasta materiaalista. Niiden tutkimusongelma voi olla myös artikuloituna keskenään hyvin samantyyppinen, vaikka itse tutkimuksen kohde olisi erilainen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 106.)

Kun esimerkiksi historiallisen analyysin tarkoituksena on luoda kokonaiskuva menneisyydestä, ja kuvata tapahtumia hyvin yksityiskohtaisesti ja eksaktisti, sisällönanalyysi ja diskurssianalyysi tarkastelevat inhimillisiä merkityksiä, joita laadullisen tutkimuksen historiasta löytyy. Vertailtaessa sisällönanalyysiä ja diskurssianalyysia keskenään, on olennaista se että sisällönanalyysissa etsitään merkityksiä tekstistä, kun diskurssianalyysissa puolestaan analysoidaan sitä, miten näitä merkityksiä tekstissä tuotetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 106.)

Sisällönanalyysissä tekstistä valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi sana, lause tai kappale. Yksiköistä muodostetaan pelkistyksiä, joista yhdistellään alaluokkia. Lopulta analyysin tuloksena voidaan muotoilla malli, joka koostuu yläluokista, jos kyseessä on induktiivinen analyysi. (Eskola & Suoranta 1999, 45.)

Haastattelut äänitettiin digitaalisesti ja haastattelun jälkeen aukikirjoitettiin eli litteroitiin. Aukikirjoittamisen suoritti ulkopuolinen henkilö. Nauhoitetun materiaalin litterointia vaikeutti laitteiden yhteensopimattomuus. Tämän vuoksi jo nauhoitettu materiaali jouduttiin uudelleen nauhoittamaan, joka johti äänenlaadun huomattavaan huonontumiseen. Haastattelutilanteessa olleiden häiriötekijöiden (ajoittaisen taustahälyn) vuoksi ulkopuolisen tekemässä aukikirjoitusprosessissa jouduttiin jättämään joitakin kohtia tyhjäksi.

Aukikirjoittamisen jälkeen tekijät kuuntelivat alkuperäisen nauhoitetun materiaalin uudelleen täydentäen samalla puuttuvia kohtia. Lopullisen aukikirjoituksen jälkeen nauhat tuhottiin.

Aineiston aukikirjoittamisen jälkeen tehtiin sisällönanalyysi. Apuna käytettiin Atlas.ti 6 -ohjelmaa. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja sen jälkeen jaoteltiin alaluokkiin. Alkuun käytettiin apuna potilasturvallisuusstrategiasta saatua potilasturvallisuuskaaviota yläluokkien osalta. Alkuvaiheessa huomattiin, että hälytysajoa korostettiin voimakkaasti, joten sille tehtiin oma yläluokka: hälytysajon turvallisuus. (kts. Taulukko1)

Taulukko 1: Litterointi alkuperäisilmauksesta alaluokkaan yläluokka Turvallisuus hälytysajossa – kohdalla.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka
<p>”Mää ainaski peräänkuuluttaisin työnantajan vastuuta meidän kouluttamisesta, hälytysajoon ja ylipääntänsä pääse kaikki tämmöseen mikä ambulanssi ja mimmosessa tilanteessa sillä saa ajaa mistäkin ja mimmosilla vilkuilla ja äänettömällä ja mitä kaikkea että...”</p>	<p>hälytysajokoulutuksessa työnantajalla tulisi olla vastuu</p>	<p>työnantajan vastuu</p>
<p>”Toisaalta sitte taas jos tulee joku A- ja B-keikka niin onko se pakko vetää ihan reikä päässä heti...”</p>	<p>jos tulee A tai B keikka niin ei tarvitse ajaa vaarallisen kovaa</p>	<p>riskitietoinen ajaminen</p>
<p>”Meillä oli silloin ku mäki oon firmaan tullu niin ei sinne penkin ja ratin väliin ollu ensimmäiseen puoleen vuoteen minkäänlaista asiaa...”</p>	<p>aikaisemmin ei päässyt ajamaan alle ½ vuoden</p>	<p>ajovastuu liian nopeasti</p>

Taulukko 2: Litterointi alkuperäisilmauksesta alaluokkaan yläluokka Lääketurvallisuus – kohdalla.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka
<p>” Jos sitte on semmonen kohta lääkkeissä sitte suojaukset pettää nimimerkillä vähän väärää lääkettä potilaalle antanut, niin sitte pitää olla taas munaa niinku sitte sanoa että nyt meni pikkasen väärästä pullosta siitä -asian mukaiset kaavakkeet täytettiin”</p> <p>” No ois varmaa et se lääke konsultoidaan ja pyydetään lupa ainakin antaa sitä ettei sitä nyt anneta vaikka omin päin et tujautetaan nyt vaikka Rapifenia menee kun tääl on pikkurilli pois paikaltaan”</p>	<p>virhe lääkkeen annossa</p> <p>virheen tunnistaminen</p> <p>raportointi</p> <p>Konsultaatio</p> <p>lupa</p>	<p>Lääkevirhe</p> <p>Lupakäytäntö</p>

Taulukko 3: Litterointi alkuperäisilmauksesta alaluokkaan yläluokka
Laiteturvallisuus – kohdalla.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka
<p>” Hoitovälineet ja kaikki reput ja tavarat on suurin piirtein samal paika”</p> <p>”et nostaa sitä potilasturvallisuut et on jonkinlainen haju koko sil porukal ketä sil kentäl toimii et miten niit laitteit käytetään ja mitä milloinkin tehdään.”</p> <p>”Jos niihin tulee jotain kipuu ni ne menee huoltoon, tulee laite tilalle se niinku toimii mun mielest, me saadaan kyl tehdä sitä työtä niinku toimivil hyvii vehkeii”</p>	<p>Identtinen kalusto</p> <p>Hoitovälineiden hallinta ja tarkastus</p> <p>asianmukaiset huollot ja korjaukset</p>	<p>yhdenmukaiset välineet</p> <p>tarkistukset</p> <p>säännöllinen huolto</p>

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Seuraavassa kerrotaan haastattelujen pohjalta saatuja tuloksia sekä kuvaillaan sisällönanalyysillä läpikäytyjä haastattelun tuloksia.

6.1 Systemaattinen toimintatapa

Haastatteluissa heräsi paljon keskustelua porrastetusta vasteesta, siinä lähinnä perus- ja hoitotason tehtävien erilaisesta luonteesta ja tämän vaikuttavuudesta potilasturvallisuuden toteutumiseen.

”-Joo ja varmaan perustason kaverit jotka menee tos kulkee hoitotason tyyppien mukana ku me ollaan sit pääasiassa melko terveydenhuollon tutkinnon omaavia ollaan sairaankuljettajina täällä talossa jos taikka ensihoitajana mikä meidän titteli on.”

”Varmaan nää perustason palvelut ehkä henkilöille erilaisina nykypäivänä toimia kun aina kuitenkin se semmonen ns. vastuunkantaja joka sit kun on tiukkapaikka ni ottaa vastuun sitten on varmaan helpompi toimia mitä ehkä ennen muinoin kun on tullu opistosta vuosi sitten töihin tänne ja sit meet jonkun vanhan parran kans jot ei kiinnosta paskan vertaa koko homma ni kyl tää varmana eri kuvio on työtä tehdä ja varmaan jotakin takkiinkin tarttuu molemmin puolin.”

Yleisesti koettiin, että hoitotason työntekijä on eräänlainen vastuunkantaja kentällä. Koska perustasolta ei odoteta samaa tietotaitotasoa kuin hoitotasolta, päätöksenteko ja vastuu usein siirretään helposti hoitotasolle. Osa perustasoisista toimijoista kokee tämän omaa työtään helpottavaksi tekijäksi, mutta samalla epäsuorasti vaikuttavan joidenkin työntekijöiden työmotivaatioon. Esimerkkinä mainittiin mm. tilanne, jossa saattaa käydä niin, että jos vain toinen työparista on hoitotasoinen, tekee hän päätökset ja toimenpiteet liiankin itsenäisesti. Näin ollen perustasoisen työpari turhautuu omaan rooliinsa jättäen myös potilasturvallisuuden toteutumisen liialti työparin vastuulle.

Hoitotason rooli koettiin myös eräänlaiseksi valvonnan ylläpitäjäksi. Moni perustasoinen koki, että on helpompaa suorittaa hoitotoimenpiteitä silloin kuin hoitotasoinen on vieressä valvomassa ja samalla kantaa vastuun. Myös tässä asiassa käytännöt vaihtelivat. Esimerkiksi ensivasteen konsultaatiokäytännöt poikkesivat toisistaan huomattavasti. Toisaalla konsultoidaan aina suoraan lääkäriä, kun taas toisaalla konsultoidaan lääkintäesimiestä.

Kokemus koettiin liian vähän arvostusta saavaksi asiaksi molemmissa haastatteluryhmissä. Nykyisen järjestelmän koettiin nojaavan täysin työntekijän koulutus pohjaan, ei niinkään kokemusvuosiin ja ammattitaitoon. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että yksiköitä miehitetään liian usein siten, että kokemattomat ja vastavalmistuneet toimivat hoitotasolla, kun taas kokeneet ja vankan ammattitaidon omaavat henkilöt toimivat perustason yksiköissä. Tämän käytännön uskottiin johtuvan murrosvaiheesta, jota ensihoito ja pelastusala parhaillaan käy läpi. Ammattikorkeakoulututkinto nähtiin tässä valossa tarkasteltuna asiana, joka painaa vaakakupissa usein enemmän kuin työkokemusvuodet. Pitkä työkokemus koettiin kuitenkin potilasturvallisuutta vahvasti edistävänä tekijänä.

”Siinä käy helposti niin, että se nuori ylihoitaa nii se halua joka ampullista vetästä pikkusen ruiskuun, ja sit taas se vanha jermu reagoi siihen niin että se alihoitaa että se jää autoon kuuntelee poppia”

Molemmissa organisaatioissa on vastuulääkäriin tekemät hoito-ohjeet. Hoito-ohjeita pidettiin hyvin laadittuina ja perusteellisina ohjenuorana koko toiminnalle. Ohjeet on laadittu perus- ja hoitotasolle. Hoito-ohjeiden käytössä on kuitenkin kirjavia kokemuksia. Toisaalta ohjeita sovelletaan kirjaimellisesti ja toisaalta taas hyvinkin vapaasti tulkiten.

”meille ihan laitoskohtaiset hoito-ohjeet, niitten mukaan mennään ihan yksilöllisesti pärjää”

Vastuulääkärit kantavat vastuun jos toimii hoito-ohjeiden mukaisesti. Mikäli poiketaan hoito-ohjeista, vastaa sairaankuljettaja itse toiminnastaan.

Kirjaaminen koettiin hyvinkin olennaiseksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja sen jatkuvuutta ja näin ollen myös potilasturvallisuuteen välittömästi vaikuttavaksi tekijäksi. Huolellinen kirjaaminen takaa informaation liikkumisen potilaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen tai tämän siirtyessä sairaankuljetusyksikön vastuulta sairaalan sisään kirjatuksi potilaaksi. Usein kuultiin haastattelutilanteissa käytettävän lausahdusta ”Mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole myöskään tehty”.

Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työn luonteen koettiin asettavan omat haasteensa kirjaamisen laadun toteutumiselle; tilanteet ovat usein nopeasti muuttuvia, hoitajia on kohteessa paljon ja sääolosuhteet voivat olla hyvinkin epäsuotuisat kirjaamisen kannalta. Aina ei jää tarpeeksi aikaa kirjaamiselle, tilanne voi vaatia hyvinkin nopeaa reagoitua ja tilanneherkkyyttä ja haastateltavien mukaan liian usein kirjaaminen on se osa-alue, joka eniten kärsii näissä tilanteissa. Tilanteen jälkeen on kuitenkin yleensä mahdollisuus täydentää kirjallista raporttia ennen lomakkeen luovuttamista vastaanottavalle hoitolaitokselle.

”Nii eikä se oo jos tyhjän lapun jättää niin sitä mitä et oo kirjannut sitä et oo tehny. Niinku käräjäsälissa 2 vuoden päästä muistelet että paljonko ne paineet sillä mummolla oli tossa ltäisellä rantakadulla niin melko fakiiri oot jos muistat, et ees muista olleesi töissä silloin.”

Suullinen raportointi ja kommunikaatio koettiin myös tärkeäksi tekijäksi potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta. Potilaasta annetaan luonnollisesti myös suullinen raportti vastaanottavalle hoitajalle kirjallisen lisäksi. Haastateltavat kokivat, että on erittäin tärkeää muistaa kertoa kaikki tehdyt hoitotoimet vastaanottavalle hoitajalle, jotta tieto kulkisi varmasti potilaan mukana koko tämän sairaalassaoloajan. Hoitajien suullisessa ja kirjallisessa ulosannissa koettiin olevan hyvinkin suuria eroavaisuuksia. Tämän vuoksi nähtiin tärkeäksi asiaksi, että tiedot tulisi kirjaamisen lisäksi raportoitua myös suullisesti.

Käytännön taitojen ja tietojen valvontaa kaivattiin lisää. Nykykäytännössä valvontaa ei sairaankuljetuksessa juurikaan koettu olevan. Luvat suoritettuaan työntekijä saa toimia tasoaan vastaavissa ensihoitotehtävissä kunnes luvat umpeutuvat. Minkäänlaista kontrollointia ei tänä aikana suoriteta. Nykyinen lupakäytäntö saikin paljon kritiikkiä osakseen teoreettisen painottumisensa vuoksi. Käytännön osaamista ja kokemusta ei haastateltavien mukaan riittävästi painoteta tässä protokollassa.

” --käytännön testaus olis hyvä ja sit on pyydetty mutta vastaus on ollut sitten, että sanotaan ihan suoraan tässä; että kun palvelun ostaja ei sitä kyllä vaadi, nii sitä ei järjestetä”

”Ja ei yksittäiset tapaukset ei välttämät kerro sit sairaankuljettajan tietotaitotasosta yhtään mitään”

Kummankin organisaation käytäntöön kuuluu määrätynlainen lupamenettely, jonka perusteella kaikkien sairaankuljetuksessa työskentelevien henkilöiden tulee hyväksytysti suorittaa vähintään perustason teoriakoe ennen käytännön kenttätöskentelyä. Tätä käytäntöä on viimeaikoina tiukennettu. Toisessa haastatelluista organisaatioista sairaankuljetuksessa työskentelemiseen riitti aiemmin se, että oli osallistunut perustason teoriakokeen suorittamiseen riippumatta siitä oliko se hyväksytysti suoritettu.

”tähän lupa-asiaan on tullu semmone et nythän se on vast terävöityny sillai et sul pitää olla lupa, ennen täs talo on katottu läpi sormien kun kaveri menee tenttiin se on osoittautunut , pakotettu tai henkilökohtaisesti osottanu kiinnostust hoitovelvotet kohtaan vaikkei se ole läpäissy sitä tenttiin ja saanu hoitovelvotteen ja nyt siihen on otettu aika tiukka linja et pitää olla voimas tämä hoitovelvotteen niin perustaso- tai hoitotaso.”

Luonnollisesti myös hoitotasolla sovelletaan lupakäytäntöä, jossa työntekijän tulee hyväksytysti suorittaa hoitotason teoriakoe. Hoitotason teoriakoe on huomattavasti vaativampi ja kattavampi kuin perustason koe. Hoitotason testauksesta vastaavat sairaanhoitopiirit. Testausmenetelmä koettiin osittain arveluttavaksi, johtuen sen teoriapainotteisuudesta. Haastatteluissa korostettiin käytännön testauksen tärkeyttä. Tällaista testausta ei kuitenkaan tällä hetkellä järjestetä lainkaan. Teoriakokeissa esiintyvien samojen kysymysten toistumista useana perättäisenä vuotena kritisoitiin myös paljon.

”Niin vai ehkä se toisaalt siin on se puuttellisuus et oisko ollu viime vuosi kun neljä eri tenttiä kiersi sen koko vuoden vai kiersikö 2 vuotta putkeen neljä eri tenttiä. Et tiedän muutaman tapauksen jotka on vaan lukenu siihen edellisenä iltana sitä yhtä tenttiä minkä se on tulostanu netistä ja käyny tekeen sen ja saanu 2 vuoden luvat siitä niin se kertoo myös sitten siitä varsinaisesta -tasosta tai tietämyksest”

6.2 Johtaminen

Esimiehen läsnäolo ensihoitotehtävissä koettiin pääosin positiiviseksi. Esimiehen roolista ei kuitenkaan oltu yhtä mieltä. Toisaalta esimies nähdään valvovana tahona, joka tulee johtamaan tilannetta sekä tuo kohteeseen kokemusta, näkemystä ja ammattitaitoa ja siten edistää potilasturvallisuuden toteutumista. Toisaalta taas hänet koetaan eräänlaisena arvostelijana, joka valvoo toimintaa kohteessa ja raportoi siitä eteenpäin, mutta ei kuitenkaan työntekijöille. Tähän koettiin suuresti vaikuttavan mm. esimiehen oma persoona ja hänen henkilökohtaiset työskentelymenetelmänsä sekä ammattitaito.

”No eiks sit oo munaa kysyä siltä esimieheltä noin et tuuksä sen takia et saat mut avuksi vai ja kattoo ja päällepsmää vai tuuksä sen takia et mä en osaa mitään.”

”Kyllä jos Lauri keikalla niin Lauri tietysti vastaa.” (Lauri: Lääkintäesimies)

Esimiehen rooli tehtävissä nähtiin hyvin vastuulliseksi. Esimies kantaa vastuun pääsääntöisesti kaikkien yksiköiden toiminnasta kohteessa, ja joutuu yleensä yksin tekemään päätökset hoitolinjausten suhteen.

”Se on varmaan niinku ainakin et jos ajatellaa lääkintäesimiesten vastuualuetta niin se on kyl on niinko määritelty, mut kyl sit taas aikanas kun saadaan tää laatuhanke käynnistymään uudelleen tai edelleen ni, sielt sitä niit prosessei tulee se tulee jakaantumaan niiko ns. yksittäisil taistelijoillekin et se on pitkä iso työ mikä tulee ain niinku tämän vuoden puolel saadaan hyvästi käyttöön. Siel pitäis aukikirjoittaa näit juttui mä uskon se lisää turvallisuusasioita.”

Lääkintäesimiehen juridisesta vastuusta nousi esiin erilaisia näkemyksiä. Toisaalta esimies koetaan auktoriteetiksi, joka tekee päätökset yksin. Käytännössä kuitenkin kohteessa voi olla myös henkilö, joka on korkeammin koulutettu kuin työvuorossa päivystävä esimies.

”Siin on yks asia mikä sotkee vähän kuvioo meidän sakissa et on ollu ihan julkisestikin puhetta mikä on esimiehen muodollinen asema, se sotkee potilasturvallisuus-ajatusta. Ku on kaks vastakkaista mielipidettä, lääninlääkärin mielipide on se ett virka-asemalla korkeammalla oleva vastaa siitä potilaan hoidosta mutta taas yhen lääkärin kanta joka toimii tuolla Valvirassa ja muutenkin säätää näitten lakiasioitten kanssa, hänen mielipide on et se korkeimmin koulutettu on aina vastuussa siitä potilaasta.”

6.3 Arvot ja asenteet

Potilasturvallisuuteen koettiin vaikuttavan suuresti työntekijöiden omat asenteet. Nähtiin, että tehtävä voi epäonnistua jo ennen kuin ambulanssi lähtee ulos tallista. Osiin annetuista tehtävistä suhtaudutaan välinpitämättömästi.

”ainankin ekana tuli mieleen asenne, monestikin asioihin suhtautuu välinpitämättömästi yleensä kaikkeen mitä siellä tapahtuu ei varmaan potilasturvallisuus ole kauheen hyvissä käsissä.”

”Elikkä keikka voi mennä pieleen jo lähtiessä”

Valtaosa kiireettömistä tehtävistä oli tiettyjen ammattihenkilöiden mielestä niin sanotusti turhia eivätkä välttämättä vaatisi ambulanssia. Toisaalta edellä mainitun tyyppiset tehtävät koettiin juuri sellaisiksi, joissa potilasturvallisuus eniten kärsii.

”kyllä siin on varmaa se et jos sinne lähtee sillain tulee ny joku mikä koodi ekan ni sitten lähtee tekee sen ennakkopäätelmän et siel on nyt vaikka vanha muorihenkilö jolla nyt sitte on vaikka VT tekee tälläsen et jättää periaattees sitä kautta huomioimatta sitä potilasta ni ehkä seki saattaa vaarantaa sitä”

”Jos se ensimmäinen kommentti siit keikast on tosiaan semmonen et hei tää me äxätään nii se ei tota kyllä mee ihan putkeen sitte.”

Työnantajan roolia asenneilmapiirin korjaamisessa korostettiin. Haastateltavat toivoivat työnantajalta kannustavaa johtamista, jolla voitaisiin vaikuttaa asenneilmapiiriin.

”olishan se hyvä et työnantaja järjestäis jotain tyky toimintaa.”

Satunnaisten virheiden suhteen haastateltavilla oli ymmärtäväinen ja rakentava asenne. Kaikille tapahtuu virheitä, mutta virheen sattuessa tulee työntekijällä myös olla rohkeutta raportoida siitä eteenpäin. Toisessa organisaatiossa oli mahdollisuus tehdä anonymisti haittatapahtumailmoitus.

”Jos sitte on semmonen kohta lääkkeissä sitte suojaukset pettää nimimerkillä vähän väärää lääkettä potilaalle antanut, niin sitte pitää olla taas munaa niinku sitte sanoa että nyt meni pikkasen väärästä pullosta”

Hoidon turvallisuuden kannalta hyvin tärkeänä pidettiin sitä, että potilas kertoo totuuden omasta tilastaan. (Sairaushistoria, otetut lääkkeet, tarttuvat taudit, muut mahdolliset hoitoon liittyvät seikat)

”No mun mielest potilasturvallisuuteen vaikuttaa myös se potilaan oma rehellisyys ja omaisten rehellisyys, et jos on joku intoksikaatio et kerrotaan mitä se on ottanut ja kui paljon se on ottanut et siin pitäis sit sen potilaanki ymmärtää olla rehellinen ja omaisten myös.”

Sairaankuljetus koettiin pääpainotteisesti parityöskentelyksi. Haastateltavien mielestä keskinäinen työilmapiiri vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Yleisesti koettiin, että työparin molempien osapuolten työmotivaation ollessa korkea, pääsee potilasturvallisuus toteutumaan tältä osin parhaalla mahdollisella tavalla.

”Ja sekin et vaik et sä tuu juuri sen kyseisen ihmisen kans toimeen jonka kans sä oot samas autos ni kyl sen työ pitää silti tehdä”

”Ei keskenäiset ristiriidat saa vaikuttaa siihen työhön”

”Vaikuttaahan se asenne siihen jos itelläänkin on paskamainen asenne tohon keikkaan lähtiessä niin vaikuttaa se siihen pariinkin sitte. Turha siin on kauheesti tutkimaan muita ja häärrään jos toinen on valmiina jo ulko-ovella lähössä kuhan on potilaan nähny et no ni ei se siin sit ollutkaa.”

”muistaakseni Kinnusen Ari et joka sano aikanaan et se on niinku se parin yhteinen motivaatio ja kiinnostus mikä ratkasee sen keikan ettei niinkään ole se yksittäinen sairaankuljettaja. Jos sitä toista ei huvita se äkkiä tarttuu sitte.”

Saman työparin kanssa pitkään työskenteleminen koettiin potilasturvallisuuden kannalta sekä edistäväksi että heikentäväksi tekijäksi.

”Nii just ja viel sit parityöskentelystä se että sä tunnet sen sun työparin ja ainakin ite henkilökohtaisesti oon kokenu sen kauheen mukavaksi et sul on se sama työpari useamman kuukauden nii se melkein jo pelkäst katseest tiedät mitä se ajattelee ja mite se toimii tietyssä tilanteessa”

”Nii et sitte jää se sellasia ittestään selvyyksiä kattomatta kun oletetaan että kun toinen raapii nenää ja sitte se toinen kattoo sil...siis tälläsella periaatteella et se on paras kattoo ne kaikki tärkeet asiat siellä”

Tiimityöskentelyn tärkeyttä korostettiin. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa on paljon tehtäviä joihin osallistuu useita yksiköitä. Näissä tilanteissa nähtiin tiimityöskentelyn tärkeyden korostuvan. Asianmukainen johtaminen koettiin erittäin tärkeäksi.

"Ja esimies tai lääkäri ni se olis semmonen tuki ja turva siellä selän takana kattelis päältä ja näkee sieltä mitä tulee virheitä mut joskus-näyttää et alkaa menee ihan munille"

Työntekijöiden vireystila koettiin hyvinkin ratkaisevaksi tekijäksi potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta. Vuorotyö asettaa omat haasteensa työn virheettömälle toteutumiselle.

"vaik jos se sattuu heikkona hetkenä neljän aikaan yöllä ni ei silloin ihan terävimmillään kuitenkaan ole. Ni sit joku aika kriittinenkin asia voi unohtua, siin täytyy sit vaan toivoo et se työpäri on pelissä mukana ja tajuaa sen asian minkä itte unohtaa."

Perehdytykseen suhtauduttiin organisaatioissa eri tavoin, toisessa toivottiin enemmän resursseja ja aikaa perehdytykseen, toisessa oltiin puolestaan tyytyväisiä nykyiseen tilanteeseen.

"työhön perehdyttäminen ja semmonen niinku tavallaan asennekoulutusta sieltä alusta asti semmonen vois olla mitä vois peräänkuuluttaa ihan niinku työhyvinvoinnin kannalta ja potilasturvallisuuden kannalta että kaikki kuuluu sit yhteen."

"meil on sellainen tapa tos perehdytykses et ensin on muutaman päivän organisaatio juttu ja sit 3-5 vuoroa kolmantena lanssissa ja sekin palkallisena"

"Ohan siin varmaan niinku semmosii pienii riskei kun uusii työntekijöitä tulee mikä on 8 tuntia tosa edeltävänä päivänä nyt ketä viimeisii tullu niin, käydään semmone tietty protokolla, yleensäkin vähä organisaatiota liittyen siin varmaan sivutaan niit ensihoito hommiiki"

Koulutusasenteet vaihtelivat haastatteluryhmien välillä. Toisessa haluttiin työpaikkakoulutusta ja toisessa vain ”kovia” keikkoja. Toisaalla pyritään koulutuksia järjestämään vähintään kuukausittain, toisaalla taas huomattavasti harvemmin. Koulutuksia koettiin olevan suhteellisesti enemmän hoitotasoisille kuin perustasoisille. Koulutusaiheet liikkuvat laidasta laitaan. Toisessa organisaatiossa on otettu käyttöön koulutusstrategia. Koulutusten järjestäminen tapahtuu pääsääntöisesti työajan ulkopuolella. Tämän vuoksi kaikki eivät halua osallistua työnantajan järjestämään koulutukseen.

”Niin teoriaa tämmösen pläjyksen on niil joku asiakokonaisuus mikä käsitellään ei kyl niit ihan kerran kuussa on, sanotaan oisko niitä joka toinen kuukausi suurin piirtein, sielläkin on sit osallistuminen ollu mitä on ollut, kun siitä ei makseta ei sinne kauheesti väkee tuu.”

6.4 Laiteturvallisuus

Sairaankuljetusyksiköissä on kohtalaisen vähän lääkintälaitteita. Yleisimpiä ambulanssissa käytettäviä lääkintälaitteita ovat mm. monitoimidefibrillaattori, verensokerimittari, infuusiopumppu ja alkometri. Haastateltavien mukaan laitteiden liiallinen monimutkaisuus vaikeuttaa potilasturvallisuuden toteutumista. Laitekoulutusta pyritään järjestämään työvuorojen aikana. Vastuu laitteen kokonaisvaltaisesta käytön osaamisesta on laitteen käyttäjällä. Työntekijöitä kannustetaan oma-aloitteiseen harjoitteluun.

Ambulanssissa on paljon erilaisia hoitovälineitä. Niiden hallitseminen koettiin hyvin tärkeäksi potilasturvallisuuden kannalta. Esimerkkinä mainittiin muun muassa parit, joita on lukuisia eri malleja. Potilaan turvallisuuden kannalta nähtiin välttämättömäksi, että sairaankuljettaja hallitsee näinkin keskeisen välineen käytön. Välineistön yhdenmukaisuuden vaikutuksesta potilasturvallisuuteen oli yhtenäisiä mielipiteitä.

”Hoitovälineet ja kaikki reput ja tavarat on suurin piirtein samal paikal”

” No, kyl sil on mut eikse niinku periaattees jos nää autot eroo toisistaan siin ny yks on ainakin että jos et sä ikinä oo sä oo ikinä siinä autossa ollut niin varmaa et se varmaa kannattais kattoo läpi se auto.”

Työntekijöiden vaikutusmahdollisuus työväliseisiin koettiin potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä. Toisella haastatelluista ryhmistä oli suora mahdollisuus vaikuttaa työväliseisiin. Toinen haastatteluryhmä ei päässyt vaikuttamaan työväliseistön valintaan, vaikka kokivat sen potilasturvallisuutta edistäväksi tekijäksi.

Väliseiden tarkistukset hoidetaan säännöllisesti. Siitä huolimatta säännölliset laitetarkistukset koetaan hyvin työläiksi. Ilman velvoittavia määräyksiä ei laitetarkistuksia suoriteta ajallaan. Jokaisella on velvollisuus huolehtia työvuorossa laitteiden ja väliseiden kunnosta ja toimivuudesta. Vuoron vaihtojen yhteydessä suoritetaan laitteiden ja väliseiden käyttöönottotarkistus.

”sillai et Saku-yksikös käy et lifepackin akut on tyhjät kun pitäis jolleki antaa sähköö, ei siin voi ku ittes kattoo.”

”Et kyl niinku semmone vastuu täs on porukal, et sieltä tosiaan jotakin puuttuu ni aina se tulee informoitua.”

”et nostaa sitä potilasturvallisuut et on jonkinnäköinen haju koko sil porukal ketä sil kentäl toimii et miten niit laitteit käytetään ja mitä milloinkin tehdään.”

Työväliseiden säännöllinen huolto koettiin erittäin tärkeäksi osa-alueeksi laiteturvallisuudessa. Esimiehellä on organisaatiosta riippuen laitevian ilmaannuttua oikeus tilata uusi laite tai rikkoutuneen korjaus. Tämänlaista toimintamallia pidettiin erittäin hyvänä.

”Jos niihin tulee jotain kipuu ni ne menee huoltoon, tulee laite tilalle se niinku toimii mun mielest, me saadaan kyl tehdä sitä työtä niinku toimivil hyvil vehkeil”

Laitteiden teknisen toimivuuden rajallisuus koettiin potilasturvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi. Laitteisiin luotetaan liikaa. Vaikka potilaan silmämääräisesti arvioitu kliininen tila olisi hyvin vakaa, saattaa laite siitä huolimatta näyttää jotain aivan muuta. Haastateltavien mielestä tulisi siis aina muistaa hoitaa potilasta eikä laitetta. Laitteiden toimintahäiriöt ja laitevial koettiin poikkeuksetta potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi.

”Lähinnä ne ongelmat mitä ehkä laitteiden kanssa on ollu tääl ni, joskus ollu ni ku on filmii yritetty lähettää niin se ei toimi. Onk se sitte siitä kiinni ettei oo kenttää tai laittees on joku vika.”

6.5 Lääketurvallisuus

Valtakunnallisen käytännön mukaisesti sairaankuljetus on jaoteltu perus- ja hoitotason sairaankuljetukseen. Perus- ja hoitotasolla toimivilla henkilöillä on eri lääkevalikoimat käytössä. Lääkkeiden antaminen on luvanvaraista. (Kuisma ym. 2008, 28.) Haastatteluissa kävi ilmi, että organisaatioiden väliset käytännöt poikkeavat toisistaan huomattavasti. Nykyinen lupakäytäntö koettiin arveluttavaksi ja yksipuoliseksi sekä potilasturvallisuutta vaarantavaksi. Testauskäytäntöä siis kritisoitiin paljon.

Haastateltavien mielestä nykyinen käytäntö nojaa täysin teoretiedon hallintaan eikä kokemukselle anneta tarpeeksi sijaa. Lupa-asiat nähtiin kuitenkin asiana, joka pitää jokaisella työntekijällä olla kunnossa.

”periaatteessa mahdollista saada i.v.-lääkelupa osaamatta laittaa tippaa ollenkaan. Se käytännön testaus sieltä puuttuu.”

Molempien haastattelujen perusteella on kummallekin alueelle laadittu hoito-ohjeet. Hoito-ohjeiden noudattaminen on kuitenkin toisinaan tulkinnanvaraista. Hoito-ohjeissa on määritelty organisaatiokohtaiset lääkeainevalikoimat. Yksiköiden välisissä lääkevalikoimissa on eroja. Lääkkeiden annossa pitää noudattaa hoito-ohjeissa annettuja ohjeita.

”Riippuu seki siit yksikön omasta asenteesta jost sitä puhuttiin sitä täsä niinku niin kyllähän niit ohjeit sit on väärään hoitopiiriin ja kirjoista löytyy mut et se miten siihen asennoidutaan ja sit se et mitä sä siedät sen että mitä kamaa sielt autost löytyy ja se et sä osaat käyttää tota hoito-ohjetta semmosest lääkkeest esim. mitä autossa ei ole”

Lääkehoidon osaamisesta heräsi paljon keskustelua haastatteluryhmissä. Molemmissa ryhmissä oltiin yhtä mieltä siitä, ettei käytännön osaaminen ole suoraan verrannollinen ammatillisen koulutustason kanssa. Tieto ja taito eivät aina kohtaa kentällä. Työntekijän tulee tiedostaa oman ammattiosaamisensa taso. Työparin osaamisen tason tiedostaminen on myös tärkeää, sillä kokemus lisää riskitietoisuutta lääkehoidossa.

Annettujen hoito-ohjeiden soveltaminen tilannekohtaisesti muuttuvien tekijöiden mukaan edellyttää potilaan kokonaistilanteen hahmottamista. Lääkkeistä tulee tietää niiden vaikutukset ja sivuvaikutukset. Lääkehoitotilanteessa se, että molemmat ovat tietoisia annettavasta lääkkeistä lisää turvallisuutta. Ei tule vedettyä ja annettua väriä lääkkeitä. Käytössä on myös erilaisia raportointikanavia, mikäli poikkeamia ilmenee lääkehoidossa.

”Jos sitte on semmonen kohta lääkkeissä sitte suojaukset pettää nimimerkillä vähän väärää lääkettä potilaalle antanut, niin sitte pitää olla taas munaa niinku sitte sanoa että nyt meni pikkasen väärästä pullosta”

Lääkehoitotaitojen ylläpitäminen koettiin potilasturvallisuuden kannalta tärkeäksi molemmissa ryhmissä. Lääkehoidon koulutus tosin koettiin liian vähäiseksi sen tarpeeseen nähden. Koulutusta kyllä järjestetään, mutta pääsääntöisesti vain hoitotasolla työskenteleville. Tässä, niin kuin muissakin koulutukseen liittyvissä asioissa nousee ongelmaksi pääsääntöisesti työajan ulkopuolella järjestetty koulutus, josta ei makseta korvausta.

Työntekijää ei voida velvoittaa toimimaan tehtävissä, joihin hänellä ei ole valtuuksia. Hoitotason työntekijä usein valvoo perustason lääkkeenantoa, vaikka edellä mainitun kaltaisissa tilanteissa katsotaankin perustason ylittävän valtuutensa.

”ei tarvi itte paljon miettii ku kattoo vaa minka ampullan sielt ottaa sielt rasiast ja vetää sen sinne ruiskuun ja kyllä sen sit hoitotaso antaa”

”se et sairaankuljettaja ensihoitoyksikös vankkumaton tieto et se sanos palomiehel et vedä se ja se ruiskuun mitä jos sielt tuleekin virhe, en mä sano et tulis, mut sielt voi tul virhe, jos se palomies vetää ruiskuun siitä ja pistetään ja et siinä on se virhemarginaalikin”

”et jos ne molemmat jotenkin edes kärryil siit hommat niin olis niinku turvallisempaa”

Suomen lain mukaan lääkäri määrää annettavan lääkkeen (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2007). Lääkehoidon toteutus varmistetaan pääsääntöisesti lääkäriä konsultoiden. Haastateltavien mukaan konsultaatiopuhelun soittajalla

tulee olla tilanteen kokonaiskuva hallussa, jolloin hänen pitää pystyä kertomaan lääkärille yksityiskohtainen kokonaistilanne kohteesta. Puhelun soittajan nähtiin olevan ikään kuin lääkärin silmät ja korvat kohteessa. Tietyissä konsultaatiotilanteissa saattaa ongelmaksi nousta konsultoitavan lääkärin ammattitaito. Lääkärin pitää myös pystyä tekemään lisäkysymyksiä tarvittaessa.

”Mut tietysti yöaika on välil semmone jos tosipaikka tulee et kun tarvis jotaki semmost lääket antaa mitä ei nyt normaalisti yleensä anneta niin sillo soitan jollekin sisätautipäivystäjälle keskussairaalaan eihän joku nuori lääkäri silloin se on vähän ongelma”

”Toisaalta lääkkeitten kanssa sitten taas kotona on tota näitäkin lääkäreitä joilla ei oo oikeesti niinku mitään käsitystä lääkkeistä mitä meil on autossa nii, et ne on tottunu että kun on kipeä annetaan Buranaa ja sit meetkin kysymään jonkun Rapifenin tai muun annostusta et oisko mahdollista että tänne tämmönen matkan ajaksi ni lääkäreillä itellään ei oo mitään käsitystä”

6.6 Turvallisuus hälytysajossa

Ajamisen turvallisuudesta heräsi runsaasti keskustelua. Liikenneturvallisuuskysymykset niin hälytysajossa kuin kiireettömässäkin ajossa koettiin erittäin tärkeiksi potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta. Yhtä mieltä oltiin siitä, että mikään terveydenhuoltoalan koulutus ei huomioi työelämässä mahdollisesti tarvittavaa ajoneuvon hallintaan liittyvää osaamista. Kuitenkin nähtiin, että tulevaisuudessa ambulansseissa tulee työskentelemään vain terveydenhuoltoalan koulutuksen omaavia henkilöitä.

Tällä hetkellä koulutusvastuun todettiin olevan työnantajilla, tosin organisaatioilla ei ole lakisääteisesti velvoitetta järjestää ajokoulutusta työntekijöilleen. Molemmissa haastatteluryhmissä asiaan kiinnitettiin paljon huomiota. Myöskään sairaankuljettajien koulutuksessa ei ole otettu huomioon ajamisen harjoittelua.

Vastaavasti muilla hälytysajoa ajavilla viranomaisilla (poliisi ja pelastaja) on ajoneuvon käsittelykoulutusta omassa koulutuksessa. Ajokoulutusta haluttaisiin lisää molemmissa organisaatioissa, kuten liukkaan kelin, pimeässä ajon, hälytysajon sekä ajoneuvon käsittelyn harjoittelua. Ajoharjoittelua sekä koulutusta pitäisi tarjota ennen kuin henkilö aloittaa varsinaisessa työvuorossa toimimisen. Kiireelliset sairaankuljetustehtävät eivät haastateltavien mielestä sovellu kokemattoman kuljettajan ajoharjoitteluun. Ajoharjoittelun toivottiin olevan jatkuvaa. Yksi harjoittelukerta esim. liukkaankelin harjoittelunradalla ei riitä tuottamaan pysyviä tuloksia.

”Mää ainaski peräänkuuluttaisin työnantajan vastuuta mejän kouluttamisesta, hälytysajoon ---ja ylipääntänsä”

”Siin ois kyl jo iha koulusta lähtien paikka jo ja pelastusopistossa pojat harjoittelee-autolla ajoa”

”Poliisit harjoittelee helkkarin paljon ja useimmin kai me ajetaan piipaa-kyytii ku poliisit”

Erityisesti riskitietoisesta ajamisesta heräsi runsaasti keskustelua. Usein tehtävälle on kova kiire ja ajaminen on kokemuksen puutteesta huolimatta liiankin rohkeaa ja riskialtista. Luotetaan liikaa hälytyslaitteisiin, jotka eivät välttämättä kuulu ja näy muille tienkäyttäjille riittävän hyvin.

”Niinku eiks täl pillillä ja äänel on kuitenkin se merkitys et antaa sitä huomioo muulle liikenteelle ni ehkä jotain on tulossa mut se et se ei anna niinku sitä oikeutta et vääntää tuolla niinku satasta menee ni että kaikki muut sillon tiedostaa se et autos on vauhtia niinku 50 niin se kuulee sen auton siinä vaiheessa kun se on siinä takapuskurin vieres.”

Ajaminen koetaan yksilösuorituksiksi. Jokaisen lähtötaso on yksilöllinen eikä välttämättä sidottu työkokemusvuosien määrään. Ajamisen harjoittamisen pitäisi tapahtua aluksi kiireettömissä yksiköissä eikä suoraan korkeariskisiä tehtäviä ajavissa yksiköissä. Paikallistuntemuksella koettiin olevan suuri merkitys potilasturvallisuuden kannalta. Nykyään ei järjestetä ns. katukoulua enää lainkaan. Katukoulu on todettu olevan erittäin hyödyllinen koulutusmenetelmä paikallistuntemuksen kehittämiseksi.

Nykyisin luotetaan liikaa teknisiin apuvälineisiin kuten navigaattoriin. Karttojen käytöstä ollaan lähes kokonaan luovuttu. Koettiin, että usein ajetaan vain navigaattorin mukaan kohteeseen, vaikka lyhyempiäkin reittejä olisi tarjolla.

” Hätäkeskuksessa sanovatkin et hyvin näkee millon ambulanssi menee tuota TomTomin perusteella eikä niinku tiedon perusteella että kun näkee ja tietää vanhoina konkareina missä se kohde on niin auto menee niinku ihan ihmeellisiä reittejä, katotaan pientä tom tomin ruutua”

Huomioitta koettiin jäävän myös mahdolliset puutteet elektronisten karttojen päivityksissä. Navigaattorit eivät toimi moitteettomasti kaikissa olosuhteissa. Satelliittien peittoalueet eivät kata kaikkia toiminta-alueita. Myös muun muassa tunnelit ja muut maan alle kohdistuvat tehtävät asettavat omat rajoituksensa satelliittinavigaattorin käyttöön. Keskusta-alueilla korkeat rakennukset haittaavat yhteyden saamista ja ylläpitämistä.

”Joku järki pitää olla pääs ku ajaa.”

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa selkeästi yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta voidaan kuitenkin arvioida kokonaisuutena, jolloin voidaan arvioida tutkimusprosessin sisäistä johdonmukaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 135-138, Hirsjärvi ym. 2007, 255.)

Tutkimusluvut haettiin organisaatioiden käytännön mukaisesti marraskuussa 2009. Molemmat organisaatiot hyväksyivät lupahakemukset marraskuussa 2009.(liite 3&4) Molempiin organisaatioihin lähetettiin lupien varmistuttua sähköpostitse lisää tietoa tutkimuksesta, josta kävivät ilmi haastatteluihin valittavien henkilöiden kriteerit. Organisaatiot tiedottivat omille työntekijöilleen asiasta. Kaikki haastatteluun osallistuneet täyttivät ennakkoon annetut kriteerit. Tutkimukseen osallistuminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Jokainen haastateltava allekirjoitti etukäteen laaditun suostumuslomakkeen (liite 6). Ennen haastattelun alkua haastateltaville selvitettiin haastattelun kulku sekä kerrottiin minkälaisesta tutkimuksesta oli kysymys. Sen jälkeen tarjottiin vielä mahdollisuus olla osallistumatta haastatteluun. Yksi henkilö poistui tässä vaiheessa. Aineiston käsittelyssä ja tulosten raportoinnissa säilytettiin haastateltavien anonymiteetti.

Tämän opinnäytetyön tekijät edustavat samaa ammattikuntaa kuin haastateltavat ja tekijät ovat itse kuunnelleet nauhoitetun materiaalin useaan kertaan. Nämä seikat lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, että litteroinnin suoritti ulkopuolinen henkilö. Toisaalta juuri tämän johdosta tekijät perehtyivät materiaaliin perusteellisesti ja useaan kertaan. Aineiston analysoinnin suorittavat tekijät itse ilman ulkopuolista apua. Tämä lisää analyysin luotettavuutta. Toisessa haastattelutilanteessa haastattelijat joutuivat esittämään tarkentavia kysymyksiä haastattelun pitämiseksi asiayhteydessään. Tämä osaltaan saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten valmistuttua ne annettiin alan asiantuntijan arvioitavaksi. Haastattelut sujuivat hyvässä hengessä. Keskustelu oli vapautunutta. Kaikki paikallaolijat osallistuivat keskusteluun. Molemmissa haastatteluissa oli paikalla myös esimiestason henkilöitä. Esimiesten läsnäolon ei havaittu vaikuttavan muiden haastateltavien tuottamaan asiasisältöön. Esimiehet olivat hyvin kriittisiä omia organisaatioita kohtaan. Ensimmäisessä haastattelussa jouduttiin tekemään tarkentavia kysymyksiä (n=34) enemmän kuin toisessa (n=21). Kaikki tekijöiden haastattelutilanteissa esittämät kysymykset olivat avoimia kysymyksiä siten, että niihin oli mahdoton vastata kyllä tai ei. Haastattelijat eivät johdatelleet kysymyksillään haastateltavia. Näin pyrittiin saamaan haastatteluaineistosta mahdollisimman rikasta.

Näiltä osin tutkimusta voidaan pitää eettisesti oikein suoritettuna sekä tuloksia luotettavina. Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä kattamaan koko Suomen tilannetta, koska tutkimus on tehty rajatulla alueella sekä pienellä, harkinnanvaraisella otoksella. Aineiston käsittelyssä on noudatettu tutkijoita koskevia vaitiolovelvollisuusohjeita. (ETENE 2009.)

8 POHDINTA

Tämän päättötyön tekeminen on ollut hyvin ajatuksia herättävä ja mielenkiintoinen prosessi. Päättötyön aihetta valittaessa tekijät huomasivat, että potilasturvallisuus kiinnosti jokaista heistä. Aihe oli ja on edelleen hyvin ajankohtainen sekä kansallisesti että kansainvälisestikin tarkasteltuna. Lisäksi tutkimuksen tarpeellisuutta voidaan perustella sillä, että aihealueesta on olemassa hyvin niukasti aikaisempaa tutkimusta.

8.1 Tutkimustulokset

Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset antavat hyvän katsauksen potilasturvallisuuden tämänhetkiseen tilaan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa Suomessa. Aikaisempia tutkimuksia potilasturvallisuudesta sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta ei ole Suomessa tehty, mutta tietyt potilasturvallisuuden peruskäsitteet ovat monilta osin sovellettavissa myös tutkimaamme aihepiiriin. (Meisel ym. 2008, 411, Atack & Maher, 2010, 95.)

Akuuttihoidossa vaaratapahtumat ovat harvoin seurausta vain yhdestä tekijästä. Usein akuuttitilanteissa vaaratapahtuman taustalla on ihmisen, ympäristön ja laitteiden monimutkainen yhteisvaikutus. Näissä tilanteissa esille tulevia riskejä voidaan hallita erilaisilla suojausjärjestelmillä kuten varmistusrutiineilla, systemaattisella kommunikaatiolla, tiimityökoulutuksella, erilaisilla valvontalaitteilla ja hälytysjärjestelmillä. (Vincent 2001, 153, 156 -171.)

Kohn ym. suorittivat tutkimuksessaan monitieteellisen ”perussy/aiheuttaja” – analyysin kaikkein vakavimpien poikkeamien kohdalla ja tuloksena ilmeni, että suuri osa virheistä on osa ketjureaktiota useista pienistä pieleen menneistä tekijöistä yhden suuren faktorin pettämisen asemesta. Lähes poikkeuksetta virheen tehnyttä yksilöä rangaistiin tehdystä virheestä, mutta systeemi, joka sallii poikkeaman tapahtuvan, pysyi muuttumattomana. (Kohn ym. 2006, 3.)

Kohnin ym. (2006) totesivat että potilasturvallisuuden toteutuminen on harvoin kiinni vain yhdestä pienestä tekijästä. (Kohn ym. 2006, 3). Tässä tutkimuksessa tulokset olivat monilta osin samankaltaiset. Esimerkiksi lupakäytännöt ja koulutus olivat haastatteluissa alati esillä. Tämä kertoo järjestelmän rakenteessa olevista haittatapahtuman sallivista puutteista. Moni potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä näyttää olevan organisaation käsissä ja näin ollen myös yksittäisen työntekijän on hyvin vaikea vaikuttaa potilasturvallisuuden edistämiseen. Tosin, haastatteluissa ei kertaakaan mainittu rangaistuksista, joita työntekijät olisivat joutuneet kärsimään haittatapahtuman sattuessa. Tämä saattaa kertoa myös yleisesti sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasturvallisuuskulttuurin häilyvyydestä. Ehkä asioista on helpompi vaieta kuin ryhtyä toimiin niiden ehkäisemiseksi.

British National Health Service NHS:n mukaan virheistä oppiminen on tärkein elementti silloin kuin halutaan edistää potilasturvallisuutta. Virheistä oppimisen yhteydessä tulee ymmärtää virheen perussy, luonne ja seuraukset. Tämän tyyppinen ymmärrys tarjoaa kattavan viitekehyksen riskienhallintaan. (Armitage, 2009. 195-201). Kuten Lankshear ym. (2008) toteavat, ovat terveydenhuollon palveluntuottajat onnistuneet madaltamaan kynnystä poikkeamien havainnointiin ja raportointiin, tosin tehtyjen selvitysten mukaan hoitajien suorittamassa valvonnassa on havaittu puutteita. (Lankshear ym. 2008, 570.)

Tutkimuksessa tuli esille, että vaaratapahtumien raportointia ei juurikaan toteuteta tai se on vähäistä ja epäsystemaattista. On ilmeistä, että mikään alan palveluntuottaja ei etsi systemaattisesti järjestelmävirheitä. Tämä onkin tavallaan ymmärrettävää, sillä tuskin mikään organisaatio haluaa tietoisesti lähteä etsimään virheitä toiminnastaan. Toisaalta vaaratapahtumien raportoinnin tarkoituksena ei ole korostaa työntekijän tekemää virhettä, vahinkoa tai puutetta, vaan potilasturvallisuuden edistämisen tarkoitus on pääpainotteisesti järjestelmävirheiden löytäminen (Kinnunen & Peltomaa, 2009, 117). Vaaratapahtumista ilmoittamisesta hyötyvät kuitenkin alan toimijat ja viime kädessä potilas sekä koko yhteiskunta.

Reasonin (1990) reikäjuustomallin mukaisia eri tasojen potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä oli selvästi huomattavissa tutkimuksen tuloksissa. Haastatteluissa puhuttiin usein järjestelmän virheiden sallivasta rakenteesta, mutta toisaalta usein mainittiin myös yksilötasolla vaikuttavat tekijät kuten työntekijän vireystila ja työmotivaatio. Latentit virheet ovat Reasonin mukaan helposti hallittavissa, mutta aktiiviset virheet tapahtuvat usein yllättäen ja niiden syntymistä on vaikeampi ehkäistä. (Reason 1990. 206.) Esimerkkinä mainittakoon tutkimuksen tuloksissa vahvasti esille noussut turvallisuus hälytysajossa. Nykyisessä järjestelmässä oletusarvona on, että peruskoulutuksen saatuaan työntekijällä on riittävät taidot hälytysajoneuvon kuljettamiseen jopa korkeariskisillä tehtävillä ja että tämä omaa riittävän paikallistuntemuksen jo lähtökohtaisesti ilman koulutusta tai testaamista.

Yleisesti koettiin, että hoitotaso on eräänlainen vastuunkantaja kentällä. Koska perustasolta ei odoteta samaa tietotaitotasoa kuin hoitotasolta, päätöksenteko ja vastuu usein siirretään helposti hoitotasolle. Osa perustasoisista kokee tämän omaa työtään helpottavaksi tekijäksi, mutta samalla epäsuorasti vaikuttavan joidenkin työntekijöiden työmotivaatioon.

Työntekijöiden keskinäisestä hyvästä tiimihengestä on sekä hyötyjä että haittoja. Se auttaa vaikeissa tilanteissa etenkin kokemattomampia työntekijöitä, mutta toisinaan rajaveto laadukkaan hoidon ja kollegiaalisuuden välille on vaikeaa. (Ahl ym. 2005. 32-34.)

Alexander ym. totesi tutkimuksessaan koulutuksen tason vaikuttavan työntekijän sitoutumiseen. Mitä korkeampi koulutuksen taso, sitä sitoutuneempia työntekijät ovat. (Alexander ym. 2008. 830-831). Molemmissa ryhmissä oltiin yhtä mieltä siitä, että käytännön osaaminen ei ole suoraan verrannollinen ammatillisen koulutustason kanssa. Tieto ja taito eivät aina kohtaa kentällä.

Haastateltavat korostivat tiimityöskentelyn tärkeyttä. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa on paljon tehtäviä joihin osallistuu useita yksiköitä. Näissä tilanteissa nähtiin tiimityöskentelyn tärkeyden korostuvan potilasturvallisuutta ajatellen. Asianmukainen johtaminen koettiin erittäin tärkeäksi.

Lääkkeistä tulee tietää niiden vaikutukset ja sivuvaikutukset. Lääkehoitotilanteessa se, että molemmat ovat tietoisia annettavasta lääkkeistä lisää turvallisuutta. Ei tule vedettyä ja annettua väärä lääkkeitä.

Lääkehoitoon liittyvien haittatapahtumien havaitseminen ja ehkäiseminen on todellinen haaste sairaaloille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Terveydenhuollon informaatio- ja kommunikaatioteknologia voivat edistää estettävissä olevia lääkehaittatapahtumia. Lääkehaittatapahtumia voidaan ehkäistä monella tavalla, esimerkiksi lisäämällä lääkeainetietoutta kirjallisuudesta, tehostaa kliinisiä päätöksentekoa tukevia systeemejä sekä korostamalla inhimillisten tekijöiden ja tietotaidon tärkeyttä. Käytännön esimerkit tulevat Eurooppalaisesta PSIP –projektista, jonka tarkoitus on havaita ja ehkäistä lääkehaittatapahtumien syntymistä. (Beuscart ym, 2009. 968-971.)

Kiireelliset sairaankuljetustehtävät eivät haastateltavien mielestä sovellu kokemattoman kuljettajan ajoharjoitteluun. Ajoharjoittelun toivottiin olevan jatkuvaa. Yhdysvalloissa tehtiin tutkimus, jossa testattiin hälytysajon tehokkuutta ja siitä saatua hyötyä. Tutkimus toteutettiin siten, että 75 hälytysajona ajettua potilaskuljetusta kohteesta sairaalaan ajettiin myös tavallisella henkilöautolla saman reitin mukaan normaalien liikennesääntöjen mukaan. Tulokseksi saatiin, että näillä ensihoitotehtävillä hälytysajossa voitettu aika oli keskimäärin 230 sekuntia. Näitä potilaita hoitaneiden lääkäreiden mukaan kyseisistä 75:stä tehtävästä vain neljä potilasta oli hyötynyt kiireellisestä kuljetuksesta. (O'Brian ym 1999.127-130.)

8.2 Tutkimusprosessi

Koska työskentelemme kaikki sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, oli luonnollista lähteä tutkimaan aihetta sairaankuljetuksen näkökulmasta. Halusimme tämän työn avulla tuoda mielipiteitä kuuluviin suoraan ns. ruohonjuuritasolta, siis konkreettisen työn suorittajilta sairaankuljettajilta ja ensihoitajilta itseltään. Olisi ollut ilmeisen turha lähteä haastattelemaan esimerkiksi sairaankuljetus- tai palomestareita, jotka eivät suoranaisesti kuulu ns. operatiiviseen portaaseen eivätkä näin ollen omaa riittävää omakohtaista ja objektiivista näkemystä potilasturvallisuuden toteutumisesta nykypäivän sairaankuljetuksessa ja ensihoidossa. Pelastuslaitokset työntekijöineen oli meille luonnollinen valinta haastattelujen kohderyhmiksi, koska itse työskentelemme pelastuslaitoksen palveluksessa. Toki myös yksityisten palveluntuottajien mielipiteet ja näkemykset ovat tärkeitä, mutta esim. Turun alueella yksityiset sairaankuljetusyritykset suorittavat lähinnä kiireettömiä potilassiirtoja. Sen vuoksi työnkuva heillä on kovin erilainen kuin pelastuslaitoksilla, joissa pääsääntöisesti toteutetaan korkeariskisen ensihoidon palvelujen tuottaminen. Luonnollisesti halusimme tutkia potilasturvallisuutta niistä lähtökohdista, joista itsekkin tarkastelemme asiaa päivittäin.

Materiaalin ja tutkimustiedon kerääminen oli aluksi suhteellisen vaivalloista, sillä aiheesta ei juuri löytynyt suomenkielisiä tutkimuksia. Pehdyimme kuitenkin saatavilla olevaan tutkimustietoon ja aihepiiriin perinpohjaisesti.

Focus group -haastattelumenetelmään päädyimme sen käytännönläheisyyden vuoksi. Avoimessa haastattelutilanteessa, jota ei ole etukäteen lainkaan strukturoitu, jää enemmän tilaa pohdinnoille ja mielipiteille. Toivoimmekin haastattelutilanteista mahdollisimman avoimia keskustelufoorumeita, joissa työntekijät voivat vapautuneesti kertoa tuntemuksistaan potilasturvallisuuden toteutumisesta.

Haastattelujen tekeminen onnistui hyvin alun järjestelyhankaluuksista huolimatta. Oli hyvin mielenkiintoista olla kuuntelemassa kollegoiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta. Molemmista haastatteluista saatiin laajuudeltaan hyvin kattavat ja haastateltavat olivat hyvin mukana alusta asti. Keskustelu eteni haastatteluissa hyvinkin ripeästi, ja saimme nauhalle monenlaisia mielipiteitä.

Koska litterointi oli suoritettu ulkopuolisen henkilön toimesta, kuuntelimme kaikki nauhat uudelleen läpi. Tekstiä niistä kertyi yhteensä 33 sivua. Atlas.ti -nimisen ohjelman avulla suoritimme asiasanojen jaottelua kategorioihin. Sisällön analyysin suoritimme itse. Sen tekemiseen kului lukuisia työtunteja. Jokainen haastattelussa puhuttu lause ja mielipide käytiin läpi ja kategorioitiin. Tulosten koostaminen oli myös paljon työtunteja vaativaa, joskin hyvin palkitsevaa työskentelyä.

Päättötyön tekeminen kokonaisuudessaan oli hyvin mielenkiintoista. Paneutuminen tähän aihepiiriin tutkimuksen menetelmin oli äärimmäisen palkitsevaa. Koimme päättötyön tekemisen haasteeksi, jonka mielellämme otimme vastaan ja perehdyimme prosessiin perusteellisesti. Erityisen mielenkiintoista oli analysoida itse tekemämme tutkimuksen tuloksia ja pohtia omaa ammattiamme tästä näkökulmasta. Usein asioita pohdittiin myös valtakunnallisella tasolla toimintatapoja vertaillen. Opiskelumme ovat juuri nyt siinä vaiheessa että koulutyö vaatii jo muutenkin lähes kaiken liikenevän vapaa-ajan, on siis täysin ymmärrettävää että päättötyön tekeminen on ajoittain koettu melko stressaavaksi näiden kaikkien tekijöiden ristipaineessa. Mutta kuten edellä jo todettiin, on tämän työn tekeminen ollut kuitenkin pääpainotteisesti palkitsevaa ja mielenkiintoista.

8.3 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Opinnäytetyötä varten kerätystä aineistosta voitiin havaita useita potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa on kuitenkin yhä häilyvä käsite, vaikka esimerkiksi potilasturvallisuusstrategian mukaiset osa-alueet olivat selkeästi löydettävissä aineistossa.

Potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta on välttämätöntä, että työntekijöiden tieto- ja taitotaso on riittävän korkealla koko toiminnan ajan. Nykyinen testijärjestelmä nojautuu teoreettiseen osaamiseen, eikä testejä uusita riittävän usein. Lupamenettelyn koetaan olevan nykyisellään liian suppea eikä taitoja testata lainkaan käytännössä. Työntekijöiden testejä järjestetään liian harvoin. Tällä voi olla vaikutusta potilasturvallisuuden toteutumiseen. Osaamiseen liittyvää valvontaa pitäisi siis lisätä, siitäkin huolimatta, että valvonta kuuluu jo nyt esimiesten velvollisuuksiin. Hyvä ensihoidon johtaminen edistää potilasturvallisuutta ja huonolla johtamisella voi olla paljonkin negatiivisia vaikutuksia. Johtavalla esimiehellä tulee olla selkeä kokonaiskuva kulloisestakin tilanteesta, hänen tulee kyetä tekemään päätöksiä ja kantamaan vastuu hoitotilanteessa. Esimiehen läsnäolo kohteessa ei saisi olla liian autoritäärinen, jotta se ei aiheuttaisi suorituspainetta muulle paikalla toimivalle hoitohenkilökunnalle. Esimiehen tulee kantaa vastuu ja tehdä päätöksiä sekä antaa palautetta työntekijöille. Tilannejohtaminen on esimiehille hyvin haastavaa, sillä potilasturvallisuuden toteutuminen – erityisesti lääkehoidon osalta on esimiesten vastuulla.

Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työntekijöiden ammatillinen kokemus vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuden ylläpitämiseen. Kokenut sairaankuljettaja osaa hahmottaa tilannekokonaisuuksia paremmin kuin kokematon vastavalmistunut työntekijä. Kuitenkin, haastatellut kokivat pääsääntöisesti, että työnantajat ja esimiehet arvostivat työntekijöiden teoreettisesti hankittua koulutusta enemmän kuin työn kautta hankittua kokemusperäistä tietoa. Kokemusperäisen tieto/taidon aliarvioiminen saattaa olla potilasturvallisuutta heikentävä tekijä.

Osaamista kohdennetaan ensihoidossa porrastetun vasteen avulla. Porrastettu vaste on sairaalan ulkopuolisen ensihoidon perusta ja siihen pohjautuvaan työnjakoon luotetaan paljon. Vastuuta siirretään paljon perustasolta hoitotasolle ja tämä tavallaan onkin porrastetun vasteen tarkoitus. Viimekädessä potilasturvallisuudenkin toteutuminen on siis hoitotason vastuulla silloin, kun työtilanteessa on useita yksiköitä. Ammatillisen kokemuksen lisäksi asenne ja työmotivaatio vaikuttavat suoraan potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuus ei toteudu, mikäli työmotivaatio ei ole riittävän korkealla ja jos asenne työtä kohtaan on lähtökohtaisesti negatiivinen.

Selkeät hoito-ohjeet ovat tasokkaan ensihoidon laadun tae. Hoito-ohjeista ei tulisi poiketa milloinkaan, sillä hoito-ohjeet vaikuttavat suoraan potilasturvallisuuden toteutumiseen. Noudattamalla hoito-ohjeita järjestelmällisesti iso osa hoitovirheistä voitaisiin välttää. Työpaikkakoulutuksen lisäämisellä ja harjoittelulla voidaan oletettavasti lisätä potilasturvallisuutta. Lienee selvää, että koulutuksen pitää olla laadukasta ja tarpeeksi usein toistettua. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että työpaikkakoulutusta on kuitenkin saatavilla vaihtelevasti.

Raportointi on tärkeä osa potilasturvallisuuden toteutumista. Eksaktin informaation esteetön siirtyminen sidosryhmien välillä on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa ja näin ollen vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuteen. Kirjallisen raportoinnin lisäksi myös suullinen tiedonsiirto on erityisen tärkeää puhuttaessa sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta. Potilasturvallisuuden toteutumisen edellytyksenä on onnistunut kokonaisvaltainen raportointi.

Lääke- ja laiteturvallisuus ovat keskeisiä tekijöitä puhuttaessa potilasturvallisuudesta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Vastuu laitteiden käytön osaamisesta on nykyisen käytännön mukaan viimekädessä laitteen käyttäjällä. Huoltojen ja tarkastusten asianmukainen järjestelmällinen suorittaminen edistää potilasturvallisuuden toteutumista. Lääketurvallisuuden toteutumista valvotaan lupakäytännöillä. Nykyinen lupakäytäntö ei tarjoa mahdollisuutta käytännön taitojen testaukseen. Niinpä jatkuva koulutus lääkehoidon saralla on hyvin tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Lääkäriltä pyydettyjä lääkehoitoa koskevat konsultaatiot ovat lainmukainen käytäntö sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Kuitenkin on mahdollista, että sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon tottumaton lääkäri voi aiheuttaa potilasturvallisuuden vaarantumista konsultaatiota suoritettaessa.

Ajoneuvon hallinta hälytysajossa on hyvin tärkeä osa potilasturvallisuutta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Nykyinen koulutus ei sisällä ajoneuvon hallinnan opetusta. Hälytysajoneuvon hallinnan keskeisen roolin takia ajokoulutusta tulisi sisällyttää jo peruskoulutukseen, kuten esimerkiksi poliiseilla ja muilla pelastajilla. Tällä hetkellä ajoneuvon hallintaa opiskellaan vasta työelämässä ja sen järjestäminen on työnantajan vastuulla. Myös työntekijöiden paikallistuntemuksessa saattaa olla suuriakin puutteita. On myös mahdollista että työntekijät luottavat liikaan teknisiin apuvälineisiin, kuten GPS paikannusjärjestelmiin.

Tutkimusaineistossa oli mahdollista havaita potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä organisaation eri tasoilla. Latentit, piilevät tekijät liittyivät esimerkiksi johdon tekemiin päätöksiin hoitamisen laadun valvonnasta, laitteista, toimintaohjeista sekä koulutuksen määrästä ja sisällöstä. Työympäristöön ja olosuhdetekijöihin liittyvät esimerkiksi laitteet, niiden toiminta, yhdenmukainen varustus sekä riskitietoisuus hälytysajossa. Toisaalta toiminta hälytysajossa heijastaa myös työntekijän asennetta. Inhimilliset tekijät ovat aina läsnä hoitotyössä, ja aktiiviset virheet saattavat liittyä lääkehoitoon, päätöksentekoon hoitotilanteessa tai vastuukysymyksiin porrastetun vasteen eri tasoilla. (Reason 1990, 208.)

Opinnäytetyön tulosten pohjalta esitetään lopuksi kehittämisajatuksia sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasturvallisuuden edistämiseksi. Nykyinen ensihoidon porrastettu vastejärjestelmä on toimiva. Kuitenkin jokaisen yksittäisen työntekijän tulee kantaa vastuunsa potilasturvallisuuden toteutumisesta. Työntekijän kokemukselle tulee antaa riittävä arvostus. Riippumatta tällä hetkellä voimassaolevasta lainsäädännöstä, tulisi yksiköt miehittää siten, että niissä työskentelevillä on riittävä työkokemus sekä ammatillinen osaaminen.

Lupamenettely, sisältäen perus-, hoitotason sekä lääkeluvat, on nykyisellään liian suppea. Nykyinen pelkkään teorian tietoon painottuva lupakäytäntö tarvitsisi rinnalleen myös käytännön taitojen testausta. Hoitotason teoriakokeiden kysymysten sisältöä tulisi muuttaa koetilaisuuksista toiseen. Näin saataisiin parempi kuva osaamisesta. Osaamistason varmentamiseksi perus-, lääke- ja hoitotasolupien voimassaoloaikojen lyhentämistä tulisi harkita.

Haastattelujen perusteella esimiesten juridinen asema hoitotilanteissa tulisi määritellä tarkemmin. Nykyään esimiehen rooli koetaan epäselväksi kentällä, vaikka esimiehen rooli vastuunkantajana tunnustettiin yleisesti. Kohteessa toimintaa johtava esimies on vastuussa potilaan hoidosta, mikäli kohteessa ei ole lääkäriä.

Työpaikkakoulutus tulisi aina järjestää siten, että osallistujille maksetaan käytetystä ajasta korvaus. Nykykäytännössä osallistuminen koulutuksiin on liian vähäistä, koska työntekijät eivät halua vapaa-ajallaan tulla koulutustilaisuuksiin ilman korvausta. Koulutuksen tulisi olla säännöllistä ja toistuvaa.

Vaaratapahtumien valtakunnallinen raportointijärjestelmä loisi edellytykset raportoitujen tapahtumien käyttämiselle oppimisen välineenä. Virheistä tulisi oppia, jotta ne voitaisiin välttää tulevaisuudessa.

Hälytysajon hallitseminen on hyvin tärkeää sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Sairaankuljetuksessa työskenteleville tulisikin järjestää valtakunnallinen ja vaatimustasoltaan yhtenevä hälytysajokoulutus. Koulutus sisältäisi riittävästi ajoharjoittelua. Tämän koulutuksen suorittaneella myönnettäisiin erillinen todistus ja sairaankuljetuksessa työskentelyn yksi kriteeri olisi ”hälytysajokortti”. Lisäksi työelämässä toimiville ensihoidon työntekijöille säännöllinen ajotaidon päivitys olisi toivottavaa. Päivityskoulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota myös työntekijöiden paikallistuntemukseen parantamiseen.

Poikkeamien ehkäisemiseksi olisi siis hyvin tärkeää kehittää raportointijärjestelmä, joka toisi nämä latentit ja organisaatiossa virheet sallivat tekijät esille jo ennen kuin virheitä tapahtuu. Potilasturvallisuuskulttuuria tulisi kehittää siten, että poikkeamien ilmettyä ei tavoitteena olisi etsiä syyllistä tai ”syntipukkia”, vaan keskustelemalla aiheesta luoda ilmapiiri, jossa jokainen yksittäinen työntekijä uskaltaa tuoda epäkohdan esille riippumatta siitä kuka tai mikä sen on aiheuttanut.

Toivomme, että tämä opinnäytetyö innostaa tutkijoita paneutumaan potilasturvallisuuteen, joka on haasteellinen mutta juuri tällä hetkellä hyvin ajankohtainen tutkimuskohde ja etenkin tutkimaan aihepiiriä sairaalan ulkopuolisen ensihoidon näkökulmasta laajemmin. Tarkoitus on myös herättää keskustelua aiheesta ja motivoida tutkijoita perehtymään tähän tärkeään aihealueeseen aikaisempaa runsaammin. Etenkin sairaalan ulkopuolinen ensihoito on aihepiiri, jota olisi suotavaa tutkia potilasturvallisuuden kannalta enemmän. Potilasturvallisuus sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa osoittautui laajaksi ja antoisaksi tutkimuskohteeksi. Opinnäytetyön tulosten pohjalta on mahdollista havaita kohteita lisätutkimukselle useilla eri potilasturvallisuusstrategian osa-alueilla

9 LÄHTEET

Ahl, C. Hjalte, L.; Johansson, C.; Wireklint-Sundström, B.; Jonsson, A. & Suserud B-O. 2005. Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency nurse*, vol 13 no 8 december 2005, 30-36.

Alexandere, M.; Weiss, S.; Braude, D.; Ernst, A. & Fullerton-Gleason, L. 2008. The relationship between paramedics' level of education and degree of commitment. *The American Journal of Emergency Medicine* (2009) 27, 830-837.

Armitage, G. Human error theory: relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management*, 2009, 17, 193-202.

Brennan, T.; Leape, L.; Laird, N.; Hebert, L.; Localio, A.; Lawthers, A.; Newhouse, J.; Weiler, P. & Hiatt, H. 2004. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient: results of the Harvard Medical Practice Study.

Brewick, D. & Leape, L. 1999. Reducing errors in medicine. *BMJ* Volume 319, 136-137.

Buckle, P.; Clarkson, P.J.; Coleman, R.; Ward, J. & Anderson, J. 2006. Patient safety, systems design and ergonomics. *Applied Ergonomics* 37, 491-500.

Buescart, R.; McNair, P. Darmoni, S.J.; Koutkia, V.; Maglaveras, N.; Beuscart-Zephir M-C.; Nohr, C. & PSIP project consortium. 2009. *Medical Informatics in a United and Healthy Europe*, IOS Press, 2009, 968-971.

Burns, N. & Grove, S. 2005. *The Practice of Nursing Research conduct, critique and utilization*. St Louis: Elsevier.

Burns, N. & Grove, S. 2003. *Understanding nursing research*, 3rd edition. USA: W.B. Saunders company.

Castren M.; Kinnunen A.; Paakkonen H.; Pousi J.; Seppälä J. & Väisänen O. 2002. *Ensihoidon perusteet*. Keuruu: Otava.

Erikoiskoissairaanhoitolaki [viitattu 19.11.2009] Saatavissa [http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19891062?search\[type\]=pika&search\[pika\]=erikoissairaanhoitolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19891062?search[type]=pika&search[pika]=erikoissairaanhoitolaki)

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus.

ETENE 2009. Muistilista eettisten toimikuntien jäsinille ja tutkijoille. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto [viitattu 19.10.2009]. Saatavissa <http://www.etene.org> > tukija > ohjeita tutkijoille ja eettisille toimikunnille

Euroopan yhteisöjen komissio. 2008. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille ja neuvostolle potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemiseksi ja valvonnasta.

Freeman, T. 2006. 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 491-497

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.

Kansanterveyslaki [viitattu 19.11.2009] Saatavissa

[http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kansanterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066?search[type]=pika&search[pika]=kansanterveyslaki)

Kestinen, T.; Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärelehti 44/ 2008 vsk 63. 3785-3789.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Kohn, L.; Corrigan, J. & Donaldson, M. toim. 2006. To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington D.C.: National academy press.

Kuisma, M.; Holmström, P. & Porthan K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Tammi

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61 [viitattu 2.12.2009] saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061>

Lankshear, A.; Lawson, K.; Harden, J.; Lawson, P. & Saxby, R.C. 2008. Making patients safer: nurses' responses to patient safety alerts. Journal of Advance Nursing 63 (6), 567-575.

O'Brien, DJ.; Price, TG.& Adams, P. The effectiveness of lights and siren use during ambulance transport by paramedics. Prehosp Emerg Care 1999;3(2):127-130

Reason, J. 1990. Human Error. New York: Cambridge University Press.

ROHTO, 2007. Potilasturvallisuussanasto Lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO

Ruusuvuori, J. & Tiittu, L. 2005. Haastattelututkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus.

Ryynänen, O-P.; Iiro, T.; Reitala, J.; Pälve, H. & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 2008; 32.

Sairaankuljetusasetus 1994 [viitattu 19.03.2010] Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940565>

Sandman, L. & Nordmark, A. Ethical conflicts in prehospital emergency care, 2006. Nursing Ethics 2006 13 (6) 592-607.

Shaw, R.; Drever, F.; Hughes, H.; Osborn, S. & Williams S. 2005. Adverse events and near miss reporting in the NHS. Quality & Safety in Health Care 2005; 14: 279-283.

Sipilä, P.; Kankkunen, P.; Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede vol 19, 6/2007 305-313. Vammala: HTTS ry

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009-2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 19.10.2009]. Saatavissa
<http://www.stm.fi> > julkaisut > julkaisuhaku > Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä

Säämänen, J. 2008. Ensihoito-osaamisen kehittäminen täydennyskoulutuksen avulla. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 42. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakiryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28 Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf

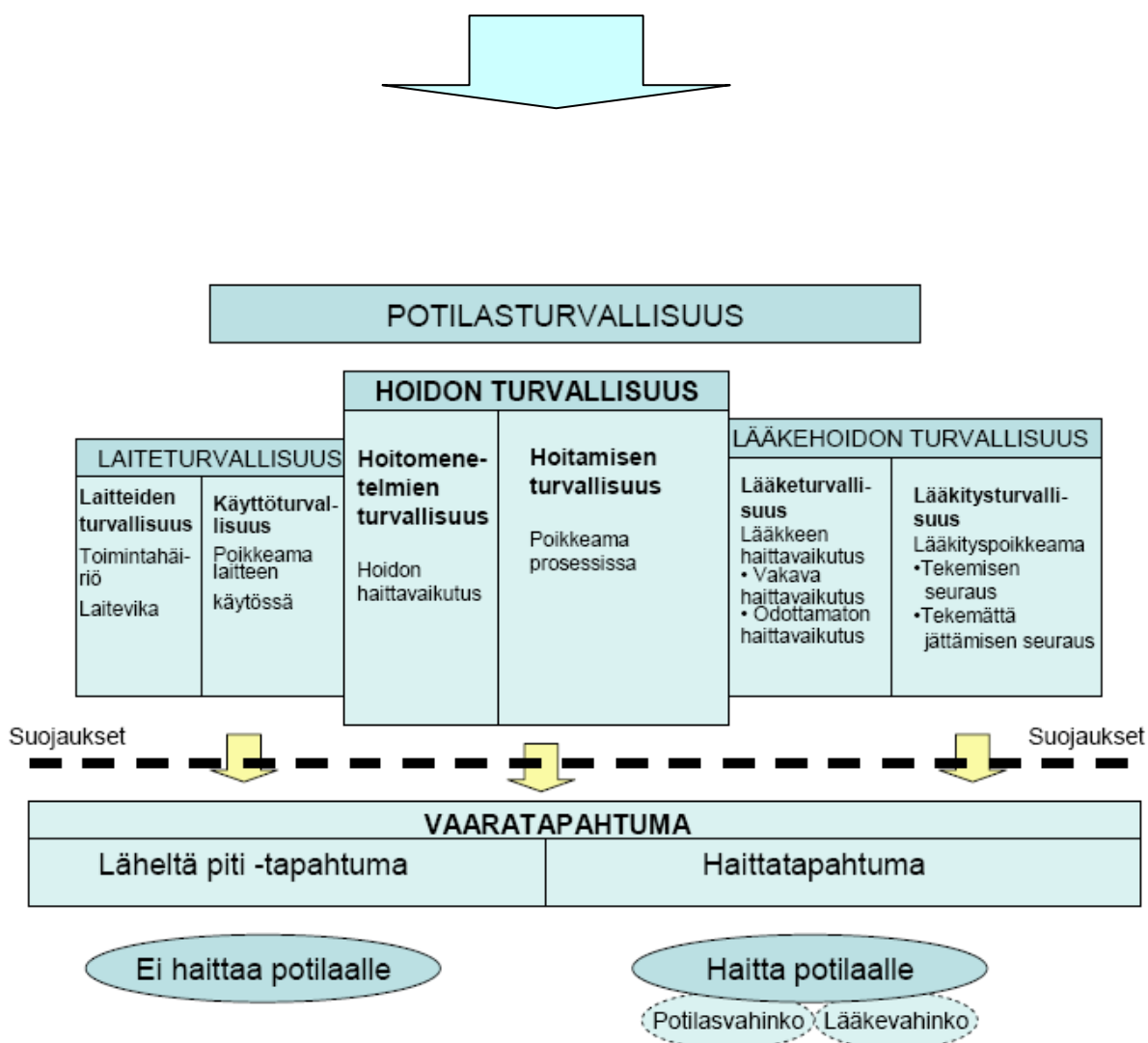
Vincent, C. 2001. Clinical Risk Management. Intia, Noida: BMJ

WHO, 2008. World Alliance for patient safety 2008. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications of Research. The Research Priority Setting Working of the Worlds Alliance for patient Safety. Spain.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampere.

Liite 2

(Turvallisuus)kulttuuri, johtaminen, säädökset ja vastuu



Liite 1

1 TIETOK ANTA	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	sairaankuljetus AND vaaratapahtuma sairaankuljetus AND hoidon laatu ambulanssi AND potilasturvallisuus ambulanssi AND haittatapahtuma ambulanssi AND vaaratapahtuma ambulanssi AND hoidon laatu akuuttihoitopalvelu AND hoidon laatu akuuttihoitopalvelu AND potilasturvallisuus akuuttihoitopalvelu AND haittatapahtuma akuuttihoitopalvelu AND vaaratapahtuma ensihoito AND potilasturvallisuus ensihoito AND haittatapahtuma ensihoito AND vaaratapahtuma ensihoito AND hoidon laatu 	0 kpl 1 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 10 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 0 kpl 8 kpl	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Medline Ovid	paramedic and patient safety paramedic and adverse event paramedic and quality of care ambulance and patient safety ambulance and adverse event ambulance and quality of care prehospital and patient safety prehospital and adverse event 	10 kpl 1 kpl 13 kpl 24 kpl 3 kpl 27 kpl 14 kpl 7 kpl	1 0 1 5 2 0 4 1	1 0 0 5 1 0 3 0	0 0 0 0 0 0 0 0

Cinahl	paramedic and patient safety	9 kpl	1	1	0
	paramedic and adverse event				
	paramedic and quality of care	1 kpl	0	0	0
	ambulance and patient safety	11 kpl	0	0	0
	ambulance and adverse event				
	ambulance and quality of care	21 kpl	5	1	0
	prehospital and patient safety				
	prehospital and adverse event	2 kpl	1	1	0
	prehospital and quality of care	14 kpl	0	0	0
	16 kpl	5	5	0	
	4 kpl	0	0	0	
	23 kpl	3	3	0	

Liite 6

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Tutkimuksen tekijät: Tero Peltomaa, Lauri Riihimäki ja Petri Salminen

Tutkimuksen nimi: Potilasturvallisuus ensihoitotyössä

Olen saanut tiedot potilasturvallisuutta ensihoitotyössä kartoittavasta tutkimuksesta. Osallistun haastatteluun vapaaehtoisesti, ja tiedän että minulla on mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen syytä ilmoittamatta. Tutkimukseen osallistuminen, osallistumatta jättäminen tai keskeyttäminen ei vaikuta työhöni. Annan tutkijalle nimi- ja yhteystietoni luottamuksella. Henkilöllisyyteni ei paljastu tutkimusraportissa.

_____päivänä _____kuuta 2010

Nimi _____

Nimenselvennys _____

Sähköposti _____