



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KULJETTAMATTAJÄTTÄMINEN ENSIHOIDOSSA

Päätöksenteon perustelu dokumentoinnissa

TEKIJÄT: Marianne Päivärinta
Riikka Ranta- Nilkku
Minttu-Maija Repo

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala		
Koulutusohjelma Ensihoidon koulutusohjelma		
Työn tekijät Marianne Päivärinta, Riikka Ranta-Nilkku ja Minttu-Maija Repo		
Työn nimi Kuljettamattajättäminen ensihoidossa: Päätöksenteon perustelu dokumentoinnissa.		
Päiväys 15.4.2013	Sivumäärä/Liitteet	53/6
Ohjaaja Lehtori Päivi Smahl		
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Pohjois-Savon Ensihoitokeskus/Ylihoitaja Heikki Paakkonen		
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten potilaiden kuljettamattajättämispäätös ensihoitotehtävillä dokumentoidaan ja perustellaan verrattuna nykyisiin valtakunnallisiin ensihoidon toimintaohjeisiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) alueella Kuopiossa. Tutkimuksen tavoitteena oli ensihoidon laadun ja potilasturvallisuuden kehittäminen. Tavoitteena oli, että PSSHP:n Ensihoitokeskus pystyisi käyttämään tutkimuksen tuloksia toimintansa kehittämisessä.</p> <p>Tutkimusaineistoksi kerättiin 20 ensihoitokertomusta Kuopion hoitoyksikön ensihoitotehtäviltä, joissa oli tehty potilaan kuljettamattajättämispäätös koodilla X-2 (potilas luovutettu poliisin huostaan), X-5 (potilaalla ei ensihoidon tarvetta), X-6 (potilas kieltäytyy hoidosta) ja X-8 (potilas hoidettu kohteessa). Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen teorialähtöisen sisällönanalyysin periaatteita soveltaen. Potilaan kuljettamattajättämispäätösten dokumentoituja tietoja verrattiin ensihoidon valtakunnallisiin toimintaohjeisiin.</p> <p>Toimintaohjeiden noudattaminen oli vaihtelevaa. Potilaan kuljettamattajättämispäätöksen perustelut oli dokumentoitu parhaiten toimintaohjeisiin verraten X-8-koodiin päättyneillä tehtävillä ja puutteellisimmin X-2-koodeihin päättyneillä tehtävillä. Potilaiden jatkohoito-ohjeistus oli koko tutkimusaineiston ensihoitokertomuksissa puutteellisesti dokumentoitu.</p> <p>Potilaan kuljettamattajättämispäätöksen perustelujen dokumentointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota niin ensihoidon koulutuksessa kuin ensihoitopalvelua tuottavissa yksiköissä. Potilaan huolellinen tutkiminen, ohjeistus ja kirjaaminen edistäisivät potilasturvallisuutta, parantaisi ensihoidon laatua sekä varmistaisi työntekijän oikeusturvan toteutumista.</p> <p>Jatkotutkimushaasteita ovat potilaan kuljettamattajättämisen tutkiminen suuremmasta aineistosta määrällisillä tutkimusmenetelmillä. Kiinnostavaa olisi myös selvittää, miten sähköinen kirjaaminen yleistyessään vaikuttaa ensihoidon dokumentoinnin laatuun.</p>		
Avainsanat ensihoito, sairaankuljetus, päätöksenteko, potilasturvallisuus, dokumentointi, kirjaaminen		

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Paramedics			
Authors Marianne Päivärinta, Riikka Ranta-Nilkku ja Minttu-Maija Repo			
Title of Thesis When patient is not transported to hospital in EMS: documentation of decision making			
Date	15.4.2013	Pages/Appendices	53/6
Supervisor Senior lecturer Päivi Smahl			
Client Organisation /Partners North-Savo health care district emergency medical service center/Head nurse Heikki Paakkonen			
<p>This study describes the circumstances as to when advanced level emergency medical services (EMS) personnel did not transport patients to the hospital after assessing the patient. The study examined how the decision to transport a patient to the hospital was documented compared to Finland's current guidelines. Cases from the North-Savo health care district in Kuopio, Finland were studied. The aim of the study is to improve EMS quality and patient safety.</p> <p>20 legal documents from Kuopio's EMS records were examined. In all 20 cases, the advanced level EMS personnel classified patients as either: X-2 (patient is given to the police), X-5 (patient does not need immediate emergency care), X-6 (patient refuses care), or X-8 (care is given to patient on site). A data-based content method was used to analyse the material. Completed emergency care forms were compared to Finland's current guidelines as to whether to transport or not to transport a patient to the hospital.</p> <p>While studying the completed forms, many variations from Finland's directive were found. The X-8 cases were found to contain the best documentation, while the X-2 cases contained the worst. Instructions given to patients were documented insufficiently.</p> <p>More attention should be given towards documentation not only in EMS degree studies but also by EMS providers and organizations. If patients were examined, given instructions and documented carefully as per Finland's guidelines, EMS quality, patient safety and EMS personnel protection under the law/due process would improve.</p> <p>Further research could be conducted by using the quantitative research method. A topic for further studies could be to study how electronic documentation has changed the quality of EMS documentation.</p>			
Keywords emergency medical service, ambulance, prehospital, decision making, patient safety, documentation			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	7
2	ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ	9
2.1	Ensihoitopalvelu ja kuljettamattajättäminen	9
2.1.1	Ensihoitotehtävien kiireellisyysluokat	9
2.1.2	Ensihoitotehtävien koodit	10
2.1.3	Kuljettamattajättäminen ja X-koodit	10
2.1.4	Koodit X-2, X-5, X-6 ja X-8	11
2.2	Ensihoidon valtakunnalliset toimintaohjeet	12
2.3	Ensihoidon dokumentointi	13
2.4	Pohjois-Savon pelastuslaitos ensihoitopalvelujen tuottajana	14
3	POTILASTURVALLISUUS	15
3.1	Potilasturvallisuus ensihoidossa	15
3.2	Potilasturvallisuus kuljettamattajättämisessä	17
4	PÄÄTÖKSENTEKO ENSIHOITOTYÖSSÄ	19
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
6	TUTKIMUKSEN TEKEMINEN	22
6.1	Tutkimusmenetelmä	22
6.2	Aineiston kerääminen	23
6.3	Aineiston analyysi	24
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
7.1	Potilas ohjattu poliisin huostaan (X-2)	26
7.2	Ei ensihoidon tarvetta (X-5)	27
7.3	Potilas kieltäytyi hoidosta (X-6)	28
7.4	Potilas hoidettu kohteessa (X-8)	29
8	POHDINTA	31
8.1	X-2-tilanteiden tulosten pohdinta	31
8.2	X-5 ja X-8-tilanteiden tulosten pohdinta	32
8.3	X-6-tilanteiden tulosten pohdinta	35
8.4	Eettisyys ja luotettavuus	36
8.5	Jatkotutkimusehdotuksia	38
8.6	Oppimisprosessi	38

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Tehtäväkoodit

Liite 2. X-2 toimintaohjeet

Liite 3. X-5 toimintaohjeet

Liite 4. X-6 toimintaohjeet

Liite 5. X-8 toimintaohjeet

Liite 6. Teorialähtöisen sisällönanalyysin analyysirunko

1 JOHDANTO

Ensihoito on sairaalan ulkopuolista julkisen terveydenhuollon päivystyspalvelua (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Merkittävä osa ensihoitotehtävistä, joissa ensihoito on hälytetty paikalle hätäkeskukseen soitetun hätäpuhelun perusteella, ei johda potilaan kuljettamiseen terveydenhuollon päivystyspisteeseen. Päätös potilaan kuljettamattajättämisestä voidaan tehdä potilaan tilanarvion ja mahdollisesti myös potilaalle annetun hoidon jälkeen. Potilaan kuljettamattajättämiseen voidaan päätyä myös operatiivisista tai teknisistä syistä. (Määttä 2013a, 51–57.)

Kuljettamattajättämisen toimintamalli on järkevä, sillä monien potilaiden tila ei edellytä välitöntä kuljettamista terveydenhuollon päivystyspalveluun. Kaikkien ensihoidon kohtaamien potilaiden kuljettaminen lisäisi tarpeettomasti yhteiskunnan kustannuksia ja kuormittaisi turhaan hoitolaitoksia, eikä olisi kaikille potilaille mielekkäin tapa hakeutua hoitoon. (Määttä 2013a, 62.) Kuljettamattajättämispäätöksen tekeminen on kuitenkin haastavaa, koska siinä tulee hallita monia päätöksentekoon vaikuttavia osa-alueita (Määttä 2013a, 62; Rekola 2008, 46–51). Siihen liittyy myös monia eri riskitekijöitä, jotka ammattitaitoisen ensihoitohenkilökunnan tulee päätöksenteossaan huomioida (Määttä 2013a, 51–62; Nurmi 2013, 110–118).

Ensihoitajan työtä ja päätöksentekoa, kuten kuljettamattajättämistä, ohjaavat nykyisten hoitosuosituksen, lakien ja asetusten perusteella laaditut ensihoidon toimintaohjeistukset (Silfvast, Castrén, Kurola, Lund, & Martikainen 2010). Ensihoitotyössä ja ensihoidon harjoittelujaksoilla olemme kuitenkin huomanneet, että valtakunnallisista toimintaohjeista huolimatta potilaiden kuljettamattajättämisen toimintatavat vaihtelevat ensihoitopalvelun tuottajien ja sairaanhoitopiirien välillä.

Potilaan kuljettamattajättämiseen päätyvien ensihoitotehtävien määrän ennakoidaan kasvavan entisestään, ja se tekee asiasta erityisen kiinnostavan tutkimusaiheen. Kuisman (2007) Sosiaali- ja terveysministeriölle tekemässä selvityksessä ennakoidaan ensihoidon tehtävämäärien nousua väestön ikääntymisen, hoitolaitteiston kehittymisen ja avohoidon suosimisen vuoksi. Ensihoidon kehittymistä koskevan selvityksen mukaan myös kynnys ensihoitopalvelun hälyttämiseen on madaltunut. Näiden asioiden uskotaan vaikuttavan siihen, että suuri osa ensihoidon kohtaamista potilaista ei vaadi päivystyksellistä hoitoa vaan heidät voidaan ohjata kiireettömän terveydenhuollon palveluun tai heidät voidaan ohjata hakeutumaan muulla kyydillä kuin ambulanssilla terveydenhuollon päivystykseen. Kuisma (2007) arvioi myös, että ensihoidon kehittyessä potilaita on yhä enemmän mahdollista hoitaa tapahtumapaikalla. (Kuisma 2007).

Kuljettamattajätetyt potilaat ovat yksi ensihoidon suurimmista potilasryhmistä, mutta aihetta on Suomessa tutkittu tekemiemme aineistohakujen (Pubmed, Cinahl, Medic, Terveysportti) perusteella ainoastaan muutamissa opinnäytetöissä (Vilhunen 2008; Tillanen & Himanen 2010). Jotta ensihoitopalvelun laatua voidaan kehittää, tarvitaan tietoa kuljettamattajättämisen tämänhetkisestä tilanteesta. Laadukkaan ensihoitopalvelun keskeinen osa on potilasturvallisuus, jonka kehittäminen on linjattu yhdeksi terveydenhuollon kehittämishaasteeksi (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009).

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää ja kuvata, miten potilaiden kuljettamattajättämispäätös ensihoitotehtävillä tehdään. Tutkimukssamme tarkastelemme myös, miten kuljettamattajättämispäätöksen tekeminen toteutuu nykyisten Ensihoito-oppaassa (Silfvast ym. 2010) olevien valtakunnallisten toimintaohjeiden mukaisesti. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön resurssit eivät riitä tämännäyttymisen tutkimuksen tekoon kovin laajasta tutkimusaineistosta, joten tutkimuksen tarkoituksena onkin saada vain suuntaa-antava katsaus potilaan kuljettamattajättämisen toteuttamisesta.

Potilaan kuljettamattajättäminen valittiin tutkimuksemme aiheeksi yhteistyössä opinnäytetyömme tilaajan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) Ensihoitokeskuksen kanssa. Ensihoitokeskus vastaa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen lakisääteisistä ensihoitotehtävistä (vrt. Kuopion yliopistollinen sairaala 2012; Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013; L 2010/1326). Tutkimuksemme tavoitteena on, että työmme tilaaja PSSHP:n Ensihoitokeskus pystyisi käyttämään tutkimuksen tuloksia ensihoitopalvelun laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tutkimusaiheeseen perehtyminen antaa meille hyviä valmiuksia potilaiden kuljettamattajättämispäätösten tekemiseen, oman toiminnan ja ensihoitopalvelun laadun arvioimiseen tulevaisuuden työelämässä.

2 ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ

2.1 Ensihoitopalvelu ja kuljettamattajättäminen

Ensihoito on Suomen julkisen terveydenhuollon päivystyspalvelua, joten suurin osa sitä ohjaavista laeista on terveydenhuoltoa koskevia lakeja. Kaikille riittävät julkiset terveyspalvelut ovat Suomen perustuslaissa määritelty perusoikeus (L 1999/731 19 §). Tarkemmin terveydenhuoltoa ohjataan muun lainsäädännön avulla (Lohiniva-Kerkelä 2012, 129–132).

Ensihoitopalvelu on alueen sairaanhoitopiirin järjestämää terveydenhuollon hoitolaitoksien ulkopuolista päivystystoimintaa. Ensihoito toimii yhteistyössä muiden päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa muodostaen yhdessä alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Sen perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana. Jos potilas tarvitsee jatkohoitoa terveydenhuollon toimipisteissä, ensihoitopalvelun yksikkö kuljettaa hänet tarkoituksenmukaisimpaan päivystävään hoitoyksikköön. (L 2010/1326.)

Ensihoitopalvelu vastaa ensihoitovalmiuden ylläpidosta ja päivittäistoiminnasta. Ensihoitopalveluun sisältyy myös virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi. Ensihoitopalvelu osallistuu alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon päivittäistoiminnasta poikkeavien tilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten kanssa. (L 2010/1326.)

Muista ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta sekä ensihoitopalveluun osallistuvien yksiköiden ja henkilöstön määrittelystä ja vaatimuksista säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelun järjestämisestä A 2011/340.)

2.1.1 Ensihoitotehtävien kiireellisyysluokat

Hätäkeskuksessa tehdään hätäpuhelun perusteella riskinarvio, joka perustuu sairastuneen primarioireen tunnistamiseen tai vammautumisen synty- tai onnettomuuden tapahtumamekanismiin. Riskinarvion avulla tehtävät jaetaan neljään eri kiireellisyysluokkaan, jotta käytettävissä olevia ensihoidon resursseja voidaan ohjata ja priorisoida. (A 2011/340; Seppälä 2010b, 346.)

A-luokan tehtävä on korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella epäillään avuntarvitsijan peruselintoimintojen olevan välittömästi uhattuna. B-luokan tehtävän arvioidaan olevan todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa ei ole varmuutta avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta. A- ja B-luokan tehtäville on pääsääntönä aina hälyttää nopein, lähin ja tarkoituksenmukaisin ensihoitoyksikkö. C-luokan tehtävässä avuntarvitsijan peruselintoimintojen tilan arvioidaan olevan vakaa tai häiriön lievä, mutta tilanne vaatii ensihoitopalvelun no-

peaa arviointia. C-luokan tehtävän tavoitevasteaika on alle 30 minuuttia. D-luokan tehtävä on ensihoidon kiireetön, matalariskinen tehtävä, sillä avuntarvitsijan tila on arvioitu vakaaksi ja hänellä ei ole peruselintoimintojen häiriöitä. D-luokan tehtävää voidaan odottaa, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi 2 tunnin vasteajan sisällä. Jos tämä aika ylittyy, uusi arvio on tarpeen. (A 2011/340; Seppälä 2010b, 346–349.)

2.1.2 Ensihoitotehtävien koodit

Hätäkeskuslaitos antaa tehtävän ensihoitoyksikölle tehtäväkoodilla. Tehtäväkoodin valintaan käytetään tehtäväluokkaluetteloa, jossa on määritelty numeroin ja sanoin tehtäväkoodi (liite 1). Tehtäväluokkaluettelo on yleinen kaikille hätäkeskustoimintaan osallistuville. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 40.)

Kun ensihoitoyksikkö lähtee kuljettamaan potilasta, se ilmoittaa hätäkeskukselle kuljetuskoodin ja varausasteen. Ilmoitetun varausasteen perusteella hätäkeskus pystyy priorisoimaan muiden kuljettamassa olevien ensihoitoyksiköiden käytettävyyttä päällekkäistehtäviin. Kuljetuskoodi palvelee ensihoidon laadun valvontaa ja kehittämistä, ja myös sen valinta perustuu sairastumisen primaarioireeseen tai vammautumisen/onnettomuuden synty-/tapahtumamekanismiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 26.)

2.1.3 Kuljettamattajättäminen ja X-koodit

Ambulanssin hälyttäminen ei aina johda potilaan kuljetukseen. Tällöin kuljetuskoodin sijaan ensihoitoyksikkö ilmoittaa hätäkeskukselle kuljettamattajättämistä tarkoittavan X-koodin (Taulukko 1). X-koodeja on yhteensä kymmenen, X-0–X-9. (Määttä 2013a, 51–57.)

TAULUKKO 1. X-koodit (Määttä 2013a, 51)

X-0	tekninen este
X-1	kuollut
X-2	terveydentila määritetty, ohjattu poliisin suojaan
X-3	pyydetty kohteeseen muuta apua
X-4	muu kuljetus
X-5	terveydentila määritetty, ei tarvetta ensihoitoon tai hoitotoimenpiteisiin
X-6	potilas kieltäytyi
X-7	potilasta ei löydy
X-8	potilas hoidettu kohteessa
X-9	tehtävän peruutus

X-koodiin päättyvät ensihoitotehtävät ovat merkittävä ensihoitopalvelun tehtävätyyppi, sillä ne muodostavat noin kolmasosan koko ensihoidon tehtävämäärästä. Pohjois-Savon pelastuslaitoksen alueella vuonna 2011 Kuopion ensihoitoyksiköiden suorittamista ensihoitotehtävistä kuljettamattajättämispäätös tehtiin 32 %:ssa tehtävistä (Hartikainen 2012). Helsingin pelastuslaitoksen tilastojen mukaan kuljettamattajättämiseen päättyneet ensihoitotehtävät ovat kasvaneet viime vuosikymmenen aikana 35 prosentista 42 prosenttiin (Porthan 2012a).

Kuljettamattajättäminen on haasteellista potilaan ja ensihoitajan oikeusturvan kannalta, mutta järkevää, mikäli sitä käytetään harkiten ja vastuullisesti. Harkinta ja päätöksen teko tulee pystyä todistamaan jälkikäteen, jos päätös riitautetaan. (Määttä 2013a, 59). Myös suurin osa ensihoidon potilaspalautteesta liittyy kuljettamattajättämistilanteisiin (Kuisma & Hakala 2013, 75).

Aineistohakujemme perusteella kuljettamattajättämistä on Suomessa tutkittu opinnäytetöinä (Vilhunen 2008; Tillanen & Himanen 2010) Opinnäytetöinä on tehty myös lukuisia kuljettamattajättämisen paikkakunta- ja oiretyyppikohtaisia lisäohjeistuksia eri puolilla Suomea toimiville ensihoidon organisaatioille (Pehkonen & Kiiski 2011; Kumpulainen & Rätty 2010; Lindholm & Manner 2010; Lehtola & Koskela 2009; Mäkelä & Salonen 2009). Ulkomaisissa kuljettamattajättämistä käsittelevissä tutkimuksissa on esimerkiksi selvitetty, miten käyttöönotetut toimintaohjeet ohjaavat potilaan kuljettamattajättämistä (Gray & Wardrope 2007), seurattu kuljettamattajätettyjen potilaiden tilaa puhelin-kyselyllä (Pringle, Carden, Xiao & Graham 2005) sekä tutkittu sitä, pystyvätkö ensihoitajat turvallisesti arvioimaan, mitkä potilaat eivät tarvitse kuljetusta ja hoitoa (Silvestri, Rothrock, Kennedy, Ladd, Bryant & Pagane 2002; Hauswald 2002). Aiheeseen liittyviä ulkomaisia tutkimustuloksia ei voida suoraan yleistää Suomeen, sillä eri maiden ensihoidon käytännöt, koulutus ja toimintaohjeistus eroavat merkittävästi Suomen järjestelmästä (Määttä 2008, 31).

2.1.4 Koodit X-2, X-5, X-6 ja X-8

Tutkimuksessamme tarkastelemme neljää eri potilaan tilanarvion ja mahdollisen hoidon jälkeen potilaan kuljettamattajättämiseen päättynyttä tehtävätyyppiä, jotka ovat X-2, X-5, X-6 ja X-8.

Kun potilas ohjataan poliisin huostaan, tulee kuljettamattajättämiskoodiksi X-2. Henkilö voidaan ohjata poliisin huostaan, jos hän on päihtynyt ja aiheuttaa käyttäytymisellään häiriöitä. Potilas ohjataan poliisin huostaan myös, mikäli hän on vaarassa paleltua, joutua väkivallan uhriksi tai hän käytöksellään oletettavasti aiheuttaisi uuden avunpyynnön. (Määttä 2013a, 53–54) Laki päihtyneiden käsittelystä (1973/461) edellyttää poliisia toimittamaan päihtyneet ensisijaisesti selviämisasemalle tai muuhun hoitopaikkaan, jossa potilaan vointia voidaan seurata. Vain väkivaltaisiksi tiedetyt päihtyneet otetaan poliisin suojaan (L 1973/461). Tällöinkin vapautensa menettäneillä henkilöillä on oikeus terveydenhuollon palveluihin, jos heidän terveydentilansa sitä vaatii. Jos sairasta vapautensa menettänyttä ei voida asianmukaisesti hoitaa tai tutkia poliisin tiloissa, on hänet toimitettava sairaalaan hoitoon. (Laki poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta 2009/841.) Selviämisasemien vähäisyyden vuoksi poliisi joutuu yleensä sijoittamaan päihtymyksen vuoksi säilöön otetut putkatiloihin (Poliisi

2013). Henkilöllä ei tällöin saa olla merkkejä vammasta, myrkytyksestä tai sairaskohtauksesta ja vointi on arvioitu vakaaksi (Castrén 2010, 319–320; Määttä 2013a, 53–54).

Kun ensihoitoyksikkö arvioi, että potilaalla ei ole ensihoidon tarvetta eikä tarvetta päivystyksellisiin tutkimuksiin lääkärin vastaanotolla, tulee kuljettamattajättämiskoodiksi X-5. Kyse voi olla potilaan jokin päiväisestä oireesta, yksinäisyydestä tai pelokkuudesta. Apua on voitu hälyttää myös pienissä tapaturmissa, vähäisissä tai vaarattomissa oireissa, joihin löytyy ratkaisu tilannepaikalla. (Castrén 2010, 321–322; Määttä 2013a, 54–55.)

Jos potilaalla on todettu ensihoidon ja kuljetuksen tarve, mutta potilas itse haluaa kieltäytyä hoidosta, tulee kuljettamattajättämiskoodiksi X-6 (Määttä 2013a, 55–56; Castrén 2010, 322–324). Täysi-ikäisillä henkilöillä on itsemääräämisoikeus, joka on määritelty potilaan asemaa ja oikeutta koskevassa laissa (L 1992/785). Potilaan oikeudesta kieltäytyä hoidosta voidaan poiketa vain erityistilanteissa mielenterveys-, päihdehuolto-, tartuntatauti- tai lastensuojelulain perusteella (L 1986/41; L 1990/1116; L 1986/583; L 2007/417). X-6-tehtävissä päätöksenteon keskeisin osa-alue onkin arvioida, onko potilas kykenevä tekemään päätöksiä omasta tilastaan vai vaikeuttavatko otetut päihteet, sairaus tai vamma hänen päätöksentekokykyään. Potilasta tulee aina hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja häntä tulee informoida asiallisesti tilaan liittyvistä riskeistä sekä ongelmista, mitä voi ilmentyä, mikäli oiretta ei hoideta (L 1992/785). Jos potilas kieltäytyy hoidosta, kerrotaan vastuun siirtymisestä potilaalle, pyydetään potilaan allekirjoitus ja pyydetään päivystävältä lääkäriltä hoitomääräys. (Castrén 2010, 322–324.)

Jotkin sairauskohtaukset tai lievät vammat voidaan myös hoitaa sairaalan ulkopuolella, jolloin kuljettamattajättämiskoodiksi tulee X-8. Potilaalle on tehty hoitotoimenpiteitä kuten esimerkiksi lääkehoito laskimoon, lihakseen tai hengitysteihin erityisvälineiden avulla. Nämä ovat vaikuttaneet hänen vointinsa korjaantumiseen ja hänet voidaan turvallisesti jättää kuljettamatta. Mikäli potilas on oireeton ja vointi on vakaa, terveydenhuollon päivystykseen kuljettamiselle ei ole enää tarvetta. (Määttä 2013a, 56–57; Castrén 2010, 324–235) Potilaan tilanteesta konsultoidaan tarvittaessa päivystävää lääkärinä ja häneltä saadaan hoito- ja jatkohoito-ohjeet tilanteeseen (Castrén 2010, 324–235).

2.2 Ensihoidon valtakunnalliset toimintaohjeet

Ensihoidon valtakunnalliset toimintaohjeet on koottu eri sairaanhoitopiirien ja kuntien ensihoidon vastuulääkäreiden yhteistyönä Ensihoito-oppaaksi (Silfvast ym. 2010). Ohjeet perustuvat lainsäädäntöön, hoitosuosituksiin, vakiintuneeseen lääketieteelliseen tietoon ja kokemukseen ensihoidon kenttätyöstä ja sen ohjauksesta. Oppaassa olevat toimintaohjeet on jaoteltu tehtäväkoodeittain sekä eri ensihoidon yksiköiden tasoille. Lisäksi oppaassa on muita yhteisiä ohjeita, kuten ohjeet potilaan kuljettamatta jättämiseen, hoito-ohjeen pyytämiseen ja raportointiin, toimenpiteisiin ja lääkkeisiin. Toimintaohjeistus auttaa ensihoidossa työskenteleviä toimimaan voimassa olevien hoitosuositusten, lakien ja asetusten mukaisesti sekä määrittää heidän työhönsä liittyvät oikeudet ja velvoitteet. Toimintaohjeet eivät kuitenkaan anna ensihoitajille oikeutta soveltaa ohjeita suoraan käytäntöön, vaan

vaaditaan ensihoidon vastuulääkärin hyväksyntä ja tämän antama velvoite toimia toimintaohjeiden mukaisesti. (Silfvast ym. 2010.)

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) ensihoidon toimintaohjeet perustuvat Ensihoito-oppaaseen (Silfvast ym. 2010; Kurola 2012). PSSHP:ssä on valtakunnallista ohjeistusta täsmennetty antamalla lisäohjeita hoito-ohjeen pyytämiseksi. Ensihoitolääkäriltä pyydetään hoitomääräys, mikäli potilaalla on häiriöitä peruselintoiminnoissa: hengityksessä, verenkierrossa tai tajunnassa. Ensihoitolääkäriltä tulee ensisijaisesti pyytää hoito-ohjeita aina X-8 -tilanteessa, kun potilas on hoidettu kohteessa tutkimusten jälkeen, toissijaisesti voidaan hoito-ohje pyytää myös perusterveydenhuollon lääkäriltä. X-5 -tilanteessa, joissa terveydentila on määritelty ja ei ole tarvetta ensihoitoon tai hoitotoimenpiteisiin, hoito-ohje tulee pyytää ensisijaisesti perusterveydenhuollon lääkäriltä erityisesti tilanteessa, jossa on ristiriitaa potilaan ja ensihoitajan välillä, tai jos on jouduttu tekemään tilannearviota varten lisätutkimuksia. X-6 -tilanteessa hoito-ohje pyydetään ensisijaisesti perusterveydenhuollon lääkäriltä, kun potilas kieltäytyy hoidosta ja erityisesti jos on epäily somaattisesta tai psyykkisestä ongelmasta eikä potilas suostu lähtemään hoitolaitokseen. Saadut hoito-ohjeet kirjataan huolellisesti. Ensihoitokertomukseen tulee myös kirjata riittävät tapahtumatiedot, tiedot potilaan tilanteesta sekä hoito-ohjeen pyytäjän ja antajan nimet. (Kurola 2012.)

2.3 Ensihoidon dokumentointi

Terveydenhuollossa tunnetaan sanonta: ”Mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty tai havaittu”. Sanonnan takana on potilasasiakirjojen laatimista ohjaava lainsäädäntö. (Porthan 2012b, 81). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L1992/785) määrää, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen sekä seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Laki koskee myös ensihoidossa tehtävää kirjaamista.

Ensihoitokertomuksena käytetään Suomessa Kansaneläkelaitoksen lomaketta SV 210, selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta. Lomake on kehitetty ensihoidon laskutusta varten, mutta lomakkeen rakenne ohjaa myös ensihoitajaa etenemään huolellisesti ja systemaattisesti tilanteen ja taustatietojen selvittelystä potilaan tilanarvion perusteella annettavaan hoitoon ja kuljetukseen. Ensihoitokertomukseen kirjataan asioita eri tavoin; sanallisesti, yleisesti käytössä olevin lyhentein ja symbolein sekä numeroarvoin. (Loikas 2010 329–332; Riihelä & Porthan 2013, 36–42; Seppälä 2010a, 338–340; Porthan 2012b, 81–84.)

Eriyisen tärkeää lomakkeen huolellinen täyttö on niissä tilanteissa, joissa potilasta lääkittää tai jätetään kuljettamatta. Tällöin hyvin täytetyllä kertomuksella on merkitystä myös ensihoitajan oikeusturvan kannalta mahdollisten myöhempien tapahtumien varalta. Ensihoitokertomus on usein ainoa dokumentti, joka jää, jos potilasta ei kuljeteta hoitolaitokseen. (Riihelä & Porthan 2013, 36.) Ensihoitokertomus on arvokas dokumentti myös potilaan vastaanottajalle hoitopaikassa, koska oikein täytettyä siitä ilmenee tarpeelliset tiedot hätäkeskuksen hälytyksestä alkaen (Kemppainen 2013, 92).

Suomessa ensihoidossa on yleistymässä sähköinen johtamis- ja raportointijärjestelmä, joka on käytössä ainakin Helsingissä ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä (Riihelä & Porthan 2013, 42–43; Porthan 2012 c, 88–94). Sosiaali- ja terveysministeriöllä (STM) on ollut jo vuodesta 2002 suunnitelma sähköisten potilasasiakirjojen valtakunnallisen järjestelmän laatimisesta koko Suomeen (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 2004). Koska ensihoito on osa terveydenhuoltoa, myös ensihoidossa sähköinen kirjaaminen tullaan ottamaan asteittain käyttöön koko Suomessa (L 2010/1326 42§). Sähköinen kirjaaminen helpottaa ja nopeuttaa kirjaamista sekä parantaa dokumentaation laatua. Sähköisen kirjaamisen ohjelmalla on mahdollista päästä näkemään potilasasiakirjoja, mikä voi antaa ensihoitajalle paljon lisätietoa potilaasta. Järjestelmän avulla voidaan myös kirjata ensihoidon käynti potilasasiakirjoihin, ja näin tieto siirtyy potilaan jatkohoidosta vastaavalle henkilölle. Tämän lisäksi sähköinen kirjaaminen ohjaa ensihoitajaa päätöksenteossa, koska se ohjaa tehtävän suorittamista ja muistuttaa esimerkiksi riittävistä tutkimuksista sekä jatkohoidon ohjauksesta. (Riihelä & Porthan 2013, 43–51; Porthan 2012 c, 88–94). Sähköisen johtamis- ja raportointijärjestelmän käytettävyydestä on tehty kaksi opinnäytetyötä (Heino 2012; Telkki 2012).

2.4 Pohjois-Savon pelastuslaitos ensihoitopalvelujen tuottajana

PSSHP tuottaa Pohjois-Savossa ensihoitopalvelut pääosin omana toimintanaan. Yhteistyötahoja ovat Pohjois-Savon Pelastuslaitos sekä kaksi yksityistä yritystä. Ambulansseja on yhteensä 32, joista PSSHP:n omia on 21 ambulanssia, Pohjois-Savon Pelastuslaitoksen 9 ambulanssia ja 2 ambulanssia on yksityisten yrittäjien. Kokonaisuuteen kuuluu lisäksi 8 ambulanssia, jotka huolehtivat pääsääntöisesti kiireettömistä hoitolaitosten välisistä ambulanssilla tapahtuvista potilassiirroista. PSSHP:n Ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa johtaa kenttäjohtaja, jonka asemapaikkana toimii KYS. Ensihoitolääkäri vastaa lääketieteellisestä päivystystoiminnasta KYS:n erityisvastuu -alueella, johon kuuluvat Pohjois-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Etelä-Savo ja Itä-Savo. Päivystävä ensihoitolääkäri toimii lääkärihelikopterissa, jonka asemapaikka on Joroinen. (PSSHP 2013.)

Pohjois-Savon pelastuslaitos aloitti toimintansa vuoden 2004 alusta. Pohjois-Savon seutukunnat kuuluvat pelastustoimen alueeseen, joita ovat Ylä-Savon, Koillis-Savon, Kuopion, Sisä-Savon ja Varkauden seutukunta. Tehtävänä on vastata toimialueellaan pelastuslaissa (Pelastuslaki L 2011/379) ja siitä koskevassa asetuksessa (Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta A 2011/407) alueelliselle pelastustoimelle määrättyistä tehtävistä. Pelastuslaitoksella on ensivasteyksiköt kaikissa toimipisteissä, jotka tukevat Pohjois-Savon alueen kuntien ensihoitopalveluita. (Pohjois-Savon pelastuslaitos 2012.)

Pohjois-Savon pelastuslaitos tuottaa ensihoitopalveluja Kuopion, Varkauden ja Suonenjoen kaupungeissa. Vuosittain ensihoitoyksiköt suorittavat noin 22 000 ensihoitotehtävää, joista Kuopion alueella suoritettiin 14 777 tehtävää vuonna 2011. (Hartikainen 2012.) Pelastuslaitoksen tavoitteena on tarjota laadukasta, monipuolista ja asiakaslähtöistä ensihoitopalvelua (Pohjois-Savon pelastuslaitos 2012).

POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Yleensä sosiaali- ja terveydenhuollossa laadulla tarkoitetaan potilaiden palveluiden tarpeeseen vastaamista ammattitaitoisesti, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti. Turvallinen hoito koostuu kolmesta periaatteesta: potilas saa oikeaa vaikuttavaa hoitoa ja se toteutetaan oikeaan aikaan sekä oikealla tavalla. Potilasturvallisuuden osa-alueita ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009.)

Suomessa on useita lakeja, joiden avulla edistetään potilasturvallisuutta: Terveydenhuoltolaki (L 2010/1326), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 1994/559), Potilasvahinkolaki (L 1986/585), Lääkelaki (L 1987/395) sekä Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (L 2010/629). Edellä luetellut lait edellyttävät, että terveydenhuollon toiminnan on oltava turvallista, laadukasta, ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista sekä sen tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin. Potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 38–40.)

Lainsäädännön lisäksi potilasturvallisuuskulttuuria kehitetään Suomessa erilaisin hankkein. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on laatinut potilasturvallisuusstrategian 2009–2013, jonka tarkoituksena on saada potilasturvallisuus entistä paremmin osaksi terveydenhuollon toimintatapoja. Strategian tavoitteena on, että potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja ennakoivasti, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan. Lisäksi tavoitteena on, että myös potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen ja potilasturvallisuus otetaan entistä paremmin esille terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. Strategian pohjalta on luotu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) valtakunnallinen Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011–2015. Ohjelman tavoitteena on puolittaa hoitoon liittyvät kuolemat ja haittatapahtumat. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009/3; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Haittatapahtumia sattuu noin kymmenelle prosentille potilaista, ja näistä yhdellä prosentilla haitta on pysyvä vammautuminen tai kuolema. Haittatapahtumat pitkittävät sairaalahoitoa ja aiheuttavat inhimillistä kärsimystä sekä taloudellisia menetyksiä. Lääkehoidon vahingot ovat yksi suurimpia haittojen aiheuttajia, muita ovat esimerkiksi kirurgisen hoidon haitat, infektiot, putoamiset ja kaatumiset sekä hoitolaitteiden käytössä tapahtuvat virheet. (Helovu ym. 2011, 18–20.)

3.1 Potilasturvallisuus ensihoidossa

Ensihoito voidaan määritellä asiantuntijapalveluksi, jonka laatuun kuuluu potilaan äkillisesti sairastutua tai loukkaannuttua apua tuova hoito ja siitä syntyvä turvallisuuden tunne. Laadukas ensihoito-palvelu on myös tarkoituksenmukaista ja asiakas- ja sidosryhmien tarpeet huomioon ottavaa. (Kuis-

ma & Hakala 2013, 69.) Yksi tärkeimmistä ensihoidon laadun kehittämisen osa-alueista on potilasturvallisuuden kehittäminen.

Ensihoidon laatua on tutkittu pääkaupunkiseudulla asiakastytyväisyyden näkökulmasta. Eniten tyytymättömyyttä ovat aiheuttaneet hoitopaikan valinta ja potilaan kuljettamatta jättäminen, henkilöstön käytös ja itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat. (Kuisma, Määttä, Hakala & Nousiala-Wiik 2003, 812–815.) Ensihoidon laatua on tutkittu myös opinnäytetöissä, joissa on käytetty asiakastytyväisyyskyselyn mittaria (Kosonen & Luoma-aho 2007; Vasari 2011).

Ensihoidon potilasturvallisuuden tutkiminen on ollut tähän asti vähäistä. Pohjois-Amerikassa tehdyissä tutkimuksissa on selvitetty vaaratilanteita, lääkityspoiikkeamia, kliinistä päätöksentekoa, intubaatiota, ambulanssikolareita ja ilmakuljetusten turvallisuutta. (Bigham, Buick, Brooks, Morrison, Shojania & Morrison 2012.) Aiheeseen liittyviä ulkomaisia tutkimustuloksia ei voida kuitenkaan suoraan yleistää Suomeen eri maiden ensihoidon käytäntöjen, koulutuksen ja toimintaohjeistuksen eroavaisuuksien vuoksi (Määttä 2008, 31). Ensihoidon haittatapahtumista tai ”läheltä piti” -tilanteista ei ole tilastoja, joten ensihoidon turvallisuuden vertailua muuhun terveydenhuoltoon tai muiden maiden ensihoitoon, ei myöskään ole mahdollista tehdä (Kuisma 2013, 63–64; Kuisma & Hakala 2008, 581).

Ensihoidon potilasturvallisuutta on Suomessa tutkittu tekemiemme aineistohakujen (Pubmed, Cinahl, Medic, Terveysportti) perusteella ainoastaan muutamissa opinnäytetöissä. Kivelä (2010) on selvittänyt ensihoitajien käsityksiä ja tietoja potilasturvallisuudesta. Ensihoitajat kertoivat suurimpien syiden poiikkeamiin ja haittatapahtumiin ensihoidossa olevan kiire, riittämätön perehdytys ja työpaikkakoulutus, kokemattoman henkilökunnan riittämätön tuki sekä epäselvät ohjeet (Kivelä 2010). Peltomaan, Riihimäen ja Salmisen (2010) tutkimuksessa ensihoitajien mielestä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi: työkokemus, hoito-ohjeet ja niiden noudattaminen, huolellinen kirjaaminen, asenne työntekoon, potilaan rehellisyys, työilmapiiri parin välillä, vireystila, perehdytys, koulutukset, laitteiden hallinta ja laitteiden toimintahäiriöt tai viat.

Ensihoidon potilasturvallisuuden tilaa voidaan välillisesti päätellä ensihoitoon liittyvistä Valvontaviranomaisille osoitetuista kanteluista ja Potilasvakuutuskeskukselle osoitetuista potilasvahinkoilmoituksista. Vakavien potilasturvallisuutta vaarantaneiden ja haittaa aiheuttaneiden tilanteiden määrä on alhainen. Vuosina 2006–2010 potilasvahinkoilmoituksia tehtiin 203 kpl, joista 14 % todettiin johtavan korvauksiin. (Kuisma 2013, 63–64.)

Ensihoitotyössä on omat erityispiirteensä, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Työn haastavuutta lisäävät raskas vuorotyö, vaativat potilaat sekä muuttuva ja haastava toimintaympäristö (Bigham ym. 2012; Väisänen 2010). Kiireisessä ensihoitotilanteessa riskinä on, että kaikki havaitut asiat eivät tule hoitovastuussa olevan ensihoitajan tietoon. Potilaalta saatavat tiedot voivat olla puutteellisia, eikä esimerkiksi potilaan sairauksista tai lääkityksestä ole mahdollista saada ajantasaista tietoa. Jotta tiedot olisivat luotettavia, potilaan haastattelussa korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot sekä epä-

olennaisten tietojen erottaminen merkityksellisistä. (Alaspää & Holmström 2013a, 122–124; Väisänen, Hiltunen & Reitala 2012a, 149.)

Oman haasteensa potilasturvallisuudelle ensihoidossa tuo hälytysajo. Suomen ensihoitoalan liitto on nostanut julkilausumissaan (2007, 2010) esille hälytysajon potilasturvallisuusriskinä. Jörgen Lundälvin (2006) tutkimuksen mukaan Suomessa tapahtui vuosina 1996–2005 yhteensä 528 ambulanssien onnettomuutta, mikä tekee vuosittain onnettomuuksia noin 53. Hälytysajon koulutus on vähäistä niin ensihoidon koulutuksessa kuin työpaikoillakin. Turvallinen hälytysajo vaatii kuljettajalta hälytysajoa koskevan tieliikennelain (L 1981/267) ja -asetuksen (A 1982/182) ja muiden ambulanssin käyttöä koskevien lakien tuntemusta, laaja-alaista osaamista, paljon kokemusta sekä ennen kaikkea ennakoivaa asennetta (Luukkonen 2012, 70–73).

Ensihoidossa on myös paljon kehittyneitä, potilasturvallisuutta edistäviä taitoja. Nämä potilasturvallisuutta tukevat ei-tekniset taidot ja osaaminen liittyvät esimerkiksi johtamiseen, tiimityöhön ja kommunikaatioon. (Väisänen 2010.) Ensihoito on moniammatillista yhteistyötä ja ensihoitaja on usein puhelinyhteydessä lääkäriin. Lääkärillä on ammattitaitonsa tuoman osaamisen lisäksi mahdollisuus saada potilasasiakirjoista sellaista tietoa, jota tilannepaikalla ei voida saada. Hoitotiimin jäsenten yhteinen tilannetietoisuus sekä tehokas ja kohdennettu tiedonvälitys pienentävät virheellisten päätösten riskiä (Helovuom ym. 2011, 181–201).

Potilaan tilanarvion ja saatujen tutkimustulosten perusteella tehdään päätös potilaan hoidoista. Päätös tehdään niillä tiedoilla, jotka ovat saatavissa. Päätös on sitä riskialttiimpi, mitä vähemmän tietoja on (Helovuom ym. 2011, 200–201). Ensihoidossa joudutaan usein tekemään intuitiivisia päätöksiä, joissa korostuu tietoperustan lisäksi ensihoitajan kokemus. Intuitiivinen päätös on analyttistä epätasemmallisempi, harkinnanvarainen ja ristiriitainen (Lauri 2007, 21–23). Potilaan tilaa seurataan koko ajan ja tehtyjen hoitotoimenpiteiden vaikuttavuutta arvioidaan jatkuvasti. Välillä tehtyjä päätöksiä joudutaan muuttamaan, ja toimintamallia vaihtamaan (Helovuom ym. 2011, 198–200). Ensihoitotyössä reflektiivinen ajattelu ja tilanarvion toistaminen on ensisijaisen tärkeää (Alaspää & Holmström 2013b, 119–120; Väisänen, Hiltunen & Reitala 2012b, 152).

3.2 Potilasturvallisuus kuljettamattajättämisessä

Kuljettamattajättämispäätöksen tekemiseen liittyy monia riskejä. Sekä ensihoitajan oikeusturvan että potilaan kannalta turvallisinta olisi kuljettaa kaikki potilaat, mutta tämä kuormittaisi turhaan hoitolojia, lisäksi tarpeettomasti yhteiskunnan kustannuksia eikä olisi kaikille potilaille mielekkäin tapa hankkiutua hoitoon. (Määttä 2013a, 62.) Oman oikeusturvansa lisäksi ensihoitajan on otettava huomioon potilaan oikeusturva ja esimerkiksi selvitettävä potilaan tila riittävän tarkasti (L 1994/559). Potilasta on myös informoitava hoidosta riittävästi ja annettava hänelle mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa esimerkiksi kieltäytymällä siitä (L 1992/785). Päihdehuolto-, mielenterveys-, tartuntatauti- ja lastensuojelulakien perusteella (L 1986/41; L 1990/1116; L 1986/583; L 2007/417) kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole mahdollisuutta kieltäytyä hoidostaan. Myös Kivelän (2010) ja Peltomaan, Riihimäen

ja Salmisen (2010) tutkimuksissa esiinnousseet, jo edellä mainitut tekijät, voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen myös kuljettamattajättämistilanteissa.

Päätös kuljettamatta jättämisestä perustuu aina senhetkiseen tietoon potilaan tilasta (Määttä 2008, 110). Potilaan tilan arvioimista usein hankaloittaa se, että tiedot voivat olla puutteelliset. Potilaan tai hänen omaisensa tiedossa ei välttämättä ole ajantasaiset lääkitykset tai hoitolinjat tai potilas ei pysty niitä kertomaan. (Hiltunen, Reitala ja Väisänen 2012b, 149.) Useimmiten ensihoitajalla ole mahdollisuutta päästä sähköisiin potilaskertomuksiin, joista voitaisiin nähdä hoitoon liittyviä potilastietoja (Porthan 2012c, 88–94).

PÄÄTÖKSENTEKO ENSIHOITOTYÖSSÄ

Päätöksenteko on olennainen osa ensihoitajan päivittäistä työtä. Äkillisesti sairastuneita tai vammautuneita potilaita kohdattaessa päätöksentekoprosessin avulla valitaan eri toimintatavoista ja hoitovaihtoehtoista potilaan auttamiseksi sopivin vaihtoehto. Kaikki ensihoitotehtävät, myös ne, joilla päädytään potilaan kuljettamatta jättämiseen, etenevät ensihoidon toimintamallin mukaisesti. Hoidollisen päätöksenteon etenemistapa riippuu usein ensihoitotehtävän kiireellisyydestä. Potilaan hoidossa ei usein ole olemassa vain yhtä oikeaa ratkaisua, vaan ensihoitajan on kyettävä arvioimaan eri vaihtoehtoja ja niiden mahdollisia seurauksia sekä löytämään kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten soveltuva ratkaisu. (Rekola 2008, 46–51.)

Hoidollinen päätöksenteko on monimutkainen ja kompleksinen kokonaisuus. Eri tieteenalojen tietoperustan pohjalta on 1960 -luvulta lähtien kehitetty lukuisia erilaisia hoitotyön päätöksentekoteorioita. Vuosikymmenien tutkimustulosten pohjalta on siirrytty puhtaasta analyyttisestä ja informaation prosessoinnin päätöksentekoteorioista intuitiivisen päätöksentekoteorian suuntaan ja näiden kaikkien eri teorioiden yhdistelmiin. Kaikilla hoitotyön eri toiminta-alueilla käytetään useita eri päätöksentekoteorioita, sillä sairaanhoitaja liikkuu joustavasti päätöksentekomallista toiseen. Päätöksentekomallin valinta riippuu hoitotyön ongelmatilanteesta ja tehtävästä, saatavilla olevasta tiedosta ja sen jäsentyneisyydestä sekä ongelmanratkaisuun käytettävästä ajasta. (Lauri ja Salanterä 2002 158–166.)

Hoidollisen päätöksenteon teoriat painottuvat siis eri tavalla sairaanhoitajan toimipisteen työn luonteesta riippuen. Lyhytaikaisessa sairaanhoidossa ja tehohoidossa hoitotyön päätöksenteko pohjautuu enemmän intuitiiviseen suuntaan, joka etenee ongelmatilanteen kokonaisuuden nopeasta hahmottamisesta, edellisen tiedon pohjalta tapahtuvaan päättelyyn ja oivaltamiseen sekä asioiden priorisointiin. (Lauri ja Salanterä 2002 158–166.) Sama intuitiivisen päätöksenteon painotus toistuu myös Arolan (2001) tutkimuksessa, kun kyseessä on kiireellinen ensihoitotehtävä. Tällainen tehtävä on esimerkiksi tilanne, jossa potilaan peruselintoiminnot ovat vaarassa. Toisaalta taas kiireettömissä ensihoitotehtävissä, kuten potilaan kuljettamattajättämiseen päättyvässä ensihoitotehtävässä, korostuu tavoitteellisuus, jossa päätöksenteko painottuu pitkäaikaissairanhoidon, terveydenhoidon ja psykiatrisen hoidon tavoin analyyttiseen päätöksentekoon, jossa edetään järjestelmällisesti ongelmaan liittyvän tiedon hankinnasta ja analyysistä ongelmien täsmentämiseen ja tavoitteiden asettamiseen ja lopulta suunnittelemiseen, toteuttamiseen ja arviointiin. (Arola 2001; Lauri ja Salanterä 1998, 443–452.)

Päätöstä tehdessään ensihoitaja tekee yhteistyötä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa esimerkiksi kuuntelemalla heidän käsityksiään tilanteesta. Usein päätöksenteko tapahtuu myös yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa, esimerkiksi ensihoidossa ensihoitolääkärin kanssa. Päätöksenteon perustana on alan tutkimus- ja teoriatieto, oma eettinen tieto sekä aikaisempiin kokemuksiin perustuva

tieto eli kokonaisuudessaan koko ammatillinen tietoperusta. Päätöksenteon avulla yhdistetään siis ammatillinen tieto sekä tulkinta olemassa olevasta tilanteesta ja sovelletaan niitä taitojen avulla käytännön hoitotyöhön. Tutkimus- ja teoriatieto antaa perustan asioiden ymmärtämiselle ja niiden avulla jäsennetään ja pelkistetään kyseessä olevaa tilannetta. Ammatillinen tietoperusta tuo päätöksentekoon mukaan kriittistä ajattelua, jossa analysoidaan ja arvioidaan toiminnan perusteita ja lähtökohtia sekä päätöksenteon seurauksia. (Lauri 2007 21–23; Rekola 2008, 46–51.)

Eettinen päätöksenteko on hoidollisen päätöksenteon osa, jonka tavoitteena potilaan hoitamisessa on välttää pahaa ja pyrkiä sen avulla hoitoon liittyvissä ratkaisuisissa potilaan hyvää edistävään toimintaan. Eettistä päätöksentekoa ohjaavat eettiset periaatteet ja säännöt. Hyvän eettisen päätöksen tulisi olla rationaalinen ja perustua eettisten periaatteiden ja pohdintojen lisäksi myös saatavilla olevaan tietoon, tilanteeseen liittyvien arvojen tunnistamiseen ja päätöksen tekijän eettisiin käsityksiin. Koska eettinen päätöksenteko ei ole irrallaan muusta päätöksenteosta vaan osa sitä, tulee potilaan hoidon onnistumisen arvioinnissa arvioida myös eettistä päätöksentekoa. (Rekola 2008, 49.)

Hoidollisen päätöksenteon edellytyksenä on ammatillisen tietoperustan ja eettisen tiedon lisäksi myös riittävä tieto edeltävistä tapahtumista ja senhetkisestä tilanteesta. Paras tiedonlähde on usein potilas itse tai joissain tapauksissa, esimerkiksi lapsipotilaiden kohdalla, potilaan läheinen. Ensihoidon toimintamallin mukaisesti tietoa kerätään järjestelmällisesti edeten ensiarvion ja mahdollisesti tarvittavien hätätoimenpiteiden jälkeen potilaan tarkempaan tutkimiseen ja tarkennetun tilanarvion tekemiseen. Aina tarkempaan tilan arvioon ei ole aikaa, vaan hoito on aloitettava välittömästi ensiarvion jälkeen esimerkiksi elvytystilanteessa. (Väisänen, Hiltunen ja Reitala 2012a, 149; Väisänen, Hiltunen ja Reitala 2012b, 150–158; Väisänen, Hiltunen ja Reitala 2012c, 144–148; Rekola 2008, 46–51.)

Potilaan tilan arviointi ja sen pohjalta tehtävä potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on ensihoitajan keskeisintä ammattitaitoa (Savonia- ammattikorkeakoulu 2011). Ensihoitaja joutuu potilaan tilan ja saatujen tietojen avulla tekemään päätöksen potilaan hoidosta, jatkohoitopaikasta, kuljetusmuodosta tai kuljettamattajättämisestä. Potilaan hoidollisessa päätöksenteossa joudutaan arvioidaan myös resurssien riittävyyttä ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä mahdollisesti myös muiden sidosryhmien kuten poliisin tai sosiaalihuollon avun tarvetta tilanteen hoitamisessa. (Rekola 2008, 48.) Ensihoidon toimintaohjeistukset ohjaavat ensihoitajien toimintaa ja hoidollista päätöksentekoa voimassa olevien suositusten mukaisiksi (Silfvast ym. 2010).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten kuljettamattajättämisspätös tehdään ja dokumentoidaan ensihoitotehtävillä. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää ensihoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on myös, että Pohjois-Savon alueen ensihoidon järjestävä ja valvova organisaatio PSSHP:n Ensihoitokeskus pystyisi käyttämään tutkimuksen tuloksia toimintansa kehittämisessä.

Tutkimuksemme tutkimuskysymykset:

1. Miten kuljettamattajättämisspätökset perustellaan ensihoitokertomuksissa X-2, X-5, X-6 ja X-8-tilanteissa?
2. Miten ensihoidon valtakunnallisten toimintaohjeiden noudattaminen näkyy kuljettamattajättämisspätösten dokumentoinnissa X-2, X-5, X-6 ja X-8-tilanteissa?

TUTKIMUKSEN TEKEMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukset voidaan jakaa kahteen luokkaan: määrällisiin eli kvantitatiivisiin tutkimuksiin ja laadullisiin eli kvalitatiivisiin tutkimuksiin. Tutkimuksen lähestymistapa tutkimuskohteeseen määrittää, kummasta tutkimussuunnasta on kysymys. Näitä kahta tutkimussuuntausta pidetään toisiaan täydentävinä ja niiden kuvataankin olevan saman jatkumon eri päät. (Hirsjärvi 2009, 135–137; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40; Tuomi & Sarajärvi 2013, 66–67.) Määrällisessä tutkimuksessa sanallisiin kysymyksiin haetaan numeeriset vastaukset, joita analysoidaan tilastotieteen ohjelmia apuna käyttäen (Vehkalahti 2008, 13). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään ilmiötä kokonaisvaltaisesti sekä ymmärtämään kohteen tarkoitusta, ominaisuuksia ja merkityksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–41). Hirsjärven (2009) mukaan näitä kahta tutkimusmenetelmää voidaan käyttää toisiaan täydentävinä myös rinnakkain (Hirsjärvi 2009, 136–137).

Tutkimuksemme teimme laadullista tutkimusmenetelmää soveltaen, koska tarkoituksena oli kuvata, miten kuljettamattajättämispäätös tehtiin ensihoitotehtävillä eli ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksemme tarkoituksena ei ollut luoda yleistettäviä käsityksiä eikä esittää ilmiöstä tilastoja tai määrällisiä arvoja. Selkeyden vuoksi olemme kuitenkin ottaneet mukaan myös yksinkertaisia määrällisiä arvoja, jotka tukevat ja selkiyttävät tuloksia.

Laadullinen tutkimus -käsitteen alle mahtuu lukuisia erilaisia laadullisen tutkimuksen lajeja, joista hoitotieteessä yleisimmin käytetty lähestymistapa on Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 21) mukaan sisällönanalyysi. Sisällönanalyysissä käytetään aineistona suullista tai kirjallista kommunikaatiota, jota analysoimalla ja tiivistämällä saadaan selville tapahtumien ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Aineistoa tiivistämällä pyritään siis kuvailemaan tutkittavia ilmiöitä yleistävästi tai saamaan selville ilmiöiden väliset suhteet. Tutkimukssamme sovelsimme sisällönanalyysin periaatteita, koska halusimme saada kirjoitetussa muodossa olevasta tutkimusaineistosta suuntaa-antavan katsauksen siitä, miten päätös potilaan kuljettamattajättämisestä tehdään ja perustellaan. Sisällönanalyysissä on tärkeää, että aineistoa kuvaavat luokat ovat yksiselitteisiä ja toisistaan selkeästi poikkeavia, jotta tutkimusaineistosta pystytään luotettavasti erottamaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Sisällönanalyysissä aineistoa voidaan Tuomen ja Sarajärven (2013, 95–100) mukaan lähestyä kolmella tapaa: joko aineisto- tai teorialähtöisesti tai teorian ohjaamana. Tutkimuksemme sisällönanalyysi tehtiin teorian eli ensihoidon toimintaohjeiden pohjalta, koska tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää juuri aineiston suhdetta teoriaan. Luokittelun jälkeen analysoinnissa sovellettiin myös aineistolähtöistä mallia, koska halusimme tarkistaa, onko teorian pohjalta luotu jaottelu toimiva, vai nouseeko aineistosta jotain teorian ulkopuolista esille.

Teorialähtöisessä sisällönanalysissä tutkijalla on mielessään teoria tai malli, jolle hän hakee vahvistusta aineistosta. Tutkittava ilmiö kuvataan jo olemassa olevan idean mukaisesti. Teorialähtöisen analysoinnin taustalla voi olla aikaisemman tiedon testaaminen uudessa merkityksessä. Tällaisessa analysoinnissa logiikka yhdistetään usein deduktiiviseen päättelyyn, eli ajatus yleisestä yksityiseen. Teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä koska aikaisempi tieto ohjaa ja auttaa analyysiä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–100.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä tutkijalla ei ole mitään ennako- oletusta siitä, mitä aineistosta nousee esille. Aikaisemalla tiedolla tai teorioilla ei ole mitään merkitystä lopputuloksen kannalta, ja teoriaosuus voikin koskea ainoastaan analyysin toteuttamista. Aineiston analysoinnissa logiikka voidaan nimittää induktiiviseksi, eli yksittäisestä yleiseen tai fenomenologiseksi, joka edustaa perinteisempää ja vapaampaa tulkintaa. Aineistolähtöisen tutkimuksen tavoitteena voi olla ilmiön selittämisen lisäksi teoreettisen kokonaisuuden hahmottaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–30.)

Tutkimustyö aloitettiin tutkimussuunnitelman tekemisellä talvella 2011–2012. Tutkimussuunnitelmalla haettiin tutkimuslupaa Kuopion kaupungin terveystoimelta. Lupa myönnettiin lokakuussa 2012 tietyin ehdoin, joita olivat valmiin tutkimuksen toimittaminen myös Kuopion kaupungille sekä täsmennys salassapitosäädösten noudattamisesta. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen tutkimuksen aineisto kerättiin Pohjois-Savon pelastuslaitoksella marraskuussa 2012.

6.2 Aineiston kerääminen

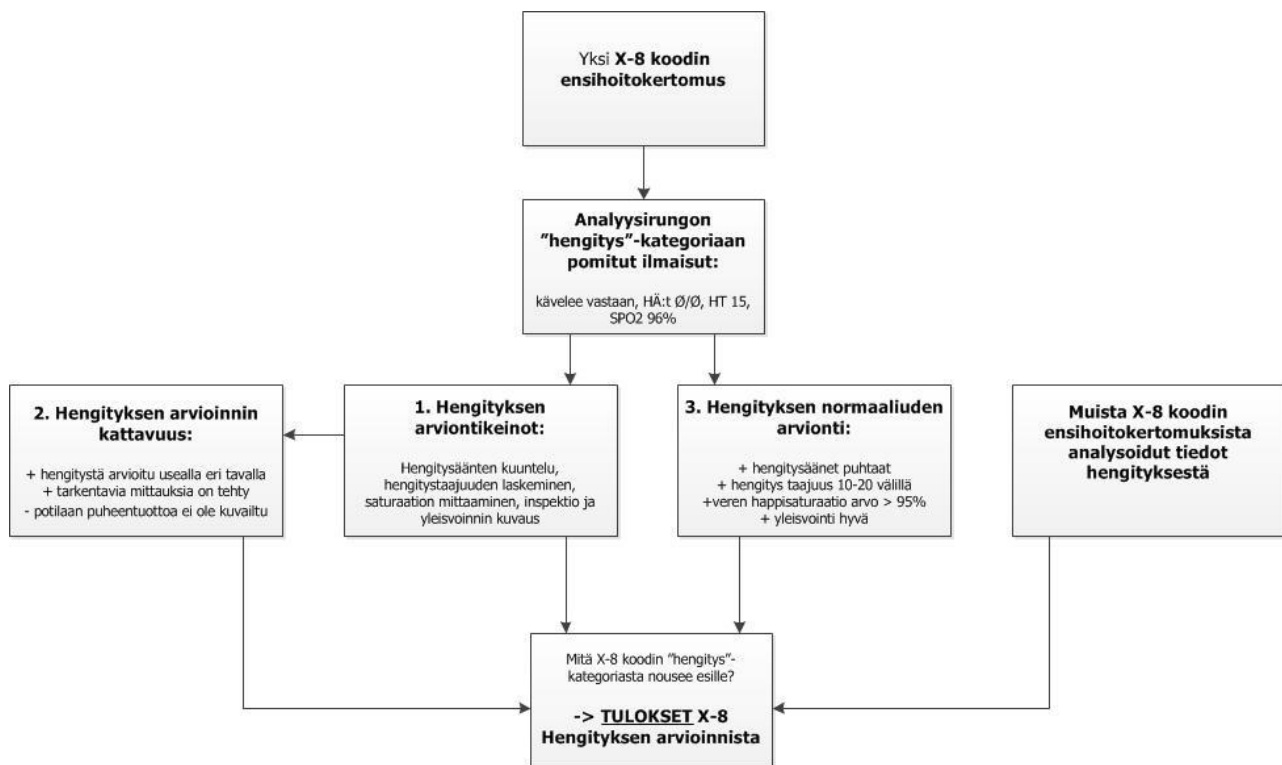
Tutkimusaineistona on Pohjois-Savon Pelastuslaitoksen Kuopion alueen hoitoyksikön suorittamien ensihoitotehtävien ensihoitokertomukset. Jokaisesta tutkimuksessa mukana olevasta X-koodista (X-2, X-5, X-6 ja X-8) kerättiin aineistoksi viisi ensihoitokertomusta eli yhteensä aineisto koostuu 20 ensihoitokertomuksesta. Tämän laajuinen aineisto antaa tutkittavasta ilmiöstä suuntaa-antavan katsauksen ja on tutkimuksen tekemiseen varattujen resurssien rajoissa. Aineiston keräämisen suoritti Pelastuslaitoksen arkistosta Pelastuslaitoksen henkilökuntaan kuuluva henkilö. Häntä pyydettiin poimaan aineisto sattumanvaraisessa järjestyksessä. Aineistona olevat ensihoitokertomukset ovat maaliskuun ja marraskuun väliltä vuodelta 2012.

Tutkimukseen otettiin mukaan koodit X-2, X-5, X-6 ja X-8. Nämä vastaavat parhaiten tutkimuskysymyksiimme, koska niillä tehtävillä kuljettamattajättämispäätös on tehty potilaan tilanarvion ja mahdollisen hoidon jälkeen eikä teknisistä syistä. Ulkopuolelle rajattiin myös koodi X-4 sen moniselitteisen merkityksen vuoksi. X-4-koodi tarkoittaa muuta kuljetusta, esimerkiksi taksikyytiä tai toisen ensihoitoyksikön suorittamaa potilaan kuljetusta terveydenhuollon päivystykseen. Tällaisissa tapauksissa X-4-koodin ensihoitotehtävällä potilaan kuljettamattajättämisen arvioinnin sijaan arvioidaan potilaan ensihoidon tarve kuljetuksen aikana.

Tutkimuksen aineistona ovat vain hoitoyksikön suorittamien tehtävien ensihoitokertomukset. Hoitoyksikön ensihoitajilla on melko yhdenmukainen koulutustausta, joko sairaanhoitaja tai ensihoitaja-AMK. Ensihoitajien koulutustaustan vaikutuksen poissulkemiseksi perustason ensihoitoyksiköiden suorittamat tehtävät sekä ensihoitotehtävillä mukana olleiden opiskelijoiden täyttämät ensihoitokertomukset rajattiin aineiston ulkopuolelle.

6.3 Aineiston analyysi

Kuljettamattajättämistilanteiden toimintaohjeistuksen (liite 2) perusteella luotiin aineistoille analyysirungot. Koska eri X-koodien toimintaohjeet eroavat toisistaan, tehtiin jokaiselle mukana olevalle X-koodille oma analyysirunko (liite 3). Analyysiprosessia on havainnollistettu esimerkin avulla kuviossa 1.



KUVIO 1. Esimerkki aineiston analysoinnista

Analyysirunkoon poimittiin ensihoitokertomuksista kuhunkin kategoriaan sopivat merkinnät. Poimitujen ilmaisujen perusteella analysoitiin aineistosta kolmea asiaa: millä keinoin ja kuinka kattavasti kyseistä asiaa oli havainnoitu ja arvioitu, sekä oliko potilaiden voinnissa niiden perusteella jotain poikkeavaa. Hengityksen arvioinnin keinoja ovat esimerkiksi hengitysänten kuunteleminen, hengitystaajuuden laskeminen, veren happisaturaation mittaaminen sekä hengitystyön arvioiminen. Sanallinen kuvaus puheesta, liikkeestä ja tajunnasta antaa tietoa hengityksestä. Esimerkiksi ilmaus *Kävelee vastaan* kertoo potilaan liikkumiskyvyn ja yleistilan lisäksi tajunnan, verenkierron ja hengityksen tilasta.

Kattavuutta arviointiin tuo se, että samaa asiaa kuvaa useampi merkintä ja tutkimustulos samassa potilastapauksessa. Johtopäätös on, että jos hengitystä on kuvattu kattavasti ja löydökset ovat normaalialueella, ei hengityksessä ole ollut poikkeavaa.

Ensimmäisen analysointivaiheen jälkeen varmistimme vielä yhdessä, että ensihoitokertomuksista analyysirunkoon poimitut ilmaisut olivat yhdenmukaisesti niihin sopivissa kategorioissa. Analyysirunkoon kirjattiin ylös myös, jos ensihoitokertomuksissa ei ollut kategorioihin sopivia merkintöjä. Esimerkiksi X-6 -koodin analyysirunkoon, verensokerin kategoriaan kirjattiin: *ei merkintää*, jos sitä ei ollut ensihoitokertomukseen kirjattu. Koska monet eri analyysirungon kohtiin poimitut ensihoitokertomuksen tiedot sopivat useampaan kuin yhteen kategoriaan, lisäsimme tässä yhteydessä joihinkin analyysirungon kohtiin jo toiseen taulukon kategoriaan poimittuja ilmaisuja. Esimerkiksi X-6-koodin tajunta-kategorian ilmaisut lisättiin myös potilaan päätöksenkäytön selvittely -kategoriaan.

Kun ensihoitokertomusten tiedot oli jaoteltu kategorioihin, tutkimme niiden sisältöä käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jotta kategoriat olisivat varmasti yksiselitteisiä. Tarkastelimme palasiksi pilkottua aineistoa ja selvitimme, millaisia asioita sieltä nousee esille. Jaottelimme kunkin kategorian sisällä olevat asiat sen mukaan, ovatko ne mainittu kerran vai toistuvatko ne aineistossa, onko aineistossa puutteita tai asioita, jotka on tehty vastoin ohjeistusta. Selvitimme myös, onko kategoriasa jokin selkeä teema, joka nousee esille kaikista saman koodin ensihoitokertomuksista.

Alusta alkaen oli ajatuksenamme, että jos luotujen kategorioiden sisälle kertyy runsaasti mihinkään analyysirungon kategoriaan kuulumattomia ilmaisuja, voidaan ne ryhmitellä uudelleen noudattaen aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita. Aineistosta nousikin esille selkeästi yksi uusi luokka, tapahtumatiedot, jonka lisäsimme analyysirunkoon aineiston luokitteluvaiheessa. Kategorian perusteella saimme paremmin mukaan syyn kuljettamattajättämiseen päätymiselle sekä paremman kokonaiskuvan tehtävästä.

TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulokset esitetään koodeittain ja toimintaohjeiden mukaisessa järjestyksessä. Viitatu toimintaohjeet ovat Ensihoito-oppaassa (Silfvast ym. 2010), ja löytyvät liitteistä 2–5. Lisäksi lääkäriltä pyydettävistä hoito-ohjeista ja määräyksistä on näiden lisäksi huomioitu PSSHP:n tarkennetut toimintaohjeet (ks. Kurola 2012). Tulokset esitetään erikseen, koska jokaisen koodin toimintaohjeet poikkeavat toisistaan.

Toimintaohjeiden mukaan kuljettamatta jättämispäätöksen edellytyksenä on potilaan peruselintoimintojen normaali tila. Peruselintoimintojen normaaleina raja-arvoina on pidetty veren happisaturaatioarvoa vähintään 95 %, hengitystaajuutta 10–20/min, syketaajuutta 50–120/min, vähintään systolista verenpainetta 100 mmHg, ja sitä että potilas on ollut heräteltävissä, asiallinen ja orientoitunut. (Holmström & Puolakka 2013a, 26; Holmström & Puolakka 2013b, 130–151; Oksanen 2010, 215; Castrén 2010, 319.)

7.1 Potilas ohjattu poliisin huostaan (X-2)

Ensihoitokertomuksissa hengityksen riittävyttä ja normaaliutta oli arvioitu inspektoiden eli katselemalla, auskultoiden eli hengitysääniä kuuntelemalla ja mittaamalla käytettävissä olevilla mittareilla. Mittauksia ovat olleet esimerkiksi hengitystaajuuden laskeminen ja happisaturaatioarvon selvittäminen. Hengitystä oli arvioitu yleisellä tasolla, mutta kohdennettuja mittauksia hengityksen arviointiin ei oltu dokumentoitu. Kirjattu veren happisaturaatioarvo löytyi yhdestä ensihoitokertomuksesta, hengitystaajuutta oli laskettu vain parissa ensihoitokertomuksessa ja monta ensihoitokertomusta oli ilman mitään hengityksen arviointiin liittyvää mittaustulosta. Potilaan yleisvoinnin sanallisen kuvauksen perusteella potilaiden hengityksessä ei ollut normaalista poikkeavaa. Myös niissä tapauksissa, joissa kohdennettuja tutkimuksia ja mittauksia oli tehty, kaikki arvot olivat normaaleja.

Ensihoitokertomuksissa verenkiertoa oli arvioitu inspektoiden, palpoiden eli tunnustelemalla sekä mittaamalla. Myös verenkiertoa oli arvioitu useissa tapauksissa potilaan yleisvoinnin sanallisen kuvauksen perusteella hyvin yleisellä tasolla. Verenpaine oli kirjattu yhdessä ensihoitokertomuksessa, syke oli kirjattu ja rannepulssin tuntuminen oli selvitetty muutamassa ensihoitokertomuksessa, mutta muutamassa ei ollut mitään mitattuja arvoja verenkierrosta. Kirjatuissa mittausarvoissa ja potilaan yleisvoinnin sanallisessa kuvauksessa ei ollut normaalista poikkeavaa.

Tajunnantaso oli kuvattu sanallisesti yleisellä tasolla. Ensihoitokertomuksista ei käynyt ilmi potilaan orientoituminen tai asiallisuus. Yhdessä ensihoitokertomuksessa tajunnan tason arviointiin oli käytetty Glasgow'n kooma-asteikkoa, ja tajunnantaso oli ollut normaali. Potilaat olivat olleet heräteltävissä ja heihin oli useimmissa tilanteissa saatu dokumentoinnin perusteella keskustelukontakti. Glasgow'n kooma-asteikko (GCS) on asteikko, jossa tajunnan tasoa arvioidaan silmien avaamisen, puhevasteen sekä liikevasteen perusteella.

Perussairaudet oli selvitetty vain muutamissa tapauksissa, ja niiden dokumentointi oli epäselvää. Niissä tapauksissa, joissa potilaiden perussairauksia ja lääkityksiä oli selvitetty, ei potilailla ollut sairauksia tai käytössä olevia lääkityksiä. Verensokeriarvo oli kirjattu ainoastaan yhdessä ensihoitokertomuksessa, ja se oli ollut normaali.

Potilaan humalatilaa oli arvioitu ja sanallista kuvausta dokumentoitu yleisellä tasolla. Dokumenteista ei käynyt ilmi, kuinka kovassa tai lievässä humalassa potilas oli ollut. Humalatilaa kuvaavan alkometrin mittaustulosta oli kirjattu muutamiin ensihoitokertomuksiin. Ensihoitokertomuksissa päihdyttävää ainetta ei ollut selkeästi tunnistettu eikä muiden huumausaineiden ottamisesta tai ottamatta jättämisestä ollut kirjattu mitään.

Esimerkiksi sanallinen kuvaus päihtymisestä ja humalatilasta oli dokumentoitu:

Kuski päihtynyt. Etyylissä.

Muutamissa ensihoitokertomuksissa vammalöydöksiä ei ollut dokumentoitu lainkaan. Niissä ensihoitokertomuksissa, joissa vammalöydöksen mahdollisuus oli kirjaamisessa huomioitu, ei vammalöydöksiä ollut. Dokumentoinnista ei käynyt ilmi, miten vammalöydöksen havainnointi oli tapahtunut. Pään alueen mahdollisia vammalöydöksiä ei ollut eritelty.

Yhdessäkään tapauksessa ensihoitokertomusten kirjaamisen perusteella ei tullut ilmi, että poliisin haltuun luovutettu potilas olisi ollut raskaana tai alaikäinen. Aineistoa kerätessä emme huomioineet potilaiden ikää yksityisyydensuojan varmistamiseksi, joten tämän toimintaohjeen toteutumista ei voinut tutkimuksessa tarkastella. Poliisille annettuja seurantaohjeita ei ollut kirjattu lainkaan. Ensihoitokertomuksien tapahtumatietojen kirjaamisen perusteella kävi ilmi, että potilaat oli luovutettu perustellusti poliisin huostaan.

7.2 Ei ensihoidon tarvetta (X-5)

Potilaiden peruselintoimintojen riittävyttä oli arvioitu inspektoiden, auskultoiden, palpoiden, lääkitälaittein mittaamalla sekä potilaita haastatteleamalla. Ensihoitajat olivat hyödyntäneet arvioinnissa hengitystaajuuden laskemista, hengitysäänien kuuntelua, veren happisaturaatioarvon, pulssin ja verenpaineen mittaamista. Tajunnan tasoa oli kuvattu sanallisesti sekä GCS-asteikolla. Peruselintoiminnot olivat olleet vakaat ja numeraaliset arvot tavoitetasolla. Peruselintoimintojen riittävyteen kohdennettuja mittauksia oli tehty yleensä kattavasti, ainoastaan hengitystaajuuden kirjaaminen sekä sydämen rytmin arviointi oli ollut vähäistä. Joissakin ensihoitokertomuksissa ei potilaan peruselintoimintoja ollut kirjaamisen perusteella arvioitu ollenkaan, joten siltä osin kirjaaminen ja potilaan tilanarvio oli ollut puutteellista.

Tapahtumatietoja oli kirjattu kaikissa ensihoitokertomuksissa. Tapahtumatiedoissa oli kuvattu tilanteesta riippuen joko potilaan vointia vaihtelevalta aikaväliltä tai ambulanssin hälyttämiseen johtaneita tapahtumia. Tapahtumatietojen tarkkuus kuitenkin vaihteli hyvin selkeistä ja tarkoista kuvauksista epämääräisiin ja informaatioarvoltaan olemattomiin merkintöihin.

Esimerkkinä riittämättömistä tapahtumatiedoista: *4 auton ketjukolari, ei loukkaantuneita.*

Ensihoitokertomuksissa potilaalle tehdyt muut tutkimukset riippuivat täysin potilaan kuvaamasta oireesta. Muita tutkimuksia oli tehty palpoiden, haastatteleamalla ja lääkintälaitteilla tutkien. Potilaan päihtymystilaa oli arvioitu sanallisesti sekä uloshengityksen alkoholipitoisuutta mittaamalla. Arviointi ei useissa tapauksissa ollut kattavaa, sillä vaikka sanallisesta kuvauksesta kävi ilmi humalatilaa, uloshengityksen alkoholipitoisuuden mittaamista ei ollut kirjattu. Sairauksia ja allergioita oli selvitetty alle puolelta potilaista, ja verensokeri oli mitattu yhdeltä potilaalta, vaikka se muidenkin potilaiden oireiden perusteella olisi ollut perusteltua tehdä. Niiltä potilailta, joilta perussairauksia oli kirjaamisen perusteella selvitetty, ei ollut ilmennyt vointia mahdollisesti huonontavia sairauksia. Myös mitattu verensokeriarvo oli normaali.

Ensihoitokertomuksissa voinnin parantuminen ilman toimenpiteitä oli kirjattu lähes kaikkien potilaiden kohdalla. Ainoat potilaille tehdyt hoitotoimenpiteet olivat kivun avulla herättely sekä tilanteen rauhoittelu ja oireiston syiden selvittäminen.

Potilaan itsestäänhuolehtimiskykyyn liittyen oli arvioitu kävelykykyä, tajunnantasoja ja humalatilaa sekä numeraalisesti että sanallisesti. Arviota potilaan liikunta- ja toimintakyvystä ei ollut dokumentoitu. Potilaiden psyykkistä vointia ei ollut arvioitu suoraan, mutta kirjaamisesta kävi ilmi, että potilaat olivat olleet yhteistyökykyisiä ja rauhallisia sekä ymmärtäneet ensihoitajien ratkaisun.

Esimerkiksi potilaan yhteistyökyvystä ja psyykkisestä voinnista oli kirjattu: *Käyty potilaan kanssa asiaa läpi, ymmärtää mistä oireet johtuu ja yrittää rauhoittua.*

Ensihoitokertomuksissa kirjauksen perusteella ei ollut pyydetty hoito-ohjetta lääkäriltä. Potilaalle ja omaisille annettua ohjausta ei ollut dokumentoitu ja jatkohoito-ohjeistus oli kirjattu ainoastaan yhteen ensihoitokertomukseen.

7.3 Potilas kieltäytyi hoidosta (X-6)

Useimmissa ensihoitokertomuksissa peruselintoiminnoista hengitystä ja verenkiertoa oli arvioitu kirjaamisen perusteella kattavasti. Ensihoitajat olivat potilaan liikkumisen ja yleisvoinnin kuvaamisen lisäksi yleensä tehneet tarkentavia ja varmistavia mittauksia. Varsinkin potilaan verenkierron tilaa oli tutkittu ja arvioitu usein eri keinoin. Ensihoitajat olivat hyödyntäneet arvioinnissa hengitystaajuuden laskemista, veren happisaturaatioarvon, pulssin ja verenpaineen mittaamista. Kaikilla potilailla kirjattujen havaintojen perusteella hengitys ja verenkierto olivat olleet normaalit.

Potilaan tajuntaa oli sanallisen kuvauksen lisäksi usein arvioitu GCS-asteikolla. Useissa tapauksissa tajunnantason arviointia tukevia mittauksia, kuten verensokerin, muiden päihteiden kuin alkoholin mahdollista käyttöä tai mahdollisia neurologisia oireita, kuten pupillien symmetrisyyttä ja valoreaktion normaaliutta sekä puristusvoimien symmetrisyyttä, ei ollut kirjaamisen perusteella selvitetty potilailta. Useiden potilaiden tajunnan taso oli kirjauksen perusteella normaalista poikkeava. Potilaat

olivat olleet esimerkiksi tokkuraisia tai aluksi huonosti heräteltäviä. Niitä potilailta, joilta GCS oli arvioitu, se oli ollut normaali. Verensokeri oli mitattu yhdeltä potilaalta ja se oli normaali.

Alkoholin vaikutusta potilaan tajuntaan ja päätöksetekokykyyn oli arvioitu vaihtelevasti. Osassa ensihoitokertomuksia ensihoitajat olivat hyödyntäneet arvioinnissa uloshengityksen alkoholipitoisuuden mittaamista, osassa potilaan humalataila oli todettu vain sanallisesti sen syvyydestä kuvaamatta ja osassa potilaan mahdollista päihtymystä ei ollut arvioitu ollenkaan. Potilaat, joiden päihtymistä oli kirjaamisen perusteella arvioitu, olivat olleet alkoholin vaikutuksen alaisia alkaen lievistä päihtymyksestä vahvaan humalatailaan. Tapahtumatietojen kirjaamisen perusteella yksi potilas oli mahdollisesti ollut muiden päihteiden vaikutuksen alainen.

Muita potilaan päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä oli selvitetty potilasta havainnoiden ja haastattelun sekä taustatietoja kuten sairauksia ja lääkityksiä selvittäen. Useissa tapauksissa potilaan päätöksentekokyvyn arviointi ei ollut kattavaa, sillä useimmissa kuljettamattajättämispäätöksissä ei ollut kirjaamisen perusteella selvitetty potilaan sairauksia, mahdollisia vammoja tai muiden päihteiden käyttöä. Useissa tapauksissa potilaan päätöksentekokyky oli ollut dokumentoinnin perusteella kyseenalainen. Esimerkiksi potilas oli ollut vahvasti humalassa, mahdollisesti muiden päihteiden alainen tai toipumassa kouristuksesta.

Potilaan allekirjoitus löytyi useimmista ensihoitokertomuksista, mutta yhdestä potilaan sekä mahdollisen todistajan allekirjoitus puuttui. Kirjaamisen perusteella potilaita ei ollut informoitu hoidosta kieltäytymisestä ja siihen liittyvistä riskeistä. Yhdelläkään aineiston X-6 -tehtävällä ei ollut kirjattu hoitoon pyytämistä lääkäriltä.

7.4 Potilas hoidettu kohteessa (X-8)

Ensihoitokertomuksissa oli arvioitu peruselintoimintoja kattavasti. Hengitystä oli arvioitu inspektoimalla, auskultoimalla sekä mittaamalla. Mittauksia oli tehty sanallisen kuvauksen tukemiseksi. Kirjauksen perusteella kävi ilmi, että potilailla ei ollut hengitysvaikeutta. Potilaiden verenkierron tilaa ja riittävyttä oli arvioitu palpoimalla, mittaamalla, ja sydänfilmiä analysoimalla. Kaikki löydökset eivät olleet normaalien mittaustulosten rajoissa, esimerkiksi verenpaine oli ollut korkealla, mutta muut löydökset olivat tukeneet hyvää yleistilaa olemalla normaaleja. Potilaan tajunnan tasoa oli arvioitu inspektoimalla ja sanallisella kuvauksella sekä GCS-asteikon avulla. Tajunnantason arviointia oli tehty toistetusti, jos siinä alussa ilmeni normaalista poikkeavaa. Potilailta oli tutkittu myös neurologisia löydöksiä, jotka olivat olleet normaalit.

Potilailta oli oireiden ja taustatietojen perusteella mitattu ja arvioitu muita mitattavissa olevia arvoja kuten verensokeri, lämpö, kipu, uloshengityksen alkoholipitoisuus ja EKG. Perussairaudet ja käytössä oleva lääkitys oli kirjattu kaikilta. Kirjauksen perusteella oli myös selvitelty mistä kohtaus tai oireet mahdollisesti johtuivat. Aineiston ensihoitokertomuksissa oli kuvailtu potilaiden tekemisiä ja tunteuksia ennen hätäpuhelun soittamista sekä mahdollisia perussairauden hoidossa tapahtuneita poikkeamia, kuten päivittäisen lääkityksen ottamisessa tapahtuneita unohduksia.

Esimerkiksi lääkityspoiikkeamasta oli dokumentoitu:

Vaimon mielestä nyt kaksi kertaa pistänyt itse insuliinia.

Ensihoitokertomuksien mukaan useammalle potilaalle oli tehty yksinkertainen hoitotoimenpide kuten lääkitseminen, joka oli laukaissut tilanteen ja poistanut oireet potilaalta.

Esimerkiksi hypoglykemia oli korjattu hoitotoimenpiteellä. *G10 150ml iv. i.v.→ potilas herää ja alkaa syömään.*

Dokumentoinnin perusteella useille potilaille ei ollut kuitenkaan tehty yksinkertaistakaan hoitotoimenpidettä.

Esimerkiksi potilaan oireet helpottavat rahoittelulla. *Alkaa rauhoittumaan, haluaa lähteä kotiin.*

Ensihoitokertomuksien dokumentoinnissa ei ollut kohdennetusti arvioitu potilaan sen hetkistä toimintakykyä ja yleistilaa. Lääkäriltä oli pyydetty hoito-ohje kaikissa X-8-tilanteissa ja hänen antamansa ohjeet oli kirjattu ensihoitokertomuksiin. Ensihoitokertomuksiin ei ollut dokumentoitu mitään potilaalle annetusta ohjeistuksesta.

POHDINTA

8.1 X-2-tilanteiden tulosten pohdinta

Päihtyneen potilaan tilan huolellinen arvioiminen on erityisen tärkeää sellaisilla paikkakunnilla, kuten Kuopiossa, joissa ei ole selviämisasemaa (vrt. Pohjolainen 2013). Tällöin poliisi joutuu yleensä sijoittamaan päihtymyksen vuoksi säilöön otetut putkatiloihin, joissa potilaan voinnin tarkkaa seurantaa ei ole mahdollista tehdä. Siksi ensihoitajan tulisi hyvin kriittisesti arvioida, onko potilaan tila riittävän vakaa poliisin huostaan ottamiseen sekä selvittää mahdollisimman tarkasti, onko taustalla potilaan tilaa lähitunteina mahdollisesti huonontavia tekijöitä esimerkiksi sairauksia tai otettuja päihteitä. (ks. Castrén 2010, 319–320; Määttä 2013a, 53).

Tutkimuksemme tulosten mukaan potilaiden poliisin huostaan luovutuksen syy oli perusteltu, mutta potilaat olivat olleet Ensihoito-oppaan toimintaohjeisiin (Castrén 2010, 319–320) verrattuna puutteellisesti tutkittuja. Ensihoitokertomuksien puutteellisen kirjaamisen perusteella ei voida luotettavasti osoittaa, että potilaiden peruselintoiminnot olisivat olleet riittävät ja normaalit.

Potilaan tilan arviota tarkentavia tutkimuksia ja taustatietojen selvittämistä, kuten verensokerin mittaamista, perussairauksien ja käytössä olevan lääkityksen sekä vammalöydöksiä ja päihteiden käytön selvittämistä ei ollut tehty riittävän kattavasti. Potilaan puutteellisen tutkimisen vuoksi ensihoitajat eivät pysty luotettavasti arvioimaan, onko potilaan tila riittävän vakaa poliisin huostaan ottamiseen (Castrén 2010, 319–320). Päätöksen potilaan kuljettamattajättämisestä ei siis voida todeta olleen perusteltu.

Potilaiden luovuttaminen poliisin huostaan ei ollut turvallista ja harkittua, sillä toimintaohjeistusta ei ollut noudatettu (vrt. Määttä 2013a, 62). Tällainen ensihoidon toiminta voi aiheuttaa merkittävän potilasturvallisuusriskin ja johtaa jopa potilaan menehtymiseen. Helsingin sanomien (2012) mukaan Suomessa putkatiloihin kuolee edelleen keskimäärin 20 ihmistä vuodessa. Uutisessa kerrotaan, että putkakuolemia arvioivan ja tilastoivan Poliisiammattikorkeakoulun mukaan näiden potilaiden yleisin kuolinsyy on alkoholimyrkytys ja seuraavana tulevat tapaturmaiset kuolemat, esimerkiksi kallovammat ja aivoverenvuodot sekä sairausperäiset kuolinsyyt. Hyvin monessa tapauksessa ensihoitoyksikkö tai muu terveydenhuollon taho on arvioinut putkaan kuolleet ihmiset putkakuntoisiksi. (Helsingin sanomat 2012.)

Puutteellisesti tutkittujen potilaiden luovuttaminen poliisin huostaan aiheuttaa kysymyksiä siitä, kuinka paljon potilaiden terveydelle koituu haittaa ja voitaisiinko putkakuolemia vähentää kehittämällä tätä ensihoidon osa-aluetta. Tutkimustuloksien vuoksi voi pohtia, mistä ensihoitajien puutteellinen toiminta X-2 -tilanteissa johtuu. Onko kyse ensihoitajien välinpitämättömyydestä ja siitä, että putkaan joutuvia päihtyneitä ihmisiä ajatellaan kakkosluokan kansalaisina? Vai johtuuko se ensihoitajien tietojen ja taitojen puutteesta, toimintaohjeiden huonosta tuntemisesta tai ensihoitajien virheellisestä käsityksestä potilaan voinnin valvontamahdollisuuksista putkatiloissa?

Toimintaohjeiden noudattamatta jättämisellä ensihoitaja ottaa ison riskin myös oman oikeusturvansa kannalta. Perusteettomasti tehty potilaan kuljettamattajättämispäätös voi johtaa potilaan hoitovirheeseen tai mahdollisesti jopa syytöseen potilaan heitteillejätöstä (Määttä 2013a, 51–52). Vastavasta tilanteesta löytyy esimerkiksi tapaus, jossa lääkäri sai oikeusasiamieheltä huomautuksen, koska hän ei ottanut riittävästi selvää putkaan viedyn päihtyneen tilasta ja teki virhearvion tämän hoidon tarpeesta. Alkoholia ja unilääkettä nauttinut potilas jäi putkaan poliisin valvottavaksi ja löytyi myöhemmin sellistä kuolleena. (Lääkärilehti 2008.)

8.2 X-5 ja X-8-tilanteiden tulosten pohdinta

Tutkimuksen tulosten mukaan kuljettamattajättämispäätös on ollut perusteltu X-8 -koodiin päättyneillä ensihoitotehtävillä, eli tilanteissa joissa potilas oli hoidettu kohteessa. X-5 -tilanteissa, eli niissä, joissa ensihoidon tarvetta ei ollut, kuljettamattajättämisen päätöksenteko ja sen kirjaaminen oli sen sijaan hyvin vaihtelevaa.

Kaikissa X-8 ja suurimmassa osassa X-5 -koodeihin päättyneillä ensihoitotehtävillä oli peruselintointoja tutkittu ja arvioitu hyvin kattavasti. Kohdennettuja mittauksia ja tutkimuksia potilaan kuvaaman oireen mukaan oli myös tehty kattavasti. Lisätutkimuksilla saatava tieto on päätöstä tehdessä tärkeää, sillä se tarkentaa ensihoitajan käsitystä potilaan tilasta ja lisää päätöksenteon luotettavuutta (ks. luku 4). Vain verensokerin mittaaminen olisi ollut perusteltua tehdä useammin X-5 -koodiin päättyneissä tilanteissa potilaiden oireiden, kuten huimauksen vuoksi. Kun potilaan peruselintoiminnoissa ei X-5 ja X-8 -tilanteissa kirjaamisen perusteella havaittu normaalista poikkeavaa, voidaan sanoa, että päätös kuljettamattajättämiselle on näiltä osin ollut oikea ja perusteltu.

Yhdessä X-5 -koodiin päättyneen ensihoitotehtävän kirjaamisessa ei ollut otettu lainkaan kantaa potilaan peruselintoimintoihin. Jos kuljettamattajättämispäätös perustuu puutteellisesti tutkitun potilaan tilan arvioon, ottaa ensihoitaja suuren riskin oman sekä potilaan oikeusturvan kannalta. Jos asiaa myöhemmin selvitettäisiin, ei dokumentista löydy mitään todisteita sille, ettei potilaan tila ole vaatinut kuljetusta ja ensihoitajien tekemä kuljettamattajättämispäätös olisi ollut turvallinen ja harvittu. Tilanteita on mahdoton muistaa jälkeenpäin, ja usein ensihoitokertomus on ainoa dokumentti, johon ensihoitaja voi tukeutua. (vrt. Määttä 2013a, 59; Riihelä & Porthan 2013, 36). Tapahtuneesta voi puutteellisen dokumentoinnin vuoksi tulla ongelmia myöhemmin myös esimerkiksi vakuutusyhtiön kanssa (vrt. Riihelä & Porthan 2013, 36).

Potilaan taustatietojen selvittäminen on tärkeää, jotta pystytään luotettavasti arvioimaan, onko potilaan voinnissa odotettavissa muutoksia, vai onko se riittävän vakaa kuljettamattajättämiseen (vrt. Helovuo ym. 2011, 200–201). X-8 ja X-5 -koodeihin päättyneillä ensihoitotehtävillä potilaiden taustatietojen selvittämisessä oli dokumentoinnin perusteella paljon eroavaisuuksia. Perussairauksia ja käytössä olevia lääkityksiä oli selvitetty kattavasti kaikilla X-8 -tehtävillä, kun taas X-5 -tilanteissa taustatietoja oli dokumentoitu vaihtelevasti. Potilaan yleistilan, kuten liikuntakyvyn ja psyykkisen voimien arviointia ei ollut tehty dokumentoinnin perusteella kohdennetusti X-8, eikä X-5 -tilanteissa.

Huolelliseen tutkimiseen ja taustatietojen selvittämiseen X-8 -tilanteissa saattaa vaikuttaa se, että potilailla on ollut selkeä oire, jota on voitu tutkia ja hoitaa. Näissä tilanteissa ambulanssin hälyttämiselle on ollut todellinen tarve, ja ensihoitajat pääsevät tekemään konkreettisia hoitotoimenpiteitä ja näin käyttämään ammattitaitoaan. Tämän vuoksi X-8 -tilanteessa ensihoitajat voivat olla motivoituneita huolelliseen toimintaan myös kirjaamisen osalta. Ehkä myös potilaan taustatiedoista, kuten perussairauksista ja lääkityksestä sekä potilaan huolellisesta tilanarviosta saadun tiedon merkitys yhdistetään helpommin X-8 -tilanteissa tehtäviin hoitotoimenpiteisiin, kuten potilaan lääkitsemiseen. Potilaan tilan arviointi on kuitenkin ensihoitajan keskeisintä ammattitaitoa, ja se tulee tehdä huolellisesti jokaisen potilaan kohdalla. Onko tilanarvion tekeminen niin automaattista, että huolellinen kirjaaminen korostuu vasta kun potilaan tilassa on poikkeavaa?

Potilaan kuljettamattajättämisessä on potilaan terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnin lisäksi tärkeää arvioida myös kokonaisvaltaisesti potilaan tilannetta ja kotona selviytymistä (vrt. Määttä 2013a, 60). Tärkeimpiä asioita ovat tällöinkin potilaan taustatietojen, kuten sairauksien, lääkityksen ja yleisvoimien selvittäminen. Kotona asuu nykyisin ulkopuolisen avun turvin yhä iäkkäämpiä ja sairaampia ihmisiä, joilla on käytössä samanaikaisesti monia eri lääkkeitä. Perussairauksien hoidon ja lääkityksen onnistuminen on yksi kotona pärjäämisen edellytys. Kotiin jäävän ihmisen tulee myös joko itse tai ulkopuolisen avun turvin pystyä hankkimaan itselleen ruokaa sekä huolehtimaan muista päivittäisistä toiminnoista, kuten puhtaudesta ja vaatetuksesta. (Kempainen 2013, 97.) Jos potilas jätetään kuljettamatta sellaisessa tilassa, jossa hänen toimintakykynsä on alentunut, hänellä on perussairauksia ja avun tarpeeseen jätetään puuttumatta, on suuri riski, että potilaan tila huononee. Tämän vuoksi kotona pärjäämättömän potilaan kuljettamattajättämisestä voidaan verrata heitteillejättöön, joka on rikoslain mukaan rangaistava teko. (L 1889/39, 21 § 14.) Joskus potilaan terveydenhuollon päivystykseen kuljettamisen ainoana perusteena siis voi olla ensihoitajien havaintojen herättämä epäily, ettei potilas heikentyneen toimintakyvyn vuoksi pärjää kotona ilman ulkopuolista apua. (vrt. Määttä 2013a, 60.) Terveydenhuollon päivystys on usein ensimmäinen paikka, jossa voidaan ryhtyä järjestelemään lisäapua kotona pärjäämisen tueksi.

Voiko potilaiden taustatietojen puutteellisen dokumentoinnin syynä olla myös, että ensihoitopalvelu mielletään edelleen perinteisesti kapea-alaiseksi pelastuspalveluksi? Ensihoito on aiemmin ollut pitkään erillään terveydenhuollosta ja sen toiminnassa ja koulutuksessa on ehkä keskitytty enemmän potilaan äkillisen sairastumisen tai vammautumisen hoitoon ja kuljettamiseen. (Määttä 2013b, 16) Tällöin esimerkiksi potilaan kotona selviytymisen arvioimisen ei koeta kuuluvan ensihoitajien tehtäväksi. Ensihoitopalvelu on kuitenkin osa terveydenhuollon organisaatiota ja ensihoitajat ovat poikkeuksellisessa asemassa, koska he pääsevät usein näkemään, kuinka potilas selviytyy päivittäisistä toiminnoista kotioloissa. Sieltä he voivat tuoda arvokasta tietoa potilaan tilanteesta muualle terveydenhuoltoon.

Kiinnitimme huomiota myös jatkohoito-ohjeistuksen kirjaamisen puuttumiseen, koska X-5 -tilanteissa ne oli kirjattu ainoastaan yhteen ensihoitokertomukseen ja myös X-8 -tilanteissa niiden dokumentoinnissa ilmeni puutteita. Ensihoitajat olivat mahdollisesti tehtävällä ollessaan miettineet ja selvittä-

neet asioita laajemmin, kuin kirjaamisesta käy ilmi. Ensihoitajat ovat mahdollisesti antaneet potilaalle jatkoahoito-ohjeistusta, mutta sitä ei kuitenkaan jostain syystä ollut kirjattu ensihoitokertomukseen.

Potilaalle annettavan ohjeistuksen tai sen kirjauksen puutteellisuuden syinä voivat olla myös ensihoitajien toimintaohjeiden huono tuntemus tai se, että ohjeiden antaminen tai niiden kirjaaminen koetaan hankalaksi. Kirjaamiselle tuo haastetta myös ensihoitokertomuksen niukka kirjoitustila. Myös suullisesti annettujen jatkoahoito-ohjeiden kirjaaminen voidaan kokea turhaksi. Muita syitä puutteelliseen dokumentointiin voivat myös olla todellinen tai kuvitteellinen kiire tai ensihoitajien piittaamattomuus huolellisesta kirjaamisesta.

Koulutuksessamme painotettiin dokumentoinnin huolellisuutta, mutta varsinaisesti X -koodiin päättyneitä ensihoitotehtäviä ja niiden kirjaamista käsiteltiin ja harjoiteltiin koulutusohjelmassamme hyvin vähän. Kirjaamisen oppiminen tapahtuu oikeastaan täysin käytännön harjoittelujaksoilla, joissa sitä opettavat harjoittelujen ohjaajina toimivat ja päivittäistä ensihoitotyötä tekevät ensihoitajat. Näin ollen vanhat tavat ja niin hyvät kuin huonotkin kirjaamiskäytännöt juurtuvat uusille ensihoitajille hyvin vaihtelevan ohjauksen vuoksi.

Puutteellisella jatkoahoito-ohjeistuksella voi olla monenlaisia seurauksia. Osa potilaista soittaa saman vaarattoman oireen vuoksi uudelleen hätäkeskukseen, kun taas osa ei uskalla enää vakavamman oireen kohdatessa soittaa apua. Ensihoidon tehtävämäärät ja kustannukset lisääntyvät, kansalaistaidot ovat heikentyneet ja kynnys ambulanssin hälyttämiseen on madaltunut (Määttä 2013a, 52). Hyvällä potilaan ja omaisten ohjaamisella ensihoitajat voivat vaikuttaa asioihin ja parantaa potilasturvallisuutta ja kansalaistaitoja. Hyvä ohjeistus antaa ihmisille tietoa ja varmuutta toimia oikein vastaavanlaisessa tilanteessa tulevaisuudessa.

Ensihoitaja voi kuljettamattajättämisspätöstä tehdessään pyytää lääkäriltä puhelimitse hoito-ohjetta eli hoitomääräyksen. Moniammatillinen yhteistyö tuo päätöksentekoon luotettavuutta (ks. kpl 4). Lääkärillä on koulutuksensa ansiosta enemmän osaamista kuin ensihoitajalla ja mahdollisuus tutkia potilaan aikaisempia hoitokertomuksia. Hän pystyy näin ollen arvioimaan potilaan tilaa ensihoitajia laajemmin. Ensihoitaja pystyy tilanteessa ollessaan arvioimaan potilaan sen hetkisen tilan ja esimerkiksi kotona selviytymiseen liittyviä asioita puhelimesta olevaa lääkäriä paremmin. Nämä havainnot on tietysti tärkeä tuoda lääkärin tietoon. Hoito-ohjeen pyytäminen siirtää vastuun kuljettamattajättämisspätöksestä lääkärille (Loikas 2010, 328). Ensihoitaja voi turvata hoitomääräykseen, jos kuljettamattajättämisspätöksestä tulee ristiriitaa tilannepaikalla tai jälkeenpäin. Potilaan kuljettamattajättämiseen päättyvän ensihoitotehtävän tietojen tallentuminen jatkohoitoa varten on myös mahdollista varmistaa hoitomääräyksen pyytämällä, sillä lääkärin on kirjattava puhelimitse annettu hoitomääräys potilaan hoitokertomukseen.

Toimintaohjeiden mukaan X-8 -koodin käytön perusteena on potilaalle tehty hoitotoimenpiteet, jotka ovat vaikuttaneet hänen vointinsa korjautumiseen ja hänet voidaan jättää turvallisesti kuljetta-

matta. Ensihoitokertomusten dokumentoinnin perusteella useissa X-8 -tilanteissa ei potilaalle ollut tehty varsinaisia hoitotoimenpiteitä (lääkkeen annostelu laskimoon, lihakseen tai hengitysteihin ensihoitoyksikön erityisvälinein, lääkärin konsultointia tai ensihoitajan koulutukseen perustuvan ammattitaidon käyttäminen), jolloin koodiksi olisi Määtän (2013, 56–57) mukaan pitänyt valita X-5. Kokeuksemme perusteella X-8 tai X-5 -koodin valinnan perusteet ovat erittäin vaihtelevia eri ensihoitopalveluiden tuottajien välillä.

8.3 X-6 -tilanteiden tulosten pohdinta

Potilailla oli todettu ensihoidon ja kuljetuksen tarve, mutta potilas oli itse halunnut kieltäytyä hoidosta. Jotkut potilaat olivat kieltäytyneet jo tilan arvioinnista ja tarvittavien mittausten tekemisestä, jolloin tutkiminen oli ollut mahdotonta. Tällöin tulisi keskittyä arvioimaan ja kirjaamaan huolellisesti potilaan päätöksentekokykyä ja siihen vaikuttavia asioita, koska vain näin voi todistaa sen, että potilas ymmärtää tekemänsä ratkaisun ja tiedostaa sen mahdolliset seuraukset (Määttä 2013a, 56). Toimintaohjeisiin verrattaessa (Castrén 2010, 322–324) potilaiden tutkiminen oli ollut puutteellista. Etenkin potilaan päätöksentekokyvyn arviointi oli puutteellista, sillä potilaan perussairauksia, mahdollisia vammoja eikä muiden päihteiden kuin alkoholin käyttöä ollut selvitetty. Kun päätöksentekokykyä ei ole arvioitu luotettavasti, on mahdollista, ettei potilas olisi ollut kykenevä tekemään päätöksiä omasta hoidostaan esimerkiksi vahvan päihtymyksen tai mielisairauden vuoksi (vrt. Määttä 2013a, 55–58).

Potilaan päätöksentekokyvyn arviointi ja kirjaaminen voi olla erittäin haastavaa, ja ensihoitajan tulisi kerätä kaikki saatavissa olevat ajankohtaiset tiedot päätöksenteon tueksi. Potilaan kanssa kommunikointi voi olla vaikeaa eri syistä johtuen. Potilaalta saatava informaatio voi olla päinvastaista kuin läheisiltä saadut tiedot tai potilaan kertomus voi vaihdella. Tällöin on arvioitava eri kertomusten luotettavuus. Potilas voi kieltäytyä kaikesta yhteistyöstä ja pyytää ensihoitajia poistumaan. Tällaisessa tilanteessa ensihoitajan tulisi suostutella potilasta yhteistyöhön, saadakseen riittävät tiedot päätöksentekoa varten. Ensihoitaja tarvitsee hyviä kommunikointitaitoja, saadakseen vastahakoisen potilaan ymmärtämään miksi tutkimukset on tehtävä. Ensihoitajalla on myös mahdollisuus pyytää lääkärinä keskustelemaan potilaan kanssa yhteisymmärryksen löytämiseksi. (Määttä 2013a, 51–62.) PSSHP:n toimintaohjeiden mukaan ensihoitajan on pyydettävä lääkäriltä hoitomääräys, jos ensihoitajalla on epäily somaattisesta tai psyykkisestä ongelmasta ja hoidon tarpeesta syntyy ristiriitaa potilaan ja ensihoitajan välillä (Kurola 2012). X-6 -koodiin päättyneiden ensihoitokertomusten dokumentoinnin perusteella ensihoitajat eivät hoitomääräystä lääkäriltä kuitenkaan olleet pyytäneet, vaikka useissa tapauksissa potilailla oli selkeä tarve hoidolle ja tilanseurannalle ja potilaan päätöksentekokyky oli kyseenalainen.

Täysi-ikäisellä potilaalla on perustuslaissa (L1999/731) määritelty itsemääräämisoikeus, josta voidaan poiketa vain harkitusti mielenterveys- päihdehuolto- lastensuojelu- ja tartuntatautilakien perusteella (L 1986/41; L 1990/1116; L 2007/417; L 1986/583). Ensihoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, mutta arvioida samalla onko potilaan terveydentila riittävä tämän oikeuden

käyttämiseen sekä punnittava, mitä terveydellisiä haittoja hoidosta kieltäytyminen potilaalle mahdollisesti aiheuttaa. Tulosten perusteella kirjaamisesta ei käynyt ilmi, että potilaat olisivat täysin ymmärtäneet, mitä hoidosta kieltäytyminen merkitsee, sillä potilaille ei ollut kirjaamisen perusteella kerrottu, mitä terveyttä ja hyvinvointia vaarantavia riskejä hoidosta kieltäytyminen voi aiheuttaa. Aivan samoin kuin ensihoitaja, tarvitsee potilas riittävät tiedot päätöksentekoon, jotta päätös on mahdollisimman hyvä (vrt. kpl 4). Riskit on kerrottava potilaalle tarvittaessa selkokielellä ja kirjallisesti (Määttä 2013a, 55). Yhdistettynä puutteelliseen päätöksentekokyvyn arvioon riskien kertomatta jättäminen vie luotettavuutta potilaan tekemältä hoidosta kieltäytymiseltä. Voikin miettiä, mitä arvoa on potilaan nimikirjoituksella, jos päätöksentekokykyä ei ole arvioitu eikä potilaalle kerrottu päätöksen aiheuttamia riskejä.

8.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä tulee pohtia koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen kriittisiä kohtia ovat aiheen valinnan eettisyys, tutkimusongelmat ja kehittämistehtävät, tietolähteiden valinta, aineistonkeruumenetelmän valinta, aineistonkeruun toteutus, tutkimustulosten analysointi, luotettavuuden arviointi sekä raportointi (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43–44).

Potilaan kuljettamattajättäminen on ajankohtainen ja kehittyvä ensihoidon osa-alue. Aihe tuli työelämän tarpeista ja sitä on tarkennettu yhteistyössä työn tilaajan PSSHP:n ensihoitokeskuksen kanssa. Tutkimusta tehdessämme vakuuimme siitä, että kuljettamattajättämistä on tutkittu etenkin Suomessa todella vähän (ks. kpl. 2.1.3), vaikka kyseessä on erittäin suuri ja kasvava ensihoidon potilasryhmä (Kuisma 2007). Kuljettamattajättämiseen liittyy monia ensihoidon laatuun, asiakastytyväisyyteen ja potilasturvallisuuteen liittyviä kysymyksiä (vrt. Määttä 2013a, 59).

Tutkimus aloitettiin tutkimussuunnitelman tekemisellä. Tutkimussuunnitelmamme hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla, työn tilaajalla sekä opinnäytetyömme opponoijilla, ja heiltä saamamme palautteen perusteella muokkasimme tutkimussuunnitelmaamme selkeämmäksi ja enemmän työelämän tarpeita vastaavaksi. Tutkimussuunnitelmalla haimme tutkimuslupaa Kuopion kaupungilta, joka on Kuopion pelastuslaitoksen ensihoitokertomuksien rekisterinpitäjä. Tiedotimme myös Kuopion pelastuslaitosta tutkimuksesta ja näin varmistimme, että teemme tutkimustamme avoimesti ja rehellisesti.

Tutkimuksemme toteutettiin rekisteritutkimuksena, eikä tutkimuslupaa tarvinnut anoa eettiseltä toimikunnalta. Tutkimusaineistomme olevia ensihoitokertomuksia on käsitelty potilasasiakirjojen salassapitosäännösten mukaisesti. Aineisto on kerätty Pohjois-Savon pelastuslaitoksen tiloissa yksityisyyden suojaa kunnioittaen. Yksityisyyden suoja kuuluu Suomen perustuslailla (L 1999/731, 10§) suojattuihin oikeuksiin ja on myös tutkimuseettisesti merkittävä asia. Tutkimuksen eettisyyttä arvioidessa puhutaan tunnisteellisuudesta, jos yksityisen henkilön voi tunnistaa tutkimusaineistosta helposti tai ilman kohtuuttomia kustannuksia. Tunnistetiedot jaetaan suoriin (nimi, osoite, henkilötunnus, syntymäaika, ääni tai kuva) ja epäsuoriin (kotipaikkakunta, asuinalue, koulutus, työpaikka, perheen koostumus). (Satakunnan korkeakoulut 2012.) Tämä asia on huomioitu tutkimuksessamme siten, että tutkimusaineistossamme ei otettu mukaan yhtään suoraa tunnistetietoa ja epäsuorista tun-

nistamistiedoista esille tulee ainoastaan tapahtumapaikkakunta. Tapahtumapaikkakunnan perusteella yksilön tunnistaminen ei ole mahdollista, sillä tutkimusaineistomme kerättiin Kuopiosta, jossa on asukkaita 97 433 (Kuopion kaupunki 2012). Lisäksi tutkimamme asia ei liity henkilöihin vaan ensihoidon dokumentointiin.

Tutkimuksen teossa olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka mukaan tutkimuksen tekijät noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Suomen Akatemia 2003). Olemme kirjoittaneet ja perustelleet mahdollisimman tarkasti tutkimusmenetelmän valinnan ja aineiston analyysin eri vaiheet, koska analysoinnissa on tarkasteltava tutkimusongelmaa ja kerrottava tarkasti millä perusteilla johtopäätöksiin on tultu. Tutkimuksessamme käytetyssä sisällönanalyysissa tuloksen luotettavuuden kannalta olennaisinta on se, että tutkija pystyy aineistoa pelkistämällä kuvaamaan mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Siksi aineiston ja tulosten välillä on oltava vahva yhteys. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–30) Tämän vuoksi yksityiskohtainen kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta ja etenkin aineiston analysoimisesta on tärkeää. Kuvauksen on oltava niin tarkkaa, että tutkimus olisi periaatteessa mahdollista toistaa. Sisällönanalyysin luotettavuutta paransi se, että meitä tutkijoita oli kolme ja ongelmatilanteissa analysoimme asioita ensin yksin ja sitten yhdessä ja keskustelimme asioista, jotta kaikki olimme samaa mieltä ja ymmärsimme asiat samalla tavoin.

Kokemattomuutemme tutkijoina ja ensihoitajina on vaikuttanut kokonaisvaltaisesti tämän tutkimuksen tekemiseen. Tätä yritimme parantaa perehtymällä huolellisesti tutkimuksen tekemistä ohjaavaan kirjallisuuteen sekä ensihoitoa käsittelevään kirjallisuuteen. Käytimme ohjaavan opettajan apua erityisesti tutkimusmenetelmän valinnassa ja tutkimuksen analyysin prosessin ymmärtämisessä. Opin näytetyön prosessin toteuttamista varten kävimme Savonia-AMK:n vaatimat ohjauspajat ja -tilanteet, joista saimme apua ongelmatilanteissa.

Tutkimusaineistomme niukan sisällön vuoksi laadullinen analysointi jäi vähäiseksi. Tämä vaikutti siihen, että meillä oli analysoitavaa tekstiä vähemmän, kuin olimme odottaneet. Tutkimuksemme aineisto ei ollut tyypillinen laadullisen tutkimuksen aineisto, mutta jos olisimme tehneet tutkimuksemme määrällisenä, niin se ei olisi vastannut tutkimuskysymyksiimme, tavoitteeseemme eikä tarkoitukseemme. Luotettavuutta vähentää se, että emme voineet verrata tutkimustamme suoraan mihinkään toiseen jo tehtyyn tutkimukseen, sekä se, että aineistomme oli pieni. Suuremmalla aineistolla pystyttäisiin paremmin yleistämään ja sanomaan tarkemmin niitä asioita, jotka on tehty hyvin ja joissa olisi selkeästi kehitettävää kirjaamisen perusteella. Aineiston koko valikoitui käytettävissä olevien resurssien sekä ajan perusteella.

Haastavasta tutkimusmenetelmästä, tutkijoiden kokemattomuudesta ja aineiston niukkuudesta huolimatta saimme menetelmällämme aineistosta esille tutkimuskysymyksiimme vastaavia asioita. Tutkimustuloksia verrattaessa lähdekirjallisuuteen ja työkokemukseemme näyttäisi siltä, että keskeiset

tutkimustulokset antavat suuntaa kuljettamattajättämispäätöksen toteuttamisesta sekä dokumentoinnista.

8.5 Jatkotutkimusehdotuksia

Jatkotutkimushaasteita ovat potilaan kuljettamattajättämisen tutkiminen suuremmasta aineistosta määrällisillä tutkimusmenetelmillä, mahdollisesti vain yhteen X -koodiin keskittyen. Kuten määrällisellä tutkimuksella yleensäkin, tällaisella selvityksellä voisi saada yleistettävämmän ja luotettavamman käsityksen ensihoidon toimintaohjeiden toteutumisesta potilaan kuljettamattajättämistilanteissa. Kiinnostavaa olisi myös selvittää, miten sähköinen kirjaaminen yleistyessään vaikuttaa ensihoidon dokumentoinnin laatuun.

Jos tämän tutkimuksen toistaisi samalla tutkimusmenetelmällä, olisi kiinnostavaa saada tutkimusaineistoksi mukaan myös ensihoitajien haastattelut tilanteista. Mahdollisesti tutkija voisi olla mukana ensihoitotehtävillä havainnoiden ja muistiinpanoja tehden, jopa äänittäen tehtäviä ja sitten analysoida niitä. Näin päästäisiin päätöksenteon syvempään analyysiin ja tulokset olisivat luotettavampia ja kokonaisvaltaisempia. Tuloksia pystyttäisiin vertaamaan dokumentointiin ja analysoimaan minkä verran asioita jää kirjaamatta. Tutkimusta voisi jatkaa myös keräämällä aineiston perustasoisten ensihoitoyksiköiden täyttämistä ensihoitokertomuksista. Näin voitaisiin myös vertailla, näkyykö koulutustaso päätösten tekemisessä ja kirjaamisessa.

8.6 Oppimisprosessi

Tutkimuksen tekeminen on ollut todella opettavainen ja haastava kaksi vuotta kestänyt projekti. Alusta lähtien opimme paljon tiedonhankinnasta ja ymmärrämme nyt paremmin, mistä luotettavaa ja näyttöön perustuvaa tietoa kannattaa hakea. Olemme myös saaneet kokemusta asiatekstin kirjoittamisesta, oppineet lukemaan omaa tekstiämme kriittisesti ja myös pyytämään ja ottamaan palautetta vastaan. Projekti on opettanut suunnittelemaan aikataulutusta ja tarkastelemaan sen etenemistä. Olemme myös oppineet sietämään keskeneräisyyttä, sillä tutkimus ei valmistu yhdellä istumalla, vaan sitä työestetään osa kerrallaan.

Olemme tehneet tutkimusta kolmen hengen ryhmässä ja ryhmämme on toiminut hyvin, vaikka esimerkiksi työharjoitteluiden vuoksi olemme olleet eri puolilla Suomea suurimman osan tutkimuksen tekemisen ajasta. Olemme hyödyntäneet ryhmämme jäsenten kesken toistemme vahvuuksia ja uskomme, että näin olemme saaneet tutkimuksestamme paremman ja sen toteuttaminen on ollut mukavampaa. Ryhmänä työskentely on myös helpottanut asioiden tarkastelua vaihtoehtoisista näkökulmista. Aikataulutuksen ja tehtävien jaon kanssa ei ole ollut ongelmia. Jokainen on tehnyt sovitut asiat välimatkoista huolimatta ajallaan. Yhteistyö opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa oli antoisaa, sillä olemme saaneet häneltä hyödyllisiä kehittämisideoita ja apua ongelmatilanteissa.

Mielenkiinto aiheeseen on kestänyt koko projektin ajan ja koemme, että olemme tutkimuksen tekemisen myötä kehittyneet myös ammatillisesti. Tutkimusaiheeseen perehtyminen on antanut meille hyviä valmiuksia potilaiden kuljettamattajättämispäätösten tekemiseen ja oman toiminnan laadun arvioimiseen työelämässä.

LÄHTEET

- Alaspää, A. & Holmström, P. 2013a. Potilaan haastattelu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P & Porthan, K. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 122–123.
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2013b. Ensiarvio ja yleistutkimus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P & Porthan, K. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 119–121.
- Arola, S. 2001. *Sairaankuljettajien hoidollisen päätöksenteon lähestymistavat Pohjois-Karjalassa*. Opinnäytetyö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Bigham, B., Buick, J., Brooks, S., Morrison, M., Shojania K & Morrison, L. 2012 Patient safety in emergency medical services: A systematic review of the literature. *Prehospital emergency care*. 2012/16, 20–35
- Castrén, M. 2010. X -tehtävä, ei kuljetusta. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 317–326.
- Gray, J. & Wardrope, J. 2007. Introduction of non-transport guidelines into an ambulance service: a retrospective review. *Emergency Medicine Journal*. 2007/24, 727–729.
- Hartikainen, J. 2012. Pohjois-Savon pelastuslaitoksen ensihoitopäällikkö. *Ensihoito, Pohjois-Savon pelastuslaitos tilastot*. Kuopio 6.11.2012. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Hauswald, M. 2002. Can paramedics safely decide which patients do not need ambulance transport or emergency department care? *Prehospital emergency care*. 2002/6, 383–386.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. Helsinki: WSOY, 43–44.
- Heino, T. 2012. *Merlot Medi: Sähköinen kirjaaminen versus manuaalinen kirjaaminen*. Arcada- ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47798/Heino_Tapio.pdf?sequence=1.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa K., ja Pennanen, P. 2011. *Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. Helsinki: Fioca Oy.
- Helsingin sanomat. 11.2.2012. *Suomessa sattuu putkakuolemia parikymmentä vuodessa*. Saatavissa: <http://www.hs.fi/kotimaa/Suomessa+sattuu+putkakuolemia+parikymment%C3%A4+vuodessa/a130555442420>.
- Hirsjärvi, S. 2009. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi, 123–166.
- Holmström, P. & Puolakka, J. 2013a. Hengityselimistön tutkiminen ja seuranta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 124–129.
- Holmström, P. & Puolakka, J. 2013b. Sydämen ja verenkiertoelimistön tutkiminen ja seuranta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 130–151.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Kempainen, M. 2013. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 92–101.
- Kivelä, T. 2010. *Hoitovirheet ensihoidossa*. Savonia- ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010121618495>.
- Kosonen, T. & Luoma-aho, J. 2007. *Sairaankuljetuksen ja ensihoidon laatua asiakkaan näkökulmasta*. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jamk-545>.
- Kumpulainen, K & Rätty, A. 2010. *Kuljettamatta jätetyn rintakipupotilaan ja hänen omaistensa ohjaaminen: potilasohjeen kehittäminen*. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa:

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112916121>.

Kuisma, M. 2013. Potilasturvallisuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 63–65.

Kuisma, M. 2007. *Ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden kehittäminen*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 26. [viitattu 21.2.2012] Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3831.pdf&title=Ensihoito_ ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3831.pdf&title=Ensihoito_+ja+sairaan+kuljetus+palvelujen+kehittaminen+fi.pdf).

Kuisma, M. & Hakala, T. 2013. Ensihoidon laadunhallinta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 66–84.

Kuisma, M., Määttä, T., Hakala, T. & Nousiala-Wiik, M. 2003 *Customer satisfaction measurement in emergency medical services*. Academic emergency medicine. 2003/7: 812–815.

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2012. *Ensihoitopalvelut tehostuvat Pohjois-Savossa* [verkkosivut]. [viitattu 15.8.2012] Saatavissa: <http://www.psshp.fi/index.asp?tz=-3&link=544.8587>.

Kuopion kaupunki 2012. Tiedote 1/2012. *Kuopion väestö*. [viitattu 28.4.2012]. Saatavissa: http://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=a57c8e45-8249-4a5b-9f4e-b2bd1c9cc1dd&groupId=12167.

Kurola, J. 2012. *PSSH:n alueella toimivan ensihoitohenkilöstön hoito-ohjeiden ja määräysten pyytäminen*. Hoito-ohje. Kuopion yliopistollinen sairaala. Extranet. [viitattu 28.4.2012]. Saatavissa: <http://www.psshp.fi/index.asp?tz=-3>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 18.4.2012]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 18.4.2012]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4).

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. L 24.6.2010/629. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 16.3.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100629>.

Laki poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta. L 29.9.2009/841. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 16.3.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060841>.

Laki päihytyneiden käsittelystä. L 8.6.1973/461. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 16.3.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730461>.

Lastensuojelulaki. L 13.4.2007/417. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 3.3.2013] Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/laki/smur/2007/20070417>.

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

Lauri, S. 2007. Päätöksenteko hoitotyön arjessa. *Premissi*. 2007/05, 21–23.

Lauri, S. & Salanterä S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* 2002/04, 158–166.

Lauri, S. & Salanterä S. 1998. Decision-making models in different fields of nursing. *Research in nursing & health* 21, 443–452

- Lehtola, J. & Koskela, K. 2009. *Kirjallinen ohjeistus potilaan kuljettamattajättämistilanteisiin ensihoitohenkilöstölle*. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912057124>.
- Lindholm, K. & Manner, V. 2010. *Sydämen vajaatoimintapotilaan kuljettamatta jättäminen: Ensihoitajan osaaminen päätöksenteossa*. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010121418140>.
- Lohiniva-Kerkelä, M. 2012. Ensihoitoa koskevat lait ja säädökset. Teoksessa: Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. 2012. Helsinki: Otava, 129–132.
- Loikas, P. 2010 Hoito-ohjeen pyytäminen ja raportointi. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 329–332.
- Lundälv, J. 2006. *Nationell djupstudieanalys av ambulansrelaterade skadehändelser i Finland: krascher med ambulansfordon åren 1996-2005*. Göteborgin Yliopisto. Saatavissa: <http://www.trafikdage.dk/td/papers/papers06/Trafikdage-2006-522.pdf>.
- Luukkonen, R. 2012. Hälytysajo. Teoksessa: Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Otava, 70–73.
- Lääkelaki*. L 10.4.1987/395. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 16.3.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.
- Lääkärilehti*. Kandi sai huomautuksen päihtyneen potilaan putkakuolemasta. Julkaistu 27.2.2008. Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=5591/type=1.
- Mielenterveyslaki*. L 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 18.4.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116>.
- Moilanen, P. & Rähjä, P. Merkitysrakenteiden tulkinta. 2007. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. 2007. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Juva.
- Mäkelä, L. & Salonen, A. 2009. *Vainajan omaisten ohjaaminen ensihoidossa: kirjallisen ohjeen kehittäminen*. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200905233113>.
- Määttä, T. 2013a. Kuljettamatta jättäminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 51–62.
- Määttä, T. 2013b. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14–30.
- Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 24–39.
- Nurmi, J. 2013. Kliininen päätöksenteko. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 110–118.
- Oksanen, T. 2010. Muu äkillisesti heikentynyt yleistila 705. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 215–218.
- Pehkonen, H. & Kiiski, Miia. 2011. *Potilasohjeen kehittäminen kuljettamatta jätetyille potilaille Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella*. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105188530>.
- Pelastuslaki*. L 29.4.2011/379. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 15.3.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110379>.
- Peltomaa, T., Riihimäki, L. & Salminen, P. 2010. *Potilasturvallisuus sairaalanulkopuolisessa ensihoidossa: sairaankuljettajien näkemyksiä*. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201102162383>.

Pohjois-Savon pelastuslaitos. 2012. *Ensihoitopalvelut*. Pohjois-Savon pelastuslaitoksen www-sivut [viitattu 21.2.2012]. Saatavissa: <http://www.kuopio.fi/web/ps-pelastuslaitos/ensihoito>.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2013. *Pohjois-Savon Sairaanhoitopiiri vastaa Ensihoitopalveluiden järjestämisestä Pohjois-Savossa 1.1.2013 alkaen*. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin www-sivut [viitattu 15.3.2013]. Saatavissa: <http://www.pssh.fi/index.asp?link=6515.5&language=1>.

Pohjolainen Harri-Pekka. 2013. Ylikomisario. Pohjois-Savon poliisilaitos. Kuopio 8.4.2013. Henkilökohtainen tiedonanto.

Poliisi. *Päihtyneiden säilöönotto*. Poliisin www-sivut [viitattu 2.3.2013]. Saatavissa: <https://www.poliisi.fi/poliisi/home.nsf/pages/DECC9B2353003FA2C2256B9E003F062A?opendocument>.

Porthan, K. 2012a. *Ensihoidon tilastoja vuodelta 2011*. Pelastuslaitos Helsinki [viitattu 18.4.2012]. Saatavissa: <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e460de004a94ba41912bb1369e5d9de4/Ensihoito+Tilastoja+vuodelta+2011.pdf?MOD=AJPERES&lmod=798430326&CACHEID=e460de004a94ba41912bb1369e5d9de4>.

Porthan, K. 2012b. Kirjaaminen. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Otava, 81–88.

Porthan, K. 2012c. Tietotekniikan hyödyntämien. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Otava, 88–94.

Potilasvahinkolaki. L 25.7.1986/585. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 16.3.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.

Pringle, R., Carden, D., Xiao, F. & Graham, D. 2005 Outcomes of patients not transported after calling 911. *The Journal of emergency medicine*. 2005/28, 449–454.

Puolakka, J. 2008. Ensihoidon toimenpiteet ja potilaan tilan seuranta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 114–148.

Päihdehuoltolaki. L 17.1.1986/41. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 18.4.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860041>.

Rikoslaki L 19.12.1889/39. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 31.3.2013]. Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/laki/smur/1889/18890039001>.

Rekola, L. 2008. Päätöksenteko ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 46–50.

Riihelä, J. & Porthan, K. 2013. Dokumentointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 36–51.

Satakunnan korkeakoulut 2012. *Yksityisyys ja tietosuoja*. Satakunnan korkeakoulujen www-sivut [viitattu 28.4.2012]. Saatavissa: http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka_yksityisyys.

Savonia- ammattikorkeakoulu. 2011. *Ensihoitajan kompetenssit*. Savonia- ammattikorkeakoulun www-sivut [viitattu 3.4.2013]. Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/Ensihoitajankompetenssit_TE11S.pdf.

Seppälä, J. 2010a. Ensihoidon potilasasiakirjat. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 338–340.

Seppälä, J. 2010b. Hätäkeskustoiminta. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 343–350.

Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). 2010. *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim. [viitattu 18.4.2012] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/eho/koti>.

Silvestri, S., Rothrock, S., Kennedy, D., Ladde, J., Bryant, M. & Pagane J. 2002. Can paramedics accurately identify patients who do not require emergency department care? *Prehospital Emergency Care*. 2002/6, 387–390.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta. A 6.4.2011/340. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 11.4.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2009/3. *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1383571#fi>.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön opas 2005:23. *Sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelu. Opas hälytysohjeen laatimiseksi*. Helsinki [viitattu 11.4.2012]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1136458113065/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön tiedote 2004/21. *Sähköinen potilaskertomus käyttöön koko maassa*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön www-sivut [viitattu 19.3.2013]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1266821>.

Suomen Akatemia 2003. *Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet*. Suomen akatemian www-sivut [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa: <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>.

Suomen ensihoitoalan liitto 2007. *Julkilausuma*. Suomen ensihoitoalan liiton www-sivut [viitattu 12.11.2012]. Saatavissa: <http://www.sehl.fi/index.phtml?s=66>.

Suomen ensihoitoalan liitto. 2010. *Julkilausuma*. Suomen ensihoitoalan liiton www-sivut [viitattu 12.11.2012]. Viitattu 12.11.2012. Saatavissa: http://www.sehl.fi/files/479/Julkilausuma_291010.pdf.

Suomen perustuslaki. L 11.6.1999/731. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 18.4.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

Tartuntatautilaki. 25.7.1986/583. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 15.3.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860583>.

Telkki, T. 2012. *Ensihoitokertomuksen käytettävyys sairaalan päivystyspoliklinikalla*. Laurea- ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40483/Telkki%20Tuomas.pdf?sequence=1>.

Terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta. L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 11.4.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. *Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma*. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut [viitattu 12.11.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>.

Tieliikenneasetus. A 5.3.1982/182. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 16.3.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820182>.

Tieliikennelaki. L 3.4.1981/267. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 16.3.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1981/19810267>.

Tillanen, P. & Himanen, K. 2010. *Ensihoidossa x-5- ja x-8 -koodattujen potilaiden hakeutuminen hoitoon Mikkelinseudulla*. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005129138>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 2013. Helsinki: Tammi, 66–100.

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta. A 5.5.2011/407. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 15.3.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2003/20030787>.

Vasari, V 2011. *Teette tärkeää työtä! Asiakastytyväisyys ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa*. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö [viitattu 1.5.2012]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37871/Vasari_Virva.pdf?sequence=2.

Vehkalahti, K. 2008. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Tammi.

Vilhunen, S. 2008. *Kun potilasta ei kuljeteta: Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoidon X -koodit syyskuussa*. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912198369>.

Väisänen, O. 2010. Potilasturvallisuus kulttuuria parantamaan myös ensihoidossa. *Systole* 2010/3, 30–32.

Väisänen, O., Hiltunen, T. & Reitala, J. 2012a. Potilaan haastattelu. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Otava, 149.

Väisänen, O., Hiltunen, T. & Reitala, J. 2012b. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Otava, 150–158.

Väisänen, O., Hiltunen, T. & Reitala, J. 2012c. Toimintamalli potilaan kohtaamiseen. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). *Ensihoidon perusteet*. 2012. Helsinki: Otava, 144–148.

LIITTEET

Liite 1. Tehtäväkoodit (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005:23)

70 peruselintoiminnan häiriö	71 hapenpuute	74 vamma (muu mekaaninen)
700 eloton (A,B,C) 701 elvytys (A) 702 tajuttomuus (A,B) 703 hengitysvaikeus (A,B,C) 704 rintakipu (A,B,C) 705 peh: muu äkillisesti heikentynyt yt (A,B,C) 706 aivohalvaus (A,B,C,D)	710 tukehtuminen (B) 711 ilmatie-este (A,B,C) 712 jääminen suljettuun tilaan (A,B,C) 713 hirttyminen, kuristuminen (A,B,C) 714 hukuksiin joutuminen (A,B,C)	741 putoaminen (A,B,C,D) 744 haava (A,B,C,D) 745 kaatuminen (A,B,C,D) 746 isku (A,B,C,D) 747 vamma: muu (A,B,C,D)
75 onnettomuus (ei mekaaninen)	76 verenvuoto (ilman vammaa)	77 sairaus (liittyy löydös)
751 kaasumyrkytys (A,B,C) 752 myrkytys (A,B,C,D) 753 sähköisku (A,B,C) 754 palovamma (A,B,C) 755 ylikuumeneminen (A,B,C) 756 paleltuminen, alilämpöisyys (A,B,C)	761 suusta (A,B,C) 762 gyn./urol. (A,B,C,D) 763 korva/nenä (B,C,D) 764 säärihaava/muu (B,C,D)	770 sairauskohtaus (B) 771 sokeritasapainon häiriö (A,B,C) 772 kouristelu (A,B,C) 773 yliherkkyysreaktio (A,B,C) 774 muu sairastuminen (C,D) 775 oksentelu, ripuli (C,D)
78 sairaus (ilmenee oireena)	79 sairaankuljetustehtävä	X-ei kuljetusta
781 vatsakipu (A,B,C,D) 782 pää/niskasärky (A,B,C,D) 783 selkä/raaja/vartalokipu (B,C,D) 785 mielenterveysongelma (C,D)	790 hälytys puhelun aikana (B) 791 synnytys (A,B,C,D) 793 hoitolaitossiirto (A,B,C,D) 794 muu sairaankuljetustehtävä (D) 796 monipotilastilanne, suuronnettomuus (A)	X-0 tekninen este X-1 kuollut X-2 terveydentila määritetty, ohjattu poliisin suojaan X-3 pyydetty kohteeseen muuta apua X-4 muu kuljetus X-5 terveydentila määritetty, ei tarvetta ensihoitoon tai hoitoimenpiteisiin X-6 potilas kieltäytyi X-7 potilasta ei löydy X-8 potilas hoidettu kohteessa X-9 tehtävän peruutus

X-2 TERVEYDENTILA MÄÄRITELTY, OHJATTU POLIISIN SUOJAAN

Päihtymyksen aiheuttama häiriökäyttäytyminen kuuluu poliisin toimialaan

Voidaan luovuttaa poliisin huostaan:

Peruselintoimintojen tulee olla kunnossa:

- Tajunta
 - Potilas on herätettävissä.
 - Häneen saadaan asiallinen kontakti.
- Verenpaine ja syke ovat normaalialueella.
- Hengitystaajuus on normaali ja SpO2 yli 95 % huoneilmalla. Hengitystie pysyy auki ilman avustusta.

Vakaa tila:

- Potilaan tilan tulee olla sellainen, ettei hänellä ole lähitunteina vointiin merkittävästi vaikuttavia vammoja, perussairauksia tai lääkityksiä.
- On voitava olettaa, ettei tila huonone.
 - Alkoholin nauttimisesta on kulunut riittävästi aikaa.
 - Ei ole insuliinihoitoista diabetesta.

Ensihoitokertomus:

- Luovutettavan mukana annetaan asianmukaisesti täytetty ensihoitokertomus.
- Aiemmat sairaudet ja niiden hoito on selvitetty.
- Päihdyttävä aine on tunnistettu.
 - Mitä ja koska on otettu?
 - Mistä esimerkiksi alkoholi on hankittu?
 - Erikseen on kysytty huumeiden ja lääkkeiden ottaminen.

Verensokeri on mitattu, normaali ja kirjattu.

Uloshengitysilman alkoholipitoisuus on mitattu tai ainakin humalatilasta on kuvattu sanallisesti.

Poliisille mahdollisesti annettavat seurantaohjeet on kirjattu.

- Poliisille on annettu ohjeet, milloin tulee soittaa uudelleen apua.

Ei voida luovuttaa poliisin huostaan:

Peruselintoimintojen häiriö:

- Humalataila tai muu päihtyneisyys on niin syvä, ettei potilas ole heräteltävissä eikä reagoi mielekkäästi kipuärsykkeeseen.
- Päihde lamaa hengitystä tai vaikuttaa merkittävästi sydämen ja verenkierron toimintaan.
- Sekavuus ja harhaisuus.
 - Monitoroiminen ei ole aina helppoa.

Tila mahdollisesti epävakaa:

- Päihtymyksen aiheuttaneella aineella on mahdollisesti haitallisia sivuvaikutuksia.
 - Esimerkiksi korvikealkoholit tai epäily niistä (esim. lasinpesu-, jäähdytin-, jäänesto- ja sytytysnesteet).
- Ulkoisia vamma-merkkejä, varsinkin päänalueella.
- Lapset ja nuoret "sammuneet" sekä päihtyneet raskaana olevat naiset eivät kuulu putkaan.
- Huumausaineiden vaikutuksen alaiset sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjät kuuluvat hoitoon.
 - Erilaisten päihteiden ja lääkkeiden vaikutusta potilaan peruselintoimintoihin seuraavien lähituntien aikana on usein vaikea ennalta arvata.
 - Potilaat tarvitsevat seurantaa terveydenhuollossa, jotta tilan huonontuminen ehditään havaita ajoissa.

X-5 TERVEYDENTILA MÄÄRITELTY, EI TARVETTA ENSIHOITON TAI HOITOTOIMENPITEISIIN

Potilaalla ei ole:

- Ensihoidon tarvetta.
- Tarvetta muutenkaan hakeutua päivystystutkimuksiin lääkärin vastaanotolle.

X–5 on ensihoitajan tai (ensihoito)lääkärin, ei potilaan, tekemä tilanarvio.

- Jos potilas itse päättää lähteä lääkärin vastaanotolle omalla kydyillä, koodi ei muutu.

X–5 päätös:

On selvä käsitys siitä, mitä on tapahtunut.

"Kohtaus" on mennyt ohi, ja kohtaukselle oli selvä syy, esimerkiksi veren näkemisen aiheuttama pyörtyminen.

Samanlaisia oireita on (yleensä) esiintynyt aikaisemminkin.

Potilas on tullut ilman hoitotoimia oireettomaksi.

- Esimerkiksi rintakipupotilaan kivut ovat hävinneet jo potilaan omilla nitroilla, eikä otetussa EKG:ssä ole merkkejä iskemiasta.

Potilas on tutkittu.

- Peruselintoinnot on määritetty, ja ne ovat normaalit.
- Oireen edellyttämät lisätutkimukset on tehty.

Potilas pystyy liikkumaan ja huolehtimaan itsestään.

Psykykinen ja fyysinen tila on huomioitu.

X–5 päätöksen jälkeen:

Potilaalle (ja tarvittaessa omaisille) pitää selittää,

- Mistä kohtaus johtui?
- Miksi ei ole tarvetta lähteä hoitoon?

Mikäli tulee ristiriitaa, on hyvä soittaa ensihoitolääkärille, jotta potilas tai omainen voi keskustella lääkärin kanssa.

Potilaalle pitää antaa ohjeita, miten toimia, mikäli tilanne uusiutuu tulevaisuudessa.

- Jätä potilaalle ensihoitokertomuksesta yksi kappale kirjallisin jatkohoito-ohjein.

X-6 POTILAS KIELTÄYTYI

Ensiarvio:

Pystyykö potilas tekemään päätöksiä omasta tilastaan?

- Sairaus tai vamma voi estää juridisesti pätevän päätöksenteon.
- Tiedossa on psyykinen sairaus, joka estää järkevien päätösten teon.
- Potilas on alkoholin, huumeiden tai lääkeaineiden vaikutuksen alainen.

Tarvitseeko potilasta lainkaan hoitaa tai kuljettaa hoitoon?

- Jos ei ole tarvetta, koodi on X–5.

Ennen X–6 -päätöstä pitää hoidosta kieltäytyjiltä määrittää (tai ainakin pyrkiä määrittämään)

- Peruselintoimintojen tila.
- Tarvittaessa myös verensokeri.

Toimenpiteet:

Annetaan potilaalle asiallinen informaatio tilaan liittyvistä riskeistä ja niistä ongelmista, joita voi ilmaantua, ellei tilaa hoideta.

Ilmaistaan, että potilas kantaa vastuun seurauksista.

Hoito-ohjeen pyytäminen lääkäriltä

- Lääkärin keskustelu potilaan kanssa.

Potilaalta pyydetään ensihoitokertomukseen allekirjoitus.

- Jos potilas ei suostu kirjoittamaan nimeään, tehdään siitä merkintä ensihoitokertomukseen.
- Allekirjoituksen tai allekirjoittamattomuuden todistajaksi voi pyytää jonkun kohteessa olijoista tai sitten yksikön toinen ensihoitaja kirjoittaa nimensä todistajaksi.

Kieltäytymisestä huolimatta potilaalle annetaan kehoitus hakeutua muuna aikana hoitoon.

Potilaalle on ilmoitettava, että hän voi soittaa uudestaan hätänumeroon, mikäli

- Vointi heikkenee.
- Hän muuttaakin mielensä.

Ensihoitokertomuksen kopio jätetään potilaalle.

Ei voi jättää hoidotta:

Merkittävästi sairastunut tai vammautunut potilas:

- Hoito on toteutettava potilaan vastusteluista huolimatta, koska potilas ei tilansa vuoksi ole kykenevä järkeviin ratkaisuihin.
- Tiloja voivat olla muiden muassa:
 - Aivovamma
 - Hypovolemia
 - Kouristuskohtauksen jälkitila
 - Hypoglykemia tai sen toipumisvaihe
 - Vakava tulehdustila: aivokalvotulehdus, verenmyrkytys.

Päihtyneet, huumautuneet ja lääkeaineiden vaikutuksen alaisena olevat:

- Alkometrimittaus päihtyneeltä; yleensä yli 1,5 promillen humalatila vaikuttaa merkittävästi arviointikykyyn.
- Huumeen tai lääkeaineen vaikutusta on vaikea mitata.
- Päätelyä voi auttaa havainnot potilaan ajatuksenkulusta, asennonhallintakyvystä sekä liikkumiskyvystä.
- Mikäli myrkytystila on seurausta itsemurhayrityksestä, ei pidä hyväksyä potilaan hoidosta kieltäytymistä. Päihtyneisyys ei ole este lähettää potilasta tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon, jos muut tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät.

Potilaat, joiden mielenterveys on järkkynyt:

- Psykkisesti sairas potilas on vietävä tarvittaessa tahdonvastaisestikin hoitoon (ks. Mielenterveyslaki), kun
 - Potilaan oma sairautentunto on puutteellinen
 - Potilaan mielisairauden hoitamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai hän
 - On itselleen tai ympäristölleen vaarallinen, ja
 - Muut hoitomuodot eivät sovellu tai ovat käyneet riittämättömiksi.
- Pakkohoitopäätöksen teko:
 - Oman alueen terveyskeskuslääkäriltä on pyydettävä lupa kuljettaa potilas vastoin tahtoaan perusterveydenhuollon päivystysvastaanotolle arvioon.
 - Mikäli potilaan kuljettamisessa tarvitaan virka-apua poliisilta, voi poliisi vaatia joskus virka-apupyynnön lääkäriltä kirjallisena. Jos yksikössä on telefax-laite, lupa voidaan vastaanottaa siihen.
 - Terveyskeskuslääkäri laatii arvion jälkeen tarkkailulähetteen psykiatriseen sairaalaan.
 - Tarkkailuun lähetettävän potilaan jatkokuljetuksessa on oltava mukana terveydenhuoltoalan koulutuksen saanutta henkilökuntaa.

X-8 POTILAS HOIDETTU KOHTEESSA

Potilaalle on tehty hoitotoimenpiteitä, jotka ovat vaikuttaneet hänen vointinsa korjautumiseen ja hänet voidaan turvallisesti jättää kuljettamatta.

Kela maksaa vakuutetulle myönnettävänä matkakorvauksena kuljetukseen johtamattomat käynnit (X–8) silloin, kun:

- Hälytys tehtävään on tullut hätäkeskuksen kautta.
- Lääkäriä on konsultoitu potilaan terveydentilasta ja hoidosta ja hän on hyväksynyt kuljettamattajättämisen.
- Tapahtumatiedot annetusta hoidosta ja suoritetuista toimenpiteistä on toimitettu Kelalle lomakkeella SV 210 Selvitys ja korvaushakemussairaankuljetuksesta.

Lisäksi korvataan kuljetukseen johtamaton käynti kohteessa (X–1), kun potilas on kuollut tapahtumapaikalla edellyttäen, että potilasta on hoidettu.

Jos potilas ei halua jäädä kotiin, häntä ei jätetä sinne. Lääkäri määrittelee, millä kulkuneuvolla potilas kuljetetaan (ambulanssi, taksi, oma auto jne.).

Potilas voidaan jättää kotiin:

Kohtauksen aiheuttajan pitää olla tiedossa (esimerkiksi epileptikko, kouristellut aiemminkin).

Kohtauksen aiheuttama häiriötila on korjattavissa yksinkertaisin hoitotoimin nopeasti kohteessa.

- Esimerkiksi angina pectorista sairastavan nitroilla lauennut rintakipukohtaus, ja 12–14-kanavaisessa EKG:ssä ei näy hapenpuutteen merkkejä.

Tilan korjaututtua potilaan on oltava hyväkuntoinen ja asiallinen, ja hänen pitää kyetä

- Syömään ja juomaan normaalisti.
- Pitämään huolta itsestään tai huoltajan täytyy kyetä pitämään huolta huollettavastaan.

Potilas ei ole saanut loukata itseään kohtauksen aikana.

Mikäli tilanteesta ei ole toimintaohjetta, pitää aina pyytää hoito-ohje nimetyltä lääkäriltä ennen kuin X–8 voidaan tehdä.

X–8:aa voidaan harkita:

Diabeetikon hypoglykemia, joka on hoidettu antamalla sokeria suun kautta tai laskimonsisäisesti.

Lyhykestoinen kouristuskohtaus epileptikolla, hoidettu diatsepaamilla (p.r. tai i.v.)

Supraventrikulaarinen takykardia (SVT) ei-sydänsairaalla potilaalla, hoidettu adenosiinilla (ei ensimmäinen SVT).

Angina pectorista sairastavalla lyhykestoinen rintakipu, joka laukeaa nitraatilla.

Lievä astma-kohtaus, joka on hoidettu astmalääkkeellä.

Lääkärin tehtävät hoito-ohjetta pyydettyessä:

Antaa ohjeita potilaalle tai hänen omaisilleen lähituntien tai -vuorokauden lääkkeidenotosta tai esimerkiksi syömisestä.

Saada selville lisätietoja, joiden vuoksi päivystystutkimuksiin ja hoitoon hakeutuminen onkin perusteltua.

Antaa ohjeita oman lääkärin vastaanotolle hakeutumisen tarpeellisuudesta tai ajankohdasta.

X–8 päätöksen jälkeen:

Anna potilaalle tai huoltajalle selkeät ohjeet, missä tapauksessa täytyy ottaa uudelleen yhteyttä hätäkeskukseen.

Jätä potilaan luo aina yksi kopio ensihoitokertomuksesta ja otetusta EKG:stä.

Muut tilanteet, joissa hälytetty yksikkö ei kuljeta:

X-5, kun ei ole ensihoidon tarvetta eikä tarvetta hakeutua päivystystutkimuksiin lääkärin vastaanotolle.

X-4, kun potilasta ei tarvitse kuljettaa sairaankuljetusyksiköllä, mutta häntä kehoitetaan hakeutumaan päivystystutkimuksiin muulla ajoneuvolla (yksityisautolla tai taksilla) riippumatta siitä, onko hänelle tehty hoitotoimenpiteitä vai ei.

X-4, kun potilas kuljetetaan toisella ambulanssilla.

X-2, kun poliisi vie potilaan putkaan.

Liite 6. Teorialähtöisen sisällönanalyysin analyysirunko

<p>Kaikista X koo- deista</p>	<p>Peruselintoiminnot -Hengitys -Verenkierto -Tajunta</p>
<p>X-2</p>	<p>muut mittaukset/tutkimukset -Verensokeri -ALKO -Vammat Taustatiedot -Aikaisemmat sairaudet -Käytössä oleva lääkitys -Päihtymyksen aiheuttama aine Jatkohoito ohjeet -Poliisille annettavat seuranta ohjeet Tapahtumatiedot -Mitä on tapahtunut</p>
<p>X-5</p>	<p>Tapahtumatiedot -Mitä on tapahtunut Muut tutkimukset -Oireiden edellyttämät lisätutkimukset -Potilas tullut oireettomaksi ilman hoitotoimia Yleisvointi/YT Jatkohoito-ohjeet Lääkärin hoito-ohje</p>
<p>X-6</p>	<p>Muut tutkimukset -Verensokeri -Alko -Ei saa olla (aivovamma, hypovolemia, kouristuksen jälkitila, hypoglykemia tai sen jälkitila, aivokalvontulehdus, verenmyrkytys) Hoidosta kieltäytyminen -Potilaan allekirjoitus -Potilaan päätöksentekokyky selvitetty -Potilaalle annettu informaatio tilanteesta Lääkärin hoito-ohje Jatkohoito-ohjeet/toimintaohjeet Tapahtumatiedot -Mitä on tapahtunut</p>
<p>X-8</p>	<p>Muut tutkimukset -Verensokeri Syy -Kohtauksen aiheuttaja Annettu hoito/ensihoito -Hoitotoimenpide Yleisvointi/YT -Itsestään huolehtimiskyky tai huoltaja läsnäolo kohteessa Lääkärin hoito-ohje Jatkohoito-ohjeet Tapahtumatiedot -Mitä on tapahtunut</p>