



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Potilastyytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialu- eella

Lippojoki, Jesi
Skyttä, Tommi
Ylitalo, Erja-Liisa

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Potilastyytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun
Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueella

Lippojoiki, Jesi
Skyttä, Tommi
Ylitalo, Erja-Liisa
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu/2014

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Lippojoki, Jesi., Skyttä, Tommi ja Ylitalo, Erja-Liisa

**Potilastyytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun
Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueella**

Vuosi 2014

Sivumäärä 35

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen ensihoitopalveluiden laatua potilaiden kokemana. Tavoitteena oli kehittää Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen ensihoitopalveluiden laatua.

Opinnäytetyö pohjautuu kahteen aiemmin tehtyyn kyselyyn. Tämä kysely on osa lain vaatimaa ensihoitopalveluiden seuranta Kanta-Hämeen alueella. Ensimmäisen kyselyn aikana luotiin kyselypohja, jonka jälkeen sitä käytettiin uudestaan ja jota myös käytettiin tässä kyselyssä vertailukelpoisuuden takia. Kysely jaettiin viiteen eri teemaan; vastaajien taustatiedot, ambulanssihenkilöstön yleinen olemus, ambulanssihenkilöstön ammattitaito, hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus, jatkohoitopaikkaan kuljetetut ja kohteessa hoidetut. Lopussa oli vapaa sana -osio, jossa vastaajat saivat kertoa yleisen mielipiteensä. Kyselyitä lähetettiin yhteensä 306, joista 225 oli jatkohoitoon kuljetetuille ja 81 kohteessa hoidetuille potilaille. Kyselyitä palautui yhteensä 109, jolloin vastausprosentti oli 36.

Kyselytulokset syötettiin SPSS-ohjelmaan, josta saimme tehtyä kysymyksien keskiarvot ja prosentit sekä kuviot. Tämän jälkeen analysoimme tuloksia ja vertailimme niitä aiempiin vastaviin tuloksiin.

Tutkimustulosten perusteella potilaat ovat tyytyväisiä Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen palveluihin. Kuljetetut potilaat olivat jonkin verran tyytyväisempiä hoidon laatuun verrattuna kohteessa hoidettuihin. Kohteessa hoidetut olivat tyytyväisimpiä henkilökunnan asusteisiin ja olemukseen ja tyytymättömiä omaisten ja muiden läsnäolijoiden huomiointiin.

Asiasanat: Potilastyytyväisyys, ensihoito, laatu, sairaankuljetus, ambulanssihenkilökunnan ammattitaito, ensihoidon välineistö, Kanta-Hämeen pelastuslaitos

Jesi Lippojoiki, Tommi Skyttä ja Erja-Liisa Ylitalo

Patient satisfaction on the quality of first aid services in the fire and rescue department in Kanta-Häme.

Year	2014	Pages	35
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to survey patient satisfaction in the quality of paramedic care in the domain of Kanta-Häme rescue department. The aim of this thesis is to improve the quality of paramedic care in the domain of rescue department of Kanta-Häme.

This thesis is based on the inquiries of Halonen and Pennanen (2009) and Sorsa and Santos (2011). The inquiries are a part of the law-required monitoring of the quality of primary-care in Kanta-Häme region. Halonen and Pennanen (2009) created the questionnaire that Sorsa and Santos (2011) also utilized so that the results would be comparable. The inquiry was divided in five different themes; respondents' background, the paramedics' overall appearance, the paramedics' professional skills, the individuality and uniqueness of the provided care, patients who were transferred to follow-up care and patients who were treated at the scene. At the end there was an open question, in which respondents could express their overall opinion. A total of 306 questionnaires were sent, of which 225 had been sent to patients in follow up treatment and 81 to patients treated at the scene. A total of 109 questionnaires were returned, and the response rate was 36%.

The results were entered into the SPSS-program that provided with average and percentages and figures of the results were also made. After this results were analyzed and compared with earlier similar surveys.

According to the results, patients are satisfied with the services of Kanta-Häme rescue department. The transported patients were somewhat more satisfied with the quality of care, compared to the ones that were treated at the scene. Those who were treated at the scene were most satisfied with the staff appearance and most dissatisfied with how their next of kin or other persons at the scene were treated.

Keywords: Patient satisfaction, paramedical services, quality, ambulance transport, paramedics' professional skills, equipment of paramedic care, Kanta-Häme rescue department

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Ensihoito	6
	2.1 Ensihoidon erityispiirteet	6
	2.2 Ambulanssi työympäristönä	7
	2.3 Potilasturvallisuus ensihoidossa	8
	2.4 Vuorovaikutus ensihoidossa	9
	2.5 Ensihoitoa koskevat lait, asetukset ja muut viranomaismääräykset	10
	2.6 Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialue	12
3	Laatu	13
	3.1 Ensihoidon laatu ja laadunhallinta	14
	3.2 Laadun mittaaminen ja arviointi	16
	3.3 Potilas laadun mittaajana	17
4	Aiemmat potilastyytyväisyyttä käsittelevät työt	18
	4.1 Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen potilastyytyväisyys	18
	4.2 Potilastyytyväisyys ensihoidossa	19
	4.3 Potilastyytyväisyys päivystyspoliklinikalla	20
	4.4 Potilastyytyväisyys vuodeosasto- ja poliklinikkapotilaiden kokemana	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	22
6	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	22
	6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	22
	6.2 Tutkimuksen kohdejoukko	23
7	Tutkimustulokset	24
	7.1 Vastaajien taustatiedot	24
	7.2 Ambulanssihenkilöstön yleinen olemus	25
	7.3 Ambulanssihenkilöstön ammattitaito	26
	7.4 Hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus	28
	7.5 Kuljetetut potilaat	30
	7.6 Kohteessa hoidetut	31
8	Tulosten tarkastelu	32
	8.1 Tulosten keruu	32
	8.2 Tulosten analysointi ja vertailu aiempiin vastaaviin opinnäytetöihin	32
9	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35
	9.1 Eettisyys	36
	9.2 Luotettavuus	37
10	Jatkotutkimukset ja kehittämisehdotukset	39
	Lähteet	41
	Liitteet	44

1 Johdanto

Pelastuslaitos suorittaa asiakastyytyväisyyskyselyn säännöllisin väliajoin ja sen tavoitteena on selvittää, millaista asiakastyytyväisyys on eriteltynä eri aihe- ja toimialueilla ja miten tyytyväisyys on muuttunut vuosien aikana. Se on osa lain vaatimaa ensihoitopalveluiden seuranta. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tarkoituksena on löytää opinnäytetyön kyselyn tulosten pohjalta pelastuslaitoksen alueella parhaiten toimivat ja luotettavimmat menetelmät sekä kehittää niitä yhtenäisemmäksi. Nämä tavoitteet tulevat mahdollistamaan ensihoitopalveluiden tarkkailemisen ja parantamisen. (Santos & Sorsa 2011, 3, 7; Viitamäki 2012.)

Opinnäytetyö pohjautuu Halosen ja Pennasen (2009) sekä Santoksen ja Sorsan (2011) tekemiin opinnäytetöihin. Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyössä selvitettiin Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen toimialueen ensihoitopalveluiden potilastyytyväisyyttä potilaiden kokemana. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä selvitettiin vastaavaa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Hämeenlinnan ja Forssan toimialueilla. (Halonen & Pennanen 2009, 1; Santos & Sorsa 2011, 7.)

Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyössä luotiin ensihoidon palvelun laatua mittaava mittari Kanta-Hämeen pelastuslaitokselle. Samalla se pilotoitiin Riihimäen alueella. Mittarin tarkoituksena on mitata tietyn aikajakson välein potilastyytyväisyyttä ensihoidossa. Santos ja Sorsa (2011) käyttivät kyseistä mittaria omassa opinnäytetyössään. Mittaria ja mittaustapaa kehitettiin samalla hieman, mutta perusrunko ja siten myös vertailukelpoisuus säilyivät. Opinnäytetyössämme käytettiin kyseistä mittaria, mikä takaa tutkimustulosten vertailukelpoisuuden kaikissa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueilla tulevaisuudessa tehtävissä ensihoidon palvelun laatua mittaavissa tutkimuksissa. (Halonen & Pennanen 2009, 1-2; Santos & Sorsa 2011, 3,7; Viitamäki 2012.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen ensihoitopalveluiden laatua potilaiden kokemana. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen ensihoitopalveluiden laatua.

Tässä opinnäytetyössä vertailtiin kuljetettujen ja kohteessa hoidettujen potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueella Forssassa, Hämeenlinnassa ja Riihimäellä sekä aiheesta aiemmin tehtyihin Halosen ja Pennasen (2009) sekä Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetöihin.

2 Ensihoito

Ensihoitopalvelun perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin tasokas hoito sekä tapahtumapaikalla että kuljetuksen aikana. Se on terveydenhuollon päivystystoimintaa kodeissa, työpaikoilla ja julkisilla paikoilla. (Määttä 2013, 14.) Ensihoitopalvelu vastaa hoitolaitosten ulkopuolisten potilaiden kiireellisestä hoidon tarpeen arvioinnista, hoidosta ja tarvittaessa kuljetuksesta jatkohoitopaikkaan (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Pääkkönen & Pousi, Väisänen 2012, 14).

2.1 Ensihoidon erityispiirteet

Viranomaisyhteistyö ensihoidon, pelastustoimen, poliisin ja muiden turvallisuusalan toimijoiden välillä korostuu onnettomuuksissa ja väkivaltatilanteissa. Ensihoitopalvelua ohjaavat terveydenhuollon arvot, lainsäädäntö ja potilaan oikeudet. Lääketieteellinen asiantuntemus on ensihoitopalvelun suunnittelun, käytännön ohjauksen ja valvonnan perusta. (Määttä 2013, 14.)

Sairaanhoitopiirien tehtävänä terveydenhuoltolain 39 § mukaan on ollut järjestää alueensa ensihoitopalvelu 1.1.2013 lähtien. Ensihoitopalvelu suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä terveydenhuollon päivystävien toimipisteiden kanssa muodostaen toimintakokonaisuuden. (Määttä 2013, 14; L 1326/2010.)

Ensihoidon tehtävien kirjo on laaja ja tehtävät vaihtelevat muun muassa rintakipuilevasta sydämen pysähtykseen, kaatumisista väkivaltaan, alkoholipäihtymystilasta hengenvaaralliseen lääkkeiden ja päihteiden yliannostukseen, sosiaalisesta häädystä ja yksinäisyydestä vaikeaan mielenterveyden häiriöön ja lievästä tapaturmasta henkeä uhkaavaan vammaan ja suuronnettomuuteen. (Määttä 2013, 14.)

Ensihoitotehtävien määrän lisääntymiseen ovat osin vaikuttaneet väestön ikääntyminen ja pitkäaikaissairauksien lisääntyminen. Yhteiskunnassamme sekä terveydenhuollossa tapahtuvat muutokset, kuten päivystyspalveluiden keskittäminen, avohoidon lisääntyminen, uudet hoitomuodot, hoitoaikojen lyhentyminen vaikuttavat ensihoidon tehtävämäärään ja luonteeseen. Ensihoidon tehtävien määrän lisääntymiseen ovat osaltaan vaikuttaneet myös, että kansalaiset ovat tänä päivänä tietoisempia ensihoitopalveluista ja omista oikeuksistaan, ensihoito näkyy myös mediassa. Hätäkeskusuudistus on myös kasvattanut ensihoidon tehtävämäärää. (Määttä 2013, 14.)

2.2 Ambulanssi työympäristönä

Ensihoidon työympäristö on aivan erityinen muuhun terveydenhuoltoon verrattuna. Työympäristöinä on vaihtelevasti ambulanssi, potilaan koti, julkinen rakennus tai tila, erilaiset kulkuvälineet tai maasto. Tämä tuo oman haasteensa ensihoidossa työskentelyyn; ahtaat tilat, yleisö, aggressiivinen potilas tai muu paikallaolija, ilmasto, hankalat maasto-olosuhteet sekä pitkät välimatkat. Nykyaikaisen ensihoidon tavoitteena ei ole niinkään potilaan kuljettaminen sairaalaan vaan mahdollisuuksien mukaan hoitaminen kohteessa ja hoidetun potilaan kuljettamista jättäminen. Tämä vaatii osaavia ja hyvin koulutettuja ammattilaisia, laadukkaat, erityisvaatimukset ja viranomaisveloitteet täyttävä ensihoitovälineistö sekä EU-standardit täyttävä ambulanssi. Lisäksi välineiden tulee olla sellaisia, että ne toimivat luotettavasti kaikissa olosuhteissa. Sekä ambulanssissa että hoitovälinelaukuissa välineet on oltava pakattuna niin, että ne ovat helposti ja nopeasti saatavilla. Ihanteellisinta olisi, jos välineet olisivat kaikissa ambulansseissa suunnilleen samoilla paikoilla, jolloin ne olisivat helposti koko ensihoitohenkilöstön saatavilla erityistilanteissa, kuten suuronnettomuuksissa. Vuodesta 2000 lähtien Suomessa käyttöön otettavien ambulanssien on ollut täytettävä eurooppalainen standardiluokitus, joka määrittelee ambulanssin varusteille ja korirakenteelle minimivaatimukset. Näiden määräysten tavoitteena on ensihoitohenkilökunnan sekä potilaiden turvallisuuden takaaminen. (Toikka 2006; Castrén ym. 2012, 54.)

Ensihoidossa vuorossa olevien työntekijöiden vastuulla on joka työvuoron alussa tarkistaa välineistö sekä työyksikön tekninen kunto. Yleinen käytäntö on, että hoitajavuorossa oleva tarkistaa hoitotilan ja kuljettajavuorossa oleva tarkistaa ajoneuvon teknisen kunnan. Tällä pystytään varmistamaan laitteiden ja auton toimintakunto sekä hoitotarvikkeiden riittävyys. Kaikki irtovälineet on kiinnitettävä paikoilleen, jotta ne eivät kuljetuksen aikana putoa paikoiltaan. Lisäksi olisi hyvä miettiä välineiden sijoitusta, jotta ne olisivat helposti saatavilla käyttöön kuljetuksenkin aikana. (Castrén ym. 2012, 54-55.)

Suurilla alueilla on tapana erottaa ensihoito ja sairaskuljetukset toisistaan, mikä ei pienemmillä paikkakunnilla ole mahdollista. Tällöin ensihoitoyksiköt hoitavat myös siirtokuljetukset. Usein potilas siirretään toiseen hoitolaitokseen erityisosaamisen tarpeessa, mutta myös paikkapula voi olla syynä siirtoon. Myös hoitolaitosten väliset kuljetukset määritellään kiireellisyyden mukaan, jonka määrittää hoidontarve. Akuutisti sairastuneet sekä vakavasti vammautuneet tarvitsevat jatkuvaa monitorointia sekä tukihoidoja. Kuljetus lisää stressiä, ja peruselintoimintojen hoito ahtaassa kuljetusajoneuvossa on haastavaa. Kuljettavalle yksikölle on tärkeää antaa kaikki tiedot potilaasta, hänen hengityksestään, lääkityksestään, siirron syystä, peruselintoiminnoista ja mahdollisista muista huomioitavista erityistekijöistä. (Puolakka 2013, 694.)

2.3 Potilasturvallisuus ensihoidossa

Ensihoidon palveluita käyttävä potilas odottaa tutkimuksen ja hoidon olevan turvallisia ja lisähaittaa aiheuttamattomia. (Kuisma 2013, 63; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 7). Laajemmin potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden turvallisuutta, mikä terveydenhuollon ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteiden ja toimintakäytäntöjen avulla varmistetaan. Tämä tarkoittaa myös sairauksien ehkäisyä, diagnosoinnin, hoidon, kuntoutuksen ja lääkehoidon turvallisuutta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 7.)

Kansallisen potilasturvallisuusstrategian 2009-2013 mukaan potilasturvallisuutta lisätään taakamalla potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen; potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla; vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan; potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin; sekä potilasturvallisuutta huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 8.)

Terveydenhuollon toimintayksiköllä tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma. Se voidaan laatia joko erikseen jokaiseen toimintayksikköön (sairaanhoitopiiri, pelastuslaitos, yksityinen ensihoitopalvelua tuottava yritys) tai koko ensihoidon järjestämisalueelle niin, että huomioidaan eri toimintayksiköiden erityispiirteet. Käsiteltävät osa-alueet ovat johtaminen ja vastuunhenkilöt; henkilöstöjohtaminen ja avoin turvallisuuskulttuuri; henkilöstön osallistuminen; henkilöstön perehdyttäminen; potilaan ja läheisten osallistuminen; laadunhallinta-asiakirjat; turvallisuusriskien hallinta, dokumentointi ja tiedonkulku; raportointi ja ilmoitusjärjestelmät sekä korjaavat toimenpiteet; ja alueellinen yhteistyö. (Kuisma 2013, 63-64; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 11.)

Valvontaviranomaisille Suomessa osoitettujen kanteluiden ja Potilasvakuutuskeskukselle osoitettujen potilasvahinkoilmoitusten määrästä ja sisällöstä voidaan välillisesti päätellä, ettei vakavien potilasturvallisuutta vaarantaneiden ja haittaa aiheuttaneiden tilanteiden määrä ensihoidossa ole suuri. Nämä tilastot eivät kuitenkaan kerro läheltä piti - tilanteiden määrää. HaiPro- ja vastaavat haitta- ja vaaratilanneilmoitusjärjestelmät ovat vasta tekemässä tuloaan ensihoitoon, eikä niiden perusteella voida vielä tehdä luotettavia johtopäätöksiä. (Kuisma 2013, 63.)

Ensihoitoyksikön laitteiden toimintakuntoisuus, niiden toiminta-ajan riittävyys sekä lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden tarvittava määrä on varmistettava. Lääkkeenannossa on varmistettava oikea lääke, annos ja antotapa. Sisäisessä viestinnässä ensihoitohenkilöstön on käytettävä selkokieltä ja varmistettava viestien perille meno ja oikeinymmärrys. Kohteesta ajoneuvon

siirtäessä - kävellen, kantotuolilla tai paareilla - potilaan tilan lisäksi on huomioitava itse siirtoon liittyvät riskit, kuten liukkaus, potilaan paino, paareilla kantaminen esimerkiksi kierreportaissa ja siirtoon tarvittava aika. Ajon aikana potilaan on oltava kiinnitettynä turvavöillä. Hälytysajokuljetuksessa on huomioitava turvallinen ja ennakoiva ajotapa. Kuljettamattajätämispäätöksiä tehdessä huomioidaan yksilöllisesti ratkaisun turvallisuus potilaan kannalta. Harkintaa tulee käyttää omaisten mukaan ottamisesta ambulanssiin kuljetuksen ajaksi. Lapsi- tai aikuispotilas voi tarvita kuljetuksen ajaksi tulkin tai tukihenkilön. (Kuisma 2013, 65.)

2.4 Vuorovaikutus ensihoidossa

Hyvän auttamistyön perustana on toimiva vuorovaikutus. Hoitotyössä ollaan tekemisissä ihmisten kanssa, joiden arvot ja maailmankuva eriävät omasta. Lähtökohtana potilasohjauksessa pidetään potilaan arvoja, asenteita ja normeja, joita rajoittavat yhteisesti sovitut säännöt. Huomiota tulee kiinnittää vuorovaikutuksessa eleisiin, ilmeisiin, asentoon sekä etäisyyteen ja katsekontaktiin, sillä ne kertovat enemmän kuin sanallinen viestintä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 28.) Potilas-hoitajasuhteessa molemmat osapuolet ovat tasavertaisia yhteisön jäseniä. Vuorovaikutuksessa olemisella, tekemisellä ja sanomisella vaikutetaan toiseen ihmiseen. Luottamuksellinen hoitosuhde perustuu rehellisyyteen, keskinäiseen kunnioitukseen ja avoimuuteen. Hoitosuhde päättyy potilaan hoidon tarpeen päättyttyä. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 28-29.)

Sairastumisen äkillisyys, vakavuus ja hengenvaarallisuus vaikuttavat potilaan sairastumiskokemukseen. Usein ennakoimattomat oireet ja tapahtumat puuttuvat äkillisen sairauden ilmetessä. Potilaalle ja hänen läheisilleen tilanne voi muodostua kriisiksi, joka nostaa pintaan erilaisia tunteita ja odotuksia. Ensihoitajalta vaaditaan työssään empaattisuutta, johon kuuluvat ystävällinen käytös, tuttuus, lämpimyys, myötätuntoisuus, iloisuus ja aito kiinnostus ja halu toimia potilaan avuksi. (Sillanpää 2013, 748-749.)

Toiminnallisessa ensihoitotehtävässä, muun muassa potilaan peruselintoimintojen häiriössä tai elottoman elvytystilanteessa, ei noudateta normaalia vuorovaikutuksellista kaavaa. Tällöin pelkästä empatiasta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ei ole hyötyä. Tärkeintä on toimia nopeasti ja määrätietoisesti kuitenkin muistaen valmiudet inhimilliseen toimintaan ja muiden läsnäolijoiden huomiointiin. Intiimille alueelle mentäessä on potilaalle tärkeää kertoa, mitä tehdään ja miksi. On otettava huomioon potilaan pelot, jännitys ja häveliäisyyden tunteet. Vaikka kyseessä olisikin vaativa toiminnallinen ensihoitotehtävä, määrätietoinen käyttäytyminen, eleet, ilmeet ja katseet ovat luottamuksen herättämisessä suuressa roolissa. (Castrén ym. 2012, 76-77.)

Palvelullisesti vaativissa ensihoitotilanteissa vuorovaikutustaidot saavat huomattavamman osan kuin edellä mainitut toiminnalliset tehtävät. Liian nopeaa siirtymistä henkilökohtaiselle alueelle kannattaa välttää mahdollisesti potilaassa heräävän uhkaavuuden tai hyökkäävyyden tunteen vuoksi, kun hoidettavan potilaan vaiva on psyykinen. Tällöin lähestyminen kannattaa aloittaa sosiaaliselta alueelta. Luottamusta herättävä, rauhallinen sekä hätäilyä ja epävarmuutta välttävä lähestymistapa on suositeltava. Hyvät tavat ja kohtelias käytös viestivät ammattitaitoisesta ja sivistyneestä ensihoidon ammattilaisesta. (Castrén ym. 2012, 77.)

2.5 Ensihoitoa koskevat lait, asetukset ja muut viranomaismääräykset

Asetus ensihoitopalvelusta sekä terveydenhuoltolaki ovat korvanneet sairaankuljetusasetuksen sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolain. Lisäksi muutkin terveydenhuoltoa koskevat lait, asetukset, viranomaisohjeet, periaatteet, arvot, oikeudet ja velvollisuudet koskevat ensihoitopalvelua sekä sen työntekijöitä. Pelastajan toimiessa ensihoitopalvelussa samat asiat pätevät myös häneen. (L 340/210.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän suunnittelemaan ja toteuttamaan ensihoitopalvelun yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa. Sairaanhoitopiiri voi hoitaa toiminnan itse, yhteistyössä alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa tai hankkimalla palvelun muulta palveluntuottajalta. Ensihoitopalveluun kuuluu ensisijaisesti äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tekemässä ensihoidon palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset asiat sekä sisältö. Lisäksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on sovittava ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä. Ensivastetoiminta voidaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän niin halutessaan sisällyttää osaksi ensihoitopalvelua. (L 1326/2010; L 340/2011.)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä muun muassa vastaa ensihoitovalmiuden ylläpidosta ja toiminnasta, johtaa operatiivista toimintaa, laatii potilaiden hoitoon ohjaus ohjeet ja hälytysohjeet hätäkeskukselle, vastaa väestön neuvonnasta ja tiedonsaannista ensihoitopalveluun liittyen sekä laatii ensihoitotilastoja. (L 340/2011.)

Hätäkeskus jakaa ensihoidon hälytystehtävät tehtävän riskinarvioinnin perusteella neljään kiireellisyysluokkaan. A-luokan tehtävä on *”korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä”*. B-luokan tehtävä on *”todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä”*. A- ja B-luokan tehtävissä potilaat yritetään tavoittaa vähintään ensivasteyksikkötasoisella yksiköllä 8 tai 15 minuutin sisällä hälytyksestä. C-luokan tehtävässä *”avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi”*. Sekä D-luokan tehtävässä *”avuntarvitsijan tila on*

vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä". C-luokan tehtävissä vasteaika on 30 minuuttia ja D-luokan tehtävissä kaksi tuntia hälytyksestä. (L 340/2011.)

Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa sekä sen henkilöstöä. Ensivasteyksikössä toimivalla henkilöstöllä on oltava vähintään kahdella henkilöllä ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Perustason ensihoidon yksikössä ainakin toisen henkilöstä on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetussa laissa (L1200/2007) määritelty laillistettu ammattihenkilö tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Hoitotason yksikössä ainakin toisen henkilön on oltava *"ensihoitaja AMK tai... laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen opintokokonaisuuden"* ja toisen henkilön on oltava vähintään edellä kuvatuin perustein perustasolle kelpoinen henkilö. (L 340/2011.)

Jokaisessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava ensihoidosta vastaava lääkäri, joka johtaa alueen ensihoitopalvelua ja sen toimintaa. Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen määrittämä päivystävä ensihoitolääkäri vastaa hoito-ohjeiden antamisesta alueen ensihoidon kenttäjohtajille ja muulle ensihoidon henkilöstölle. Lisäksi jokaisella sairaanhoitopiirillä on oltava 24 tuntia vuorokaudessa toimivat ensihoitopalvelun kenttäjohtajat, jotka ovat sairaanhoitopiirinsä ensihoitopalvelun tilannejohtajia ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa. (L 340/2011.)

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Hoito on järjestettävä ihmisarvoa loukkaamatta sekä potilasta kunnioittaen. Lisäksi potilaan yksilölliset tarpeet on otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon mahdollisuuksien mukaan. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitoaan koskevassa päätöksenteossa sekä oikeus tarkistaa häntä koskevat potilasasiakirjat. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaan kieltäytyessä tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei sairautensa vuoksi kykene itsenäisesti päättämään hoidostaan, on potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista kuultava. Jos yhteisymmärrykseen ei päästä, on potilaalle annettava henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito. (L 785/1992.)

Mielenterveyslain mukaan täysi-ikäinen henkilö voidaan toimittaa omasta tahdostaan riippumatta hoitoon, jos henkilö on mielisairas, jos hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään,

turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta sekä, jos muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömiä. Alaikäisen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon määräämiseen riittää kevyemmät perusteet. (L 1116/90.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L1200/2007) määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön henkilöksi joka on laillistettu ammattihenkilö tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Valvira voi kuitenkin hyväksyä nimikesuojan sellaistenkin henkilöiden kohdalta, joilla on riittävä kokemus, koulutus ja ammattitaito; esimerkiksi pelastajat voivat toimia terveydenhuollon edustajina ensihoitotehtävissä. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöä sitoo salassapitovelvollisuus asioista, joita hän kohtaa työssään. Salassapitovelvollisuus jatkuu työsuhteen päättymisen jälkeenkin. (L1200/2007.)

Hätäkeskuslaitoksen alueena on koko Suomi, Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Hätäkeskuslain mukaan hätäkeskuksen tehtävänä on edistää väestön turvallisuutta, järjestää hätäkeskuspalvelujen tuottaminen ja parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Lain mukaan ”ainoastaan hätäkeskus voi ottaa vastaan hätäpuheluita, käsitellä niitä ja tehdä riskien arvioinnin”. (L 692/2010.)

Lastensuojelulain tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Pykälän 25 mukaan hoitohenkilökunta on velvollinen salassapitosäännösten estämättä viipymättä tekemään tällä perusteella lastensuojeluilmoituksen jos se tehtävässään havaitsee lapsen terveydelle ja kehitykselle haitallisen olosuhteen. (L 417/2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) Päihtyneen henkilön akuuttihoito -ohjeiden mukaan asiakkaan päihtymystila ei saa olla esteenä akuuttihoidon tarpeen arvioinnille ja hoidon järjestämiselle eikä asianmukaiselle palvelulle ja kohtelulle. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006.)

Sosiaalihuollon viranomaisella on oikeus saada tehtäviensä suorittamiseksi tarpeellista virka-apua muilta viranomaisilta mukaan lukien ensihoitohenkilöstö. Virka-avun antajaan ei päde tässä tilanteessa salassapitovelvollisuus. Tämän vuoksi virka-avun antajan on ilmaistava sosiaalihuollon viranomaiselle virka-aputehtävän suorittamisen kannalta tarpeelliset tiedot. (L 812/2000.)

2.6 Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialue

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tehtävänä on tuottaa asiakkailleen heidän tarvitsemiaan ja mitoittamiaan palveluita. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toiminta-alueen muodostavat alueen 11 kuntaa: Forssa, Hattula, Hausjärvi, Humppila, Hämeenlinna, Janakkala, Jokioinen, Loppi, Riihimäki, Tammela ja Ypäjä. Pelastuslaitos tuottaa terveydenhuoltolain perusteella Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kanssa tekemänsä sopimuksen mukaan ensihoitopalveluita näille alueille. Potilaat kuljetetaan oireiden, löydösten ja asuinpaikan perusteella Kanta-Hämeen Sairaanhoitopiirin keskussairaalan yksiköihin tai terveyskeskuksiin. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2013; Kanta-Hämeen Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, 2013; Viitamäki 2012.)

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen johdossa on pelastusjohtaja ja kaksi pelastuspäällikköä. Ensihoitopalveluista vastaa ensihoitopäällikkö ja ensihoidon operatiivisesta toiminnasta lääkintäpäällikkö. Lisäksi jokaisella ensihoidon kolmesta alueesta on oma ensihoitoesimiehensä. Kanta-Hämeen pelastuslaitos hoitaa ensihoitopalvelut, mukaan lukien ensivastetoiminnan koko Kanta-Hämeen alueella. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Hämeenlinnan paloasemalla asemapaikkaansa pitää Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kenttäjohtaja, EKH01L4, jonka tehtävänä on toimia ensihoidon operatiivisen toiminnan johtajana koko maakunnan alueella. Samalla hän toimii myös Hämeenlinnan seutukunnan päätoimisen ensihoitohenkilöstön lähiesimiehenä. Ensihoitopalveluiden sidosryhmiä ovat hätäkeskus, hoitolaitokset, pelastustoimi, poliisi, sosiaalitoimi sekä muu terveydenhuolto. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2013; Viitamäki 2012.)

Riihimäen seudun terveyskeskus-päivystys siirtyi vuoden 2012 tammikuussa Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön tiloihin. Kesäkuussa 2012 Riihimäen alueen yöpäivystys (22-8) loppui ja sekä 2012 lokakuun alussa Riihimäen alueelta loppui kokonaan erikoissairaanhoidon päivystys. Tällä hetkellä Riihimäen seudun terveyskeskuksen yöpäivystys sekä erikoissairaanhoidon päivystys toimii Hämeenlinnan keskussairaalan päivystyksen yhteydessä. Riihimäen seudun terveyskeskuksen päivystyksessä hoidetaan kaikki kiireellistä hoitoa vaativat potilaat. (Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä-2013.)

3 Laatu

Laatu on tärkeä osa ensihoitopalvelun arvomaailmaa. Laatu käsitteenä tarkoittaa palvelun virheettömyyttä, vähäistä vaihtelua, toiminnan kehittämistä sekä erinomaisuuteen pyrkiminen. Laadun voidaan sanoa liittyvän kaikkeen, jossa pyritään parempaan. Laatua tarkkaillaan seuraamalla palvelun tai tuotteen vaihtelevuutta sekä poikkeamia. Laadunhallinnan tärkein periaate on asiakaslähtöisyys. Myös laki määrää laatua etenkin sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Kuisma & Hakala 2013, 66-67.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä pykälän 1 mukaan, lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua: varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, pätevyys ja muut valmiudet, järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa sekä helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (L 559/ 1994.)

3.1 Ensihoidon laatu ja laadunhallinta

Ensihoito on melko uusi terveydenhuollon toimiala, joten vasta viime vuosina on syntynyt yksimielisyys siitä, kuinka tuloksia tulisi mitata, analysoida ja esittää. On myös päästy yhteisymmärrykseen laadukkaan ensihoitojärjestelmän tunnusmerkeistä. Laadukkaaseen ensihoitojärjestelmään kuuluu yhtenäinen hätänumero. Työnjako riippuu koulutuksesta ja osaamisesta. Hoitotulokset perustuvat hoitoketjun saumattomuuteen ja lyhyeen vasteaikaan. Lääkärijohtoisuus ensihoidossa tuottaa myös parempia hoitotuloksia kuin muut muodot. Tämä johtuu ohjaamisesta, konsultoinnista, koulutuksesta, valvonnasta ja tutkimuksesta eikä niinkään lääkärin operatiivisesta toiminnasta. Tärkeänä pidetty on myös yhtenäinen ensihoitojärjestelmä, jossa tehtävänjako on selkeä. (Määttä 2013a, 27-28.)

Ensihoidon palvelutason määrittää terveydenhuoltolaki. Se myös velvoittaa sairaanhoitopiirejä turvaamaan ensihoitopalvelun saatavuuden ja toimivuuden alueella tasapuolisesti. Tärkeää on nopea ja oikean hoidon tarpeen arviointi sekä oikein suunnattu resursointi. Periaatteena on turvata palvelutarpeeltaan samankaltaisille alueille samantasoinen palvelu, tuottaa käytössä olevilla resursseilla hoitopalvelua mahdollisimman tehokkaasti ja tavoittaa valtaosa ensihoitopalvelua tarvitsevista alueellisesti määritellyssä enimmäisajassa. (Etelälahti 2013, 30.)

Palvelutasoa ja sen toteutumista tulee seurata säännöllisin väliajoin. Seurannasta saatuja tuloksia käytetään ensihoidon laadun ja saatavuuden, tavoitteiden toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden seurannassa. Tietoja käytetään myös toiminnan kehittämisessä sekä tutkimustyössä. Tuloksia tarkastellaan myös seurantaraportissa, jossa seurataan sairaanhoitopiirin tai mahdollisesti pienemmän alueellisen kokonaisuuden väestöllisiä tavoittamisosuuksia. Raportissa käydään läpi toiminta-alueen perustiedot, riskiluokitustiedot sekä tavoittamisosuuksien toteutuminen verrattuna palvelutasopäätöksen tavoitteisiin. (Etelälahti 2013, 34-35.)

Terveydenhuoltolain, pykälän 8 mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on myös oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta, jossa on otettava huomioon

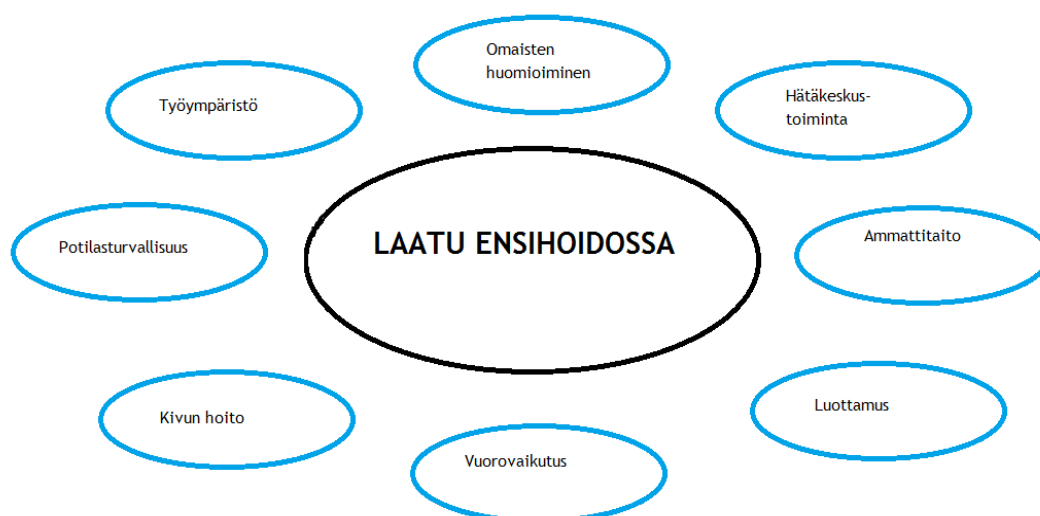
potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (L1326/2010.)

Hyvän hoidon määrittämiseksi on huomioitava potilaan palvelutarpeet ja odotukset, omaisten näkökulma, palvelun tilaajan, ostajan ja rahoittajan asettamat vaatimukset. Tulee myös huomioida johto ja sen näkemykset sekä odotukset, työntekijöiden oma käsitys hyvästä hoidosta, tutkimuksen ja tieteen vaatimukset ja vaikuttavat ja näyttöön perustuvat menetelmät, kokemukset hyvistä toimitavoista ja ratkaisuista sekä lakien, suositusten ja asetusten velvoitteet. (Kuisma & Hakala 2013, 74.)

Laadunhallinnan avulla voidaan tuottaa asiakaslähtoisempää palvelua, parantaa potilasturvallisuutta, vähentää kustannuksia, lisätä henkilökunnan työtyytyväisyyttä sekä -turvallisuutta, lisäksi on mahdollista parantaa hoidon tuloksia (Kuisma & Hakala 2013, 69-70). Laadunhallinnan viisi keskeisintä tekijää on yhteiset toimintaperiaatteet (arvot, visiot), palvelun hallinta, asiakassuuntautuneisuus, laadun arviointi sekä tehdä laadunhallinnasta osa jokapäiväistä toimintaa. Laadunhallinnan toteutumisen kannalta on tärkeää, että kaikki tietävät yhteiset toimintaperiaatteet. On tärkeää, että koko organisaatiolla on yhteiset toimintaperiaatteet, arvot ja visiot tulevaisuudesta ja miten visiot toteutetaan. (Kuisma & Hakala 2013, 69-70.)

Laadunhallinta on suurimmaksi osaksi prosessien hallintaa. Prosessilla tarkoitetaan kaikkia eri toimenpiteitä ja niihin liittyviä menetelmiä ja voimavaroja, joilla loppujen lopuksi saadaan aikaan haluttu palvelu. Kun hallitsee nämä osa-alueet, on laatua helpompi tarkkailla. Työntekijöiden laadunhallintaa auttaa myös prosessien avaaminen, näin kaikki tietävät oman työntehtävänsä ja voidaan myös luoda yhteiset pelisäännöt. Tämän avulla on myös helppoa tarvittaessa muokata toiminnan käytäntöjä. (Kuisma & Hakala 2013, 78-79.)

Alla olevassa kaaviossa on kuvailtu ensihoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä.



Kuvio 1. Laatu ensihoidossa. Mukailten Halonen ja Pennanen (2009).

3.2 Laadun mittaaminen ja arviointi

Laadunhallinta edellyttää tietoon perustuvaa ja luotettavaa toiminnan seurausta, mittaamista, vertailua ja arviointia. Arviointi auttaa organisaatiota kehittymään. Arviointiin on eri menetelmiä, mutta ensihoidon arviointiin suositellaan prosessiauditointia sekä itsearviointia. (Kuisma & Hakala 2013, 80.)

Prosessiauditointi on puolueeton ja järjestelmällinen tutkinta, jossa tarkastellaan, miten prosessit on kuvattu, onnistuvatko ja toimivatko ne, mitkä ovat lopputulokset ja miten tulokset ovat kehittyneet aikaisemmasta. Lopuksi arvioidaan ohjeistusten ja sovellusten muutostarpeita. Prosessiauditoinnin voi suorittaa henkilö, joka saa ohjaustukea sekä ohjeet tietosuojasta, eikä ulkopuolista tahoja tarvita. (Kuisma & Hakala 2013, 80.)

Itsearviointia käytetään ensihoitopalveluiden arviointiin vähintään kerran kahdessa vuodessa. Tavoitteena on, että organisaatio tunnistaa omat parantamisalueensa sekä vahvuutensa ja pystyy niiden perusteella parantamaan toimintaansa ja palveluitaan. Itsearviointiin negatiivinen puoli on puolueellisuus ja sokeus omaan toimintaan kohdistuvassa arvioinnissa. Siihen tulee osallistua henkilökuntaa, johtoa ja yksi henkilö kaikista prosessin vaiheista. Itsearviointiin on otettava huomioon menetelmä, millä asiaa hallitaan, ovatko menettelytavat toteutuneet, onko suorituskyky kehittynyt sekä miten menettelyä ja sen soveltamista voidaan parantaa. (Kuisma & Hakala 2013, 81.)

Viivemittari ja viiveseuranta ovat saaneet suuren osan ensihoidon laadunarvioinnissa. Monesti keskitytään vain siihen, kuinka nopeasti potilaan luokse tai tapahtumapaikalle päästään ja näin jätetään huomioimatta muut ratkaisevat tekijät. Nopeus määrittääkin usein ensihoidon palvelun laadun, vaikka nykyään myös muille tekijöille on annettu enemmän arvoa. (Kuisma & Hakala 2013, 81.)

3.3 Potilas laadun mittaajana

Hoidon vaikuttavuutta potilaaseen on tärkeintä arvioida. Hoidon laadun arvioijana ja asiantuntijana toimii potilas itse. Ensihoito on asiantuntijapalvelu, joten sitä ei kuitenkaan voida vapaasti muokata asiakastyytyväisyyden ja omien valintojen perusteella. (Kuisma & Hakala 2013, 69.)

Potilastyytyväisyys on osa terveydenhuollon laatua. Potilaalle ei saa aiheutua vaaraa unohduksen, lipsahduksen, huolimattomuuden tai vahingon takia. Potilasturvallisuuteen kuuluu myös hoitoyksikön periaatteet, käytännöt ja hyvät periaatteet, joiden avulla ehkäistään vahinkoja ja niiden riskejä. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (2013) mukaan potilasturvallisuus potilaan näkökulmasta tarkoittaa sitä, että hän saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla mistä ei koidu hänelle haittaa. Potilasturvallisuus varmistetaan myös terveydenhuollossa toimivien työntekijöiden, toimintayksiköiden sekä organisaatioiden periaatteiden ja toimintakäytäntöjen myötä (Kuisma 2013, 63-64; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2013). Johdon on korostettava potilasturvallisuutta kaikissa työvaiheissa sekä varmistaa työntekijöille sellaiset työolot, että työ voidaan toteuttaa turvallisesti sekä laadukkaasti (Kuisma 2013, 63).

Monesti potilaat korostavat auttajien empaattisuuden tärkeyttä. Empaattisuudella tarkoitetaan ystävällistä käytöstä, iloisuutta, lämpimyyttä, myötätuntoa, aitoa kiinnostusta ja halua auttaa potilasta. Hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllisyys, voimavarat ja ainutkertaisuus ja hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti. Hoitosuhteen tavoite on pelastaa potilas sekä hyvän voinnin ja terveyden edistäminen. Ensihoitajan työhön kuuluu myös potilaan voimavarojen vahvistaminen haastavissa tilanteissa, jotka uhkaavat potilaan terveyttä. Hoitajan tulee kunnioittaa potilasta ja hänen arvoaan. On tärkeää, että potilas saa tietää kaikista toimenpiteistä, joita hänelle mahdollisesti tehdään. Potilaalle on tärkeää luoda tunne siitä, että kaikki tehdään hänen pelastamiseksi. Lisäksi hoitajan tulee tarjota aitoa lohdutusta ja antaa toivoa selviytymisestä. (Sillanpää 2013, 749-750.)

Potilaan odotuksena on kokea turvallisuuden tunne, läheisyyttä, avun saaminen, tiedon saanti jokaisesta hoidon vaiheesta sekä mahdollisuus osallistua päätöksiin hoidosta ja saada toivoa selviytymisestä. Tiedonanto potilaalle on oltava selkeää, jotta hän voi vaikuttaa hoitoonsa.

Luottamus syntyy potilaan tietäessä, että ensihoitaja osaa työnsä. Myös kivun, pelon, ahdistuksen ja tuskan tunnistaminen ja lievittäminen ovat avaintekijöitä turvallisuuden tunteen luomisessa. Läheisyys ja välittäminen sekä omaisten huomiointi lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. Myös ajallaan saatu hoito lisää sekä turvallisuutta että todennäköisyyttä selvitä. Tämän takia ensihoitajan koulutus ja työkokemus ovat tärkeitä, jotta hän voi arvioida potilaan hoidon kiireellisyyden. (Sillanpää 2013, 749-750.)

4 Aiemmat potilastyytyväisyyttä käsittelevät työt

Polikliinisen akuuttihoidon tyytyväisyyttä on tarkasteltu useammassakin pro gradu - tutkimuksessa (mm. Saarinen 2007; Kaartinen 2003; Swain 2012), mutta sairaankuljetuksen arviointia on löydetyn lähdemateriaalin mukaan vähäisempää. Swain (2012) ja Lehtoranta (1998) toteavatkin, ettei potilaiden kokemuksia saamastaan ensihoidosta ole juurikaan tutkittu ja tehdyt tutkimukset ovat pääasiassa ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä tai lääketieteellisiä tutkimuksia.

4.1 Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen potilastyytyväisyys

Halosen ja Pennasen (2009) tutkimuksen ensimmäinen teema käsitteli ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta, mikä sisälsi kolme eri väittämää, joita potilaat arvioivat asteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5=paras). Koko teeman yhteinen keskiarvo oli 4,7. Toinen teema käsitteli henkilökunnan ammattitaitoa. Koko teeman keskiarvo oli 4,7. Kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon ja määrätietoisuuteen. Ainoa kritiikki oli omaisten tiedonsaannin vajavuus läheisensä hoitopaikasta. Kolmas teema sisälsi viisi väittämää hoitotapahtuman yksilöllisyydestä ja ainutkertaisuudesta. Koko teeman väittämien keskiarvo oli 4,6. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä palvelun saannin nopeuteen. Lähes kaikki olivat tyytyväisiä kipujen ja muiden vaivojen hoitamiseen. Neljäs teema käsitteli jatkohoitopaikkaan kuljettuja. Koko teeman keskiarvo oli 4,6. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä ambulanssin tilojen siisteyteen, muut eivät osanneet vastata tai eivät vastanneet lainkaan. Viimeinen teema käsitteli kohteessa hoidettuja. Koko teeman keskiarvo oli 4,6. (Halonen & Pennanen 2009, 26-43, 44-47.)

Santoksen ja Sorsan (2011) tutkimuksen mukaan tyytyväisimpiä olivat kohteessa hoidetut potilaat niin Hämeenlinnassa kuin Forssassa. Tutkimuksen keskiarvoksi, arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5=paras), muodostui yli 4 jokaiseen teemaan ja väittämään. Suurimman keskiarvon antoivat kuljettamatta jätetyt potilaat: keskiarvo oli Hämeenlinnassa 4,7 ja Forssassa 4,6. Pienimmän keskiarvon teemoista saivat hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus: Hämeenlinna 4,4 ja Forssa 4,4. Yksittäinen alhaisin arvo 4,1 (Hämeenlinna) oli väittämälle omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon. Forssassa kyseisen väittämän

keskiarvo oli 4,3. (Santos & Sorsa 2011, 48-49.)

Ensimmäisen teema käsitteli ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta. Sekä Hämeenlinnan, että Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle, arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) muodostui 4,5. Vapaa sana - osion vastauksista tulkittiin kuitenkin, ettei vastaaja aina kommentoinut pelkästään kyseistä sairaankuljetustapahtumaa vaan myös aikaisempia kokemuksia. Toinen teema käsitteli ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoa. Sekä Hämeenlinnan, että Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5. Hämeenlinnassa tyytymättömyimpiä oltiin omaisten huomioon ottamiseen. Kolmas teema käsitteli hoitotapahtuman yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Sekä Hämeenlinnan, että Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,4. Neljäs teema käsitteli kuljetettuja potilaita. Hämeenlinnan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,6. Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5. Viides teema käsitteli kuljettamatta jätettyjä potilaita. Hämeenlinnan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,7. Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,6. Teema sai korkeimman keskiarvon sekä Hämeenlinnan että Forssan alueella. (Santos & Sorsa 2011, 25-48, 50-57)

4.2 Potilastyytyväisyys ensihoidossa

Uuden Seelannin terveysministeriö laati vuonna 2009 kiireellisen hoidon järjestelmän (UCC= Urgent Community Care) Wellingtonin alueen ensihoitoon. Tutkimukseen valittiin kokemuksen ja taidon perusteella laajennetun hoidon ensihoitajat (ECP = Extended Care Paramedics). Järjestelmän tarkoituksena oli kouluttaa näitä ensihoitajia tarjoamaan laajempaa hoitoa potilaille ja näin välttää päivystyksen ruuhkautumista. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Uuden Seelannin ensimmäisestä laajennetun hoidon ensihoitajista (ECP) ennen koulutuksen laajentamista muille seuduille. Tutkimukseen osallistui 100 potilasta, 50 laajennetun hoidon ensihoitajien hoitamia (ECP = Extended Care Paramedics) ja 50 standarditason ensihoitajien hoitamia (EAS = Emergency Ambulance Service). Vastajat jaettiin päivystykseen kuljetettuihin ja kohteessa hoidettuihin. Kuljetettujen tuloksia tarkasteltiin vielä viikon ajan ensihoidon jälkeen, jotta selviäisi, palasivatko he hoitoon ja mistä syystä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, oliko potilaiden mielestä UCC:n laatima ensihoidon palvelumalli tervetullut, tehokas ja oliko kahden eri ryhmän ensihoidossa jotain eroa. Tuloksista ilmeni, että potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Kaikki paikan päällä hoidetut potilaat kokivat saaneensa tarpeeksi tietoa omasta hoidostaan. Viisi kuljettamatta jätetyistä ECP-hoitoa saaneista olisivat mieluummin menneet päivystykseen. Suurin osa paikan päällä hoidetuista koki saaneensa tarpeeksi tietoa siitä, mitä heidän tulisi tehdä oman voinnin huonontuessa ja parantumisprosessin pitkittyessä. 24 % ECP-hoitoa

saaneista joutui menemään lääkärin vastaanotolle viikon sisällä hoidosta. (Swain 2012, 175-180.)

Suriyawongpaisalin, Tansirisithikulin ja Srithamrongsawatin (2012) tutkimuksessa selvitetään hoidon laatua potilaan näkökulmasta. Tutkimuksessa kartoitettiin thaimaalaisten potilaiden kokemuksia ensihoidosta ja sairaalapäivystyksestä. Tutkimus suoritettiin päivystyspoliklinikoilla 14 julkisessa sairaalassa Thaimaassa. Melkein kaikki potilaat olivat tyytyväisiä ja suosittelisivat palveluita. Yleisin tyytymättömyyden aihe oli hoitoon pääsy ja kivunhoito. Potilastyytyväisyys ensiapupalveluihin julkisissa sairaaloissa on korkea. Kuitenkin parannettavaa löytyy vapaaehtoisten suorittamassa ambulanssipalvelussa, hoitoon pääsyn odotusajan lyhentämisessä ja kivunhoidossa. Laadun parantamisessa edulliset potilaskyselytutkimukset ja hoitotilastojen katsaukset voisivat olla hyödyllisiä. (Suriyawongpaisal, Tansirisithikul & Srithamrongsawat 2012.)

Lehtorannan (1998) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata äkillisesti sairastuneen potilaan kokemuksia saamastaan ensihoidosta. Haastattelun teemoina olivat ensihoito ja ensihoitotyöntekijä. Tulosten teemoina olivat tyytyväisyys ja tyytymättömyys ensihoitoon ja tyytyväisyys ensihoitotyöntekijään, joista muodostettiin kuvaus hyvästä ensihoidosta. Yhteenvedon voidaan todeta, että hyvään ensihoitoon vaikuttavat potilaan kokemus turvallisuudesta ja kokemus siitä, että hänestä pidetään huolta ja häneen suhtaudutaan kunnioittavasti. Tärkeää on myös pitää kivut poissa ja huomioida omaiset. Hoitoympäristön tulisi myös olla olosuhteet huomioon ottaen miellyttävä. (Lehtoranta 1998, 17-28.)

4.3 Potilastyytyväisyys päivystyspoliklinikalla

Saarin (2007) pro gradu -tutkimuksessa tutkittiin potilaiden käsityksiä saamansa hoidon laadusta HYKS Jorvin sairaalan ja HYKS Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikoilla. Tutkimusaineisto koottiin Hyvä hoito -mittarilla sekä potilaspalautteista. Potilaat olivat keskimäärin tyytyväisiä saamaansa hoitoon kaikilla osa-alueilla. Etenkin ammatillistekniseen osaamiseen oltiin tyytyväisiä. Ainoa negatiivinen palaute tuli hitaasta kivunlievityksestä. Vuorovaikutusta kuvailtiin joustavaksi, mukavaksi, välittäväksi, huolehtivaksi sekä ystävälliseksi. Avoimen kysymyksen vastauksissa mainittiin kuitenkin myös henkilökunnan huonosta käytöksestä, kehnosta kohtelusta sekä puutteellisesta kielitaidosta. Opetukseen ja ohjaukseen oltiin keskimäärin tyytyväisiä. Suurinta tyytymättömyyttä aiheuttivat odottaminen ja siitä sekä hoitoprosessin etenemisestä saatu väärä informaatio. Yleisesti tyytymättömimpiä saamansa hoidon laatuun olivat potilaat, jotka olivat saaneet hoitoa iltavuoron aikana sekä potilaat, joiden käynti kesti yli kolme tuntia. (Saarin 2007, 43-64.)

Kaartisen (2003, 61-69) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Oulun seudun yhteispäivystyksessä hoidettujen potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Mittarina

käytettiin tätä tutkimusta varten modifioitua Hyvä hoito -mittaria, joka koostui neljästä osiosta; taustatiedot, hoitotyöntekijän ominaisuudet, hoidon edellytykset sekä hoitoympäristö. Kokonaisuutena potilaat kokivat hoidon laadun hyväksi. Hoitotyöntekijöiden ominaisuuksista potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien suhtautumiseen potilaaseen, ulkoasuun sekä hoitajien pätevyyteen. Hoidon edellytyksiin liittyvistä tekijöistä potilaat olivat tyytyväisiä yhteispäivystyksen tiloihin ja laitteisiin. Lisäksi potilaat kokivat hoitajien tietoperustan, työkokemuksen sekä potilaiden toiveiden huomioon ottamisen hyväksi. Sen sijaan potilaiden yksilöllisessä huomioimisessa sekä hoitajien määrässä ja aikaresursseissa koettiin olevan puutteita. Lisäksi osa potilaista koki, ettei heidän elämäntilannettaan aina ymmärretty eikä heidän etuaan aina laitettu ensisijalle. Hoitoympäristöön liittyvistä tekijöistä potilaat olivat tyytyväisiä sekä fyysiseen että psyykkiseen hoitoympäristöön ja ilmapiiritekiäjät saivat positiivista palautetta. Sen sijaan sosiaalisessa hoitoympäristössä sekä läheisten huomioon ottamisessa potilaat kokivat kehittämisen tarvetta. Lisäksi potilaat olivat tyytymättömiä käynnin pitkään keston. (Kaartinen 2003, 61-69.)

Pellikan, Lukkarisen ja Isolan (2002, 166-177) tutkimuksessa selvitettiin Oulun yliopistollisen sairaalan yhteispäivystyksessä hoidettujen potilaiden käsityksiä hoitoon liittyneistä toiminnoista ja hoitoprosessin etenemisestä. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoitajien toimintaan, mitä olivat muun muassa hoitotoimenpiteiden suorittaminen ja potilaiden kohtelu. Osa potilaista koki, etteivät he saaneet tarpeeksi tukea osallistuakseen omaan hoitoonsa. Potilaat kaipasivat enemmän huomiota, rohkaisua ja kannustusta ja tietoa hoidosta. Tyytyväisimpiä he olivat kotiutukseen tai jatkohoitoon siirtymiseen. Kehittämiskohteiksi tutkimustulosten perusteella nousivat nopea hoidon aloittaminen, kivun hoito, potilaan tukeminen osallistumaan omaan hoitoonsa sekä potilaiden ajan tasalla pitäminen hoidostaan. Avoimissa vastauksissa esille nousi erityisesti hoitoympäristön merkitys hyvän hoidon kokemisessa. (Pellikka ym. 2002, 166-177.)

Muntlinin, Gunninbergin ja Carlssonin (2006) tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa potilaiden käsityksiä päivystyksen hoidon laadusta ja selvittää alueita, joiden laatua voi parantaa. Tutkimus toteutettiin yhdessä Ruotsin yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2002. Keskimäärin potilaat arvioivat saamansa hoidon laadun hyväksi, mutta löytyi myös parannusta vaativia alueita, joista suurin osa liittyi ympäristöön ja aikatauluun. 20 % potilaista koki kivunhoidon laadun heikoksi, yli 20 % koki, etteivät hoitajat olleet kiinnostuneita heidän elämäntilanteestaan eivätkä kokeneet saavansa tarpeeksi tietoa itsehoidosta tai siitä kuka lääkäri vastasi heidän hoidostaan. (Muntlin, Gunningberg & Carlsson 2006.)

4.4 Potilastyytyväisyys vuodeosasto- ja poliklinikkapotilaiden kokemana

Kvistin (2004) väitöskirjassa on tutkittu hoidon laadun toteutumista potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana sekä tarkasteltu eri vastaajaryhmien arviointien yhtäläisyyksiä ja eroja. Tutkimus teetettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Varkauden ja Iisalmen aluesairaaloiden vuodeosasto- ja poliklinikkapotilaille sekä sairaaloiden hoitohenkilökunnalle, lääkäreille ja johtajille. Potilaat olivat tyytyväisiä henkilöstön ammattitaitoon, miellyttävään kohteluun ja avunsaantiin. Parannettavaa olisi ollut potilaiden mahdollisuudesta osallistua omaan hoitoonsa, tiedonsaannissa ja henkilökunnan määrässä. Johtajat ja lääkärit arvioivat sen kuitenkin hyväksi. Henkilöstön yksilölliset voimavarat olivat ylivoimaisesti tärkein hoidon laatua edistävä tekijä sekä hoitohenkilökunnan että lääkäreiden mukaan. Riittämätön henkilökunnan määrä ja kiire estävät laadukkaan hoidon toteutumista sekä potilaiden että kaikkien henkilöstöryhmien arvioimana. Potilaiden ja henkilöstön arvioinnoissa oli eroja joiden tunnistaminen ja ymmärtäminen ovat tärkeitä hoidon laadun kehittämisen kannalta. (Kvist 2004, 156-163.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen ensihoitopalveluiden laatua potilaiden kokemana.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueen ensihoitopalveluiden laatua.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten potilaat arvioivat ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta?
2. Miten potilaat kokevat ambulanssihenkilöstön ammattitaidon?
3. Miten yksilöllisenä ja ainutkertaisena potilas kokee hoidon?
4. Miten jatkohoitopaikkaan kuljetetut potilaat arvioivat ambulanssin sisätiloja ja kuljetustapaa?
5. Miten kohteessa hoidetut arvioivat ambulanssihenkilökunnan antamia hoito-ohjeita?

6 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimus pohjautui Halosen ja Pennasen (2009) sekä Santoksen ja Sorsan (2011) tekemiin tutkimuksiin. Näissä tutkimuksissa luotiin ensihoidon palvelun laatua mittaava mittari Kanta-Hämeen pelastuslaitokselle. Samalla se pilotoitiin Riihimäen alueella. Mittarin tarkoituksena on mitata tietyn aikajakson välein potilastyytyväisyyttä ensihoidossa. Santos ja Sorsa (2011) käyttivät kyseistä mittaria omassa tutkimuksessaan. Mittaria ja mittaustapaa kehitettiin sa-

malla hieman, mutta perusrunko on sama ja vertailukelpoisuus siten varmistettu. Tutkimuksessa käytettiin myös kyseistä mittaria, jotta tutkimustulokset olisivat vertailukelpoisia kaikissa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueilla tulevaisuudessa tehtävissä ensihoidon palvelun laatua mittaavissa tutkimuksissa. (Halonen & Pennanen 2009, 1-2; Santos & Sorsa 2011, 3,7; Viitamäki 2012.)

Tämän oppinäytetyö toteutettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä selvittää lukumääriin ja prosenteihin liittyviä kysymyksiä, jolloin tutkimustulokset ovat tilastoitavissa ja helposti verrattavissa aikaisempiin ja tuleviin tuloksiin. Tilastollisessa tutkimuksessa aineistonkeruuta varten käytetään usein tutkimuslomaketta, jossa ovat valmiit vastausvaihtoehdot. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49; Heikkilä 2010, 16.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii tutkimuksiin, joissa on tarkoitus saada tietää ja kuvailla jotakin asiaa, tutkia missä määrin jokin asia on muuttunut ja miten jokin asia vaikuttaa toiseen asiaan ja ihmisten mielipiteisiin (Vilka 2005, 50). Kvantitatiivinen tutkimus onkin helppo toistaa ja näin saadaan selville miten asiat ovat muuttuneet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ei kuitenkaan selvitä tutkimustuloksien syytä (Heikkilä 2010, 16).

Kananen (2012, 31) kirjoittaa kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisen edellyttävän, että aiheesta on aikaisempaa tietoa. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän suurin tarkoitus onkin vahvistaa aikaisempi tieto, eikä luoda uutta tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.)

6.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Kahdessa edellisessä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvien tuli täyttää tietyt kriteerit. Tutkimuksen jatkuvuuden toteuttamiseksi käytettiin samoja kriteerejä ja lähettämään kyselylomakkeet samankokoiselle otokselle. (Santos & Sorsa 2011; liite 1; Viitamäki 2012.)

1. Hälytys on tullut suoraan Hätäkeskuksen kautta, eli laitosten väliset siirtokuljetukset jäivät pois.
2. Joukkoon kuuluvat kuitenkin potilaat, jotka on kuljetettu jatkohoitopaikkaan esimerkiksi terveyskeskuksesta, Riihimäen aluesairaalaan, Kanta-Hämeen Keskussairaalaan.
3. Joukkoon kuuluvat myös ne potilaat, joiden tilanne saadaan hoidettua tapahtumapaikalla. Tehtävä koodit X-5 (terveydentila määritetty, ei tarvetta ensihoitoon tai hoitotoimenpiteisiin) ja X-8 (potilas hoidettu kohteessa).
4. Glasgow'n asteikolla tajunnan tason tulee olla vähintään 14 pistettä

5. Ensihoitokertomuksessa mainittu vahva humalatila ja 1,5 promillen ja yli puhaltaminen sulkevat potilaan pois tutkimuksesta. Myös merkintä vahvasti huumausaineiden vaikutuksen alla oleva sulkee potilaan pois tutkimuksesta.
6. Ensihoitokertomuksessa mainittu vaikea-asteinen dementia sulkee potilaan pois tutkimuksesta. Tarkoituksena on, että tutkimukseen osallistuva pystyy vastaamaan itse väittämiin ja kysymykseen.
7. Mukana ovat myös lapsipotilaat, jolloin mukana oleva vanhempi vastaa kyselyyn lapsen puolesta.
(Santos & Sorsa 2011; liite 2.)

Kysely tehtiin kolmella ensihoidon alueella samaan aikaan; Forssa, Hämeenlinna ja Riihimäki. Tutkimukseen valittiin 306 henkilöä, jotka käyttivät Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueiden ensihoitopalveluja syksyn 2013 aikana. Kyselylomakkeita lähetettiin 225 jatkohoitoon kuljetetuille ja 81 kohteessa hoidetuille. (Viitamäki 2012.)

7 Tutkimustulokset

Lähetimme yhteensä 306 kyselylomaketta Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueelle, joista 225 kyselylomaketta lähetettiin kuljetetuille potilaille ja 81 kohteessa hoidetuille. Kyselyitä palautui yhteensä 109; vastausprosentti oli 36. Palautuneista kyselylomakkeista 34 oli kohteessa hoidettujen, vastausprosentti 42, ja 85 kuljetettujen, vastausprosentti 38.

Tutkimuksen keskiarvoksi, arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras), muodostui yli 4 jokaiseen teemaan ja väittämään. Tyytyväisimpiä olivat kuljetetut potilaat. Suurimman ja pienimmän yksittäisen keskiarvon antoivat kohteessa hoidetut potilaat. Heidän mielestään henkilökunnan asusteet ja olemus olivat asianmukaisia, minkä keskiarvoksi tuli 4,88. Yksittäisistä väittämistä tyytymättömiä oltiin omaisten tai muiden läsnäolijoiden huomiointiin keskiarvolla 4,03. (liite 5.)

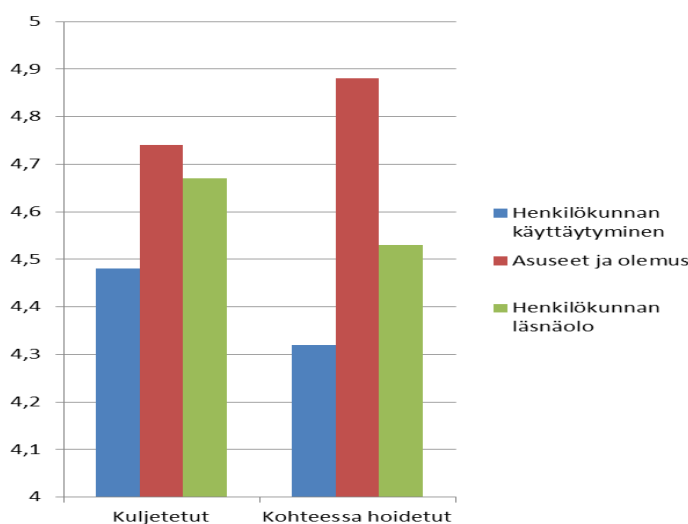
Suurimman keskiarvon antoivat kuljetetut potilaat teemoista ambulanssihenkilöstön yleinen olemus sekä ambulanssihenkilöstön ammattitaito keskiarvolla 4,63. Pienimmän keskiarvon teemoista sai kohteessa hoidetut keskiarvolla 4,29. Jaoimme kyselyn tulokset seuraaviin teemoihin.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kuljetetuista potilaista kyselyyn vastasi 85 potilasta, joista 43 % oli miehiä ja 57 % oli naisia. Keski-ikä oli 60,01. Kohteessa hoidetuista vastaajista 29 % oli miehiä ja 71 % naisia. Keski-ikä oli 63, 61.

7.2 Ambulanssihenkilöstön yleinen olemus

Ensimmäinen teema käsitteli ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta. Kuljetettujen keskiarvoksi teemalle muodostui 4,63. Kohteessa hoidettujen keskiarvoksi teemasta muodostui 4,58. Keskiarvojen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä henkilökunnan käyttäytymiseen, asusteet ja olemus koettiin asianmukaisiksi ja henkilökunnan läsnäolon koettiin tuovan turvallisuuden tunteen.



Ambulanssin yleinen olemus. (Kuvio 2.)

Väittämässä ”Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti” kuljetetuista 60 % ja kohteessa hoidetuista 59 % oli täysin samaa mieltä. Kuljetetuista 33 % ja kohteessa hoidetuista 26 % oli lähes samaa mieltä. Kuljetetuista 4 % ja kohteessa hoidetuista 6 % ei osannut sanoa. Kuljetetuista 2 % ja kohteessa hoidetuista 6 % oli lähes eri mieltä. 1 % kuljetetuista ja 3 % kohteessa hoidetuista oli asiasta täysin eri mieltä. (Kuvio 2.)

”Kauniin kiitoksen annan sairaankuljettajille. Aina olen saanut hyvän palvelun”, vastasi eläkeikäinen mies.

”Olen erittäin tyytyväinen saamaani kohteluun” vastasi nuori nainen.

”Hoitajat olivat oikein mukavia ja asiallisia, mutta heittivät myös hyvää läppää”, vastasi nuori nainen.

”On ollut tiuskimista ja sanottu vihaisella äänellä, että vastailkaa kun teiltä kysytään. Minä en kuule normaalia ääniä, vastasin kun rintakivuiltani pystyin. Tippaa laittaessa 3 kertaa an-

*nettu veren valua sänkyyn ja jätetty ilmoittamatta omaiselle (asumme yhdessä) kauhea sii-
vo! Saisitte pitää omia suojia mukanne!” kirjoitti eläke-ikäinen nainen.*

*”Kyl poijjaat voisi puhua enemmän asiakkaalle tai edes toisilleen niin että asiakas saattaa
ymmärtää. Itsensä esittely jäi kokonaan, toki tiesin, jotta ampparin poijjaat on tulossa”,
kirjoitti työikäinen mies.*

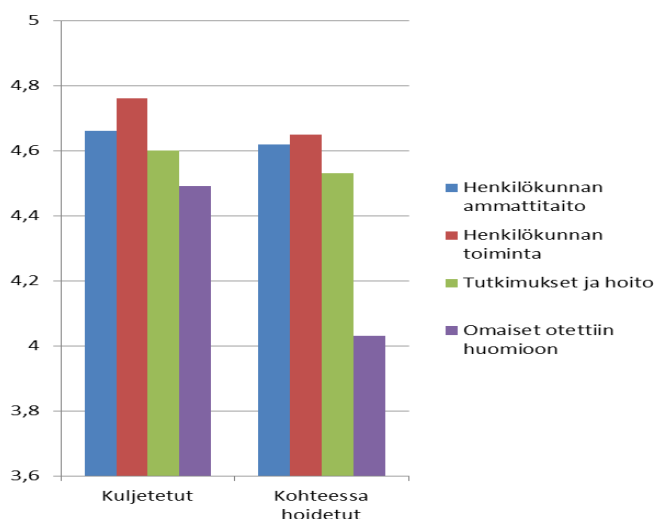
Väittämässä ”Asusteet ja olemus olivat asianmukaisia” 79 % kuljetetuista ja 88 % kohteessa hoidetuista oli täysin samaa mieltä. Kuljetetuista 16 % ja kohteessa hoidetuista 12 % oli lähes samaa mieltä. 5 % kuljetetuista ei osannut sanoa ja kukaan ei ollut eri mieltä asiasta. Kohteessa hoidetuista ei yksikään ollut eri mieltä asiasta. (Kuvio 2.)

Väittämässä ”Henkilökunnan läsnäolo loi turvallisuuden tunteen” kuljetetuista 78 % ja kohteessa hoidetuista 68 % oli täysin samaa mieltä. 16 % kuljetetuista ja 26 % kohteessa hoidetuista oli lähes samaa mieltä. 2 % kuljetetuista ei osannut sanoa. 3 % kohteessa hoidetuista oli lähes eri mieltä. 1 % kuljetetuista ja 3 % kohteessa hoidetuista oli eri mieltä. (Kuvio 2.)

*”Miellyttäviä, asiallisia & asiakkaan hienosti huomioivia ammattilaisia. Leppoisan tunnelman
aikaansaavia alansa ammattilaisia” vastasi eläkeikäinen nainen.*

7.3 Ambulanssihenkilöstön ammattitaito

Toisen teeman kysymykset käsittelivät henkilökunnan ammattitaitoa. Teeman keskiarvoksi muodostui kuljetetuilla 4,63 ja kohteessa hoidetuilla 4,45.



Ambulanssihenkilöstön ammattitaito. (Kuvio 3.)

71 % kuljetetuista ja 74 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Henkilökunta oli ammattitaitoista ja määrätietoista”. Lähes samaa mieltä oli 26 % kuljetetuista ja 18 % kohteessa hoidetuista. Täysin eri mieltä ei ollut yksikään kyselyyn osallistuneista. (Kuvio 3.)

”Palvelu oli hyvä ja hoito. Kiitos”, vastasi eläkeikäinen nainen.

”Teette ammattitaitoista työtä. Teitä tarvitaan aina niin kuin poliisejakin”, vastasi työikäinen nainen.

”Henkilökunta ambulanssissa toimi nopeasti ja hyvin” vastasi eläkeikäinen nainen.

”Yllätyin, miten nopeaa ja asiantuntevaa palvelu oli”, vastasi eläkeikäinen nainen.

”Epäselvässä tilanteessa olisi ehkä syytä keskustella myös puhelimella lääkärin kanssa”, vastasi eläkeikäinen nainen.

”Olen joutunut turvautumaan useasti ensiapuun ja joka kerta kaikki on sujunut hyvin ja henkilökunta on ollut ystävällistä ja osaavaa”, vastasi eläkeikäinen nainen.

”Kokonaisuutena ei mitään valitettavaa. Kohtelu asiallisen hyvä!” vastasi eläkeikäinen nainen.

”Usein ollut ambulanssikykydissä. Haluan antaa kiitokseni heidän työstä”, vastasi työikäinen nainen.

79 % kuljetetuista ja 74 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Henkilökunnan toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa”. Lähes samaa mieltä oli 19 % kuljetetuista ja 21 % kohteessa hoidetuista. Täysi eri mieltä ei ollut yksikään kyselyyn osallistuneista. (Kuvio 3.)

”Hoitajien toiminnassa näkyi kokemattomuus. Toimenpiteet eivät sujuneen, esim. tipanlaittoa yrittivät kolmeen kohtaan ja avatusta suonesta roiskui verta sänkyyn ja lattialle. Haparointi loi turvattomuuden tunteen. Vuorovaikutustaidoissakin olisi parannettavaa.”, vastasi työikäinen nainen.

”Kiitos avusta, jonka saimme lapsellemme. Oli hienoa, että ensihoitajat pystyivät helposti omasta kokemuksesta ymmärtämään lapsen vastustuksen lääkkeen ottamiseen. He eivät painostaneet ja antoivat rohkaisun”, vastasi hoidetun lapsen äiti.

”Vähän olen käyttänyt palveluita, mutta aina olen saanut tosi hyvän palvelun. Ystävällisen, auttavaisen! Iso kiitos!” eläkeikäinen nainen.

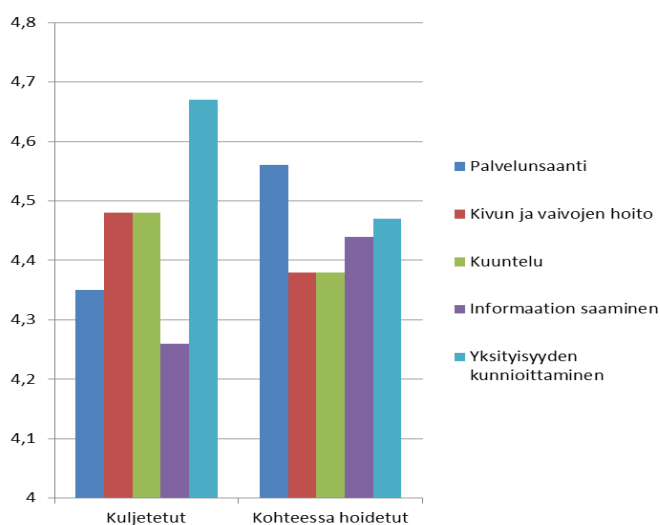
74 % kuljetetuista ja 76 % kohteessa hoidetuista olivat samaa mieltä väittämästä ”Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet suoritettiin mielestäni oikein”. 2 % kuljetetuista ja 12 % kohteessa hoidetuista olivat lähes eri mieltä. 1 % kuljetetuista oli täysin eri mieltä. (Kuvio 3.)

66 % kuljetetuista ja 50 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon”. 9 % kuljetetuista ja 26 % kohteessa hoidetuista eivät joko osanneet sanoa, jättivät kysymykseen vastaamatta tai lisäsivät vapaamuotoisena tekstiosuuteen, että omaisia tai muita paikallaolijoita ei ollut. (Kuvio 3.)

”Pelottavassa ja vieraassa tilanteessa lapset huomioitiin loistavasti. Heille selitettiin ”oikealla kielellä” mitä on tapahtunut ja mitä seuraavaksi tapahtuu.” - vastasi työikäinen mies.

7.4 Hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus

Kolmannen teeman kysymykset käsittelivät hoitotapahtuman yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Teeman keskiarvoksi muodostui sekä kuljetetuilla että kohteessa hoidetuilla 4,45.



Hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus. (Kuvio 4.)

56 % kuljetetuista ja 74 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Palvelunsaanti oli riittävän nopeaa”. 31 % kuljetetuista ja 15 % kohteessa hoidetuista olivat lähes samaa mieltä. Sekä kuljetetuista että kohteessa hoidetuista 6 % olivat joko täysin tai lähes eri mieltä. (Kuvio 4.)

”Ambulanssin saaminen vaikeaa, koska minut pyydettiin puhelimeen. Annoin ylen koko ajan ja jalat eivät kantaneet. Ambulanssihenkilökunta toimi hyvin”, kirjoitti eläkeikäinen nainen.

”Vähän kauan kesti tulo. Hoito sinänsä hyvää”, kirjoitti eläkeikäinen mies.

”Ambulanssilla kesti aika kauan tulla mutta olin jo palomiehien ja poliisien hoidossa”, vastasi nuori nainen.

”Kiireellinenkin hälytysajo kestää n. 1 h liian kauan mielestäni!” vastasi työikäinen nainen.

67 % kuljetuista ja 71 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin”. Lähes samaa mieltä oli kuljetetuista 21 % ja kohteessa hoidetuista 9 %. Kuljetetuista 6 % ja kohteessa hoidetuista 9 % olivat lähes tai täysin eri mieltä. (Kuvio 4.)

68 % kuljetetuista ja 71 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti”. Lähes samaa mieltä oli 20 % kuljetetuista ja 12 % kohteessa hoidetuista. Lähes eri mieltä oli 4 % kuljetetuista ja 15 % kohteessa hoidetuista. Kuljetetuista 2 % oli täysin eri mieltä. (Kuvio 4.)

”Poliklinikalla jätetty yksin seisomaan (tarvitsen tukea kun seison, minulla oli pissahätä). Kaaduinkin ja 6 tikkiä polveen, olen sentään jo iäkäs. Hoitajille sanottu lähtiessä, että minulla on huonot jalat, eikä minua saa päästää yksin seisomaan.” kirjoitti eläkeikäinen nainen.

”Kohdallani tilanne on usein ollut sellainen, että olen ollut tiedottomassa ja sekavassa tilassa sairauteni vuoksi. Kun olen toipunut tajuihini, ei ainakaan silloin ole esitelty itseään ja läheskään aina ei ole otettu huomioon ja kuuloon potilaan omaa mielipidettä, sillä olen sairastanut sairauttani 60 vuotta ja tiedän itsekin hoidostani ja tilanteestani aika paljon ja usein jopa enemmän kuin auttajat ja tätä ei ole otettu läheskään aina huomioon”, vastasi eläkeikäinen nainen.

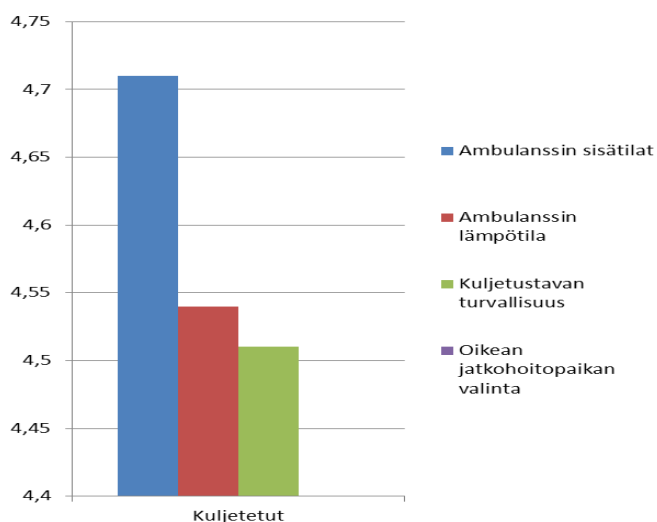
55 % kuljetetuista ja 68 % kohteessa hoidetuista olivat täysin samaa mieltä väittämästä ”Sain riittävästi informaatiota tilanteen etenemisestä”. 26 % kuljetetuista ja 15 % kohteessa hoidetuista oli lähes samaa mieltä. Lähes eri mieltä oli 6 % sekä kuljetetuista että kohteessa hoidetuista. Täysin eri mieltä oli 2 % kuljetetuista. (Kuvio 4.)

75 % kuljetetuista ja 62 % kohteessa hoidetuista oli täysin samaa mieltä väittämästä ”Yksityisytyttäni kunnioitettiin”. Lähes samaa mieltä oli 19 % kuljetetuista ja 29 % kohteessa hoidetuista.

tuista. Lähes eri mieltä oli 6 % kohteessa hoidetuista. Täysin eri mieltä oli 1 % kuljetetuista. (Kuvio 4.)

7.5 Kuljetetut potilaat

Kuljetettujen potilaiden viimeisessä teemassa käsiteltiin kuljetuksen turvallisuuteen, ambulanssin sisätiloihin ja oikean jatkohoitopaikan valintaan. Koko teeman keskiarvo oli 4,58.



Kuljetetut potilaat. (Kuvio 5.)

Väittämässä ”Ambulanssin sisätilat olivat siistit”, kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä. 76 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 18 % lähes samaa mieltä. Vain 6 % ei osanneet sanoa. (Kuvio 5.)

Väittämässä ”Ambulanssissa oli riittävän lämmin” vastaajat olivat suurimmaksi osaksi samaa mieltä. 73 % oli samaa mieltä ja 14 % lähes samaa mieltä. 7 % vastanneista ei osanneet sanoa ja 6 % oli lähes eri mieltä. (Kuvio 5.)

”Pakkasyö viilensi koppia, mutta kun lämmityksen laittoi päälle niin pikkuhiljaa lämpö riitti”, kirjoitti työikäinen mies.

Väittämässä ”Kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä” 71 % vastaajista oli täysin samaa mieltä. Vain 1 % oli täysin eri mieltä ja 5 % lähes eri mieltä. 7 % vastaajista ei osanneet sanoa. (Kuvio 5.)

”Vähän koliseva auto”, kirjoitti eläkeikäinen nainen.

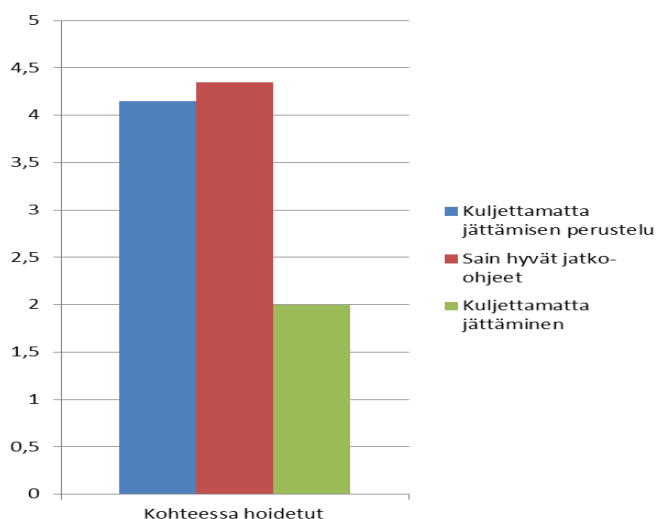
”Puhaltimista tuli kova meteli”, kirjoitti työikäinen mies.

”Miettikää itse onko sopivaa huutaa vanhukselle, joka on sairas. Silmät auki hopihopi, ylös siitä hopihopi. Olen toiminut 12 vuotta omaishoitajana. Tänä aikana paarit on tuotu sisään, omainen asetettu paareille peitetty lämpimästi. Nyt viedään kantotuolilla. läkäs ihminen ja jätetään kuljetuksen ajaksi istumaan. Onko tämä teistä oikein?” kirjoitti eläkeikäinen nainen.

Viimeisessä väittämässä ”Minulle valittiin oikea jatkohoitopaikka” 76 % vastaajista oli samaa mieltä. 11 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä ja vain 2 % täysin eri mieltä. 7 % vastaajista ei osanneet sanoa. (Kuvio 5.)

7.6 Kohteessa hoidetut

Kohteessa hoidettujen viimeisissä kysymyksissä keskityttiin turvallisuuden tunteeseen kotiin jäämisessä, kuljettamatta jättämisen perusteluun ja jatko-hoito ohjeiden saamiseen. Koko teeman keskiarvoksi muodostui 4,29.



Kohteessa hoidetut. (Kuvio 6.)

”Henkilökunta perusteli kuljettamatta jättämisen riittävän hyvin” väittämässä 62 % vastaajista oli täysin samaa mieltä. 15 % eivät osanneet sanoa ja 9 % oli täysin eri mieltä. (Kuvio 6.)

”Kynnys soittaa aina kasvanut, kun usein hoidettavaa ei oteta mukaan!” vastasi eläkeikäinen nainen.

”Ambulanssien saamaa kuljettamatta jättämättä - sääntöä ei ole riittävästi selvitetty kuntalaisille tai sen perusteet ovat vähintäänkin oudot. Huonompaan suuntaan menty verrattuna aikaisempaan käytäntöön”, ”ikäntyneen henkilön” puolesta vastannut.

Väittämässä ”Sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet jatkon varalle”, 6 % vastaajista oli täysin eri mieltä. 68 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 15 % eivät osanneet sanoa. (Kuvio 6.)

Viimeisessä väittämässä ”Saatoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu”, suurin osa, 74 %, vastaajista olivat täysin samaa mieltä. Vain 3 % oli täysin eri mieltä 9 % lähes samaa mieltä ja loput 9 % eivät osanneet sanoa. (Kuvio 6.)

8 Tulosten tarkastelu

8.1 Tulosten keruu

Kysely tehtiin syksyn 2013 aikana kolmella ensihoidon alueella samaan aikaan (Forssa, Hämeenlinna, Riihimäki). Aineiston keruussa käytettiin Halosen ja Pennasen (2009) kehittämää viisiportaista Likert-asteikkoista tutkimuskaavaketta (liite 2; liite 3), jota Santos ja Sorsa (2011) ovat edelleen kehittäneet. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella on oikeus tämän kaavakkeen käyttöön. Kyselykaavakkeet lähetettiin takautuvasti potilaille, jotka täyttivät tutkimuskriteerit (ks. kohta 6.2). Potilaiden valinta ja kyselyiden lähettäminen Riihimäen alueella suoritettiin tämän opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Forssan ja Hämeenlinnan alueella valinnan ja lähettämisen suorittivat pelastuslaitoksen vastuuhenkilöt. Sairaankuljetusyksiköiden kirjaamia sairaankuljetuskaavakkeita käytiin läpi Riihimäen ensihoitoesimiehen Viitamäen kanssa sovituksi päiväksi eteenpäin, kunnes saatiin yhteensä 25 kohteessa hoidettua ja 75 jatkohoitoon kuljetettua potilasta aluetta kohden. Kysely lähetettiin 225:lle jatkohoitoon kuljetetulle ja 81:lle kohteessa hoidetulle potilaalle Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella. Kyselyt lähetettiin ennalta maksetun kirjekuoren kanssa. (Viitamäki 2012.)

Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyt palautuivat Riihimäen asemalle, jossa niitä säilytettiin avaamattomina ensihoitoesimiehen toimistossa. Ulkopuoliset eivät pystyneet vaikuttamaan opinnäytetyön tuloksiin, sillä avattuja kirjeitä ei hyväksytty työhön mukaan.

8.2 Tulosten analysointi ja vertailu aiempiin vastaaviin opinnäytetöihin

Tulokset syötettiin SPSS-ohjelmaan, jolla luotiin opinnäytetyössä esitetyt tulokset ja taulukot. Tuloksista käytimme yksittäisten kysymysten sekä teemojen keskiarvoja, vastausprosenttia, vastaajien sukupuolta sekä vastaajien iän keskiarvoa.

Tulokset analysoitiin teemoittain sekä erikseen. Teemat ovat samoja kuin Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä: ambulanssihenkilöstön yleinen olemus, ambulanssihenkilöstön

ammattitaito, hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus, jatkohoitoa paikkaan kuljetetut ja kohteessa hoidetut. Tuloksia vertailtiin Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella aiemmin tehtyihin opinnäytetöihin. Lisäksi vertailtiin keskenään kuljetettujen ja kohteessa hoidettujen potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja kohtelusta. Vapaa sana -osioiden vastauksia kirjattiin suorina lainauksina niitä koskeviin teemoihin. Tietosuojaan toteutumisen takaamiseksi paikkojen, sairauksien ja mainittujen henkilöiden nimet ja iät poistettiin.

Tutkimuksen keskiarvoksi, arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5=paras), muodostui yli 4 jokaiseen teemaan ja väittämään. Tyytyväisimpiä olivat kuljetetut potilaat. Suurimman keskiarvon teemoista antoivat kuljetetut potilaat Ambulanssihenkilöstön yleinen olemus sekä Ambulanssihenkilöstön ammattitaito keskiarvolla 4,63. Pienimmän keskiarvon teemoista sai Kohteessa hoidetut keskiarvolla 4,29.

Suurimman ja pienimmän yksittäisen keskiarvon antoivat kohteessa hoidetut potilaat. Heidän mielestään henkilökunnan asusteet ja olemus olivat asianmukaisia, minkä keskiarvoksi tuli 4,88. Yksittäisistä väittämistä tyytymättömmimpiä oltiin omaisten tai muiden läsnäolijoiden huomiointiin keskiarvolla 4,03.

Vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä henkilökunnan käyttäytymiseen. Kuitenkin oli myös niitä, joiden mielestä henkilökunnan käytös ei ollut asianmukaista. Tämä saattaa johtua osin siitä, että vastaaja ei saanut haluamaansa hoitoa tai häntä ei kuljetettu hänen haluamaansa hoitoon. Osa vastaajista ei kokenut henkilökunnan läsnäolon tuoneen turvallisuuden tunnetta. Tämäkin saattaa osaltaan myös johtua siitä, miten henkilökunta ottaa potilaan ja omaiset huomioon käytöksessään ja puheissaan. Vastausten perusteella voisikin päätellä, että potilaat toivovat aina henkilökunnan aluksi esittelevän itsensä. Vastaajat toivoivat henkilökunnan selvittävän koko ajan ammattisanastoa käyttämättä tapahtumien kulun, mitä tutkimustulokset tarkoittavat ja mihin potilas kuljetetaan, hoidetaan tai miksi potilas jätetään kuljettamatta. Potilaat saattavat usein tiuskia tai olla suutuksissa, mutta näissäkin tilanteissa henkilökunnan on pystyttävä asialliseen käytökseen. Asusteisiin ja olemukseen vastaajat olivat hyvin tyytyväisiä. Kohteessa hoidetuista ja kuljetetuista ei kukaan ollut asiasta eri mieltä.

Kyselykaavakkeen kysymykset koskivat ainoastaan yhtä tiettyä ensihoitotilannetta, mutta kaikki vastaajat eivät ainakaan vapaa sana-osion vastausten perusteella ymmärtäneet kyselyä niin. Lisäksi muutama vastaaja arvosteli palvelun saannin nopeutta ja hätäkeskuksen palvelua vapaa sana -osiossa. Moni maallikko ei selkeästi tiedosta ensihoidon ja hätäkeskuksen olevan kaksi erillistä organisaatiota. Saatekirjeessä pitäisi jatkossa vielä tarkentaa, että kysely koskee ainoastaan kyseistä/viimeisintä ensihoidon palvelua eikä esim. hätäkeskuksen ja sairaalan toimintaa.

Kaiken kaikkiaan sekä kuljetetut, että kohteessa hoidetut potilaat olivat erittäin tyytyväisiä. Pienet poikkeamat saattavat johtua osittain siitä, että lähetettyjen kyselyiden sekä vastauksien määrä olivat ryhmissä eri. Kohteessa hoidetuille lähetettiin vähemmän kyselyitä kuin kuljetetuille.

Vastaajista suurin osa, 71 % kohteessa hoidetuista ja 58 % kuljetetuista, oli naisia. Ei ole tiedossa kuinka monta prosenttia kyselyistä lähetettiin naisille ja kuinka monta prosenttia miehille tai minkä ikäisiä potilaat olivat. Siksi ei myöskään pystytä arvioimaan, kuinka vastaajien sukupuoli tai ikä vaikuttaa vastauksiin.

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueelle uusina alueina ovat tulleet Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi. Lisäksi Kanta-Hämeen alueella ei ole enää yksityisiä sairaankuljetusyrityksiä. Näiden vaikutusta kyselyn tuloksiin ei voida arvioida. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2013.)

Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyössä vastauksia palautui 91; vastausprosentti oli 41 %. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä vastauksia palautui sekä Hämeenlinnasta 72 (32 %) että Forssasta 72 (32 %). Koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueen kattavaan kyselyymme vastauksia palautui 36 %, kohteessa hoidettujen vastausprosentti oli 42 ja kuljetettujen 38.

Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyön keskiarvoksi, arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras), muodostui yli 4,1 jokaiseen teemaan ja väittämään. Koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueen keskiarvoksi muodostui yli 4 jokaiseen teemaan ja väittämään.

Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyön mukaan tyytyväisimpiä ensihoidon laatuun olivat kohteessa hoidetut niin Hämeenlinnassa kuin Forssassa. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella tyytyväisimpiä olivat kuljetetut potilaat.

Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä suurimman keskiarvon antoivat teemaan kohteessa hoidetut vastaajat: keskiarvo oli Hämeenlinnassa 4,7 ja Forssassa 4,6. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella suurimman keskiarvon antoivat kuljetetut potilaat teemoista Ambulanssihenkilöstön yleinen olemus sekä Ambulanssihenkilöstön ammattitaito keskiarvolla 4,63.

Pienimmän keskiarvon Santoksen ja Sorsan (2011) teemoista saivat hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus: Hämeenlinna 4,4 ja Forssa 4,4. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella vastanneista pienimmän keskiarvon teemoista sai Kohteessa hoidetut keskiarvolla 4,29.

Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä yksittäinen alhaisin arvo, 4,1 (Hämeenlinna), oli

väittämälle omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon. Forssassa kyseisen väittämän keskiarvo oli 4,3.

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella suurimman ja pienimmän yksittäisen keskiarvon antoivat kohteessa hoidetut potilaat; omaisten tai muiden läsnäolijoiden huomiointi, keskiarvo 4,03 sekä henkilökunnan asusteet ja olemus olivat asianmukaisia, minkä keskiarvoksi tuli 4,88.

Opinnäytetöiden ensimmäinen teema käsitteli ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta. Halosen ja Pennasen (2009) koko teeman yhteinen keskiarvo oli 4,7. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä sekä Hämeenlinnan, että Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella kuljetettujen keskiarvoksi teemalle muodostui 4,63. Kohteessa hoidettujen keskiarvoksi teemasta muodostui 4,58.

Toinen teema käsitteli henkilökunnan ammattitaitoa. Halosen ja Pennasen (2009) koko teeman keskiarvo oli 4,7. Kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon ja määrätietoisuuteen. Ainoa kritiikki oli omaisten tiedonsaannin vajavuus läheisensä hoitopaikasta. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä sekä Hämeenlinnan, että Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella teeman keskiarvoksi muodostui kuljetetuilla 4,63 ja kohteessa hoidetuilla 4,45.

Kolmas teema sisälsi viisi väittämää hoitotapahtuman yksilöllisyydestä ja ainutkertaisuudesta. Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyössä koko teeman väittämien keskiarvo oli 4,6. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä sekä Hämeenlinnan, että Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,4. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella teeman keskiarvoksi muodostui sekä kuljetetuilla että kohteessa hoidetuilla 4,45.

Neljäs teema käsitteli jatkohoitopaikkaan kuljettuja. Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyössä koko teeman keskiarvo oli 4,6. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä Hämeenlinnan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,6. Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella teeman keskiarvoksi muodostui sekä kuljetetuilla että kohteessa hoidetuilla 4,45.

Viimeinen teema käsitteli kohteessa hoidettuja. Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyössä koko teeman keskiarvo oli 4,6. Santoksen ja Sorsan (2011) opinnäytetyössä Hämeenlinnan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,7. Forssan alueen kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,6. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella teeman keskiarvoksi tuli 4,29.

Santos ja Sorsa (2011) kehittivät edelleen Halosen ja Pennasen(2009) kehittämää mittaria ja mittaukset omaan työhönsä, mutta perusrunko on sama, ja vertailukelpoisuus on siten varmistettu. Kyselykaavaketta ei muutettu tähän työhön, jotta tuloksia voidaan luotettavammin verrata aikaisempien tutkimusten tuloksiin ja käyttää myös tulevaisuudessa tutkimuksissa. Kanta-Hämeen pelastuslaitos tilasi kyselyyn käytettävän mittarin Santokselta ja Sorsalta, joten oikeudet siirtyivät työn valmistuttua pelastuslaitokselle. Kyselyn tuloksien analysoinnissa otimme huomioon organisaatiossa tapahtuneet muutokset, jotka voivat aiheuttaa erilaisia näkemyksiä tutkimustuloksiin. (Viitamäki 2012.)

9.1 Eettisyys

Vilka (2005, 29) kirjoittaa eettisyyden kulkevan tutkimusprosessin mukana heti ideointivaiheesta tutkimustulosten tiedottamiseen. Vilkan (2005, 30) mukaan tutkimuseetiikalla tarkoitetaan yhteisesti sovittuja sääntöjä liittyen kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja yleisöön. On myös tärkeää noudattaa hyviä ja kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. (Vilka 2005, 30.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 172) mukaan on tärkeää, että tutkija itse on kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa aiheesta. Hänen tulee paneutua aiheeseen kunnolla ja hankkia mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimusta tehdessä tulee toimia rehellisesti ja tehdä täysin oma tutkimus. On myös tärkeää olla aiheuttamatta vahinkoa tutkimuksen takia. Tutkija ei saa loukata ketään tai minkään ihmisryhmän moraalisia arvoja. Tutkija ottaa vastuun siitä, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten määräyksien mukaan. Hänen tulee myös toiminnallaan mahdollistaa tutkimuksen tekeminen. Erittäin tärkeää on arvostaa omia kollegoitaan ja heidän tekemäänsä työtä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Tutkimuksen tulokset ovat luotettavampia, kun vastaajat saavat itse vapaaehtoisesti päättää osallistumisestaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Kysely lähetettiin valittujen potilaiden kotiin, jolloin he saivat rauhassa itse päättää kyselyyn vastaamisesta. Kyselyyn vastaaminen tarkoitti siis, että vastaaja suostui antamaan kyselyyn täyttämänsä vastaukset pelastuslaitoksen käyttöön. Kyselyyn vastattiin nimettömästi ja täytetyt kyselylomakkeet palautettiin merkitsemättömillä kuorilla Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen yksikköön. Täällä lomakkeita säilytettiin ensihoitoesimiehen toimistossa. Kyselylomakkeisiin ei ollut pääsyä tutkimuksen ulkopuolisilla henkilöillä. Kuoret avattiin vasta opinnäytetyön tekijöiden toimesta ja valmiiksi avatut kuoret hylättiin. Ohjelma laski tulokset itsenäisesti tulosten syöttämisen jälkeen. Näin ollen tuloksiin vaikuttivat ainoastaan vastaajien antamat vastaukset ja mahdolliset tutkijoiden inhimilliset syöttövirheet, jotka eliminoitiin kaksoistarkistuksel-

la. Kun tuloksia oli tarkasteltu tarpeeksi ja vastaukset oli kirjattu tarkasti SPSS-ohjelmaan, kyselyt hävitettiin huolellisesti tietosuojapapereiden tavoin tutkijoiden toimesta.

Kyselykaavakkeen mukana lähetettiin saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta, sen tavoitteista ja tarkoituksesta, kyselyyn vastaamisesta, anonymiteetistä ja palautettujen kyselykaavakkeiden hävittämisestä tulosten saamisen jälkeen. Lisäksi saatekirjeen lopussa oli opinnäytetyön tekijöiden nimet ja yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalle. Saatekirjeessä mainittiin myös, ettei Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen työntekijöillä ole mahdollisuutta vaikuttaa tutkimustuloksiin, sillä kyselylomakkeiden analysoinnin suoritti täysin ulkopuolinen taho.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan asiakirjojen lukemisesta seuraavaa: ”Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveystieteiden toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen”. Tämän vuoksi aluksi saamamme informaation mukaan haimme tutkimuslupaa TAYS:an Eettisestä toimikunnasta, mutta lopulta saimme tiedoksi, että Kanta-Hämeen Keskussairaalan ylilääkärin lupa riittää. Tutkimuslupa on liitteenä (Liite 4).

Eettisyyttä lisäsi se, ettei Kanta-Hämeen eri toimipisteitä vertailla keskenään, vaan tarkastellaan koko alueen hoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä. Tarkoituksena ei ole keskittyä yksittäisiin virheisiin vaan parantaa koko pelastuslaitoksen toimintaa. Eettisyyttä lisäsi myös se, että tutkijat syöttivät itse tulokset SPSS-ohjelmaan eikä Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen työntekijät. Tällöin he olisivat voineet vaikuttaa tuloksiin, mikä olisi vaikuttanut koko kyselyn eettisyyteen sekä luotettavuuteen. Tutkijoista kukaan ei työskennellyt kyselyn ottoajankohdalla pelastuslaitoksella, joten kukaan tutkijoista ei voinut tunnistaa potilaita.

9.2 Luotettavuus

Keskeisin kysymys tutkimuksissa on luotettavuus. Siihen liittyy tutkimuksen ratkaisut ja tulokset sekä validiteetti että reliabiliteetti. Tutkimuksen tulokset ovat niin luotettavia kuin käytetyt mittarit. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206-210.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Reliabiliteetti kertoo mittarin kyvystä antaa tuloksia, jotka eivät

ole sattumanvaraisia. Se siis kuvaa, miten tarkasti mittari mittaa kohdetta. Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä. Tämä voidaan tarkastaa käyttämällä samaa mittaria toisessa aineistossa. Jos tulokset pysyvät samantyyllisinä, on mittari reliabeeli. Validiteetti kertoo, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin. Validiteetti myös kertoo, voiko tutkimustuloksia yleistää muilla samankaltaisilla aloilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998,206-210.)

Luotettavuuden takia on tärkeää selvittää, saadaanko tutkimuskyselyn avulla vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen tulee selvittää, mittaako kysely kaikki tutkimuksen alueet vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-153.) Vastaava tutkimus on tehty myös aiemmin ja sen avulla on saatu vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-153.)

Laatu ensihoidossa koostuu monesta eri tekijästä (ks kuvio 1). Näihin kuuluu: ammattitaito, luottamus, vuorovaikutus, kivun hoito, potilasturvallisuus, ympäristö, omaisten huomioiminen sekä hätäkeskustoiminta. Kyselyssä nämä kaikki eri tekijät käsiteltiin.

Ammattitaito osio tuli kyselyssä esiin väittämässä 6: ”henkilökunta oli ammattitaitoista ja määrätietoista”. Luottamukseen vaikuttivat väittämät 7, 8, 13 ja kohteessa hoidettujen väittämä 15, joissa käsiteltiin henkilökunnan perustelua kuljettamatta jättämisestä. Vuorovaikutus osiossa kyseltiin henkilökunnan käyttäytymisestä ja jos he esittelivät itsensä, myös kohteessa hoidettujen väittämässä 16, käsiteltiin suullisten ja kirjallisten ohjeiden antoa. Kivun hoito tuli esiin väittämässä 11, ”kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin”. Potilasturvallisuutta käsiteltiin monessa osassa kysymyksissä 5, 8, ja kuljetettujen potilaiden kysymys 17, ”kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä” ja kohteessa hoidettujen kysymys 17 ”Saatoin jäädä turvallisin mielin kotiin, vaikka minua ei kuljetettu”. Ympäristöä käsiteltiin kysymyksissä 14 ja kuljetettujen kyselyssä kysymykset 15, 16 ja 18. Omaisten huomiointia käsiteltiin kysymyksessä 9, ”omaiset ja muut paikalla olijat otettiin huomioon”. Myös hätäkeskustoimintaa käsiteltiin jonkin verran kysymyksessä 10, ”Palvelun saanti oli riittävän nopeaa”, muutoin hätäkeskustoimintaa ei tutkittu.

Jo aikaisemmissa opinnäytetöiden pohdinnoissa oli suunniteltu, että vastauslomakkeen vaihtoehtoja tulisi järjestää. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” voi olla ainut sopiva väittämässä ”Omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon”, jos mukana ei ollut ketään. Koska vastaus on luokiteltu Likert-asteikolla numerolla 3, vääristää tämä tuloksia. ”En osaa sanoa” vastauksen tulisi olla 0, jottei se vaikuttaisi kyselyn tuloksiin. Väittämän keskiarvo oli alhaisin; 4,03, mikä johtuu pitkälti väärästä pistemäärästä.

10 Jatkotutkimukset ja kehittämisehdotukset

Kyselykaavakkeen kysymykset koskivat ainoastaan yhtä tiettyä ensihoitotilannetta, mutta kaikki vastaajat eivät ainakaan vapaa sana-osion vastausten perusteella ymmärtäneet kyselyä niin. Lisäksi muutama vastaaja arvosteli palvelun saannin nopeutta ja hätäkeskuksen palvelua vapaa sana -osiossa. Moni maallikko ei selkeästi tiedosta ensihoidon ja hätäkeskuksen olevan kaksi erillistä organisaatiota. Saatekirjeessä pitäisi jatkossa vielä tarkentaa, että kysely koskee ainoastaan yhtä ensihoidon palvelua eikä esim. hätäkeskuksen ja sairaalan toimintaa. Saatekirjeeseen tai kyselykaavakkeeseen voisi seuraavissa tutkimuksissa merkitä esimerkiksi ensihoitotapahtumaa koskevan päivämäärän.

Kohteessa hoidetut nimike pitäisi muuttaa jatkokyselyissä kuljettamatta jätetyiksi, sillä kaikkia kuljettamatta jätettyjä potilaita ei välttämättä hoideta laisinkaan, jos potilaan vaivat ja oireet eivät sitä vaadi tai potilas kieltäytyy. Tämä ei sinällään luultavasti ole vaikuttanut tutkimustuloksiin millään tavalla, mutta olisi lähempänä todellisuutta, jos joku vastaaja sattuisi ihmettelemään kyselykaavakkeen nimeä.

Emme löytäneet Halosen ja Pennasen (2009) opinnäytetyöstä koko keskiarvoa, olivatko kohteessa hoidetut vai kuljetetut tyytyväisimpiä, suurinta ja pienintä teemojen keskiarvoa sekä yksittäisen kysymyksen pienintä tai suurinta keskiarvoa helposti tai ne puuttuivat kokonaan. Sen sijaan Santoksen ym. (2011) työssä ne olivat selkeästi esillä. Tämän vuoksi laitoimme tutkimukseen erikseen vastausprosentit sekä teemojen ja kysymysten vastausten keskiarvot. Ajattelimme, että näin sulkisimme mahdollisimman vähän seuraavilta vastaavilta töiltä analysointi ja vertailu mahdollisuuksia.

Tulevaisuudessa olisi Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen kannalta varmasti hyvä, että jatkossakin tutkimus tehtäisiin koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueelle, jolloin kehittymisen vertailu aiempiin tutkimuksiin on helpompaa ja eettisempää. Aikaisemmat tutkijat olivat tutkimuksissaan vertailleet eri alueita keskenään, mutta tämä ei meidän tutkimuksessamme ollut mahdollista sillä kaikki vastaukset palautettiin nimettöminä samalla asemalle. Eri alueiden vertailu ei myöskään olisi eettisesti oikein, sillä hoidon laatua tulisi kuitenkin katsoa kokonaisuuden kannalta, eikä keskittyä vain tiettyjen yksiköiden hoidon laatuun.

Santoksen ja Sorsan (2011) tutkimusongelmana oli Halosen ja Pennasen (2009) kehittämän mittarin luotettavuus, sillä mittarin käytössä oli ollut epäselvyyttä eri kohderyhmien osalta vastauksissa. Toinen tutkimusongelma oli vähäinen vastausprosentti aiemmissä vastaavissa tutkimuksissa. Kolmantena tutkimusongelmana oli tutkittavan organisaation työntekijän luotettavuus poimintaa suorittaessaan. Lisäksi he pitivät mahdollisena tutkimusongelmana

potilaiden hätää, jolloin palvelun laatuun ei välttämättä kiinnitetä huomiota kovinkaan tarkasti.

Santos ja Sorsa (2011) pohtivat tutkimuksessaan syitä pieneen vastausprosenttiin; potilas ei ole vielä kotiutunut sairaalasta, kiireinen elämäntyyli, kiinnostuksen puute, tutkimuksen liian myöhäinen ajankohta. Vähäinen vastausprosentti yritettiin ennaltaehkäistä lähettämällä kyselyitä runsaasti enemmän kuin kaksi aiempaa tutkimusta, antamalla vastaajille enemmän vastausaikaa sekä selostamalla aiempia tutkimuksia tarkemmin saatekirjeessä tutkimuksen tekemisen syitä. Kyselyitä ei kuitenkaan lähetetty juurikaan aiempaa myöhemmin, sillä pidemmän ajan kuluessa vastaajat unohtavat herkemmin kyseisen ensihoitotapahtuman tilanteen. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 36 %. Aiempiin tutkimuksiin verrattuna tutkimuksen vastausprosentti oli kuitenkin yllättävän pieni vaikka kyselyitä lähetettiin runsaasti enemmän. Syynä tähän saattaa olla kiinnostuksen puute. Jatkotutkimuksissa kannattaa panostaa saatekirjeeseen jotta vastaajat ymmärtäisivät miksi juuri heidän vastauksiaan kaivataan.

Työntekijän luotettavuuden ongelma ratkaistiin niin, että sekä Hämeenlinnassa, että Forssassa poiminnan suorittivat ensihoidon esimiehet. Riihimäen alueella poiminnan suorittivat tutkijat. Poiminnan tekijät suorittivat tehtävänsä sovitun aikataulun mukaan, mikä lisäsi tutkijoiden luottamusta poiminnan tekijöiden suhteen.

Vastaajan kokemaan hädän tunteeseen sekä vastaajan huomion kiinnittymiseen palvelun laatuun ei pystytty vaikuttamaan. Hätilanteessa potilas ja omaiset kiinnittävät huomionsa heille tyypillisiin asioihin eikä näihin pysty kukaan vaikuttamaan.

Myös Santos ja Sorsa (2011) pohtivat vastauslomakkeen vaihtoehtojen uudelleenjärjestämistä ja muokkaamista. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” voi olla ainut sopiva väittämässä ”Omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon”, jos mukana ei ollut ketään. Koska vastaus on luokiteltu Likert-asteikolla numerolla 3, tulokset vääristyvät. ”En osaa sanoa” vastauksen tulisi olla 0, jottei se vaikuttaisi kyselyn tuloksiin. Väittämän keskiarvo oli alhaisin; 4,03, mikä johtuu pitkälti väärästä pistemäärästä. Emme kuitenkaan ryhtyneet muokkaamaan kyselykaavaketta, sillä ensihoitoesimies Viitamäki hyväksyi Santoksen ym. (2011) luomat kyselykaavakkeet sellaisenaan. Jatkotutkimuksissa olisi kuitenkin hyvä pohtia tätä muutosta, sillä se vaikuttaa keskiarvoihin.

Lähteet

- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Pääkkönen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Otavan kirjapaino Oy.
- Etelälahti, T. 2013. Ensihoidon palvelutaso. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 3. uudistettu painos. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 30-35.
- Halonen, M. & Pennanen, K. 2009. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen toimialueen potilastytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kaartinen, M. 2003. Hyvä hoito yhteispäivystyksessä potilaiden arvioimana. Oulun yliopisto. Pro gradu. 61-69.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kanta-Hämeen pelastuslaitos. 2013. Yleistä. Viitattu 22.3.2013.
<http://www.pelastuslaitos.fi/portal/fi/yleista>.
- Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. 2013. Yhteystiedot. Jäsenkunnat. Viitattu 29.3.2012. <http://www.khshp.fi/index.asp>.
- Kuisma, M. 2013. Potilasturvallisuus. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 3. uudistettu painos. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 63-65.
- Kuisma, M. & Hakala T. 2013. Ensihoidon laadunhallinta. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 3. uudistettu painos. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 66-81.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet III. Kuopio: Kopijyvä. Väitöskirja. 156-163.
- L 340/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Viitattu 10.4.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20ensihoitopalvelusta>.
- L 417/2007. Lastensuojelulaki Viitattu 22.3.2013.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search\[type\]=pika&search\[pika\]=lastensuojelu](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search[type]=pika&search[pika]=lastensuojelu).
- L 692/2010. Laki hätäkeskustoiminnasta. Viitattu 22.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100692>.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista Viitattu 22.3.2013.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista).
- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista Viitattu 22.3.2013.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista).
- L 1116/90. Mielenterveyslaki Viitattu 22.3.2013.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20mielenterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=laki%20mielenterveyslaki).

Opotilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista.

L 1200/2007. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Viitattu 22.3.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071200?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1200%2F2007>.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 22.3.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2012%20saira>n.

Lehtoranta, M. 1998. Äkillisesti sairastuneen potilaan kokemuksia saamastaan ensihoidosta. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. 2006. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing* Volume 15, no 6 8/2006.

Määttä, T. 2013. Ensihoidon organisointi. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 3. uudistettu painos. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14-28.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.

Pellikka, H., Lukkarinen, H. & Isola, A. 2002. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. *Hoitotiede* vol. 15, no 4/2003, 166-177.

Puolakka, J. 2013. Hoitolaitosten väliset potilassiirrot. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 3. uudistettu painos. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 694.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 28-29.

Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä. 2013. Päivystys. Viitattu 10.4.2013. <http://www.riihimaenseudunterveyskeskus.fi/rstk/info/Paivystys/>.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. *Turun yliopisto*, 75-146.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. *Hoitotieteen laitos: Tampereen yliopisto*. 43-64. Viitattu 4.2.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02020.pdf>.

Santos, R. & Sorsa, E. 2011. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Hämeenlinnan ja Forssan toimialueiden potilastytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hyvinkää.

Sillanpää, K. 2013. Äkillinen sairastuminen potilaan näkökulmasta. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 3. uudistettu painos. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 748-750.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito, sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011: 11. 2011. Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Viitattu 22.3.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16118.pdf.

Suriyawongpaisal, P., Tansirisithikul, R. & Srithamrongsawat, S. 2012. An assessment on Thai emergency medical services performance: the patient perspective. Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. 2012, vol. 95(1): 11-118.

Swain, A., Al-Salami, M., Hoyle, S. & Larsen, P. 2012. Patient satisfaction and outcome using emergency care practitioners in New Zealand. Emergency Medicine Australasia. 24, 175-180.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. 2013. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 17.4.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere. Viitattu 15.4.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>.

Toikka, V. 2006. Pelastustieto-lehti. Artikkelin 8/2006. Standardi ja asetus tuovat yhdenmukaisuutta sairausautoihin. 18.4.2013. <http://www.pelastustieto.fi/site/index.php/arkisto/179>. Viitattu

Viitamäki, R. 2012. Ensihoitoesimiehen haastattelu. Kanta-Hämeen pelastuslaitos. Ensihoitopalvelut, Riihimäen ensihoitoalue. Riihimäki. Sähköposti.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Liitteet

Liite 1	45
Liite 2	46
Liite 3	49
Liite 4	52
Liite 5	53

Liite 1

Saatekirje

Hyvä Vastaanottaja,

teemme tutkimusta, joka on osa lain vaatimaa ensihoitopalvelujen seuranta Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella. Pelastuslaitos suorittaa asiakastyytyväisyys tutkimuksen säännöllisin väliajoin. Sen tarkoituksena on mitata pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden laatua potilaiden kokemana ja selvittää, miten se on muuttunut vuosien aikana. Tarkoituksenamme on löytää pelastuslaitoksen alueella parhaiten toimivat ja luotettavimmat ensihoidon ja asiakaspalvelun menetelmät ja kehittää niitä yhtenäisemmäksi. Nämä tavoitteet tulevat mahdollistamaan ensihoitopalveluiden tarkkailemisen ja parantamisen.

Mittaaminen perustuu potilaiden kokemuksiin saamistaan palvelusta ja siitä syystä lähestymme tämän tutkimuksen puitteissa juuri Teitä. Olemme kiinnostuneita Teidän kokemuksestanne saamastanne palvelusta ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelun asiakkaana.

Tutkimus tehdään yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman ja Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen kanssa. Tutkijoina toimivat sairaanhoidon opiskelijat Jesi Lippojoiki, Tommi Skyttä ja Erja-Liisa Ylitalo.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Vastauksellanne on erittäin suuri merkitys tutkimuksemme kannalta ja siksi toivoisimme Teidän vastaavan kyselyyn omien kokemusten perusteella täysin rehellisesti. Vastaaminen kyselyyn tapahtuu täyttämällä kyselykaavake ja palauttamalla se Kanta-Hämeen pelastuslaitokselle joko Forssaan, Hämeenlinnaan tai Riihimäelle riippuen asuinpaikastanne. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja palautus tapahtuu merkitsemättömällä palautuskuorella, jonka **postimaksu on valmiiksi maksettu**. Pyydämme Teitä postittamaan kyselylomakkeen **kahden viikon kuluessa sen saapumisesta**. Vastauskirjekuoret tullaan ohjaamaan suoraan tutkijoille, jolloin pelastuslaitos ei pysty vaikuttamaan tutkimuksen tuloksiin. Kun tuloksia on tarkasteltu tarpeeksi, kyselyt tullaan hävittämään huolellisesti.

Mikäli Teille tulee mieleen tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, niin vastaamme niihin mielellämme. Kiitoksia vastauksestanne!

Jesi Lippojoiki
LAUREA/ Hoitotyön koulutusohjelma
Metsänpojankuja 3
02130 Espoo

Tommi Skyttä
LAUREA/ Hoitotyön koulutusohjelma
Metsänpojankuja 3
02130 Espoo

Erja-Liisa Ylitalo
LAUREA/ Hoitotyön koulutusohjelma
Metsänpojankuja 3
02130 Espoo

Liite 2

kyselykaavake kuljetetuille

KYSELYLOMAKE

Ensihoidon potilastyytyväisyys

Kanta-Hämeen pelastuslaitos

Kyselykaavakkeessa on 18 väittämää ja yksi avoin kysymys. Väittämät koskevat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tuottamien ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden laatua. Väittämiin ei ole olemassa oikeaa eikä väärää vastausta. Ympyröikää mielestänne sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Ikä_____

2. Sukupuoli Mies_____ Nainen_____

Valitkaa ympyröimällä kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten Teidän mielestänne ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

3. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä 1 2 3 4 5

4. Asusteet ja olemus olivat asianmukaiset 1 2 3 4 5

5. Henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuudentunteen 1 2 3 4 5

Seuraavat väittämät koskevat ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoa. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

6. Henkilökunta oli ammattitaitoista ja määrätietoista 1 2 3 4 5

7. Toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa 1 2 3 4 5

8. Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet suoritettiin mielestäni oikein 1 2 3 4 5

9. Omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon 1 2 3 4 5

Seuraavissa väittämissä käsitellään hoitopahtumanne yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

10. Palvelun saanti oli riittävän nopeaa	1	2	3	4	5
11. Kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin	1	2	3	4	5
12. Minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti	1	2	3	4	5
13. Sain riittävästi informaatiota tilanteen etenemisestä	1	2	3	4	5
14. Yksityisyyttäni kunnioitettiin	1	2	3	4	5

Seuraavissa väittämissä käsitellään ambulanssin sisätiloja ja kuljetustapaa. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

15. Ambulanssin sisätilat olivat siistit	1	2	3	4	5
16. Ambulanssissa oli riittävän lämmin	1	2	3	4	5
17. Kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä	1	2	3	4	5
18. Minulle valittiin oikea jatkohoitopaikka	1	2	3	4	5

Seuraavassa kohdassa voitte antaa sanallista palautetta saamastanne ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelusta

19. Sana on vapaa

Kiitos vastauksistanne!

Liite 3

kyselykaavake kohteessa hoidetuille

KYSELYLOMAKE

Ensihoitopalvelun potilastyytyväisyys

Kanta-Hämeen pelastuslaitos

Kyselykaavakkeessa on 17 väittämää ja yksi avoin kysymys. Väittämät koskevat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tuottamien ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden laatua. Väittämiin ei ole olemassa oikeaa eikä väärää vastausta. Ympyröikää mielestänne sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Ikä_____

2. Sukupuoli Mies_____ Nainen_____

Valitkaa ympyröimällä kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten Teidän mielestänne ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

3. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä 1 2 3 4 5

4. Asusteet ja olemus olivat asianmukaiset 1 2 3 4 5

5. Henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuudentunteen 1 2 3 4 5

Seuraavat väittämät koskevat ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoa. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

6. Henkilökunta oli ammattitaitoista ja määrätietoista 1 2 3 4 5

7. Toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa 1 2 3 4 5

8. Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet suoritettiin mielestäni oikein 1 2 3 4 5

9. Omaiset ja muut paikalla olijat otettiin huomioon 1 2 3 4 5

Seuraavissa väittämissä käsitellään hoitopahtumanne yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

10. Palvelun saanti oli riittävän nopeaa	1	2	3	4	5
11. Kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin	1	2	3	4	5
12. Minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti	1	2	3	4	5
13. Sain riittävästi informaatiota tilanteen etenemisestä	1	2	3	4	5
14. Yksityisyyttäni kunnioitettiin	1	2	3	4	5

Seuraavissa väittämissä käsitellään ambulanssihenkilökunnan antamia ohjeita. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

15. Henkilökunta perusteli kuljettamatta jättämisen riittävän hyvin	1	2	3	4	5
16. Sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet jatkon varalle	1	2	3	4	5
17. Saatoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu	1	2	3	4	5

Seuraavassa kohdassa voitte kirjoittaa sanallista palautetta ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelusta

18. Sana on vapaa

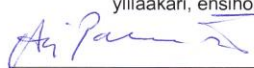
Kiitos vastauksistanne!

Liite 4



KANTA-HÄMEEN
SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ

Hoitotyön tutkimuslupahakemus / päätös

Hakija / hakijat	Tommi Skyttä Jesi Iipojoki Erja-Liisa Ylitalo
Osoite ja puhelinnumero	
Tutkimuksen / opinnäytetyön nimi	Potilastyytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueella <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / AMK <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö / YAMK <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaatin tutkimus <input type="checkbox"/> Väitöskirja
Tutkimuksen / opinnäytetyön tiivistetty kuvaus (liitteenä tutkimus-suunnitelma ja tarvittaessa eettisen toimikunnan lausunto)	Retrospektiivinen kyselytutkimus ensihoitopalvelujen laadusta potilaan kokemana. Kysely on tarkoitus lähettää 450 jatkohoitoon kuljetetulle ja 150 kohteeseessa hoidetulle potilaalle Forsan, Hämeenlinnan ja Riihimäen alueilla. Tutkimuksessa kartoitetaan 5 teemaa: 1. Ambulanssienhoidon yleinen olemus, 2. Ambulanssienhoidon ammaattitaito, 3. Hoitotapahtuman yksilöllisyys, 4. Jatkohoitopaikkaan kuljetetut potilaat, 5. Kohteessa hoidetut potilaat. Tutkimuksen ajankohta on v. 2013 aikana.
Ohjaaja(t) (pvm, nimi ja oppilaitos)	
Julkistaminen	Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Opinnäytetöiden julkistaminen edellyttää erillistä lupaa Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiristä. Tietopalveluiden osoite on tietopalvelu.khks@gmail.com Opinnäytetyön / tutkimuksen raportti toimitetaan sähköisenä ylihoitajalle ja kirjallisena osastonhoitajalle. <input type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous <input checked="" type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä osastokokous pelastuslaitoksen johtoryhmälle
Hakijan allekirjoitus	
Tutkimusluvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <u>30. syyskuuta 2013</u> <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan _____.____.20____ korjattavaksi seuraavin muutoksin: <input type="checkbox"/> Ei myönnetty _____.____.20____ Perustelu: Lupa myönnetään edellytyksellä, että opinnäytetyön tulokset toimitetaan yhteisessä tilaisuudessa tapahtuvan esittelyn lisäksi kirjallisina seuraaville ensihoidon vastuuhenkilöille: Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystysklinikan ylilääkäri, ensihoidosta vastaava(t) osastonylilääkäri(t) ja ensihoitopäällikkö.
Allekirjoitus / nimen selvennys	 Ari Palomäki; dos., ylilääkäri
Päätös annettu tiedoksi hakijalle	<u>30.9.2013</u> Alkuperäinen hakijalle Kopio kirjaamoon

SHP 45.10.12 (Mitra / Lomakkeet / T)

Palautusosoite
Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirin ky.
Kirjaamo
Ahvenistontie 20
13530 Hämeenlinna

Liite 5

Väittämiä keskiarvot

	Kuljetetut:	Kohteessa hoidetut:
Henkilökunnan käyttäytyminen	4,48	4,32
Asusteet ja olemus	4,74	4,88
Henkilökunnan läsnäolo	4,67	4,53
Henkilökunnan ammattitaito	4,66	4,62
Toiminta rauhallista	4,76	4,65
Tutkimukset ja hoito oikein	4,6	4,53
Omaiset otettiin huomioon	4,49	4,03
Palvelusaanti hyvä	4,35	4,56
Kivun hoito	4,48	4,38
Minun kuuntelu	4,26	4,38
Riittävä info	4,67	4,44
Yksityisyyttä kunnoitettiin	4,71	4,47
Kuljetetut:		
Ambulanssin sisätilat	4,71	
Ambulanssin lämpö	4,54	
Kuljetustapa turvallinen	4,51	
Oikea jatkohoitopaikka	4,55	
Kohteessa hoidetut:		
Kuljettamatta jättö perusteltu		4,15
Hyvät ohjeet		4,35
Turvallista jäädä kotiin		4,38