



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ENSIHOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ KENTTÄJOHTOTOIMINNASTA

Kysely Pirkanmaan alueen ensihoitajille

Niko Laine

Lauri Viljanen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Ensihoidon koulutusohjelma



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

LAINEN NIKO & VILJANEN LAURI:
Ensihoitajien näkemyksiä kenttäjohtotoiminnasta
Kysely Pirkanmaan alueen ensihoitajille

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Maaliskuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Pirkanmaan alueella kiireellisessä ensihoidossa toimivien ensihoitajien näkemyksiä ensihoidon kenttäjohtotoiminnasta. Tavoitteena oli kerätä kehitysehdotuksia tähän toimintaan liittyen. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella syksyllä 2015. Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin kaikille Pirkanmaan alueen ensihoitopalvelussa toimiville ensihoitajille. Kyselyyn vastasi 112 alueen noin 350 ensihoitajasta eli vastausprosentti oli 32.

Kyselyyn vastanneista ensihoitajista 91 % koki tuntevansa kenttäjohtajan toimenkuvan ainakin osittain. Kenttäjohtajan osallistumisen potilaan hoitoon vähintään osittain hyödyllisenä koki 54 % vastaajista, 39 % vastaajista oli tämän väitteen kanssa osittain tai täysin eri mieltä ja 6 % ei osannut sanoa. Eräässä väittämässä todettiin vastaajan saaneen riittävästi perehdytystä kenttäjohtajan kanssa toimimiseen. Tämän väitteen kanssa täysin tai osittain samaa mieltä oli 39 % vastaajista. Vastaajista 45 % oli väittämän kanssa täysin tai osittain eri mieltä ja 16 % ei osannut sanoa. Yhdessä väittämässä todettiin ensihoidon kenttäjohtajan parantavan ensihoitopalvelun toimivuutta. Tämän väittämän kanssa täysin tai osittain samaa mieltä oli 81 % vastaajista, täysin tai osittain eri mieltä oli 12 % vastaajista ja 7 % ei osannut sanoa.

Kaikkiaan kyselyyn vastanneet ensihoitajat olivat pääosin tyytyväisiä kenttäjohtajajärjestelmän ja kenttäjohtajien toimintaan. Eniten mielipiteitä jakoivat perehdytyksen riittävyyttä ja kenttäjohtajan potilaan hoitoon osallistumista koskevat väittämät. Näitä tuloksia voidaan käyttää apuna Pirkanmaan kenttäjohtajajärjestelmän kehittämisessä.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Emergency care

LAINEN NIKO & VILJANEN LAURI:
Paramedics' views of the field supervising system
Inquiry to Pirkanmaa region's paramedics

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 4 pages
March 2016

The purpose of the thesis was to examine paramedics' views on the field supervising system in Pirkanmaa region and to collect suggestions for improvement related to this activity. The thesis was made in collaboration with the Pirkanmaa health care district.

The data were collected through an electronic questionnaire in autumn 2015. Out of approximately 350 paramedics 112 answered the questionnaire thus the response rate was 32 %.

Out of the paramedics who answered the questionnaire, 91 % felt that they know the job description of the field supervisor at least in part. The percentage of paramedics who felt that it was beneficial that the field supervisor took part in patient care was 54 %, 39 % of the respondents partially or completely disagreed with this argument and 6 % could not say. The seventh argument stated that the respondent has had sufficient amount of familiarisation on working with the field supervisor. 39 % of the respondents either partially or completely agreed with this argument. 45 % of the respondents partially or completely disagreed with this argument and 16 % could not say. The last argument stated that the emergency care's field supervisor improves pre-hospital emergency care. 81 % of the respondents partially or completely agreed with this argument. 12 % partially or completely disagreed with the argument and 7 % of the respondents could not say.

All in all the respondents were mainly satisfied how the field supervision system and field supervisors themselves work. The most significant differences in opinions occurred in arguments that concerned familiarisation with the field supervisors' job description and the field supervisor's participation in patient care.

Key words: emergency medical service, field supervising

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
4	ENSIHOIDON PALVELUJÄRJESTELMÄ	9
4.1	Ensihoitopalvelu	9
4.2	Ensihoidon palvelutaso	9
4.3	Ensihoidon palveluketju.....	12
4.3.1	Hätäkeskus	12
4.3.2	Ensivaste	13
4.3.3	Perustaso	13
4.3.4	Hoitotaso	14
4.3.5	Ensihoidon kenttäjohtaja.....	14
4.3.6	Lääkäriyksikkö.....	15
5	KENTTÄJOHTAJA PIRKANMAAN SAIRAAHOITOPUIRIN ALUEELLA	16
5.1	Kenttäjohtajan toimenkuva Pirkanmaalla	16
5.2	Kenttäjohtajan hoitovälineet	17
6	MENETELMÄT.....	18
6.1	Kvantitatiivinen tutkimus.....	18
6.2	Opinnäytetyön toteutus	18
6.3	Aineiston kerääminen ja analyysi	19
7	TULOKSET	21
7.1	Taustamuuttajat.....	21
7.2	Näkemykset kenttäjohtotoiminnasta	23
7.3	Taustamuuttajien vaikutus näkemyksiin.....	27
7.4	Avoimet vastaukset.....	28
8	POHDINTA.....	34
8.1	Johtopäätökset.....	34
8.2	Kehitysehdotukset.....	35
8.3	Luotettavuus.....	35
8.4	Eettiset näkökohdat	37
8.5	Jatkotutkimusehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	42
	Liite 1. Kyselykaavake	42
	Liite 2. Saatekirje vastaajille	45

1 JOHDANTO

Vuonna 2011 voimaan astuneessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ensihoitopalvelu määriteltiin kuulumaan erikoissairaanhoidon piiriin. Samassa yhteydessä sairaanhoitopiirien vastuulle tuli valmistella ja vahvistaa ensihoitopalvelun palvelutasopäätös, jossa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, tavoitteet potilaiden tavoittamisajalle ja kuvataan tarkemmin palvelun sisältöä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) edellyttää sairaanhoitopiireiltä myös ympärivuorokautisesti toimivia ensihoidon kenttäjohtajia.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri otti nykyisenlaisen kenttäjohtajatoiminnan käyttöönsä 3.1.2013 (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Uuden toiminnon käyttöönotto on luonnollisesti herättänyt keskustelua ja erilaisia mielipiteitä ensihoidossa työskentelevien keskuudessa. Lisäksi ensihoidon kenttäjohtajan toimenkuvassa on suuria aluekohtaisia eroja. Palvelutasopäätöksessä ensihoitopalvelun kenttäjohtajalle on määrätty tiettyjä tehtäviä, joiden tärkeydestä ja toteutumisesta on esitetty useita näkemyksiä. Tehtäviin kuuluu ensihoitovalmiuden ylläpito, yhteistyö hätäkeskuksen kanssa, monipotilas- ja moniviranomaistehtävien johtaminen, virka-apuun liittyvät asiat, operatiiviseen toimintaan osallistuminen sekä ensihoitajien lähiesimiehenä toimiminen ja päättäminen kiireettömän potilassiirtojärjestelmän yksiköiden käytöstä kiireellisen ensihoitopalvelun tehtävillä (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös 2012).

Edellä mainittujen seikkojen perusteella syntyi motivaatio ja tarve selvittää ensihoitajien ajatuksia kenttäjohtajan toiminnasta ja näin tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää apuna kenttäjohtajajärjestelmän kehittämisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena onkin kyselykaavakkeen (liite 1) avulla selvittää Pirkanmaan alueen kiireellisessä ensihoidossa perus- ja hoitotasolla työskentelevien ensihoitajien näkemyksiä ja kokemuksia ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmän toimivuudesta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Pitäksemme opinnäytetyön laajuuden järkevänä sekä ensihoidon alueellisista eroista johtuen, opinnäytetyö rajataan koskemaan ainoastaan Pirkanmaan alueen ensihoitoa. Perusteena rajaukselle on myös se, että työn tarkoituksena on auttaa kehittämään ni-

menomaan Pirkanmaan alueen kenttäjohtojärjestelmään, eikä näin ollen ole perusteltua sisällyttää työhön muiden sairaanhoitopiirien alueita.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Pirkanmaan alueella työskentelevien ensihoitajien näkemyksiä kenttäjohtojärjestelmän toimivuudesta.

Opinnäytetyön ongelmat:

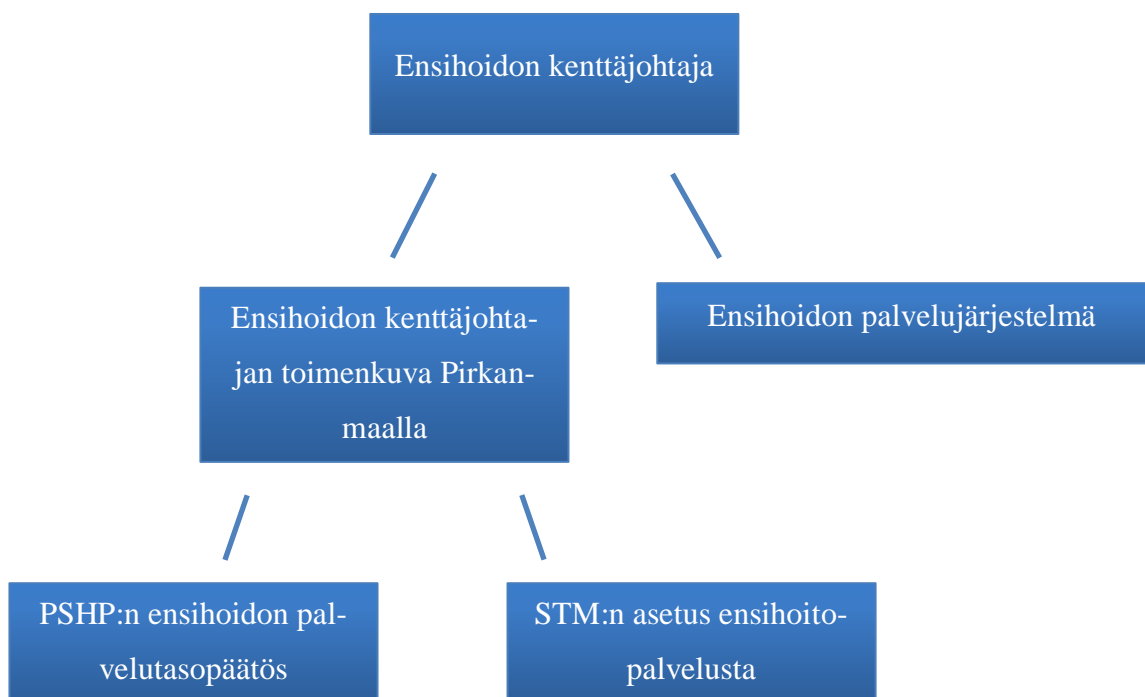
1. Millainen on ensihoidon kenttäjohtajan toimenkuva Pirkanmaalla?
2. Millaisia näkemyksiä Pirkanmaalla työskentelevillä ensihoitajilla on nykyisestä kenttäjohtotoiminnasta?
3. Millaisia kehitysehdotuksia Pirkanmaalla työskentelevillä ensihoitajilla on kenttäjohtotoimintaan liittyen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Pirkanmaan ensihoidon kenttäjohtotoimivuudesta ensihoitajilta saadun tutkimustiedon avulla, sekä nostaa esiin kehitysehdotuksia toimintaan liittyen.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyössä selvitetään kyselylomakkeen avulla Pirkanmaalla toimivien ensihoitajien näkemyksiä nykyisestä kenttäjohtajajärjestelmästä ja sen toimivuudesta. Tämän pohjalta työn keskeisiksi käsitteiksi valikoituivat ensihoidon kenttäjohtaja, kenttäjohtajan toimenkuva säädösten mukaan ja ensihoidon palvelujärjestelmä. Aihetta käsitellään erikseen teoriassa lakien, asetusten ja tutkimusten pohjalta. Myöhemmin tarkastellaan työn varsinaisia tuloksia eli kyselylomakkeella saatuja vastauksia.

Teoreettiseksi lähtökohdaksi on valittu ensihoidon kenttäjohtaja (kuvio 1). Ensihoidon palvelujärjestelmää tarkastellaan työssä erikseen, koska kenttäjohtaja toimii läheisessä yhteistyössä hätäkeskuksen, ensihoitolääkärin ja ensihoitajien kanssa. Pirkanmaalla kenttäjohtajan toimenkuvaa säätelee ensisijaisesti Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätös, joten ne ovat keskeinen osa tämän työn teoriaa.



KUVIO 1. Opinnäytetyön viitekehys

4 ENSIHOIDON PALVELUJÄRJESTELMÄ

4.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan niitä terveydenhuollon päivystysluontoisia palveluita, joiden tarkoituksena on järjestää äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin hoito sairaalan ulkopuolella. Ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu myös tarvittaessa ohjata tai kuljettaa potilas tarkoituksenmukaisimman terveydenhuollon palvelun piiriin. Terveydenhuoltolain mukaan ensihoitopalvelun vastuulle kuuluvat lisäksi ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, osallistuminen alueellisten valmius- ja varautumissuunnitelmien laadintaan sekä tarvittaessa virka-avun antaminen yhteistyöviranomaisille. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Castrén ym. 2012, 17-18; Etelälahti 2013, 14-15; Määttä 2013, 14-17.)

4.2 Ensihoidon palvelutaso

Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain mukaan ensihoidon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille 1.1.2013 alkaen. Samaan aikaan tuli voimaan Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista, jonka mukaan Suomeen muodostui 21 (Ahvenanmaa mukaan lukien) sairaanhoitopiiriä ja 5 erityisvastuualuetta. Jokaisella erityisvastuualueella on terveydenhuoltolain mukaisesti ensihoitokeskus, jonka vastuulle kuuluu alueen ensihoitolääkäripäivystys, ensihoitopalvelun toiminnan valvonta ja dokumentointi, lääkärihelikopteritoiminta, hoitolaitossiirrot, viranomaisradioverkon hallinnointi ja antaa Hätäkeskuslaitokselle alueelliset hälytysohjeet. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 13.12.2012/812.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on luoda tasapuolinen ja kattava ensihoitojärjestelmä, joka nivoutuu saumattomasti osaksi palveluketjua sairaaloiden päivystysten kanssa. Järjestämisvastuun myötä sairaanhoitopiirien on määriteltävä alueelleen palvelutaso, jossa se määrittelee mm. tavoitteet potilaiden tavoittamisajoista, alueensa riskialueuokat, henkilöstön pätevyysvaatimukset ja ensihoitopalvelun sisällön.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän alue jaetaan palvelutasopäätöksessä yhden neliökilometrin kokoisiin alueisiin riskiluokittain. Sosiaali- ja terveysministeriö on asetuksessaan ensihoitopalvelusta (340/2011) määrittänyt 5 riskialueluokkaa (taulukko 1). (Koskela 2011, 4-5; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

TAULUKKO 1. Riskialueluokat

Riskialueluokka 1	Enemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa.
Riskialueluokka 2	Vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa, mutta enemmän kuin yksi viikossa.
Riskialueluokka 3	Vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä viikossa, mutta enemmän kuin yksi kuukaudessa.
Riskialueluokka 4	Vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä kuukaudessa, jos alue on asutettu tai sen läpi kulkee kantatie tai valtatie.
Riskialueluokka 5	Alueella ei ole vakinaista asutusta.

Asetuksessaan ensihoitopalvelusta (340/2011) sosiaali- ja terveysministeriö jakaa lisäksi ensihoidon tehtävät kiireellisyytensä mukaan neljään luokkaan: A-, B-, C- ja D-luokan tehtäviin (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Tehtäväkiireellisyysluokat

A-luokan tehtävä	Korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- ja tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna.
B-luokan tehtävä	Todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta.
C-luokan tehtävä	Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia.
D-luokan tehtävä	Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi.

Palvelutasopäätöksessään jokainen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä päättää riskialuealuokien ja tehtäväkiireellisyysluokkien pohjalta tehdyn riskianalyysin perusteella, millaista ensihoitovalmiutta alueella pidetään. Palvelutasopäätöksen tulee siis määrittää, kuinka suuren osan esimerkiksi A-kiireellisyysluokan potilaista tulee hoitotason yksikön saavuttaa tietyssä aikaikkunassa. Esimerkkinä tavoittamisaikataulukko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksestä (kuva 1). (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Sosiaali- ja terveysministeriön ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille 2011, 14-17.)

KUVA 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tavoittamisajat (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös 13.11.2012)

Riskialuealuokka	Tehtäväkiireellisyysluokat				
	A / B			C	D
	Vähintään hätäensiapuun pystyvä yksikkö*		Hoitotason yksikkö	Ambulanssi	Ambulanssi
	8 min	15 min	30 min	30 min	120 min
Luokka 1	70 %	75 %	70 %	75 %	80 %
Luokka 2	65 %	70 %	60 %	70 %	80 %
Luokka 3	60 %	60 %	60 %	65 %	80 %
Luokka 4	20 %	40 %	35 %	60 %	70 %
Luokka 5	Ei määritellä	Ei määritellä	Ei määritellä	Ei määritellä	Ei määritellä

4.3 Ensihoidon palveluketju

Suomessa ensihoitopalvelussa on käytössä niin sanottu porrastetun palveluketjun malli. Tämä palveluketju alkaa kansalaisen hätäkeskukseen soittamasta hätäpuhelusta, jonka mukaan hätäkeskus hälyttää tehtävälle tarkoituksenmukaisimman ensihoidon yksikön. Palveluketju päättyy sairaalaan tai joissain tilanteissa vasta kuntoutusvaiheeseen. (Määttä 2013, 14-17; Ekman 2015, 214-215.)

4.3.1 Hätäkeskus

Hätäkeskuslaitos on sisäasianministeriön alaisuudessa toimiva elin, jonka tehtävinä ovat hätäkeskustoiminnasta annetun lain (692/2010) mukaan hätäkeskuspalvelujen tuottaminen, yhteistyöviranomaisten toiminnan tukeminen sekä hätäkeskuspalvelujen kehittäminen ja valvonta. Suomi on jaettu hätäkeskusuudistuksen myötä kuuteen hätäkeskusalueeseen, joista jokaisessa toimii yksi hätäkeskus (Oulu, Kuopio, Pori, Turku, Kerava ja Vaasa). Näiden hätäkeskusalueiden terveystoimen alueellisista toimintaohjeista sopivat hätäkeskuslaitos, ensihoitokeskukset ja sairaanhoitopiirit yhteistyössä keskenään (Sepälä 2013, 344).

Tiivistetysti hätäkeskuksen vastuulle kuuluu ensihoidon osalta puhelun vastaanottaminen, riskiarvion tekeminen, tarkoituksenmukaisimman yksikön hälyttämi-

nen/hälyttämättä jättäminen, toimintaohjeiden antaminen soittajalle, hälytettyjen yksiköiden avustaminen ja kentän toiminnan organisointi yhteistyössä ensihoidon kenttäjohtajan kanssa. Lisäksi hätäkeskus valvoo osaltaan VIRVE-viestiliikennettä, vastaa VIRVE-kutsuihin ja vastaa jonoutettujen tehtävien välittämisestä. (Castrén ym. 2012, 27-28.)

4.3.2 Ensivaste

Ensivasteyksikkö on useimmiten pelastustoimen yksikkö, joka hälytetään ensihoidon tehtävälle silloin, kun sen arvioidaan saavuttavan aikakriittisen hätätilapotilaan ennen ensihoidon yksikköä tai kohteessa oleva ensihoitoyksikkö tarvitsee apua (esimerkiksi kantoapu) (Ekman 2013, 214). Ensivasteyksikön tarkoituksena on siis lyhentää henkeä pelastavan hoidon alkamisviivettä (Valli 2013a, 359).

Ensivasteyksiköt toimivat paikallisen terveystoimiston kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti, joten ne kuuluvat ensihoitopalveluun ja näin myös potilasvahinkolain piiriin. Ensivasteyksiköt on liitetty myös hätäkeskuksen hälytysjärjestelmään, josta ne hälytetään terveystoimiston antaman hälytysohjeen mukaisesti. (Valli 2013a, 359.)

Ensivasteyksikössä tulee olla vähintään kaksi ensivastekoulutuksen saanutta henkilöä ja yksikön tulee pystyä vähintään potilaan tilan ensiarvioon, hätäensiapuun ja elottoman potilaan hoidon aloittamiseen (painelu-puhalluselytys ja neuvovan defibrillaattorin käyttö). Mahdollisesta lääkehoidosta esimerkiksi anafylaktisen tai hypoglykeemisen potilaan kohdalla sovitaan sairaanhoitopiirin kanssa yksikkökohtaisesti. (Ekman 2013, 214; Valli 2013a, 359-360.)

4.3.3 Perustaso

Perustason ensihoidolla tarkoitetaan ensihoidosta annetussa asetuksessa (340/2011) määritellyn koulutuksen suorittaneen henkilön antamaa ensihoitoa. Tällaisella henkilöllä tarkoitetaan joko ensihoitoon suuntautuneen koulutuksen suorittanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä tai pelastajatutkinnon suorittanutta henkilöä (Valli 2013b, 360).

Perustason ensihoitoyksikkö miehitetään kahdella perustason ensihoitajalla, joista vähintään toisen tulee olla ensihoidon asetuksessa (340/2011) määritelty terveydenhuollon ammattihenkilö. Toisen ensihoitajan on oltava vähintään ensihoidon asetuksessa (340/2011) määritelty terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan koulutuksen suorittanut henkilö. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

4.3.4 Hoitotaso

Hoitotason ensihoidolla tarkoitetaan ensihoitopalvelusta annetussa asetuksessa (340/2011) määritellyn terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa ensihoitoa. Tässä edellä mainitulla ammattihenkilöllä tarkoitetaan ensihoitaja-AMK tai sairaanhoitajan ja 30 opintopisteen erikoistumisopinnot suorittanutta henkilöä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Valli 2013b, 362-363).

Hoitotason ensihoitoyksikkö miehitetään kahdella ensihoitajalla, joista vähintään toisen tulee olla yllä määritelty hoitotason ensihoitaja. Toisen ensihoitajan tulee olla vähintään asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) määritelty terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai vastaavan koulutuksen suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Valli 2013b, 362-363.)

4.3.5 Ensihoidon kenttäjohtaja

Ensihoidon kenttäjohtaja on sairaanhoitopiirinsä ensihoidon tilannejohtaja, joka toimii alueen ensihoidosta vastaavan lääkärin alaisuudessa (Silfvast 2013, 364). Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalvelusta antaman asetuksen (340/2011) mukaan ensihoidon kenttäjohtajan toimenkuvaan kuuluvat hoitotason ensihoitajana toimiminen alueensa ensihoitotehtävillä sekä laajemmissa moniviranomais-, ja usean ensihoitoyksikön tilanteissa toiminta-alueensa ensihoidon yksiköiden käytöstä päättäminen. Lisäksi ensihoidon kenttäjohtajan tulee tukea hätäkeskusta sellaisissa tilanteissa, joissa ensihoidon päivittäistoiminnan resurssit eivät riitä tehtävien hoitamiseen tai päivittäistoiminnan ohjeistuksista joudutaan muulla tavalla poikkeamaan. (Etelälahti 2013, 25.)

Ensihoitopalvelun kenttäjohtajan tulee olla koulutukseltaan ensihoitaja AMK tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut vähintään 30 opintopisteen ensihoidon erikoistumisopinnot. Kenttäjohtajalla on lisäksi oltava tehtävään nähden riittävä ensihoidon hallinnollinen sekä operatiivinen osaaminen ja riittävä kokemus. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

4.3.6 Lääkäriyksikkö

Jokaisen erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen vastuulla on järjestää alueellaan vuorokauden ympäri toimiva ensihoitolääkärin päivystys. Päivystävän ensihoitolääkärin vastuulle kuuluvat alueensa ensihoidotehtävien tilannekohtainen lääketieteellinen johtaminen ja hoito-ohjeiden antaminen alueensa ensihoidon henkilöstölle. Päivystävän ensihoitolääkärin tulee olla jonkin sopivan erikoisalalan (esim. Anestesiologia tai akuuttilääketiede) lääkäri, jolla on riittävä kokemus sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta. (Valli 2013c, 364-365.)

Lääkäriyksiköllä tarkoitetaan ensihoidon yksikköä, joka on miehitetty ensihoitolääkärillä. Lääkäriyksikkö voi operoida tilanteesta ja alueesta riippuen joko maayksiköllä tai helikopterilla. Lääkäriyksikön tehtäviin kuuluvat alueensa ensihoidotehtävien lääketieteellinen koordinointi ja tehtäviin osallistuminen (hälytetään yleensä lääkäriyksikköä vaativiin A-kiireellisyysluokan tehtäviin), hoito-ohjeiden antaminen alueen ensihoidon yksiköille sekä alueellisten ensihoidon ohjeistuksien suunnittelu yhteistyössä sairaanhoitopiirin vastuulääkärin kanssa. (Valli 2013c, 364-365.)

5 KENTTÄJOHTAJA PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPiIRIN ALUEELLA

5.1 Kenttäjohtajan toimenkuva Pirkanmaalla

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen ensihoitopalvelusta (340/2011) mukaisesti Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on laatinut alueellensa ensihoidon palvelutasopäätöksen (2012), jossa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa ja kuvataan tarkemmin sen sisältöä. Palvelutasopäätöksessä on myös määritelty ensihoidon kenttäjohtajan vastuualueet.

Pirkanmaalla ensihoidon kenttäjohtaja huolehtii ympärivuorokautisen ensihoitovalmiuden ylläpitämisestä omalla alueellaan, päättää ambulanssien käytöstä usean yksikön tehtävillä sekä moniviranomaistilanteissa, päättää virka-avun pyytämisestä ja sen antamisesta, tukee hätäkeskusta normaalista poikkeavissa tilanteissa ja määrää tarvittaessa muita kulkuneuvoja – esimerkiksi linja-autoja potilaiden kuljettamiseen. Kenttäjohtaja on vastuussa myös hoidollisten potilassiirtokuljetusten koordinoinnista. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös 2012.)

Kenttäjohtaja toimii myös operatiivisena lähiesimiehenä kaikille kiireellisen ja kiireettömän ensihoidon yksiköille sekä ensivasteyksiköille. Tarvittaessa kenttäjohtaja voi myös määrätä kiireettömän potilassiirtojärjestelmän yksiköitä kiireellisen ensihoitopalvelun käyttöön. Tilanteen vaatiessa kenttäjohtaja voi määrätä yksiköitä valmiussiirtona toiselle alueelle ambulanssityhjiöiden välttämiseksi. Perustellusta syystä kenttäjohtaja voi myös perustaa lisäyksiköitä kiireellisen ensihoitopalvelun käyttöön. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös 2012.)

Hätäkeskus hälyttää kenttäjohtajan hälytysohjeen mukaisesti tietyille tehtäville. Tällaisia ovat ainakin usean ensihoitoyksikön tehtävät sekä A-kiireelliset tehtävät eloton, elvytys, tajuttomuus ja hengitysvaikeus. Oman harkintansa mukaan kenttäjohtaja voi liittää itsensä myös muihin tehtäviin. Kenttäjohtoyksikön yksikkötunnus on E PI 01 ja kutsutunnus Pirkanmaa L4 (Lauri-neljä). Kenttäjohtaja työskentelee yksin asemapaikkanaan Tampereen yliopistollisen sairaalan alueella sijaitseva Ensihoitokeskus. (Anttila 2016.)

5.2 Kenttäjohtajan hoitovälineet

Kenttäjohtaja liikkuu Volkswagen Transporter -mallisella hälytysajoneuvolla. Autossa ei ole kuljetuskapasiteettia potilaita varten, vaan se toimii tarvittaessa kenttäjohtajan liikkuvana tilannekeskuksena. Autossa kuljetetaan myös kenttäjohtajan hoitovälineet. (Anttila 2016.)

Hoitotasoisesta ensihoitoyksiköstä poikkeavia hoitolaitteita kenttäjohtajalla on Oxylog 3000 -ventilaattori, LUCAS-paineluevityslaite ja videolaryngoskooppi intubaatioihin. Kenttäjohtoyksikön lääkevalikoima on myös hoitoyksikköä laajempi, ja sisältää esimerkiksi kouristelevan potilaan hoidossa oleellisia toisen vaiheen lääkkeitä. Näiden välineiden ja lääkkeiden käyttöä kenttäjohtajat harjoittelevat yhteistyössä ensihoitolääkäreiden sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan henkilökunnan kanssa. (Anttila 2016.)

6 MENETELMÄT

6.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmetodia käytetään, kun tutkimuksessa käytetään välimatka- tai suhteasteikkaa. Tällaisessa tutkimuksessa pyritään vastaamaan esimerkiksi kysymyksiin mikä, kuinka usein ja kuinka paljon (Holopainen 2008, 21).

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkimuksen tulokset ovat joko valmiina numeroina tai tutkija strukturoi aineiston numeeriseen muotoon, jolloin aineistoa voidaan käsitellä erilaisin tilastollisin menetelmin. Tämän jälkeen tutkija valitsee aineistosta oleelliset asiat ja tulkitsee niissä olevan numeerisen tiedon sanallisesti. (Vilka 2007, 14.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska otannasta odotettiin kohtalaisen suurta (n.100) ja aiheesta haluttiin saada numeerista tietoa. Otannaksi valittiin koko perusjoukon sisältävä kokonaisotanta kahdesta syystä. Ensinnäkin Holopaisen (2008, 30) mukaan kokonaisotanta on paras valinta kun otannaksi tulisi joka tapauksessa yli puolet perusjoukon koosta. Toiseksi tutkimuksen luotettavuus kasvaa, koska otoksen kuvaavuus paranee ja potentiaalisten virhelähteiden määrä pienenee (Holopainen 2008, 38).

6.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin syksyllä 2014. Syksyn ja talven aikana suoritettiin tiedonhakuja ja aihetta rajattiin ja tarkennettiin. Keväällä 2015 opinnäytetyön aihe sai lopullisen muotonsa ja aineiston keruu työtä varten päätettiin tehdä sähköisen kyselylomakkeen avulla. Näin varsinainen opinnäytetyön prosessin eteenpäin vieminen päätettiin aloittamaan.

Kevään 2015 aikana pidettiin työelämäpalaveri Tays Ensiohoitokeskuksella työelämäyhdyshenkilön kanssa ja haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupa. Samalla keskusteltiin työelämätahon toiveista työn ja erityisesti kyselyn suhteen ja kohdennettiin

työn painopisteitä mahdollisimman hyvin työelämätahon tarpeita vastaaviksi. Kesän 2015 aikana haettiin tutkimusluvut kaikilta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun palveluntuottajilta, jotka ovat Pirkanmaan pelastuslaitos, 9Lives Pirkanmaa Oy, Oriveden sairausautopalvelu Ky, Mäntän seudun sairaankuljetus Oy, Ikaalisten ambulanssipalvelu Oy, AP-Ensi Oy ja Sydän-Hämeen Ensihoito Oy. Tutkimuslupien saamisen jälkeen päästiin tekemään varsinainen sähköinen kysely.

Loppuvuoden 2015 ja kevään 2016 aikana kirjoitettiin työn teoriapohja sekä analysoitiin tulokset kvantitatiivisia metodeja ja SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen. Työn tulokset tullaan esittämään kevään 2016 aikana Pirkanmaan ensihoidon palveluntuottajapalaverissa Tays Ensihoitokeskuksella.

6.3 Aineiston kerääminen ja analyysi

Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla. Sähköiseen lomakkeeseen päädyttiin, koska sen toimitus vastaajille on nopeaa ja helppoa. Lisäksi aineisto saadaan sähköisestä lomakkeesta helposti SPSS-ohjelmaan kvantitatiivista analyysiä varten.

Kyselylomake (liite 1) rakennettiin puolistrukturoidusti sähköisen E-lomake-editorin avulla, koska Kurkelan (2016) mukaan puolistrukturoitu lomake antaa joustavuutta sekä tutkijalle että kyselyyn vastaajalle. Lisäksi puolistrukturoitu malli sopi parhaiden opinnäytetyön tutkimuskysymysten asetteluun ja työelämätahon tiedon tarpeeseen. Kyselylomakkeesta tehtiin työelämätaholta saadun palautteen perusteella mahdollisimman hyvin heidän tarpeitaan vastaava. Lomake jaettiin selkeyden vuoksi kahteen osaan: Ensimmäisessä osiossa kysyttiin taustatietoja kuten vastaajan ikää ja työkokemusta. Lisäksi lomake koostuu kahdenlaisista kysymyksistä: Monivalintakysymyksistä, joista saadaan kvantitatiivista aineistoa ensihoitajien näkemyksistä kenttäjohtoon liittyen ja avoimista kysymyksistä, joista saadaan kehitysehdotuksia kenttäjohtotoiminnan kehittämistä varten.

Linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen lähetettiin alueella toimivien yritysten esimiehille, joita pyydettiin välittämään se kaikille kiireellisessä ensihoidossa työskenteleville alaisilleen. Näin ollen tarkkaa kyselylomakkeen vastaanottaneiden henkilöiden määrää

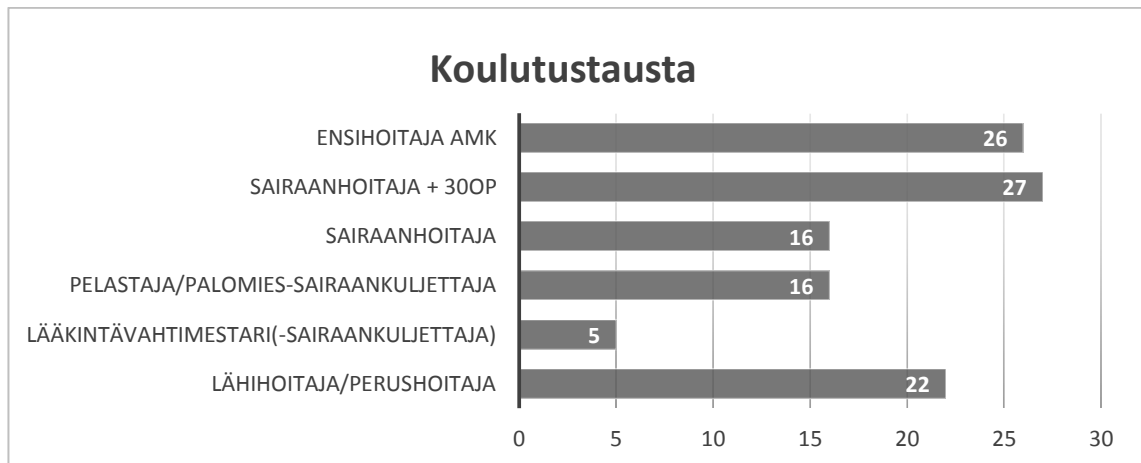
ei tiedetä, mutta Kämäräiseltä (2015) saamamme tiedon mukaan viimeisin raportoitu työntekijämäärä Pirkanmaan alueen ensihoidossa on noin 350 henkilöä. Vastaanottajat saivat lomakkeen lisäksi myös saatekirjeen (liite 2).

Vastausajan loputtua kysely suljettiin ja aineisto tuotiin SPSS-ohjelmaan. SPSS:n ja Microsoft Excelin avulla aineistosta luotiin havaintomatriisi ja havaintomatriisin avulla luotiin kaavioita, joissa esitetyt tulokset avattiin vielä sanallisesti. Avoimien kysymysten aineisto on käsitelty erikseen kvalitatiivisia analyysimenetelmiä käyttäen. Aineiston katoa ei ole tässä käsitelty tilastotieteen menetelmin.

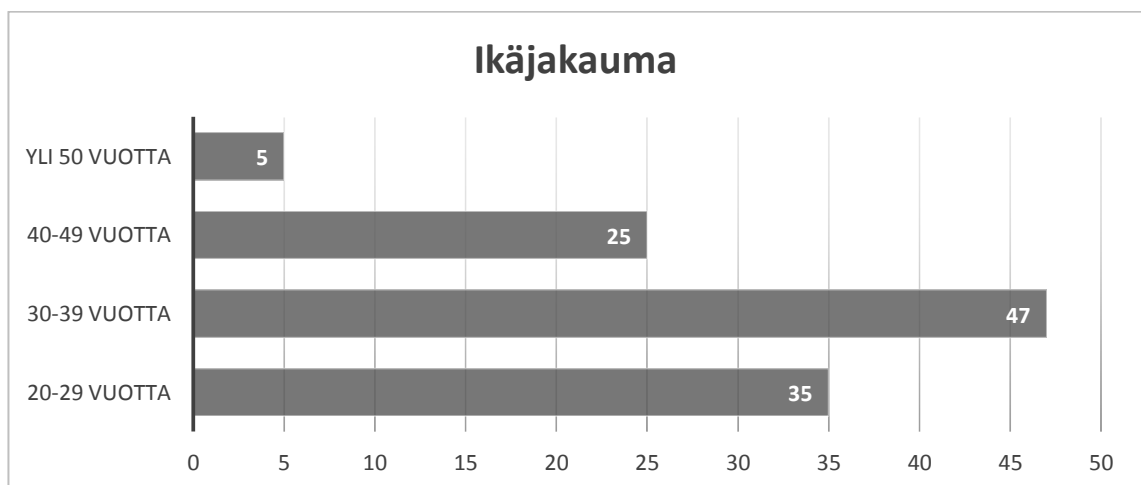
7 TULOKSET

7.1 Taustamuuttujat

Kyselyyn vastasi 112 Pirkanmaalla ensihoidossa työskentelevää henkilöä. Vastaajista 26 (23 %) oli koulutukseltaan ensihoitaja AMK, 27 (24 %) sairaanhoitajia, jotka ovat suorittaneet 30 opintopisteen ensihoidon lisäkoulutuksen, 16 (14 %) sairaanhoitajia, 16 (14 %) pelastajia tai palomiehiä, viisi (4 %) lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia ja 22 (20 %) lähihoitajia (kuvio 1). Suurin osa vastaajista oli iältään 30-39 -vuotiaita (n=47, 42 %), seuraavaksi eniten oli 20-29 -vuotiaita (n=35, 31 %). 40-49 -vuotiaita vastaajia oli 25 (22 %) ja yli 50-vuotiaita vastaajia viisi (4 %). (kuvio 2.)

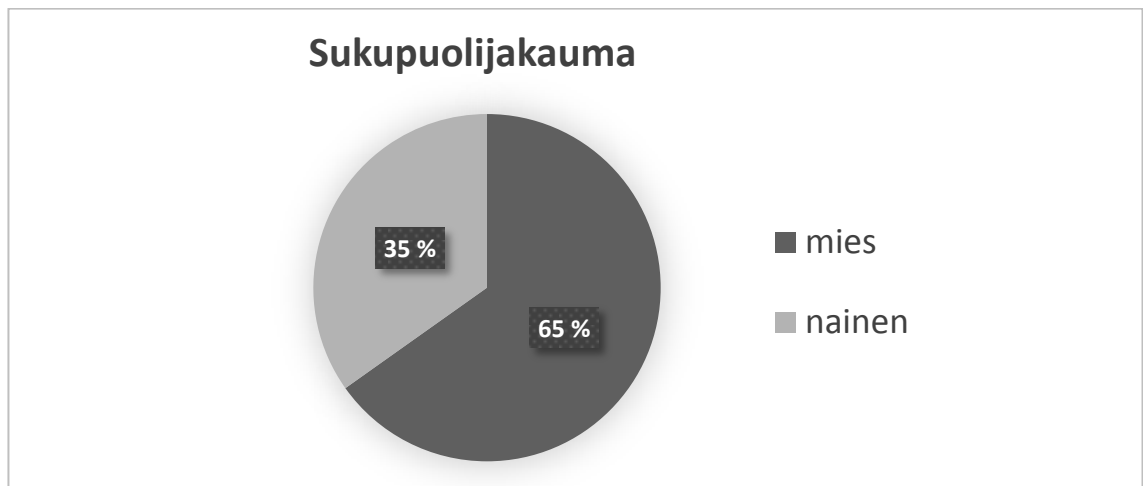


KUVIO 1. Vastaajien korkein suoritettu koulutus

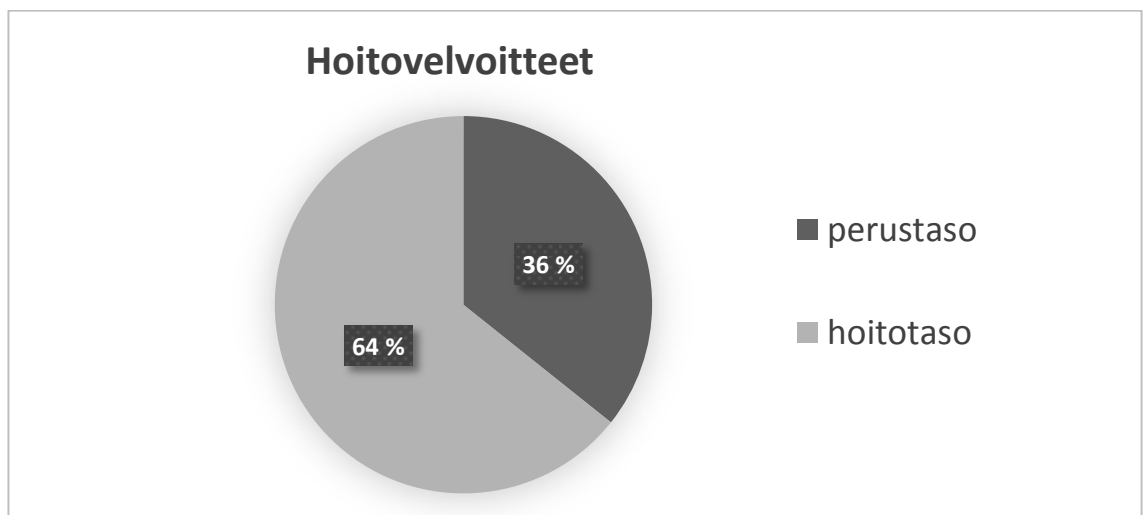


KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma

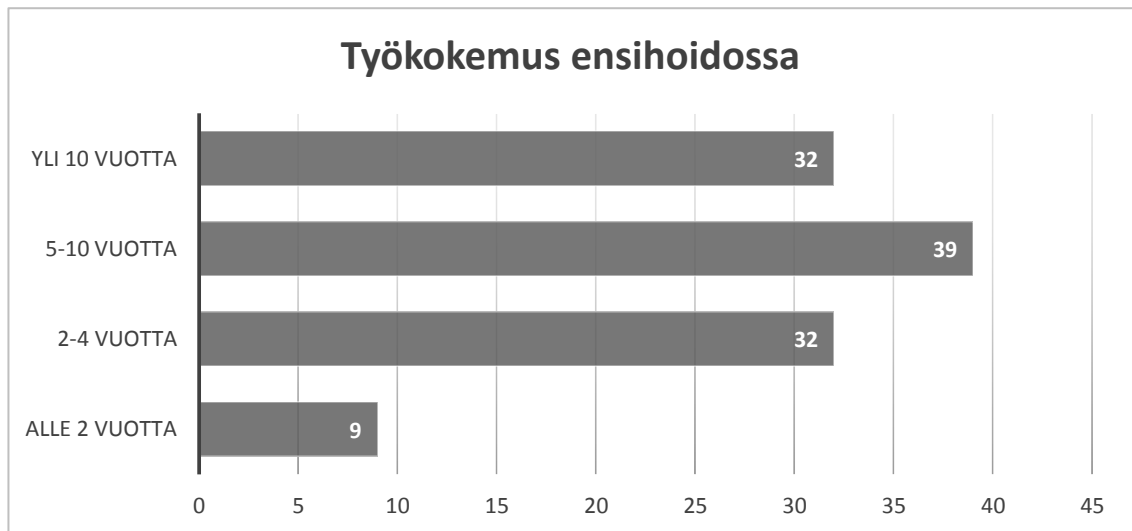
Vastaajista 72 (64 %) työskentelee ensisijaisesti hoitotasolla ja 40 (36 %) perustasolla (kuvio 4). Naisia vastanneista oli 39 (35 %) ja miehiä 73 (65 %) (kuvio 3). 32 (29 %) vastaajalla on ensihoidon työkokemusta yli kymmenen vuotta. 5-10 vuotta ensihoidon parissa on työskennellyt 39 (35 %) vastaajaa, 2-4 vuotta 32 (29 %) vastaajaa. Yhdeksällä (8 %) vastaajalla on alle kahden vuoden työkokemus. (kuvio 5.)



KUVIO 3. Vastaajien sukupuolijakauma



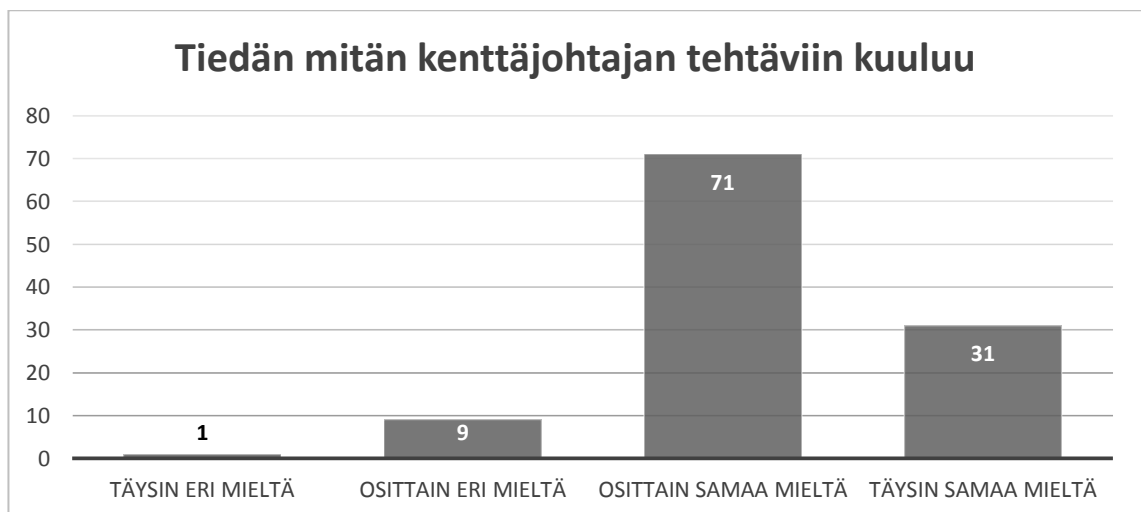
KUVIO 4. Vastaajien pääasiallinen hoitovelvoite



KUVIO 5. Vastaajien työkokemus ensihoidossa

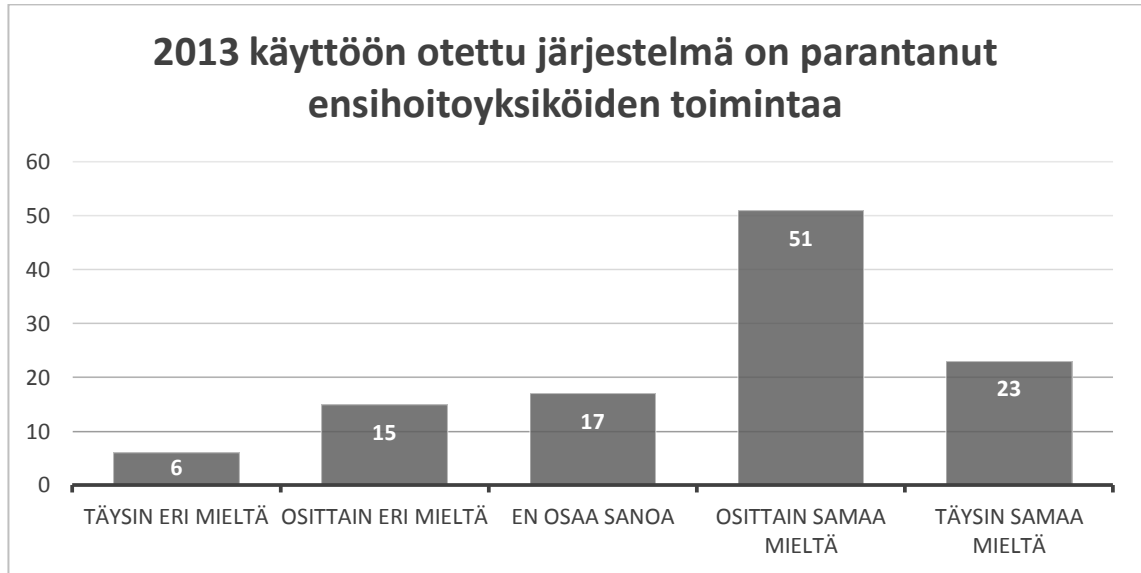
7.2 Näkemykset kenttäjohtotoiminnasta

Taustatietojen lisäksi kyselyssä oli kahdeksan väittämää, joissa Likert-asteikkoa käytämällä selvitettiin vastaajien näkemyksiä Pirkanmaan alueen kenttäjohtotoiminnasta. Ensimmäisessä väittämässä selvitettiin kuinka hyvin vastaajat omasta mielestään tietävät, mitä kenttäjohtajan tehtäviin kuuluu. Suurin osa vastaajista (n=71, 63 %) oli väittämän *tiedän mitä kenttäjohtajan tehtäviin kuuluu* kanssa osittain samaa mieltä. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 31 (28 %) vastaajaa. Vain kymmenen (9 %) vastaajaa oli väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. (kuvio 6.)



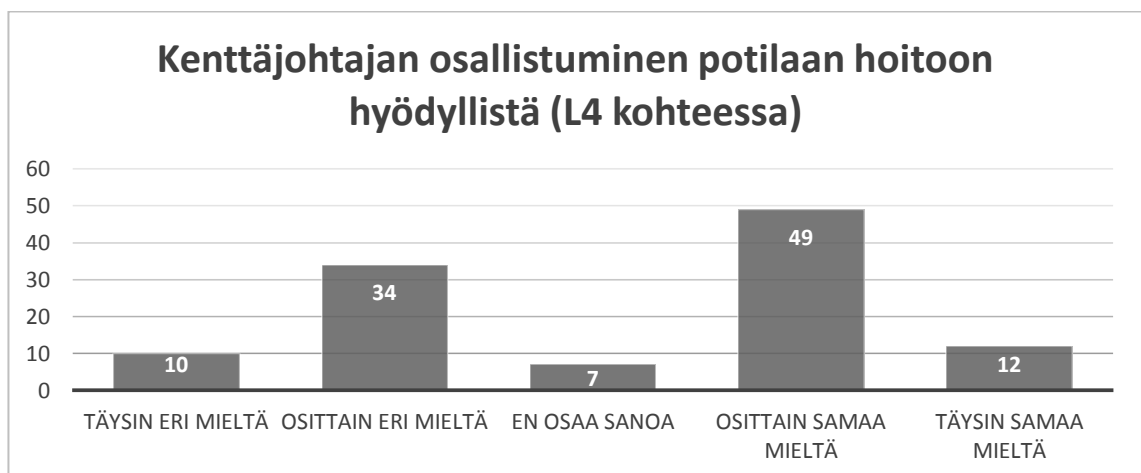
KUVIO 6. Tiedän mitä kenttäjohtajan tehtäviin kuuluu

Kaksi kolmasosaa vastaajista (n=74) oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa siitä, että nykyinen vuonna 2013 käyttöön otettu kenttäjohtajajärjestelmä on helpottanut tai parantanut ensihoitoyksiköiden toimintaa aiempaan verrattuna. Noin viidennes vastaajista (n=21) oli väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. Lähes yhtä moni (n=17, 15 %) vastaajista valitsi vaihtoehdon *en osaa sanoa*. (kuvio 7.)



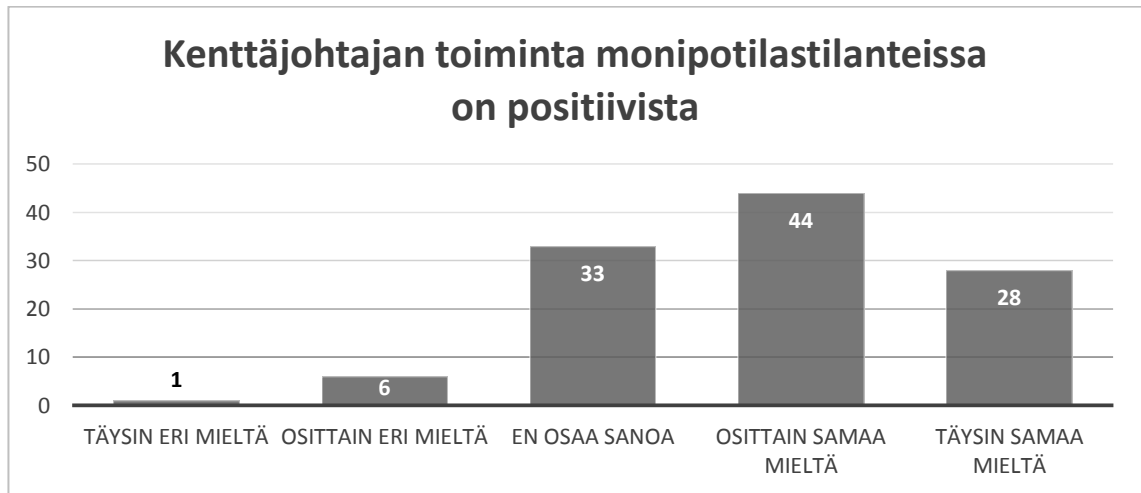
KUVIO 7. Kenttäjohtajajärjestelmän käyttöönotto (3.1.2013) on helpottanut/parantanut ensihoitoyksiköiden toimintaa verrattuna aiempaan järjestelmään

Kenttäjohtajan osallistuminen potilaan hoitoon kohteessa jakoi vastaajien mielipiteitä. 61 (54 %) vastaajaa koki osallistumisen hyödyllisenä (osittain tai täysin samaa mieltä), kun taas 44 (39 %) vastaajaa koki että kenttäjohtajan osallistuminen ei ole hyödyllistä (osittain tai täysin eri mieltä). Seitsemän (6 %) vastaajaa ei osannut sanoa. (kuvio 8.)



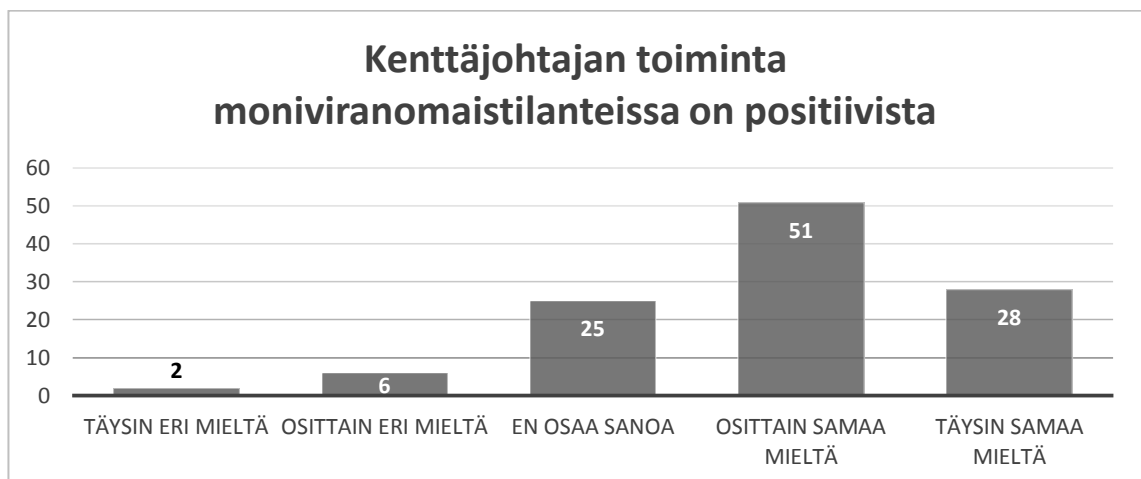
KUVIO 8. Koen kenttäjohtajan osallistumisen potilaan hoitoon hyödyllisenä (L4 kohteessa)

Kenttäjohtajan toimintaa monipotilas- ja moniviranomaistilanteissa pidettiin pääsääntöisesti positiivisena ja hyödyllisenä. Monipotilastilanteissa kenttäjohtajan toimintaa positiivisena piti 72 (64 %) vastaajaa (osittain tai täysin samaa mieltä) ja vain seitsemän (6 %) vastaajaa oli väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. Suuri määrä *en osaa sanoa* -vastauksia (n=33, 30 %) selittyy sillä, että ensihoitajilla ei ole kokemuksia monipotilastehtävistä yhdessä kenttäjohtajan kanssa. (kuvio 9.)



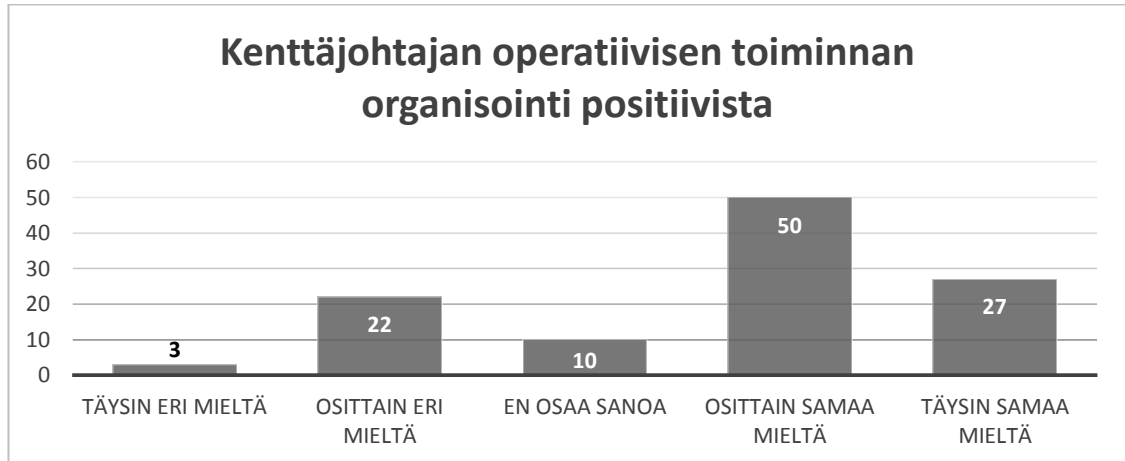
KUVIO 9. Kokemukseni kenttäjohtajan toiminnasta monipotilastilanteissa ovat positiivisia

Moniviranomaistilanteissa kenttäjohtajan toimintaa positiivisena piti 79 (71 %) vastaajaa (osittain tai täysin samaa mieltä) kahdeksan (7 %) vastaajan ollessa väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. 25 (22 %) vastaajaa valitsi vaihtoehdon *en osaa sanoa*. Tässäkin tilanteessa *en osaa sanoa* -vaihtoehdon suurta määrää selittää osin vastaajien kokemattomuus tällaisista tilanteista. (kuvio 10.)



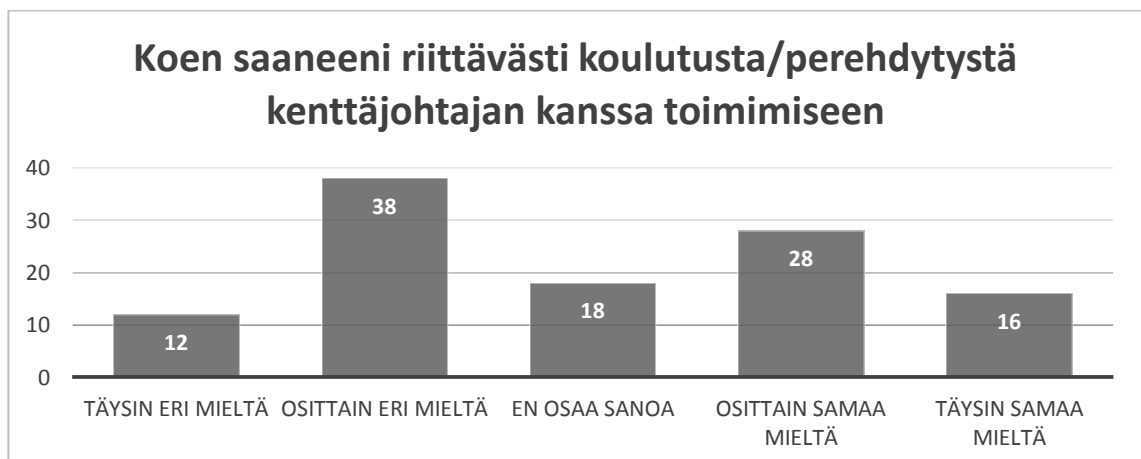
KUVIO 10. Kokemukseni kenttäjohtajan toiminnasta moniviranomaistilanteissa ovat positiivisia

Väittämän *kokemukseni kenttäjohtajan operatiivisen toiminnan organisoinnista ovat positiivisia* kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 77 (69 %) vastaajaa. 25 (22 %) vastaajaa oli väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. Kymmenen (9 %) vastaajaa ei osannut sanoa. (kuvio 11.)



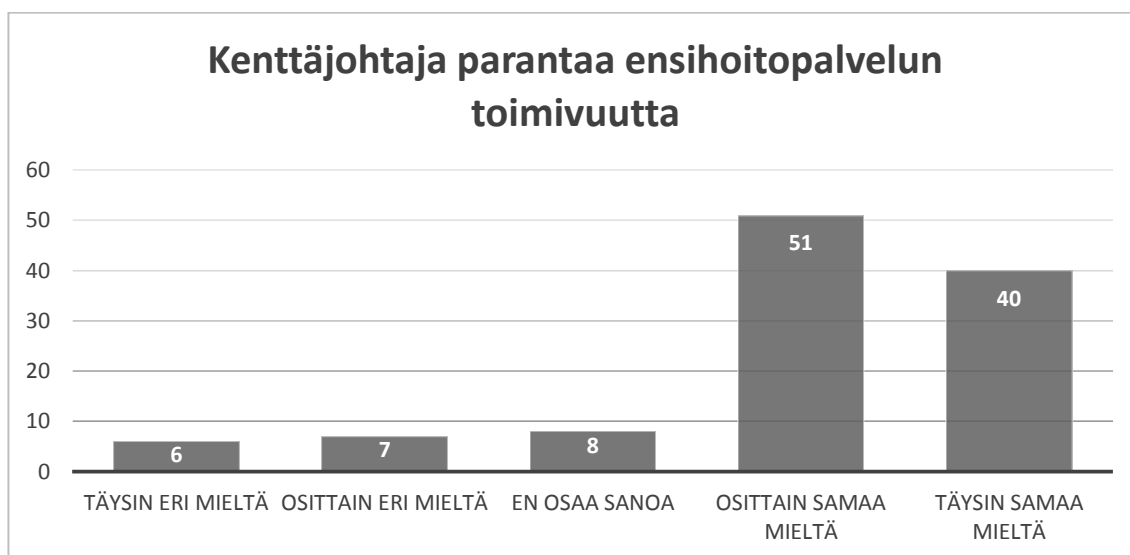
KUVIO 11. Kokemukseni kenttäjohtajan operatiivisen toiminnan organisoinnista ovat positiivisia

Väittäjä *koen saaneeni riittävästi koulutusta/perehdytystä kenttäjohtajan kanssa toimimiseen* jakoi voimakkaasti näkemyksiä. 44 (39 %) vastaajaa oli väittämän kanssa samaa mieltä. Näistä 16 (14 %) oli täysin samaa mieltä ja 28 (25 %) osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Riittämättömäksi koulutuksen tai perehdytyksen koki 50 (45 %) vastaajaa. 12 (11 %) vastaajaa oli väittämän kanssa täysin eri mieltä ja 38 (34 %) osittain eri mieltä. 18 (16 %) henkilöä vastasi *en osaa sanoa*. (kuvio 12.)



KUVIO 12. Koen saaneeni riittävästi koulutusta/perehdytystä kenttäjohtajan kanssa toimimiseen

Viimeisenä kysyttiin ensihoitajien yleistä näkemystä kenttäjohtotoiminnasta. Vastaajista 91 (81 %) oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän *koen kenttäjohtajan toiminnallaan parantavan ensihoitopalvelun toimivuutta* kanssa. Vain 13 (12 %) vastaajaa oli väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. *En osaa sanoa* -vastauksia oli kahdeksan (7 %). (kuvio 13.)



KUVIO 13. Koen kenttäjohtajan toiminnallaan parantavan ensihoitopalvelun toimivuutta

7.3 Taustamuuttujien vaikutus näkemyksiin

Ristiintaulukoinnin avulla tuloksista selvitettiin myös, oliko vastaajien koulutuksella, iällä, sukupuolella, hoitovelvoitteella tai työkokemuksella merkittävää vaikutusta vastauksiin. Ristiintaulukointi suoritettiin IBM SPSS Statistics -ohjelmalla.

Vastaajien hoitovelvoitteella tai iällä ei vaikuttanut olevan erityistä vaikutusta näkemyksiin kenttäjohtotoiminnasta. Työkokemuksella, koulutuksella ja sukupuolella sen sijaan oli hieman vaikutusta näkemyksiin. Naiset suhtautuivat kenttäjohtajan toimintaan kautta linjan positiivisemmin kuin miehet. Esimerkiksi kenttäjohtajan osallistumisen potilaan hoitoon tehtäväpaikalla koki positiiviseksi (osittain tai täysin samaa mieltä) 72 % naisvastaajista. Miesvastaajista samoin koki 45 %. Monipotilastilanteissa kenttäjohtajan toiminnan koki positiiviseksi 79 % naisvastaajista, kun miesvastaajista toiminnan

koki positiiviseksi 56 %. Kenttäjohtajan vaikutuksen ensihoitopalveluun koki positiivisena 92 % naisvastaajista ja 75 % miesvastaajista.

Työkokemus ensihoidossa vaikutti vastauksiin siten, että pidempään työskennelleet suhtautuivat kenttäjohtajatoimintaan kriittisemmin kuin tuoreemmat työntekijät. Yli kymmenen vuoden työkokemuksen omaavista vastaajista 38 % koki kenttäjohtajan osallistumisen potilaan hoitoon tehtäväpaikalla positiivisena. 5-10 vuotta työskennelleistä 56 % ja alle viisi vuotta työskennelleistä 66 % koki tämän positiivisena. Monipotilastilanteissa kenttäjohtajan toiminnan koki positiivisena alle kaksi vuotta työskennelleistä 55 %, 2-4 vuotta työskennelleistä 81 %, 5-10 vuotta työskennelleistä 67 % ja yli kymmenen vuotta työskennelleistä 56 %. Alle kaksi vuotta työskennelleistä 45 % vastasi *en osaa sanoa*, todennäköisesti kokemusten puutteesta johtuen.

Koulutustausta vaikutti myös jossain määrin vastaajien näkemyksiin. Pelastajat/palomies-sairaankuljettajat vaikuttivat suhtautuvan kenttäjohtotoimintaan muita koulutustaustoja kriittisemmin. Muiden koulutusten välillä ei ollut suuria eroavaisuuksia. Uutta kenttäjohtajajärjestelmää piti aikaisempaa toimintamallia parempana vain 38 % pelastajista. Lähihoitajista 73 %, lääkintävahtimestareista 100 %, sairaanhoitajista 63 %, 30 opintopisteen ensihoidon lisäkoulutuksen saaneista sairaanhoitajista 81 % ja AMK ensihoitajista 58 % piti nykyistä ensihoitojärjestelmää aikaisempaa parempana. Monipotilas- ja moniviranomaistehtävillä kenttäjohtajan toiminnan koki positiivisena 31 % pelastajista. Kaikista muista koulutustaustoista vähintään 60 % koki toiminnan monipotilastehtävillä positiivisena. Moniviranomaistehtävillä toiminnan positiiviseksi koki 63 % sairaanhoitajista ja yli 80 % kaikista muista koulutustaustoista. Väittämän *koen kenttäjohtajan toiminnallaan parantavan ensihoitopalvelun toimivuutta* kanssa oli osittain tai täysin samaa mieltä 63 % pelastajista, 75 % sairaanhoitajista, 80 % lääkintävahtimestareista, 85 % ensihoitaja AMK:ista, 86 % lähihoitajista ja 89 % sairaanhoitaja + 30 opintopistettä suorittaneista.

7.4 Avoimet vastaukset

Jokaisen väittämän yhteydessä vastaajien oli mahdollista antaa myös vapaamuotoista palautetta kommenttien ja kehitysehdotusten muodossa. Vastaajat perustelivatkin näkemyksiään kiitettävästi ja antoivat runsaasti palautetta kommenttikenttien kautta. Tässä

kappaleessa esitetään keskeisiä vastauksista nousseita teemoja sekä vastauksien parhaita paloja.

Kenttäjohtajan tehtävänkuvan tuntemisesta annettiin niukasti avointa palautetta. Muutamassa palautteessa toivottiin kenttäjohtajan jalkautuvan asemille kouluttamaan ensihoitajia, ja muutamassa toivottiin ensihoitajille perehtymispäivää kenttäjohtajan matkassa.

Uuden sairaanhoitopiirivetoisen kenttäjohtajajärjestelmän käyttöönotosta annettiin huomattavasti enemmän palautetta. Avoimissa vastauksissa korostui kritiikki ja kaipuu vanhaan järjestelmään, siitäkin huolimatta että kaksi kolmasosaa vastaajista koki uuden järjestelmän helpottaneen tai parantaneen ensihoitoyksiköiden toimintaa. Vanhaa järjestelmää pidettiin toimivana, eikä uudistukselle nähty tarvetta. Useammassa vastauksessa todettiin toiminnan olleen parempaa silloin kuin kenttäjohtaja oli ensihoitajien kanssa samalla asemalla. Tätä sivuten parissa kommentissa todettiin että nykyään kenttäjohtajat eivät tunne alaisiaan yksilötasolla, eivätkä näin ollen tiedä heidän vahvuuksiaan ja heikkouksiaan. Toisaalta positiivisena koettiin se, että ensihoidolla on yksi tietty johtaja samoin kuin pelastuksella ja poliisilla. Resurssien järkevää käyttöä ja organisointia pidettiin myös positiivisena muutoksena.

Systeemi toimi aiemminkin ja osittain tarkoituksenmukaisimman ja lähimmän yksikön hälyttäminen tehtävään ei onnistu edelleenkään.

Muutokset positiivisia. Kenttäjohtajilla vastuu alueen kokonaistilanteesta, huolehtivat yksiköiden tarkoituksenmukaisesta sijoittelusta. Kun MOPO tilanteissa johtovastuu/tehtävien jako kenttäjohtajalla, yksiköillä selkeämpää toimia L4:n alaisuudessa, ja näin ollen yksiköiden fokus painottuu hoitotyöhön.

Kenttäjohtajan osallistuminen potilastyöhön kirvoitti myös runsaasti kommentteja. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kenttäjohtajan tärkein tehtävä on organisoida kenttää, eikä osallistua yksittäisille tehtäville. Runsaasti mainintoja sai myös hoitotason ensihoitajan riittävyys vaativissa hoitotoimissa sekä ensihoitolääkärin (FH30) vastuu potilaan lääketieteellisestä hoidosta.

Ilman muuta suuronnettomuus- tai joissain monipotilastilanteissa johdollisessa roolissa vapauttaa yhden ensihoitoyksikön keskittymään potilaiden hoitoon. Jos taas puhutaan L4:stä puhtaasti hoidollisena resurssina, näen

hyödyn melko harvinaisena, sillä periaatteessa kyse on vain ei-kuljettavasta hoitotason yksiköstä ja mahdolliset laajemmat lääkearsenaalit olisi koulutettavissa muidenkin hoitotason yksiköiden käyttöön jos se katsotaan tarpeelliseksi. Jos taas tilanne vaatii hoitoyksikköä korkeampaa hoidon tasoa, oikea resurssi on FH30.

Myös liikenneturvallisuus ja pitkät tavoittamisajat mainittiin useassa kommentissa.

Kenttäjohtajan tulisi liikkua kohteeseen vasta monipotilas/suro-tilanteissa. Joitakin L4:n valikoimissa olevia lääkkeitä voisi siirtää hoitotason yksiköön, FH30 kanssa yhteiset hälytykset esim tajuttoman potilaan luokse lähtökohtaisesti on turhaa, riippuen vuorossa olevasta kenttäjohtajasta osa ajaa aivan liikaa ns perustehtäviä, jolloin hänen pysyminen kentän tapahtumista ja esim oikean yksikön hälyttämisestä on hyvinkin heikkoa koska on sitonut itsensä tehtävälle johon myös lääkäriyksikkö on matkalla. Myöskin kenttäjohtoyksikön operoiminen ilman kuljettajaa vaarantaa muun liikenteen jokaisella hälytysajokerralla, koska L4 hoitaa itse ajamisen, navigoinnin, virve-liikenteen sekä gsm puhelut.

Tietyt potilasryhmät, esim status epilepticus -potilaat kenttäjohtajan läsnäolosta hyötyvät (jos eh-lääkäri ei pääse liittymään tehtävälle). Pääosin kuitenkin olisi kokonaisuuden kannalta järkevämpää, että kenttäjohtaja johtaa päivittäistoimintaa toimistosta käsin. Tämä ainakin niin pitkään kun kenttäjohtajalla ei ole omaa kuljettajaa. Toiminta on jouhevampaa kun kenttäjohtajan ei tarvitse ajaa autoa ja samanaikaisesti johtaa (useita päällekkäisiä) ensihoitotilanteita.

Positiivisina puolina kenttäjohtajan osallistumisesta yksittäisille tehtäville mainittiin hengitysvajauspotilaan hoitoon soveltuvan Oxylog -ventilaattorin käyttömahdollisuus sekä hoitoyksikköä laajempi lääkevalikoima.

Vaikeiden hengitysvaikeuspotilaiden hoitoon kenttäjohtajilla on paljonkin annettavaa bipap:n käytön mahdollistavan ventilaattorin vuoksi. Samoin pitkittyneisiin kouristuksiin kenttäjohtajilta löytyy hyvää arsenaalia.

Tietyt spesiaalitapaukset, joihin L4:llä lääkkeet tai Oxylog. Muutoin puhelimen päässä / kohteessa FH30.

Suurimmalla osalla kommentoijista ei ollut kokemusta yhteistyöstä kenttäjohtajan kanssa monipotilas- tai moniviranomaistehtävillä. Parissa palautteessa mainittiin positiivisena asiana se, että kenttäjohtaja määrää usean yksikön tehtävillä (esimerkiksi liikenneonnettomuus) tilannejohtajan (L5), jolloin tehtävän johtosuhteet selkiytyvät, eikä niitä tarvitse enää tehtäväpaikalla mietiskellä. Moniviranomaistehtäviin liittyen avoimissa vastauksissa pidettiin hyvänä sitä, että ensihoidolla on samanarvoinen henkilö pelastuk-

sen palomestarin ja poliisin kenttäjohtajan kanssa. Useammassa kommentissa keuhuttiin tiedon liikkuvan kenttäjohtajan kautta muille viranomaisille sujuvasti. Yksi kommentoija oli kuitenkin sitä mieltä, että kommunikointi suoraan yksiköiden välillä olisi helpompaa ja nopeampaa.

Operatiivisen toiminnan organisoinnista annetussa palautteessa yleisin maininta oli, että kenttäjohtajien toiminta on epätasalaatuista ja paljon sekä päivästä että henkilöstä riippuvaista.

kenttäjohtaja ja päiväkohtaisia isoja eroja.

Selkeää vaihtelua havaittavissa eri kenttäjohtajien välillä. Jotkut ovat tarkasti tilanteen tasalla ja siirtelivät autoja tai vaihtavat tehtäviä autolta toiselle. Toiset taas huomattavasti hiljempaa, eivätkä puutu häke:n näkemyksiin kuormittaa autoja. Valmiussiirrot ihmetyttävät monessa kohtaa, mikä on todellinen hyöty? Keikkoja ei voi kuitenkaan ennustaa, toki tietyt alueet ovat tilastollisesti kiireisempiä.

Valmiussiirrot ja kentän tarkka seuranta tiettyjen kenttäjohtajien kohdalla mallikasta ja tehokasta, mutta valitettavasti kaikilla ei samanlaista motivaatiota ja tarkkaavaisuutta ole.

Kiitosta annettiin yleisesti siitä, että kenttäjohtaja aktiivisesti seuraa ja puuttuu kentän tapahtumiin tai hätäkeskuksen toimintaan.

Erittäin hyvä, että L4 seuraa operatiivista tilannetta ja sijoittelee yksiköitä sen mukaan tai siirtää tehtäviä toisille yksiköille. Joskus tämä nopeuttaa potilaan tavoittamista.

virvestä kuulee useasti kun kenttäjohtaja muuttaa hälytettyjä yksiköitä ja nämä vaihdot kuulostavat erittäin järkeviltä. positiivinen asia.

Useat vastaajat olivat sitä mieltä, että koulutus tai perehdytys kenttäjohtajan kanssa toimimiseen on ollut riittämätöntä. Muutamassa vastauksessa todettiin ohjeistusten olevan pääasiassa paperilla, joten vaikka teoriassa ymmärretään mitä kenttäjohtajan tehtävänkuvaan kuuluu, sitä ei osata hyödyntää käytännössä tai kynnys yhteydenottoon on liian korkea.

En ole saanut paljoakaan perehdytystä/koulutusta käytännössä. Paperilla on ohjeita kyllä.

Perehdytystä ei juuri ole järjestetty. Tästä syystä erilaiset johtosuhteoidentamallitkin tuntuvat hieman epäselviltä.

Ohjeet lähinnä paperilla. Moni asia silti epäselvää ja kynnys soitella kenttäjohtajalle hölmöjä kysymyksiä kuitenkin aika korkea. Kyseessä pitäisi kuitenkin olla meidän lähiesimies.

Avoimissa vastauksissa ehdotettiin myös koulutuksen lisäämistä esimerkiksi PSHP:n koulutuspäivien avulla, sekä tarjoamalla ensihoitajille mahdollisuutta tutusta kenttäjohtajan välineistöön ja lääkkeisiin joko omalla asemallaan tai Ensihoitokeskuksella. Vastauksissa toivottiin myös palautetta kenttäjohtajan kanssa tehdyistä tehtävistä, jotta jatkossa toimintaa voitaisiin parantaa.

Perehdytys on omien muistikuvieni mukaan pitkälti perustunut kirjallisiin ohjeisiin, eikä mielestäni olisi pahitteeksi, vaikka asiaa L4:n tehtävistä, toimenkuvasta ja yhteistoiminnasta heidän kanssaan käytäisiin ihan luennon/keskustelun keinoin jossain PSHP:n koulutuksessa. Ei välttämättä tarvitsisi omaa päivää, mutta esim. SURO- teeman tms. yhteydessä.

Kaikille ensihoitajille tulisi järjestää tutustumiskäynti ja esitellä kenttäjohtoyksikön välineistöä ja lääkkeitä.

Ehkä kenttäjohtajat voisivat antaa välillä palautetta yhteiskeikoista, että miten voitaisiin yhteistyötä parantaa ja mikä on mennyt erityisen hyvin.

Jopa neljä viidesosaa kyselyyn vastanneista koki kenttäjohtajan toiminnallaan parantavan ensihoitopalvelun laatua. Avoimissa vastauksissa positiivista suhtautumista perusteltiin muun muassa sillä, että ensihoidolla - kuten muillakin viranomaisilla - on hyvä olla yksi johtoelin, jonka myös yhteistyöviranomaiset tietävät. Uuden järjestelmän koetaan myös tuoneen Pirkanmaan ensihoitopalveluun järjestelmällisyyttä ja ammattimaisuutta. Yleisimpänä kehitysehdotuksena on kenttäjohtajan roolin määrittely ainoastaan johtajaksi eikä myös tehtäville osallistuvaksi ensihoitajaksi. Palautteissa mainitaan myös useampaan otteeseen tarve kuljettajalle, jos kenttäjohtaja osallistuu tehtäville ympäri maakuntaa. Monessa kommentissa mainitaan myös, että toiminta on koko ajan mennyt parempaan suuntaan.

Mielestäni on ilmeistä että myös ensihoitopalvelu, kuten poliisikin tarvitsee oman kenttäjohtajajärjestelmän, sekä resurssien optimaalisen käytön varmistamiseksi, että mahdollisen suuronnettomuustilanteen tehokkaan johtamisen turvaamiseksi.

Kyllä koko järjestelmällä joku tietty operatiivinen johtaja pitää olla, ja siinä L4 on hyvä. Lääkinnällisenä esimiehenä ei välttämättä erityisen tarpeellinen, koska EH AMK:t ja FH30 olemassa.

Kannattaisiko kenttäjohtajien keskittyä enemmän operatiivisen toiminnan johtamiseen eikä ajaa keikkaa hoitotason yksiköiden kanssa ? Kohteessa saattaa olla FH30, L4 sekä HOTA -yksiköitä. Kaikille ei riitä työtä, ovatko kaikki tarpeellisia ?

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Kyselyn tuloksista voi päätellä, että Pirkanmaan alueella ensihoidossa työskentelevät ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä kenttäjohtojärjestelmään sekä kenttäjohtajan toimintaan. Kaikissa kenttäjohtajan toimintaa koskevissa kysymyksissä enemmistö vastaajista oli positiivisella kannalla. Ainoastaan koulutus/perehdytys kenttäjohtajan kanssa toimimiseen koettiin enemmistön mielestä riittämättömänä.

Kenttäjohtajan operatiivisen toiminnan organisointi ja osallistuminen yksittäisille potilastehtäville vaikuttaisi olevan merkittävin ensihoitajia puhuttava asia. Osa vastaajista ei koe kenttäjohtajan antamaa hoidollista lisäapua merkittävänä, sillä kentällä on hoitotasoisia ensihoitajia, joilla tulisi olla samat kliiniset edellytykset kuin kenttäjohtajalla. Koska kenttäjohtajalla ei ole työparia tai erillistä kuljettajaa, vastaajat kokivat tilannetietoisuuden ylläpidon vaikeutuvan silloin, kun kenttäjohtaja osallistuu yksittäisille tehtäville. Tällöin kenttäjohtajan tulisi samanaikaisesti ajaa autoa, huolehtia radioliikenteestä sekä ylläpitää kuvaa kentän tapahtumista. Kenttäjohtajan tärkeimmiksi tehtäviksi koetaan tilannetietoisuuden ylläpito, ensihoidon kentän organisointi sekä lääkintäjohtaminen tilanteissa, joissa erilliselle johtajalle on selkeä tarve – esimerkiksi liikenneonnettomuuksissa ja suuronnettomuustilanteissa.

Pelastajien ja palomies-sairaankuljettajien tyytymättömyys nykyiseen kenttäjohtojärjestelmään selittynee osittain sillä, että ennen pelastuslaitoksen omat lääkintäesimiehet hoitivat osin samoja tehtäviä kuin ensihoidon kenttäjohtaja nykyään. Nämä lääkintäesimiehet olivat samoilla asemilla työntekijöiden kanssa ja tunsivat siten henkilökohtaisemmin alaisiaan. Juoksevien asioiden järjestely saattoi myös olla ennen yksinkertaisempaa, koska lääkintäesimies oli fyysisesti samassa tilassa.

Kyselyyn vastasi noin kolmannes Pirkanmaan alueen ensihoitajista. Vaikka tuloksia ei voi pitää yleispätevinä, voidaan niistä tehdä suuntaa antavia päätelmiä tämän alueen ensihoitajien näkemyksistä. Muiden sairaanhoitopiirien kenttäjohtotoimintaan tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä. Opinnäytetyö on onnistunut, sillä

olemme vastanneet asettamiimme ongelmiin sekä saaneet tuotettua kehitysehdotuksia tavoitteemme mukaisesti.

8.2 Kehitysehdotukset

Johtopäätösten pohjalta esitämme Pirkanmaan alueen kenttäjohtotoiminnalle kehitysehdotuksena koulutuksen lisäämistä työelämävaiheessa, esimerkiksi sairaanhoitopiirin koulutuspäivien avulla tai jalkauttamalla kenttäjohtajia kouluttamaan alueen ensihoitajia asemapaikoillaan. Kun ensihoidossa työskentelevät ymmärtävät paremmin kenttäjohtajien toimenkuvaa, se helpottaa myös kenttäjohtajien työtä, sillä tilannetietoisuuden ylläpitämiseen vaaditaan hyvää yhteistyötä ja kommunikaatioita ensihoitajien ja kenttäjohtajan välillä.

Ehdotamme myös kenttäjohtajan toimenkuvan täsmentämistä. Jatkossa on aiheellista pohtia olisiko kenttäjohtajan hyvä keskittyä vain kentän organisointiin sekä suuronnettomuuksien johtamiseen ja jättää yksittäisten potilaiden hoito ensihoitoyksiköiden sekä tarvittaessa lääkäriyksikön tehtäväksi. Jos erilliselle vaativan hoitotason yksikölle on tarvetta, tulisiko sen olla täysin erillinen yksikkö? Jos kenttäjohtoyksikkö kuitenkin osallistuu tehtäville, ehdotamme liikenneturvallisuuden ja tilannetietoisuuden ylläpitämisen parantamiseksi yksikköön kuljettajaa, jotta kenttäjohtaja voi matkan aikana keskittyä varsinaisiin tehtäviinsä.

8.3 Luotettavuus

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sen kykyä mitata niitä asioita, joita sen on tarkoitus mitata. Kyselytutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, miten hyvin tutkija on onnistunut siirtämään mitattavat käsitteet ja aihealueet käytettävään mittariin eli tässä tapauksessa kyselylomakkeelle. Kyselytutkimuksen validiteettia arvioitaessa tulee ottaa huomioon myös kysymysten muotoilu, valitun monivalinta-asteikon toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus sekä käytetyn mittarin mahdolliset epätarkkuudet. (Vilkkä 2007, 150-152.)

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia vastauksia. Tutkimuksen reliabiliteetti on siis hyvä, kun se pystyy antamaan yhdenmukaisia tuloksia mittauskerrasta ja tutkijasta riippumatta. Tällöin tutkimuksella on hyvä toistettavuus. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa kiinnitetään huomiota esimerkiksi otoksen edustavuuteen, vastausprosenttiin ja mahdollisiin mittausvirheisiin. (Valli 2001, 92; Vilka 2007, 149-150.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu sekä validiteetista että reliabiliteetista. Toisin sanoen ollakseen kokonaisluotettavuudeltaan hyvä, tutkimuksen tulee edustaa perusjoukkoa hyvin ja siinä tulee olla mahdollisimman vähän mittausvirheitä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voi parantaa esimerkiksi hyödyntämällä toisilta saatuja kommentteja tutkimusprosessin kehittämisessä, laatimalla mittari ja sen kysymykset erityistä huolellisuutta noudattaen sekä testaamalla ja toistamalla mittauksia. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa myös huomioon erilaisten systemaattisten virheiden mahdollisuus. Systemaattiset virheet voivat vaikuttaa sekä tutkimuksen reliabiliteettiin että validiteettiin. Systemaattinen virhe voi johtua esimerkiksi kadosta tai osallistujien vastausten epärehellisydestä. Lisäksi tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen vaikuttaa tutkimukselle asetettu vaatimustaso. Vaatimustaso liittyy siihen, miten tutkimus tehdään eli onko se tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Vilka 2007, 152-154.)

Jo ennen opinnäytetyöhön kuuluvan sähköisen kyselyn suorittamista ohjaava opettaja ja opponentit ovat antaneet palautetta kyselyn ja koko opinnäytetyön johdonmukaisuudesta ja luotettavuudesta. Olemme myös keskustelleet työelämäohjaajan kanssa erityisesti kyselyyn liittyvistä näkökohdista ja siitä, miten kyselystä saataisi mahdollisimman luotettava ja tutkimusongelmiin vastauksia antava. Näiden neuvojen ja palautteen pohjalta olemme pyrkineet parantamaan työn kokonaisluotettavuutta ja ohjaamaan sitä vastaamaan alussa esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Kyselyssä käytetyn Likert-asteikon tulokintaan liittyy ongelma, jonka olemassaolon tajusimme vasta kirjoittaessamme työn tuloksia auki. Vastausvaihtoehdon ”En osaa sanoa” voi nimittäin tulkita joko tilanteeksi, jossa vastaaja ei tiedä vastausta tai tilanteeksi, jossa vastaajan mielipide on neutraali kyseisen kysymyksen suhteen. Tätä ongelmaa on tässä vaiheessa mahdotonta enää korjata, joten on sen vaikutus on vain pidettävä mielessä tuloksia tarkastellessa.

Opinnäytetyön kyselytutkimus suoritettiin kokonaisotantana, eli otantaan kuuluu koko tutkimuksen perusjoukko. Kokonaisotantaan päädyttiin perusjoukon pienuuden (112 vastaajaa) vuoksi ja jotta vältettäisiin eri otantamenetelmistä johtuvat virheet. Tulokset koottiin havaintomatriisiin, josta ne analysoitiin mahdollisimman suurta tarkkuutta noudattaen. Kyselyyn sisällytettiin myös avoimia kysymyksiä, koska niiden avulla voidaan saada esiin sellaisia näkemyksiä, joita ei suljetuilla kysymyksillä ei saada (Luoto 2009, 1647-1653).

Opinnäytetyön kysely lähetettiin yhteensä noin 350 ensihoitajalle, joista 112 (32 %) vastasi siihen (Kämäräinen 2015). Kyselyn ohessa lähetettiin saatekirje (liite 2), jossa kerrottiin lyhyesti kyselystä ja vastausten luottamuksellisuudesta. Koska kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, tulee tulosten tarkastelussa ottaa huomioon mahdollinen vastaajien valikoituminen. Vastausprosentin jäädessä alle 60:n, voidaan vastauksia pitää valikoituneina ja niitä tulee tulkita erityistä harkintaa ja varovaisuutta noudattaen. Valikoitumisesta johtuvan harhan merkittävyys lisäksi korostuu tutkimuksissa, joissa perusjoukko on pieni. Näin ollen tämän opinnäytetyön tulosten reliabiliteetti kärsii ja liian pitkälle menevien johtopäätösten tekoa tulee välttää. Lisäksi tässä kyselytutkimuksessa on otettava huomioon myös muistiharha, joka voi aiheuttaa vastausten vääristymistä, kun ne koskevat ajallisesti kaukaisia asioita. Tämän kyselyn kysymykset voivat koskea useiden vuosien takaisia tapahtumia. Tässä opinnäytetyössä ei ole myöskään käytetty ulkomaisia kirjallisuuslähteitä, koska se käsittelee kenttäjohtoa osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Siitä johtuen vieraskielistä lähdekirjallisuutta on saatavilla niukasti. (Luoto 2009, 1647-1653.)

8.4 Eettiset näkökohdat

Tieteellisen tutkimuksen tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimus tai sen tekeminen eivät loukkaa tiedeyhteisöä, kohdeyhmää tai hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimusetiikan ohessa on otettava myös huomioon tutkimukseen liittyvä lainsäädäntö. Määrällisessä tutkimuksessa lait voivat koskea esimerkiksi yksityisyyden suojaa tai tekijänoikeuksia. Opinnäytetyötä suunniteltaessa ja toteutettaessa tutustuimme työhön liittyviin lakeihin ja säädöksiin ja pyrimme näin välttämään epäselvyyksiä niiden suhteen. Opinnäytetyön kyselyn toteuttamiseen haettiin tutkimusluvut kaikilta siihen osallistuvilta organisaatioilta mahdollisimman läpinäky-

vän, luotettavan sekä asetuksia ja lakeja noudattavan tutkimusprosessin takaamiseksi. (Vilka 2007, 164; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tähän opinnäytetyöhön erityisesti liittyviä hyvään tieteelliseen tapaan kuuluvia seikkoja ovat Vilkan (2007) esittämät tutkittavan oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, kerättävän tiedon luottamuksellinen käsittely, avoimuus tulosten julkaisemisessa ja toisten työn asianmukainen käyttö. Opinnäytetyössämme vapaaehtoisuuden periaate toteutui, koska jokainen kyselyn saanut sai mahdollisuuden vastata kyselyyn, mutta häntä ei pakotettu tai painostettu vastaamaan. Tehdyn kyselyn ja tietojen käsittelyn ehdoton luottamuksellisuus tuotiin esille jo kyselyn mukana lähetetyssä saatekirjeessä. Anonymiteetti myös toteutui, koska kyselyyn vastattiin nimettöminä, eikä työn tekijöillä tai sen lukijoilla ole ollut näin ollen mahdollisuutta tunnistaa vastaajia. Työn tulosten julkaisemisen avoimuus tulee toteutumaan, kun työn tulokset esitellään palveluntuottajapalaverissa niille tahoille, joita tulokset koskettavat. Tulokset tulevat myös kaikkien luettavaksi, kun työ valmistuu ja se tallennetaan julkiseen sähköiseen arkistoon. Toisten töiden asianmukainen käyttö on opinnäytetyömme kohdalla toteutunut hyvin, koska kaikki lähdemerkinnät on tehty huolellisesti ja toisten töiden tuloksia on käsitelty kunnioittavasti. (Vilka 2007, 164-166; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Kenttäjohtojärjestelmän kehittämistä sekä sen toiminnan tarkkailua ja dokumentointia on tärkeää seurata tarkasti juuri nyt ja tulevina vuosina, koska se on järjestelmänä vielä verrattain tuore. Kenttäjohtamista käsitteleviä tutkimuksia on tehty koko Suomen alueella käsittääksemme melko vähän, joten sillä saralla olisi vielä paljon kehitysmahdollisuuksia. Koko ensihoidon kenttä on ollut suurten muutosten alla viime vuosina ja onkin tärkeää, että sitä pyritään kehittämään aktiivisesti tieteellisesti tuotetun luotettavan tiedon avulla.

Loogisena jatkona tälle opinnäytetyölle voisi jatkossa tehdä selvityksen, jossa kartoitettaisiin tarkemmin, miten alueen ensihoitajat haluaisivat kenttäjohtotoimintaa kehitettävän. Tähän voisi vielä yhdistää kenttäjohtajien näkemyksiä järjestelmän ongelmakohdista ja tehdä näistä näkemyksistä yhteenveto. Apua kenttäjohtotoiminnan kehittämiseen voitaisiin saada myös tutkimalla kenttäjohtotoiminnan konkreettisia vaikutuksia

ensihoidon toimivuuteen. Tutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi kenttäjohtajan hoitoon osallistumisen vaikutukset potilaan selviytymiseen tai kenttäjohtajien vaikutus potilaiden tavoittamisviiveisiin eri alueilla. Yhtenä näkökulmana voitaisiin jatkotutkimusta rakentaa sen ympärille, miten hätäkeskuksen työntekijät näkevät yhteistoiminnan ensihoidon kenttäjohtajan kanssa ja mitä kehitettävää siinä heidän mielestään olisi.

LÄHTEET

Anttila, S. Ensihoidon kenttäjohtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Luento 12.1.2016.

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

Ekman, S. Ensihoitopalvelun tasot. 2015. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Ruuska, R., & Silfvast, T., (toim.) Suuronnettomuusopas. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 214-215.

Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Etelälähti, T. Ensihoidon palvelutaso. 2013. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 14–29.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. Tilastolliset menetelmät. 2008. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 21.

Koskela, A. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Muistio. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kurkela, R. Tilastollinen tiedonkeruu-verkko-oppimateriaali. Tilastokeskus. Luettu 3.2.2016. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/02/>

Kämäräinen, A. Ensihoidon vastuulääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Sähköpostiviesti. antti.kamarainen@pshp.fi. Luettu 9.12.2015.

Laki hätäkeskustoiminnasta 20.5.2010/692.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 15/2009, 1647-1653.

Määttä, T. Ensihoitopalvelun organisointi. 2013. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 14–29.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Pirkanmaan ensihoidon tuottajat valittu. Julkaistu 19.12.2012. Päivitetty 27.12.2012. Luettu 31.3.2015. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=29895&nodeid=11048&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös. 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuuston päätös 13.11.2012.

Seppälä, J. 2013. Hätäkeskustoiminta. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 344-350.

Silfvast, T. 2013. Ensihoitopalvelun kenttäjohtaja. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 364.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 7.3.2016. www.tenk.fi

Valli, J. 2013a. Ensivastetoiminta. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 359-360.

Valli, J. 2013b. Perustason ensihoito. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 360-363.

Valli, J. 2013c. Ensihoitopalvelussa toimivat lääkärit. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 364-365.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 13.12.2012/812

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

LIITTEET

Liite 1. Kyselykaavake

1 (3)

Taustatiedot

Koulutus (valitse korkein suorittamasi tutkinto)

- lähihoitaja/perushoitaja
- lääkintävahtimestari(-sairaankuljettaja)
- pelastaja/palomies-sairaankuljettaja
- sairaanhoitaja
- sairaanhoitaja + 30op
- ensihoitaja AMK

Ikä

- Alle 20 vuotta
- 20-29 vuotta
- 30-39 vuotta
- 40-49 vuotta
- Yli 50 vuotta

Sukupuoli

- mies
- nainen

Työskenteletkö ensisijaisesti

- perustasolla
- hoitotasolla

Työkokemuksesi ensihoidossa

- Alle 2 vuotta
- 2-4 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

Yhteistyö kenttäjohtajan kanssa

Tiedän mitä kenttäjohtajan tehtäviin kuuluu.

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

Kommentit ja kehitysehdotukset

Kenttäjohtajajärjestelmän käyttöönotto (3.1.2013) on helpottanut/parantanut ensihoitoyksiköiden toimintaa verrattuna aiempaan järjestelmään.

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

Mikä on muuttunut? Ovatko muutokset mielestäsi positiivisia vai negatiivisia?

(jatkuu)

2 (3)

Koen kenttäjohtajan osallistumisen potilaan hoitoon hyödyllisenä. (L4 kohteessa)

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

Kommentit ja kehitysehdotukset

Kokemukseni kenttäjohtajan toiminnasta monipotilastilanteissa ovat positiivisia.

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

Kommentit ja kehitysehdotukset

Kokemukseni kenttäjohtajan toiminnasta moniviranomaistilanteissa ovat positiivisia.

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

Kommentit ja kehitysehdotukset

Kokemukseni kenttäjohtajan operatiivisen toiminnan organisoinnista ovat positiivisia.

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

Kommentit ja kehitysehdotukset

(jatkuu)

3 (3)

Koen saaneeni riittävästi koulutusta/perehdytystä kenttäjohtajan kanssa toimimiseen.

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

Kommentit ja kehitysehdotukset

Koen kenttäjohtajan toiminnallaan parantavan ensihoitopalvelun toimivuutta.

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

Kommentit ja kehitysehdotukset.
Yleistä palautetta kenttäjohtoon
liittyen.

Tietojen lähetyk

Tallenna

Liite 2. Saatekirje vastaajille

Kysely Pirkanmaan ensihoidon kenttäjohdosta

Arvoisa ensihoidon ammattilainen,

Keräämme opinnäytetyötämme varten Pirkanmaalla työskentelevien ensihoitajien näkemyksiä kenttäjohtotoiminnasta. Oheisessa kyselylomakkeessa on kenttäjohtotoimintaa koskevia väittämiä, joihin pyydämme teitä vastaamaan parhaiten näkemyksiänne kuvaavalla tavalla. Lomakkeella on lisäksi avoimia tekstikenttiä, joihin pyydämme vapaamuotoisia kommentteja ja kehitysehdotuksia toimintaan liittyen.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa. Valmis opinnäytetyö ja kyselyn tulokset esitellään Tays ensihoitokeskuksen palveluntuottajapalaverissa työn valmistuttua keväällä 2016.

Jos teillä on kysyttävää tai huomautettavaa kyselystä, ottakaa yhteyttä allekirjoittaneisiin.

Ystävällisin terveisin,

Niko Laine niko.laine@health.tamk.fi

Lauri Viljanen lauri.viljanen@health.tamk.fi

Tampereen ammattikorkeakoulu / Ensihoidon koulutusohjelma