



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **KULJETTAMATTA JÄTTÄMINEN POTILAS- TURVALLISUUDEN NÄKÖKULMASTA**

Lomake kuljettamatta jätetyille potilaille Pirkanmaan  
sairaanhoidopiirin ambulansseihin

Elina Isokivijärvi

Jonna Haapaniemi

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2019  
Ensihoitaja AMK



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ensihoitajakoulutus

ISOKIVIJÄRVI ELINA & HAAPANIEMI JONNA

Kuljettamatta jättäminen potilasturvallisuuden näkökulmasta

Lomake kuljettamatta jätetyille potilaille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ambulansseihin

Opinnäytetyö 88 sivua, joista liitteitä 15 sivua

Maaliskuu 2019

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuljettamatta jättämisen perusteita potilasturvallisuuden näkökulmasta ja koota niistä ehdotus lomakkeesta ensihoidon tilanteisiin, joissa potilas päätetään jättää kuljettamatta. Tarkoituksena oli myös pilotoida tuotettu lomake ja kerätä siitä palautetta ensihoitajilta kokeilujakson jälkeen. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millä perusteilla potilas voidaan ensihoidossa jättää kuljettamatta sekä kartoittaa ensihoitajien käyttökokemuksia ja ajatuksia tuotetusta lomakkeesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että työn tuloksia voidaan hyödyntää ensihoidon potilasturvallisuuden sekä ensihoitajien oikeusturvan kehittämisessä tilanteissa, joissa potilas päätetään jättää kuljettamatta.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotoksena syntyi ehdotus lomakkeesta tilanteisiin, joissa potilas tutkimisen jälkeen päätetään ensihoidossa jättää kuljettamatta. Lomakkeella pyrittiin parantamaan potilasturvallisuutta sekä ensihoitajien oikeusturvaa potilaalle jätettävillä kirjallisilla jatkotoimintaohjeilla sekä sen sisältämällä ensihoitajille suunnatulla tarkistuslistalla kuljettamatta jättämisen kriteereiden täyttymisestä. Lomake kehitettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Ensihoitokeskuksen kanssa ja se pilotoitiin kahden viikon kokeilujaksolla Pirkanmaan pelastuslaitoksen Keskuspalosemalla sekä Med Groupin Virtain yksikössä tammikuussa 2019.

Teoreettinen pohja opinnäytetyölle koostui ensihoidon kirjallisuudesta, tieteellisistä tutkimuksista sekä artikkeleista. Pilotointijakson jälkeen lomakkeesta kerättiin pilotointipaikkojen ensihoitajilta palautetta ja kehittämisehdotuksia sähköisellä kyselylomakkeella, jonka tulokset analysoitiin sekä laadullisilla että määrällisillä menetelmillä. Kyselyssä käytettiin sekä asteikkoihin perustuvia, että avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin Excel -taulukkolaskelmaohjelmalla sekä sisällönanalyyysilla.

Tutkimustulokset osoittivat pilotoidun lomakkeen jakavan mielipiteet voimakkaasti kahden ensihoitajien keskuudessa muun muassa sen tarpeellisuuden ja helppokäyttöisyyden osalta. Eniten lomakkeesta koettiin olevan hyötyä potilasohjauksen kannalta. Vähiten ensihoitajat kokivat lomakkeen tuovan lisäarvoa päätöksentekoon. Parannusehdotuksena ehdotettiin muun muassa paperisen lomakkeen korvaamista ensihoitajille jaettavalla, mukana kulkevalla tarkistuslistalla.

Kehittämisehdotuksena esitetään tuotetun lomakkeen jatkokehittämistä. Lisäksi jatkotutkimusaiheena ehdotetaan potilaiden näkemysten kartoittamista lomakkeesta uudella tutkimuksella.

---

Asiasanat: ensihoitopalvelu, kuljettamatta jättäminen, potilasturvallisuus, tarkistuslista

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Emergency Care

ISOKIVIJÄRVI ELINA & HAAPANIEMI JONNA

Non-Transport in Emergency Care from the Perspective of Patient Safety  
A form for Patients Not Transported to Hospital

Bachelor's thesis 88 pages, appendices 15 pages  
March 2019

---

Several times a day paramedics face the decision of whether to transport a patient to hospital or provide instructions on how to treat the symptoms at home and where to seek further treatments and help if necessary. While those decisions are made daily all over the country, there are not unambiguous guidelines on how to make those risky but important decisions.

The purpose of this practice-based study was to examine on what grounds a patient can be left without transportation by an ambulance while ensuring the patients' safety. The aim of the study was to obtain data that can be utilised to improve patient safety and paramedics' legal protection in non-transport situations. The actual product of this study process was a pilot form with a checklist on non-transport criteria for the use of paramedics, as well as written instructions for patients on how to act in the future should the symptoms return or worsen after the paramedics have left. Finally, assessment data were obtained from the paramedics using the form.

Based on the collected feedback the paramedics expressed opposite views on the usefulness of the form. Clearly the most beneficial part proved out to be the written patient instructions on how to act after the paramedics have left. The least beneficial part was the checklist, in regard to its relatively minor significance in decision making. In the potential future studies the form could be further developed by for example including opinions and views of patients.

---

Key words: emergency medical service, non-transport, patient safety, checklist

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	8
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖ .....	9
	3.1.1 Pirkanmaan pelastuslaitos .....	10
	3.1.2 Med Group .....	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	12
	4.1 Ensihoitopalvelu .....	12
	4.1.1 Ensihoitopalvelua koskeva lainsäädäntö.....	13
	4.1.2 Ensihoitopalvelun hoitoketju ja porrasteinen vaste.....	14
	4.2 Kuljettamatta jättäminen.....	16
	4.2.1 X-koodit ensihoidossa.....	17
	4.2.2 Dokumentointi kuljettamatta jättämisen yhteydessä.....	21
	4.3 Potilasturvallisuus ensihoidossa .....	24
	4.4 Ensihoitajan oikeusturva.....	26
	4.5 Potilasohjaus ensihoidossa.....	27
	4.6 Tarkistuslistat terveydenhuollossa.....	28
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	32
	5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	32
	5.2 Aineiston keruu.....	33
	5.3 Kyselylomake .....	34
	5.4 Aineiston analysointi .....	35
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	37
	6.1 Lomakkeen tekeminen.....	38
	6.2 Lomakkeen tarkastuttaminen Ensihoitokeskuksella.....	41
	6.3 Lomakkeen pilotointi.....	42
	6.4 Palautekyselyn suorittaminen ja palautteen analysointi .....	44
7	TULOKSET .....	46
	7.1 Perusteet potilaan kuljettamatta jättämiselle ensihoidossa .....	46
	7.2 Tuotoksen kuvaus .....	46
	7.3 Kyselytutkimuksen taustatekijät.....	47
	7.4 Ensihoitajien käyttökokemuksia lomakkeesta .....	48
	7.5 Kyselyn avointen kysymysten tulokset.....	54
8	POHDINTA.....	58
	8.1 Palautekyselyn tulosten tarkastelua .....	58
	8.2 Eettisyys.....	60
	8.3 Luotettavuus.....	61

8.4 Yleinen pohdinta.....	63
8.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	68
LÄHTEET.....	69
LIITTEET .....	73
Liite 1. Ensihoitopalvelua ohjaava lainsäädäntö .....	73
Liite 2. SV210- lomake .....	75
Liite 3. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät .....	76
Liite 4. Alustava lomake .....	82
Liite 5. Saatekirje pilotointipaikkoihin.....	83
Liite 6. Pilotointilomake.....	84
Liite 7. Sähköinen kyselylomake .....	85
Liite 8. Kyselylomakkeen tulokset.....	88

## 1 JOHDANTO

Hätäkeskukseen tulevien hätäpuheluiden määrä on kasvanut viime vuosien aikana, mikä on johtanut myös ensihoidon tehtävämäärien lisääntymiseen. Myös tehtävien luonne on muuttunut muun muassa väestön ikääntymisen, pitkäaikaissairaiden määrien kasvun, päihteiden käytön ja syrjäytymisen yleistymisen sekä väestön kansainvälistymisen myötä. Kansalaisten lisääntynyt tietoisuus ensihoidon palveluista ja omista oikeuksista on lisännyt ensihoitopalvelujen kysyntää. Tehtävämäärien lisääntyessä myös yhä suurempi osa tehtävistä päättyy siihen, että potilasta ei kuljeteta ambulanssilla jatkohoitoon. (Hoikka, Silfast & Ala-Kokko 2015; Kuisma ym. 2017, 14-15.)

X-koodi on ensihoitopalvelun käyttämä käsite, jolla tarkoitetaan päätöstä potilaan kuljettamatta jättämisestä ambulanssilla terveydenhuollon päivystyspisteeseen. Ensihoitopalvelun mahdollisuus tehdä päätös kuljettamatta jättämisestä on niin yhteiskunnan, terveydenhuollon kuin potilaankin etu. Samaan aikaan käytäntö on kuitenkin myös haasteellinen ensihoitajan ja potilaan oikeusturvan kannalta. Kuljettamatta jättäminen on johtanut hoidon viivästymisiin, kanteluihin sekä korvausvaatimuksiin. Päätös potilaan kuljettamatta jättämisestä edellyttääkin aina tarkkaa harkintaa ja perustelua. Päätös on kirjattava potilasasiakirjoihin huolellisesti, sillä ensihoitajien on tarvittaessa pystyttävä osoittamaan harkintansa tilanteessa, mikäli päätös riitautetaan (Kuisma ym. 2017, 57-66.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuden näkökulmasta kuljettamatta jättämisen perusteita, joiden pohjalta kokoamme ehdotuksen lomakkeesta ensihoidon tilanteisiin, joissa potilas päätetään jättää kuljettamatta. Tarkoituksena on myös pilotoida tuotettu lomake Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen ambulansseissa ja kerätä lomakkeesta palautetta ensihoitajilta kokeilujakson jälkeen. Työmme tuotoksena syntynyt lomake sisältää ensihoitajille kohdennetun tarkistuslistan kuljettamatta jättämisen kriteereistä sekä potilaalle suunnatut selkeät jatkotoimintaohjeet ja Pirkanmaan päivystyspisteiden yhteystiedot. Tarkistuslistan päämääränä on varmistaa, että potilas on haastateltu ja tutkittu kliinisesti riittävin osin ja että tutkimuksissa ilmenneet löydökset on huomioitu ennen, kuin ensihoitajat tekevät päätöksen potilaan kuljettamatta jättämisestä. Potilaalle suunnatuilla kirjallisilla jatkotoimintaohjeilla sekä jatkohoitopaikkojen yhteystiedoilla pyritään osaltaan parantamaan potilasturvallisuutta ja -ohjausta sekä edistämään potilaan hoidon jatkuvuutta. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tämän opinnäytetyön

tuloksia voidaan hyödyntää ensihoidon potilasturvallisuuden sekä ensihoitajien oikeusturvan kehittämisessä tilanteissa, joissa potilas jätetään kuljettamatta. Lisäksi omana tavoitteenamme on parantaa tietämystämme kuljettamatta jättämisen riskeistä ja kriteereistä.

Lomake kehitetään ensihoidossa hyväksytyjen kuljettamatta jättämisperusteiden, aiheesta löytyvän teoreettisen tiedon sekä työelämäkumppanimme, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) Ensihoitokeskuksen tarpeiden pohjalta. Potilasturvallisuuden lisäämisen kehittämiseksi on haluttu miettiä erilaisia ratkaisuja kuljettamatta jättämistilanteisiin liittyvien riskien vähentämiseksi. Työmme tuotoksena syntynyt lomake on kehitetty palvelemaan niillä x-tehtävillä, joissa päätös kuljettamatta jättämisestä perustuu ensihoitajien haastattelun ja tutkimisen jälkeen tehtyyn tapauskohtaiseen harkintaan. Näitä x-tehtäviä, joihin tuottamamme lomake soveltuu siis käytettäväksi ovat tehtäväkoodit X-2, X-3, X-4-, X-5 ja X-8. Tämän opinnäytetyön prosessi rajautuu pilotoinnin jälkeisen palautekyselyn suorittamiseen ja tulosten analysointiin. Tähän opinnäytetyöhön ei enää kuulunut lomakkeen muokkaaminen ensihoitajilta saadun palautteen jälkeen.

Koimme luontevimmaksi tavaksi tehdä työmme toiminnallisena opinnäytetyönä, koska halusimme toteuttaa jotain konkreettista, mistä olisi mahdollisesti hyötyä ensihoidon kentälle. Opinnäytetyötä tehdessämme keräsimme paljon tietoa kuljettamatta jättämispäätöksen liittyvistä tekijöistä, jotka tulee päätöstä tehdessä ottaa huomioon. Koemme tietämyksemme ja osaamisemme näillä osa-alueilla syventyneen prosessin aikana, mikä tukee meitä tulevassa työssämme ensihoitajina myös jatkossa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuden näkökulmasta kuljettamatta jättämisen perusteita ja koota niistä ehdotus lomakkeesta ensihoidon tilanteisiin, joissa potilas päätetään jättää kuljettamatta. Tarkoituksena on myös pilotoida tuotettu lomake Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen ambulansseissa ja kerätä lomakkeesta palautetta ensihoitajilta kokeilujakson jälkeen.

Opinnäytetyössä selvitetään:

1. Millä perusteilla potilas voidaan jättää kuljettamatta ensihoidossa?
2. Millaisia ovat ensihoitajien käyttökokemukset ja ajatukset kuljettamatta jätetyille potilaille laaditun lomakkeen käytöstä pilotointijakson jälkeen?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että tämän työn tuloksia voidaan hyödyntää ensihoidon potilasturvallisuuden sekä ensihoitajien oikeusturvan kehittämisessä tilanteissa, joissa potilas jätetään kuljettamatta. Lisäksi omana tavoitteenamme on parantaa tietämystämme kuljettamatta jättämisen riskeistä ja kriteereistä.



### 3 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki (1326/2010) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) määrittelevät ensihoitopalvelujen organisointia sairaanhoitopiirin alueella. PSHP:n ensihoidon palvelutasopäätös määrittelee tarkemmin Pirkanmaan alueen ensihoidon maakuntakohtaisesta toteutuksesta. Tavoitteena on tuottava, vaikuttava, tehokas ja resurssit oikein kohdentava, potilaslähtöinen ensihoitopalvelu. (Ensihoidon operatiivisen toiminnan ohjeet 2015-2016, 7.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sijaitsevassa Ensihoitokeskuksessa toimii kuntayhtymän ensihoidosta vastaava lääkäri, joka johtaa alueen ensihoitopalvelun toimintaa. Ensihoitokeskuksella operoi myös ensihoidon kenttäjohtaja, joka hoitotason ensihoitajana osallistuu ensihoitotehtävien toteutukseen, määrää alueensa ambulanssien käytöstä ensihoitopalvelun tehtävissä sekä tukee hätäkeskusta tilanteissa, joissa ennalta sovituista päivittäistoiminnan ohjeistuksista joudutaan poikkeamaan. Päivystävä ensihoitolääkäri operoi Pirkkalassa sijaitsevassa tukikohdassa, ja johtaa toiminta-alueensa ensihoidon tilannekohtaista lääketieteellistä toimintaa ja vastaa hoito-ohjeiden annosta. (Ensihoidon operatiivisen toiminnan ohjeet 2015-2016, 7.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri jakautuu kuuteen ensihoitoalueeseen. Jokaiseen kuntaan on sijoitettu vähintään yksi ympärivuorokautinen, välittömän lähtövalmiuden omaava hoitotason yksikkö, lukuun ottamatta Juupajokea (valmius 8-20), Vesilahtea (valmius 8-20) sekä Kuhmoista (valmius 8-20). Pirkanmaan yksiköiden tunnistetunnukset muodostuvat EPI-etu-  
liitteestä (Ensihoito Pirkanmaa) sekä numerosta, josta ensimmäinen kuvaa ensihoitoaluetta, toinen yksikön tasoa ja kolmas järjestysnumeroa. (Ensihoidon operatiivisen toiminnan ohjeet 2015-2016, 8; Taskinen 2018.)

Palveluntuotto tapahtuu Pirkanmaalla monituottajamallilla. Kullakin palveluntuottajalla on velvollisuutensa ja vastuunsa asianmukaisesta ensihoitopalvelun toteutuksesta. Palvelujen järjestämistä eri palveluntuottajien välillä pyritään yhtenäistämään Ensihoitokeskuksen antamalla ohjeistuksella. Ensihoitokeskus seuraa palvelujentuotannon toteutusta sekä ensihoitopalvelun lääketieteellistä toimintaa alueellaan. Toiminnan valvonnan ja ohjauksen osalta viranomaisrooli kuuluu kuitenkin alueellisesti Aluevalvontavirastolle

ja valtakunnallisesti Valviralle. (Ensihoidon operatiivisen toiminnan ohjeet 2015-2016, 12.)

### **3.1.1 Pirkanmaan pelastuslaitos**

Pirkanmaan pelastuslaitos huolehtii onnettomuuksien ennaltaehkäisystä, pelastustoiminnasta ja varautumisesta poikkeusoloihin 22 kunnan alueella. Pelastuslaitos toteuttaa ensihoitopalveluja PSHP:n kanssa solmitun yhteistoimintasopimuksen mukaisesti. Kiireellisestä ensihoidosta pelastuslaitos vastaa Tampereella, Nokialla, Pirkkalassa, Lempäälässä, Vesilahdella, Akaassa, Valkeakoskella sekä Ylöjärvellä (pois lukien Kurun alue). Pelastuslaitoksen hallinnossa ensihoito, on oma erillinen talouskokonaisuutensa ja sen toiminta järjestetään omakustannuspohjalta siten, että sillä on nollatulostavoite. Pelastuslaitos ja sairaanhoitopiiri ovat myös sopineet ensivastetoiminnan toteuttamisesta toistaiseksi. Ensivasteyksikkönä toimii vakinaisen, puolivakinaisen tai vapaaehtoisen palokunnan yksikkö, joka on varustettu asianmukaisella henkilöstöllä ja välineistöllä. (Pirkanmaan pelastuslaitos n.d.)

Ensihoitopalvelusta ja sen kehittamisestä vastaa pelastuslaitoksella pelastuspäällikkö. Tässä hänellä on apunaan ensihoitolääkäri, lääkintämestarit, lääkintäesimies sekä ensihoitokouluttaja. Ensivastetoiminnasta vastaa alueellisesti alueiden palopäälliköt. (Pirkanmaan pelastuslaitos 2018, 11.)

### **3.1.2 Med Group**

Med Group on vuonna 2007 perustettu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yritys, joka tuottaa erilaisia terveydenhuollon palveluita julkisen sektorin kumppanina ympäri Suomen. Yrityksen liiketoiminta jakautuu Onni hoivaan, joka tuottaa erilaisia kotiin vietäviä hoitopalveluita sekä Onni terveyteen, joka tarjoaa yksityisiä hammaslääkäri-, lääkäri- ja ensihoitopalveluita. Yrityksen omistaa Tradeka-yhtiöt Oy. (Tuhkanen 2019.)

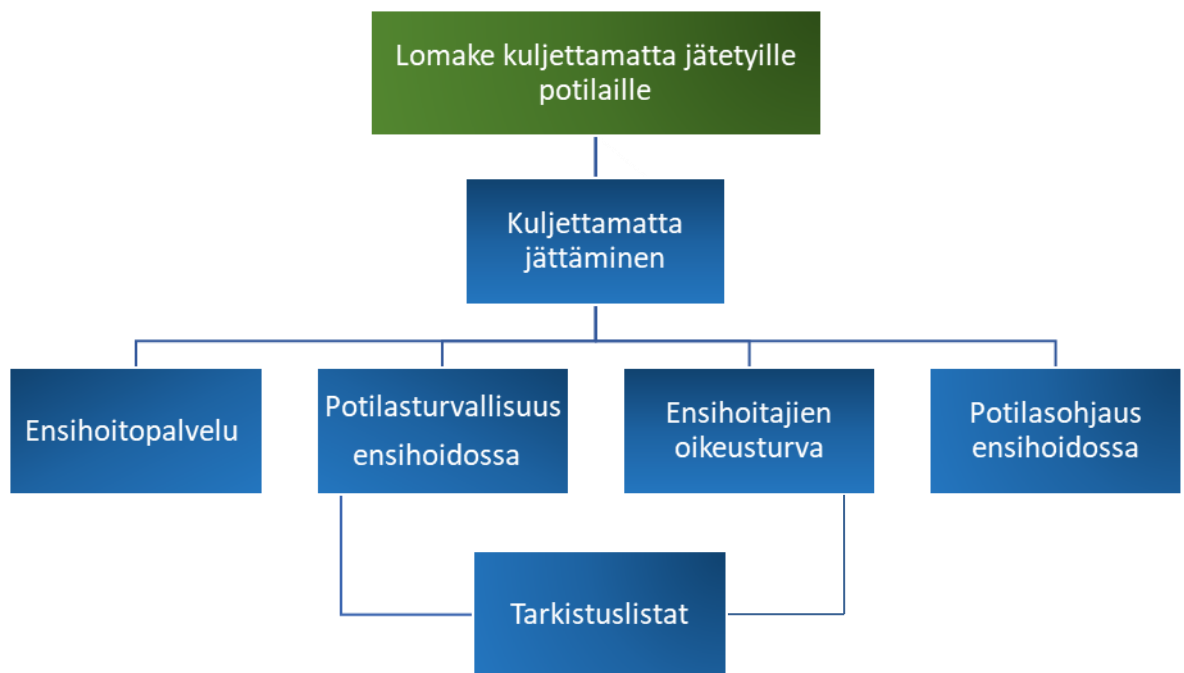
Ensihoidon saralla Med Group on ensihoitopalvelun markkinajohtaja ja alan suurin toimija. Yrityksellä on yhteensä 36 päivittäisessä valmiudessa olevaa ensihoitoyksikköä eri puolilla Suomea ja yritys suorittaa vuosittain noin 76 000 ensihoitotehtävää. Pirkanmaan

alueella Med Groupin ensihoitopalvelut jakautuvat etelä- ja pohjois-Pirkanmaahan. Yrityksellä on etelä-Pirkanmaalla käytössä neljä hoitotason yksikköä (kaksi 24 tunnin yksikköä Sastamalassa, yksi 24 tunnin yksikkö Urjalassa sekä yksi kahdeksan tunnin yksikkö Mouhijärvellä). Pohjois-Pirkanmaalla operoi kolme hoitotason yksikköä (yksi 24 tunnin yksikkö Virroilla ja Ruovedellä, sekä yksi 12 tunnin yksikkö Kurussa). Pohjois-Pirkanmaan organisaatioon kuuluu myös kolme Tampereella päivystävää kiireettömiä hoitolaitosten välisiä siirtokuljetuksia tekevää siirtoyksikköä. (Tuhkanen 2019.)

## 4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme keskeisiksi käsitteiksi nousivat ensihoitopalvelu, potilasturvallisuus ensihoidossa, ensihoitajan oikeusturva, kuljettamatta jättäminen ensihoidossa sekä tarkistuslistat. Tässä kappaleessa esittelemme kyseiset käsitteet tieteelliseen kirjallisuuteen pohjautuen.

KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys



### 4.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka tehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana. Ensihoitopalvelun tehtävien luonne sekä toimintaympäristö muistuttavat pelastusalan, turvallisuusalan sekä poliisin työtä ja ensihoito toimiikin tiiviissä viranomaisyhteistyössä näiden ammattialojen kanssa. Ensihoitotehtävien määrä on lisääntynyt viime vuosina ja niiden luonne on muuttunut muun muassa väestön ikääntymisen ja pitkäaikaissairausten määrän kasvun sekä päihteiden käytön ja syrjäytyneiden

määrän lisääntymisen myötä. (Kuisma ym. 2017, 14-18.) Ensihoitopalvelu toimii sairaanhoitopiirin laatiman ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaisesti (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014, 21-22).

Terveydenhuollon päivystyspalveluiden keskittäminen lisää ensihoitopalvelun merkitystä. Hyvin toimiva ensihoitopalvelu vähentää potilasruuhkia päivystysalueilla ja ohjaa potilailta tarkoituksenmukaisimpiin hoitopaikkoihin niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoitossa. Alun perin ensihoidon ydintehtävänä on ollut turvata sydänpysähdys- ja traumapotilaiden ammattiavun saanti sekä nopea kuljettaminen sairaalahoitoon mutta tehtävänkuva on ajan kuluessa merkittävästi muuttunut ja laajentunut. (Kuisma ym. 2017, 17-18.) Nykyaikaisessa ensihoitopalvelussa ensihoitohenkilöstö tutkii potilaan kohteessa ja tekee arvion ensihoidon ja jatkohoidon tarpeesta sekä potilaan kuljettamistavasta. Ensihoito kykenee myös aloittamaan peruselintoimintojen häiriöiden hoidon ja joissain tilanteissa jopa hoitamaan potilaan paikan päällä. Mikäli potilaat eivät tarvitse välitöntä ambulanssikuljetusta terveydenhuollon päivystyspisteeseen, voidaan heidät jättää kotiin ja ohjata tarvittaessa hakeutumaan omalle terveystasemalleen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2014; 21-22; Kuisma ym. 2017, 17-18.) Kuljettamatta jättämistä käsitellään tarkemmin kohdassa 3.6 “Kuljettamatta jättäminen ja X-koodit ensihoidossa”.

#### **4.1.1 Ensihoitopalvelua koskeva lainsäädäntö**

Terveydenhuollosta, terveyden- ja sairaanhoidosta yleisesti sekä näiden palvelujen tuottamisesta säädetään hyvin laajalti lainsäädännössä. Terveydenhuollon lainsäädännöllä yhteiskunta veloitetaan järjestämään riittävät ja laadukkaat terveystalvet jäsenilleen sekä turvataan palvelujen laatua ja potilasturvallisuuden toteutumista. Lainsäädännön voidaan katsoa jakautuvan kolmeen pääosaan; palvelujen tuottamista koskevaan, terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa koskevaan sekä potilaan asemaa ja oikeuksia turvaavaan lainsäädäntöön. Lainsäädännön tavoitteena on turvata jokaiselle riittävä, laadukas ja turvallinen hoito sekä turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Perustuslain 19§ velvoittaa julkisen vallan turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet. Palvelujen järjestämisvelvollisuus on lähtökohtaisesti kuntatasolla, jolloin valtion vastuuseen kuuluu rahoitukseen osallistuminen. (Castrén ym. 2014, 129-130.)

Ensihoidon järjestämisestä, ensihoitopalvelun sisällöstä sekä ensihoitokeskuksen toiminnasta ja tehtävistä säädetään Terveydenhuoltolain pykälissä 39-41 sekä 46. Laissa on säädetty, että sairaanhoitopiirit vastaavat ensihoitopalvelun järjestämisestä omilla vastuualueillaan. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tuottaa myös ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään muun muassa ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, tavoitteet väestön tavoittamisajoista, henkilöstön koulutusvaatimukset sekä muut ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta olennaiset seikat. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Ensihoitopalvelun tehtävistä, palvelutasopäätöksen sisällöstä, sekä päätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun yksiköistä ja henkilöstöstä sekä ensivastetoinnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011). Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun saatavuus, taso ja sisältö omalla toiminta-alueella. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta säättää ohjeet riskiluokituksen tekemiseksi ja asettaa minimivaatimukset muun muassa yksiköiden ja henkilöstön pätevyysvaatimuksista. Palvelutasopäätös perustuu riskianalyysiin, erilaisiin alueellisiin sairastumis- ja turvallisuusuhkiin sekä muihin ensihoidon tarpeeseen vaikuttaviin tekijöihin toiminta-alueella. Riskianalyysissä huomioidaan alueen vakituisen väestön määrä ja ikärakenne sekä mm vapaa-ajan asutus ja liikenteelliset seikat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Kuisma ym. 2017, 35-37.)

Terveydenhuoltolain ja ensihoitoasetuksen lisäksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 ohjaa ensihoitopalvelua. Laki määrittelee potilaan oikeudet ja säättää potilasasiakirjojen ja tietojen luovutukseen liittyvät käytännöt sekä salassapidon. Mielenterveyslaki 1116/1990 määrittää muun muassa tahdosta riippumattomaan hoitoon määrittämisen kriteerit. Ensihoitopalvelua ohjaavien lakien sisällöt käsitellään tarkemmin liitteessä 1.

#### **4.1.2 Ensihoitopalvelun hoitoketju ja porrasteinen vaste**

Ensihoitopalvelun hoitoketjulla tarkoitetaan toiminnallista palveluketjua, joka käynnistyy kansalaisen soitosta yleiseen hätänumeroon 112. Hoitoketju päättyy sairaalaan ja ääritilanteissa vasta kuntoutusvaiheeseen. Hoitoketju rakentuu hädän tunnistavan maallikon

hätäilmoituksesta ja ensitoimista, hätäkeskuksen riskinarvioinnista ja avun hälyttämisestä, porrastetusta ensihoidon vasteen suorittamasta potilaan tutkimisesta, hoidosta ja jatkohoitoon kuljettamisesta sekä sairaalan päivystyksen suorittamista jatkotutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. (Kuisma ym. 2017, 22.)

Ensihoitopalvelu jaetaan ensivastetoimintaan, perus- ja hoitotason sekä ensihoitolääkäripäivystykseen. Ensivasteyksikkönä voi toimia mikä tahansa terveydenhuollon kanssa sopimuksen tehnyt välittömässä lähtövalmiudessa oleva yksikkö, jonka henkilöstö on koulutettu antamaan hätäensiapua. Ensivaste hälytetään korkeariskisille tehtäville silloin, kun yksikkö todennäköisesti tavoittaisi potilaan ensimmäisenä. Ensivasteyksikkönä toimii useimmiten pelastusyksikkö. (Castrén ym. 2014, 18; Kuisma ym. 2017, 25.) Sairaankuljetusasetus määrittelee perustason sairaankuljetuksen käsittävän hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone ja mahdollisuus aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet. Perustason yksikön voivat muodostaa kaksi lähihoitajaa tai lähihoitaja-pelastajatyöpari. Hoitotason ensihoidolla on valmius aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata. (Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994.) Hoitotason yksikön tehtäviin kuuluvat perustason yksikön valmiuksien lisäksi syvemmälle menevä hoidon tarpeen arvio ja lääkkeellinen hoito. Yksikössä ainakin toisella ensihoitajalla tulee olla ensihoitaja-AMK tutkinto tai hänen on oltava laillistettu sairaanhoitaja, jolla on erikseen määritelty ensihoidon lisäkoulutus. Sairaanhoidopiirin alueella toimii myös kenttäjohtajia. Kenttäjohtajat ovat hoitotason ensihoitajia, jotka toimivat muun muassa terveydenhuollon edustajina ja esimiehinä monipotilas- ja moniviranomaistehtävissä sekä ovat tukena perustason- ja hoitotason hoidon toteutuksessa. Erityisvastuualueilla toimii myös vähintään yksi päivystävä ensihoitolääkäri, jonka tehtäviin kuuluu muun muassa hoito-ohjepyyntöihin vastaaminen, ensihoidon potilasvirtojen hoitoonohjaukseen osallistuminen sekä kenttäjohtajien operatiivisena esimiehenä toimiminen. Ensihoitolääkäri osallistuu alueen ensihoitotehtävien hoitamiseen ensihoidon neljäntenä hoitoportaana. (Castrén ym. 2014, 20; Kuisma ym. 2017, 25-27.)

Porrasteisella vasteella tarkoitetaan sitä, että korkeariskiseen tehtävään hälytetään yleisesti useita yksiköitä; ensivasteyksikkö minimoimaan tavoittamisviivettä, perus- tai hoitoyksikkö ja tarvittaessa kenttäjohto- tai lääkäriyksikkö osaamisen varmistamiseksi. Porrasteinen vaste mahdollistaa laadukkaan ensihoidon sekä yksiköiden tarkoituksenmukaisen ja taloudellisen käytön. (Kuisma ym. 2017, 25.)

## 4.2 Kuljettamatta jättäminen

Ensihoitaja voi harkintaansa perustuen tehdä päätöksen jättää potilaan kuljettamatta terveydenhuollon päivystykseen (Kuisma ym. 2017, 57). Kuljettaminen on terveydenhuoltolain (1326/2010) 40§ mukaan ensihoitopalvelun yksi tehtävistä, mutta se ei kuulu toimintaan automaattisesti, vaan kuljetus tapahtuu lain mukaan tarvittaessa. Laki potilaan asemista ja oikeuksista (785/1992) takaa Suomessa pysyvästi asuville oikeuden terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaudenhoitoon, mutta välittömään hoitoon pääsyn laki takaa vain kiireellisissä tilanteissa.

Millin ym. (2011) kokosivat artikkelissaan ensihoitopalveluita koskevaa kirjallisuutta kuljettamatta jättämisiin liittyen. Artikkelissaan he tuovat ilmi kuljettamatta jättämisen edullisen vaikutuksen tarpeettomien sairaalakäyntien sekä kustannusten vähentämisessä, mutta toiminta vaatii kuitenkin yhteisiä selkeitä protokollia, ohjeistuksia sekä hyvää koulutusta. (Millin ym. 2011.) Suomessa ensihoitajien vankka osaaminen, kehittyneet hoitokäytännöt ja kirjalliset toimintaohjeet, vierianalytiikan mahdollisuus, tietojärjestelmien tuoma tuki sekä ensihoitolääkärin konsultaatio mahdollistavat nykyään yhä useammin potilaan tilan selvittämisen ja arvioinnin sekä tarvittaessa oikean hoidon aloittamisen jo sairaalan ulkopuolella (Kuisma ym. 2017, 58, 66).

Hoikan ym. (2015) Kainuun ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueilla tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että suuri osa kuljettamatta jättämiseen päätyneistä tehtävistä ei alun perinkään olisi vaatineet ambulanssin hälyttämistä paikalle. Ensihoitajien mahdollisuus tehdä päätös potilaan kuljettamatta jättämisestä onkin niin yhteiskunnallisesti kannattava kuin myös terveydenhuollon ja potilaankin etu (Kuisma ym. 2017, 58). Suomessa potilaan kuljettamatta jättämistä ensihoidossa on tutkittu kuitenkin varsin vähän.

Kuljettamatta jättämisen käytäntö on sekä potilaan että työntekijän oikeusturvaa ajatellen haasteellinen (Kuisma ym. 2017, 57). Valviran (2015) julkaisemassa puolivuotisraportissa käy ilmi kuljettamatta jättämisen varjopuolet, sillä raportin mukaan selvitettäväksi on tullut useita tapauksia, joissa ensihoitoyksikkö on päättänyt jättää potilaan kuljettamatta, vaikka potilaan tilan arviointi ja hoito olisivat hoitopaikkaan kuljetusta vaatineetkin. Potilasturvallisuus tulisi aina ottaa vakavasti huomioon tehdessä päätöstä kuljettamatta jättämisestä (Kuisma ym. 2017, 57).



Potilaan, hänen läheisten sekä ensihoitajan oikeusturvan säilyminen edellyttää aina tapauskohtaista, tarkasti harkittua ja turvallista päätöstä potilaan kuljettamatta jättämisestä. Päätöksentekoon liittynyt harkinta tulee pystyä todistamaan tarvittaessa jälkeenpäin, mikäli päätös riitautetaan. Päätöksessään ensihoitajan tulee tuntea potilaan asema ja oikeudet, noudatettava lakeja sekä terveydenhuollon arvoja ja ammattietiikkaa. Päätös tulee aina kirjata ja perustella huolellisesti sekä selittää potilaalle selkokielellisesti. Potilaalle on myös annettava selkeät ohjeet, miten tulee toimia, jos tilanne pahenee. (Kuisma ym. 2017, 65-66.)

Huolimatta ensihoitajien päätöksestä jättää potilas kuljettamatta, on potilaalla kuitenkin aina oikeus hakeutua hoitoon itsenäisesti, mikäli hän näin tahtoo. Kelan korvauskäytäntö ja ensihoidon palvelusopimus huomioon ottaen ensihoitaja ei saisi päätyä perusteettomiin kuljetuksiin, mutta etenkin epäselvissä tilanteissa saattaa kuitenkin olla parempi tehdä päätös potilaan kuljettamisesta kuin jättää hänet kuljettamatta. (Kuisma ym. 2017, 57, 65.)

#### **4.2.1 X-koodit ensihoidossa**

X-koodi on ensihoitopalvelun käsite, jolla kuvataan päätöstä jättää potilas kuljettamatta tehtävään hälytetyllä ambulanssilla terveydenhuollon päivystykseen. X-koodista ilmenee siis kuljettamatta jättämisen peruste, joista yleisin on X-5 (terveydentila määritetty, ei tarvetta ensihoidolle tai hoitotoimenpiteisiin). X-koodien yleisyys vaihtelee ensihoidossa alueittain. (Kuisma ym. 2017, 57.) Ensihoidon x-koodien perusteet on esitetty alla olevassa taulukossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. X ei potilaskuljetusta- koodit (Castrén ym. 2014, 34)

<b>X-koodi</b>	<b>X-koodin peruste</b>
X-0	Tekninen este
X-1	Kuollut (potilas menehtyi tapahtumapaikalla ennen kuljetusta)
X-2	Terveystila määritetty, ohjattu poliisin suojaan
X-3	Pyydetty kohteeseen muuta apua (esimerkiksi kotisairaanhoidaja)
X-4	Muu kuljetus (potilas kuljetettiin hoitoon muulla ajoneuvolla esim. toisella ambulanssilla tai yksityisautolla)
X-5	Terveystila määritetty, ei tarvetta ensihoitoon tai hoitotoimenpiteisiin (ensihoidohenkilöstön tutkimusten perusteella potilas ei tarvitse päivystysluonteista tutkimusta tai hoitoa kotona tai hoitolaitoksessa)
X-6	Potilas kieltäytyi (ensihoidohenkilöstön tutkimusten perusteella potilas tarvitsee päivystysluonteista tutkimusta tai hoitoa hoitolaitoksessa mutta kieltäytyi tarjotusta kuljetuksesta)
X-7	Potilasta ei löydy (Ilmoituksen tarkoittamaa potilasta ei kohdeosoitteesta etsinnöistä huolimatta löydy)
X-8	Potilas hoidettu kohteessa (potilasta, joka muuten olisi pitänyt kuljettaa, ei tarvinnut kuljettaa, koska ensihoidoyksikön antama hoito oli riittävä)
X-9	Tehtävän peruutus (häätäkeskus tai toinen toimivaltainen yksikkö peruutti yksikön tehtävän ennen kohteeseen tuloa)

Vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen mukaan hätäkeskuksiin tulevien hätäpuheluiden määrä on viime vuosina kasvanut huomattavasti. Tämä on johtanut ensihoidon tehtävämäärien lisääntymiseen, joista yhä suurempi osa päättyy siihen, että potilasta ei kuljeteta ambulanssilla jatkohoitoon. (Hoikka ym. 2015.)

Vuonna 2017 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella X-tehtäviä oli yhteensä 26937. Yleisin peruste kuljettamatta jättämiselle oli X-5, eli potilaan terveystilan määrittämisen jälkeen ambulanssihenkilökunta on todennut, että potilaalla ei ole ollut tarvetta ensihoidolle tai hoitotoimenpiteisiin. X-5 tehtäviä oli yhteensä 12527. Toiseksi yleisin koodi oli X-8, potilas hoidettu kohteessa, joita oli yhteensä 4048. (Aunola 2019.)

X-2 päätöksen, eli potilaan ohjaaminen poliisin suojaan edellyttää, että potilaalta ei löydy mitään vammamerkkejä, ei herää epäilyä myrkytyksestä tai muustakaan sairauskohtauksesta, eikä hänellä ole merkittävästi tarkkailua vaativaa sairautta kuten esimerkiksi diabetesta tai epilepsiaa (Kuisma ym. 2017, 59). Jos potilas luovutetaan poliisin suojaan, tulee hänen peruselintoimintojensa olla kunnossa, potilas on oltava heräteltävissä ja häneen tulee saada asiallinen kontakti. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan hengitystiet pysyvät auki ilman avustusta, hengitystaajuus on normaali ja happisaturaatio arvo huoneilmalla yli 95%. Lisäksi verenpaineen, sykkeen ja potilaan verensokerin tulee olla normaalit sekä alkoholipitoisuus uloshengitysilmaasta tulee olla määritetty tai ainakin humalatilaa on kuvattu ensihoitokertomukseen sanallisesti. (Castrén & Kirves 2016, 315.)

Mikäli potilas on päihdyttävien aineiden vaikutuksessa, on myös oltava tietoisia siitä, mitä päihdyttäviä aineita potilas on nauttinut ja koska. Päätöstä kuljettamatta jättämisestä tehdessä on voitava olettaa, että potilaan tila ei huonone. Tällainen olettaminen edellyttää vähintäänkin sitä, että alkoholin nauttimisesta on kulunut jo riittävän pitkä aika, eikä potilaalla ole diabetesta, joka vaatii insuliinihoitoa. Huumausaineen vaikutuksen alaisena olevat potilaat ja lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttäjät tulisi kuljettaa hoitoon, sillä erilaisten päihteiden ja lääkkeiden seurauksesta aiheutuvia muutoksia potilaan peruselintoimintoihin seuraavien tuntien aikana on hankala ennalta arvioida. Potilas siis tarvitsee seurantaan terveydenhuollossa, jotta mahdollinen tilan huononeminen havaittaisiin ajoissa. Silloin, kun X-2 päätös on perusteltua, tulee potilaalle antaa huolellisesti täytetty ensihoitokertomus ja poliiseille puolestaan annetaan selkeät ohjeet, milloin tulee hälyttää apua. (Castrén & Kirves 2016.)

Koodiin X-3 päädytään, kun kohteeseen on pyydetty muuta apua. Muu apu voi olla esimerkiksi kotisairaanhoidolle tehtävä pyyntö myöhemmin tehtävästä kotikäynnistä. (Kuisma ym. 2017, 59.)

X-4 kertoo, että potilas on ambulanssihenkilökunnan toimesta ohjattu hakeutumaan sairaalaan tai terveyskeskukseen muulla kyydillä, esimerkiksi omalla ajoneuvolla tai taksilla (Kuisma ym. 2017, 59-60). Ensihoitajien tekemän arvion perusteella potilaan oire ei ole hoidettavissa kohteessa ja se vaatii lääkärin vastaanotolla käyntiä päivystyksellisesti, mutta potilaan tilassa ei kuitenkaan todeta viitteitä vakavaan vammaan tai sairauteen eikä potilaan tilan heikkenemiseen lähituntien aikana. Kuljetusmuodon valitsemista varten potilas on haastateltava ja tutkittava huolellisesti, jotta voidaan valita sopivin kuljetusmuoto.

Mikäli kuljetus tapahtuu muulla ajoneuvolla kuin ambulanssilla, tulee potilaan olla kykenevä siirtymään kyseiseen ajoneuvoon ja matkustamaan istuma-asennossa sen heikentämättä potilaan tilaa. Potilaalle on selvitettävä syy valitulle kuljetusmuodolle ja tarvittaessa häntä tulee neuvoa kyydin hankinnassa. Mikäli potilaan kuljettaa toinen ensihoidon yksikkö, annetaan täytetty ensihoitokertomus heille. Muussa tapauksessa ensihoitokertomus luovutetaan potilaalle. (Castrén & Kirves 2016.)

X-5 tehtäväkoodiin päädytään silloin, kun potilas on huolellisesti tutkittu ja siten todettu, että hänellä ei ole välitöntä tarvetta ensihoidolle tai päivystystutkimuksille lääkärin vastaanotolla. Päätös perustuu tällöin ensihoitajan tai (ensihoido)lääkärin tekemään tilanarvioon. Päätös kuljettamatta jättämisestä ei kuitenkaan poissulje sitä, etteikö potilas voisi omalla kyydillä hakeutua lääkärin vastaanotolle, mikäli hän itse niin ensihoidon tekevästä arviosta huolimatta tahtoo. (Castrén & Kirves 2016.)

X-5 päätöstä tehdessä ensihoitajilla on potilaan tutkimisen ja haastattelun jälkeen oltava selvä käsitys siitä, mitä potilaan kohdalla on tapahtunut. Peruselintoiminnot sekä oireen edellyttämät muut tutkimukset, kuten esimerkiksi EKG, on oltava määritetty ja niiden tulee olla normaalit. Mikäli kyse on ollut jonkinlaisesta kohtauksesta ja päätetään jättää potilas kuljettamatta X-5 päätöksellä, on kohtauksen täytynyt ohittua itsestään ja sille on tiedettävä selkeä syy. Samankaltaisia oireita on täytynyt yleensä esiintyä myös aikaisemmin. Lisäksi ensihoitajien on huomioitava potilaan psyykinen ja fyysinen tila ja pärjääminen kotona. Epäselvissä tai ristiriitaisissa tilanteissa ensihoitajien tulee pyytää toimintaohjeet tarkoituksenmukaisesti nimetyltä päivystävältä lääkäriltä. (Castrén & Kirves 2016.)

Tilanteissa, joissa potilasta on hoidettu kohteessa yksinkertaisin hoitotoimin ja tämän jälkeen todetaan potilaan periselintoiminnot normaaleiksi, voidaan potilas jättää kuljettamatta koodia X-8 käyttäen. Tällöin kuitenkin oireen aiheuttaja täytyy olla selvillä ja oireen tai kohtauksen loputtua hoitotoimien jälkeen, tulee potilaan olla asiallinen ja hyvässä kunnossa niin, että potilas itse tai huoltajan avustamana kykenee pitämään huolen itsestään. Ambulanssihenkilökunnan tulee varmistaa, että potilas ei ole merkittävästi loukannut itseään kohtauksen aikana. Muutamien sairauksien aiheuttamien oireiden osalta onkin esitetty selkeät tilanteet ja toimintaohjeet, jolloin edellä mainitut kriteerit huomioiden kuljettamatta jättäminen voi tapauskohtaisen harkinnan jälkeen olla perusteltua. Esimerkiksi diabetesta sairastava potilas, jonka matalat verensokeriarvot eli hypoglykemia on hoidettu kohteessa suoraan suoneen annettavalla sokeriliuoksella tai epilepsiaa sairastava potilas,

jolla on ollut itsestään tai diatsepaamilla ohittunut lyhytkestoinen kouristuskohtaus, voidaan jättää harkintaan perustuen kuljettamatta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän laatimaan ohjeet potilaiden hoidon tarpeen arvioimisesta sekä hoitoon ohjauksesta. Mikäli toimintaohjetta potilaan tilanteeseen liittyen ei ole olemassa, tulee tarkoituksenmukaisesti nimetyltä lääkäriltä pyytää aina hoito-ohje, ennen kuin ambulanssin henkilökunta voi tehdä X-8 päätöksen. (Castrén & Kirves 2016.)

Tarvittaessa potilaalle ja omaiselle tulee selittää, mistä kohtaus tai oireet johtuivat ja miksi ambulanssikuljetukselle ja päivystyskäynnille ei ole tarvetta. Potilaalle tai omaiselle tulee aina ensihoidon kotiin jättäessä antaa selkeät ohjeet, miten toimia jatkossa ja milloin tulee ottaa uudelleen yhteyttä hätäkeskukseen. Lisäksi potilaalle jätetään aina kopia EKG:stä, mikäli sellainen on otettu, sekä täytetty ensihoitokertomus, jonka tulee sisältää jatkohoito-ohjeet myös kirjallisesti. (Castrén & Kirves 2016.)

Koska opinnäytetyön tuotoksena syntynyt lomake soveltuu vain sellaisille tehtäville, joissa päätös kuljettamatta jättämisestä tehdään potilaan kohtaamisen, haastattelun sekä kliinisen tutkimisen jälkeen, työssä keskitytään käsittelemään x-koodeja X-2, X-3, X-4, X-5 ja X-8. Näillä tehtävillä päätös potilaan kuljettamatta jättämisestä perustuu ensihoitajien tapauskohtaiseen harkintaan eikä esimerkiksi teknisiin syihin tai potilaan tavoittamattomuuteen. Tällöin myös potilaan ja mahdollisesti omaisten ohjaus jatkotoimenpiteistä on tarpeen.

#### **4.2.2 Dokumentointi kuljettamatta jättämisen yhteydessä**

Ensihoitotapahtumasta tehtävät merkinnät sekä potilasasiakirjat ovat potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen käytettäviä asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät tietoja potilaan terveydentilasta ja muista henkilökohtaisista asioista. Potilasasiakirjojen laatimisesta sekä hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä on säädetty asetuksella (298/2009) sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Asetuksen lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä kirjaamaan potilasasiakirjoihin kaikki tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot potilaan hyvän hoidon turvaamiseksi. Huolellinen, kattava ja asiallinen kirjaaminen on jokaisen

ensihoitajan velvollisuus sekä myös heidän ja potilaiden oikeusturvaa ja potilasturvallisuutta vahvistava tekijä. (Castrén ym. 2012, 81-83, 134.)

Ensihoidossa kirjaamiseen käytetään pääosin SV210 –lomaketta (liite 2). Lomake on selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta, josta käytetään kuitenkin myös termiä ensihoitokertomus, sillä se on potilasasiakirja, johon kirjataan ensihoidon osalta hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Castrén ym. 2012, 83.) Tähän mennessä kyseinen lomake on ainut koko Suomen laajuisesti käytössä oleva yhteisellä rakenteella laadittu ensihoidon kirjaamisen alusta, josta on tehty myös sähköisiä versioita (Ilkka & Rätty 2017). Tämä Kansaneläkelaitoksen lomake tulee täyttää jokaisesta suoritetusta ensihoitotehtävästä (Castrén ym. 2012, 81-83). Dokumentointi tulee toteuttaa siten, että ensihoitokertomukseen kirjatut tiedot on tehty selkeästi, ymmärrettävällä käsialalla ja käytetyt sanat, lyhenteet ja muut ilmaukset ovat kaikille yksiselitteisiä (Castrén ym. 2009, 50).

Ensihoitokertomukseen tulee selvittää ja kirjata tapahtumatiedot, potilaan terveydentila potilaan kohtaamishetkellä eli tila tavattaessa, potilaan oireet ja mahdolliset kehon vammalöydökset sekä potilaan lääkitys, lääkeaineallergiat ja aikeisemmat sairaalahoitajaksot. Lisäksi jokaisesta potilaasta tulisi täyttää tilatietotaulukko, joka sisältää tietoja potilaan hengityksestä, verenkierrosta ja tajunnantasosta. Ensihoitokertomukseen tulee myös merkitä kaikki toteutetut hoitotoimenpiteet kellonaikoinen sekä potilaan voinnin muutokset hoidon aikana. (Castrén ym. 2009, 330–332; Loikas 2016.) Laudermilch, Schiff, Nathens ja Rosengart (2010) tutkivat Yhdysvalloissa kahden vuoden ajanjaksolla traumarekisteriin rekisteröityjä potilaita vuosina 2002-2004. Tutkimuksessa todettiin, että potilailla, joiden kohdalla dokumentointi oli ollut puutteellista yhdenkin vitaalielintoiminnon osalta, kasvatti kuolleisuuden riskiä (Laudermilch ym. 2010).

Yhdellä ensihoitoyksiköllä tarkoitetaan ambulanssia, jossa on kaksi ensihoitajaa. Dokumentointi tapahtuu pääsääntöisesti tiimityönä ja havainnot potilaasta tehdään yhdessä. Yleensä kuitenkin ensihoitohenkilökunnalla on selvä työnjako, jolloin ensihoitoyksikön kahdesta työntekijästä toinen hoitaa kirjaamisen. Potilaan hoidosta vastaa aina korkeamman ammattikoulutuksen saanut tehtävään osallistunut ammattilainen, mutta kirjaamisesta voi huolehtia joku muukin ensihoitohenkilöstöön kuuluva jäsen. (Ilkka & Rätty 2017.)

Ensihoitokertomus on virallinen asiakirja, dokumentti toteutetusta hoidosta ja sillä on täten merkittävä osuus hoidon jatkuvuuden, ensihoitajan ja potilaan oikeusturvan sekä potilasturvallisuuden kannalta (Castrén ym. 2012, 81-83). Ensihoitokertomus on juridisesti merkittävä. Täytetty ensihoitokertomus liitetään säilytettäväksi potilaan potilaskertomukseen ja vain heillä on oikeus lukea kertomus, jotka osallistuvat potilaan hoitoon (Castrén ym. 2009, 48, 50.) Mikäli epäillään, että ensihoidon toimissa on ilmennyt epäkohtia, otetaan tehtävästä kirjattu ensihoitokertomus tarkasteltavaksi. Näin ensihoitokertomuksesta voidaan tarpeen vaatiessa tarkistaa, onko potilaan seuranta ja hoito ollut ohjeenmukaista vai puutteellista. Ensihoitokertomuksia on palveluntuottajan toimesta säilytettävä 12 vuotta, jonka jälkeen ne tuhotaan polttamalla tai silppuamalla. (Castrén ym. 2012, 83, 135.)

Osa potilaista voidaan hoitaa jo kohteessa tai he voivat muusta syystä jäädä kotiin (Ilkka & Rätty 2017). Mikäli ensihoitopalvelun henkilöstö tilannearvion ja toimintaohjeiden perusteella katsoo, että potilaan tila ei vaadi välitöntä terveydenhuollon päivystyspisteeseen kuljettamista ambulanssilla, voivat he ohjata potilasta hakeutumaan hoitoon omaehtoisesti myöhemmin (Castrén ym. 2012, 135-136). Harkittaessa potilaan kuljettamista jättämistä, tulisi potilasta haastatella ja tutkia jopa perusteellisemmin kuin tilanteissa, joissa ensihoito päättyy kuljettamaan potilaan ambulanssilla sairaalaan. Tilannearvion ja mahdollisen hoidon lisäksi potilaalle tulee antaa neuvot jatkotoimien osalta, jotta kuljettamista jättämisen perusteet täyttyvät. Mikäli kuljettamista jättämisen tarve ei ole ilmiselvä, tulisi myös lääkäriä konsultoida ennen lopullista päätöstä kuljettamista jättämisestä. (Lind 2015.) Potilasta koskevat tutkimustiedot sekä tilannekohtaiset toiminta- ja jatkohoito-ohjeet tulee kirjata ensihoidon potilasasiakirjoihin selkeästi ja ohjeet tulee selvittää potilaalle ymmärrettävästi. Ensihoidon laatimiin potilasasiakirjoihin tulisi myös kirjata selkeät yhteystiedot ja puhelinnumerot, joita potilas voi tarvita sekä onko potilasta kehoitettu soittamaan uudestaan hätänumeroon tilanteen muuttuessa. Lisäksi on tärkeää selkeästi kertoa, miten potilaan tulee menetellä tilanteen muuttuessa. (Castrén ym. 2012, 87, 134-136.) Yksi kappale ensihoitokertomuksesta sekä mahdollisesti otetusta sydänfilmistä jätetään aina potilaalle (Castrén & Kirves 2016).

Tilanteissa, joissa potilas kieltäytyy tutkimuksista, hoidosta tai hoitoon kuljetuksesta, tulee kieltäytyminen merkitä selkeästi potilasasiakirjoihin. Varmennukseksi pyydetään kieltäytyjän allekirjoitus ensihoitokertomukseen. Mikäli potilas kuitenkin kieltäytyy te-

kemästä allekirjoitusta, tulee allekirjoitus pyytää muulta paikalla olevalta henkilöltä. Ennen näitä toimenpiteitä tulee kuitenkin tarkkaan harkita, onko potilas kykenevä tekemään itsenäisiä päätöksiä tilanne ja potilaan tila huomioon ottaen. Harkintaan vaikuttavat muun muassa potilaan mahdollinen itsetuhoinen käyttäytyminen ja ajatukset sekä päihteiden käyttö. On myös hyvä merkitä, onko potilasta pyritty suostuttelemaan hoitoon tai onko hänen kehoitettu hakeutumaan itse hoitoon. (Castrén ym. 2012, 87, 136.)

### 4.3 Potilasturvallisuus ensihoidossa

Potilas- ja asiakasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä organisaation toimintoja ja periaatteita, joiden avulla pyritään varmistamaan potilaan saamien palvelujen ja hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuus merkitsee sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean, mutta kuitenkin myös mahdollisimman vähän haittoja aiheuttavan hoidon. Turvallinen hoito toteutetaan oikeaan aikaan ja se on vaikuttavaa. Potilasturvallisuus kattaa hoidon lisäksi myös lääkitysturvallisuuden ja laitteiden turvallisuuden, jotka ovat osa hoidon laatua. Potilasturvallisuutta pyritään varmistamaan muun muassa erilaisten tarkistuslistojen ja protokollien avulla. (Potilasturvallisuusyhdistys 2018.)

Laadusta ja potilasturvallisuudesta määrätään vuonna 2011 voimaan tullessa Terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010), että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasturvallisuuden näkökulmasta keskeinen säädös edellä mainitun terveydenhuoltolain lisäksi on sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta (341/2011). Näiden lisäksi myös useat muut lait, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sekä potilasvahinkolaki (585/1986), edistävät osaltaan potilasturvallisuutta. (Keistinen & Autti 2014.)

Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, ettei hoidosta aiheudu hänelle haittaa. Huomionarvioista kuitenkin on, että haitalta saatetaan välttyä, vaikka toiminta ei olisikaan edellisen määritelmän mukaisesti turvallista. Hoidon turvallisuuden varmistamisella tarkoitetaan myös menettelytapoja ja järjestelyitä, joiden tehtävänä on tavoitellun hoitotuloksen saavuttamisen lisäksi vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille



poikkeamille. Hyvä esimerkki tästä on muun muassa erilaiset tarkistusmenettelyt, kuten WHO:n kirurginen tarkistuslista. Potilasturvallisuus kattaa hoidon, lääkitys- ja laiteturvallisuuden. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.)

Terveydenhuollossa potilaan hoidon laadun ja turvallisuuden on pääasiassa katsottu perustuvan pääsääntöisesti ammattitaitoisiin henkilöihin, mikä edistää ajattelutapaa, jossa epäonnistumiset katsotaan johtuvan yksilön virheistä. Potilasturvallisuus ei kuitenkaan perustu vain yksittäisten henkilöiden toimintaan, vaan koko toimintajärjestelmän hallintaan. Potilasturvallisuudessa puhutaankin nykyään systeemiajattelusta, jonka mukaan turvallisuus ei perustu vain yksittäisten henkilöiden ammattitaitoon, vaan vaaratapahtumat syntyvät koko toimintajärjestelmän eri osien tuottamasta lopputuloksesta. Systeemiin kuuluvat ammattihenkilöiden lisäksi organisaation johtotason päätökset, lähiesimiestyö sekä ympäristön fyysiset ja psyykkiset olosuhteet. Systeemiin kuuluvat myös erilaiset suojausjärjestelmät, joiden tehtävänä on auttaa havaitsemaan virheet ennen vaaratilanteen syntymistä tai estää poikkeaman haitallinen vaikutus. Esimerkkejä suojausjärjestelmistä ovat muun muassa erilaiset varmistusrutiinit, tarkistuslistat ja fyysiset estot. Mikäli vaaratapahtuma pääsee syntymään, ovat suojausjärjestelmät pettäneet tai ne eivät ole olleet kyseiseen tilanteeseen riittävät. (Helovu ym. 2011, 52-54.) Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä käsitellään tarkemmin liitteessä 3.

Vaikka toiminnan tavoitteena on turvata potilaalle paras mahdollinen hoito, on vahinkoriski hoitotyössä aina olemassa. Ensihoidon toimintaympäristölle tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa vieras tilannepaikka, hankalat olosuhteet sekä puutteelliset esitiedot potilaasta. Toiminta-ajan rajallisuus ohjaa myös hoitoa ja toimenpiteitä. (Castren ym. 2014, 140-141.) Ensihoidon potilasturvallisuudesta ei toistaiseksi ole olemassa kovinkaan paljon tutkittua tietoa. Pohjois-Amerikassa selvitykset ovat liittyneet päätöksentekoon, virheisiin lääkitsemisessä, ruokatorvi-intubaatioihin, ambulanssikolareihin sekä ilmakuljetusten turvallisuuteen. Suomessa kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten sisällön perusteella voidaan välillisesti päätellä, ettei vakavien vaaratilanteiden ja haittatapahtumien määrä ensihoidossa ole suuri. Huomionarvioista kuitenkin on, etteivät tilastot ota huomioon läheltä piti- tilanteiden määriä. Vuonna 2015 Helsingin yliopistollisen sairaalan alueella ensihoidon Haipro- ilmoituksia eli potilasturvallisuutta vaarantavia haittatapahtumia raportoitiin yhteensä 192. Tapahtuman tyyppinä 64:ssä tapauksessa oli laitteisiin tai niiden käyttöön liittyvä tapahtuma, 45:ssä tiedonkulkuun tai -hallintaan liittyvä

tapahtuma ja 23:ssa lääke- tai nestehoitoon liittyvä tapahtuma. 145:ssä tapauksessa potilaalle ei koitunut haittaa, vakavien haittojen määrä oli kaksi. (Kuisma ym. 2017, 67-69.)

#### 4.4 Ensihoitajan oikeusturva

Oikeusturvalla tarkoitetaan kaikkia niitä oikeudellisia keinoja, joilla pyritään turvaamaan yksityisten oikeussubjektien oikeuksia ja etuja suhteessa muun muassa julkiseen valtaan (Helminen, Kuusimäki ja Salminen 1999, 313). Viime kädessä oikeusturvan toteutumisesta käytännössä vastaavat riippumattomat tuomioistuimet (Oikeusministeriö 2018).

Kuisma ym. (2017, 22) kuvailevat, että ensihoitajan oikeutena ja vastuuna on pyrkiä työdiagnoosin muodostamiseen eli olettamukseen sairauden syystä ja luonteesta. Työdiagnoosi perustuu potilaan ja muiden paikallaolijoiden haastatteluihin, potilaan oireisiin ja tutkimuksissa ilmeneviin löydöksiin. Koska ensihoidon toimintaympäristö eroaa sairaalatyöstä, se myös vaatii riittäviä toimenpide- ja hoitovalmiuksia sekä -valtuuksia. Ensihoitajan valtuudet perustuvat koulutukseen, määräaikaiseen hoitolupaan sekä tapauskohtaisiin lääkärin konsultaatioihin. Lupa on samalla myös velvoite. (Kuisma ym. 2017, 22.)

Ensihoitokertomus on juridisesti merkittävä potilasasiakirja (Castrén ym. 2009, 50). Kuljettamatta jättämiskäytäntö on haasteellinen sekä potilaan, että ensihoitajan kannalta. Päätös kuljettamatta jättämisestä on potilaan, hänen läheistensä ja ensihoitajan kannalta oikeusturvakysymys ja se edellyttää aina tarkkaa harkintaa. Harkitessaan x-päätöstä, on ensihoitajien huomioitava lainsäädäntö sekä terveydenhuollon ensihoitajille asettamat velvollisuudet. Tilanteissa, joissa potilas jätetään kuljettamatta, on ensihoitokertomuksen täytöllä tärkeä merkitys ensihoitajien oikeusturvan kannalta mahdollisten myöhempien tapahtumien ja selvittelyjen varalta. Ensihoitokertomus dokumentoi tilanteessa vallitsevat olot, jolloin kertomuksen tiedoista voi olla hyötyä silloin, kun selvitetään joskus pitkienkin aikojen takaisia tapahtumia. Huomioitavaa on myös, että ensihoitajien harkinta on pystyttävä aina todistamaan tarvittaessa jälkikäteenkin, mikäli päätös riitautetaan. Päätös jättää potilasta kuljettamatta on aina huolellisesti kirjattava, perusteltava ja kerrottava potilaalle selkokielellä. Harkinnan tukena ensihoitaja voi käyttää kirjallisia ohjeita ja epäselvissä tilanteissa hänen kannattaa konsultoida herkästi päivystävää ensihoitolääkärinä. Kuljettamatta jätetylle potilaalle on tärkeää antaa selkeät toimintaohjeet, mikäli tilanne pahenee. (Kuisma ym. 2017, 41-66.)

Paljon puhutaan ja kirjoitetaan potilaiden oikeuksista ja oikeusturvasta, mutta ensihoitajien oikeusturvasta löytyy puolestaan huomattavasti huonommin tietoa. Ensihoitajan oikeusturva käsitteenä todettiin tiedonhaun perusteella erittäin haastavaksi, sillä vaikka se mainitaan useasti esimerkiksi potilaan kuljettamatta jättämisestä puhuttaessa, sen merkitystä ei selitetä sen tarkemmin ja hakusanaa käyttäessä nousevat usein esille vain ensihoitajien velvollisuudet. Tiedonhakua tehdessä havaittiin, että ensihoitajien oikeusturvaa käsittelevissä asiayhteyksissä korostuu lähinnä huolellisen dokumentoinnin merkitys.

#### **4.5 Potilasohjaus ensihoidossa**

Potilasohjaus on tärkeä hoitotyön auttamiskeino. Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa, ymmärrystä ja itsenäistä tietoon perustuvaa päätöksentekoa sekä edistämään kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Potilasohjaus on aina potilaan tarpeista lähtevää ja ohjauksessa on huomioitava potilaan taustatekijät kuten ikä, motivaatio ja potilaan ympäristötekijät. (Kynge ym. 2010.) Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää ja sen tarve on vuosien saatossa lisääntynyt, sillä potilaat ovat nykyään tietoisempia oikeuksistaan ja hoidostaan. Myös hoitoaikojen lyhentyminen lisää laadukkaan potilasohjauksen tarvetta. (Lipponen. 2006, 17.)

Potilaan tiedonsaantioikeudesta säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan omaa tahtoa tai silloin, kun selvityksen antaminen aiheuttaisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Ensihoidon tehtäville tyypilliset piirteet, kuten ennalta-arvaamattomuus, tilanteiden nopea muuttuminen sekä yllättävät olosuhteet luovat haasteita potilaan kohtaamiseen sairaalan ulkopuolella. Ensihoitajan on kyettävä arvioimaan potilaan tila nopeasti ja luotettavasti, tunnistamaan ajoissa henkeä uhkaavat tilanteet sekä aloittamaan tarvittavat hoitotoimenpiteet olosuhteista riippumatta. Potilas tarvitsee ensihoitajilta inhimillistä ja ammattimaista asennetta ja ensihoitajan tulee osata toimia siten, että kaikki paikallaolijat

kokevat tullessaan autetuiksi. Ensihoitajan ammattitaitoa ovat kyky käsitellä potilasta, hänen omaisiaan sekä muita paikallaolijoita. Kaiken hoitotyön perustana on onnistunut viestintä potilaan ja omaisten kanssa. Potilas saattaa olla usein hermostunut, hätäntynyt tai jopa väkivaltainen. Lisäksi päihteet luovat haasteita kommunikaatiolle. Paikallaolijat voivat myös häiritä hoitotoimia. Potilaan kohtaamisessa on tärkeää ymmärtää, että sairauden ja hädän tunne ovat subjektiivisia kokemuksia ja ensihoitajan mielestä vähäiseltä tuntuva vaiva voi olla potilaan mielestä hyvin merkittävä haitta. Ensihoitajan on kyettävä käyttäytymään asiallisesti sekä herättämään luottamusta. Esitietojen selvittely ja haastattelu vaatii ensihoitajalta kuuntelu- ja eläytymistaitoja. (Castren ym. 2014, 144-149.)

Useissa potilasohjausta käsittelevissä laadullisissa tutkimuksissa on havaittu kirjallisten ohjeiden tärkeys ja tarpeellisuus verbaalisen ohjeistuksen lisäksi (Johnson & Sandford 2005). Kyngäs ym. (2007, 73) muun muassa toteaa, että sekä suullisesti että kirjallisesti läpi käydyt ohjeet luovat ensihoitajan, potilaan ja omaisten välille vastavuoroisuutta ja parhaimmillaan ehkäisevät ristiriitatilanteiden syntymistä. Ihmisen katsotaan muistavan suullisista ohjeista vain noin 10%, mutta muistiin voi jäädä jopa 90% annetuista ohjeista, mikäli ne on annettu sekä suullisesti että kirjallisesti (Kyngäs ym. 2007, 73). Potilasta onkin aina kuljettamatta jättämisen yhteydessä ohjattava antamalla tilannekohtaiset toiminta- ja jatkohoito-ohjeet niin suullisesti kuin kirjallisestikin (Castrén ym. 2012, 134). Potilaan ohjausta yleisesti terveydenhuollossa on tutkittu paljon, mutta kuitenkin potilasohjauksesta nimenomaan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ei löytynyt tieteellistä teoriatieta.

#### **4.6 Tarkistuslistat terveydenhuollossa**

Tarkistuslistojen käyttö on hyvin tehokas toimintamalli monimutkaisten tehtävien virheettömyyden varmistamiseksi. Tarkistuslistoja on käytetty pitkään muun muassa ilmailussa ja avaruusalalla, mutta ne ovat viime vuosikymmeninä vakiintuneet myös terveydenhuollon käyttöön. Tarkistuslistan hyödyt on osoitettu niin kansainvälisesti kuin suomalaisessakin tutkimuksessa. (Collins McLaughlin 2010.)

Terveydenhuollon käyttöön kehitettyjä tarkistuslistoja on muun muassa intubaatiota varten, keuhkokuumeen ja makuuhaavojen ehkäisyyn, lääkevuoroja varten, syöpäpotilaan kemoterapian antamiseen, posttraumaattisen stressireaktion arviointiin sekä deliriumin

varhaiseen tunnistamiseen (Blomgren & Pauniahho, 2014). Eniten kansainvälistä huomiota saanut terveydenhuollossa käytettävä tarkistuslista on WHO:n Surgical Safety Checklist, jota varten Maailman terveysjärjestö WHO perusti vuonna 2009 työryhmän kehittääkseen leikkaussaliturvallisuuksi. Työryhmän toimesta kehiteltiin 19 kohdan tarkistuslistan perioperatiivisen leikkaussaliproessin eri vaiheisiin. Lista jakautuu kolmeen vaiheeseen: alkutarkistukseen, joka toteutetaan ennen anestesian alkua, aikalisään ennen viiltoa sekä lopputarkistukseen haavan sulkemisen jälkeen ja ennen leikkaussalista poistumista. Listan vastuuhenkilö, tavallisesti leikkaussalin valvova hoitaja, käy listan läpi ja varmistaa, että tiimi on saanut osuutensa valmiiksi ennen seuraavaan vaiheeseen etenemistä. Toiminnot varmistetaan yleensä suullisesti. Listaa läpikäytessä tarkoituksena olisi, että kaikki keskeyttävät työnsä ja vastaavat selkeästi ja rauhallisesti vastuuhenkilön kysymyksiin. (Blomgren & Pauniahho 2014; Helovuo ym. 2011, 209-212.) Tammi-kuussa 2009 julkaistussa, tarkistuslistan käyttöä tutkineeseen vertailevaan tutkimukseen osallistui 8 sairaalaa eri maista. Tutkimuksessa havaittiin kaikkien haittavaikutusten määrän vähentyneen tarkistuslistan avulla korkean bruttokansantuotteen maissa 3,2% ja keskitason sekä matalan bruttokansantuotteen maissa 4,9%. (Haynes ym. 2009.)

Työntekijöiden alhainen vireystila pitkien työvuorojen, huonosti nukuttujen öiden ja mahdollisten työ- ja yksityiselämän huolien sekä liian itsevarman asenteen myötä saattavat aiheuttaa erinäisiä unohduksi, joiden seuraukset voivat olla merkittäviä. Kuten erilaisten kirjallisten hoito-ohjeiden ja -protokollienkin, myös tarkistuslistojen avulla pyritään yhteisiä toimintamalleja luomalla minimoimaan inhimillisten tekijöiden aiheuttamia riskejä ja virheitä, parantaa tiimin välistä kommunikaatiota ja näiden kautta potilasturvallisuutta. (Hiltunen 2016; Blomberg & Pauniahho 2014.) Sen lisäksi, että tarkistuslista auttaa muistamaan tärkeät asiat, se luo myös turvallisuutta ja tekee toiminnasta järjestelmällisempää (Blomgren & Pauniahho 2014). Ensihoidossa tarkistuslistoja on olemassa muun muassa lääkkeellisestä intubaatiosta, ulkoisesta tahdistuksesta ja sähköisestä rytminsiirrosta sekä luuydinyhteyden (i.o.) avaamisesta (Oksanen & Turva 2015, 254-263).

Tarkistuslistan käyttäminen tulisi olla tehokasta ja helppoa. Tarkistuslistan aihe ja listaus on mietittävä tarkkaan, sillä liian moninaiset ja pikkutarkat listat aiheuttavat turhautumista ja väsymistä listojen käyttöön. Tällöin tarkistuslistoja ei jakseta käyttää tai niiden läpi käyminen jää puutteelliseksi, jolloin niiden hyöty heikentyy tai jopa häviää. (Blomgren & Pauniahho 2014.) Hyvän tarkistuslistan laatimisessa tekijän on tärkeää tuntea tarkistuslistaa koskeva tehtävä sekä tarkistuslistan käyttäjät. Tehtävän sekä tarkistuslistan

käyttäjien tunteminen auttaa tarkistuslistan tekijää kehittämään listasta käytännönläheisemmän. Sisällön lisäksi tarkistuslistaa tehdessä tulisi huomioida myös sen käyttökelpoisuus, mikä helpottaa työvaiheiden läpikäyntiä. (Collins McLaughlin 2010.) Hyvä tarkistuslista on lyhyt, eikä sen läpikäyminen vie paljoa aikaa. Jos tarkistuslista käsittelee laajaa kokonaisuutta, on vaiheita järkevää pilkkoa osiin. Tarkistuslistan tulisi olla helppolukuisen ja sisältää vain kaikkien ymmärrettävissä olevia termejä. Lisäksi listaa on mukavampi käyttää, mikäli asiat ovat esitetty järjestelmällisesti, kronologisessa järjestyksessä. Esimerkiksi lyhyet kysymykset tai väittämät ovat tarkistuslistoissa toimivia. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Tarkistuslista on kannattavaa tehdä sellaisista tehtävistä, jotka ovat virhealttiita. Tarkastettaviksi asioiksi valitaan sellaiset kohdat, joita laiminlyödessä altistettaisiin potilas haittatapahtumalle. Tarkistuslistaa tehdessä on tiedettävä milloin ja missä yhteydessä listaa tullaan käyttämään, kenen käyttöön lista tulee ja tehdäänkö siitä paperinen vai elektroninen versio. Tarkistuslistan on perustuttava tutkittuun tietoon. (Blomgren & Pauniahho 2014.) On muistettava, että yksikään tarkistuslista ei kuitenkaan hyvästä ajatuksesta huolimatta takaa toiminnan täyttä virheettömyyttä. Huonosti muotoiltu tai liian pitkä tarkistuslista voi haitata toimintaa yhtä helposti kuin hyvä tarkistuslista voi sitä parantaa. Tarkistuslistojen tuomat edut ovat riippuvaisia oikeanlaisesta hyvästä suunnittelusta, testauksesta ja käytöstä. (Collins McLaughlin 2010.)

Tarkistuslista tulisi aina testata ennen sen käyttöönottoa ja tästä puhutaan nimellä pilottitestaus. Pilottitestauksen jälkeen kerätään palaute, jonka avulla voidaan listaa muokata käyttäjien tarpeisiin paremmaksi ja toimivammaksi, mikä sitten helpottaa listan laajempaa käyttöönottoa. Listan muokkaaminen saatuihin palautteisiin perustuen parantaa myös käyttäjien sitoutumista listan käyttöön. Ennen listan käyttöönottoa hyväksytetään se kuitenkin aina ensin työyksikön johdolla. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Tarkistuslistaa käyttävät kannattaa kouluttaa ja motivoida listan käyttöön hyvin, sillä työntekijöiden tulisi ymmärtää sen käyttötarkoitus potilasturvallisuuden parantajana. Ei hyvänkään tarkistuslistan etuja saada ilmi, ellei sitä käytetä. On hyvä myös saada työntekijät ymmärtämään, että lista ei pakota lisätöihin, vaan sen tarkoituksena on varmistaa tarpeellisten, jo aiemmin tarkastelun alla olleiden asioiden järjestelmällinen läpikäyminen tilanteesta riippumatta. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Valmiskaan lista ei kuitenkaan koskaan ole valmis, vaan sitä täytyy säännöllisesti käydä läpi ja sen sisältöä tulee muokata aina tuoreimman tiedon mukaan. Muokkaus- ja päivitysprosessi vaatii tiedon päivittymistä, yhteydenpitoa asiantuntijoiden välillä sekä käyttäjäpalautteiden keräämistä. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

## 5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tehtävän määrällisen tai laadullisen tutkimuksen sijaan on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään työelämä-lähtöisesti esimerkiksi käytännön toiminnan ohjeistamiseen, opastamiseen, järjestämiseen tai järjeistämiseen. Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena syntyy aina jokin konkreettinen tuote, joka voi olla esimerkiksi kirja, vihko, opas, kotisivut tai näyttely. On tärkeää, että opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen oikeaoppinen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10, 51.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi ehdotus lomakkeesta sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon tilanteisiin, joissa potilas jätetään kuljettamatta sekä tästä lomakkeesta pilotointijakson jälkeen ensihoitajilta kerätty palautemateriaali.

Tuotoksen lisäksi toiminnallinen opinnäytetyö koostuu myös raportista. Raportti kuvaa opinnäytetyön prosessia ja tekijöiden oppimista, tuotos puhuttelee työn kohde- ja käyttäjäryhmiä. Koska toiminnallinen opinnäytetyö tuottaa aina lopullisen tuotteen, on sen raportoinnissa myös käsiteltävä tuotoksen saavuttamiseksi käytettyjä keinoja. Raportista on selvittävä mitä, miksi ja miten opinnäytetyö on toteutettu, kuvattava työprosessin eteneminen sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin opinnäytetyössä on lopulta päädytty. Opinnäytetyön luonteesta riippuen on joskus myös tärkeää kuvata konkreettisesti, miten tietoa on hankittu ja kuinka käytännön toteutus on edennyt. Keskeistä on kyetä yhdistämään ammatillinen teorettinen tieto ammatilliseen käytäntöön. (Vilka & Airaksinen 2003, 42, 51, 55, 65.) Tämän opinnäytetyön prosessi kuvataan kuviossa 2 sekä tarkemmin osiossa 6 ”Toteutus”.



KUVIO 2. Toiminnallisen opinnäytetyön prosessin kuvaus.



## 5.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineistot toimivat tutkimusongelmien ratkaisun apuna eli tutkimusaineistona ja niitä voidaan käyttää tutkimustulosten luotettavuuden parantamiseksi (Kananen 2015, 157). Pääosin haimme tietoa opinnäytetyöhömmä alamme kirjallisuudesta käsihaulla. Käyttämämme kirjallisuus koostuu hyvin paljon omissa opinnoissamme käyttämistämme oppikirjoista, sillä ne käsittelevät hyvin teoreettisen viitekehiksemme aiheita. Pyrimme lähteiden käytössä monipuolisuuteen ja mahdollisimman tuoreiden lähteiden käyttöön. Tiedonhaussa hyödynsimme muun muassa Duodecim-, Medic- ja Cinahl- tietokantoja

sekä Google Scholar hakukantaa. Hakusanoina käytimme muun muassa sanoja ensihoito, paramedic, emergency care, emergency medical services, kuljettamatta jättäminen, nontransport, potilasturvallisuus, patient safety, dokumentointi, documentation sekä näiden hakusanojen yhdistelmiä. Opinnäytetyömme pilotoitava lomake tuotettiin tiedonhauilla löydetyn teoriapohjan sekä työelämätahon toiveiden sekä tarpeiden pohjalta.

Aineistoa työhömmme keräsimme teorian lisäksi ensihoitajille suunnatulla palautekyselyllä. Valitsimme palautteenkeruumenetelmäksi sähköisen kyselylomakkeen haastattelun sijaan, sillä potentiaalisia kyselyyn vastaajia oli runsaasti ja ensihoidon työn luonteen ja työvuorojen vaihtelevuuden vuoksi palautteen antajia olisi ollut haasteellista kerätä yhteen. Kyselyllä halusimme työelämäyhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti kerätä palautetta lomakkeen tuomasta lisäarvosta käytännön työssä sekä mahdollisia parannus- tai korjausehdotuksia lomakkeen jatkokäyttöä ajatellen.

### 5.3 Kyselylomake

Kysely on yksi tiedonkeruun menetelmä, jonka etuna on mahdollisuus kerätä laaja tutkimusaineisto; kyselytutkimuksen avulla tutkimukseen voidaan saada mukaan paljon henkilöitä ja tutkittavilta voidaan kysyä monia asioita. Kyseessä on vakioitu tiedonkeruun muoto, jossa kyselyyn vastaavilta kysytään sama asiasisältö täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 195.) Kyselyä käytettäessä tulee varmistua, että tutkittava asia on mitattavissa ja kyselyn muuttujien valinta tulee perustella teoreettista viitekehystä ja tutkimuksen tavoitetta vasten (Vilkkä, 2015, 101).

Kysely voidaan toteuttaa posti- tai verkkokyselynä, jossa kyselylomake lähetetään vastaajille täytettäväksi ja jonka jälkeen he postittavat lomakkeen takaisin tutkijalle. Tällöin etuna on nopea ja vaivaton aineiston saanti mutta riskinä on suuri kato eli vastaamattomuus. Se, kuinka suurena kato ilmenee, riippuu vastaajajoukosta ja tutkimusaiheesta. Lomake voidaan myös lähettää jonkin organisaation välityksellä kohdehenkilöille. (Hirsjärvi ym. 2013, 196; Vilkkä 2015, 94.)

Kyselylomakkeen kysymyksiä voidaan muotoilla monin eri tavoin. Avoimissa kysymyksissä esitetään ainoastaan kysymys, johon vastaaja vastaa. Avoimien kysymysten etuna

on, että vastaajat saavat mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee rastittamalla tai rengastamalla vastausvaihtoehdon tai useampia vaihtoehtoja, mikäli sellainen ohje on annettu. Monivalintakysymyksien käsittely ja vertailu on yksinkertaisempaa, mutta toisaalta se sitoo vastaajan ainoastaan tutkijan kehittämiin valmiisiin vaihtoehtoihin. Kysymyksiä voidaan esittää myös asteikkoihin perustuvina, jolloin kysymyksissä esitetään väittämiä, ja vastaaja valitsee, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä esitetyn väittämän kanssa. Kyselyissä voidaan myös yhdistellä edellä mainittuja kysymysmuotoja. (Hirsjärvi ym. 2013, 198-201.)

Kyselylomakkeen laadintaan ei ole tarkkoja ohjeita. Kirjallisuudessa kuvataan kuitenkin useita yleisohjeita kyselylomakkeen tekoon. Ohjeiden mukaan tärkeintä on lomakkeen selvyys; kysymykset ovat laadittava siten, että ne merkitsevät samaa kaikille vastaajille. Epämääräisiä monimerkityksellisiä ilmaisuja, kuten "usein", "tavallisesti" ja "yleensä", tulisi välttää. Kysymykset kannattaa laatia spesifisti rajatuiksi, jolloin tulkinnanvaraisuuden mahdollisuus vähenee. Kysymykset kannattaa pitää lyhyinä ja kysymyksissä tulisi kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. Huomiota kannattaa kiinnittää myös sanavalintojen käyttöön; ammattikielen ja johdattelevien kysymyksien käyttöä tulisi välttää. Lomakkeen kokoamisessa tulee kiinnittää huomiota sen helppotäyttöisyyteen ja pituuteen. Perusohjeena voidaan pitää, että yleisimmät kysymykset sijoitetaan lomakkeen alkuun ja spesifimmät kysymykset loppuun. Ulkoasun on oltava moitteeton ja avovastauksille tulee olla riittävästi tilaa. Lomakkeen ohella olevassa saatekirjeessä kerrotaan vastaajalle kyselyn tarkoituksessa. Vastaajia kannattaa myös rohkaista vastaamaan kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2013, 202-204.) Tässä opinnäytetyössä käytetyn kyselylomakkeen suunnittelu ja kyselyn toteutus kuvataan kohdassa 6.4 ”Kyselylomakkeen tekeminen ja kyselyn suorittaminen”.

#### **5.4 Aineiston analysointi**

Kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä pyritään todellisen elämän kuvaamiseen ja kohteen kokonaisvaltaiseen tutkimiseen. Tietoa hankitaan kokonaisvaltaisesti ja aineisto kootaan todellisista tilanteista. Aineiston hankinnassa suositaan laadullisia metodeja, joista ilmenevät tutkittavien näkökulmat. Laadullisia metodeja ovat muun muassa erilaiset haastattelut. Tiedon keruussa suositaankin ihmistä. (Hirsjärvi ym. 2013, 161-

164.) Laadullisissa selvityksissä kysymykset ovat avoimia käsiteltävään aiheeseen liittyen ja aineiston laatu on määrää tärkeämpää (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64). Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisella tutkimusmenetelmällä kerättyä aineistoa ei aina ole välttämätöntä analysoida, ainakaan yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Aineistoa voidaan sen sijaan käyttää myös lähteenä, mutta analysoida aineistoa kannattaa kuitenkin silloin, jos selvitystä halutaan käyttää perustelemaan joitakin sisällöllisiä valintoja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57-58, 62, 64.)

Kvantitatiivisella eli määrällisellä menetelmällä pyritään tarkastelemaan tutkittua tietoa numeerisesti. Tutkimus pyrkii vastaamaan esimerkiksi kysymyksiin ”kuinka moni, ”kuinka paljon” tai ”kuinka usein” (Vilkkä 2007, 14). Koejärjestelyissä on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa menetelmässä aineistoa muodostetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, kuten taulukkomuotoon. (Hirsjärvi ym. 2013, 140.) Numeroiden avulla pyritään yleisesti täsmentämään, selittämään tai perustelemään opinnäytetyöhön liittyvää aihepiiriä tai ideaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57-60). Määrällisissä tutkimuksissa myös aineiston analyysi voidaan toteuttaa ja esitellä esimerkiksi prosenttein ja kuvioin (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57-58, 62, 64).

Toiminnallisen opinnäytetyömme tuotoksesta kerätty palaute analysoitiin sekä laadullisilla että määrällisillä menetelmillä. Määrälliset, Likertin asteikollisten kysymysten analysointi ja esittäminen toteutettiin Excel- taulukkolaskentaohjelman avulla tehdyillä kaavioilla, jotka esittävät kyselyn vastauksien jakautumisen määrällisesti ja prosentuaalisesti. Avoimien kysymysten analysointiin käytimme laadullisena menetelmänä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan sitä eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä aineistoa tiivistäen. Kyseessä on siis tekstianalyysi, jolla tarkastellaan tekstimuotoisia aineistoja. Sisällönanalyysillä pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä sanallinen ja tiivistetty kuvaus. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 105.) Tämän opinnäytetyön tulosten analysointi kuvataan osiossa 6 ”Opinnäytetyön toteutus”.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Aloitimme opinnäytetyömme tieteellisen teorian tiedon haulla maaliskuussa 2018. Pidimme keväällä ensimmäisen työelämäpalaverin yhteistyökumppanimme Pirkanmaan pelastuslaitoksen kanssa. Palaverissa keskustelimme tulevan opinnäytetyön ja sen pohjalta syntyvän lomakkeen sisällöstä ja prosessin etenemisestä. Alustavan suunnitelman mukaan tuleva lomake sisälsi potilaan informoinnin kuljettamatta jättämisestä sekä tarkistuslistan ensihoitajille kuljettamatta jättämisen kriteereistä, joiden on täytyttävä, jotta potilas voidaan jättää kuljettamatta, yleisimmät potilaille annettavat kotihoito-ohjeet kuljettamatta jättämisen syyhyn perustuen sekä yhteystiedot Pirkanmaan alueen päivystyspisteisiin. Kohdensimme teorian tiedon hakua työelämäpalaverin pohjalta esiin nousseisiin teoreettisiin lähtökohtiin ja aloimme suunnitella jatkohoitokaavakkeen tulevaa sisältöä näiden suuntaviivojen mukaisesti. Kesän 2018 keräsimme tietoa ja kirjoitimme teoriaa jatkohoitohjeista liittyen yleisimpiin kuljettamatta jättämisen syihin.

Kesän lopulla Pirkanmaan pelastuslaitoksella aiemmin lääkintämestarina työskennellyt työelämäyhteyshenkilö siirtyi PSHP:n Ensihoitokeskuksen ensihoitopalveluiden päälliköksi. Työelämätaho tarjosi näin meille mahdollisuutta tehdä opinnäytetyötämme isommalle organisaatiolle. Tartuimme tarjoukseen ja haimme tutkimusluvan onnistuneesti Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Syksyllä 2018 pidimme toisen työelämäpalaverin ensihoitopalveluiden päällikön sekä ensihoidon vastuulääkärin kanssa. Kesällä 2018 keräämämme ja kirjoittamamme teoria oli paisuttanut työn useamman opinnäytetyön pituiseksi. Myös työelämän yhteyshenkilöt olivat sitä mieltä, että kaavake sisältäisi sellaisenaan liian monta asiaa. Vaarana oli, että lomakkeesta tulisi sekava ja työläs käyttää. Päätimme yksimielisesti työelämän kanssa pudottaa valmiiden jatkohoitohjeiden laatimisen pois työstämme. Työelämätahon prioriteettina oli potilasturvallisuuden edistäminen kuljettamatta jättämistilanteissa ja ensihoitajien oikeusturvan parantaminen mahdollisissa jälkikäteen ilmenevissä jälkiselvittelytilanteissa. Katsoimme yksimielisesti, etteivät potilaille laaditut valmiit jatkohoitohjeet tukeneet tätä tavoitetta. Päätöstä tuki x-tilanteiden suuri yksilöllinen variaatio; harvoin kaikille potilaille voitiin antaa yhtä ja samaa ohjetta, vaikka he kärsisivätkin samasta vaivasta. Jäljelle jäivät siis tarkistuslista x-kriteerien täyttymisestä sekä potilaan ohjeistus jatkohoitomenpiteistä ja mahdollisesta jatkohoitopaikasta.

Alun perin olimme suunnitelleet testauttavamme valmiin lomakkeen ainoastaan Pirkanmaan pelastuslaitoksen keskuspalosemalla. Palaverissa kehittyi kuitenkin työelämälähtöisesti idea siitä, että lomakkeen pilotointi voitaisiin suorittaa Keskuspaloseman lisäksi myös toisessa yksikössä. Työelämä koki, että lomakkeen pilotoinnille saataisiin lisäarvoa, jos käyttökokemuksia ja mielipiteitä lomakkeesta haettaisiin myös toiselta ensihoitopalvelujen tuottajalta toisenlaisessa toimintaympäristössä. Yhteyshenkilö ehdotti, että voisimme tiedustella Med Groupilta olisiko Virtain yksikkö valmis lähtemään mukaan pilotointiin. Virtain yksikkö lähti mukaan projektiin ja aloimme suunnitella pilotoinnin suorittamista kahdessa yksikössä. Pilotointia keskuspalosemalla varten haimme tutkimusluvan vielä Tampereen kaupungilta ja lupa myönnettiin marraskuussa 2018. Med Groupin osalta pilotoinnin suorittaminen ei vaatinut enää uusien lupahakemusten tekoa, kun lupa PSHP:lta oli jo saatu.

## 6.1 Lomakkeen tekeminen

Toisen työelämäpalaverin jälkeen syksyllä ja talvella 2018 tarkensimme vielä tiedonhakuamme ja teoretiedon pohjalta aloimme uusien suuntaviivojen mukaisesti luonnostella alustavaa lomaketta. Työelämätahon toiveina lomakkeen sisällöstä olivat tunnistetiedot potilaasta ja hoitoa antaneista ensihoitajista, informaatio potilaalle ambulanssikuljetuksen tarpeettomuudesta, tarkistuslista ensihoitajille kuljettamatta jättämisen kriteereistä sekä yhteystiedot Pirkanmaan alueen päivystyspisteisiin. Suunnitellessamme lomaketta pyrimme valmistamaan lomakkeesta selkeän ja sekä helppo- että nopeakäyttöisen. Lomake suunniteltiin tuotettavan yksipuolisena, A4 kokoiselle paperille, mikä rajasi käytettävissä olevaa tilaa. Lomakkeen vasempaan yläreunaan painatimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Elämän tähden- logon ja oikeaan yläreunaan lomakkeen nimen. Suunnittelemamme alustava lomake on tarkasteltavissa liitteessä 4.

Aloitimme lomakkeen henkilötietojen, eli nimen ja henkilötunnuksen kirjaamisella. Halusimme lomakkeen olevan potilasta informoiva sekä potilasohjausta tukeva, joten teksti on kirjoitettu potilaalle kohdennetusti. Heti alussa potilasta informoidaan kirjallisesti siitä, että ensihoitohenkilökunta on tutkinut potilaan ja esitetään ensihoitajien suorittaman pohdinnan ja tutkimusten pohjalta noussut toimintatapa. Lomakkeeseen listasimme neljä vaihtoehtoista tilaa potilaan jatkohoidon tarpeesta. Ensimmäisessä vaihtoehdossa tode-

taan, että potilaalla ei ole ensihoitajien tekemän arvion mukaan tarvetta päivystykselliselle hoidolle eikä siten ambulanssikuljetukselle. Potilaalla on kuitenkin aina oikeus hakeutua hoitoon itsenäisesti, mikäli hän niin tahtoo (Kuisma ym. 2017, 57), joten tämä täsmennetään potilaalle heti ensimmäisen lauseen yhteydessä. Toisessa vaihtoehdossa todetaan, ettei potilaalla ole tarvetta päivystykselliselle hoidolle, mutta hänen tilansa vaatii vastuullisen aikuisen seuranta. Tämän lausevalinnan perustelimme sillä, että joissakin tapauksissa, esimerkiksi diabeetikon matalien sokeriarvojen korjauksen jälkeen potilas voidaan jättää kuljettamatta, mikäli hän jää luotettavaan seurantaan (Kuisma ym. 2013, 62). Tämän kohdan valitessaan ensihoitaja täyttää väittämän avoimeen kohtaan tuntimäärän, jonka ajan potilas vähintään tarvitsee vastuullisen aikuisen seuranta. Usein todetaan, että potilaan tila ei vaadi nimenomaan välitöntä ambulanssikuljetusta, vaikka lääkärikäynti voisikin olla tarpeen (Kuisma ym. 2017, 66). Näihin tilanteisiin kehitimme kolmannen vaihtoehdon missä todetaan, että potilaalla on päivystyksellistä hoitoa vaativa syy, mutta ei tarvetta ambulanssikuljetukselle. Vaihtoehdossa kehoitetaan kuitenkin potilasta hakeutumaan päivystyshoitoon omalla kuljetuksella (X4). Neljäs ja viimeinen vaihtoehdoista ilmaisee, ettei potilaalla ole päivystyksellistä hoitoa tarvitsevaa vaivaa, mutta hänen olisi syytä seuraavana arkipäivänä varata aikaa omalääkärin tarkastukseen. Nämä neljä vaihtoehtoa, joista valitaan kunkin potilaan kohdalla yksi, on ensihoitajalle helposti rastitettavissa ja ne ohjaavat potilasta jatkotoimenpiteiden osalta kirjallisesti.

Potilaan jatkohoidon tarpeen esittämisen jälkeen lomake ohjaa potilasta ottamaan mukaansa ensihoitohenkilökunnalta saadun hoitokertomuksen sekä mahdollisesti otetun EKG:n, mikäli potilas hakeutuu päivystyshoitoon. Ensihoidon dokumenteilla on merkittävä osuus hoidon jatkuvuuden, potilaan oikeusturvan sekä potilasturvallisuuden kannalta (Castrén ym. 2012, 81-83). Ensihoidon käynnin ja päivystysvastaanotolla suoritettujen tutkimusten välillä voi olla useita tunteja tai jopa päiviä. Tällöin potilaan tilan arviointia ja seuranta helpottaa sekä sen laatua parantaa, kun päivystyksen henkilökunta saa luotettavaa dokumenttia siitä, millaiseksi kokonaistilanne ja potilaan tila on arvioitu ja millaiset peruselintoimintojen mittausarvot on kirjattu ensihoitotilanteessa.

Seuraavaan osioon luonnostelimme ensihoitajille kohdennetun tarkistuslistan kuljettamatta jättämisen kriteereistä. Lähtökohtana tarkistuslistan käyttöön oli, että kaikkien kriteereiden tuli täytyä, jotta voitaisiin tehdä päätös potilaan kuljettamatta jättämisestä. Epäselvissä tilanteissa on pyydyttävä toimintaohje päivystävältä lääkäriltä (Castrén & Kirves 2016), joten mikäli jokin kohta ei toteutuisi, vaatisi potilaan kotiin jättäminen lääkärin

konsultaation. Lomakkeen kriteeristö perustuu kokonaan Ensihoito-oppaan (Castrén & Kirves 2016) virallisiin, ajantasaisiin ohjeistuksiin ja perusteisiin, joiden mukaan voidaan tehdä päätös kuljettamatta jättämisestä. Tarkistuslistaan tulevien kriteerien tuli kaikkien soveltua samanaikaisesti koodeihin X-2, X-3, X-4, X-5 sekä X-8. Kriteereitä valikoitui tarkistuslistaan lopulta kymmenen sisältäen mm. tapahtumien selvittämisen, potilaan yleistilan ja vitaalielintoimintojen arvioinnin sekä jatko-ohjeistamisen huomioinnin (ks. liite 4). Tarkistuslistalla voidaan katsoa olevan myös potilasohjausta helpottava vaikutus. Tarkistuslistan kriteerit voidaan tarvittaessa käydä yhdessä läpi potilaan ja omaisen kanssa, jolla parhaassa tapauksessa voidaan lisätä potilaan, omaisen ja ensihoitajan välistä yhteisymmärrystä tilanteesta. Tarkistuslistan jälkeen jätimme tilaa sekä ensihoitajan, että potilaan tai hänen omaisensa allekirjoituksille.

Mikäli potilas päätetään jättää kuljettamatta, on hänelle annettava selkeät ohjeet, miten tulee toimia, mikäli ensihoidon paikalle hälyttämiseen johtanut tilanne pahenee (Kuisma ym. 2017, 65-66). Lisäksi ensihoidon laatiin potilasasiakirjoihin tulee kirjata sellaiset yhteystiedot ja puhelinnumerot, joita potilas voi tarvita sekä onko potilasta kehotettu soittamaan uudestaan hätänumeroon tilanteen muuttuessa (Castrén ym. 2012, 87, 136). Edellä mainittuun teoriaan perustaen lomakkeen alaosio kehottaa potilasta ottamaan yhteyttä hätäkeskukseen, mikäli hänen vointinsa äkillisesti heikkenee, oire uusiutuu tai pahenee. Epävarmoissa tilanteissa lomake ohjaa ottamaan yhteyttä oman alueen päivystyspisteeseen. Lomakkeen alaosaan koottiin aukioloajankohdat sekä yhteystiedot kaikkiin Pirkanmaan alueen päivystyspisteisiin. Yhteystiedot listasimme lomakkeeseen aakkosjärjestyksessä helpottaaksemme oikean paikkakunnan päivystysnumeron ja aukioloaikojen löytymistä kaikkien yhteystietojen joukosta. Poikkeuksen tästä muodostavat Acutan ja terveyspalvelujen neuvontanumero, jotka aseteltiin yhteystietoluettelon yläosaan suuremmalla fontilla ja lihavoidulla tekstillä. Acuta on auki ympäri vuorokauden, mutta hoito siellä keskittyy äkillisesti sairastuneisiin ja loukkaantuneisiin potilaisiin. Terveyspalvelujen neuvonnan numeron halusimme lisätä keventämään Acutan puhelutulvaa. Terveyspalvelujen neuvontanumerosta vastaa aina sairaanhoitaja, joka voi antaa hoito-ohjeita, arvioida soittajan hoidontarvetta sekä ohjata tarvittaessa oikeaan hoitopaikkaan (Tampereen kaupunki 2019).



## 6.2 Lomakkeen tarkastuttaminen Ensihoitokeskuksella

Teoriatiedon kirjoitettuamme ja alustavan lomakkeen ollessa valmis lähetimme lomakkeen sähköpostitse Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalveluiden päällikölle, joka lupasi välittää lomakkeen luettavaksi ja kommentoitavaksi ensihoidon kehittämistyöryhmälle sekä ensihoitolääkäreille. Muutaman vuorokauden kuluttua vastaanotimme meille lähettämämme lomakkeen kehittämistyöryhmän ja lääkäreiden muokkauksilla ja kommentoineilla varustettuna. Ensihoidon kehittämistyöryhmä ja lääkärit eivät nähneet tarvetta ensihoitajan ja potilaan allekirjoituksille ja ehdottivat niiden poistamista. He näkivät parempana vaihtoehtona käyttää lomakkeessa ensihoitajien tunnisteena ensihoitoyksikön tunnusta sekä ensihoitajien vakanssinumeroita allekirjoitusten sijaan. Kriteeristön tarkistuslistaan kommentoijat eivät ehdottaneet mitään kriteereitä lisättävän tai poistettavan. Sen sijaan kriteereiden sanamuodoissa oli muokattavaa ja joitakin kriteereitä haluttiin tarkentaa. Kommentoijat toivoivat myös sanan ”potilas” sijasta käytettävän potilaslähtöisempää teitittelymuotoa. Esimerkiksi alun perin potilaan tajuntaa koskevaan kriteeri oli muotoiltu seuraavasti: ”Potilas on heräteltävissä ja häneen saadaan asiallinen kontakti”. Ensihoitokeskuksen ehdotuksesta kriteeri selkiytettiin muotoon ”Tajuntanne, vireystilanne ja orientaationne tapahtumiin on normaali”.

Ensihoidon kehittämistyöryhmältä ja lääkäreiltä saamamme palautteen jälkeen muokkasimme lomaketta heidän huomioidensa mukaisesti. Poistimme allekirjoitusmahdollisuuden ja luonnostelimme lomakkeen yläosaan kohdan ensihoitajien tunnistetietojen, ensihoitoyksikön tunnuksen ja molempien ensihoitajien vakanssinumeroiden, kirjaamiselle. Tätä suunnitellessamme tulimme ajatelleeksi sitä, että lomakkeeseen olisi hyvä kirjata tapahtuman päivämäärä. Täten suunnittelimme samalle riville ensihoitajien tunnistetietojen kanssa myös osion päivämäärän kirjaamiselle, mikä helpottaa lomakkeen yhdistämistä kyseiseen ensihoitotehtävään, mikäli lomaketta joudutaan jälkikäteen tarkastelemaan. Lisäksi kehittämistyöryhmän ehdotuksesta muutimme lomakkeen kohteliaammaksi teitittelyn muodossa.

Jo alustavaa lomaketta työstäessämme olimme suunnitelleet, että lomakkeelle tulisi muutama rivi vapaata tilaa kirjauksia varten. Perustelimme vapaan tilan hyödyllisyyden kahdella syyllä. Vapaalle tilalle voitaisiin kirjata perusteluita, minkä takia jokin kriteereistä ei kyseisen potilaan kohdalla toteudu, mutta hänet silti voidaan perustellusti jättää kotiin.

Nämä poikkeustilanteet näimme mahdollisiksi siksi, ettei kriteereitä ollut pyrkimyksistämme huolimatta mahdollista saada täydellisen yksiselitteisiksi ihmisten yksilöllisyyden vuoksi. Tällä tapaa koimme vapaan tilan tukevan ensihoitajien oikeusturvaa, kun lomakkeelle voidaan perustella, miksi potilas on jätetty kotiin, vaikka jokin kriteereistä ei ole täytynyt. Tokikin jonkin kriteerin jäädessä uupumaan vaatisi päätös kuljettamatta jättämisestä myös lääkärin konsultaation. Perusteluiden lisäksi vapaata tilaa pystyttäisiin hyödyntämään myös potilasohjauksen näkökulmasta. Vapaalle tilalle voi kirjata potilaalle yksilöllisiä jatkotoiminta- ja -hoito-ohjeita tarpeen mukaan. Tällä hetkellä jatkotoimintaohjeet kirjataan SV210- lomakkeelle, jossa tilaa on hyvin rajallisesti. Potilaan yksilöllisten jatkotoimintaohjeiden kirjaaminen suunnittelemllemme lomakkeelle vapauttaa tilaa SV210:lle muiden asioiden kirjaamiseen. Tämä lienee myös potilaalle selkeämpää, kun kaikki jatkotoimenpiteisiin ja jatkohoitoon liittyvät asiat lukisivat yhdessä lomakkeessa jäsennellysti eikä toimintaohjeita tarvitse hakea SV210-lomakkeelta, josta jatko-ohjeiden etsiminen voi toisinaan olla hankalaa lomakkeen ollessa täynnä merkintöjä potilaan terveydentilasta, mittaustuloksista ja hoidosta. Allekirjoitusten poistuessa kommentointikierroksen jälkeen jäi lomakkeeseen tilaa lisätä muutaman rivi vapaata tilaa kirjaamiselle.

Edellä mainittujen muokkausten jälkeen lähetimme lomakkeen vielä työelämätahon hyväksyttäväksi, koska olimme lisänneet vapaan tilan ja päivämäärän ilman, että sitä oltiin varsinaisesti kommentointikierroksella ehdotettu. Työelämä piti lisäyksiä hyvänä ideana ja hyväksyi korjatun lomakkeen pilotointiin. Ennen varsinaista pilotointia lähetettiin molempien pilotointipaikkojen ensihoitajille saatekirje tulevasta pilotoinnista noin kahta viikkoa ennen pilotointia. Saatekirjeessä informoitiin ensihoitajia opinnäytetyömme tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tulevan lomakkeen pilotoinnista. Liitimme sähköpostiin myös pilotoitavan lomakkeen, jotta ensihoitajat pääsisivät tutustumaan lomakkeeseen jo etukäteen. Saatekirje on nähtävissä liitteessä 5 ja korjattu, pilotoitava lomake liitteessä 6.

### **6.3 Lomakkeen pilotointi**

Pilotointi suoritettiin molemmissa pilotointipaikoissa tammikuun 2019 aikana, Pirkanmaan pelastuslaitoksen Keskuspaloasemalla 2.1-16.1.2019 ja Med Groupilla 7.1-21.1.2019. Pilotointi kesti molemmissa paikoissa kahden viikon ajan. Blomgren ja Pauhio (2014) suosittavat, että tarkistuslistaa käyttävät koulutetaan ja motivoidaan listan

käyttöön hyvin, sillä työntekijöiden tulisi ymmärtää sen käyttötarkoituksen potilasturvallisuuden parantajana. Saatekirjeen lisäksi kävimmekin molemmissa pilotointipaikoissa esittelemässä opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet sekä lomakkeen ja sen käytön ensihoitajille henkilökohtaisesti juuri ennen lomakkeen varsinaista käyttöönottoa. Henkilökohtainen paikalla olomme mahdollisti myös työntekijöille tilaisuuden lomakkeesta ja sen käytöstä nousseiden kysymysten esittämiselle. Alkuinfojen yhteydessä veimme myös pinot valmiiksi tulostettuja lomakkeita molemmille pilotointipaikoille, jotka olimme etukäteen käyneet ensihoitokeskuksella tulostamassa.

Keskuspaloasemalla työvuorot ovat 24 tuntisia ja ensihoitajat on jaettu neljään työvuorojaokseen, joten kävimme neljänä ensimmäisenä pilotointipäivänä esittelemässä lomakkeen työvuoron ensihoitajille aamun käskynannossa. Pilotointi Med Groupilla aloitettiin viikkoa myöhemmin Med Groupin maanantaina 6.1.2019 pitämän henkilöstökokouksen vuoksi. Med Groupin yhteyshenkilö ehdotti, että voisimme pitää suullisen informoinnin pilotoinnista tämän kokouksen yhteydessä, jolloin paikalla olisi mahdollisimman paljon työntekijöitä. Näimme tämän parhaimmaksi ratkaisuksi. Med Groupin työntekijät tekevät vuoroja eri asemilla ja näin kykenimme ohjeistamaan mahdollisimman monta työntekijää myös suullisesti. Osa ensihoitajista osallistui henkilöstöpalaveriin Skypen välityksellä.

Lomakkeita jaettiin pilotoinnin aikana Pirkanmaan pelastuslaitoksen Keskuspaloasemalla kuuteen eri ensihoitoyksikköön ja Med Groupin Virtain asemalle yhteen ensihoitoyksikköön. Molempien pilotointipaikkojen kanssa sovittiin vastuuhenkilöt, jotka huolehtivat lomakkeiden riittävydestä pilotointijakson aikana.

Lomakkeen käyttöön soveltuvia x-tehtäviä kertyi lopulta yhteensä 402 pilotointiin osallistuneista ensihoitoyksiköistä. Pilotointijakson x-tehtävät esitetään alla olevassa taulukossa 2. Taulukossa ei esitetä x-0, x-1, x-6, x-7 tai x-9 koodeihin päättyneiden tehtävien määriä, koska pilotoitava lomake ei sovellu käytettäväksi näillä tehtävillä. Tilastoon ei ole laskettu niiden ensihoitoyksiköiden x-tehtäviä, joissa lomaketta ei pilotoinnin aikana käytetty.

TAULUKKO 2. X-Tehtävät pilotointijakson aikana (Heikkilä 2019; Tuhkanen 2019)

X-koodi	Med Group	Pirkanmaan Pelastuslaitos	X-tehtäviä yhteensä
X-2	0	1	1
X-3	1	1	1
X-4	0	70	70
X-5	14	240	254
X-8	3	74	77
<b>Yhteensä</b>	<b>18</b>	<b>384</b>	<b>402</b>

#### 6.4 Palautekyselyn suorittaminen ja palautteen analysointi

Pilotoinnin aikana suunnittelimme kokeilujakson jälkeisen kyselylomakkeen ensihoitajille, jonka tarkoituksena oli kerätä palautetta ja käyttökokemuksia pilotointiin kehitetystä lomakkeesta. Kyselylomakkeeseen pyrimme valitsemaan kysymykset siten, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä, tarkoitusta, tutkimuskysymyksiä sekä tavoitteita.

Kyselylomakkeessa hyödynnettiin Likertin asteikkoa, jossa vastaaja valitsee, kuinka voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä esitetyn väittämän kanssa (Hirsjärvi ym. 2013, 200). Näillä kysymyksillä selvitettiin ensihoitajien mielipiteitä ja kokemuksia lomakkeen käytöstä kuljettamatta jättämistilanteissa. Ensihoitajien näkemyksiä lomakkeesta mitattiin viidellä väittämällä: "Lomake on tarpeellinen", "Lomake on sujuva käyttää", "Lomake antaa tukea päätöksentekoon", "Lomake lisää mielestäni potilasturvallisuutta" sekä "Lomakkeesta on hyötyä potilasohjauksessa." Väittämiin vastattiin asteikolla 1-5, jossa numero 5 tarkoitti täysin samaa mieltä ja numero 1 täysin eri mieltä. Asteikolliset kysymykset asetettiin pakollisiksi vastata ja niihin lisättiin vastausvaihtoehto "En osaa sanoa". Kyselyn loppuun liitettiin vielä kaksi avointa kysymystä, joihin ensihoitajat saivat vapaasti kirjoittaa omia käyttökokemuksiaan ja mielipiteitään lomakkeen toimivuudesta sekä parannusehdotuksia ja muuta palautetta.

Kyselylomake tehtiin sähköiseen Google Forms- ohjelmaan. Ohjelma soveltui meidän käyttöömmä hyvin, koska se mahdollisti kattavasti erilaisten kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muodostamisen, kyselyyn vastaaminen onnistui anonyymisti ja vastaanotettuja

palautteita pystyi tarkastelemaan reaaliajassa. Ohjelma myös piirsi diagrammit vastauksista ja ilmoitti kunkin kysymysvaihtoehdon vastausmäärän. Google Forms- pohjainen kyselylomake on nähtävissä liitteessä 7. Ennen palautteen virallista keräämistä testautimme kyselylomakkeen muutamalla ensihoitajaopiskelijalla. Lisäksi kyselylinkki esiteltiin työelämäyhteyshenkilölle, joka hyväksyi kyselylomakkeen kysymykset palautteen keruuseen.

Kysely suoritettiin kahden viikon pilotointijakson jälkeen ensihoitajille sähköpostitse lähetetyllä palautekyselyllä. Palautekyselylinkin sisältämässä sähköpostissa muistutimme vielä ensihoitajia kyselyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista ja tapahtuvan anonymisti. Vastausaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa. Vastausajan päätyttyä aloimme käydä läpi kyselyllä saatuja palautteita sekä analysoimaan tuloksia. Kaikki vastaukset tarkistettiin niiden virheellisen tai puutteellisen täytön varalta. Tarkastelu osoitti, että kaikki vastaanottamamme vastaukset olivat käyttökelpoisia tässä tutkimuksessa. Palautekyselyn Likertin asteikkoon perustuvat kysymykset analysoitiin ja esitettiin määrällisesti Excel -taulukkolaskentaohjelman avulla. Ohjelman avulla saimme muodostettua kyselyn vastauksista havainnekuvat pylväs- ja ympyrädiagrammeilla vastausvaihtoehtojen jakautumisesta sekä lukumääräisesti että prosentuaalisesti. Avoimet kysymykset analysoimme sisällönanalyysin keinoin. Aluksi luimme avoimet palautteet läpi useaan kertaan, jonka jälkeen ryhmitelimme palautteet aihealueittain vastauksissa toistuvien tekijöiden eli yhteisten piirteiden osalta. Yleiset palautteet ja kehittämissuhteet jaoteltiin omiksi kategorioikseen. Lisäksi vertailimme vastauksia niissä keskenään esiintyvien ristiriitaisuuksien osalta. Palautekyselyn tulokset esitetään osiossa 7 ”Tulokset”.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Perusteet potilaan kuljettamatta jättämiselle ensihoidossa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kuljettamatta jättämisen yleiset kriteerit perustuvat Ensihoito-oppaassa (Castrén & Kirves 2016) kuvattuihin perusteisiin, joita käsitellään myös muissakin ensihoidon kirjallisuuden lähteissä. Opinnäytetyöhön tekemämme teoreettisen tiedonhaun perusteella esiin nousseet yleiset kuljettamatta jättämisen perusteet kuvataan lyhyesti alla.

Potilaan kuljettamatta jättäminen ensihoidossa edellyttää potilaan, hänen läheistensä sekä ensihoitajan oikeusturvan säilymisen kannalta aina tapauskohtaista, tarkkaan harkittua päätöstä (Kuisma ym. 2017, 65-66). Päätös kuljettamatta jättämisestä tehdään potilaalle tehtävään tilanarvioon sekä toimintaohjeisiin perustuen (Castrén ym. 2012, 135-136). Potilas tulee ennen päätöstä ensihoitajan toimesta haastatella ja tutkia jopa perusteellisemmin kuin taas tilanteissa, joissa ensihoito päättyy potilaan kuljettamiseen ambulanssilla sairaalaan (Lind 2015). On oltava selvä käsitys siitä, mitä potilaalle on tapahtunut. Mikäli kuljettamatta jättämisen tarve ei ole ilmiselvä, tulisi lääkäriä konsultoida ennen lopullista päätöstä kuljettamatta jättämisestä. (Castrén & Kirves 2016; Lind 2015.) Perusteltu päätös kuljettamatta jättämisestä vaatii sen, että potilaan tilassa ei todeta viitteitä vakavaan vammaan tai sairauteen eikä potilaan tilan heikkenemiseen lähituntien aikana. Niin potilaan psyykinen kuin fyysinenkin tila tulee ottaa huomioon päätöstä tehdessä. (Castrén & Kirves 2016.) Päätöksen jälkeen potilasta koskevat tutkimustiedot sekä tilannekohtaiset toiminta- ja jatkohoito-ohjeet tulee vielä kirjata ensihoidon potilasasiakirjoihin selkeästi ja ohjeet tulee selvittää potilaalle ymmärrettävästi. (Castrén ym. 2012, 87, 134-136; Kuisma ym. 2017, 65-66).

### 7.2 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyömme tuotoksena syntyi pilotointijaksolle kehitetty lomake sekä lomakkeesta kerätty palautemateriaali. Palautekyselyn tulokset esitellään osioissa 7.2-7.4. Pilotoitava lomake on nähtävissä liitteessä 6.

Lomakkeen oikeasta yläreunasta löytyy asiakirjan tunnistetietoina lomakkeen nimi ”Selvitys ensihoidon kuljetuksen ja jatkohoidon tarpeesta” sekä PSHP:n Elämän tähden- logo. Asiakirjan nimen alle kirjataan ensihoitoyksikön yksikkötunnus, tehtävällä toimivien ensihoitajien vakanssinumerot sekä tapahtumapäivämäärä.

Seuraavassa osassa informoidaan potilasta ensihoitohenkilöstön arvioimasta jatkohoidon tarpeesta. Lomakkeeseen kirjoitetaan potilaan tunnistetiedot eli nimi ja henkilötunnus sekä rastitetaan potilaan tilanteeseen sopiva jatkohoidon tarve. Tämän jälkeen muistutetaan potilasta ottamaan mukaansa ensihoidolta saatu ensihoitokertomus ja mahdollisesti otettu sydänfilmi, mikäli hän hakeutuu päivystyshoitoon.

Jatkohoidon tarpeen jälkeen lomakkeesta löytyy ensihoitajille suunnattu kuljettamatta jättämisen kriteereiden tarkistuslista. Rastitettavia kriteereitä on lomakkeessa yhteensä kymmenen. Tarkistuslistan alle on jätetty muutama rivi vapaata tilaa, johon ensihoitaja voi halutessaan kirjata yksilöllisiä ohjeita potilaalle tai esimerkiksi perustella, minkä takia potilas jätetään kuljettamatta yksittäisen kriteerin täyttymättä.

Viimeisenä lomakkeesta löytyy luettelo Pirkanmaan päivystyspisteiden yhteystiedoista. Luettelosta löytyy päivystysten puhelinnumerot ja aukioloajat aakkosjärjestyksessä. Poikkeuksen muodostavat Acutan ja terveystalouden neuvonnan numerot, jotka sijaitsevat luettelon alussa suuremmalla, lihavoidulla tekstillä.

### **7.3 Kyselytutkimuksen taustatekijät**

Sähköinen kyselylinkki lähetettiin Pirkanmaan pelastuslaitoksella työskenteleville päätoimisille ensihoitajille, joita oli yhteensä 124. Pelastuslaitoksella ensihoitajan työparina toimii palomies, mutta koska ensihoitaja toimii ensihoitoyksikön johtajana ja viimekädessä vastaa potilaan hoidosta sekä siihen liittyvästä dokumentoinnista, emme tämän sisäisen työnjaon takia lähettäneet kyselylinkkiä lainkaan palomiehille. Med Groupin osalta linkin on vastaanottanut yhteensä 17 Virroilla pilotointiaikana työskennellyttä ensihoitajaa. Yhteensä kyselyyn vastaanotti siis 141 henkilöä. Kyselyyn oli mahdollisuus vastata kahden viikon ajan, jonka aikana vastauksia antoi kaiken kaikkiaan 21 ensihoitajaa. Kyselyyn vastausprosentti oli 14%. Alhaisen vastausprosentin suhteen on huomioitava, että Pirkanmaan pelastuslaitoksen ensihoitajista kaikki 124 linkin vastaanottanutta eivät ole

olleet töissä pilotointiaikana. Lisäksi kaikki eivät ole lomaketta pilotointiaikana käyttäneet tai päässeet käyttämään, mikä on vähentänyt mielekkyyttä vastata palautekyselyyn.

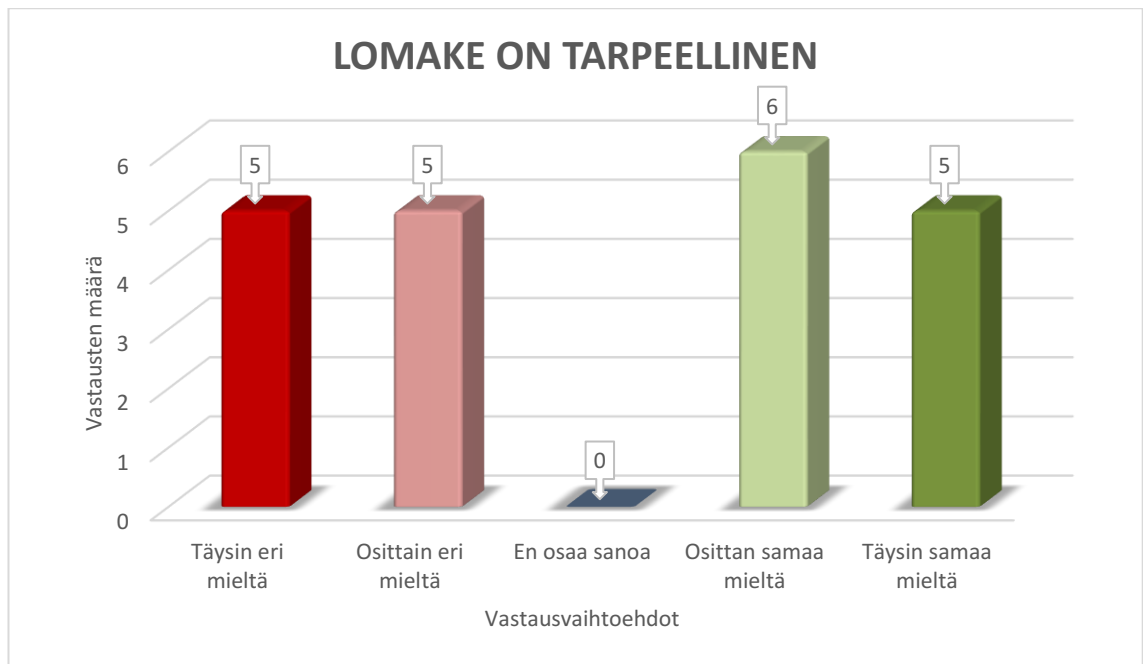
Kyselyn kahteen avoimeen kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Ensimmäisellä avoimella kysymyksellä pyydettiin ensihoitajilta yleistä palautetta ja lomakkeen keittämisideoita. Tämän kysymyksen vastausprosentti kaikkien vastaajien kesken oli 67%, vastauksia ollessa 14 kappaletta. Toiseen avoimeen kysymykseen ensihoitajat saivat kirjoittaa lomakkeeseen liittyviä käyttökokemuksia. Käyttökokemuksia vastaajista jakoi yhteensä 9 ensihoitajaa eli vastausprosentti oli 43%.

#### **7.4 Ensihoitajien käyttökokemuksia lomakkeesta**

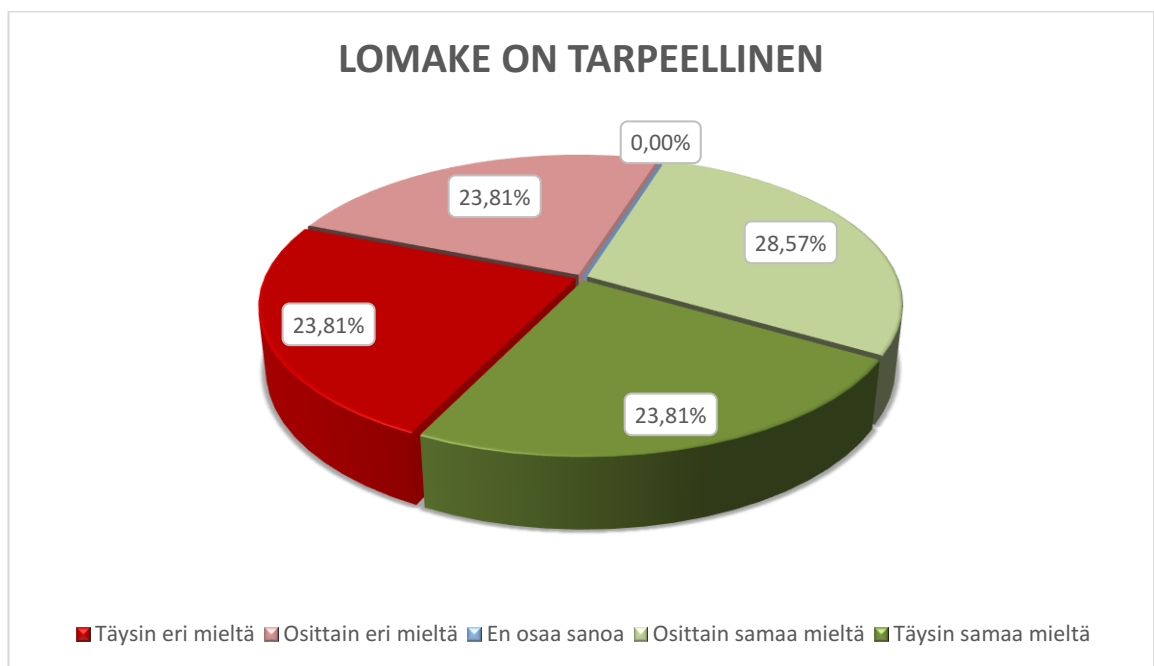
Tässä osiossa esitämme kyselytutkimuksella saadut tulokset. Tuloksia havainnollistaaksemme esitämme tulokset pylväs- ja ympyräkaavioiden muodossa, luku- ja prosenttijaumina. Google Forms ohjelman muodostamat automaattiset pylväsdiagrammit asteikkoihin perustuvien kysymysten vastauksista ovat nähtävissä liitteessä 8.

Näkemyksien lomakkeen tarpeellisuudesta ensihoitajien kesken jakautui tasaisesti kahtia. Vastaajista viisi (5) oli täysin samaa mieltä ja kuusi (6) osittain samaa mieltä, että lomake on tarpeellinen kuljettamatta jättämistilanteissa. Vastaajista viisi (5) oli täysin ja viisi (5) osittain eri mieltä väittämästä. (KUVIO 1). Vastausvaihtoehtojen prosentuaalinen jakautuminen on kuvattu kuviossa 2 (KUVIO 2).



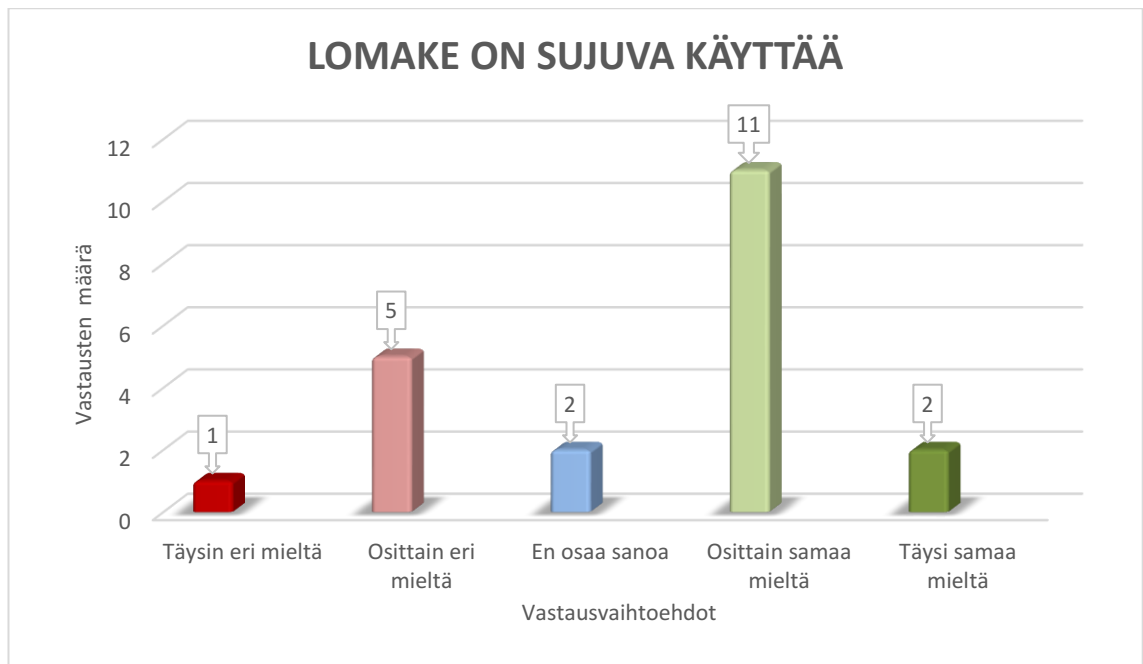


KUVIO 1. Ensihoitajien kokemuksia lomakkeen tarpeellisuudesta.

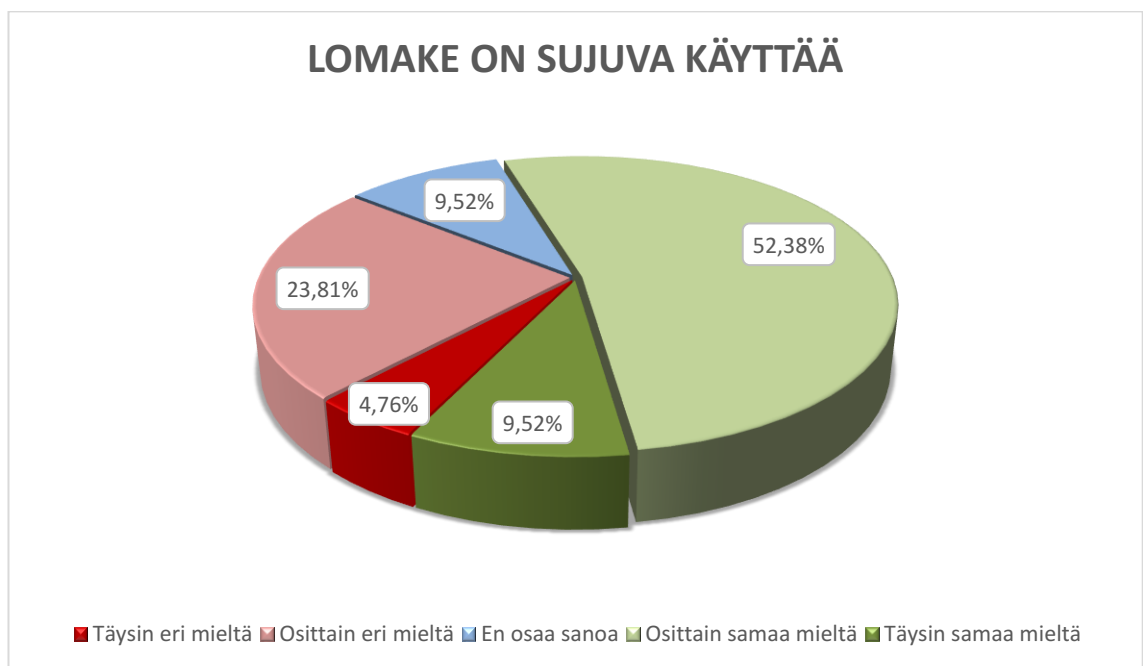


KUVIO 2. Ensihoitajien näkemysten jakautuminen lomakkeen tarpeellisuudesta prosentuaalisesti.

Vastaajista kaksi (2) oli täysin samaa mieltä ja 11 osittain samaa mieltä siitä, että lomaketta oli sujuvaa käyttää. Täysin eri mieltä oli yksi (1) ja osittain eri mieltä viisi (5) vastaajaa. Kaksi kyselyyn vastannutta ei osannut arvioida lomakkeen sujuvuutta (KUVIO 3.). Vastausvaihtoehtojen prosentuaalinen jakauma osoitetaan kuviossa 4 (KUVIO 4).



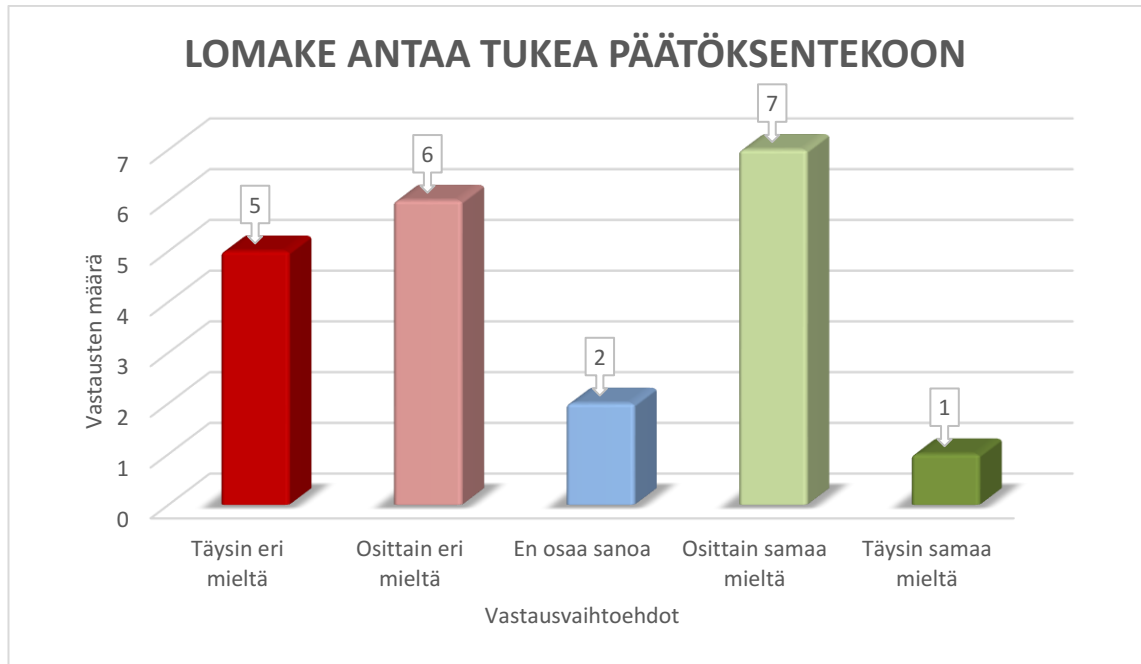
KUVIO 3. Ensihoitajien kokemuksia lomakkeen käytön sujuvuudesta.



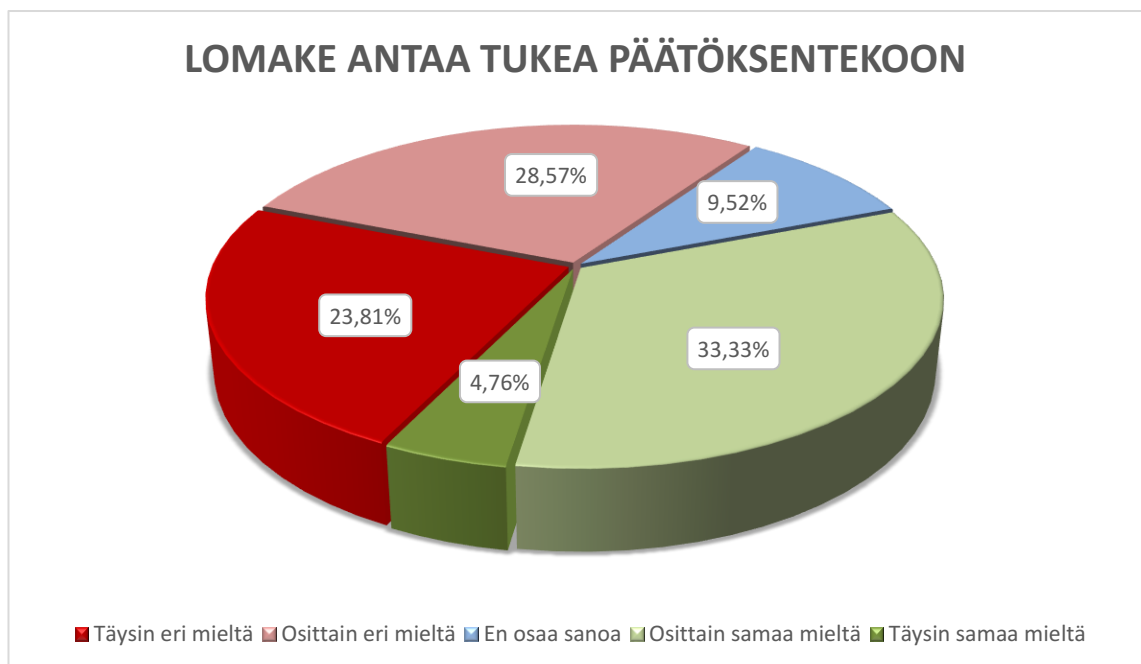
KUVIO 4. Ensihoitajien näkemysten jakautuminen lomakkeen sujuvasta käytöstä prosentuaalisesti.

Vastaajista yksi (1) oli täysin samaa ja seitsemän (7) osittain samaa mieltä, että lomake antaa tukea päätöksentekoon kuljettamatta jättämistilanteissa. Täysin eri mieltä oli viisi (5) ja osittain eri mieltä kuusi (6) henkilöä. Kaksi (2) henkilöä ei osannut sanoa antaako

lomake tukea päätöksentekoon (KUVIO 5). Vastausvaihtoehtojen prosentuaalinen jakautuminen on kuvattu kuviossa 6 (KUVIO 6).

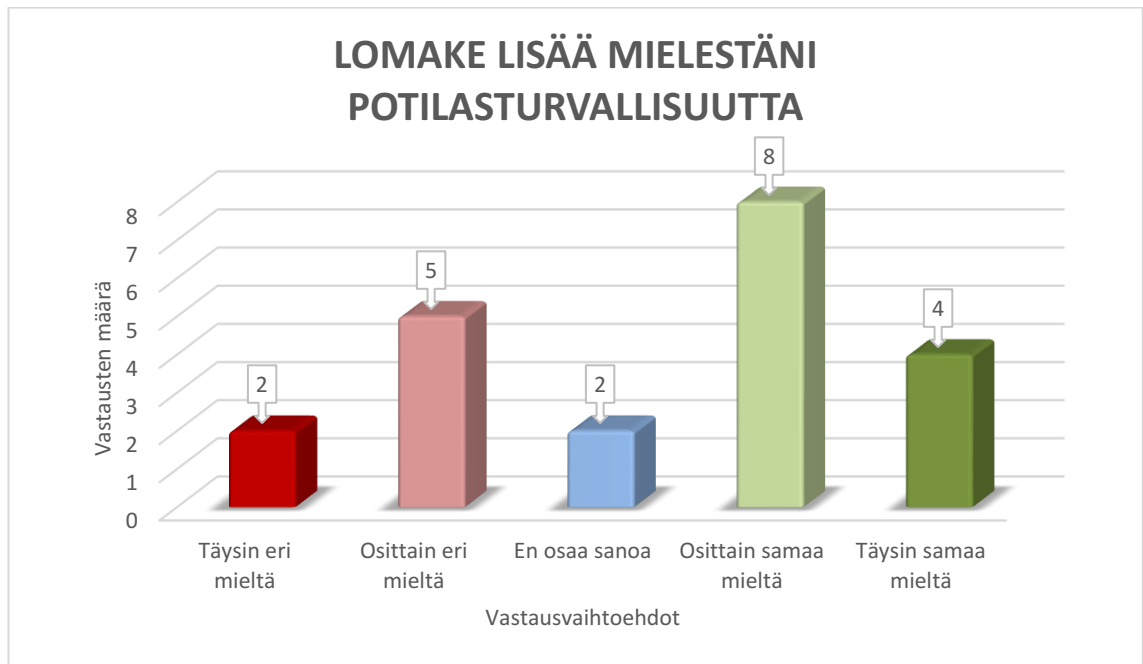


KUVIO 5. Ensihoitajien kokemuksia lomakkeen päätöksentekoa tukevasta vaikutuksesta.

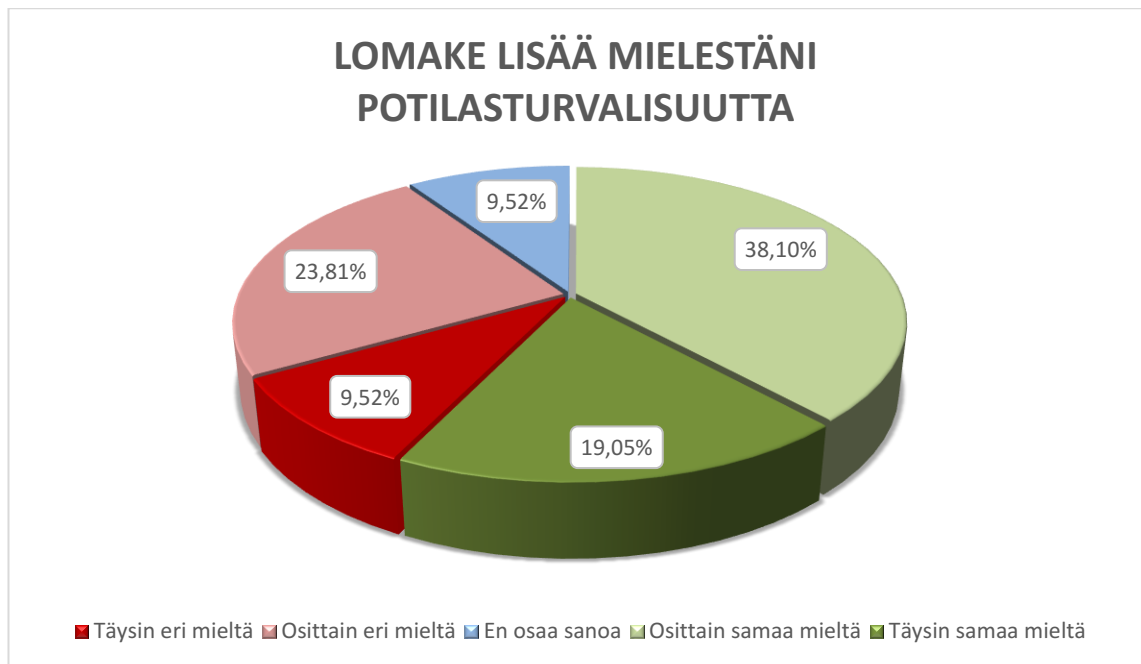


KUVIO 6. Ensihoitajien näkemysten jakautuminen lomakkeen päätöksentekoa tukevasta vaikutuksesta prosentuaalisesti.

Vastaajista neljä (4) oli täysin ja kahdeksan (8) osittain samaa mieltä, että lomake lisää osaltaan potilasturvallisuutta kuljettamatta jättämistilanteissa. Täysin eri mieltä oli kaksi (2) ja osittain eri mieltä viisi (5) vastaajaa. Kaksi (2) vastaajaa ei osannut sanoa parantaako lomake potilasturvallisuutta (KUVIO 7). Vastausvaihtoehtojen prosentuaalinen jakauma esitetään kuviossa 8 (KUVIO 8).

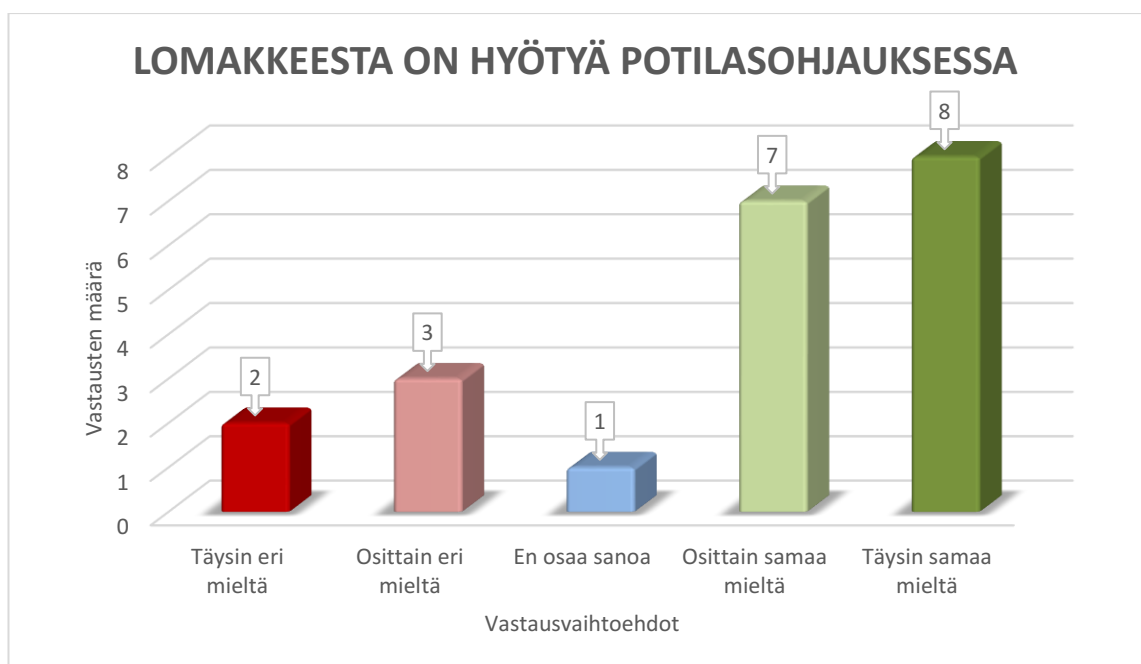


KUVIO 7. Ensihoitajien kokemuksia lomakkeen potilasturvallisuutta lisäävästä vaikutuksesta.

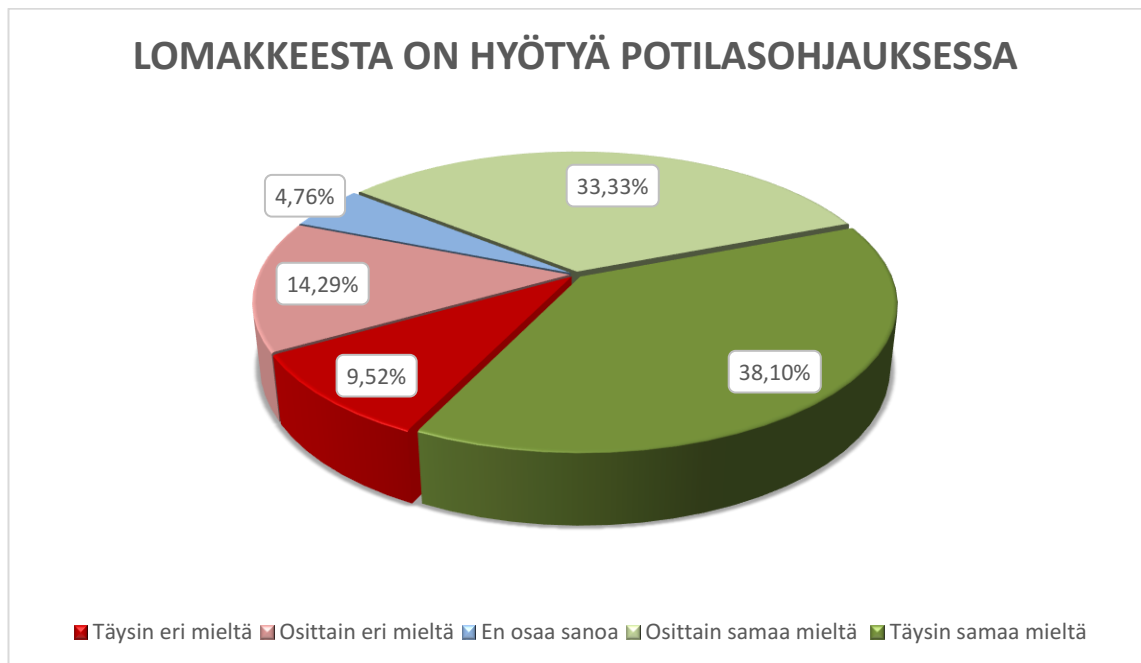


KUVIO 8. Ensihoitajien näkemysten jakautuminen lomakkeen vaikutuksesta potilasturvallisuuteen prosentuaalisesti.

Suurin osa ensihoitajista koki lomakkeesta olevan hyötyä potilasohjauksessa. Vastaajista kahdeksan (8) oli täysin ja seitsemän (7) osittain samaa mieltä siitä, että lomakkeesta on hyötyä potilasohjauksessa. Täysin eri mieltä oli kaksi (2) ja osittain eri mieltä kolme (3) henkilöä. Yksi (1) vastaajista ei osannut sanoa helpottaako lomake potilasohjausta (KUVIO 9). Vastausvaihtoehtojen prosentuaalinen jakauma esitetään alla (KUVIO 10).



KUVIO 9. Ensihoitajien kokemuksia lomakkeen hyödyllisyydestä potilasohjauksessa.



KUVIO 10. Ensihoitajien näkemysten jakautuminen lomakkeen hyödyllisyydestä potilasohjauksessa prosentuaalisesti.

## 7.5 Kyselyn avointen kysymysten tulokset

Tässä osiossa esittelemme avointen kysymysten vastauksia ja ensihoitajien kommentteja kootusti ja tiivistetysti. Kyselyyn vastanneilla oli halutessaan mahdollisuus antaa avointa palautetta ja lomakkeen kehittämideoita sekä kertoa yleisiä käyttökokemuksia lomakkeesta kyselyn lopuksi. Palaute ja yleinen mielipide lomakkeesta osoittautui avointen kysymysvastausten perusteella olevan hyvin vaihtelevaa.

Avoimissa palautteissa ensihoitajat tuovat ilmi turhautuneisuutensa siitä, että ambulanssissa on nyt jo liikaa täytettäviä lomakkeita. Ensihoitajat ilmaisivat palautteissaan kokemuksensa myös siitä, että lomake aiheuttaa turhaa asioiden tuplakirjaamista.

*Lähtisin kehittämään ennemminkin sv210 lomaketta. Kaikki ylimääräinen paperin pyörittely on vanhanaikaista.*

*tuntuu typerältä kirjata samat asiat kahteen kertaan*

*Vaikka lomake on tehty yksinkertaiseksi, se silti lisää päällekkäistä kirjausta ja pidentää ensihoitotehtävän kestoja (muutamia minuutteja). Koska osa näistä tehtävistä, missä lomaketta käytetään, ei olisi kuulunut ensihoitopalvelulle lainkaan, toivoisi kenttätyöhön enemmänkin työkaluja millä tehtävistä pääsisi irti nopeammin (vaikkakin asiallisesti ja kaikille turvallisesti).*

Avoimissa vastauksissa ensihoitajat tuovat ilmi ajatuksensa myös siitä, että on ammattitaidon puutetta, mikäli ensihoitaja joutuisi tarkastamaan kotiin jättämisen kriteerit lomakkeesta. Tätä näkemystä vastaajat perustelevat muun muassa sillä, että ensihoitajan harjintaan täytyisi pystyä luottamaan ilman varmentavia lomakkeita.

*Tuntuu typerältä että ammattihenkilölle annetaan tämänkaltainen lista mitkä pitäisi olla itsestään selvyyksiä. Enemmän näkisin hyödyksi commootio- ohjeet ja vaikka haavanhoito-ohjeet.*

*Näkisin, että jos joku asia on jäänyt huomioimatta ja huomataan se vasta lomaketta täyttäessä, on ammattitaidossa puutteita.*

*Päätös kuljettamatta jättämisestä pitää pystyä tekemään ilman erillistä lomaketta. Mikäli ensihoitaja on epävarma päätöksestä, lääkäri voi tehdä päätöksen.*

Positiivisena asiana palautteiden perusteella lomakkeessa nähtiin päivystysten yhteystiedot ja aukioloajat. Lomakkeen hyödyt, selkokielisyys ja helppo käyttö puolestaan aiheuttivat ristiriitaisuutta vastauksissa. Osa pitää lomaketta yksinkertaisena ja hyödyllisenä apuvälineenä, kun taas osan mielestä lomakkeessa on liikaa tekstiä.

*Mielestäni lomakkeessa on turhaan kohtia joihin ruksataan potilaan tilanarviota koskevia tietoja, samat asiat kuitenkin arvioidaan sv210 kaavakkeelle joka jätetään myös potilaalle. Nyt paperilla on liikaa tekstiä ja tärkein asia jää varjoon, eli kuinka toimia jos vaiva jatkuu ja minne olla ensisijaisesti yhteydessä. Suurinosa kotiin jäävistä potilaista on ikäihmisiä tai muuten toiminta kyvyiltä rajoittuneita ja heille kaavakkeen tulisi olla mahdollisimman yksinkertainen ja vähän tekstiä.*

*Kaavakkeen suurin hyöty tehtävillä oli sen SELKOKIELISYYS ja HELPPOLUKUISUUS potilaalle ensihoitokaavakkeeseen nähden potilasta kotiin jättäessä. Tätä ominaisuutta tulisikin vaalia kaavaketta kehitettäessä. Näkisin jopa että vastaava kaavake voisi tulevaisuudessa olla ainoa potilaalle käsiin jäävä dokumentaatio ensihoidon käynnistä mikäli ensihoitokertomus voitaisiin kirjata sähköisessä muodossa.*

*Sv210 löytyy kaikki samat tiedot, josta potilas voi ne katsoa. Ensihoitajakin osaa niiden perusteella arvioida potilaan tilan. Hyvää lomakkeessa terveyskeskusten aukiolot ja puhelinnumerot.*

*erittäin hyödyllinen apuväline*

Palautteiden välillä oli ristiriitaisuuksia vastaajien kesken. Toisaalta palautteissa toivotaan lomakkeelta poistettavan maininta, että potilas voi halutessaan hakeutua itse päivystykseen. Toisaalta taas toivotaan, että potilaan omaa päätöstä ja harkintaa hakeutua päivystyspisteeseen pitäisi korostaa entisestään. Alla olemme pyrkineet tuomaan esiin muutamia erilaisia vastauksia ja kehitysehdotuksia.

*Helppo täyttää, mutta mielestäni ko lomakkeeseen ei voi henkilötietoja täyttää.*

*Selvät kriteerit esim vitaaliarvoille*

*Verensokerin mittaamisen ehdottomuus pitää poistaa, tai lauserakennetta pitää muuttaa siten ettei yksi mittaus ole joka tilanteessa ehdoton.*

*Käytännön hyöty lomakkeesta jää mielestäni vähäiseksi, saman asian ajaisi vaikka laminoitava muistikortti taskuun äksäämisen edellytyksistä. Saattaa tukea kokemattoman hoitajan päätöksentekoa. tietoisesti riskillä kotiin jätäjiä ei varmaan paranna mikään lomake.*

*Lomake voisi olla lähinnä tsekkauslista, josta voi tarkistaa.*



Vastauksissa käydään myös kattavasti läpi lomakkeen kielioppi- ja asiavirheitä. Kieliopilliset huomautukset koskivat teitittelymuotoa ja asiavirheet lomakkeen päivystysten aukioloaikoja pyhäpäivien osalta. Lomakkeella muutaman päivystyspisteen kohdalla kerrotaan aukiolot aattopäivinä, mutta kommentista käy ilmi, että todellisuudessa aukiolot koskevat aattojen sijaan arkipyhien aattoja.

## 8 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohdimme palautekyselyn tuloksia sekä opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi pohdimme omassa osiossaan tuotoksena syntynyttä lomaketta, tiedonhaulla selvittämiämme kuljettamatta jättämispäätöksen perusteita sekä yleisesti opinnäytetyömme prosessia. Lopuksi esitämme kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia.

### 8.1 Palautekyselyn tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tulokset osoittavat ensihoitajien näkemyksen lomakkeen hyödyllisyydestä jakaneen mielipiteitä kaikilla osa-alueilla. Likertin asteikolla esitettyjen kysymysvastausten perusteella positiivisimpana lomakkeessa nähtiin sen hyödynnettävyys potilasohjauksessa. Huonoiten lisäarvoa lomakkeen nähtiin tuovan päätöksentekoon, kun harkitaan potilaan kuljettamatta jättämistä. Kuitenkaan täysin hyödyttömäksi lomaketta ei nähty päätöksenteon kannalta, sillä 21 ensihoitajasta seitsemän oli osittain ja yksi täysin samaa mieltä siitä, että lomake antaa tukea päätöksentekoon. Kyselyn pääasiallisena tarkoituksena oli selvittää ensihoitajien lomakkeen käyttöön liittyviä kokemuksia sen tuomasta lisäarvosta kenttätööhön sekä parannusehdotuksia lomakkeen jatkokehittämistä varten, jolloin myös henkilökohtaiset asenteet näkyvät väistämättä vastauksissa.

Tuottamamme lomakkeen avulla halusimme parantaa potilasturvallisuutta tilanteissa, joissa potilas jätetään kuljettamatta. Suurin osa palautekyselyyn vastanneista ensihoitajista kokivat lomakkeen osaltaan parantavan potilasturvallisuutta. Kyselyn vastaustulokset tukevat onnistumistamme tavoitteeseemme pääsystä.

Lomakkeen potilasturvallisuuteen, potilasohjaukseen ja päätöksentekoon tuoman lisäarvon lisäksi halusimme selvittää, onnistuimmeko tekemään lomakkeesta sujuvan käytettävän. Vastausten perusteella valta osa koki, että lomaketta on sujuva käyttää. Kuusi ensihoitajaa oli väittämistä kuitenkin eri mieltä. Osin selitys tälle löytyykin avoimista vastauksista, joista kävi ilmi, että lomake sisälsi kahden vastaajan mukaan liian paljon tekstiä ja tällöin muun muassa tärkeät jatkotoimintaohjeet oireen uusiutuessa tai pahentuessa jäävät heidän mielestään muun tekstin varjoon. Tähän yhtenä osatekijänä vaikutti lomakkeen

rajallinen tila, sillä pieneen tilaan piti saada mahtumaan suhteellisen paljon asiaa, kun lomakkeen tuli olla A4 –kokoinen.

Avoimissa vastauksissa toistui useasti ensihoitajien turhautuneisuus tuplakirjaamisesta, tarkoittaen sitä, että SV210 lomakkeen lisäksi samoja asioita joutui kirjoittamaan myös tuottamaamme lomakkeeseen. Näin ei kuitenkaan ollut tarkoitus, eikä tuottamamme lomake sitä myöskään vaadi, vaan tarvittavat jatkohoito-ohjeet voitiin kirjata ensihoitokertomukseen kuten aina ennenkin. Saatekirjeessä sekä pilotoinnin alkuvaiheessa vielä suullisesti ohjeistimme lomakkeen käytössä. Vapaan tilan lomakkeessa kerroimme olevan esimerkiksi sellaisia perusteluja varten, mikäli jokin x-kriteeri ei täyty, mutta silti kuljettamatta jättäminen on perusteltua. Halutessaan myös jatkohoito-ohjeiden kirjaaminen lomakkeelle oli mahdollista, mikäli esimerkiksi tila ensihoitokertomuksesta loppuu kesken, mutta ei pakollista. Lomakkeen pilotointi toteutettiin tavallisena A4 tulosteena, mutta myöhemmin, mikäli lomake otettaisiin käyttöön, oli siitä ajatuksena teettää repäisyversio. Repäisyversiosta yksi osa jää potilaalle ja toinen ensihoidolle arkistoitavaksi ja myös tästä informoimme ensihoitajia niin saatekirjeessä kuin suullisestikin. Repäisyversion ansiosta kaikki jatkotoiminta ja –hoito-ohjeet voitaisiin kirjata lomakkeelle ja SV210 sisältäisi pelkästään potilaan tilanarviota, tutkimuksia ja hoitoa koskevaa tietoa. Tällöin kaikki tarvittava potilaalle annettava tieto jatkoista löytyisi yhdeltä lomakkeelta selkeästi ja yksinkertaisesti ilmaistuna.

Vastauksista ilmeni, että muutama ensihoitajista koki lomakkeen sisältämän tarkistuslistan x-kriteerien täyttymisestä tarpeettomana, sillä kriteerien tulisi olla ensihoitajien hallussa ilman tarkistuslistaakin. Tarkistuslistat ovat kuitenkin tarkoitettu nimenoman inhimillisten virheiden välttämiseksi, joille kaikki ihmiset ovat alttiita. Blomberg ja Pauniahon (2014) mainitsevat myöskin, että liian itsevarman asenteen myötä saattaa aiheutua erinäisiä unohduksia, joiden seuraukset voivat olla merkittäviä.

Lomakkeen tarpeellisuus aiheutti mielipiteiden selkeimmän kahtia jakauman, vastausten jakautuessa tasaisesti kaikkiin neljään vastausvaihtoehtoon. Myös avoimista palautteista kävi näkyvästi ilmi tämä kahtia jakautuminen. Emme tiedä, kuinka moni kyselyyn vastanneista ensihoitajista lopulta käytti lomaketta kuljettamatta jättämisten yhteydessä ja miten valideja he ovat siten lomaketta ja sen käyttöä arvioimaan. Palautteiden läpikäyntiä olisi saattanut helpottaa, mikäli olisimme jokaisen valmiilla vastausvaihtoehdoilla varus-

tettujen kysymysten yhteyteen lisänneet vapaan kentän, mihin ensihoitajat olisivat voineet perustella vastauksiaan kyseiseen väittämään. Kyselyssä emme myöskään kartoittaneet vastaajien ikää tai työkokemusta ensihoidossa, joilla saattaa varmasti olla merkitystä myös siihen, miten tarpeellisena x-kriteerit ja koko lomake nähtiin.

Työelämälähtöisyys puhuu työn ajankohtaisuudesta sekä sen tarpeellisuudesta. Myös ensihoitajilta kerätty palaute kallistuu enemmän positiivisen kuin negatiivisen puolelle. Lyhyen avoimen keskustelun pohjalta työelämä näkee työstä olleen hyötyä kuljettamatta jättämisten potilasturvallisuuden sekä ensihoitajien oikeusturvan kehittämiseen, kuten tavoitteiksemme olimme asettaneet.

## 8.2 Eettisyys

Tutkimusprosessiin liittyy monia erilaisia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan tulee huomioida tutkimusta tehdessään. Tieteellistä tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana vain, jos tutkimus on suoritettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla. Hyviin käytäntöihin kuuluvat muun muassa tiedeyhteisöjen tunnustamien toimintatapojen, kuten rehellisyyden ja huolellisuuden noudattaminen, kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinnan menetelmien käyttäminen sekä tarvittavien tutkimuslupien hankinta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Hirsjärvi ym. 2013, 23-25.) Työprosessissamme tutkimussuunnitelma esitettiin työelämän yhteyshenkilöille ensimmäisessä työelämäpalaverissa ja sovimme molempien osapuolten vastuut ja velvollisuudet. Haimme tutkimuslupaa prosessillemme asianmukaisesti Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ja Tampereen kaupungilta. Tutkimusluvilla saimme toimintaluvan tutkimussuunnitelman mukaiseen toimintaan ja tiedonhakuun Pirkanmaan Pelastuslaitoksella sekä Virtain Med Groupilla.

Tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä myönnettiin sellaisin edellytyksin, että Pirkanmaan sairaanhoitopiiri mainitaan yhteistyötahona, ellei toisin työelämäyhteistyötahon kanssa sovita, kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista sekä tapahtuu anonymisti ja vastaajia informoidaan tutkimusprotokollan mukaisesti. Lisäksi edellytettiin, että ennen opinnäytetyön julkaisemista työstä pyydetään työelämälausunto, valmis työ lähetetään yhteistyötaholle ja sen tulokset esitellään yhteistyökumppanille. Toimimme täysin tutkimusluvan esittämien edellytysten mukaisesti.

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon ja ihmisen itsemääräämisen kunnioittaminen. Tutkimusprosessissa tämä toteutuu antamalla ihmisille mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuville pitää antaa riittävästi tietoa siitä, miten suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Hirsjärvi ym. 2013, 23-25.) Lomakkeen pilotoinnista informoitiin Pirkanmaan pelastuslaitoksen ja Med Groupin ensihoitohenkilökuntaa sekä kirjallisella saatekirjeellä (ks liite 5), että suullisella tiedoksiannolla. Palautteen kerääminen toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, johon vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja anonymiteettiin. Palautteen keruussa saatua informaatiota käytettiin vain tämän opinnäytetyön tulosten arviointiin.

Epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Toisten tekstejä ei saa lainata luvatta ja esittää omanaan eli plagioida. Plagiointiin kuuluu kaikki sellainen toiminta, jossa toisen henkilön tuottamaa tekstiä esitetään omana. Suorat lainaukset on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin ja niiden tulee olla tarkkoja aina painovirheitä myöten. Lainaukset on osoitettava myös asiasisältöjä lainattaessa. (Hirsjärvi ym. 2013, 25-26; Kniivilä, Lindholm-Yläne & Mäntynen 2017, 131.) Tämän opinnäytetyön teossa olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä sekä tutkimuseettisiä periaatteita. Olemme viitanneet teoreettisen tiedon käytössä lähteisiin, jotka ovat lueteltuna oikeaoppisesti lähdeluettelossa. Työ myös lähetetään tutkittavaksi plagiointitunnistusjärjestelmä Urkundiin, jotta voidaan todentaa, ettei työssä ole tehty plagiointia.

Tutkimuksen raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Tuloksia ei saa yleistää kritiikittömästi eikä niitä saa kaunistella tai tekaista eikä alkuperäisiä havaintoja saa muokata siten, että tutkimustulokset vääristyvät. Tutkimusprosessissa käytettävät menetelmät tulee esittää huolellisesti ja prosessin aikana vastaantulevat puutteet on tuotava raportoinnissa julki. (Hirsjärvi ym. 2013, 26.) Työprosessin aikana noudatimme rehellisyyttä. Raportissa kuvasimme opinnäytetyömme prosessin sekä kyselyn tulokset totuudenmukaisesti ja vastauksia vääristämättä.

### **8.3 Luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija selostaa tarkasti tutkimuksen toteutuksen kaikki vaiheet (Hirsjärvi ym. 2013, 232). Olemmekin alusta saakka pyrkineet kirjoittamaan työmme toimintavaiheita muistiin ja kuvanneet ne toteutukseen varsin tarkasti.

Lähdeaineiston luotettavuuteen ja laatuun vaikuttaa monet eri tekijät kuten lähteen ikä, laatu ja uskottavuuden aste. Lähdekritiikki on tärkeässä asemassa aineistoa valitessa. Lähteitä käytettäessä tulee pyrkiä aina käyttämään ajantasaisinta aineistoa, koska tutkimustieto voi muuttua nopeasti ja aiemman tiedon katsotaan kumuloituvan uuteen tutkimustietoon. Käytettyjen lähteiden tulisi myös liittyä oleellisesti käsiteltävään aiheeseen. Aineiston käytössä tulisi suosia ensisijaisia lähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja. Toissijaiset lähteet sisältävät tulkintaa ensisijaisista lähteistä, jolloin riskinä on tiedon muuntuminen. Oppi- ja käsikirjoja pidetään hyvänä oheisaineistona, mutta niiden käyttöä pääasiallisena lähteistönä tulisi välttää. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73; Hirsjärvi ym. 2013, 113; Kniivilä ym. 2017, 131-132.)

Opinnäytetyössämme pyrimme mahdollisimman tuoreiden lähteiden käyttöön. Lähteet olivat valtaosin ajantasaisia, vaikkakin jonkin verran käytimme myös yli kymmenen vuotta vanhaa kirjallisuutta. Vanhempia lähteitä käytettäessä tiedon luotettavuus kuitenkin pyrittiin kriittisesti arvioimaan ja sitä verrattiin ajantasaisempaan, uudempaan tietoon. Vanhempien teoksien mukaanottoa työhön perustelimme myös tiedon vanhentumattomuudella, kuten esimerkiksi opinnäytetyön menetelmiä käsittelevät teokset sekä potilasohjaukseen liittyvät aineistot. Etenkin kun kotimaisia tutkimuksia aiheeseemme liittyen löytyi hyvin vähäisesti ja taas monet ulkomaiset tutkimukset sivusivat aihetta eri näkökulmasta, päädyimme käyttämään teoriapohjaan työmme pääasiallisina lähteinä kirjallisuutta. Tällä hetkellä työmme yhteistyökumppani perustaa kuljettamatta jättämisen ensihoito-oppaan (Castrén & Kirves 2016) ohjeisiin, joten kyseisen kirjan käyttö lähteenä oli myös sillä perusteltua. Verkkolähteitä käytettäessä kiinnitimme huomiota julkaisevan tahon luotettavuuteen. Työmme luotettavuutta lisää se, että olemme käyttäneet tiedonhaussa useita eri lähteitä. Tietoa voidaan pitää myös luotettavana, kun sama tieto löytyy useasta eri lähteestä.

Kyselytutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet tekijät. Kyselytutkimuksen haasteena on, ettei tutkimuksessa voida varmistua siitä, kuinka rehellisesti ja huolellisesti vastaajat vastaavat kysymyksiin. Lisäksi kysymysten väärinymmärryksen mahdollisuutta ei aina voida kokonaan poistaa. Kyselytutkimuksessa ei myöskään ole selvää, kuinka paljon vastaajat ovat perehtyneet kysyttävään asiaan. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Joissakin tapauksissa tutkimukseen vastaamattomuus (kato) kasvaa suureksi (Hirsjärvi ym. 2013, 195). Pyrimme tekemään kyselyn niin, että siihen olisi mahdollisimman helppo ja nopea vastata. Kyselymme vastausprosentti jäi siitä huolimatta harmillisen alhaiseksi, mikä vaikuttaa osittain vastausten luotettavuuteen ja arviointiin. Vähäisen palautemäärän vuoksi palautteet vastaavat vain pienen osan käyttäjien mielipiteitä, eikä niistä ole täysin mahdollista saada kokonaiskuvaa. Palautteita voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina.

Ensihoitajia ohjeistettiin käyttämään lomaketta tehtävillä, joissa he tekevät päätöksen kuljettamatta jättämisestä potilaan tutkimisen jälkeen sekä antavat potilaille jatkotoimintaohjeita. Pilotointijakson aikana kertyi lomakkeen käyttöön soveltuvia x-tehtäviä yhteensä 402 (taulukko 2). Vaikka meillä ei ollut aukotonta menetelmää seurata, montako lomaketta tarkalleen pilotointijakson aikana on kirjoitettu, on lomakkeen käyttöön soveltuvien x-tehtävien määrä suuri. Molempiin pilotointipaikkoihin sovittiin myös vastuuhenkilöt, jotka huolehtivat lomakkeiden lisätulostamisesta ja riittävydestä ambulansseihin ja heiltä saatujen kommenttien mukaan lomakkeita on tulostettu tasaisesti lisää pilotointijakson ajan. Voinemme siis olettaa, että lomakkeita on pilotointijakson aikana kirjoitettu lukumääräisesti riittävästi voidaksemme todeta ensihoitajien saaneen lomakkeesta riittävästi käyttökokemuksia lomakkeen arvioimiseksi ja palautteen antamiseksi.

#### **8.4 Yleinen pohdinta**

Työmme aiheita pohtiessamme meille oli selvää, että halusimme tuottaa työmme toiminnallisena opinnäytetyönä. Halusimme tuottaa tai kehittää jotain konkreettista ensihoidon kentälle, josta mahdollisesti olisi hyötyä nyt tai myöhemmin tulevaisuudessa. Aihetta pohtiessamme päädyimme keskustelemaan x-koodiin päättyvien tehtävien suurista määristä sekä näiden tilanteiden myötä aiheutuviin haasteisiin potilasturvallisuuden ja ensihoitajien oikeusturvan kannalta. Pohdintamme myötä otimme yhteyttä muutamaa tuttuun ensihoitajaan, joille ehdotimme jatkohoitolomakkeen laatimista kuljettamatta jätetyille potilaille. Ensihoitajat kokivat idean hyväksi ja pari mainitsi jopa toivoneen, että jokin tämäntapainen lomake saataisiin kenttäkäyttöön. Hyvän vastaanoton innoittamana otimme yhteyttä Pirkanmaan pelastuslaitoksen lääkintämestariin, joka puolsi ideaa. Aihe muodostui meille opinnäytetyön tekijöille hyvin mielekkääksi, sillä aihe osoittautui paitsi ajankohtaiseksi, myös työelämätaholle tarpeelliseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuden näkökulmasta, millä perusteilla ensihoitajat voivat tehdä päätöksen potilaan kuljettamatta jättämisestä sekä suunnitella niiden pohjalta ehdotus lomakkeesta pilotoitavaksi ensihoidon kenttätyöhön. Kuljettamatta jättämisen perusteet selvitimme alan kirjallisuudesta ja nykyisistä ohjeistuksista. Mielestämme prosessimme ja opinnäytetyön tulokset vastaavat opinnäytetyömme tarkoitusta. Opinnäytetyössämme myös vastataan asetettuihin tutkimustehtäviin. Opinnäytetyön teoriaosuus ja työn tulokset antavat viitteitä kuljettamatta jättämisen haasteellisuudesta ja täten sen kehittämisen merkityksellisyydestä potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyömme tavoitteiksi heti prosessin alussa asetimme, että työn tuloksia voidaan hyödyntää ensihoidon potilasturvallisuuden sekä ensihoitajien oikeusturvan kehittämiseen kuljettamatta jättämisten yhteydessä. Palautekyselyn perusteella enemmistö ensihoitajista oli joko osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että tuottamamme lomake parantaa potilasturvallisuutta. Ensihoitajien oikeusturvan parantumista on puolestaan hankalampi arvioida lyhyellä, pari viikkoa kestäväällä pilotointijaksolla. Palautekyselyssä emme varsinaisesti kysyneet oikeusturvaan liittyvää kysymystä, mutta kuten Kuisma ym. (2017, 65-66) kirjassaan toteavat, turvallinen päätös kuljettamatta jättämisestä vaatii aina tapauskohtaista ja tarkkaa harkintaa, jotta sekä potilaan että ensihoitajan oikeusturva säilyisi. Täten voimme olettaa, että potilasturvallisuus ja ensihoitajan oikeusturva kulkevat käsikädessä. Kun potilaan hoito toteutetaan oikein ja turvallisesti ja kuljettamatta jättämisen kriteerit käydään huolellisesti läpi, ensihoitajat turvaavat toiminnallaan myös omaa selustaansa. Näin ollen koemme, että opinnäytetyöllemme asettamamme tavoitteet tulevat saavutetuiksi.

Koimme teoreettisen viitekehiksemme vastanneen hyvin opinnäytetyömme aiheita, sillä kokonaisuudessaan potilaan kuljettamatta jättäminen vaatii ensihoitajalta niin teoretietiedon ja ohjeistusten tuntemisen, hyvän tilanteen dokumentoinnin kuin myös potilaan ohjaamisen ja ohjeistamisenkin, jotta päätös olisi potilasturvallinen ja täten myös ensihoitajien oikeusturvaa tukeva. Etsimme tietoa potilasturvallisuudesta ja ensihoitajien oikeusturvasta ensihoidossa niiden liittyessä keskeisesti sekä toisiinsa että opinnäytetyömme tavoitteisiin. Lisäksi työmme tuotettiin potilasturvallisuuden näkökulmasta. Lomakkeella toivottiin olevan myös positiivisia vaikutuksia potilasohjaukseen, joten tietoa haettiin myös ensihoidon potilasohjauksesta. Potilasohjauksesta kuljettamatta jättämistilanteissa ensihoidossa ei löytynyt tieteellistä teoretietoa. Koska lomakkeen tärkein yksittäinen



osa-alue oli ensihoitajille suunnattu tarkistuslista kuljettamatta jättämistilanteisiin, koimme tärkeäksi hakea tieteellistä tietoa myös tarkistuslistoista ja niiden laadukkaasta tuottamisesta. Valikoimamme teorettinen viitekehys vastasi mielestämme erinomaisesti ja kattavasti tämän opinnäytetyön tarkoitusta, tehtäviä sekä tavoitteita.

Luotettavia lähteitä teoreettiseen viitekehukseen löytyi runsaasti oppikirjoista. Tieteellisten tutkimusten hakeminen ja löytäminen aiheestamme osoittautui ongelmalliseksi ja haastavaksi. Tiedonhakukantojen käytön opetuksesta korkeakoulussamme oli kulunut jo tovin aikaa, eikä monien hakukantojen käyttö ollut enää tuoreessa muistissamme. Alkuun meni hieman aikaa uudelleen opetella ja muistella tiettyjen hakukantojen käyttöä. Käytimme tähän kuitenkin apuna korkeakoulumme kirjaston sivuja sekä sieltä löydettävissä olevia hakukannoista laadittuja video-opetus- ja ohjemateriaaleja. Etsimme useista tietokannoista monilla eri hakusanoilla tutkimuksia kuljettamatta jättämisestä, tutkimuksia kyllä löytyikin, mutta pääasiassa päätöksenteon näkökulmasta. Ulkomailla tehtyjä tutkimuksia aiheesta oli runsaammin, mutta ensihoitojärjestelmä ja kuljettamatta jättämisen käytännöt ovat Suomessa ja ulkomailla varsin erilaiset, emmekä nähneet järjestelmien vertaamista tämän opinnäytetyön kannalta aiheelliseksi.

Kuljettamatta jättämisen kriteereitä oli paljon ja haasteeksi nousikin karsia keskeisimmät kriteerit tulevaan lomakkeeseen. Suuri osa kuljettamatta jättämisen perusteista, kuten peruselintoimintojen normaalius olivat vakioita, joiden tuli aina toteutua, jotta potilas voitaisiin jättää kuljettamatta. Tämän lisäksi tietyissä kuljetuskoodeissa olivat omat, tarkemat ohjeistuksensa. Kriteereiden valintaa ohjasi tilanteet ja x-koodit, joissa lomaketta voitiin käyttää. Käytännössä lomake soveltuu tilanteisiin, joissa potilas kohdataan ja huolellisen haastattelun ja kliinisen tutkimisen jälkeen todetaan, ettei potilaalla ole tarvetta ambulanssikuljetukselle. Tällaisissa tilanteissa potilasta kuuluu myös ohjeistaa jatkotoimenpiteistä, joten lomakkeen käyttö näissä tilanteissa voitiin katsoa hyödylliseksi. Lomakkeen käyttöön soveltuvia koodeja olivat siis x-2, x-3, x-4, x-5 ja x-8. Kriteerit lomakkeelle valikoituivat virallisista ja ajantasaisista Ensihoito-oppaan (Castrén & Kirves 2016) ohjeista, jotka ovat yleisessä käytössä valtakunnallisesti. Joitakin spesifejä kriteerejä jouduimme osittain karsimaan ja muuntelemaan, saadaksemme jokaisen lomakkeella olevan kriteerin soveltumaan käytettäväksi kaikilla edellä mainituilla x-tehtävillä. Castrén ja Kirves (2016) toteavat muun muassa x-2 kriteerien kohdalla, että potilaan nauttima päihdyttävä aine on oltava tunnistettu ja on oltava tiedossa mitä ja koska potilas on ainetta nauttinut. Jotta tarkistuslista ei venyisi tarpeettoman pitkäksi, pyrimme sisällyttämään tällaiset

kriteerit myös muihin tilanteisiin sopiviksi. Tässä tapauksessa sisällytimme kriteerin pääsanoman lauseeseen “Ensihoitajilla on kokonais käsitys mitä teille on tapahtunut tai oireen aiheuttaja on selvillä.”

Kokonaisuudessaan kriteereiden valinta lienee onnistuneen, sillä yhteistyötahomme ensihoidon kehittämistyöryhmällä ja ensihoitolääkäreillä ei ollut korjauskierroksella tarvetta lisätä tai poistaa yksittäisiä tarkistuslistan perusteita. Korjaukset koskivat lähinnä sanamuotoja tai yksittäisen kriteerin ilmaisutapaa. Huomionarvoinen johtopäätös on kuitenkin se, että hyvistä x-kriteereistä huolimatta harkinnanvaraisuutta ei saa unohtaa, sillä tilanteet ja potilaat ovat hyvin yksilöllisiä. Näin ollen päätös kuljettamatta jättämisestä vaatii aina tapauskohtaista harkintaa, eikä voida sokeasti luottaa pelkkiin kriteereihin. Kriteereitä on mahdotonta saada täysin yksiselitteisiksi, joten yksistään niihin ei voida takertua harkittaessa potilaan kuljettamatta jättämistä. Epäselvissä tilanteissa ohjeistimme ensihoitajia konsultoimaan lääkäriä, kuten on toimittu tähänkin asti ja kuten myös Ensihoito-oppaassa ohjeistetaan.

Lomakkeen loppuun lisättyjen yhteystietojen tarpeellisuuden koemme olevan perusteltua sillä, että kaikkien x-päätösten yhteydessä edellytetään potilaan tai omaisen ohjeistamista siitä, miten tulee toimia, mikäli tilanne tulevaisuudessa uusiutuu. Myös ensihoitajien antamista avoimista palautteista sekä työelämältä saadun suullisen palautteen perusteella lomakkeelle lisätyt yhteystiedot nähtiin hyödyllisinä.

Opinnäytetyömme alkuvaiheessa prosessiin orientoituminen ja työssä eteneminen oli haasteellista. Alun perin olimme tekemässä työtä Pirkanmaan pelastuslaitokselle, mutta keväällä tapahtuneen työelämäyhteyshenkilön työpaikkavaihdoksen myötä opinnäytetyömme siirtyi koko sairaanhoitopiiriin alaiseksi prosessiksi. Tartuimme mahdollisuuteen mielellämme, mutta toisaalta se myös lisäsi jonkin verran meidän työmääräämme. Vaihdoksen myötä tarvitsimme uuden tutkimusluvan ja työelämätaho toivoi lomakkeesta käyttökokemuksia Tampereen keskustassa sijaitsevan Keskuspaloaseman lisäksi myös alueelta, josta kuljetusmatka sairaalaan olisi pidempi. Lisäksi alkusyksyllä pidetyssä työelämäpalaverissa todettiin, että lomake oli alustavalla suunnitelmalla liian paljon asioita sisältävä ja siten sekava, jolloin muutimme sen sisältöä huomattavasti alkuperäisestä ideasta. Lomakkeen sisällön muuttuessa luovuimme käytännössä suurimmasta osasta ke-

väällä ja kesällä tehdystä tiedonhausta ja teoriapohjasta, ja aloitimme syksyllä teorian tiedon etsimisen lähestulkoon alusta. Lomakkeen sisällön muuttuminen oli kuitenkin opin näytetyön tekijöiden mielestä ainoastaan hyvä asia, sillä yksiselitteisten, kaikille potilaille sopivien jatkotoimintaohjeiden luominen tuntui todella haasteelliselta ja vaikeasti rajatavalta aiheelta.

Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempaa kokemusta kehittämistyön tekemisestä eikä uusien lomakkeiden laadinnasta. Tarkistuslistan laadintaan löysimme tieteellistä teoriaa, mutta lomakkeen laadinnasta yleisesti ei teoriaa ollut. Näin ollen lomakkeen sisältö suunniteltiin työelämätahon asettamien tarpeiden mukaisesti. Ohjeistuksen puuttuminen virallisen potilaslomakkeen laadinnasta sekä työelämätahon asettamat selkeät toiveet antoivatkin opinnäytetyön tekijöille käytännössä vapaat kädet lomakkeen ulkoasun suunnitteluun. Tarkistuslistoista tehdyllä teorian tiedonhaulla saimme kuitenkin tärkeää tietoa tarkistuslistan suunnittelua ja kriteerien järkevää jäsentelyä varten.

Opinnäytetyön tekemisessä olemme päässeet kehittämään omaa osaamistamme tiedonhaussa ja kirjallisessa raportoinnissa. Omana tavoitteenamme oli myös parantaa tietämystämme kuljettamatta jättämisen riskeistä ja kriteereistä. Kuljettamatta jättämisen kriteerit ja niiden tulkinnanvaraisuus ovatkin tulleet opinnäytetyötä tehdessä hyvin tutuiksi. Varsinaisia kuljettamatta jättämisen riskejä emme opinnäytetyössämme käsitelleet, joten tämä tavoite jäi osittain saavuttamatta. Opinnäytetyötä tehdessä olemme kuitenkin oppineet, mitä kaikkea tulee kuljettamatta jättämispäätöstä tehdessä huomioida, jotta päätös olisi potilasturvallinen ja täten ensihoitajan oikeusturvaa tukeva, jolloin myös kuljettamatta jättämisen riskejä onnistutaan vähentämään ja välttämään.

Opinnäytetyön tekijät painottavat, että kehitetty lomake on yhden pilotoinnin läpikäynyt kokeiluversio ja ehdotus ensihoidon käyttöön otettavasta apuvälineestä kuljettamatta jättämisen yhteyteen. Aikomuksenamme oli tehdä työelämätaholle alustava apuväline kuljettamatta jättämistilanteiden selventämiseen, pilotoida se sekä kerätä lomakkeesta käyttökokemuksia ja mielipiteitä kentältä. Opinnäytetyöhömmme ei kuulunut enää pilotoidun lomakkeen korjaaminen ja kehittäminen, jolloin varsinaisen kohderyhmän näkemyksiä ja pilotoinnin kenttätöissä havaittuja puutteita ei ole lomakkeen sisällössä vielä huomioitu. Jotta lomake voitaisiin ottaa kenttäkäyttöön, vaatii se lomakkeen päivittämisen ensihoitajilta kerätyt näkemykset huomioon ottaen. Tällä hetkellä lomakkeen jatkokehittäminen

ja mahdollinen käyttöönotto ensihoidon kentälle on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Ensihoitokeskuksen päätettävissä ja vastuulla.

## 8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Pilotointijaksomme jälkeisen kyselyn tulokset osoittavat lomakkeen käytön jakaneen mielipiteitä voimakkaasti. Jatkotutkimusehdotuksena voisi täten olla ensihoitajien subjektiivisten kokemusten tarkempi kartoittaminen lomakkeen käytöstä. Meidän opinnäytetyössämme käytetty kyselylomake selvitti vain yleisluontoisesti ensihoitajien näkemyksiä lomakkeen tarpeellisuudesta sekä sen potilasturvallisuutta ja oikeusturvaa antavasta lisäarvosta. Kyselystä ei ilmennyt vastaajien ikää, sukupuolta tai työkokemusta eikä sitä, kummassa pilotointipaikassa vastaaja työskentelee. Näkemyserojen kytköksiä ja jakautumista edellä mainittuihin osatekijöihin voitaisiin selvittää toisella tutkimuksella; ovatko jotkin näkemykset kytköksissä esimerkiksi vastaajan asenteisiin, ikään tai työkokemukseen? Entä onko sillä merkitystä näkemykseen lomakkeen tarpeellisuudesta millä alueella työntekijä työskentelee; lähellä vai kaukana sairaalasta?

Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena olisi myös selvittää, miten potilaat kokevat lomakkeen käytön. Pilotoidulla lomakkeella toivottiin olevan myös potilasohjausta selkeyttävä vaikutus ja kyselytutkimuksen mukaan suurin osa ensihoitajista koki lomakkeesta olevan hyötyä potilasohjauksessa. Tässä opinnäytetyössä potilaiden näkemystä lomakkeen käytöstä ei selvitetty. Tutkimuksella voitaisiin selvittää kokevatko potilaat lomakkeen selkeäksi, hyödylliseksi tai potilasohjausta helpottavaksi. Potilaita haastatteleamalla voitaisiin kerätä lisää potilasnäkökulmaa antavia kehitysehdotuksia nykyiselle lomakkeelle.

Pitkän tähtäimen tutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia, miten lomake on vaikuttanut mahdollisiin jälkipäähän ilmenneisiin selvityspyyntöihin ja mahdollisiin riitautustilanteisiin. Onko selvityspyyntöjen määrä muuttunut lomakkeen myötä tai onko selvityspyyntöjen jälkipuinti helpottunut tai yksinkertaistunut lomakkeen käyttöönoton ansiosta. Tämä jatkotutkimus vaatisi kuitenkin sen, että lomake on kenttäkäytössä sairaanhoitopiirin alueella.

## LÄHTEET

Aunola, A. ensihoitopalveluiden päällikkö. 2018. X-tehtävät Pirkanmaan alueella. Sähköpostiviesti. [anssi.aunola@pshp.fi](mailto:anssi.aunola@pshp.fi). Luettu 22.10.2018.

Bigham, B., Buick, J., Brooks, S., Morrison, M., Shojania K. & Morrison, L. 2012. Patient safety in emergency medical services: A systematic review of literature. *Prehospital Emergency Care* 16 (1), 20-35. Tulostettu 10.01.2019.  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10903127.2011.621045?journal-Code=ipec20>

Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. 2014. Terveystuon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 22.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden.  
<http://www.oppiportti.fi/op/lta00600/do>

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. Painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2014. Ensihoidon perusteet. 5. Painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Castrén, M. & Kirves, H. 2016. Ensihoito-opas. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Collins McLaughlin, A. 2010. What makes a good checklist. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety network. Tulostettu 01.09.2018  
<https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/92/what-makes-a-good-checklist>.

Ensihoidon operatiivisen toiminnan ohjeet 2015-2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. TAYS Ensihoitokeskus. Luettu 6.11.2018.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B. & Gawande, A.A. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England journal of medicine* 360 (5), 491-499.

Heikkilä, M. lääkintämestari. 2019. Pilotoinnin aikaiset x-tilastot. Sähköpostiviesti. [markku.heikkilä@tampere.fi](mailto:markku.heikkila@tampere.fi). Luettu 05.03.2019.

Helminen, K., Kuusimäki, M. & Salminen, M. 1999. Poliisioikeus. Helsinki: Kauppa-kaari Oyj, Lakimiesliiton Kustannus.

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

- Hiltunen, P. 2016. SOP:t ensihoidossa. *Finnanest* 49 (2), 96-99.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. *Tutki ja kirjoita*. 15.-17. Painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hoikka, M., Silfast, T. & Ala-Kokko, T. 2015. Ensihoitopalvelun kuljettamatta jättämiin päätyneet ensihoitotehtävät (ns. X-tehtävät). *Finnanest* 48 (4), 361.
- Ilkka, L. & Rätty, T. 2017. Kansallinen sähköinen ensihoitokertomus: Tietosisältö sekä toiminnallinen ja vaativuusmäärittely. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tulostettu 10.05.2018.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135230/URN\\_ISBN\\_978-952-302-915-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135230/URN_ISBN_978-952-302-915-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Johnson, A. & Sandford, J. 2005. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (Review). *Health education research* 20 (4), 423- 429.
- Kananen, J. 2015. *Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun*. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Keistinen, T. & Autti, T. 2014. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. Painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 17.05.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.oppiporssi.fi/op/lta00600/do>
- Kinnunen, M., Peltomaa, K., Snellman, E., Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P., Helovuori, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009. *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.
- Kniivilä, S., Lindblom-Ylänne, S. & Mäntynen, A. 2017. *Tiede ja teksti. Tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen*. 3. Painos. Tallinna: Gaudeamus Oy.
- Kuisma, M., Holström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. *Ensihoito*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. *Ensihoito*. 6.7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Laudermilch, D., Schiff, M., Nathens, A. & Rosengart, M. 2010. Lack of Emergency Medical Services Documentation Is Associated with Poor Patient Outcomes: A Validation of Audit Filters for Prehospital Trauma Care. *Journal of the American College of Surgeons* 210 (2), 220- 227.

Lind, V. 2015. Äksäämisen jalo taito. Systole 28 (3), 18-21.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveyden-  
tieteiden laitos. Väitöskirja.

Loikas, P. 2016. Ensihoito-opas. Ensihoitokertomuksen täyttäminen. Kustannus Oy Duo-  
decim. Luettu 10.09.2018. Vaatii käyttöoikeuden.

<http://www.oppiportti.fi/op/lta00600/do>

Oikeusministeriö. N.d. Oikeusturvan toteutuminen. Tulostettu 31.05.2018. <http://oikeusministerio.fi/oikeusturvan-toteutuminen>

Oksanen, T. & Turva, J. 2015. Ensihoidon taskuopas. Tarkistuslistoja. 15. Painos. Keu-  
ruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pirkanmaan pelastuslaitos. N.d. Tietoa meistä. Luettu 06.11.2018

<http://www.pirkanmaanpelastuslaitos.fi/>

Pirkanmaan pelastuslaitos. 2018. Toimintasääntö. Tulostettu 06.11.2018.

[https://www.tampere.fi/tiedostot/p/6FwjTS59R/Pirkanmaan\\_pelastuslaitoksen\\_toimintasaanto.pdf](https://www.tampere.fi/tiedostot/p/6FwjTS59R/Pirkanmaan_pelastuslaitoksen_toimintasaanto.pdf)

Potilasturvallisuusyhdistys. 2018. Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry. Luettu  
23.4.2017. <http://spty.fi/>

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tulostettu  
13.08.2018.

[https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma\\_final\\_180811.pdf](https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf)

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivys-  
tyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Helsinki. Tulostettu 27.10.2018

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakas-  
turvallisuusstrategia 2017-2021. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.

Tampereen kaupunki. 2019. Terveyspalvelujen neuvonta. Tulostettu 10.11.2018.

<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/neuvonta/10023.html>

Taskinen, H. 2018. Ensihoidon palvelutason seurantaraportti 1.1-31.12.2017. versio  
17.1.2018. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Luettu 20.2.2019.

<file:///C:/Users/elina/Downloads/Ensihoidon%20palvelutason%20seurantaraportti%20versio.pdf>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Tuhkanen, K. ensihoitoesimies. 2019. Opinnäytetyöhön materiaalia. Sähköpostiviesti. katri.tuhkanen@medgroup.fi. Luettu 25.01.2019.

Tuomi J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Tulostettu 01.11.2018. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valvira. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja. Puolivuotisraportti. Helsinki. Tulostettu 10.08.2018. [https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran\\_sote\\_valvontahavainnot\\_puolivuotisraportti\\_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96](https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran_sote_valvontahavainnot_puolivuotisraportti_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96)

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja Kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.



## LIITTEET

Liite 1. Ensihoitopalvelua ohjaava lainsäädäntö

### **Terveydenhuoltolaki (1326/2010)**

Terveydenhuoltolain 8§ mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava.

Terveydenhuoltolaki sisältää useita pykäläitä, joissa viitataan potilasturvallisuuteen. Lain tarkoituksena (2.§) on muun muassa edistää väestön palvelujen yhdenvertaista saataavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain mukaan (10.§) kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sellaisiksi, kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.

Terveydenhuoltolain nojalla on annettu asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011). Asetus määrittää, mitä laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta potilasturvallisuussuunnitelmasta tulee käydä ilmi. Suunnitelmassa tulee sopia muun muassa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöistä, menettelytavoista, joilla henkilökunta osallistuu potilasturvallisuuden kehittämiseen, henkilöstön perehdyttämisestä, menettelytavoista, joilla potilas ja omainen voivat antaa palautetta potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan puutteista, turvallisuusriskien tunnistamisesta ja ennakkoimisesta sekä vaara- ja haittatapahtumien tunnistamisesta, raportoinnista ja ilmoittamisesta hoitoilmoitusjärjestelmään.

**Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)**

Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on myös oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun.

Lain mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista hänen terveydentilaansa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä selvityksestä, eikä selvitystä tule antaa vastoin potilaan tahtoa. Selvitystä ei myöskään anneta, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.

**Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)**

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edistää omalta osaltaan terveydenhuollon palvelujen laatua ja sekä potilasturvallisuutta. Lailla varmistetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammattiin vaadittava koulutus ja muut valmiudet toimia ammatissaan. Laki säättää myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta. Valtakunnallisesti valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto ja aluehallintovirasto valvoo ja ohjaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa omalla toimialueellaan.

**Potilasvahinkolaki (585/1986)**

Potilasvahinkolaki säättää terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneen henkilövahingon korvaamisesta potilaalle potilasvakuutuksesta. Laissa on määritetty muun muassa korvausoikeuden edellytykset ja korvauskäsittelyn etenemisestä sekä potilasvahinkolautakunnan tehtävistä.

## Liite 2. SV210- lomake

Kela <sup>®</sup>		Palvelujen tuottaja ja Y-tunnus		Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta				OSA 1					
Henkilötunnus		Matkapäivä		Yksikkö		Kulj. juoks.nro							
Tilaaja <input type="checkbox"/> hoitokeskus <input type="checkbox"/> muu, mikä?		Lähtöpaikka <input type="checkbox"/> asema <input type="checkbox"/> muu, mikä?		Tehtäväosoite <input type="checkbox"/> = kotiosoite <input type="checkbox"/> Jatkokuljetus		Tehtäväkoodi							
Puhelu alkoi klo		Potilaan nimi				Kuljetus-/X-koodi							
Tehtävä alkoi				Potilas on istäpaikalla <input type="checkbox"/> pareilla <input type="checkbox"/> istuvana		Ajokm yhteensä							
Kohteessa		Kotiosoite (istiosoitte ja postitoimipaikka)		Kotikunta		<input type="checkbox"/> Ulkomainen / lomake liitteenä							
Potilaan luona				Viite-numero									
Kuljetus alkoi		Matkan aihe		Ei Kelan korvattava		Lähtömaksu -20 km		Euroa					
Potilas luovutettu		Sairaus tai raskaus		<input type="checkbox"/> Lailohoto-/sairaalapotilas		<input type="checkbox"/> Muu		Laskutettavat lisä-					
Tehtävä päättyi		Liikennevahinko *) Rekisterinro		Mistä laskutettava?		kilometrit km							
		Työtapauma *)				2. sairaankuljettaja		t min					
		Vakuutusyhtiön nimi				Odotusaika (yli 1 t)		t min					
Tapahtumatiedot. Pääasiallinen syy (oire tai kohtaus, vammautumistapa; milloin alkoi tai sattui), silminnäkijän yhteyshiedot							Yhteensä						
							Omavastuu						
							Kelaan laskutetaan						
							EVY kohteessa klo						
Tila tavattaessa (oire, vamman löydökset)													
Sairaudet, nykytiläkytys, lääkinevaliogiati, aikaisemmat sairaalahoitot													
SEURANTA KLO	VERENPAINE	SYKE-TAAJUUS	RYTMI	HENGITYS-TAAJUUS	HENGITYS-ÄÄNET	PEF	ETCO <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub>	TALUNTA (GCS) Silmät Puhu Liike	RIPU 0-10	B-guk	ALKO-METRI	LÄMPÖTILA, miää
Tavattaessa A													
B													
C													
Potilas luov. D													
Hoito (toimenpiteet, lääkitys) ja hoidon vaste. <input type="checkbox"/> Lääkkinä konsultoitu <input type="checkbox"/> Lääkäri kohteessa. Lääkäriin nimi ja toimipaikka. Annetut hoito-ohjeet													
Hoidosta / kuljetuksesta kiellettyjen allekirjoitus													
Hoitoa antaneen allekirjoitus ja nro													
Muun henkilöstön nro													
Lähilomaisen nimi ja puhelinnumero													
Seattaja mukana <input type="checkbox"/>													
TERVEYDENHOITO-LAITOKSEN TODISTUS		Vakuutan edellä olevan selvityksen perusteella, että potilaan terveydentila <input type="checkbox"/> edellyttää <input type="checkbox"/> ei edellytä kuljetusta ambulanssilla. Potilaan vastaanottaneen henkilön allekirjoitus, nimen selvitys ja virka-asema				Potilaan vastaanottaneen hoitolaituksen nimi ja leima							
SV 210 04.07		HOITOLAITOKSELLE; liitetään sairauskertomukseen / POTILAALLE; jos ei kuljetusta											

### Liite 3. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät

#### **Systeminäkökulma potilasturvallisuudessa**

Terveydenhuollossa potilaan hoidon laadun ja turvallisuuden on pääasiassa katsottu perustuvan pääsääntöisesti ammattitaitoisiin henkilöihin, mikä edistää ajattelutapaa, jossa epäonnistumiset katsotaan johtuvan yksilön virheistä. Potilasturvallisuus ei kuitenkaan perustu vain yksittäisten henkilöiden toimintaan vaan koko toimintajärjestelmän hallintaan. Potilasturvallisuudessa puhutaankin nykyään systeemiajattelusta, jonka mukaan turvallisuus ei perustu vain yksittäisten henkilöiden ammattitaitoon, vaan vaaratapahtumat syntyvät koko toimintajärjestelmän eri osien tuottamasta lopputuloksesta. Systeemiin kuuluvat ammattihenkilöiden lisäksi organisaation johtotason päätökset, lähiesimiestyö sekä ympäristön fyysiset ja psyykkiset olosuhteet. Systeemiin kuuluvat myös erilaiset suojausjärjestelmät, joiden tehtävänä on auttaa havaitsemaan virheet ennen vaaratilanteen syntymistä tai estää poikkeaman haitallinen vaikutus. Esimerkkejä suojausjärjestelmistä ovat muun muassa erilaiset varmistusrutiinit, tarkistuslistat ja fyysiset estot. Mikäli vaaratapahtuma pääsee syntymään, ovat suojausjärjestelmät pettäneet tai ne eivät ole olleet tilanteeseen riittävät. (Helovuo ym. 2011, 52-54.)

#### **Rakenteelliset tekijät ja organisaation toimintatavat**

Monet rakenteelliset ratkaisut vaikuttavat organisaation toiminnan kokonaisturvallisuuteen. Turvallisuuteen vaikuttaa myös organisaation ulkopuolelta tulevat vaatimukset kuten lainsäädäntö ja viranomaistoiminta.

Viranomaisvaatimuksilla ja valvonnalla asetetaan turvallisuuskriittisille organisaatioille vaatimuksia muun muassa käytettävän teknologian, koulutuksen ja laadunvarmistuksen suhteen. Terveydenhuolto-organisaatiot poikkeavat monista muista turvallisuuskriittisistä organisaatioista päivittäistyön organisoinnin suhteen. Terveydenhuollossa vastuu potilaan turvallisesta hoidosta hajautuu ihmisille, jotka eivät kuulu samaan hallinnolliseen yksikköön, mikä luo haasteita potilasturvallisuuden kehittämiseen. (Kinnunen ym. 2009, 46).

Henkilöstön pätevyys ja koulutus ovat keskeisiä turvallisuusrakenteita. Yleisesti käytettyjä koulutusmenetelmiä ovat muun muassa simulaattoriharjoittelu sekä CRM-koulutus,

jossa tiimille luodaan yhteiset tavat kommunikoida ja jakaa vastuut. Henkilöstörekrytoinnissa kiinnitetään huomiota henkilökohtaiseen soveltuvuuteen. Pula työntekijöistä aiheuttaa kuitenkin haasteita monissa kunnissa; kun sijaisia on haasteellista löytää, hakijoiden henkilökohtaisen soveltuvuuden huomioiminen saattaa jäädä arvioimatta (Kinnunen ym. 2009, 47).

Selvin rakenteellinen turvallisuushaaste liittyy työn resursointiin. Jatkuvassa aikapaineessa ja työstressissä työskentely sekä heikko työn hallittavuus ovat keskeisiä potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Riittävän miehityksen suunnittelu sekä vuorotyön tai pitkien työvuorojen väsymysvaikutusten minimointi työtehtävien suunnittelussa on haastava tehtävä. (Kinnunen ym. 2009, 48).

Rakenteellisiin turvallisuustekijöihin kuuluu olennaisesti myös turvajärjestelmät ja turvalliseksi suunniteltu työvälineistö. Organisaatioiden tulee varautua inhimillisiin virheisiin kaikesta koulutuksesta ja ohjeistuksesta huolimatta. Näiden virheiden ehkäisemiseksi tarvitaan teknologiaa, joka estää virheitä aiheuttamasta haittaa ja samalla edistää virheiden havaitsemista ja korjaamista. Turvajärjestelmiä on kaksin- tai jopa nelinkertaisesti siltä varalta, että järjestelmä vikaantuu, kun sitä tarvitaan. (Kinnunen ym. 2009, 48-49). Esimerkkejä virheiden ja niistä aiheutuvien haittojen vähentämiseksi rakennetuista turvajärjestelmistä ovat muun muassa erilaiset hälytyskeinot, varotoimet ja tekniset esteet. Sähköisiin potilastietojärjestelmiin voidaan yhdistää varmistavia tietokantoja lääkärin määräyksille sekä erilaisia muistutusjärjestelmiä. Varoitusjärjestelmä voi hälyttää esimerkiksi huomioimatta jääneestä lääkkeiden yhteisvaikutuksesta tai poikkeavasta laboratorioarvosta. (Helovuori ym. 2011, 67.)

Koska ihmisten tekimien erehdysten taustalla on useimmiten prosesseihin ja toimintatapoihin liittyvät riskit, tulisi vaaratapahtumien ehkäisemisen tavoitteen olla toimintatapojen ja prosessien kehittäminen sellaisiksi, että riskien mahdollisuus minimoidaan. Tämä edellyttää poikkeamien ja läheltä piti- tilanteiden raportointia ja niiden pohjalta toimintatapojen puutteiden korjaamista. Kehittämisessä keskeistä on prosessien yksinkertaistaminen ja toimintatapojen yhtenäistäminen. Tämän vuoksi hoitoprosessista pitäisi poistaa kaikki turhat ja epäolennaiset vaiheet mutta samalla niiden tulisi sisältää riittävästi varmistavia vaiheita mahdollisten poikkeamien havaitsemiseksi. Työprosessien selkiyttäminen ja tiedonkulun parantaminen lisäävät turvallisuuden lisäksi myös toiminnan tehokkuutta. (Helovuori ym. 2011, 63-65.)

## **Inhimilliset tekijät ja turvallisuus**

Virheiden tekeminen on luonnollinen osa ihmisen toimintaa. Terveystieteiden tutkimusten mukaan vaaratilanteissa inhimillisestä virheestä on kyse silloin, kun onnettomuuden syynä pääasiassa on ihmisen toiminta. (Kinnunen ym. 2009, 99-100.) THL:n Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelmasuunnitelmassa (2011) todetaan, että haittatapahtumat aiheuttavat 700-1700 kuolemaa vuodessa ja yhdelle sadasta sairaalapotilaalle hoidosta koituu vakava terveyshaikka. Näistä haittatapahtumista vähintään puolet olisivat olleet ehkäistävissä turvallisuusriskien ennakoinnilla. (Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelma 2011).

Inhimillinen toiminta liittyy keskeisesti ihmisen kykyyn käsitellä tietoa ja toimia sen mukaisesti, sillä kaikki ihmisen toiminta perustuu aina jonkinlaisen tiedonkäsittelyn lopputulokseen. Ihminen havaitsee ja tulkitsee asioita aikaisemmin opitun ja koetun perusteella sekä tekee ratkaisuja omasta toiminnastaan. Inhimillisillä tekijöillä tarkoitetaan usein tiedonkäsittelyprosessiin liittyviä rajoitteita, kuten tarkkaavaisuuden ja muistikapasiteetin rajallisuutta. Unohdukset, lipsahdukset ja muut inhimilliset virheet ovat usein seurausta näistä rajoituksista. Tiedonkäsittelyprosessi on hyvin altis erilaisille häiriötekijöille ja kaikki asiat, jotka aistit havaitsevat kuormittavat aina enemmän tai vähemmän tiedonkäsittelyä ja vie osan huomiosta pois varsinaisesta tehtävästä. (Helovuori ym., 2011, 76-77.) Ihmisen kyky havaita ympäristöä sekä pitää mielessä useita asioita yhtä aikaa on hyvin rajallinen sekä altis häiriöille ja tulkintavirheille. Terveystieteiden tutkimuksissa kiire, rauhaton työympäristö ja monien yhtäaikaisten työtehtävien ja vaatimusten mukaan toimiminen altistaa sille, että osa asioista unohtuu, ellei muistamista helpoteta teknisillä keinoin tai erilaisilla tarkistus- tai dokumentaatiomenetelmin. Myös työntekijän tarkkaavaisuus joutuu koetukselle useissa hoitotilanteissa, esimerkiksi silloin kun hoitajan on valvottava monia asioita samanaikaisesti. Tarkkaavaisuutta voidaan tukea esimerkiksi työrytmeillä, joilla määrättyt asiat tarkistetaan järjestelmällisesti tietyissä vaiheissa. Aktiivisella kommunikoinnilla ja tiedonkululla, selkeällä työnjaolla sekä työympäristöä kehittämällä pystytään parantamaan tilannekuvan muodostusta. (Helovuori ym., 2011, 77-78.)

Stressillä ja työkuormalla on suuri merkitys potilasturvallisuuden ja inhimillisten virheiden sattumisen kannalta. Stressillä tarkoitetaan elimistön, mielen ja tunne-elämän reaktiota normaalia elämäntasapainoa järkyttävään tilanteeseen. Työssä stressiä aiheuttavat muun muassa aikapaine, kiire ja meteli. Kaikki ensihoitotyössä työskentelevät ihmiset

kokevat hätätilanteiden ja traumaattisten kokemusten aiheuttamaa stressiä. Ammattilais-ten henkinen pahoinvointi fyysisine oireineen onkin yleistä ensihoidossa. Ensihoitotyössä työntekijä voi ahdistua potilaan ja tämän omaisten kohtaamistilanteessa, hoitaessaan vakavasti sairastunutta tai loukkaantunutta tai kokiessaan riittämättömyyden tunnetta tilanteessa. Ahdistus ja stressi tällaisissa tilanteissa ovat luonnollisia tuntemuksia, mutta ne ovat varsinaisella toimintapaikalla jätettävä taka-alalle tehtävän suorittamiseksi. Kyky sietää epävarmuutta ja stressiä vaikuttaa olennaisesti ensihoitajan työssä jaksamiseen. Ensihoidossa tietyt työtilanteet ovat luokiteltavissa traumaattisiksi tapahtumiksi ja nämä tilanteet yleensä koetaankin traumaattisina, olipa henkilö, kuinka kokenut työntekijä tahansa. Tällaisia työtehtäviä ovat muun muassa tehtävät, joissa uhrina on lapsi tai joissa uhreja on paljon sekä tehtävät, joissa työntekijä joutuu työtehtävää suorittaessa itse hengenvaaraan tai jossa työntekijä kokee väkivallan uhkaa. Toistuva onnettomuustilanteiden ja hätätilapotilaiden hoito sekä kuoleman ja erilaisen kärsimyksen kohtaaminen altistavat ensihoitohenkilöstön sijaistraumatisoitumiselle. (Castrén ym. 2014, 120-127.) Stressi vaikuttaa myös työntekijän tiedonkäsittelyyn sekä suorituskyykyyn ja sitä kautta heikentää suorituskyykyä etenkin ajattelukyykyä vaativissa tehtävissä. Tarkkaavaisuus heikkenee, kun huomiokyyky pienenee stressin vaikutuksesta. Tiedonkäsittelyn kuormitukseen voidaan vaikuttaa erilaisilla työympäristön rakenteellisilla ratkaisuilla ja toimintatavoilla. (Helovuo ym. 2011, 79.) Työssä jaksamisen tueksi tarvitaan koulutusta, jotta työntekijät oppisivat tuntemaan elimistön tavoista reagoida ahdistaviin tilanteisiin ja jotta he osaisivat havaita ajoissa itsessään ne merkit, jotka kertovat elimistön uhkaavasta työuupumuksesta. (Castrén ym. 2014, 127.)

Vireystilan aleneminen vaikuttaa henkilön suorituskyykyyn. Väsymys herpaannuttaa keskittymiskyykyä, alentaa tarkkaavaisuutta, heikentää päättelykyykyä sekä lisää ärtymystä ja fyysistä voimattomuutta. Aivojen toiminta ja tiedonkäsittelyprosessi havainnoinnista päätöksentekoon ja toimintaan on erittäin altis vireystilan vaihtelulle. Useiden tutkimusten mukaan aikuiset tarvitsevat keskimäärin kuudesta kymmeneen tuntia unta vuorokaudessa ja riittämätön unimäärä alentaa suorituskyykyä. Väsymys voi olla akuuttia tai kauan jatkuneen univajeen aiheuttamaa. Tällöin suorituskyyvyn heikkeneminen näkyy ensisijaisesti kognitiivisissa toiminnoissa kuten tarkkaavaisuudessa ja muistissa. Väsyneisyys lisää näin ollen huomattavasti inhimillisten virheiden, kuten unohdusten, riskiä. (Helovuo ym. 2011, 80-83.)

Kommunikointi on kaikkein tärkein työkalu inhimillisten virheiden hallinnassa (Kinnunen ym. 2009, 107). Ensihoitotyö on pääsääntöisesti parityöskentelyä. Hyvä pari- ja tiimityöskentely edellyttää jäseniltään hyviä vuorovaikutustaitoja, selkeitä toiminta- ja hoito ohjeita sekä toiminnallisten vastuualueiden määrittelyä. Tiimityöskentely on mahdotonta ilman viestintää ja useat tutkimukset osoittavat kommunikaation määrän korreloivan positiivisesti turvallisuuden kanssa. Kaksisuuntaisella viestinnällä tarkoitetaan kommunikointia, jossa vastaanottaja vastaanottaa viestin ja viestin saatuaan kuittaa saamansa tiedon. Kuittauksesta on käytävä ilmi saadun viestin oleelliset osat, joiden perusteella lähettäjä voi varmistua, että vastaanottaja on ymmärtänyt viestin oikein. Tärkeää on myös ajoittaa viestintä oikein, koska tiedon vastaanottaminen voi vaarantua, mikäli vastaanottaja on samaan aikaan tekemässä useita eri tehtäviä. Mikäli kyseessä ei ole potilaan hoidon ja turvallisuuden kannalta tärkeä asia, joka on sanottava välittömästi, tulisi viestintä ajoittaa hetkeen, jolloin vastaanottaja voi siihen kunnolla keskittyä (Castren ym. 2014, 44-45.)

### **Sosiaaliset tekijät**

Potilasturvallisuuteen vaikuttaa myös erilaiset sosiaaliset tekijät, joihin kuuluvat muun muassa ryhmän sosiaalinen identiteetti, normit ja valtasuhteet. Sosiaalinen identiteetti määrittää muun muassa sen, millaisena ryhmä itseään pitää, mitä ryhmä on tekemässä, keitä siihen kuuluu ja miten ryhmässä käyttäytyään. Vahva sosiaalinen identiteetti edesauttaa potilasturvallisuutta, sillä se vahvistaa ihmisten vuorovaikutusta, kommunikointia sekä vastuun ottoa ryhmän asioista. Sosiaalisen identiteetin ylikorostuminen voi kuitenkin johtaa ryhmäajatteluun, jolla tarkoitetaan ”liiallisen yksimielisyyden tavoittelua, jossa pienen ja yhtenäisen ryhmän jäsenet ylläpitävät joukkuehenkeä kehittämällä tiedostamattomasti joukon jaettuilla illuusioilla ja niihin liittyviä normeja, jotka häiritsevät kriittistä ja realistista ajattelua”. Turvallisuuden kannalta toinen keskeinen prosessi on poikkeamien normalisointi, jossa usein toistuvat häiriöt aletaan vähitellen mieltää osaksi työn ja organisaation normaalia arkea, jolloin niihin ei kiinnitetä enää juurikaan huomiota. Tällöin häiriöistä ja poikkeamista tulee osa normaalia työtä. Vähitellen sosiaaliset normit, organisaation rakenteelliset ratkaisut vaikuttavat siihen, miten henkilöstö käsittää työnsä tavoitteita, vaatimuksia ja vaaroja (Kinnunen ym. 2009, 49-50).



Terveysthuollossa ja etenkin ensihoidossa ammattilaisten on kyettävä toimimaan ryhmässä. Ryhmässä ei kuitenkaan välttämättä toimita samalla tavalla kuin samassa tilanteessa työntekijä toimisi yksin. Esimerkiksi oman mielipiteen ilmaisun kynnyks yleensä nousee sitä korkeammalle, mitä enemmän ihmisiä on tilanteessa läsnä. Näin ollen esimerkiksi hoitajalla saattaa olla korkea kynnyks ilmaista poikkeava mielipide vanhemman hoitajan lääkärin tulkinnasta, vaikka hänellä saattaa olla tietoa, jota ei ole otettu huomioon toimintasuunnitelmassa. Ryhmän toiminta vaatii aina myös koordinoitua ja työnjakoa. Roolien, työnjaon ja vastuiden epäselvyydet aiheuttavat helposti riskejä potilasturvallisuuden kannalta. (Helovuom ym. 2011, 83.) Selkeä ja vakioitu työnjako helpottaa merkittävästi yhteistyötä ja ryhmän jäsenien vastuut pysyvät selkeinä. Pitkään samalla kokoonpanolla työskentelevässä ryhmässä syntyy kuitenkin herkästi oletuksia toisten toiminnasta ja riskinä on, että kommunikointi tehtävää suoritettaessa vähenee. Pienetkin muutokset rutiinotoiminnassa saattaa johtaa siihen, että kaikki ryhmän jäsenet olettavat toisen olevan vastuussa toimenpiteen suorittamisesta, tarkistamisesta tai valvonnasta. (Kinnunen ym. 2009, 104-105.)

### **Fyysinen ympäristö**

Fyysisen ympäristön turvallisuuteen kuuluvat muun muassa työtilojen rakenteet, järjestelyt ja muut piirteet, jotka joko edistävät tai haittaavat työn tekemistä turvallisesti. Fyysisen ympäristön tulee mahdollistaa potilaiden, omaisten sekä henkilökunnan turvallisuus. Vaaratapahtumien syntyyn voivat myötävaikuttaa muun muassa tilojen ahtaus ja epäjärjestys, heikko valaistus ja puhtaanapito sekä puutteelliset varoitusmerkinnät. (Helovuom ym. 2011, 67-72.)

Välineistön, laitteiden ja kalusteiden kuntoa tulee tarkastaa säännöllisesti ja valvoa. Laiteturvallisuuden liittyy myös laitteiden käytön riittävä osaaminen. Ennen uuden teknologian käyttöä tuleekin varmistaa, että kaikki hallitsevat käytön oman työtehtävän vaatimalla tasolla. Laitteiden potilasturvallisuutta voidaan edistää muun muassa riskianalyysien teolla, rekisteröimällä esiin tulevia ongelmia laitteissa sekä työntekijöitä kouluttamalla ja harjoittelemalla laitteiden käyttöä jatkuvasti. (Helovuom ym. 2011, 67-72.)

## Liite 4. Alustava lomake



Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

## SELVITYS ENSIHOIDON KULJETUKSEN JA JATKOHOIDON TARPEESTA

## ENSIHOITOHENKILÖKUNTA ON TUTKINUT TEIDÄT

## JA TODENNUT, ETTÄ:

(potilaan nimi ja henkilötunnus)

- Teillä ei tällä hetkellä ole tarvetta hakeutua päivystykseen, mutta voitte tehdä niin halutessanne
- Teillä ei tällä hetkellä ole tarvetta hakeutua päivystykseen, mutta paikalla tulisi olla vastuullinen aikuinen tarkkailemassa teidän vointia seuraavat \_\_\_\_\_ tuntia.
- Teidän olisi syytä hakeutua päivystykseen omalla kyydillä (esim. oma auto tai taksi)
- Teidän tulisi seuraavana arkipäivänä varata lääkäriaika omalle terveysasemalle

*Mikäli hakeudut päivystykseen, ota mukaasi ensihoitohenkilökunnalta saamasi ensihoitokertomus ja teiltä mahdollisesti otettu sydänfilmi.*

## Tilanarvion ja tutkimusten jälkeen:

- Ensihoitajilla on kokonaiskäsitys tapahtumista ja oireen aiheuttajia on selvillä
- Hengitystaajuus normaali, happisaturaatio huoneilmalla >95% tai potilaan tavanomaista tilaa vastaavat
- Verenpaine ja syke normaalit tai potilaan tavanomaista tilaa vastaavat
- Potilas on heräteltävissä ja häneen saadaan asiallinen kontakti
- Verensokeri normaali tai potilaan tavanomaista tilaa vastaava
- Potilaalla ei ole hallitsematonta kipua tai kipu on hoidettavissa kotikonstein
- Potilas ei ole merkittävästi loukannut itseään
- Potilaan tilassa ei todeta viitteitä vakavasta vammasta tai sairaudesta; on oletettavissa, ettei potilaan yleistila heikkene kotona tai muun kuljetuksen aikana
- Potilas kykenee itse tai huoltajan avustamana huolehtimaan itsestään kotona tai muun kuljetuksen aikana
- Potilaalle ja/tai omaiselle on annettu jatkotoimintaohjeet ja hän ymmärtää ne

Ensihoitajan allekirjoitus

Potilaan/omaisen allekirjoitus

## MIKÄLI VOINTINNE ÄKILLISESTI HEIKKENEE, OIREENNE UUSIUTUU TAI PAHENEE, SOITAKAA UUELLEEN NUMEROON 112

Jos olette epävarma, olkaa yhteydessä oman alueenne päivystykseen:

## Terveyspalvelun neuvonta (p.03-10023 klo 7-22)

Akaan terveyskeskus arkisin klo 8-16 p. 0403352702  
 Hämeenkyrön terveyskeskus arkisin klo 8-16 p. 03-56523500  
 PARILLISET viikot ilta klo 16-20, viikonloppu klo 9-20 p. 03-56523536  
 Ikaalisten terveyskeskus arkisin klo 8-16  
 PARITTOMAT viikot ilta klo 16-20, viikonloppu klo 9-20 p. 03-4501556  
 Jämsän terveysasema (24h) p. 020 638 3333  
 Kangasalan terveysasema ma-to klo 8-21, pe ja arkipyhät klo 8-16 p. 03-56554025  
 Kihniön terveyskeskus ma-to klo 8-16, pe ja aattopäivinä klo 8-13 p. 03-4433400  
 Lempäälän terveysasema arkisin ma-ti, to-pe klo 8-15, ke klo 8-13 p.03-56552045  
 \*ma-ti, to-pe klo 15-20, ke klo 13-20, la-su ja arkipyhät klo 12-20 p. 03-56552500  
 Mänttä-Vilppulan terveysasema (24h) p. 03-455272  
 Nokian terveyskeskus arkisin klo 8-20 ja pyhäpäivinä klo 9-20 p. 03-56521140

## Acuta, Tampere (24h) p. 03-3116641

Oriveden tk ma-to 8-15:30, pe klo 8-15 p. 03-56575510  
 Parkano tk (24h) p- 03-443340  
 Pirkkalan tk arkisin klo 8-20, la 10-18, su 10-20 p. 03-565 2510  
 Ruovesi terveysasema ma-to klo 8-15:30, pe klo 8-15  
 Sastamalan terveysasema ma-su klo 8-20 p. 040 647 4582  
 Urjalan terveysasema ma-pe klo 8-16 p.03 5691270  
 Valkeakosken päivystys (24h) p. 03-56917596  
 Vesilahti arkisin klo 8-15.30  
 Kirkonkylä p. 03-56527000, Narva p. 03-4853600  
 Virtain tk arkisin klo 8-20, vkl ja arkipyhät klo 9-17 p. 03-485360  
 Ylöjärven tk arkisin klo 8-20, vkl ja arkipyhät 9-17 p- 03-4853600

## Liite 5. Saatekirje pilotointipaikkoihin



**Elämän  
tähden**

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

### Opinnäytetyön pilotointi:

Tammikuussa on tarkoitus pilotoida lomaketta kuljettamatta jätettyjen potilaiden hoidossa. Kaavakkeen tuottaminen ja sen pilotointi toteutetaan Tampereen ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoiden toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta ja ensihoitajien oikeusturvaa kuljettamatta jättämisen yhteydessä. Lomaketta testataan tammikuussa 2019 Tampereen Keskuspaloasemalla sekä Med Groupin Virtain yksikössä kahden viikon jakson ajan. Kokeilujakson jälkeen ensihoitajilta tullaan keräämään palaute lomakkeen sisällöstä ja käytöstä. Tämän jälkeen lomake on Ensihoitokeskuksen käytettävissä.

### Lomakkeen käyttö:

Ensihoitaja täyttää lomakkeen kuljettamatta jättämisen yhteydessä ja se jätetään potilaalle. Pilotoinnin aikana tulee SV210:iin kirjata että lomake on täytetty ja annettu potilaalle. Mikäli lomake otetaan yleiseen käyttöön pilotointijakson jälkeen, tehdään siitä repäisyversio, jolloin myös ensihoitajille jää tosite täytetystä lomakkeesta.

1. Lomakkeeseen täytetään seuraavat tiedot: päivämäärä, yksikkötunnus ja ensihoitajien vakanssinumerot sekä potilaan nimi ja henkilötunnus.
2. Potilaalle selvitetään, ettei hänellä ole tutkimusten jälkeen tarvetta ambulanssikuljetukselle. Kaavakkeesta rastitetaan tilanteeseen sopiva(t) vaihtoehto, joita ovat
  - \* Potilaalla ei ole tarvetta päivystykselliseen hoitoon
  - \* Potilaalla ei ole tarvetta päivystykselliseen hoitoon, mutta potilas tarvitsee vastuullisen aikuisen tarkkailemaan hänen tilaansa. Ensihoitaja täyttää suositellun tuntimäärän
  - \* Potilaan tulisi hakeutua päivystykseen omalla kyydillä
  - \* Potilaan tulisi varata lääkäriaika seuraavana arkipäivänä
3. Ensihoitaja käy läpi tarkistuslistan kuljettamatta jättämisen kriteereistä, jotka tulee toteutuessaan rastittaa. Lähtökohtaisesti kaikki kohdat pitäisi saada rastitettua, jotta voidaan tehdä päätös kuljettamatta jättämisestä. Mikäli jotain kohtaa ei saada rastitettua, tulisi viimeistään tällöin konsultoida lääkäriä kuljettamatta jättämisestä. Yhteisymmärryksen lisäämiseksi voidaan nämä kohdat käydä läpi yhdessä potilaan kanssa.
4. Vapaa tila: Vapaalle tilalle voidaan perustella, mikäli potilas jätetään kuljettamatta eikä jokin yksittäinen tarkistuslistan kohta toteudu. Vapaalle tilalle voidaan myös kirjata potilaalle yksilöllisiä ohjeistuksia ja huomiota tilanteessaan.
5. Potilasta ohjeistetaan, minne hän voi olla yhteydessä, mikäli hänen tilansa tai vointinsa äkillisesti muuttuu. Pirkanmaan päivystysten ja terveyspalvelujen neuvonnan numerot löytyvät kaavakkeen alaosasta.

Lomakkeen sisällön on tarkastanut Ensihoitokeskuksen kehitystyöryhmä sekä Pirkanmaan ensihoitolääkärit. Kuljettamatta jättämisen kriteeristö perustuu Ensihoito-oppaan virallisiin ohjeistuksiin. Toivomme, että kokeilujakson aikana kaikki käyttäisivät lomaketta hyödykseen x-tehtävillä, jotta saisimme kattavasti käyttökokemuksia lomakkeen käytöstä.

Ystävällisin terveisin:

Ensihoitopalveluiden päällikkö Anssi Aunola  
 Ensihoidon vastuulääkäri Kaius Kaartinen  
 Elina Isokivijärvi (elina.isokivijarvi@health.tamk.fi)  
 Jonna Haapaniemi (jonna.haapaniemi@health.tamk.fi)  
 Petra Uuspelto (petra.uuspelto@health.tamk.fi)  
 Ohjaava opettaja Marjo Räsänen

## Liite 6. Pilotointilomake



Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

## SELVITYS ENSIHOIDON KULJETUKSEN JA JATKOHOIDON TARPEESTA

Yksikkö: \_\_\_\_\_

Pvm \_\_\_\_\_

Vakanssit: \_\_\_\_\_

## ENSIHOITOHENKILÖKUNTA ON TUTKINUT TEIDÄT \_\_\_\_\_

## JA TODENNUT, ETTÄ:

(potilaan nimi ja henkilötunnus)

- Teillä ei tällä hetkellä ole tarvetta hakeutua päivystykseen, mutta voitte tehdä niin halutessanne
- Teillä ei tällä hetkellä ole tarvetta hakeutua päivystykseen, mutta paikalla tulisi olla vastuullinen aikuinen tarkkailemassa teidän vointia seuraavat \_\_\_\_\_ tuntia
- Teidän olisi syytä hakeutua päivystykseen omalla kyydillä (esim. oma auto tai taksi)
- Teidän tulisi seuraavana arkipäivänä varata lääkäriaika omalle terveysasemalle

*Mikäli hakeudut päivystykseen, ota mukaasi ensihoitohenkilökunnalta saamasi ensihoitokertomus ja teiltä mahdollisesti otettu sydänfilmi.*

## Tilanarvion ja tutkimusten jälkeen:

- Ensihoitajilla on kokonaiskäsitys mitä teille on tapahtunut tai oireen aiheuttaja on selvillä
- Teidän hengityksenne on todettu normaaliksi (Hengitystaajuus normaali, happisaturaatio huoneilmalla >95% tai teidän tavanomaista tilaanne vastaavat)
- Teidän verenpaineenne ja syke ovat normaalit tai tavanomaista tilaanne vastaavat
- Tajuntanne, vireystilanne ja orientaationne tapahtumiin on normaali
- Verensokerinne on normaali tai teidän tavanomaista tilaanne vastaava
- Teillä ei ole hallitsematonta kipua tai kipunne on hoidettavissa kotikonstein
- Ette ole merkittävästi loukanneet itseänne tai vammaanne mahdollistaa päivystykseen hakeutumisen omalla kyydillä
- Teillä ei ole viitteitä vakavasta vammasta tai sairaudesta; on oletettavissa, ettei yleistilanne heikkene kotona tai muun kuljetuksen aikana
- Te kykenette itse tai huoltajan avustamana huolehtimaan itsestänne kotona tai muun kuljetuksen aikana
- Teille ja/tai omaisellenne on annettu jatkotoimintaohjeet ja te ymmärrätte ne

## MIKÄLI VOINTINNE ÄKILLISESTI HEIKKENEE TAI OIREENNE UUSIUTUU TAI PAHENE, SOITAKAA UUELLEEN NUMEROON 112

Jos olette epävarma, olkaa yhteydessä oman alueenne päivystykseen:

## Terveyspalvelun neuvonta (p.03-10023 klo 7-22)

Akaan terveyskeskus arkisin klo 8-16 p. 0403352702  
 Hämeenkyrön terveyskeskus arkisin klo 8-16 p. 03-56523500  
 PARILLISET viikot ilta klo 16-20, viikonloppu klo 9-20 p. 03-56523536  
 Ikaalisten terveyskeskus arkisin klo 8-16  
 PARITTOMAT viikot ilta klo 16-20, viikonloppu klo 9-20 p. 03-4501556  
 Jämsän terveysasema (24h) p. 020 638 3333  
 Kangasalan terveysasema ma-to klo 8-21, pe ja arkipyhät klo 8-16 p. 03-56554025  
 Kihniön terveyskeskus ma-to klo 8-16, pe ja aatopäivinä klo 8-13 p. 03-4433400  
 Lempäälän terveysasema arkisin ma-ti, to-pe klo 8-15, ke klo 8-13 p. 03-56552045  
 \*ma-ti, to-pe klo 15-20, ke klo 13-20, la-su ja arkipyhät klo 12-20 p. 03-56552500  
 Mänttä-Vilppulan terveysasema (24h) p. 03-455272  
 Nokian terveyskeskus arkisin klo 8-20 ja pyhäpäivinä klo 9-20 p. 03-56521140

## Acuta, Tampere (24h) p. 03-3116611

Oriveden tk ma-to 8-15:30, pe klo 8-15 p. 03-56575510  
 Parkano tk (24h) p- 03-443340  
 Pirkkalan tk arkisin klo 8-20, la 10-18, su 10-20 p. 03-565 2510  
 Ruovesi terveysasema ma-to klo 8-15:30, pe klo 8-15  
 Sastamalan terveysasema ma-su klo 8-20 p. 040 647 4582  
 Urjalan terveysasema ma-pe klo 8-16 p. 03 5691270  
 Valkeakosken päivystys (24h) p. 03-56917596  
 Vesilahti arkisin klo 8-15.30  
 Kirkonkylä p. 03-56527000, Narva p. 03-56527100  
 Virtain tk arkisin klo 8-20, vkl ja arkipyhät klo 9-17 p. 03-4853600  
 Ylöjärven tk arkisin klo 8-14, itäinen 03-56528200, läntinen 03-56528300, Kuru 03-56528019, klo 14-20, la-su 10-18 03-54528000

## Liite 7. Sähköinen kyselylomake

1 (3)

## Palaute lomakkeen pilotoinnista:

Palaute koskee lomaketta "Selvitys ensihoidon kuljetuksen ja jatkohoidon tarpeesta". Kysely on vapaaehtoinen ja vastaaminen tapahtuu anonyymisti. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 2 minuuttia. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksesi tulosten käyttämiseen opinnäytetyössämme. Kysely on auki 31.01.2019 saakka. Yhteydenotot kyselyyn liittyen: [jonna.haapaniemi@tuni.fi](mailto:jonna.haapaniemi@tuni.fi)

\*Pakollinen

### Lomake on tarpeellinen \*

- Täysin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- En osaa sanoa
- Osittain samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

### Lomake on sujuva käyttää

- Täysin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- En osaa sanoa
- Osittain samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

### Lomake antaa tukea päätöksentekoon

- Täysin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- En osaa sanoa
- Osittain samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

### Lomake lisää mielestäni potilasturvallisuutta

- Täysin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- En osaa sanoa
- Osittain samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

### Lomakkeesta on hyötyä potilasohjauksessa

- Täysin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- En osaa sanoa
- Osittain samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

3 (3)

Olisiko sinulla antaa muuta palautetta tai parannusehdotuksia?  
Onko lomakkeessa jotain mitä jättäisit siitä pois tai mitä siihen  
lisäisit?

Oma vastauksesi \_\_\_\_\_

Tähän voit halutessasi kirjoittaa lomakkeeseen liittyviä  
käyttökokemuksia.

Oma vastauksesi \_\_\_\_\_

**LÄHETÄ**

Älä koskaan lähetä salasanaa Google Formsin kautta.

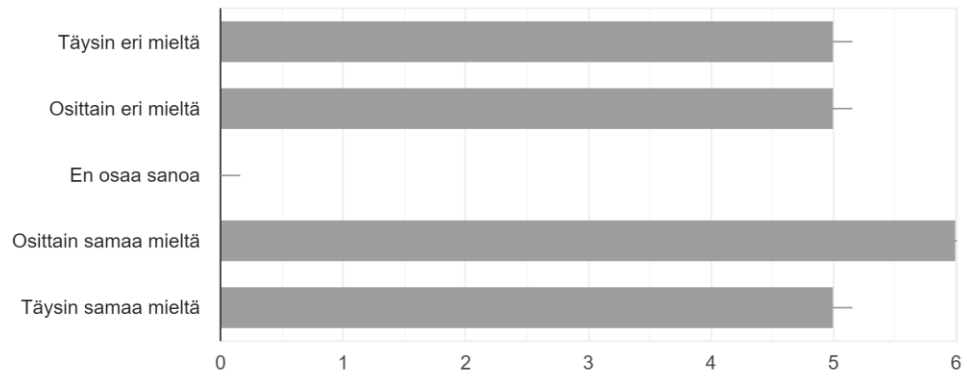
Google ei ole luonut tai hyväksynyt tätä sisältöä. [Ilmoita väärinkäytöstä](#) - [Palveluehdot](#)

Google  
Forms

## Liite 8. Kyselylomakkeen tulokset

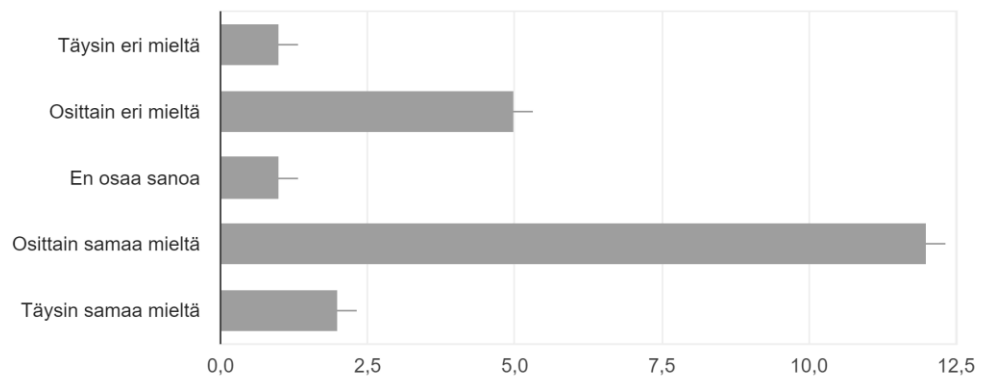
### Lomake on tarpeellinen

21 vastausta



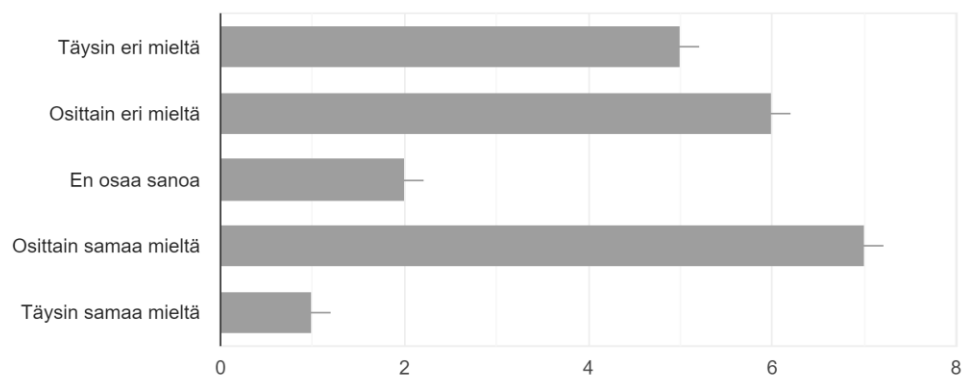
### Lomake on sujuva käyttää

21 vastausta



### Lomake antaa tukea päätöksentekoon

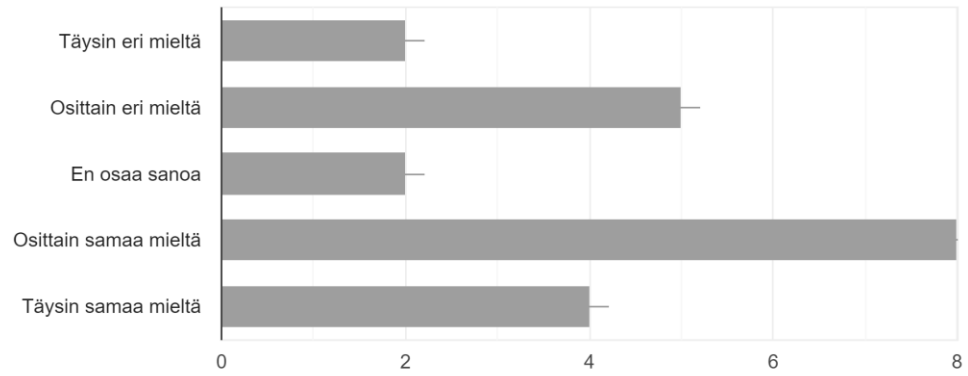
21 vastausta





## Lomake lisää mielestäni potilasturvallisuutta

21 vastausta



## Lomakkeesta on hyötyä potilasohjauksessa

21 vastausta

