
**SIDOSRYHMÄTYYTYVÄISYYS KANTA-HÄMEEN
PELASTUSLAITOKSEN RIIHIMÄEN SEUTUKUNNAN
ENSIHOITOPALVELUISSA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna 4.5.2010

Niina Laine

Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi Sidosryhmäytyvyisyys Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen
Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa

Tekijä Niina Laine

Ohjaava opettaja Merja Vanhanen

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Niina Laine	Vuosi 2010
Työn nimi	Sidosryhmätyytyväisyys Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia mittari, jolla määritetään sidosryhmätyytyväisyyttä Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa. Mittari oli koekäytössä Riihimäen seutukunnan ensihoitopalvelussa, ja jatkossa kyseinen mittari on mahdollisesti osa koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden laatujärjestelmää. Tavoitteena oli selvittää, millaiseksi tärkeimmät sidosryhmät kokevat ensihoitopalvelun laadun Riihimäen seutukunnassa.

Mittaria testattiin Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan sekä Riihimäen yksiköiden päivystyksessä, Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman päivystyksessä sekä Hämeen hätäkeskuksessa. Päivystysten hoitajille ja lääkäreille tehtiin omat kyselylomakkeet.

Opinnäytetyön tietoperusta muodostui alan kirjallisuudesta sekä tehdyistä tutkimuksista. Tutkimus sisälsi metodologialtaan sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimusotteen piirteitä. Kyselylomake koostui strukturoiduista kysymyksistä, jotka oli jaoteltu aihealueittain. Jokaisen aihealueen loppuun jätettiin tilaa vapaille kommenteille.

Tutkimuksen tulosten mukaan sidosryhmien hoitajat olivat suhteellisen tyytyväisiä ensihoitopalveluihin Riihimäellä. Eniten tyytymättömyyttä aiheutti jatkohoidon ja omaisten yhteystietojen huomiointi. Hämeen hätäkeskuksen päivystäjät olivat tyytyväisiä ensihoitopalvelun laatuun Riihimäellä. Heidän vastauksistaan ei noussut selkeitä tyytymättömyyttä aiheuttavia seikkoja.

Avainsanat Ensihoito, ensihoitopalvelu, sidosryhmätyytyväisyys

Sivut 51 s. + liitteet 9 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Niina Laine	Year 2010
Subject of Bachelor's thesis	Reference groups contentment in Kanta-Häme's fire and rescue department at Riihimäki's subregions paramedicservices	

ABSTRACT

The aim of this Bachelor's thesis was to create an indicator which specifies reference group contentment in Kanta-Häme fire and rescue department paramedic services. The indicator was tested in Riihimäki subregion paramedicservices. Possibly in the future this indicator is part of the whole Kanta-Häme fire and rescue department's paramedics quality insurance structure. The purpose of the Bachelor's thesis was to study how the most important reference groups experience paramedic services in Riihimäki subregions.

The indicator was tested within Kanta-Häme central hospital in Hämeenlinna and Riihimäki units, emergency units, in the Riihimäki region leading health center emergency unit and also Häme emergency center. The emergency duty nurses and doctors had their own questionnaires.

The theoretical part was based on relevant literature and recent research. The Bachelor's thesis consisted both quantitative and qualitative methods. The questionnaire consisted of structured questions which were categorized by subject and after every category there was room for free comments.

According to the research results reference group nurses were relatively content with the paramedic services in Riihimäki. Paying attention to follow-up treatment and the relatives contact information created most discontentment. Häme emergency service dispatchers were content with the quality of paramedic services in Riihimäki. There were no clear points for discontentment among their responses.

Keywords Paramedic, paramedic service, reference group contentment

Pages 51 p. + appendices 9 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ENSIHOITOPALVELU.....	3
2.1	Ensihoitopalvelun perustehtävät	3
2.2	Ensihoitopalvelun eri osapuolet ja niiden tehtävät.....	3
2.2.1	Sairaanhoidopiiri	3
2.2.2	Terveyskeskus	4
2.2.3	Hätäkeskus.....	4
2.3	Ensihoidon käsitteet	5
2.4	Ensihoitopalvelua koskeva lainsäädäntö.....	6
2.5	Kommunikaatio ja dokumentointi ensihoidossa	7
2.5.1	Ensihoidon kirjallinen dokumentointi	7
2.5.2	Suullinen raportointi hoitolaitoksessa	8
2.5.3	Hoitoon liittyvä konsultaatio	8
2.5.4	Vastaanottavan hoitolaitoksen informointi.....	9
3	ENSIHOITOPALVELUN LAATU	11
3.1	Laadun määritelmä	11
3.2	Ensihoitopalvelun laatu	11
4	ENSIHOITOPALVELU RIIHIMÄELLÄ	14
4.1	Kanta-Hämeen pelastuslaitos	14
4.2	Riihimäen seutukunta.....	14
4.2.1	Ensihoito- ja sairaankuljetusvalmius.....	15
4.2.2	Ensihoito- ja sairaankuljetusvalmius 1.1.2010 jälkeen	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	16
5.1	Tutkimusongelma.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	17
6.1	Tutkimusmenetelmät	17
6.2	Kyselylomake.....	18
6.3	Otanta	19
6.4	Opinnäytetyön toteuttaminen käytännössä.....	19
6.5	Tulosten analysointi	20
7	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	22
7.1	Hoitohenkilökunnan vastaukset	23
7.1.1	Dokumentointi.....	23
7.1.2	Suullinen raportointi ja potilaan luovutus	26
7.1.3	Ennakoilmoitus	28
7.1.4	Hoidon jatkuvuus.....	30

7.2	Hätäkeskuspäivystäjien vastaukset	32
7.2.1	Tilatietojen käyttäminen	32
7.2.2	Radioliikenne.....	34
7.2.3	Muu yhteistyö ja tilannejoustavuus	37
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
8.1	Yhteenveto hoitajien vastauksista	40
8.2	Yhteenveto hätäkeskuspäivystäjien tuloksista	43
8.3	Tutkimuksen luotettavuus	45
8.4	Tutkimuksen eettisyys.....	46
8.5	Johtopäätökset	46
8.6	Jatkotutkimushaasteet.....	48
	LÄHTEET	49
LIITE 1	Saatekirje	
LIITE 2	Kyselylomake, lääkäri	
LIITE 3	Kyselylomake, hoitaja	
LIITE 4	Kyselylomake, hätäkeskuspäivystäjä	
LIITE 5	Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta	
LIITE 6	Tulosten keskiarvot	

1 JOHDANTO

Ensihoito käsittää akuutisti sairastuneen potilaan tilanteen arviointia sekä välittömästi annettua hoitoa asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön toimesta. Tällä välittömällä tilanteen arviolla pyritään käynnistämään sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot niin, että ne kyetään ylläpitämään ja turvaamaan tai parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä tai muilla hoitotoimenpiteillä. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2009a.)

Sairaankuljetus on kehittynyt ensihoidoksi, joka tuodaan potilaan luokse. Näin pystytään aloittamaan välittömät kiireelliset hoitotoimenpiteet jo kohteessa, ennen varsinaista kuljetusta. Tavallisimmin ensihoito on jaettu kolmeen portaaseen: ensivaste, perustason sairaankuljetus ja hoitotason sairaankuljetus. (Tampereen aluepelastuslaitos 2007.)

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalvelut koostuvat kahdesta eri ensihoitoyksiköstä ja yhdestä varayksiköstä. Ympäristöolosuhteissa valmiudessa oleva yksikkö, R691, on miehitetty pääsääntöisesti vähintään yhdellä ensihoitajalla. Tällä tarkoitetaan sairaanhoitajaa tai ensihoitajaa (AMK), joka omaa riittävän kokemuksen vaativaan ensihoitoon. Ns. ”päiväsairaankuljetus”, R692, on yleensä miehitetty virka-aikana ensihoitaja-sairaankuljettaja-parilla. Virka-ajan ulkopuolella se miehitetään tarvittaessa pelastustoimen työvuorossa olevilla palomiehillä. Lisäksi vuoden 2009 alusta on aloittanut toimintansa R695, asemapaikkanaan Hausjärven kunta, Oitin paloasema. (Virtanen 2008a, 3.) 1.1.2010 jälkeen on tullut muutoksia ensihoitoyksiköiden valmiuksiin. Ensihoitoyksikkö R691 toimii jatkuvasti hoitotasolla. Ensihoitoyksikkö R692 toimii ainoastaan virka-aikana. Hausjärven kunnan alueella aloitti yksityinen palveluntuottaja ensihoitoyksiköllä Hj695. (Viitamäki sähköpostiviesti 24.3.2010.)

Tässä opinnäytetyössä sairaaloilla tarkoitetaan Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköitä sekä terveyskeskuksella Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysasemaa. Hätäkeskuksella taas tarkoitetaan Hämeen hätäkeskusta. Ensihoitohenkilöstö käsittää Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa työskenteleviä ensihoitajia, joilla tarkoitetaan päätoimisia sairaanhoitajia ja ensihoitajia (AMK), sairaankuljettajia, joilla tarkoitetaan päätoimisia nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä palomiehiä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaisena sairaaloiden ja terveyskeskuksen päivystysalueiden henkilöstö sekä hätäkeskuksen päivystäjät pitävät ensihoitopalvelun laatua. Kysely teetetään ko. paikoissa, koska ensihoitohenkilöstö tekee tiivistä yhteistyötä näiden sidosryhmien kanssa päivittäin. Yhteistyön toimivuus on tärkeää laadun turvaamiseksi.

Opinnäytetyöni aiheita ehdotettiin minulle kesätyöpaikastani Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnasta. Mielestäni on tärkeää selvittää, millaisena sairaalan ja terveyskeskuksen päivystyksen henkilö-

kunta sekä hätäkeskuspäivystäjät kokevat ensihoitopalvelun laadun Riihimäellä. Lisäksi tematiikka kiinnostaa minua henkilökohtaisesti, eikä aiheesta ei ole aiemmin tehty vastaavaa tutkimusta Riihimäen tai koko Kanta-Hämeen alueella. Työn tarkoituksena on määrittää ensihoitopalvelun laatu sidosryhmien arvioimana.

2 ENSIHOITOPALVELU

2.1 Ensihoitopalvelun perustehtävät

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon päivystyspalveluja. Ensihoitopalvelun perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuudessa vammautuneen korkeatasoinen hoito jo tapahtumapaikalla, matkalla hoitopaikkaan ja hoitopaikassa. Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on osa lääkinnällistä pelastustoimintaa ja se on rinnastettavissa palo- ja pelastustoimen turvallisuuspalveluihin. Väkivaltatilanteissa sekä onnettomuuksissa myös poliisi on osana turvaamassa kansalaisten ja ammattiauttajien turvallisuutta. Näin ollen yhteistyön sujuvuus on arvokas ja tarpeellinen osa ensihoitoa, unohtamatta kuitenkaan terveydenhuollon arvoja ja potilaan oikeuksia. (Määttä 2008, 26.)

Ensihoitopalvelun perusajatuksena on pyrkiä aloittamaan akuutisti sairastuneen hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa jo tapahtumapaikalla. Tavoitteena on, että potilas voisi palata normaaliin, ennen sairastumista edeltäneeseen elämän tilanteeseen. Toissijaisesti ensihoitopalvelun tarkoitus on ohjata ja neuvoa potilaita, jotta he osaisivat käyttää oikein terveydenhuollon päivystyspalveluja. (Castrén, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2005, 8.)

Viime vuosina terveydenhuollon päivystyspalveluiden keskittyminen on lisännyt myös sairaalan ulkopuolisten ensihoitopalveluiden määrää ja niihin kohdistuneita odotuksia. Oikein toimiessaan ensihoitopalvelu pystyy vähentämään päivystyspalveluiden potilasruuhkaa ja ohjaamaan potilaat tarkoituksenmukaisesti hoitopaikkoihin, joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Jokainen potilas tutkitaan ja tarvittaessa peruselintointojen häiriöön puututaan ja niiden hoito aloitetaan välittömästi heti kohteessa. Tapahtumatiedot kirjataan huolellisesti sairaankuljetuskertomukseen (Kelan SV 210). Potilaat, joiden tila ei vaadi välitöntä hoitoa ja kuljetusta sairaalaan, voidaan hyvää harkintaa käyttäen jättää kotiin. Tarvittaessa heitä kehoitetaan hakeutumaan myöhemmin omalle terveysasemalle. Näin meneteltäessä tapahtumatiedot ja perustelut on kirjattava asianmukaisella tavalla sairaankuljetuskertomukseen ja asiakirja on jätettävä potilaalle. (Määttä 2008, 26.)

2.2 Ensihoitopalvelun eri osapuolet ja niiden tehtävät

2.2.1 Sairaanhoitopiiri

Lääkinnällinen pelastustoimi käsittää myös erikoissairaanhoidon, siksi sairaanhoitopiirit ovat nimenneet tästä tehtäväalueesta vastaavat sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkärit. Yleensä ensihoidon vastuulääkärit hoi-

tavat tämän tehtävän muiden töiden ohessa. Ensihoidosta vastaavan lääkärin tehtävät koostuvat yhteistyöstä eri turvallisuusviranomaisten sekä terveyskeskuksen vastuulääkärin kanssa. Lisäksi tehtäviin kuuluu ensihoitojärjestelmän toiminnan seuraaminen, kehittäminen ja henkilöstön ammattitaidon valvonta. Sairaanhoidopiireillä on edelleen keskeinen osa sairaalan ulkopuolisen ensihoitojärjestelmän kehittymisessä, koska useimmissa terveyskeskuksissa resurssit ja asiantuntemus eivät riitä ensihoitotoiminnan valvontaan ja kehittämiseen. (Aalto 2009, 30.)

2.2.2 Terveyskeskus

Terveyskeskusten lakisääteinen tehtävä on vastata lääkinnällisestä pelastustoiminnasta, johon kuuluvat yhtenä osana riittävät ensihoitopalvelut. Pelastustoimen tekemä kunnan riskikartoitus on yksi tärkeimmistä apuvälineistä, joiden avulla pystytään määrittämään riittävät ensihoitopalvelut. Terveyskeskuksissa lääkinnälliseen pelastustoimintaan liittyvistä tehtävistä vastaa niin ikään ensihoidon vastuulääkäri, pienimmissä terveyskeskuksissa johtava lääkäri. Terveyskeskusten tehtävänä on myös tarkistaa käyttöön otettavat sairaankuljetusajoneuvot ja niiden varusteet. (Aalto 2009, 30-31.)

Terveyskeskus antaa yhdessä sairaanhoidopiirin kanssa hätäkeskukselle omaan toimialaansa kuuluvat hälytysohjeet, neuvoteltuaan ensin ohjeista sekä hätäkeskuksen että ensihoitopalvelujen tuottajien kanssa. Hälytysohjeiden määrittelyssä on otettava huomioon, että alueella säilyy riittävä valmius kaikissa oloissa. Lisäksi hälytysohjeiden ajantasaisuutta tulee tarkastella tarvittaessa, mutta vähintään vuosittain. (Aalto 2009, 31.)

Ensivastetoiminnan ohjaus ja valvonta on yleensä ainoastaan terveyskeskusten vastuulla, tosin paikoitellen pelastuslaitokset ovat tehneet yhteistyösopimuksia terveyskeskusten kanssa. Näin ollen osa vastuusta siirtyy myös pelastuslaitoksille. (Aalto 2009, 31.)

2.2.3 Hätäkeskus

Hätäkeskusten tärkeimpinä tehtävinä on arvioida ilmoitusten perusteella tilanteen edellyttämät käytettävissä olevat resurssit ja tehtävän kiireellisyys, sekä välittää tehtävä edelleen viranomaisille. Hätäkeskus voi jättää tehtävän välittämättä, ellei se selvästi edellytä viranomaisten paikalla käyntiä. Tällöin hätäkeskuksen tulee mahdollisuuksien mukaan neuvoa ja ohjata hätätilanteisiin liittyvissä yhteydenotoissa. (Aalto 2009, 32-33.)

Hätäkeskuspäivystäjän kohteeseen lähettämiä yksiköitä kutsutaan hälytysvasteeksi. Päätös perustuu annettujen hälytysohjeiden vaste-ehdotuksiin ja hätäkeskuspäivystäjän tilanteen mukaiseen harkintaan. Ensihoitotehtävien hälytysvaste koostuu niistä yksiköistä, joiden kanssa terveydenhuoltoviranomainen on alueellisesta valmiudesta sopinut. Hyvä hälytysvaste koostuu lähimmästä ja tarkoituksenmukaisimmasta avun lähettämisestä sekä

alueen ensihoitoressurssien hälytysohjeiden mukaisesta käytöstä. (Aalto 2009, 32-33.)

2.3 Ensihoidon käsitteet

Lääkinnällinen pelastustoiminta on yleiskäsite, joka käsittää kaiken ensihoitopalvelun niin sairaalan ulkopuolella kuin terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Kansanterveyslaki määrittelee lääkinnällisen pelastustoiminnan terveydenhuollon toimialaksi. (Määttä 2008, 26.)

Ensihoidon tehtäväkirjo on laaja, mutta ensihoitopalvelun resurssit ovat rajalliset. Siksi hätäkeskus tekee jokaisesta hätäpuhelusta riskinarvion, jonka perusteella kohteeseen lähetään lähin tarkoituksenmukainen yksikkö. Riskinarvio voidaan tarkentaa uudelleen tehtävän kuluessa ja uusien tilannetietojen pohjalta. (Määttä 2008, 26.)

Suomessa hätäkeskuksella on käytössään neljä eri kiireellisyysluokkaa: A, B, C ja D.

A-tehtävä: Vakava häiriö peruselintoiminnoissa (hengitys, verenkierto, tajunta) tai ilmeinen uhka sellaisesta.

B-tehtävä: Mahdollisuutta sulkea pois peruselintoimintojen häiriö ei ole, tai tiedot tapauksesta ovat puutteelliset.

C-tehtävä: Vähäinen häiriö peruselintoiminnoissa, tai jokin muu syy, jonka vuoksi ensihoidolle on ilmeinen tarve. Myös tilanteet, jotka on tarkistettava paikan päällä, käytetään tätä kiireellisyys luokkaa.

D-tehtävä: Kiireetön päivystysluonteinen ensihoitotehtävä tai aikatilaustehtävä.
(Määttä 2008, 26-27.)

Tehtäväluokat A ja B ajetaan hälytysajona, ja niissä potilas tulee saavuttaa mahdollisimman nopeasti. C-tehtävissä ohjevasteaika potilaan tavoittamiseen on 20 minuuttia ja D-tehtävissä ohjevasteaika on 120 minuuttia. (Määttä 2008, 26-27.)

Ensivasteella tarkoitetaan mitä tahansa lääkinnälliseen pelastustoimintaan kykenevää yksikköä, joka tavoittaa hätätilapotilaan nopeimmin. Terveysviranomaiset ovat määritelleet etukäteen kaikki mahdolliset ensivasteyksiköt, niiden toimintavaltuudet ja hälytysperusteet. Ensiavulla taas tarkoitetaan maallikon toimintaa. Hätäensiavulla tarkoitetaan toimintaa, jonka maallikko suorittaa henkeä pelastavana toimintana turvaamalla uhrin peruselintoiminnot. (Määttä 2008, 27.)

Asetus sairaankuljetuksesta (565/1994) määrittelee asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilannearviota sekä hänen antamiensa välittömiä hoitotoimenpiteitä ensihoidoksi. Näillä välittömillä hoitotoimenpiteillä potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään ja ylläpitä-

mään. Potilaan terveydentilaa pyritään parantamaan ja turvaamaan perusvälineillä, lääkkeillä ja muilla hoitotoimenpiteillä.

Sairaankuljetustoiminta voidaan jakaa kahteen tasoon: perus- ja hoitotasoon. Perustason sairaankuljettaja omaa riittävät valmiudet hoitaa ja valvoa potilasta, niin ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone. Perustasoisella sairaankuljettajalla on myös mahdollisuus aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat hoitotoimenpiteet. Hoitotason sairaankuljetuksella tarkoitetaan tehostetun hoidon tasoa, jossa on valmiudet toteuttaa hoito ja kuljetus niin, että potilaan peruselintoiminnot voidaan turvata. (Määttä 2008, 27; Sairaankuljetusasetus 1994.)

2.4 Ensihoitopalvelua koskeva lainsäädäntö

Ensihoitopalvelun toimintaa ohjaavat monet lait ja asetukset, jotka on määritelty kansanterveyslaissa, laissa erikoissairaanhoidosta sekä sairaankuljetusasetuksessa. Myös muut terveydenhuollon lait ja asetukset, viranomaisohjeet, sekä muut periaatteet ja arvomaailma voidaan olettaa pätevän koko toimialaan. Näin ollen tämä koskettaa niin terveydenhuoltohenkilöstöä kuin pelastustoimen palomiehiä tai hätäkeskuspäivystäjiä, jotka virkatehtävissään osallistuvat potilaan hoitoon tai tutkimiseen tai käsittelevät potilastietoja. (Määttä 2008, 28.)

Kansanterveyslain (66/1972) 2 § 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön vastuulle kuuluu kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus sekä valvonta. Momentin 2 mukaan lääninhallituksen tehtävänä on ohjata ja valvoa kansanterveystyötä läänin alueella. Kansanterveyslaki määrittelee 14 §:n 1 momentin 3 kohdassa kunnan tehtäväksi huolehtia kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällistä pelastustoimintaa. Lain mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia myös paikallisiin olosuhteisiin nähden riittävä sairaankuljetusvalmius, lukuun kuitenkaan ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkelipoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään. Laissa on myös määritelty kunnan tai kuntayhtymän tehtäväksi tuottavaa ensihoitopalvelut, joko omana toimintanaan tai antamalla ne toisen kunnallisen viraston, tavallisimmin pelastuslaitoksen tai yksityisen sairaankuljetusyrittäjän järjestettäväksi.

Sairaankuljetusasetuksessa (565/1994) määritellyn 3 §:n mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on

1. suorittaa toimialueellaan sairaankuljetusajoneuvon ja sen varusteiden käyttöönottotarkastus
2. ohjata ja valvoa perustason sairaankuljetustoimintaa sekä osaltaan myös hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Sairaankuljetusasetuksessa sairaanhoitopiirin tehtäväksi on määritelty 4 §:n mukaan osaltaan valvoa hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) määrittelee 1 §:n mukaan lääkinnällisen pelastustoiminnan osaksi erikoissairaanhoitoa. Sairaanhoitopiirin tehtäväksi lain 10 §:n (856/2004) mukaan sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee antaa alueensa terveystaloksille sellaisia palveluja, joita terveystalokusten ei ole tarkoituksenmukaista itse tuottaa.

2.5 Kommunikaatio ja dokumentointi ensihoidossa

2.5.1 Ensihoidon kirjallinen dokumentointi

”Mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tehty”. Tämä sanonta kuvastaa kaikessa yksinkertaisuudessaan terveydenhuollon kirjallisen dokumentoinnin merkitystä, koskien siis myös ensihoitopalvelua. Hoitoprosessin huolellinen ja asiallinen kirjaaminen on jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus, mutta on myös heidän oikeusturvansa kannalta tärkeä seikka. (Castrén ym. 2005, 145.)

Terveydenhuollon lainsäädäntö sisällyttää määräykset siitä, miten potilastiedot tulee terveydenhuollossa kirjata ja miten niitä tulee säilyttää. Ensihoidossa on tähän tarkoitukseen käytössä Kansaneläkelaitoksen SV 210 - Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta (liite 5). Täytetystä lomakkeesta voidaan myös käyttää nimitystä ensihoitokertomus. Lomake on komiosainen ja se on tehty itsejäljentävälle paperille koostuen hallinnollisesta ja hoidollisesta osuudesta. Hallinnollinen osuus käsittää henkilö ja osoitetiedot, tehtävävaiheiden kellonajat sekä tehtävä- ja kuljetuskoodit. Hoidollinen osa on jaettu tapahtumatietoihin sekä muihin esitietoihin, tilaan tavattaessa käsittäen potilaan tila ja tarkkailutiedot. Lisäksi hoidollinen osio käsittää potilaan hoitoon ja sen vasteisiin liittyvät tiedot. (Aalto 2009, 48.)

Ensihoitokertomus on virallinen asiakirja ja siihen kirjoitetun tekstin tulee olla asiallista. Kirjauksen tulee olla myös potilaan oman tarkastelun kestävä, sillä potilaalla on oikeus tutustua itseään koskeviin potilasasiakirjoihin. Tekstin tulee olla helposti luettavaa, jotta vastaanottavassa hoitolaitsessa voidaan luoda nopeasti kuva potilaan sairaalaan tulosta ja annetusta ensihoidosta. Kiireessäkin kaikki oleellinen tieto tulee olla kirjattuna ensihoitokertomukseen, ja erityisen tarkkaan tulee kirjata annettu lääkehoito tarkkoine kellonaikoinen. Hyvä ensihoitokertomus etenee loogisesti, sisältää kaiken olennaisen toistamatta samaa asiaa, on kirjoitettu selkeällä käsialalla ja sisältää vain vastaanottajan ymmärtämiä lyhenteitä. Lisäksi potilaan kertoma ja hoitajan havainnoima tulee olla erotettavissa toisistaan. Virheellinen tieto tulee yliviivata ja korjata yläpuolelle. Ensihoidosta vastuussa oleva hoitaja vastaa pääsääntöisesti ensihoitokertomuksen täyttämistä, jolloin hän myös allekirjoituksellaan vastaa tietojen oikeellisuudesta. (Castrén ym. 2005, 149; Rasku, Sopanen & Toivola 1999, 256; Riihelä 2008, 53.)

2.5.2 Suullinen raportointi hoitolaitoksessa

Huolellisesti täytetyn ensihoitokertomuksen lisäksi tulee vastaanottavaan hoitolaitokseen antaa suullinen raportti. Tämä on tärkeää, koska kaikki potilaan hoitoon osallistuvat eivät lue ensihoitokertomusta kokonaan. Suullisen raportin antamista helpottaa, kun edetään ensihoitokertomuksen järjestyksessä. Näin kertomuksen tietoja voidaan vielä tarvittaessa täydentää. Myös potilaalle itselleen tulee antaa mahdollisuus osallistua raportointiin, jolloin hän voi kertoa oman käsityksensä tapahtumista ja sen hetkisestä voinnista. Raportoidessa tulee huomioida potilaan intimiteetti, eikä raporttia tule antaa henkilölle joka ei osallistu potilaan hoitoon. (Castrén ym. 2005, 153-154; Rasku ym. 1999, 256.)

Suullisesta raportista tulisi ilmetä seuraavia asioita: potilaan nimi ja sosiaaliturvatunnus, tapahtumatiedot ja vammamekanismi, potilaan tilanne tapahtuessa, annettu hoito ja hoidon vaste, aiemmat sairaudet ja kotilääkitys sekä lähiomainen ja tietääkö hän tapahtumista. (Rasku ym. 1999, 256.)

Hirsikankaan ja Lepänhaaran (2000) opinnäytetyön tutkimuksen mukaan sairaankuljettajat kertovat raportissaan pääsääntöisesti potilaan hoitoon tulossyn, mutta vähemmälle huomiolle jäi potilaan saama hoito ja sen vaikutukset potilaan vointiin.

Jolulan, Kaislarannan ja Mattilan (2005) tekemästä opinnäytetyöstä taas kävi ilmi, että työkokemus oli merkittävä tekijä suullisen raportin antamisessa. Tutkimukseen vastaajista puolet oli ollut sitä mieltä, että asenteella, koulutustasolla, kommunikaatiotaidolla ja puheen selkeydellä on merkitystä suullisessa raportissa. Samassa tutkimuksessa kävi ilmi, että suullisen raportin toivottiin olevan lyhyt ja ytimekäs, vain olennaiset asiat sisältävä.

2.5.3 Hoitoon liittyvä konsultaatio

Sairaalan ulkopuolella hoito toteutetaan paikallisten hoito-ohjeiden sekä koulutuksen, saatujen tietojen ja omien taitojen mukaisesti. Asiantuntija-apua voidaan saada konsultaation avulla. Riittävän koulutuksen ja kokemuksen omaavaa asiantuntijaa konsultoimalla varmistetaan hoito-ohjeen mukaisen hoidon toteuttaminen tai saadaan tarvittaessa neuvoa hoitopaikan valinnassa. (Rasku ym. 1999, 22.)

Kysyttäessä lääkäriltä hoito-ohjeita puhelimitse tai radioteitse on kyse juridisesti hoitomääräyksestä, ei konsultaatiosta. Hoitomääräyksessä vastuu hoidon oikeellisuudesta on ohjeen antavalla lääkärillä, kun taas ”oikeassa konsultaatiossa” hoitovastuu säilyisi neuvoa kysyvällä henkilöllä. (Loikas 2008.)

Hoitaja on vastuussa siitä, että konsultoidessa välittyy oikeita ja riittäviä tietoja sekä havaintoja potilaasta. Hyvä konsultaatio sisältääkin ainakin seuraavia tietoja: konsultoijan nimi (lisäksi ammatti ja yksikkö), tieto potilaan vaivasta ja olin paikasta, taustatiedot potilaasta, pääasiallinen tämänhetkinen vaiva, tehdyt havainnot, paikallisen hoito-ohjeen mukainen hoito

sekä potilaan saama hoito tällä hetkellä, arvioitu ajoaika sairaalaan sekä varsinainen konsultaatio kysymys tai kysymykset. Ensihoitohenkilöstön tulee aina toistaa saamansa hoito-ohje, jotta hoito-ohjeen antanut lääkäri saa varmuuden siitä, että hänen antamansa ohje on ymmärretty oikein. Konsultaation apuna voidaan käyttää nykyaikaista informaatioteknologiaa ja lähettää vastaanottavaan sairaalaan esimerkiksi EKG- nauha faksilla. (Kiira 2005, 80-81; Rasku ym. 1999, 256.) Ensihoitohenkilöstö voi konsultoida lääkäriä kysyäkseen hoito-ohjetta tai neuvoa, konsultoida juridisin perustein tai varmistaakseen diagnoosin (Castrén ym. 2005, 138).

Hoito-ohjeeseen perustuva konsultaatio on tarpeen, kun oireiden ja löydösten perusteella tilannekohtaiseen hoitoon määritellyt kriteerit täyttyvät, mutta hoidon toteuttaminen edellyttää lääkärin konsultaatiota. Neuvoa kysyvä konsultaatio ei välttämättä perustu hoito-ohjeeseen, mutta on usein tarpeellinen ensihoitotilanteissa. Tämä tulee kyseeseen esimerkiksi hoitopaikkaa päätettäessä. Myös potilaan kuljettamatta jättäminen edellyttää lääkärin konsultaatiota, jolloin sillä on myös juridinen merkitys. Juridinen peruste konsultaatiossa liittyy hoito-ohjeen luonteeseen. Hoito-ohjeen edellyttäessä lääkärin konsultaatiota tulee se tällöin toteuttaa. Tärkeää on kirjata ensihoitokertomukseen konsultoidun lääkärin nimi ja toimipaikka sekä annettu hoito-ohje. (Castrén ym. 2005, 139.)

Joissakin tilanteissa ensihoitohenkilöstö joutuu varmistamaan diagnoosin tai sulkemaan pois suunnitellun hoidon vasta-aiheita jo ennen hoito-ohjeen perusteella tapahtuvaa hoitoa. Tämä edellyttää potilaan huolellista tutkimista, peruselintoimintojen mittaamista ja kliinistä arviointia, sekä näiden tietojen välittämistä lääkärille. (Castrén ym. 2005, 139.)

Ensihoitohenkilöstön tulisi ensisijaisesti pyytää hoito-ohjetta vastaanottavan hoitolaitoksen lääkäriltä, mutta jos tämä ei ole tavoitettavissa, voidaan hoito-ohjetta pyytää keneltä tahansa päivystävältä lääkäriltä (Kiira 2005, 79).

2.5.4 Vastaanottavan hoitolaitoksen informointi

Päivystyspoliklinikalla potilaan hoitaminen on yhteistyötä monien eri ammattiryhmien ja erikoisalojen kesken. Potilaan tilan ollessa kriittinen ambulanssista otetaan yhteyttä jo etukäteen vastaanottavan sairaalan päivystykseen. Näin päivystyksessä tiedetään varautua kriittisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan vastaanottoon ja hoitoa pystytään jatkamaan viivytyksettä. Tällöin puhutaan ennakoilmoituksesta. Ennakoilmoitus tulee tehdä silloin, kun potilaan tila vaatii välitöntä akuuttia hoitoa tai jos ensihoidosta siirrettävän potilaan tila vaatii päivystyksessä joitakin erityisvalmisteluja. (Aalto 2009, 66.)

Ne hoitolaitokset, joissa ei ole jatkuvasti erikoislääkäritasoisista päivystystä, voivat ennakoilmoituksen perustella hälyttää takapäivystäjän paikalle. Myös tilanteet, joissa arvellaan tarvittavan kiireellistä leikkaushoitoa, tulee ilmoittaa hoitolaitokseen ennakoilmoituksella. Muutoin leikkaushoito

saattaa viivästyä meneillään olevien leikkausten takia tai siksi, että osa leikkaustiimistä päivystää kotona. (Castrén ym. 2005, 142.)

Ennakoilmoitus tulee tehdä korkeariskisistä potilaista, joiden vitaalielintoinnot ovat heikentyneet. Ennakoilmoitus annetaan vastaanottavan hoitolaitoksen päivystyspoliklinikalle riittävän ajoissa. Ennakoilmoitukseen tulee sisällyttää arvio vammojen anatomisesta sijainnista sekä arvio tarvittavista ennakkovalmisteluista. (Martikainen 2009)

Hyvä ennakoilmoitus sisältää seuraavat tiedot: ilmoittaja ja yksikkötunnus, tapahtumatiedot ja aika, potilaiden määrä, potilaan henkilötiedot, niiden ollessa selvillä, vammamekanismi ja vammat tai sairaus, potilaan vitaalielintoimintojen tila, potilaalle annettu hoito ja sen vaste, potilaan lääkitys ensihoidossa sekä arvioitu saapumisaika hoitolaitokseen. (Aalto 2009, 67.) Ennakoilmoitus tulisi tehdä noin 15-20 minuuttia ennen hoitolaitokseen saapumista. Näin poliklinikan henkilökunnalle jää aikaa varautua kriittisesti sairastuneen potilaan vastaanottoon. Ennakoilmoituksen antamisella ei ole kuitenkaan mitään aikarajaa, vaan se on hyvä tehdä aina, kun siitä katsotaan olevan hyötyä potilaalle tai se auttaa vastaanottavaa hoitohenkilöstöä. (Castrén ym. 2005, 142.)

3 ENSIHOITOPALVELUN LAATU

3.1 Laadun määritelmä

Käsitteenä laatu on monitahoinen ja laaja. Jokaisella yksilöllä on omat erilaiset käsitykset ja näkemykset laadusta, pohjautuen elämäkokemukseen, kulttuuriin ja opittuun näkemykseen hyvästä. Pohjimmiltaan laatu on ajattelua, joka konkretisoituu toimintana. Laatu viittaa jonkin asian ominaispiirteeseen, sen erinomaisuuteen ja ylivertaisuuteen, vaikkakin laadun maksimaalisuus on suhteellista. Kuvaukset laadusta vaihtelevat laidasta laitaan, huonosta hyvään, epätarkoituksenmukaisuudesta tarkoituksenmukaiseen ja epätasaisesta tasaiseen. Usein laatu merkitsee myös vastinetta rahalle ja sopivuutta asiakkaalle. Rationaalisena laatu käsittää toiminnan lähtökohtien perusteiden arvioinnin, uudelleen määrittelyn ja laatuvaatimukset, sekä mittausmenetelmien kehittämisen, laadun mittaamisen ja myöhemmin myös toiminnan parantamisen. (Kiira 2009.)

Laatu käsittää monta erilaista tulkintaa eri tarkastelunäkökulmista riippuen. Yleisesti ajatellaan, että laatu on asiakkaan tarpeiden täyttämistä mahdollisimman tehokkaalla ja kannattavalla tavalla. Näin ollen laadun arviointi pelkällä asiakastyytyvyysyydellä ei ole itsetarkoitus, vaan tulee myös huomioida kustannustehokkuus. Kokonaisvaltaisen laadun kannalta virheettömyys ja oikeiden asioiden tekeminen ovat tärkeitä seikkoja. (Lecklin 1997, 22-23.) Lisäksi laatu määritellään palvelun sopivuutena, virheettömyytenä sekä asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin moitteettomasti vastaavana kokonaisuutena (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 108).

Laatu voidaan ymmärtää ominaisuutena, jolla voi olla sekä positiivisia että negatiivisia piirteitä ja arvoja. Nämä ominaisuudet voivat vaihdella hyvältä huonoon. Usein laatua tutkitaan nykytilanteesta, minkä jälkeen sitä verrataan toivottuun ja haluttuun tapaan toimia. (Pelkonen 1993, 61-62.)

3.2 Ensihoitopalvelun laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadulla tarkoitetaan yleisesti sellaista toimintaa, jossa asiakkaan palvelun tarve voidaan täyttää ammattitaidolla, lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti unohtamatta kustannustehokkuutta. Keskeinen painopiste terveydenhuollon laadun arvioinnissa on hoidon vaikuttavuuden arviointi. Ensihoidossa laatua voidaan tarkastella asiantuntijapalveluna, jossa vastataan sekä asiakkaan tarpeisiin että huomioidaan sidosryhmät. (Kuisma & Kokkala 2005, 521.)

Terveydenhuollossa laatu on noussut kustannusten ohella keskeiseksi mielenkiinnon kohteeksi. Terveydenhuollossa laatua on aina tarkasteltu väestön parhaaksi koituvasta näkökulmasta, vaikkakin uusia muotoja ja tavoit-

teita saadaan toimintaan jatkuvasti lisää. (Kiira 2009.) Laatu hoitotyössä on sellaisia arvoja, tietoja ja taitoperusteita, joita hoitotyössä arvostetaan ja tavoitellaan. Laadukas hoito ei teetä tarpeetonta hoitoa potilaalle, mutta täyttää kuitenkin hänen hoidontarpeensa. (Pelkonen 1993, 62-64.)

Hoidon laatu lääkäriprofession uutena haasteena on melkoinen urakka. Terveystieteiden toimintojen ja voimavarojen käytössä on havaittu suuria vaihteluja. Lääketiede – ja terveydenhuolto sinänsä – on dynaaminen, kasvava toimintamuoto, jolloin laadun määrittäminen on todellinen haaste, unohtamatta laadunvarmistuksen sisältöä. (Kankaanpää 1993, 46.) Hoidon laatua voidaan määrittää ja arvioida eri elinten näkökulmasta, asiakkaan tai asiantuntijalähtöisyyden, palveluja tuottavan organisaation, hallinnon, yhteiskunnan tai rahoittajan toimesta (Kvist ym. 2006, 108). Usein laatua arvioidaan vain asiakkaan tai asiantuntijalähtöisyyden näkökulmasta, unohtaen muut tahot esimerkiksi kunnan tai kaupungin arvio palvelun laadusta (Pelkonen 1993,64-65).

Hoitotyön käyttämien menetelmien odotetaan saavuttavan potilaalle tervyyttä, tyytyväisyyttä, hyvinvointia sekä toimintakykyä ja elämänlaatua. Jotta näihin tavoitteisiin päästäisiin, on käytössä erilaisia eettisesti ja taloudellisesti perusteltuja käytänteitä ja menetelmiä. Tuottaakseen laadukkaita palveluja, organisaation tarvitsee yksityiskohtaisia ja konkreettisia mittareita. Palveluiden laadun kehittäminen on näin mahdollista ja myös kustannuksia voidaan tehostaa. (Perälä 1997, 31; Kankaanpää 1993, 46.)

Julkisten palveluiden laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa painotetaan tarvetta seurata aktiivisesti asiakasmielipidettä. Suomessa on 1990-luvulta lähtien ollut nähtävillä asiakaskyselyiden aalto varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakastytyväisyyttä luonnehditaan yhdeksi merkittäväksi palvelujen laadun ja vaikuttavuuden mittariksi. (Julkisten palvelujen arviointi 1998, 17.)

Ensihoidossa korostuvat viiveet toiminnan laadun mittareina. Lyhyet viiveet parantavat vakavasti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan selviytymistä. Ensihoidon laatu on kuitenkin huomattavasti laajempi käsite ja sitä voidaan tarkastella seuraavista näkökulmista:

- Asiakas eli potilas: asiakkailta saatu palaute, asiakastytyväisyys ja se miten hyvin palvelu vastaa odotuksia
- Henkilöstö: Sisäinen tiedotus ja koulutus, henkilöstön tyytyväisyys ja johtamiskulttuuri
- Talous: laatukustannukset, tuotos-panosvertailu ja toimintolaskentanalyysi
- Toiminnot/prosessit: toiminnan järjestelmällinen seuranta, tulosten analysointi ja vertailu, ohjeistus, toiminnan jatkuva kehittäminen, ydin- ja tärkeimpien tukitoimintojen määrittelemine ja kuvaaminen.

(Määttä 1999, 33-34.)

Ensihoitopalvelun laatua tulee, ja toki voidaan, arvioida monin eri tunnusluvin, joka kuvaavat laadun keskeisiä näkökulmia. Kehityksen kannalta

tulosten järjestelmällinen seuranta ja analysointi ovat välttämättömiä työkaluja. (Määttä 1999, 33-34.)

Norri-Sederholmin (2001) tekemän tutkielman mukaan ensihoitajilla on ammattitaidon inhimilliset kvalifikaatiot suhteellisen hyvin hallinnassa. Tämä siksi, että he kohtaavat työssään jatkuvasti tilanteita, joissa tulee käsitellä sekä omia että toisten tunteita. Lisäksi he joutuvat työssään tekemään eettisiä päätöksiä. Tämä on tärkeää, koska niiden katsotaan vaikuttavan potilaan saamaan hoitoon ja sen laatuun.

Tässä opinnäytetyössä ensihoitopalvelun laadulla tarkoitetaan tärkeimpien sidosryhmien, Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan sekä Riihimäen yksikön, Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen pääterveysaseman päivystyksen henkilöstön sekä Hämeen hätäkeskuksen päivystäjien arviota ensihoitopalveluiden laadusta Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnassa.

4 ENSIHOITOPALVELU RIIHIMÄELLÄ

4.1 Kanta-Hämeen pelastuslaitos

Ensihoitopalvelun Riihimäellä tuottaa Kanta-Hämeen pelastuslaitos, jonka toiminta on käynnistynyt vuoden 2004 alusta. Se on yksi maakunnan 22 alueellisesta pelastuslaitoksesta ja sen toiminta-alueen muodostavat maakunnan 11 kuntaa: Forssa, Hattula, Hausjärvi, Humppila, Hämeenlinna, Janakkala, Jokioinen, Loppi, Riihimäki, Tammela ja Ypäjä. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2009b.)

Pelastuslaitosta ei ole muodostettu vain sitä itseään varten, vaan sen tehtävänä on tuottaa asiakkaille palveluja, joita he tarvitsevat. Pelastustoimen tuottamat palvelut on jaettu kolmeen osaan: onnettomuuksien ehkäisyyn liittyvään toimintaan ja toisaalta toimintaan onnettomuuksien jo tapahduttua. Lisäksi kolmantena tehtäväalueena on mahdollisiin poikkeusoloihin varautuminen. Näiden lisäksi pelastuslaitos tuottaa tehtyjen sopimusten mukaisia sairaankuljetuspalveluita. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2009b.)

Kanta-Hämeen pelastuslaitos tuottaa ensihoitopalveluja sopimusten perusteella Forssan, Humppilan, Jokioisten, Tammelan, Ypäjän, Hämeenlinnan, Rengon ja Riihimäen kuntien alueella. Pelastuslaitoksen sairaankuljetusyksiköitä on Forssan, Hämeenlinnan ja Riihimäen seutukunnissa. Vuonna 2007 Sairaan kuljetustehtäviä Kanta-Hämeen pelastuslaitos suoritti 17 448. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2009b.)

4.2 Riihimäen seutukunta

Riihimäen seutukunta koostuu Riihimäen kaupungista, sekä Lopen ja Hausjärven kunnista. Pelastuslaitos huolehtii Riihimäen kaupungin alueella ensihoitopalvelujen tuottamisesta ja vuoden 2009 alusta se on huolehtinut myös Hausjärven kunnan ensihoitopalveluista. Tarvittaessa palvelu ulottuu myös naapurikuntiin, niiden ambulanssien ollessa varattuina muihin tehtäviin. Lopen kunnan alueella ensihoitopalveluista vastaa yksityinen yritys, ensihoitoyksiköllä Lo697. Ensihoitopalvelun tukena toimii tarvittaessa myös pelastusyksikköjä, joiden miehistön tehtävänä on aloittaa ensihoitotoimet ja tukea ensihoitoyksikköä (Virtanen 2008b, 4).

Riihimäen seutukunnan alueella on neljä ambulanssia, joista R691 on ympäri vuorokauden välittömässä lähtövalmiudessa, ja R692 virka-aikana. Lisäksi alueella toimii vara-autona yksikkö R693, joka miehitetään tarvittaessa, esimerkiksi monipotilas- tai varallaolotilanteissa. Lisäksi Hausjärven kunnan alueella toimii yksikkö R695, joka on aloittanut toimintansa vuoden 2009 alusta. (Virtanen 2008b, 9.)

4.2.1 Ensihoito- ja sairaankuljetusvalmius

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen kaupungin alueella ensihoitopalvelulla on voimassa olevan sopimuksen mukaisesti yksi välittömässä lähtövalmiudessa oleva ensihoitoyksikkö, R691, sekä yksi virka-aikana välittömässä lähtövalmiudessa toimiva ensihoitoyksikkö, R692. (Virtanen 2008b, 8-9.) Lisäksi alueella toimii ensivasteyksikkö R11, joka toimii välittömässä lähtövalmiudessa ympäri vuorokauden. (Virtanen 2008b 5.)

Ensihoitoyksikkö R691 on valmiudessa ympäri vuorokauden ja se toimii pääsääntöisesti hoitotasolla. Yksikkö on varusteltu hoitotason välineistöllä sekä yleisimmillä ensihoitoläkkeillä. Virka-aikana R691 hoitaa alueen kiireelliset tehtävät ja tarvittaessa se osallistuu myös kiireettömien tehtävien hoitoon. (Virtanen 2008b, 8.)

Ensihoitoyksikkö R692 toimii virka-aikana välittömässä lähtövalmiudessa, ja virka-ajan ulkopuolella se miehitetään tarvittaessa pelastustoimen työvuorossa olevilla palomiehillä. Yksikkö on miehitetty virka-aikana ensihoitaja-sairaankuljettaja parilla, ajoittaisia poikkeuksia lukuun ottamatta. Yksikössä on hoitotason välineistö ja yleisimmät ensihoitoläkkeet. Virka-aikana yksikkö hoitaa ensihoitopalvelun kiireettömiä, matalariskisiä C- ja D- tehtäviä, sekä hoitolaitossiirtoja. Tarvittaessa yksikkö osallistuu kiireellisiin tehtäviin. (Virtanen 2008b, 9.)

Hausjärven kunnan alueella toimiva ensihoitoyksikkö R695, toimii hoitotasolla ympäri vuorokauden. Asemapaikkana on Hausjärven kunta, Oitin paloasema. (Virtanen 2008, 9.) Yksiköllä on sopimuksen mukaisesti välitön lähtövalmius arkisin 9-17 ja muuna aikana se toimii enintään 15 minuutin lähtövalmiudessa. Kanta-Hämeen pelastuslaiton on lisännyt omaehtoisesti lähtövalmiutta niin, että yksikkö on välittömässä lähtövalmiudessa 8-20 ja muuna aikana, 20-8, enintään 15 minuutin lähtövalmiudessa. (Viitamäki sähköpostiviesti 24.3.2010.) Yksikkö on varusteltu yleisimmillä hoitotason läkkeillä sekä hoitotason välineistöllä. Alueellaan se hoitaa kiireelliset ja kiireettömät tehtävät, sekä tarvittaessa osallistuu Riihimäen kaupungin alueen ensihoitotehtäviin. (Virtanen 2008b, 9.)

Välittömällä lähtövalmiudella tarkoitetaan yksikön välitöntä toimintavalmiutta ja henkilöstön sijoittumista yksikön läheisyyteen. Ensihoitoyksiköille on määritelty välittömäksi lähtövalmiudeksi 60 sekuntia. (Mensala 2007, 14.)

4.2.2 Ensihoito- ja sairaankuljetusvalmius 1.1.2010 jälkeen

Vuoden 2010 alusta on tullut muutoksia Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa. Vuodenvaihteen jälkeen ensihoitoyksikkö R691 toimii jatkuvasti hoitotasolla. Ensihoitoyksikkö R692 on toiminnassa ainoastaan virka-aikana. Hausjärven kunnan alueella vaihtui ensihoitopalvelun tuottaja. Vuodenvaihteen jälkeen yksityinen palveluntuottaja on hoitanut ensihoitopalvelut Hausjärven kunnan alueella ensihoitoyksiköllä Hj695. (Viitamäki sähköpostiviesti 24.3.2010.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnalle tuotetun ensihoitopalvelun laatua. Laatua arvioidaan sidosryhmien, tässä opinnäytetyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköiden ja Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman päivystysalueiden sekä Hämeen hätäkeskuksen päivystäjien näkökulmasta. Tarkoituksena on laatia kysely tutkitun/aikaisemman teorian pohjalta. Kyselyn avulla määritetään sidosryhmäytyvyisyyttä edellä mainituissa paikoissa. Opinnäytetyössä kyselyä testataan Riihimäen seutukunnan ensihoitopalvelussa ja mahdollisesti jatkossa kyseinen mittari on osa koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden laatujärjestelmää, siis käytössä myös Forssan ja Hämeenlinnan seutukunnilla. Kysely olisi tarkoitus teettää määräajoin, jolloin tuloksia on mahdollista vertailla mittauskertojen ja toimialueiden välillä.

Tutkimuksella siis halutaan vastauksia seikkoihin, jotka jo toimivat ensihoitopalvelussa ja toisaalta asioihin, jotka kaipaavat parannuksia. Näin ensihoitopalvelun toimintaa voidaan kehittää. Lisäksi, koska tulevaisuudessa mittari voi olla yhtenäinen koko pelastuslaitoksen alueella, tuloksia voidaan vertailla toimialueiden välillä ja parhaassa tapauksessa oppia muilta uusilta toimintatapoilta.

5.1 Tutkimusongelma

Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmana on

1. Millaiseksi sidosryhmät arvioivat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluiden laadun?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Sidosryhmiksi määritellään tahot tai henkilöt, joista yritys on riippuvainen. Yrityksellä on usein monta eri sidosryhmää. Sidosryhmiltä yritys voi saada arvokasta tietoa siitä, miten kannattaisi toimia. (Etälukio 2009.) Ensihoitopalvelun yleisimpiä sidosryhmiä ovat terveystoimi, poliisi, hätäkeskus, pelastustoimi ja sosiaalitoimi (Castren ym. 2005, 144).

Opinnäytetyön kysely toteutettiin yleisempiä sidosryhmiä silmälläpitäen, joita ovat juuri terveystoimi ja hätäkeskus. Tässä opinnäytetyössä otannasta karsittiin osastot ja muut sidosryhmät kyselyn ulkopuolelle, koska yhteistyö heidän kanssaan ei ole päivittäistä.

6.1 Tutkimusmenetelmät

Metodologialtaan tutkimus koostui sekä kvantitatiivisen (määrällisen) että kvalitatiivisen (laadullisen) tutkimusotteen piirteistä. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella jättäen siihen kuitenkin tilaa myös vapaille kommentteille. Tällä haluttiin antaa vastaajille mahdollisuus ilmaista vielä omia mielipiteitään aiheeseen liittyen. Näin kyselylomaketta voidaan tarvittaessa muokata toimivammaksi. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä käsittää deduktiivisen tutkimusotteen, jossa tieto kerätään yleisestä yksittäiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat aiemat teoriat, eli se mitä aiheesta jo tiedetään sekä koehenkilöiden valinta, eli otanta. Lisäksi tulokset on hyvä havainnollistaa esimerkiksi taulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 129.)

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii tutkimaan kohdettaan mahdollisimman tarkasti huomioiden kokonaisuuden. Yleisesti on todettu, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ajatuksena löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo tiedossa olevia väitteitä. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että siinä suositaan ihmisiltä havainnoin avulla saatua tietoa enemmän kuin muilla mittausvälineillä hankittua tietoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukon valinta on tarkoituksenmukaista. (Hirsjärvi ym. 2000, 156-160.)

Kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta voidaan hyödyntää samassa tutkimuksessa. Tällöin on kyseessä monimenetelmäinen tutkimus, eli triangulaatio. Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyy usein kvalitatiivisia, laadullisia, osia joita ovat esimerkiksi avoimet kysymykset. (Kananen 2008a, 25-28.)

Triangulaatiolla voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Tätä ratkaisua voidaan käyttää tilanteissa, joissa vain yksi menetelmä jättää aukkoja tietoon. Triangulaatiolla pystytään lisäämään tutkimuksen validiteettia, koska tutkimusmenetelmää pystytään monipuolistamaan. (Kananen 2008b, 84.)

Kvantitatiivisessa tutkimusotteessa on usein pyrkimys hankkia suurista tutkimusryhmistä tietoa, joka on vertailukelpoista ja kattavaa. Läheskään kaikkia asioita ei voi mitata ja siksi onkin usein tingittävä erityispiirteiden huomioimisessa. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 46.)

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin noudattaen survey-tutkimuksen piirteitä. Survey-tutkimuksessa aineisto kerätään joltakin tietyltä ihmisjoukolta. Tähän käytetään tavallisesti strukturoitua kyselylomaketta. Sana ”survey” tulee englannin kielestä ja tarkoittaa tutkimusmuotoja, joissa aineisto kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai tietyn perusjoukon mallin. (Hirsjärvi ym. 2007, 132, 188.)

Survey-tutkimuksella saadaan hankittua tutkimusaineisto, joka havainnollistaa laajojen ihmisjoukkojen mielipiteitä, käsityksiä ja asenteita. Sen avulla voidaan saada tietoa suurelta määrältä ihmisiä suhteellisen helposti. Ongelmaksi kuitenkin muodostuu kato, joka voi nousta hyvinkin suureksi. Kaikkia vastaajia ei välttämättä kiinnosta vastata kyselyyn tai he vastustavat tai arastelevat kyselyn aihetta. Tällöin vastausten validiteetti on kyseenalainen. (Anttila 1996, 237-238.)

6.2 Kyselylomake

Kyselylomakkeita tehtiin kolme erilaista kappaletta: hoitajien (liite 3), lääkäreiden (liite 2) sekä hätäkeskuspäivystäjien (liite 4) kappale. Mittari koostui strukturoidusta väittämistä, koskien ensihoitopalvelun laatua. Strukturoidussa kyselylomakkeessa on valmiit kysymykset ja ne esitetään kaikille vastaajille samassa järjestyksessä. Strukturoitu kyselylomake on toimiva silloin, kun vastaajia on monta ja he edustavat yhtenäistä ryhmää, joka opinnäytetyössäni tarkoittaa hoitajia, lääkäreitä ja hätäkeskuspäivystäjiä. Mittari on laadittu Likert-asteikon mukaisesti. Likertin asteikkoa käytetään tavallisesti mittareissa, joissa vastaajat arvioivat omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä. Mittarissa käytettävä skaala on yhdestä viiteen, täysin eri mieltä - täysin samaa mieltä. Aihealueet koostuvat sekä aiemmasta että tutkitusta tiedosta nousseesta teoriasta. (Metsämuuronen 2005, 61-62.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa jätettiin tilaa vielä vastaajan omille mielipiteille jokaisen aihealueen loppuun. Tällä haluttiin saada mielipiteitä myös väitteiden ulkopuolelta tai täydennystä väitteisiin.

Kyselytutkimuksen etuina pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto helposti ja nopeasti. Haittoina ilmenee vastaamattomuus, joka saattaa helposti nousta suureksi sekä tietämättömyys vastaajien suhtautumisesta kyselyyn. Lisäksi väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 20.)

Opinnäytetyön kyselylomake on kaksisivuinen ja koostuu väittämistä koskien ensihoitopalvelun toimintaa. Hoitajille suunnatussa lomakkeessa on neljä eri teemaa, joissa on muutama alaluokka. Lääkäreille suunnatussa kyselylomakkeessa on myös neljä teemaa, joihin liittyy muutama alaluok-

ka. Sekä hoitajien että lääkäreiden kyselylomakkeen alussa on lyhyt ohjeistus kyselylomakkeesta sekä yksi yhtenäinen muuttuja koskien työyksikköä.

Hätäkeskuspäivystäjien lomake koostuu kolmesta teemasta, joihin jokaiseen sisältyy muutama alaluokka. Lomake on myös kaksisivuinen.

Kyselylomake tehtiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat teoriasta nousseesta tiedosta sekä käytännön kokemuksen mukana esiin tulleista seikoista. Hätäkeskuksen ja ensihoitopalvelun yhteistyön toimivuudesta en löytänyt tutkimuksista. Jotta kyselylomakkeesta saataisiin toimiva ja tavoitteita vastaava, olin sähköpostitse yhteydessä Hämeen hätäkeskuksen työntekijään, jolta sain osaluokkia, joita hätäkeskuksen henkilöstö pitää merkittävänä laadukkaan yhteistyön kannalta. Näistä seikoista sekä yleisistä säädöksistä ja normeista koostui hätäkeskuspäivystäjien kyselylomakkeen väitteet.

6.3 Otanta

Opinnäytetyössäni otannassa huomioitiin Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ambulansseilla (R691, R692 ja R695) päivystysalueille tuodut potilaat. Tämä jaottelu tarkennettiin päivystysalueiden henkilökunnalle erillisellä saatekirjeellä (liite 1).

Opinnäytetyön tekijä tarkensi tutkimuksessa käytettyjen sidosryhmien yhteyshenkilöiltä kyseisen yksikön henkilöstömäärän ja toimitti yksikköön jokaiselle oman kyselylomakkeen. Henkilöstön oli tarkoitus vastata aiemman kokemuksen pohjalta liittyen ensihoitopalvelun laatuun Riihimäellä. Kanta-Hämeen pelastuslaitos on tuottanut ensihoitopalveluita Riihimäellä 2004 vuodesta lähtien ja Riihimäen kaupungin pelastuslaitos jo pitkään tätä aiemmin, joten yhteistyötä on ehtinyt kertyä jo vuosia. Näin ollen päivystyksen henkilöstöllä on jo ehtinyt muodostua käsitys ensihoitopalvelun laadusta.

Kyselylomakkeisiin annettiin vastausaikaa kolme viikkoa, jolloin kaikilla halukkailla on siihen mahdollisuus vastata. Kyselylomakkeiden mukana toimitettiin erillinen palautuslaatikko, johon kyselyt oli tarkoitus palauttaa. Hoitajille ja lääkäreille tehtiin omat strukturoidut kyselylomakkeet.

6.4 Opinnäytetyön toteuttaminen käytännössä

Kyselylomakkeet toimitin henkilökohtaisesti sairaaloihin ja terveyskeskukseen. Hätäkeskukseen kyselylomakkeen lähetin sähköpostilla yhteyshenkilön ehdotuksesta. Esikyselyä kyselylomakkeesta ei tehty. Kyselylomaketta on tarkoitus esitellä tässä opinnäytetyössä ja mahdollisesti ottaa kyselylomake käyttöön koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella. Lisäksi kaikki tärkeimmät sidosryhmät olivat osana tässä tutkimuksessa, joten esitellään mahdollisuutta ei ollut. Tutkimuksen jälkeen kyselylomaketta voidaan muokata toimivammaksi.

Alun perin oli tarkoitus, että kyselylomakkeet jaetaan henkilökohtaisesti sekä hoitajille että lääkäreille. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön yhteyshenkilö koki asian kuitenkin liian työläänä ja lähes mahdottomana asiana, johtuen henkilöstön suuresta määrästä. Siksi kyseisessä yksikössä kyselylomakkeet olivat jaossa pinossa, josta jokaisen oli tarkoitus ottaa ja vastata. Yhteyshenkilöön olin yhteydessä sähköpostitse, jossa kerroin opinnäytetyön tarkoituksesta ja informoin kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeita toimitin hoitajille 75 kappaletta. Lääkäreiden vaihtuvuus kyseisessä yksikössä on suuri, eikä yhteyshenkilö osannut arvioida päivystävien lääkäreiden määrää kyselyn aikana. Kyselylomakkeita toimitettiin lääkäreille 30 kappaletta. Näin ollen kyselyjä riittäisi yksi kappale päivälle, kyselyn ollessa kentällä kolme viikkoa.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön yhteyshenkilö lupasi ottaa kyselylomakkeet ja informoida henkilökuntaa niiden täytöstä. Pyysin myös häntä jakamaan kyselylomakkeet henkilökohtaisesti jokaiselle, jotta välttyttäisiin tilanteelta, jossa joku täyttää monta kyselyä. Yksikössä hoitajien kappaleita toimitettiin 25. Lääkäreiden vaihtuvuus on yksikössä myös suuri, joten osastonhoitaja ei osannut arvioida heidän määrää. Yksikköön toimitettiin 30 kappaletta lääkäreiden lomakkeita, samoin perustein kuin Hämeenlinnan yksikköön.

Hämeen hätäkeskuksen yhteyshenkilö lupautui ottamaan kyselylomakkeet ja saatekirjeen sähköpostitse ja levittämään ne henkilöstölle. He myös lupasivat kerätä kyselylomakkeet keskitetysti. Kyselylomakkeita jaettiin siellä yhteensä 38 kappaletta hätäkeskuspäivystäjille sekä vuoromestareille.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman yhteyshenkilö lupasi ottaa kyselyt ja jakaa henkilöstölle, mutta kyselyjen aikatauluja jouduttiin siirtämään kaksi viikkoa myöhemmäksi meneillään olevan A(H1N1) -viruksen rokotusten takia. Hoitajien kappaleita toimitin yksikköön 20 ja lääkäreille 17 kappaletta.

Tutkimuksen ajankohta sairaaloissa ja hätäkeskuksessa oli 9.11.2009-30.11.2009. Terveyskeskuksen päivystyksessä tutkimusajankohta oli 23.11.2009- 11.12.2009.

Luvan tutkimuksen suorittamiseen hain Kanta-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Hänen myöntämänsä lupa koskee sekä Hämeenlinnan että Riihimäen yksikköä. Avoterveydenhuollon ylilääkäri myönsi luvan tutkimuksen suorittamiseen Riihimäen seudun terveyskeskuksessa. Hämeen hätäkeskuksesta luvan myönsi hallinnon johtaja.

6.5 Tulosten analysointi

Tutkimuksen päätteeksi aineisto on analysoitava, eli saatettava luettavaan muotoon. Tuloksia ei voi jättää selittämättä ja tulkitsematta lukijalle, vaan

tutkijan tulee pohtia tutkimuksen tuloksia ja luoda niistä omia johtopäätöksiä. Tuloksia analysoitaessa on huomioitava monia asioita, kuten onko tutkijan kielelliset ilmaukset olleet selkeitä ja ymmärrettäviä, onko tutkijan kielenkäyttö vaikuttanut saatuihin tuloksiin ja osaako tutkija itse tulkita tutkittavia haastattelutilanteessa. Jokaisella on oma tapansa tulkita asioita, joten myös tutkimustulokset saattavat olla ristiriitaisia. (Hirsjärvi ym. 2000, 211-212.)

Opinnäytetyössäni analysointi tapahtui SPSS-ohjelman avulla, minkä jälkeen ne saatettiin luettavaan muotoon, jolloin tuloksia voidaan vertailla ja tehdä johtopäätöksiä. SPSS- Ohjelma on tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla pystyy monipuolisesti käsittelemään tavallisempia tilastollisia analyysejä sekä toisaalta analysoimaan vaativimpiakin tarkasteluja. SPSS – ohjelman nimi tulee sanosta Statistical Package for Social Sciences. (Valtari 2006.)

7.1 Hoitohenkilökunnan vastaukset

7.1.1 Dokumentointi

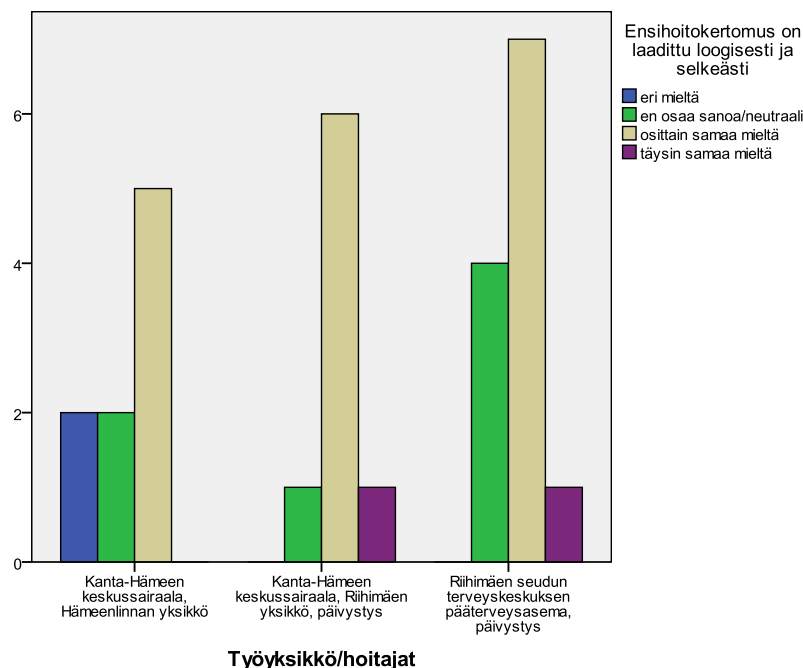
Hoitajille suunnatussa kyselylomakkeessa on ensimmäisenä aihealueena dokumentointi. Saatujen tulosten keskiarvon mukaan hoitajat arvioivat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalvelun dokumentoinnin tasoksi tyydyttävä/hyvä, keskiarvolla 3,7 asteikolla 1-5. Teeman alle oli sisällytetty kolme eri väittämää, joiden tuloksista on tehty pylväsdiagrammi (kuvat 1-3).

Ensihoitokertomus on laadittu loogisesti ja selkeästi

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista kaksi vastasi väittämään ”eri mieltä”, kaksi ei osannut sanoa tai heidän kantansa väitteeseen oli neutraali. Viisi hoitajaa oli ”osittain samaa mieltä” väittämän kanssa. Keskiarvoksi ensihoitokertomuksen loogisuus ja selkeys sai 3,3 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista yksi vastasi olevansa ”täysin samaa mieltä” väittämän kanssa ja yksi vastasi ”en osaa sanoa/neutraali”. Vastaajista kuusi vastasi väittämään ”osittain samaa mieltä”. Keskiarvoksi väittäjä sai 4,0 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista neljä vastasi väittämään ”en osaa sanoa/neutraali”, yksi vastaajista oli täysin samaa mieltä ja loput seitsemän olivat osittain samaa mieltä. Väittämän keskiarvoksi tuli 3,8 asteikolla 1-5.



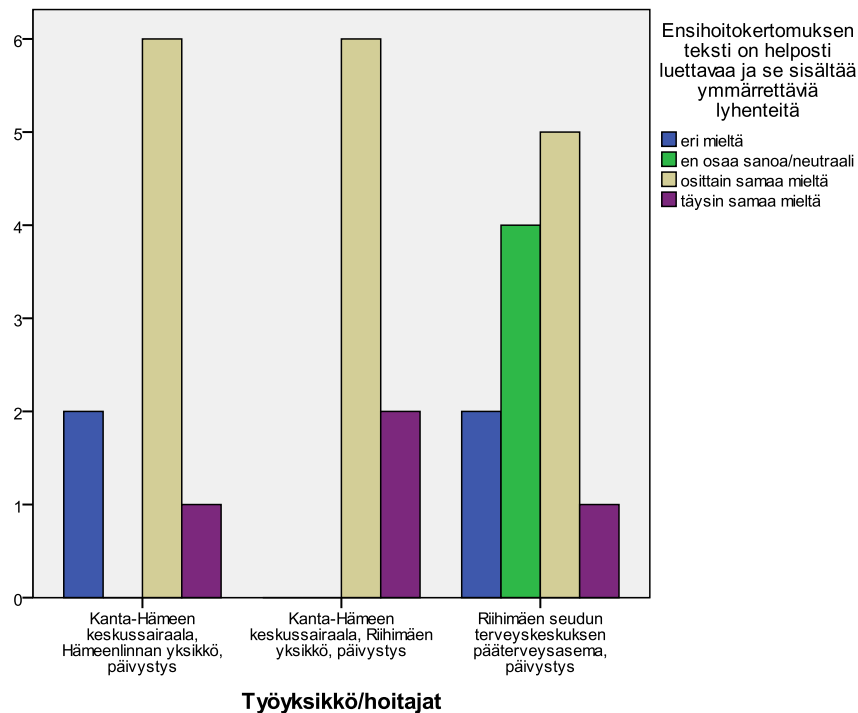
KUVA 1 Ensihoitokertomuksen loogisuus ja selkeys

Ensihoitokertomuksen teksti on helposti luettavaa ja se sisältää ymmärrettäviä lyhenteitä

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista yksi oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä, kaksi hoitajaa oli vastannut olevansa ”eri mieltä” ja loput kuusi olivat väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi vastaukselle tuli 3,7 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista kaksi oli vastannut väittämään ”täysin samaa mieltä”. Loput kuusi olivat väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi väittämälle tuli 4,3 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista kaksi vastasi väittämään ”eri mieltä”, neljä hoitajista vastasi ”en osaa sanoa/ neutraali” ja loput viisi vastaajaa olivat väitteen kanssa osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,4 asteikolla 1-5.



KUVA 2 Ensihoitokertomuksen luettavuus ja ymmärrettävyys

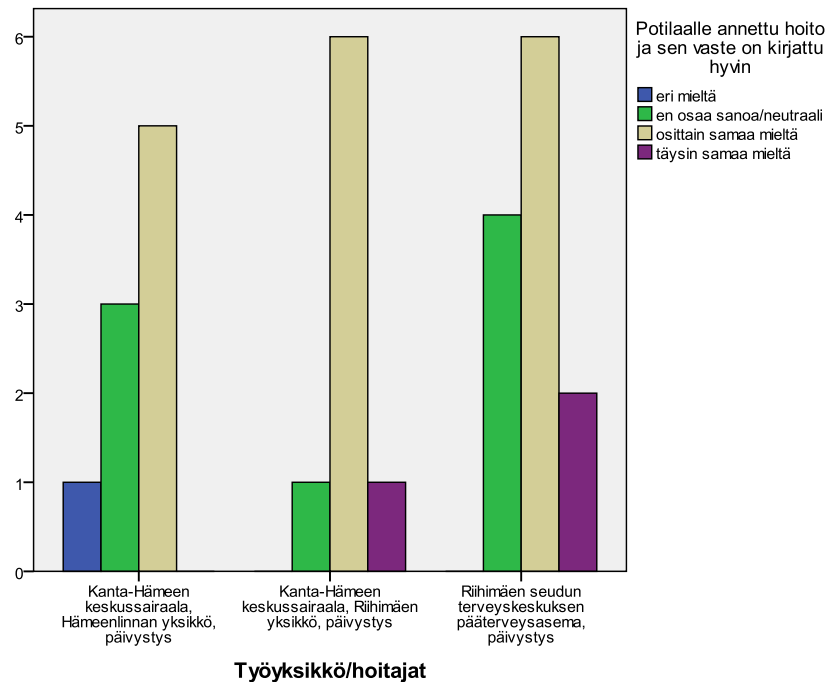
Potilaalle annettu hoito ja sen vaste on kirjattu hyvin

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista yksi oli väitteen kanssa eri mieltä, kolme vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali” ja loput viisi vastasi olevansa ”osittain samaa mieltä” väitteestä. Keskiarvoksi väittämälle tuli 3,4 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista yksi vastasi väittämään ”en osaa sanoa/neutraali”, yksi hoitaja oli ”täysin samaa mieltä”

tä” ja loput kuusi olivat väitteen kanssa osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 4,0 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista neljä vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”, kaksi oli väitteen kanssa samaa mieltä ja loput kuusi vastasivat väitteeseen ”osittain samaa mieltä”. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,8 asteikolla 1-5.



KUVA 3 Hoidon ja sen vasteen kirjaus

”Käsialassa parantamisen varaa”

”hoito hyvin kirjattu, vasteesta voisi joskus olla paremmin...”

”asiat kirjattu huolellisesti silloin kun kys. hoitoalan koul. omaava henk.”

”Hoito kirjataan hyvin, vaste kerrotaan yleensä suusanallisesti jos se on matkalla havaittavissa”

”Riippuu parista!”

”Dokumentointi osittain hyvää – riippuu siitä, ketä on töissä! Jos on ”reippaat” sairaankuljettajat, on tehty tarpeelliset hoitotoimenpiteet ja kirjattu ne hyvin. KAIKKI EI VIITSI POTILAITA HOITAA, Anteeksi vain”

”Potilaat ajoittain huonosti hoidettu: esim. hetkuva nilkka -> ei lastaa, tippaa, kipulääkitty huonosti. Ja aina samat henkilöt jättää hoitamatta ja kirjaavat huonosti. Ja osa sitten hoitaa hyvin ja kirjattu hyvin.”

”Hoitohenkilökunnan välillä on kovasti eroja. Jos hoitoa on annettu, se on yleensä kirjattu kohtuullisen hyvin.”

7.1.2 Suullinen raportointi ja potilaan luovutus

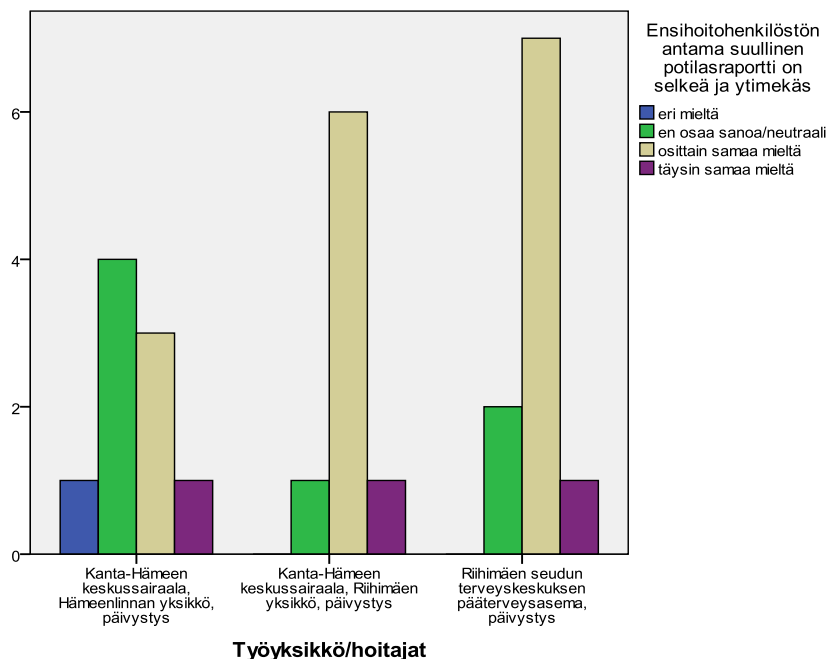
Kyselylomakkeen toisena aihealueena oli suullinen raportointi ja potilaan luovutus. Tulokset on kuvattu erikseen jokaisen väittämän alle pylväsdiagrammeilla (kuvat 4-6). Kokonaiskeskiarvoksi hoitajat arvioivat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalvelun suullisen raportoinnin tasolle 3,8 asteikolla 1-5. Erityisesti kiitosta sai jokaiselta sidosryhmäorganisaatiolta ensihoitohenkilöstön antama apu potilaan luovutuksen yhteydessä, keskiarvolla 4,2 asteikolla 1-5.

Ensihoitohenkilöstön antama suullinen potilasraportti on selkeä ja ytimekäs

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista yksi vastasi väitteeseen ”täysin eri mieltä”. Neljä hoitajista vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Yksi hoitaja oli täysin samaa mieltä väitteestä ja loput neljä hoitajaa olivat ”osittain samaa mieltä” väitteestä. Keskiarvoksi tuli 3,4 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista yksi vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”, ja yksi oli väitteestä täysin samaa mieltä. Loput kuusi hoitajaa olivat väitteestä osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 4,0 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista kaksi vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Yksi hoitaja oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä ja loput seitsemän vastasivat olevansa osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Kaksi hoitajaa jätti vastaamatta väitteeseen. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,9 asteikolla 1-5.



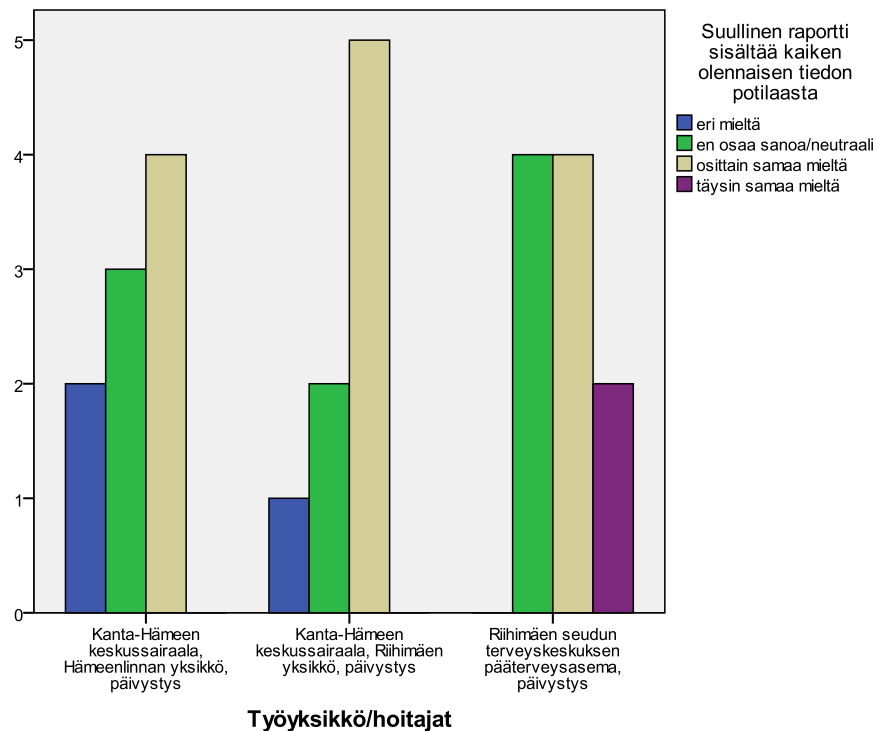
KUVA 4 Raportoinnin selkeys ja ytimekkyys

Suullinen potilasraportti sisältää kaiken olennaisen tiedon potilaasta

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista kaksi vastasi väitteeseen ”eri mieltä”. Kolme hoitajaa vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali” ja loput neljä hoitajaa olivat osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 3,2 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista yksi oli eri mieltä väitteestä. Kaksi hoitajaa vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali” Loput viisi hoitajaa olivat väitteestä osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,5 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista neljä oli väitteestä osittain samaa mieltä tai heidän kantansa oli neutraali. Kaksi hoitajista oli täysin samaa mieltä väitteestä ja loput neljä olivat osittain samaa mieltä väitteestä. Kaksi hoitajaa jätti vastaamatta väitteeseen. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,8.



KUVA 5 Raportoinnin kattavuus

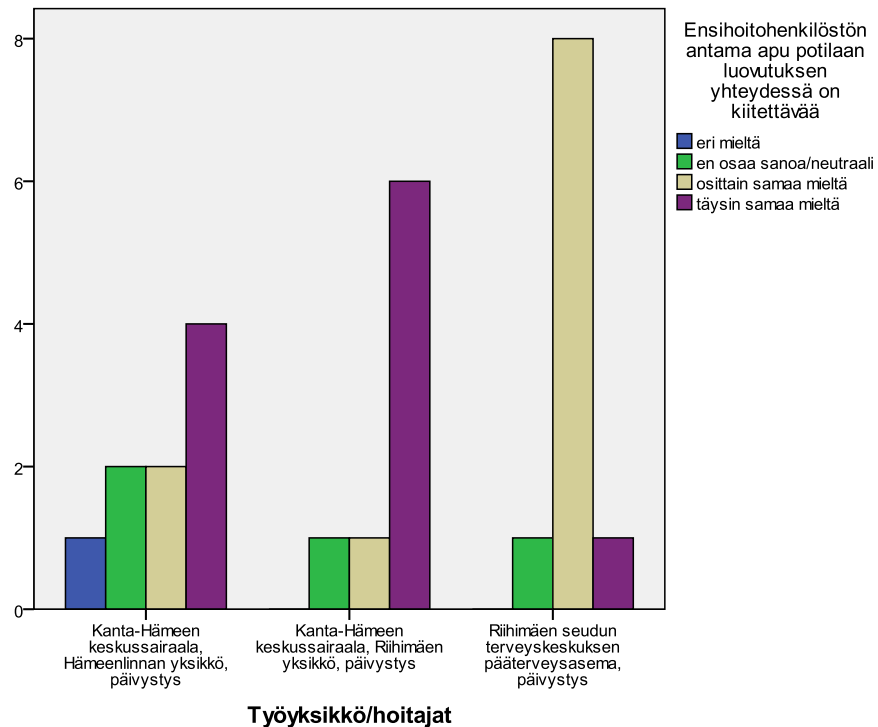
Ensihoitohenkilöstön antama apu potilaan luovutuksen yhteydessä on kiitettävää

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista yksi oli väitteestä eri mieltä, kaksi hoitajaa vastasi ”en osaa sanoa/neutraali”. Kaksi hoitajaa vastasi olevansa osittain samaa mieltä väitteestä ja loput neljä olivat täysin samaa mieltä väitteestä. Keskiarvoksi tuli 4,0 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista yksi vastasi ”en osaa sanoa/neutraali”, yksi oli väitteestä osittain samaa mieltä ja loput

kuusi olivat täysin samaa mieltä väitteestä. Keskiarvoksi väitteelle tuli 4,6 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista yksi oli vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”, yksi vastasi olevansa täysin samaa mieltä väitteestä ja loput kahdeksan vastasi olevansa ”osittain samaa mieltä” väitteestä. Kaksi hoitajaa ei vastannut väitteeseen. Keskiarvoksi tuli 4,0 asteikolla 1-5.



KUVA 6 Yhteistyö luovutuksen yhteydessä

”Raportti yleensä hyvää”

”ISO KIITOS SIITÄ!!!!” (viitaten väitteeseen ensihoitohenkilöstön antama apu potilaan luovutuksen jälkeen on kiitettävää)

7.1.3 Ennakoilmoitus

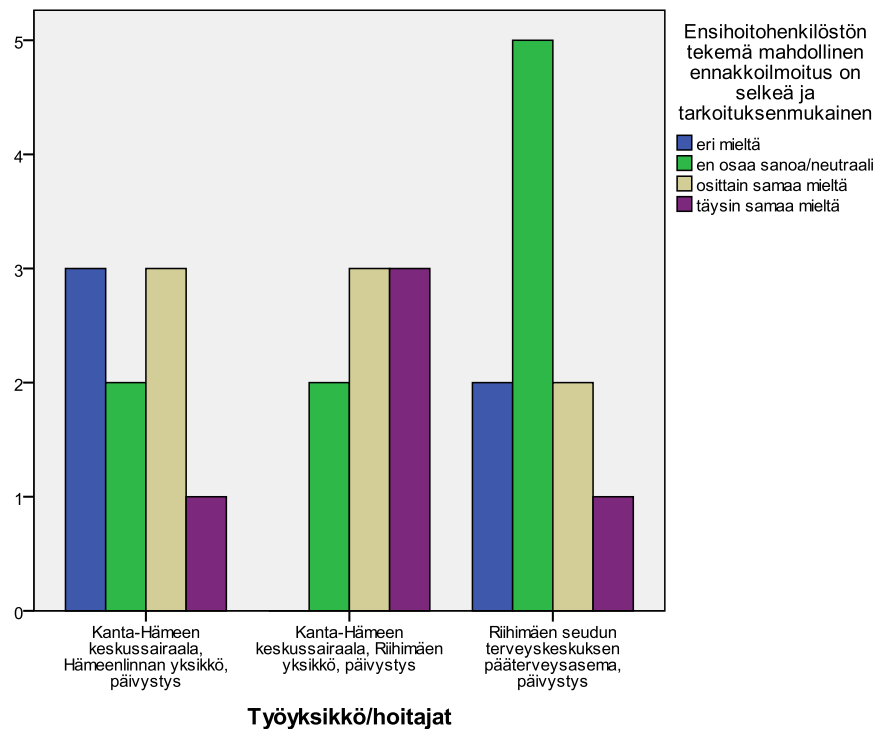
Ensihoitohenkilöstön tekemä mahdollinen ennakoilmoitus on selkeä ja tarkoituksenmukainen

Ennakoilmoitus arvioitiin sidosryhmäorganisaatioiden hoitajien kesken tasolle 3,5 asteikolla 1-5. Hoitajien vastauksista on tehty pylväsdiagrammi havainnollistamaan vastausten keskiarvoa (kuva 7).

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista kolme vastasi väitteeseen ”eri mieltä”. Kaksi hoitajaa vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Yksi hoitaja oli täysin samaa mieltä väitteestä ja loput kolme olivat osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 3,2 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista kaksi vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Kolme oli väitteestä osittain samaa mieltä ja loput kolme olivat täysin samaa mieltä väitteestä. Keskiarvoksi väitteelle tuli 4,2 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista kaksi oli väitteestä eri mieltä, viisi vastasi ”en osaa sanoa/neutraali”. Kaksi hoitajaa oli väitteestä osittain samaa mieltä ja yksi täysin samaa mieltä. Kaksi hoitajaa ei vastannut väitteeseen. Keskiarvoksi tuli 3,2 asteikolla 1-5.



KUVA 7 Ennakoilmoituksen selkeys ja tarkoituksenmukaisuus

”harvoin ennakoilmoituksia”

”Emme saa ennakoilmoituksia ollenkaan tai tosi harvoin!”

”Kun tekevät” (annettu arvosanaksi 4)

”Suhteellisen hyvin tehty minun ollessa töissä”

”RMK tekee vähän ennakoilmoituksia, varsinkin yö aikaan!”

”Ennakoilmoituksia voisi tehdä herkemmin”

”aika harvoin tulee enn. ilmoitus, silloin kun tulee se pääsäänt. selkeä.”

7.1.4 Hoidon jatkuvuus

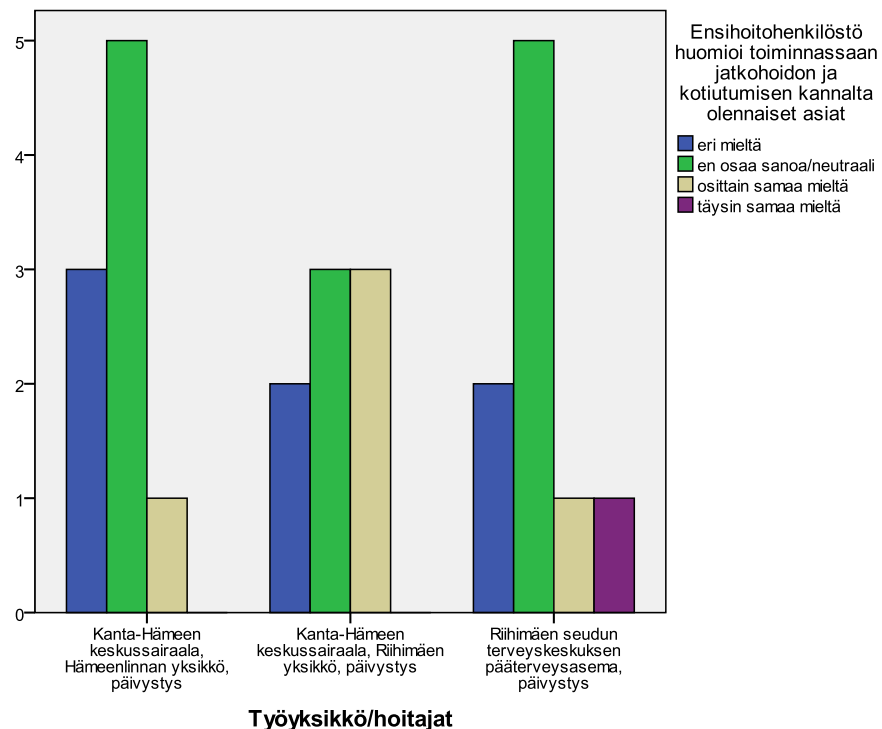
Hoidon jatkuvuus -aihealueella haettiin arviointia siitä, miten ensihoitohenkilöstö huomioi toiminnassaan jatkohoidon ja kotiutumisen kannalta olennaiset asiat, sekä miten omaisten yhteystiedot tai muut oleelliset asiat on ensihoitohenkilöstön toimesta selvitetty. Keskiarvoksi hoidon jatkuvuus teemalle tuli 2,9 asteikolla 1-5. Jokaisen väitteen loppuun on tehty pylväsdiaagrammi hoitajien vastausten keskiarvosta (kuvat 8 ja 9).

Ensihoitohenkilöstö huomioi toiminnassaan jatkohoidon ja kotiutumisen kannalta olennaiset asiat

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista kolme oli väitteestä eri mieltä. Viisi hoitajaa vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali” ja yksi hoitaja oli väitteestä osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi väitteelle tuli 2,8 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista kaksi oli väitteestä eri mieltä, kolme vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Loput kolme hoitajaa vastasi olevansa väitteestä osittain samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 3,2 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista kaksi vastasi väitteeseen ”eri mieltä” ja viisi vastasi ”en osaa sanoa/neutraali”. Yksi hoitajista oli osittain samaa mieltä väitteestä ja yksi täysin samaa mieltä. Kaksi hoitajaa ei vastannut väitteeseen. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,1 asteikolla 1-5.



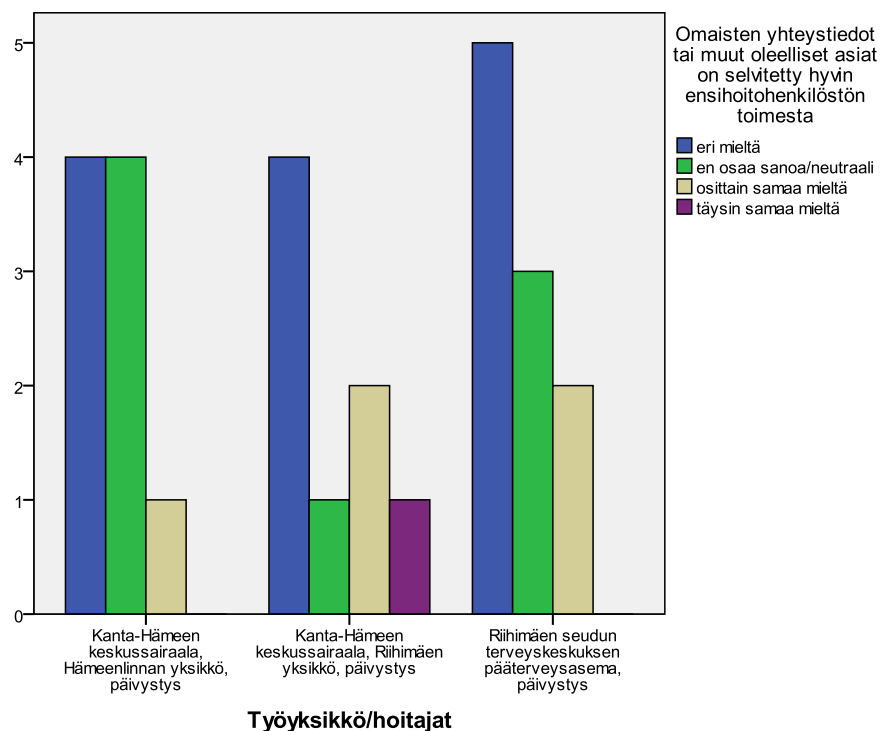
KUVA 8 Jatkohoidon ja kotiutumisen huomiointi

Omaisten yhteystiedot tai muut oleelliset asiat on selvitetty hyvin ensihoitohenkilöstön toimesta

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajista neljä oli väitteestä eri mieltä. Neljä hoitajaa vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali” ja yksi oli osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Keskiarvoksi väitteelle tuli 2,7 asteikolla 1-5.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista neljä oli väitteestä eri mieltä, yksi vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Osittain samaa mieltä väitteestä hoitajista oli kaksi ja yksi hoitaja oli täysin samaa mieltä väitteestä. Keskiarvoksi väitteelle tuli 3,0 asteikolla 1-5.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman hoitajista viisi oli väitteestä eri mieltä, kolme vastasi väitteeseen ”en osaa sanoa/neutraali”. Osittain samaa mieltä väitteestä oli kaksi hoitajaa. Keskiarvoksi väitteelle tuli 2,7 asteikolla 1-5.



KUVA 9 Omaisten yhteystiedot ja muut olennaiset asiat

”Dosetti mukaan! Vaatteet kotiutumista varten.”

”kyllä raportista yleensä käy ilmi kuka tietää ja puh. nro! Mutta se dosetti olisi aina hyvä olla mukana!!!!”

”enemmän tietoa omaisista”

”pot. lääkkeet mukaan tai dosetti”

7.2 Hätäkeskuspäivystäjien vastaukset

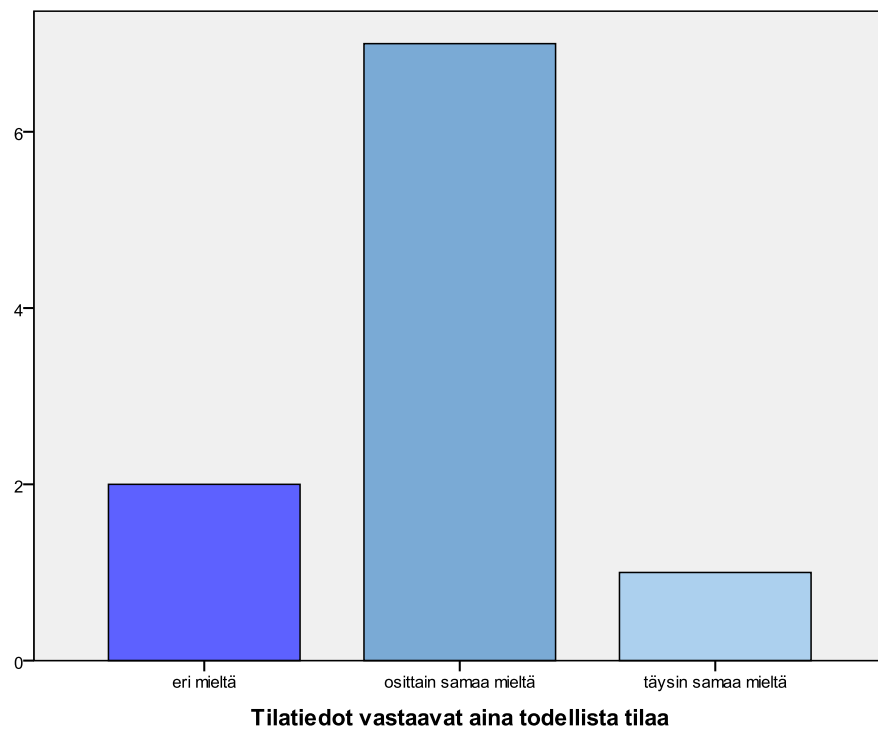
Hämeen hätäkeskuksen päivystäjille jaettiin omanlaisensa kyselylomakkeet, joihin heidän oli myös tarkoitus vastata aiemman kokemuksen pohjalta. Kyselylomakkeita oli jaossa 38 kappaletta, josta palautui 10. Vastausprosentiksi muodostui 26 prosenttia.

7.2.1 Tilatietojen käyttäminen

Ensimmäisenä teemana oli tilatietojen käyttäminen. Teemaan oli sisällytetty kaksi aihealuetta. Aihealueiden keskiarvosta on tehty pylväsdiaagrammi havainnollistamaan vastauksia (kuvat 10 ja 11). Kaikkien vastaajien kesken teema sai keskiarvoksi 4,0 asteikolla 1-5.

Tilatiedot vastaavat aina todellista tilaa

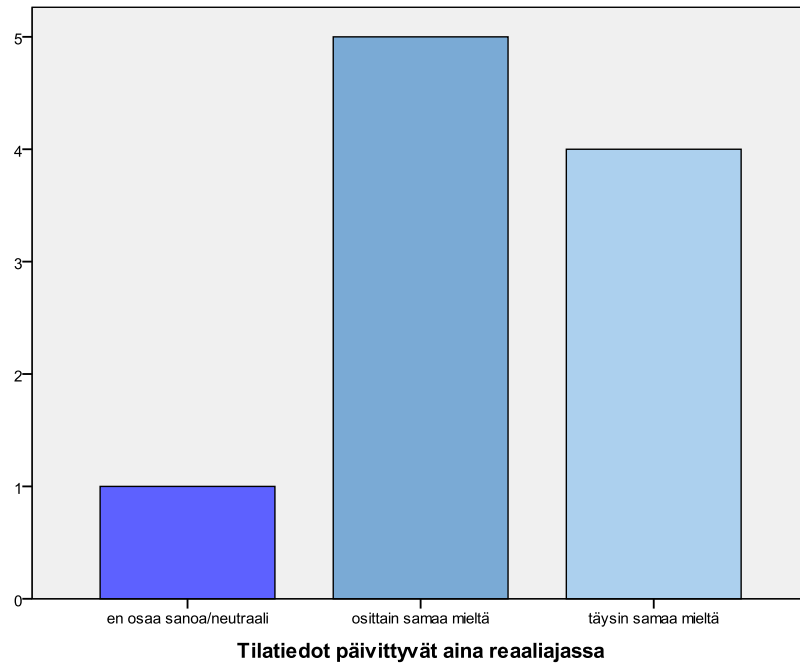
Hätäkeskuspäivystäjistä kaksi oli väitteestä eri mieltä, yksi vastasi olevansa täysin samaa mieltä ja loput seitsemän olivat osittain samaa mieltä väitteestä. Keskiarvoksi tuli 3,7 asteikolla 1-5.



KUVA 10 Tilatietojen oikeellisuus

Tilätiedot päivittyvät aina reaaliajassa

Hätäkeskuspäivystäjistä yksi ei osannut sanoa tai hänen kantansa asiaan oli neutraali. Neljä vastasi olevansa täysin samaa mieltä väitteestä ja loput viisi vastasi olevansa osittain samaa mieltä väitteestä. Väite sai keskiarvon 4,3 asteikolla 1-5.



KUVA 11 Tilatietojen reaaliaikaisuus

”Jos koneet toimii, niin aika hyvin”

”98 prosenttisesti tyylikästä toimintaa. Silloin tällöin esim. vastaanotettu, statusta joutuu odottamaan!”

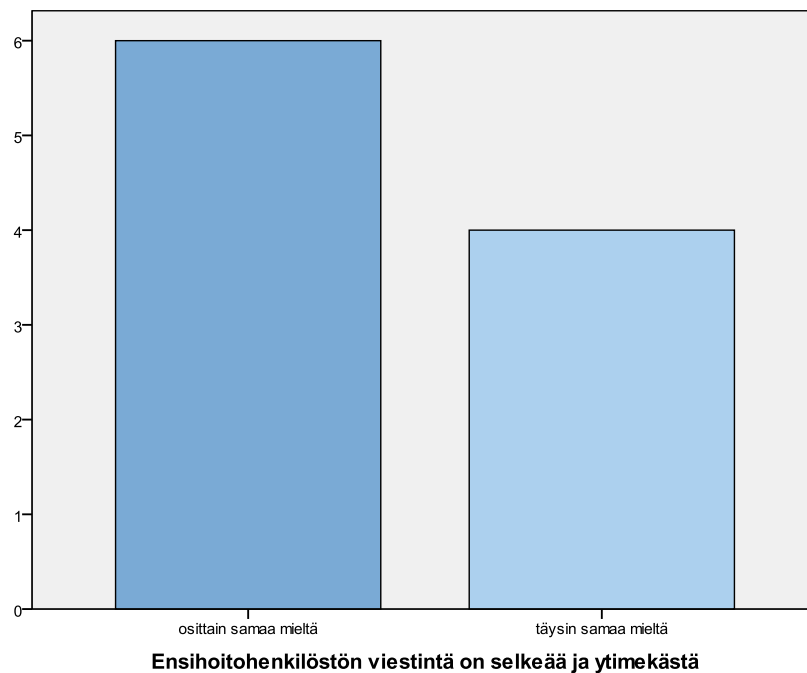
”Statuksen painallus välillä tuppaa unohtumaan”

7.2.2 Radioliikenne

Toisena aihealueena oli radioliikenne. Teemasta oli neljä eri väittämää, joista jokaisesta on tehty pylväsdiagrammi kuvaamaan vastauksia (kuvat 12-15). Hätäkeskuspäivystäjät arvioivat radioliikenteen keskiarvoksi 4,3 asteikolla 1-5.

Ensihoitohenkilöstön viestintä on selkeää ja ytimekästä

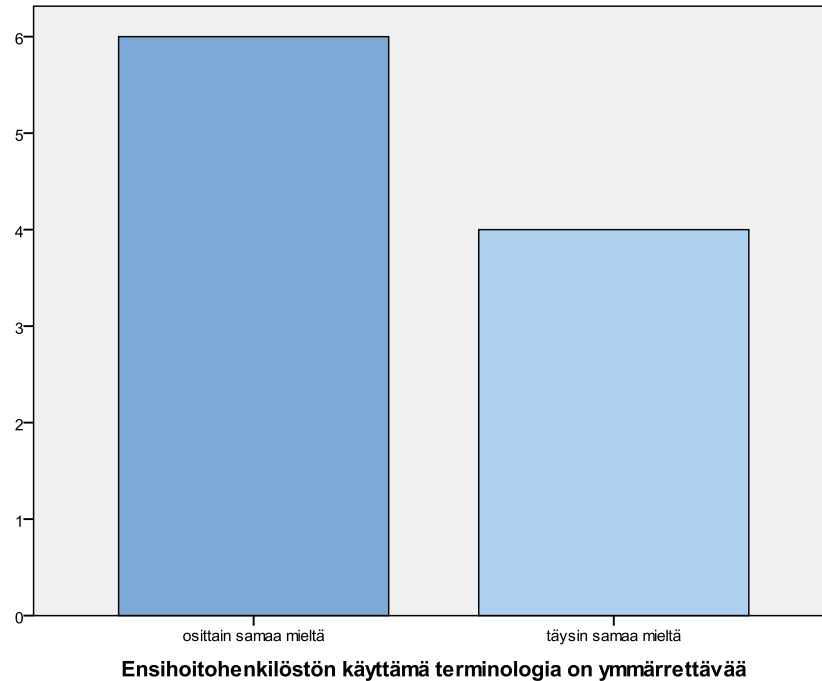
Hätäkeskuspäivystäjät vastasivat lähes yksimielisesti väitteeseen ”olen osittain samaa mieltä”. Neljä vastaajista oli väitteestä täysin samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 4,4 asteikolla 1-5.



KUVA 12 Radioliikenteen selkeys ja ytimekkyys

Ensihoitohenkilöstön käyttämä terminologia on ymmärrettävää

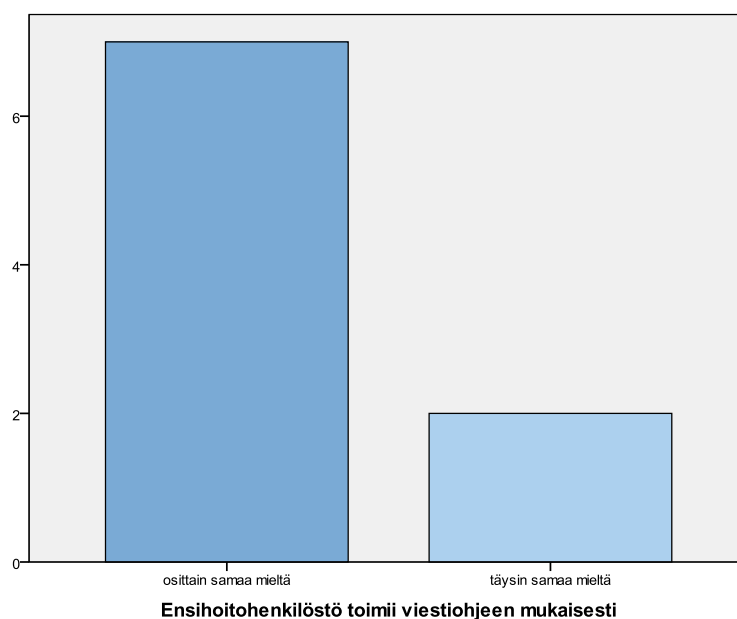
Hätäkeskuspäivystäjistä kuusi vastasi väitteeseen ”osittain samaa mieltä”. Loput neljä oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 4,4 asteikolla 1-5.



KUVA 13 Radioliikenteen ymmärrettävyys

Ensihoitohenkilöstö toimii viestiohjeen mukaisesti

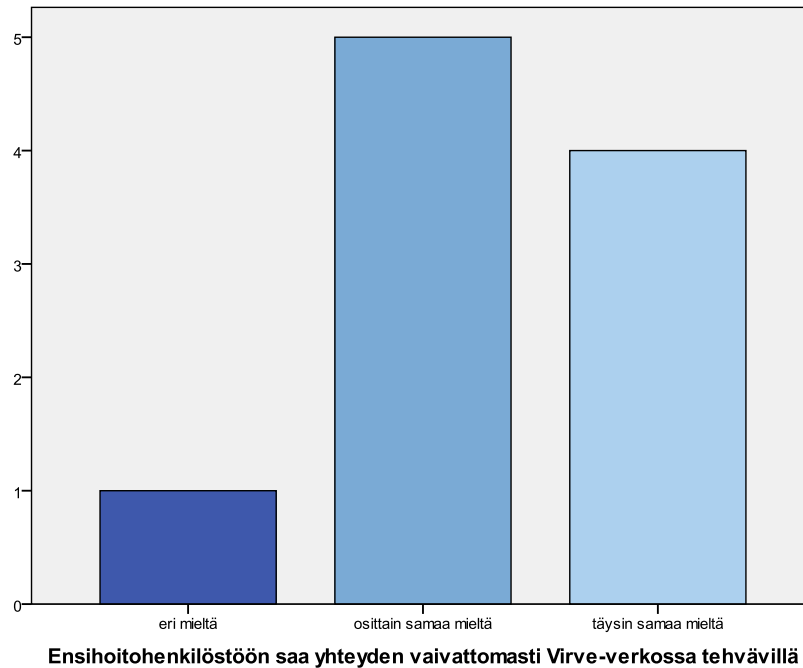
Hätäkeskuspäivystäjistä kaksi vastasi väitteeseen ”täysin samaa mieltä” ja loput seitsemän olivat osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Yksi jätti vastaamatta väitteeseen. Keskiarvoksi väitteelle tuli 4,3 asteikolla 1-5.



KUVA 14 Toiminta viestiohjeen mukaisesti

Ensihoitohenkilöstöön saa yhteyden vaivattomasti Virve-verkossa tehtävillä

Hätäkeskuspäivystäjistä yksi vastasi väitteeseen ”eri mieltä”. Viisi oli väitteestä osittain samaa mieltä ja loput neljä olivat väitteestä täysin samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 4,2 asteikolla 1-5.



KUVA 15 Yhteyden saaminen

”Pääosin toiminta mallikasta ja ohjeiden mukaista. Ei suuria korjaustoimenpiteitä vaativaa! Hienosäätöä!”

”Ymmärrettävästi ei aina saa kiinni kesken tehtävänsä”

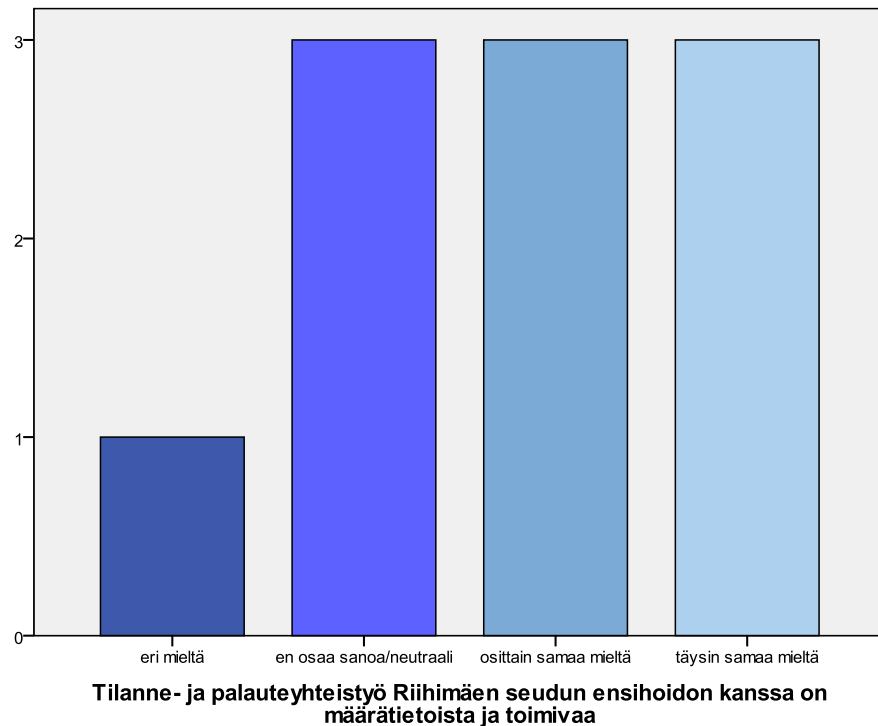
”Toisinaan yksittäinen sair.kuljettaja ei muista kutsua hätäkeskusta ensin vaan laukoo juttunsa saman tien eetteriin.”

7.2.3 Muu yhteistyö ja tilannejoustavuus

Viimeisenä aihealueena oli muu yhteistyö ja tilannejoustavuus, joka sai hätäkeskuspäivystäjien keskuudessa kokonaiskeskiarvon 4,0 asteikolla 1-5. Teema sisälsi kaksi väittämää. Väittämien keskiarvoista on tehty pylväsdiagrammi havainnollistamana vastausten keskiarvoja (kuvat 16 ja 17).

Tilanne- ja palauteyhteistyö Riihimäen seudun ensihoidon kanssa on määrätietoista ja toimivaa

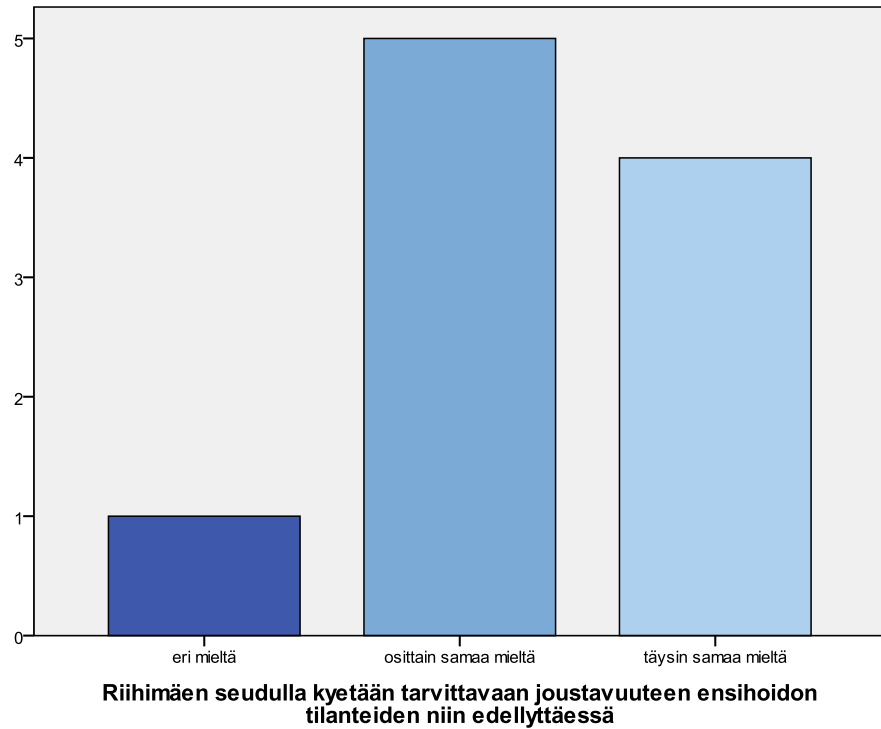
Hätäkeskuspäivystäjistä yksi vastasi väitteeseen ”eri mieltä”. Kolme vastaajista ei osannut sanoa tai heidän kantansa oli neutraali. Kolme oli väitteestä osittain samaa mieltä ja loput kolme olivat täysin samaa mieltä. Keskiarvoksi tuli 3,8 asteikolla 1-5.



KUVA 16 Yhteistyön määrätietoisuus ja toimivuus

Riihimäen seudulla kyetään tarvittavaan joustavuuteen ensihoidon tilanteiden niin vaatiessa

Hätäkeskuspäivystäjistä yksi vastasi olevansa eri mieltä väitteen kanssa. Viisi vastasi olevansa osittain samaa mieltä ja loput neljä olivat täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Keskiarvoksi väitteelle tuli 4,2 asteikolla 1-5.



KUVA 17 Tilanne joustavuus

”Yhteistyössä ei ole ilmennyt ongelmia”

”Riksun ongelma on virka-ajan ulkopuoli. Yhdellä sakulla usein siirtoja alueensa ulkopuolelle. Hyvin usein HML:aan.”

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä sidosryhmäytyvyysmittari Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluihin. Tässä opinnäytetyössä mittaria testattiin Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa, mutta jatkossa mittaria käytetään mahdollisesti koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueen ensihoitopalveluissa, siis myös Hämeenlinnan ja Forssan seutukunnissa. Mittarin ollessa käytössä koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella tutkimustuloksia voidaan vertailla keskenään.

Kanta-Hämeen keskussairaalan ensiavusta kyselylomakkeen palautti yhdeksän hoitajaa, jolloin vastausprosentiksi muodostui 12%. Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajista kahdeksan palautti kyselylomakkeen ja vastausprosentiksi tuli 32%. Riihimäen seudun pääterveysaseman hoitajista kyselylomakkeen palautti 12 hoitajaa ja vastausprosentiksi tuli 60%.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköistä palautui kummastakin yksi lääkäreiden vastaus. Vastausprosentiksi jäi 3%. Riihimäen seudun terveystieteiden keskukselta ei palautunut yhtään lääkäreiden vastauksia.

Hämeen hätäkeskuksesta palautui päivystäjiltä kymmenen vastausta, jolloin vastausprosentiksi tuli 26%.

Suuri osa kyselylomakkeista ei tavoittanut vastaajia. Hoitajien osalta syitä tähän voi olla, että heitä ei mahdollisesti kiinnostanut vastata kyselyyn tai etteivät he kiireen vuoksi ehtineet vastata. Lisäksi vastausaikana oli H1N1-virus epidemia Suomessa, mikä luonnollisesti aiheutti ylimääräistä työtä ja kiirettä ensiavussa. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan päivystyksen ensiavussa vastaamattomuutta saattoi myös aiheuttaa se, että he eivät tiedä ketkä työskentelevät Riihimäen seutukunnassa ja ketkä muualla Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen alueella. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen työntekijöillä on kaikilla yhtenäinen työasu, joka osaltaan vaikeuttaa tunnistusta. Tämä ei kuitenkaan yksinään selitä pientä vastausprosenttia, koska ainakin pidempään töissä olleet tietävät kuka työskentelee missäkin yksikössä. Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikössä tämä ei selitä vastaamattomuutta, koska ensihoitohenkilöstö tekee tiivistä yhteistyötä päivystyksen kanssa ja näin ollen ovat tuttuja hoitajien keskuudessa. Tämän kyselyn kanssa oli samanaikaisesti meneillään muitakin kyselyjä. Se saattoi osaltaan vähentää kiinnostusta vastailla kyselylomakkeisiin.

Lääkäreiden osalta vastaamattomuus on valitettava asia, koska lääkäreiden mielipiteellä on tärkeä merkitys ensihoitopalveluiden kehittämisessä. He arvioivat potilaalle annettua hoitoa ja dokumentointia eri tavalla kuin hoitohenkilökunta. Yhtenä syynä huonoon vastausprosenttiin voi olla se, että kyselylomake ei tavoittanut lääkäreitä. Yhteishenkilöt ohjeistettiin jaka-

maan kyselykaavakkeet henkilökohtaisesti sekä lääkäreille että hoitajille. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköissä käytännöllisistä syistä. Lääkäreiden suuri vaihtuvuus on yksi osatekijä vastaamattomuuteen. Heidän voi olla vaikea arvioida ainoastaan Riihimäen seutukunnan ensihoitohenkilöstön toimintaa, varsinkin jos he tekevät vain vuoron silloin tällöin kyseessä olevissa yksiköissä. Myös lääkäreiden osalta kiire vaikuttaa vastaamattomuuteen.

Hätäkeskuksesta vastausprosentiksi muodostui 26% prosenttia. Hätäkeskuksessa informaatio tavoitti todennäköisesti suuren osan päivystäjistä. Arviointia helpotti varmasti tiiviisti tehtävä yhteistyö päivittäin. Hätäkeskuksessa myös pelkästään Riihimäen seutukunnan arviointi on helpompaa, koska yksiköt on jaoteltu seutukunnittain. Lisäksi mahdollisuus vaikuttaa huonosti toimiviin seikkoihin lisää kiinnostusta vastata. Useinkaan suoran palautteen antaminen ei ole mahdollista, koska henkilöitä ei nähdä kasvo-
tusten.

Jatkossa kyselyn tulisi olla paremmin esillä sekä lääkäreille että hoitajille, jotta vastausprosenttia voidaan parantaa. Lääkäreille ja hoitajille jako henkilökohtaisesti on toki työläs, mutta kyselylomakkeita voisi sijoittaa esimerkiksi heidän päivystyshuoneisiinsa. Näin kysely tavoittaisi ainakin lääkärikunnan paremmin. Pelkästään taukokuoneesta ei monikaan kyselylomaketta huomaa. Hoitohenkilökunnalle parempi informointi, esimerkiksi sähköpostin välityksellä, voisi tiedottaa paremmin meneillään olevasta kyselytutkimuksesta. Myös kyselylomakkeen tekijä voisi käydä esittäytymässä ja kertomassa kyselylomakkeesta. Tämä voisi luoda vastaajille paremman kuvan kyselystä ja sen tarkoituksista ja tavoitteista. Tutkijalle tämä on kuitenkin huomattavasti työläämpi tapa, koska hänen tulisi käydä useassa paikassa ja mahdollisesti vielä useampaan kertaan.

Mielestäni onnistuin saamaan vastauksen tutkimuskysymykseeni siitä millaiseksi sidosryhmät kokevat ensihoitopalvelun Riihimäen seutukunnassa. Sain selville, mitkä asiat aiheuttivat tyytymättömyyttä sidosryhmissä ja mihin asioihin sidosryhmät ovat tyytyväisiä. Toisaalta lääkäreiden osalta tutkimus ei onnistunut. Lääkäreiden mielipiteellä on tärkeä merkitys, joten jatkossa tulee kiinnittää enemmän huomiota siihen, että kyselytutkimus tavoittaa myös lääkäri kunnan. Tuloksista voidaan todeta, että parannettavaa löytyy jokaisesta aihealueesta, mutta silti yleisesti voidaan todeta, että sidosryhmät ovat enemmän tyytyväisiä kuin tyytymättömiä ensihoitopalvelun laatuun.

8.1 Yhteenveto hoitajien vastauksista

Dokumentointi

Teema koostuu kolmesta eri väittämästä, jotka koskevat ensihoitokertomusta ja potilaan hoidon ja sen vasteen kirjaamista. Ensihoitokertomuksen osalta on keskitytty sen loogisuuteen ja selkeyteen sekä tekstin luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen. Vastaukset jakautuivat pääosin positiivisen pa-

lautteen puolelle. Suurin osa hoitajista oli väitteestä ”osittain samaa mieltä”. Tutkimuksen tulokset -osiosta voidaan nähdä, että tyytyväisempiä ensihoitohenkilöstön dokumentointiin olivat Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajat teeman keskiarvolla 4,1 ja tyytymättömämpiä olivat Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajat teeman keskiarvolla 3,4. Kokonaiskeskiarvoksi teemalle tuli 3,7 asteikolla 1-5.

Kenealy-Wirran & Pesosen (2002) tekemästä opinnäytetyöstä käy ilmi, että ensihoitohenkilöstön tulisi kiinnittää huomiota erityisesti hoidon ja sen vasteen kirjaamiseen ja raportointiin. Samankaltainen tulos oli myös Hirsikankaan & Lepänhaaran (2000) opinnäytetyössä. Omassa opinnäytetyössäni kyseinen väite sai keskiarvon 3,7 asteikolla 1-5. Vapaan sanan osiossa käy ilmi, että mikäli hoitoa on potilaalle annettu, se on pääsääntöisesti kirjattu hyvin. Toisessa kommentissa sanotaan, että hoito on kirjattu hyvin ja vasteesta kerrotaan suusanallisesti, mikäli se on matkalla havaittavissa. Yksi hoitajista oli kirjoittanut, että hoito on kirjattu hyvin, mutta vasteesta voisi olla paremmin. Tulos on siis samansuuntainen kuin mainituissa opinnäytetöissä.

Yleisesti ottaen dokumentointi-teeman vapaan sanan osioon oli kirjoitettu paljon kommentteja. Useimmat kommentit koskivat potilaan hoitoa ja sen kirjaamista. Kommenteista kävi ilmi, että dokumentoinnin ja hoidon taso riippuu siitä, kuka milloinkin on töissä. Samankaltaisen tuloksen oli saanut myös Mensala (2007) omasta opinnäytetyöstään tutkiessaan Keski-Suomen pelastuslaitoksen, Jyväskylän paloaseman sidosryhmätyytyväisyyttä.

Yhdessä kommentissa oli mainittu, että asiat on kirjattu huolellisesti silloin, kun kyseessä on hoitoalan koulutuksen omaava henkilö. Tästä ei voi kuitenkaan tehdä mitään johtopäätöksiä, koska kyseessä on yksittäinen kommentti. Toisaalta taas Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa on tehty muutoksia yksiköiden tasoissa vuoden 2010 alusta lähtien. Nykyisin molemmat yksiköt toimivat jatkuvasti hoitotasolla.

Suullinen raportointi ja potilaan luovutus

Suullisen raportoinnin ja potilaan luovutuksen teemalla haettiin vastauksia siihen, millaiseksi sairaaloiden ja terveyskeskuksen päivystyksen hoitajat kokevat raportoinnin ensihoitopalvelussa Riihimäellä. Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajat olivat teemaan tyytyväisempiä, kun taas Hämeenlinnan yksikön hoitajat hieman tyytymättömämpiä. Tästä ei voi kuitenkaan tehdä mitään pidemmälle vietyjä johtopäätöksiä, koska vastausprosentti Hämeenlinnan yksikön osalta jäi niin pieneksi ja vastaukset ovat enintään suuntaa antavia. Kokonaiskeskiarvoksi teemalle tuli 3,8 asteikolla 1-5.

Teemaan liitettiin myös väite ensihoitohenkilöstön antamasta avusta potilaan luovutuksen jälkeen. Tällä haluttiin hoitajien arvio siitä, miten avuli-

aasti ensihoitohenkilöstö toimii potilaan luovutuksen yhteydessä. Väite sai sidosryhmiltä yleisesti kiitosta ja kaikkien hoitajien kesken väite sai keskiarvoksi 4,2 asteikolla 1-5. Yksi hoitajista kirjoitti vapaan sanan osioon ison kiitoksen ensihoitohenkilöstölle koskien kyseistä väitettä. Tämä viestittää siitä, että hoitajat arvostavat ensihoitohenkilöstön tapaa jäädä auttamaan potilaan luovutuksen yhteydessä.

Pelkästä suullisesta raportoinnista ensihoidossa on tehty opinnäytetyö Joulun, Kaislarannan & Mattilan (2005) toimesta. Tutkimuksessa hoitohenkilöstö toivoi raportin olevan lyhyt ja ytimekäs ja vain olennaiset asiat esiin tuova. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat toivovat suullisen raportin olevan selkeä, priorisoitu, potilaan omat tuntemukset esiin tuova ja selkeä-äänien.

Omassa opinnäytetyössäni väite suullisen raportin selkeydestä ja ytimekyydestä sai arvosanan 3,7 asteikolla 1-5. Yksi kyselyyn vastanneista hoitajista oli vastannut vapaan sanan osioon raportin olevan yleensä hyvää. Hoitajat eivät olleet kommentoineet suulliseen raporttiin mitään edellä mainituista seikoista. Keskiarvosta voi kuitenkin päätellä, että suullisesta raportista löytyy parannettavaa.

Ennakoilmoitus

Ennakoilmoitus -teemalla haluttiin selvittää ennakoilmoituksen tarkoituksenmukaisuutta ja selkeyttä. Useimmista kommentteista kävi ilmi, että yksikköön ei tehdä ennakoilmoitusta tai se tehdään harvoin. Teema sai kokonaiskeskiarvoksi 3,5 asteikolla 1-5. Yksi hoitajista oli vastannut vapaan sanan osioon, että heille tehdään harvoin ennakoilmoituksia, mutta silloin, kun tehdään, se on pääsääntöisesti selkeä. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön hoitajien kirjoituksista vapaan sanan osioon kävi ilmi, että he toivoisivat ennakoilmoituksia tehtävän enemmän ja herkemmin. Pääsääntöisesti hoitajat vastasivat väitteeseen ”en osaa sanoa/neutrali”. Ennakoilmoituksen kohdalla se saattaa useissa vastauksissa tarkoittaa, etteivät hoitajat osaa sanoa, eikä niinkään sitä, että heidän kantansa asiaan olisi neutrali.

Mensala (2007) oli saanut opinnäytetyössään samankaltaisen tuloksen ennakoilmoituksen tasosta. Hän tutki Keski-Suomen pelastuslaitoksen, Jyväskylän paloaseman sidosryhmäytyvyisyyttä ensihoitopalveluun. Tuloksen mukaan ensihoitohenkilöstö tekee ennakoilmoituksia kohtalaisen huonosti. Hoitajat olivat myös kokeneet ennakoilmoituksen tason kohtalaisen heikoksi. Tämä tulos on ristiriitainen oman tulokseni kanssa. Hoitohenkilökunta koki ennakoilmoituksen tason pääsääntöisesti selkeäksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Hoitajista osa toivoi ennakoilmoitusta tehtävän herkemmin, joka taas tukee Mensalan (2007) saamaa tulosta.

Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus teemalla haluttiin saada hoitajien arvio kotiutumisen ja jatkohoidon kannalta olennaisten seikkojen huomioinnista sekä omaisten yhteystietojen tai muiden oleelliset asioiden selvittelystä. Useista vapaan sanan kommentteista kävi ilmi, että ensihoitohenkilöstö voisi ottaa useammin potilaan lääkelistan tai dosentin mukaan hoitolaitokseen. Myös kotiutumisen kannalta oleelliset asiat, kuten avaimet, kengät ja vaatteet tulisi ottaa hoitolaitokseen mukaan. Kritiikkiä tuli myös omaisten yhteystiedoista. Toisaalta yhdessä kommentissa oli mainittu, että yleensä raportissa mainitaan omaisten yhteystiedot ja ketä omainen on tietoinen. Kokonaiskeskiarvoksi tuli 2,9 asteikolla 1-5.

Mensala (2007) oli saanut myös samankaltaisen tuloksen opinnäytetyösään, jossa hoitohenkilökunta oli arvioinut, että potilaan aikaisemmat sairaudet ja nykylläkiritys kirjataan ensihoitohenkilöstön toimesta heikosti.

8.2 Yhteenvedo hätäkeskuspäivystäjien tuloksista

Tilatietojen käyttäminen

Teemalla tilatietojen käyttäminen haettiin niiden todellisuutta ja reaaliaikaisuutta. Tilatietojen pitäminen ja päivittäminen reaaliajassa on tärkeä asia hätäkeskuspäivystäjän kannalta. Statusten ollessa ajan tasalla pystyy hätäkeskuspäivystäjä hälyttämään yksikön tehtävälle sen ollessa vapaana, esimerkiksi heti edellisen tehtävän päätyttyä. Toisaalta, kiireellisemmän tehtävän sattuessa samanaikaisesti pystyy hätäkeskus lähettämään lähimmän yksikön kohteeseen, mikäli statukset vastaavat todellista tilaa. Statusten ollessa ajan tasalla mahdollistaa tämä yksiköiden järkevän ja tarkoituksenmukaisen hälyttämisen. (Mansikka, sähköpostiviesti 18.9.2009.) Statusten ollessa pielessä aiheuttaa se hätäkeskuksessa ylimääräistä työtä ja selvittelyä yksiköiden tilasta. Toisaalta se saattaa haitata lähimmän yksikön hälyttämistä kohteeseen.

Hätäkeskuspäivystäjät arvioivat tilatietojen käyttämisen toimivat suhteellisen hyvin Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa. Suurin osa vastaajista oli ”osittain samaa mieltä” väitteestä tilatietojen todellisuudesta. Tilatietojen reaaliaikaisuudesta vain yksi vastaaja oli vastannut ”en osaa sanoa/neutraali”, muut vastaajat olivat joko osittain samaa mieltä tai samaa mieltä väitteen kanssa. Tästä voi päätellä, että statukset päivittyvät Riihimäen seutukunnan ensihoitopalveluissa pääsääntöisesti hyvin. Vastaajista yksi oli sitä mieltä, että statusten painallus tuppaa välillä unohtumaan. Toinen vastaaja taas kommentoi toiminnan olevan 98 %:sti tyylikästä, ai-noastaan vastaanotettu -statusta joutuu joskus odottamaan. Yksi hätäkeskuspäivystäjä vastasi toiminnan olevan aika hyvää, mikäli koneet toimivat. Kokonaiskeskiarvoksi teemalle tuli 4,0 asteikolla 1-5.

Radioliikenne

Radioliikenne -teeman alle oli sisällytetty neljä väittämää. Näillä teemoilla haettiin vastauksia siihen, miten selkeää ja ytimekästä radioliikenne on, miten ymmärrettävää se on sekä toimiiko ensihoitohenkilöstö viestiohjeen mukaisesti. Myös yhteyden saamiseen vaivattomasti tehtävillä haluttiin hätäkeskuspäivystäjien arvio.

Viestinnän selkeyteen ja ytimekkyyteen hätäkeskuspäivystäjät olivat tyytyväisiä. Kuusi vastaajista oli osittain samaa mieltä väitteen kanssa ja loput neljä täysin samaa mieltä. Tuloksesta voi päätellä, että viestintä sujuu Riihimäen seutukunnan ensihoidossa selkeästi ja ytimekkäästi.

Väitteeseen radioliikenteen ymmärrettävyydestä hätäkeskuspäivystäjien vastaukset jakautuivat samoin kuin edellisessä väitteessä. Tästä voi tehdä päätelmän, että viestintä on ymmärrettävää Riihimäen seutukunnan ensihoidossa.

Viestiohjeen mukaan toimimisesta hätäkeskuspäivystäjien vastaukset jakautuivat niin, että seitsemän vastasi olevansa ”osittain samaa mieltä väitteestä” ja kaksi ”täysin samaa mieltä”. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta väitteeseen. Yksi vastaaja oli kommentoinut vapaan sanan osioon toiminnan olevan mallikasta ja ohjeiden mukaista. Hänen mielestään toiminta ei vaadi suuria korjaustoimenpiteitä, ainoastaan hienosäätöä. Vastauksesta ei kuitenkaan käy ilmi, missä osa-alueissa korjaustoimenpiteitä tarvitaan. Toisaalta tuloksista voidaan ajatella, että jokaisessa osa-alueessa olisi jotakin pientä korjattavaa. Vastaajista yksi oli kommentoinut vapaan sanan osioon, että ”toisinaan yksittäinen sairaankuljettaja ei muista kutsua hätäkeskusta ensin, vaan laukoo juttunsa suoraan eetteriin.” Tästä ei voi kuitenkaan tehdä pidemmälle vietyjä johtopäätöksiä, koska kyseessä on yksittäinen tapaus.

Väitteestä ”ensihoitohenkilöstöön saa yhteyden vaivattomasti Virve -verkossa -tehtävillä” hätäkeskuspäivystäjät olivat suhteellisen samaa mieltä. Yksi vastaajista oli väitteestä eri mieltä, viisi osittain samaa mieltä ja loput neljä täysin samaa mieltä. Väitteestä eri mieltä ollut vastaaja saattoi puuttua sanaan vaivattomasti. Hätäkeskus saa yhteyden ensihoitohenkilöstöön tarvittaessa aina, joko Virve -verkossa tai soittamalla yksikön hoitajalla olevaan puhelimeen. Ensihoitohenkilöstöllä ei aina ole tehtävillä Virvessä kaiutin päällä, koska tällöin ulkopuoliset kuulevat kaikki keskustelut, jotka radiossa kulloinkin käydään. Mikäli yhteyttä yksikköön ei kutsamalla saada, voi hätäkeskuspäivystäjä soittaa yksikön hoitajalla olevaan puhelimeen. Tämä taas vie enemmän aikaa hätäkeskuksen päässä, joten usein päivystäjä antaa asian olla. Yksi vastaajista oli kommentoinut vapaan sanan osioon, että ”ymmärrettävästi ei aina saa kiinni kesken tehtävänsä.” Kokonaiskeskiarvoksi teemalle tuli 4,3 asteikolla 1-5.

Yhteistyö ja tilannejoustavuus

Teemalla yhteistyö ja tilannejoustavuus haettiin hätäkeskuspäivystäjien arviota siitä, miten määrätietoista ja joustavaa on tilanne- ja palauteyhteistyö Riihimäen seudun ensihoidon kanssa. Toisessa väitteessä haettiin arviota siitä, miten hyvin Riihimäen seutukunnalla kyetään joustavuuteen ensihoitotilanteiden niin edellyttäessä.

Väite tilanne- ja palauteyhteistyöstä jakoi hätäkeskuspäivystäjien mielipiteitä moneen suuntaan. Yksi oli väitteestä eri mieltä, kolme vastasi ”en osaa sanoa/neutraali”, kolme oli osittain samaa mieltä ja kolme täysin samaa mieltä. Pääosin palaute oli siis kuitenkin positiivista. Yksi päivystäjä oli vastannut vapaan sanan osioon, ettei yhteistyössä ei ole ilmennyt ongelmia.

Väite joustavuudesta ensihoitotilanteiden niin edellyttäessä sai hätäkeskuspäivystäjiltä myös pääosin positiivista palautetta. Ainoastaan yksi vastaaja oli väitteestä eri mieltä. Hätäkeskuspäivystäjistä yhden vastaajan mielestä Riihimäen seutukunnan ongelmana on virka-ajan ulkopuoli, jossa yhdellä yksiköllä on usein siirtoja alueensa ulkopuolelle. Hyvin usein siirrot kohdistuvat Hämeenlinnaan. Tämä aiheuttaa hätäkeskuksen päässä ymmärrettävästi päänvaivaa ja ylimääräistä työtä, koska heidän täytyy kalastella yksiköitä muilta alueilta. Tilanne ei ole kuitenkaan kiinni Riihimäen seutukunnan ensihoitohenkilöistä, vaan Riihimäen terveyskeskuksen ja Riihimäen kunnan luottamushenkilöistä, jotka määrittelevät yksiköiden tarpeen. Kokonaiskeskiarvoksi teemalle tuli 4,0 asteikolla 1-5.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan perinteisesti tutkimus menetelmää, jolla saadaan haluttu tulos. Validiteettia arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten hyvin tutkimusmenetelmä ja mittari vastaavat halutun ilmiön tutkimista. Mikäli validiteetti puuttuu kokonaan, tekee se tutkimuksesta täysin arvottoman. (Anttila 1996, 402.)

Toinen tutkimuksen luotettavuutta kuvaava seikka on sen reliabiliteetti, joka kuvaa tutkimusmenetelmän kykyä antaa tarkoituksenmukaisia tuloksia. Reliabiliteetilla voidaan kuvata tulosten toistettavuutta. Virheitä mitauksessa voi syntyä, mikäli vastaaja ymmärtää kysymyksen toisin kuin on tarkoitettu, muistaa kysytyn asian väärin tai haastattelija merkitsee vastuksen väärin. Toisaalta tulosten analysointi vaiheessa tutkija saattaa tehdä virheitä kirjatessaan tuloksia tietokoneelle. (Anttila 1996, 405.) Triangulaatiolla voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Mikäli tutkija kykenee osoittamaan, että käyttämällä eri menetelmää päästään samaan tulokseen voidaan tutkimuksen validiutta vahvistaa. (Anttila 1996, 417.)

Kyselylomaketta ei ole aiemmin testattu, joten sen toimivuudesta ei voida olla varmoja. Tämä sinällään heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Myös tulkintavirheet ja väärinymmärrykset ovat mahdollisia. Myöskään sitä,

millaisiin asioihin hoitohenkilökunta, lääkärit ja hätäkeskuspäivystäjät kiinnittävät ensihoitopalvelussa huomiota ei voida olla varmoja.

Kyselyn luotettavuutta heikentää varmasti päivystyspisteissä mahdollisesti oleva kiire, jolloin vastaajilla ei ehkä ole aikaa keskittyä kyselyn vastamiseen. Vaikka kyselylomakkeen mukana toimitettiin saatekirje, kyselyn ohjeistamisesta ei voida olla varmoja. Ohjeistin myös sidosryhmien yhteyshenkilöt jakamaan kyselylomakkeet henkilökohtaisesti jokaiselle. Ainoastaan Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikössä tiedetään varmasti, että kyselylomakkeet olivat nipussa, jokaisen itse otettavilla. Tämä jo sinällään heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska ei ole varmuutta siitä onko joku täyttänyt monta kyselyä. Lisäksi, vaikka yhteyshenkilöt ohjeistettiin jakamaan kyselylomakkeet henkilökohtaisesti jokaiselle, ei ole varmuutta siitä, onko ohjetta noudatettu.

Myös pieni vastausprosentti Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikössä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tuloksia ei voida pitää ehdottomina, mutta suuntaa antavina.

8.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tietosuojaan, eli sen eettisiin kysymyksiin on kiinnitettävä huomiota tutkimusta tehdessä. Jokainen, joka antaa itseään koskevia tietoja tutkimusta varten, on oikeutettu saamaan riittävää tietoa tutkimuksesta, sen tavoitteista ja käyttötarkoituksesta. Tutkijan tulee myös ilmoittaa miten aineisto säilytetään, miten anonymiteetti taataan ja milloin aineisto on tarkoitus hävittää. Nämä seikat tulee ilmoittaa varsinkin tutkimuksissa, joissa kootaan henkilötietoja. Tutkijan tulee myös ilmoittaa, että vastaaminen tutkimukseen on vapaaehtoista. (Anttila 1996, 420-422.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeen mukana lähetetystä saatekirjeestä käy ilmi, että vastaajat pysyvät opinnäytetyön tekijälle anonyymeinä. Kyselylomakkeiden mukana yksiköihin toimitettiin suljettu laatikko, jonne kyselylomake tuli palauttaa nimettömänä. Lisäksi saatekirjeessä ilmoitettiin, että opinnäytetyön kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja että vastaukset tuhoataan analysoinnin jälkeen.

Lupaa opinnäytetyön suorittamiseen ei tarvitse anoa eettiseltä toimikunnalta, koska kysely ei kohdistu potilaisiin tai heidän omaisiinsa. (Sand, Ottman-Salminen & Lehtiö 2007, 1).

8.5 Johtopäätökset

Hoitajat

Pääsääntöisesti voidaan todeta, että hoitajat olivat suhteellisen tyytyväisiä ensihoitopalveluihin Riihimäen seutukunnalla. Jokaisen aihealueen yhteenlaskettu keskiarvo on 3,5 asteikolla 1-5. Selkeitä parannusaiheita tut-

kimuksen tuloksista löytyi, mutta toisaalta oli myös aihealueita, jotka toimivat paremmin.

Hoidon jatkuvuus -teemaan hoitajat olivat tyytymättömiä. Jatkossa ensihoitohenkilöstön tulisi kiinnittää huomiota omaisten yhteystietojen selvittämiseen sekä lääkelistan tai -dosen mukaan ottamiseen. Toisaalta aina ensihoitohenkilöstö ei voi vaikuttaa mukaan otettavien tavaroiden määrään. Joskus potilaat haetaan muualta kuin kotoa, jolloin heillä ei ole mukana kuin välttämättömät. Toisaalta taas aina potilaan kotoa ei löydy lääkelistaa tai -doseettia. Omaisten yhteystiedotkin selvitetään, mikäli se on mahdollista. Potilaan kotoa ei aina löydy yhteystietoja tai potilas ei niitä muista. Vaatteet ja kengät kotiutumista varten unohtuvat helposti, koska potilas harvoin kävelee omin jaloin autoon. Potilas tuodaan joko tuolilla tai paareilla, jolloin siirtohetkellä ei kenkiä tai vaatteita tarvita. Siksi ne usein unohtuvat ensihoitohenkilöstöltä. Joskus kohteessa on omainen, joka lupaa toimittaa tarvittavat vaatteet myöhemmin potilaalle.

Teemassa dokumentointi hoitajat kiinnittivät eniten huomionsa siihen, että dokumentoinnin taso riippuu potilaan tuoneesta henkilöstä. Tämä saattaa osittain johtua siitä, että Riihimäen seutukunnalla ollut ajoittain tilanteita, joissa molemmat yksiköt toimivat perustasolla. Näin ollen ensihoitohenkilöstöllä ei ole esimerkiksi tarvittavia lääkelupia potilaan lääkitsemiseen. Tämä on saattanut aiheuttaa närkästystä potilaan vastaanottaneissa hoitajissa. Tilanteeseen on kuitenkin tullut muutos vuoden 2010 alusta. Muutoksen jälkeen molemmat yksiköt toimivat hoitotasolla. Yksi kommentti liittyi käsialaan, jossa todettiin olevan parantamisen varaa. Käsialan suhteen on parannusta vaikea tuottaa, sillä jokaisella on omanlaisensa tyyli kirjoittaa ja toisaalta ensihoitokertomus täytetään usein liikkuvassa autossa, joka tuo oman haasteensa kirjoittamiseen. Pääsääntöisesti hoidon kirjaaminen sai hyvää palautetta hoitajilta, mutta hoidon vasteen kirjaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Raportointi ja potilaan luovutus -teema tuntui olevan neutraalilla tasolla hoitajien mielestä. Selkeitä parannusehdotuksia ei hoitajien osuudesta noussut. Yhden kommentin mukaan raportointi on yleensä hyvää. Teeman yksi aihealue oli luovutuksen yhteydessä tehtävä yhteistyö, josta kävi ilmi että yhteistyö hoitajien ja ensihoitohenkilöstön välillä toimii. Usein potilaan luovutuksen yhteydessä ensihoitohenkilöstö jää auttamaan hoitajia, kunnes potilaan vitaalinelintoiminnot on saatu monitoroitua. Jatkossakin tätä yhteistyötä on hyvä jatkaa.

Teema ennakkoilmoitus oli myös hyvin neutraalilla tasolla. Suurin osa hoitajista oli vastannut aiheeseen ”en osaa sanoa/neutraali”, joka saattaa johtua siitä, että heillä ei ole kokemusta ensihoitohenkilöstön tekemästä ennakkoilmoituksesta. Ongelmia arvioinnissa saattoi aiheuttaa se, että ennakkoilmoituksen teko on harvinaista sekä Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman että Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön hoitajille. Sen sijaan Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikköön kuljetetuista potilasta ennakkoilmoitus tehdään useimmin. Heidän vastauksistaan korostuikin seikka, että Riihimäen seutukunnan en-

sihoitohenkilöstö voisi tehdä ennakoilmoituksia useammin. Varsinkin yöaikaan potilaista tulisi tehdä ennakoilmoitus herkemmin. Ennakoilmoitusta pidettiin pääosin selkeänä ja tarkoituksen mukaisena.

Hätäkeskuspäivystäjät

Hätäkeskuspäivystäjät olivat tyytyväisiä ensihoitohenkilöstön toimintaan Riihimäen seutukunnassa. Heidän vastauksistaan voidaan päätellä, että toiminta on hyvällä mallilla. Kaikkien vastausten keskiarvoksi tuli 4,1 asteikolla 1-5.

Selkeitä parannusehdotuksia ei juuri löytynyt. Tuloksista voidaan päätellä, että toimintaa parantaakseen ensihoitohenkilöstö voi hienosäätää toimintaa. Yleiset säädöt ja normit voidaan tarvittaessa kerrata tai muutoin kiinnittää enemmän huomiota toimintaan, esimerkiksi statusten painalluksiin.

8.6 Jatkotutkimushaasteet

Kyselylomakkeita tarkastellessani en löytänyt mitään merkittävästi tulosta heikentäviä kohtia. Vaikuttaa siltä, että kaikki vastaajat olivat ymmärtäneet mitä väitteessä kulloinkin haettiin. Vapaan sanan osioon osa hoitajista oli kirjoittanut kommentteja viitaten useampaan väitteeseen. Halutessaan tuoda ilmi sen, mihin väitteeseen he milloinkin viittasivat, he joutuivat tekemään erilaisia merkintöjä väitteisiin. Jatkossa kyselylomakkeen väitteet voisi numeroida, jotta viittaaminen olisi helpompaa.

Luomani kyselylomake tulee mahdollisesti myöhemmin käyttöön koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toiminta-alueella. Tarpeen mukaan kyselylomaketta voidaan kehittää edelleen ja tehdä siihen tarvittavia muutoksia. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voidaan tehdä koko Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toiminta-alueiden sidosryhmätyytyväisyystutkimus, jossa saatuja tuloksia voidaan vertailla toiminta-alueiden kesken. Aiheellista voisi olla myös tutkimus siitä, mitkä asiat ovat lääkäreiden ja hoitajien mielestä tärkeitä aihealueita ensihoitopalveluissa.

LÄHTEET

- Aalto, S. 2009. Ensihoito ja ensihoitojärjestelmä. Teoksessa Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. (toim.) 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Porvoo: WSOY. 13-59.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta: taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälaineet. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Asetus sairaankuljetuksesta 1994. 28.6.1994/565. Viitattu 8.8.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940565?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20sairaan kuljetuksesta>
- Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2005. Ensihoidon perusteet. Kuopio. Pelastusopisto. Helsinki. Suomen Punainen Risti.
- Etälukio. 2009. Sidosryhmät. Opetushallitus. Viitattu 13.10.2009.
<http://www2.edu.fi/yrittajyysvayla/index.php>
- Erikoissairaanhoitolaki. 1.12.1989/1062. Viitattu 7.8.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoitolaki>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos: Vantaa: Tammi.
- Hirsikangas, S. & Lepänhaara, M. 2000. Sairaan kuljetuksessa työskentelevien antama suullinen raportti potilaasta päivystyspoliklinikalla. Turun ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma: Opinnäytetyö.
- Julkisten palvelujen arviointi, julkisten palvelujen laatustrategia. 1998. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Jolula, M., Kaislaranta, S. & Mattila, J. 2005. Suullinen raportti ensihoidossa. Referaatti opinnäytetyöstä. Systole 2/05. 40-41.
- Kananen, J. 2008a. Kvali –kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Julkaisuja 93. Jyväskylä.
- Kananen, J. 2008b. Kvantti -kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Julkaisuja 89. Jyväskylä.
- Kankaanpää, J. 1993. Priorisointi terveydenhuollossa. Teoksessa Ailus, K., Ihalainen, J., Jormanainen, V., Kankaanpää, J., Palomäki, A. & Pärnä-

nen, H. (toim.) Etiikka, laatu, valinnanvapaus terveydenhuollon tulevaisuus. Helsinki: Painatuskeskus Oy. 28-34.

Kansanterveyslaki. 28.1.1972/66. Viitattu 7.8.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>

Kanta-Hämeen pelastuslaitos. 2009a. Ensihoitopalvelut. Viitattu 16.6.2009. <http://www.pelastuslaitos.fi/portal/fi/ensihoitopalvelut>

Kanta-Hämeen pelastuslaitos. 2009b. Yleistä. Viitattu 13.7.2009. <http://www.pelastuslaitos.fi/portal/fi/yleista>

Kenealy-Wirta, A. & Pesonen, T. 2002. Kirjallinen ja suullinen raportointi potilaan siirtyessä ambulanssista ensiapupoliklinikalle. Referaatti opinnäytetyöstä. Systole 1/03. 18-21.

Kiira, P. 2005. Ensihoidon lääkkeet. Helsinki: Yliopistopaino.

Kiira, P. 2009. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen laadunhallinta. Viitattu 20.6.2009. <http://www.finems1.pp.fi/quality.html>

Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede. 3/06. 108-113.

Kuisma M. & Kokkala C. 2005. Ensihoidon laadunhallinta. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää K. (toim.) 2005. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Tammi. 520-533.

Lecklin, O. 1997. Laatu yrityksen menestystekijänä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Loikas, P. 2008. Hoito-ohjeen pyytäminen. Ensihoito-opas. Duodecim. Viitattu 9.9.2009. <http://www.terveysportti.fi/dtk/eho/koti>

Mansikka, Antti. Lähetetty 18.9.2009. Re: Opinnäytetyö/sidosryhmät. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Niina Laine. Viitattu 21.3.2010.

Martikainen, M. 2009. Toimintaohje ennakoilmoituksen tekemisestä vastaanottavaan sairaalaan. Ensihoito-opas. Duodecim. Viitattu 9.9.2009. <http://www.terveysportti.fi/dtk/eho/koti>

Mensala, V. 2007. Sidosryhmäytyvyisyystutkimus – Keski-Suomen pelastuslaitos, Jyväskylänpaloaseman ensihoitopalvelu. Savonia ammatti-korkeakoulu. Palopäällystön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Määttä, T. 1999. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Ensihoidon käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 24-34.

Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi. 24-39.

Norri-Sederholm, T. 2001. Ammattitaidon inhimilliset kvalifikaatiot ensihoidossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden opettajankoulutus. Pro gradu -tutkielma.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pelkonen, M. 1993. Laadunvarmistuksen keskeiset käsitteet. Teoksessa Pelkonen, M., & Perälä, M-L. (toim.) Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä. 61-83.

Perälä, M-L. 1997. Hoitotyön suunta - strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä. Stakes. Jyväskylä.

Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Porvoo: WSOY.

Riihelä, J. 2008. Dokumentointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi. 52-62.

Sand, H., Ottman-Salminen M. & Lehtiö, A. 2007. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tutkimuslupaohjeet. Kanta-Hämeen keskus-sairaala. Hämeenlinna. Ohje.

Tampereen aluepelastuslaitos. 2007. Sairaankuljetus ja ensihoito. Viitattu 16.6.2009.
<http://www.tampere.fi/aluepelastuslaitos/sairaankuljetus/index.html>

Valtari, M. 2006. SPSS -perusteet. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Viitattu 15.7.2009. <http://www.valt.helsinki.fi/blogs/tvt-stat/spss-opas-v14.pdf>

Viitamäki, R. 2010. Lähetetty 24.3.2010. Re: Oppari+ tulosraportti. [Sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Niina Laine. Viitattu 4.4.2010.

Virtanen, P. 2008a. Akuuttiin sydäninfarktiin sairastuvan potilaan hoitoon ohjautuminen Riihimäen seudulla. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Virtanen, P. 2008b. Uuden työntekijän sekä opiskelijan perehdytyskansio. Perehdytyskansio.

TUTKIMUKSEN SAATE

SIDOSRYHMIEN TYYTYVÄISYYS KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOKSEN ENSIHOITOPALVELUIHIN RIIHIMÄEN SEUTUKUNNALLA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ensihoitopalveluiden laatua Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnalla. Tutkimuksessa käytetään kyselyä, jossa ensihoitopalvelun tärkeimmät sidosryhmät voivat esittää arvionsa. Sidosryhmiksi on valittu Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköiden ja Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysaseman päivystysalueet sekä Hämeen hätäkeskus. Tyytyväisyystutkimus on osa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden laatu järjestelmää.

Tämän tutkimuksen avulla halutaan löytää vastauksia seikkoihin, jotka jo toimivat hyvin ja toisaalta asioihin, jotka kaipaavat parannuksia. Näiden selvittäminen on tärkeä osa ensihoitopalveluiden laadun kehittämistä.

Kyselyyn vastataan aiemman kokemuksen pohjalta. Arvioinnissa tulee hoitajien ja lääkäreiden huomioida ainoastaan kokemukset ns. ”kentältä” kuljetettuihin potilaisiin liittyen. Kokemukset toisista laitoksista siirtoina tulleiden potilaiden tilanteista jätetään kyselytutkimuksessa arvioinnin ulkopuolelle. Tässä kyselytutkimuksessa hoitajien ja lääkäreiden tulee lisäksi huomioida arvioinnissa ainoastaan kokemukset Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen **Riihimäen seutukunnan ambulansseilla (R691, R692 ja R695)** kuljetettuihin potilaisiin liittyen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Kysely on osa sairaanhoitaja AMK- opinnäytetyötä.

Palautusajan jälkeen kyselylomakkeet palautuvat opinnäytetyön tekijälle, joka analysoi ne Spss-ohjelman avulla. Analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitetään.

Kyselylomakkeen yhteyshenkilönä kyselyn ajan toimii Niina Laine, niina.laine@student.hamk.fi

Palauta toimipisteessäsi olevaan palautuslaatikkoon viimeistään 30.11.2009.

Kiitos vastauksista!

SIDOSRYHMIEN TYYTYVÄISYYS KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOKSEN ENSIHOITOPALVELUIHIN RIIHIMÄEN SEUTUKUNNALLA

Työyksikkö (Laita rasti oman työyksikkösi kohdalle):

Kanta-Hämeen keskussairaala: Hämeenlinnan yksikkö, päivystys _____

Riihimäen yksikkö, päivystys _____

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysasema, päivystys _____

Kysymykset koskevat arvioita vain Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ambulanssien kanssa tapahtuneista potilastilanteista. Vastaa aiemman kokemuksesi pohjalta. Jokaisen aihealueen lopussa on vielä tilaa kommenteille. Ympyröi mielestäsi paras vaihtoehto seuraavasti:

1 =täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = en osaa sanoa / neutraali, 4 =osittain samaa mieltä, 5 =täysin samaa mieltä

KONSULTAATIOPUHELUT

Ensihoitohenkilöstön suorittamat konsultaatiopuhelut ovat tarkoituksenmukaisia ja selkeitä

1 2 3 4 5

LÄÄKETIETEELLINEN TOIMINTA

Ensihoitohenkilöstön potilaille suorittamat tutkimukset ovat asianmukaisia ja riittäviä

1 2 3 4 5

Ensihoitohenkilöstön potilaille antama hoito on asianmukaista ja tilanteessa riittävää

1 2 3 4 5

HOITOPAIKAN VALINTA

Ensihoitohenkilöstö ohjaa tai toimittaa potilaat aina tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan

1 2 3 4 5

DOKUMENTOINTI

Ensihoitokertomuksessa on kuvattu hyvin potilaiden tapahtumatiedot ja tila tavattaessa

1 2 3 4 5

Potilaille annettu hoito ja hoidon vaste on kirjattu hyvin

1 2 3 4 5

Ensihoitokertomus on laadittu loogisesti ja selkeästi

1 2 3 4 5

Kiitos vastauksista!

SIDOSRYHMIEN TYYTYVÄISYYS KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOKSEN ENSIHOITOPALVELUIHIN RIIHIMÄEN SEUTUKUNNALLA

Työyksikkö (Laita rasti oman työyksikkösi kohdalle):

Kanta-Hämeen keskussairaala: Hämeenlinnan yksikkö, päivystys _____

Riihimäen yksikkö, päivystys _____

Riihimäen seudun terveyskeskuksen pääterveysasema, päivystys _____

Kysymykset koskevat arvioita vain Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ambulanssien kanssa tapahtuneista potilastilanteista. Vastaa aiemman kokemuksesi pohjalta. Jokaisen aihealueen lopussa on vielä tilaa kommenteille. Ympyröi mielestäsi paras vaihtoehto seuraavasti:

1 =täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = en osaa sanoa / neutraali, 4 =osittain samaa mieltä, 5 =täysin samaa mieltä

DOKUMENTOINTI

Ensihoitokertomus on laadittu loogisesti ja selkeästi

1 2 3 4 5

Ensihoitokertomuksen teksti on helposti luettavaa ja se sisältää ymmärrettäviä lyhenteitä

1 2 3 4 5

Potilaille annettu hoito ja sen vaste on kirjattu hyvin

1 2 3 4 5

SUULLINEN RAPORTOINTI JA POTILAAN LUOVUTUS

Ensihoitohenkilöstön antama suullinen potilasraportti on selkeä ja ytimekäs

1 2 3 4 5

Suullinen raportti sisältää kaiken olennaisen tiedon potilaasta

1 2 3 4 5

Ensihoitohenkilöstön antama apu potilaan luovutuksen yhteydessä on kiitettävää

1 2 3 4 5

ENNAKKOILMOITUS

Ensihoitohenkilöstön tekemä mahdollinen ennakkoilmoitus on selkeä ja tarkoituksenmukainen

1 2 3 4 5

HOIDON JATKUVUUS

Ensihoitohenkilöstö huomioi toiminnassaan jatkohoidon ja kotiutumisen kannalta olennaiset asiat

1 2 3 4 5

Omaisten yhteystiedot tai muut oleelliset asiat on selvitetty hyvin ensihoitohenkilöstön toimesta

1 2 3 4 5

SIDOSRYHMIEN TYYTYVÄISYYS KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOKSEN ENSIHOITOPALVELUIHIN RIIHIMÄEN SEUTUKUNNALLA

Kysymykset koskevat vain Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen seutukunnan ensihoitohenkilöstön (yksiköt R691, R692 ja R695) toimintaa. Vastaa aiemman kokemuksesi pohjalta. Jokaisen aihealueen lopussa on vielä tilaa kommenteille. Ympyröi mielestäsi paras vaihtoehto seuraavasti:

1 =täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = en osaa sanoa / neutraali, 4 =osittain samaa mieltä, 5 =täysin samaa mieltä

TILATIETOJEN KÄYTTÄMINEN

Tilatiedot vastaavat aina todellista tilaa

1 2 3 4 5

Tilatiedot päivittyvät aina reaaliajassa

1 2 3 4 5

RADIOLIIKENNE

Ensihoitohenkilöstön viestintä on selkeää ja ytimekästä

1 2 3 4 5

Ensihoitohenkilöstön käyttämä terminologia on ymmärrettävää

1 2 3 4 5

Ensihoitohenkilöstö toimii viestiohjeen mukaisesti

1 2 3 4 5

Ensihoitohenkilöstöön saa yhteyden vaivattomasti Virve -verkossa tehtävillä

1 2 3 4 5

MUU YHTEISTYÖ JA TILANNEJOUSTAVUUS

Tilanne- ja palauteyhteistyö Riihimäen seudun ensihoidon kanssa on määrätietoista ja toimivaa

1 2 3 4 5

Riihimäen seudulla kyetään tarvittavaan joustavuuteen ensihoidon tilanteiden niin edellyttäessä

1 2 3 4 5

Kiitos vastauksista!

Tulosten keskiarvot

**KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOS**

Ensihoitopalvelut

Riihimäen seutukunta 5.3.2010

Ensihoitopalveluiden sidosryhmätyytyväisyys 2009**Hoitajat, päivystys****Dokumentointi**

Yhteenveto	3,7
Loogisuus ja selkeys	3,7
Luettavuus ja ymmärrettävyys	3,8
Hoidon ja sen vasteen kirjaus	3,7

Raportointi ja luovutus

Yhteenveto	3,8
Selkeys ja ytimekkyys	3,7
Kattavuus	3,5
Yhteistyö luovutuksen yhteydessä	4,2

Ennakkoilmoitus

Selkeys ja tarkoituksenmukaisuus	3,5
----------------------------------	-----

Hoidon jatkuvuus

Yhteenveto	2,9
Jatkohoidon ja kotiutumisen huomiointi	3,0
Omaisten yhteystiedot ja muut oleelliset asiat	2,7

Hätäkeskuspäivystäjät**Tilatiedot**

Yhteenveto	4,0
Oikeellisuus	3,7
Reaaliaikaisuus	4,3

Radioliikenne

Yhteenveto	4,3
Selkeys ja ytimekkyys	4,4
Ymmärrettävyys	4,4
Viestiohjeen mukaisuus	4,3
Yhteyden saaminen	4,2

Yhteistyö ja tilannejoustavuus

Yhteenveto	4,0
Määrätietoisuus ja toimivuus	3,8
Joustavuus	4,2

Arviointiasteikko 1-5 (1 = huonoin, 5 = paras)

Tutkimusajankohta marras-joulukuu 2009

Mittarista ja mittaustapahtumasta tarkemmin: Niina Laine, HAMK, sairaanhoitaja AMK -opinnäytetyö 2010