

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Anniina Kankkunen & Isa Karhu

ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY ENSIHOITOPALVELUISTA TERVEY-
DENHUOLLON ERI TOIMIPISTEILLE KYMENLAAKSOSSA

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

KANKKUNEN, ANNIINA

KARHU, ISA

Asiakastyytyväisyyskysely ensihoitopalveluista terveydenhuollon eri toimipisteille Kymenlaaksossa

Opinnäytetyö

51 sivua + 11 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

ensihoidon palvelukoordinaattori Janne Wall, Carea

Toukokuu 2014

Avainsanat

kollegiaalisuus, tiedonkulku, vuorovaikutus, yhteistyö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon eri toimipisteiden tyytyväisyyttä ensihoitopalveluihin Kymenlaaksossa. Tutkimuksessa tutkitaan tyytyväisyyttä yhteistyöhön, ja tässä työssä sitä tutkitaan vuorovaikutuksen, kollegiaalisuuden, ammattitaidon ja tiedonkulun näkökulmasta.

Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, ja tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä Zef-ohjelmalla. Kysely lähetettiin 24 eniten ensihoitopalveluita käyttäneeseen terveydenhuollon yksikköön Kymenlaaksossa. Yksiköt valittiin harkinnanvaraisella otannalla yhteistyössä ensihoidon palvelukoordinaattori Janne Wallin kanssa. Kohderyhmänä kyselylle olivat kaikki hoitotyötä tekevät koulutetut ammattihenkilöt. Määräaikaan mennessä kyselyyn vastasi 154 henkilöä, joista hylättiin 19 vastausta. Vastausprosentiksi muodostui 37,8 %. Aineisto analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla ja aineisto esitettiin frekvensseinä ja prosentteina.

Tutkimustuloksista paljastui että vastaajat kokevat vuorovaikutussuhteen ensihoitajien kanssa pääosin hyväksi. Vastaajat pitivät ensihoitajaa kollegana, vaikkakin useat kollegiaalisuuden osa-alueet oli arvioitu negatiivisessa valossa. Ensihoitajien asenteet työntekijöitä kohtaan oli myös arvioitu huonoksi, eivätkä vastaajat kokeneet tullessaan arvostetuiksi. Vastauksista kävi ilmi, että vastaajat luottivat ensihoitajiin ja heidän ammattitaitoonsa. Tiedonkulun ja äkillisen yleistilan heikkenemisen osalta vastaajat kertoivat itse tehneensä kaikkensa ennen ensihoitajien tuloa. Siirtokuljetusohjeen tunnettavuus on huonoa ja kuljetusmuodon valinta on vaikeaa.

Jatkossa asiakastyytyväisyyttä voisi tutkia laadullisesti tarkempien syiden selvittämiseksi. Tärkeää on myös korostaa siirtokuljetusohjeen tärkeyttä, sillä sen tunteminen on heikkoa, ja sen oikeaoppinen käyttäminen vähentää ambulanssien turhaa käyttöä. Kokonaisuudessa yhteistyö arvioitiin osittain hyväksi. Tuloksista käy ilmi, että ensihoitajien tulisi enemmän kiinnittää huomiota asenteisiinsa ja muiden samalla alalla työskentelevien kunnioittamiseen. Työntekijät yhteistyössä voisivat kiinnittää huomiota vuorovaikutukseen.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

KANKKUNEN, ANNIINA

KARHU, ISA

Client Satisfaction Survey about Emergency Care Services
to Healthcare Personnel in Kymenlaakso

Bachelor's Thesis

51 pages + 11 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD

Commissioned by

Janne Wall, Carea

May 2014

Keywords

collaboration, collegiality, information transfer, interaction

This Bachelor's thesis is client satisfaction survey. The aim of the survey was to provide information about collaboration between the emergency care and healthcare personnel working in primary healthcare and elderly care. Collaboration has been examined from the view point of interaction, collegiality, professionalism and information transfer.

The method of this study was a quantitative survey. The link to the electronic questionnaire was sent to 24 head nurses in primary health care and elderly care institutions. The head nurses were instructed to send the questionnaire to all health care professionals with qualification. 149 questionnaires were returned and after removing all the invalid answers, 135 answers were left. The final response rate was 37, 8 % and the results were analyzed using Microsoft Excel spreadsheet program.

The results of the study show that the respondents experienced the interaction with the emergency nurses mainly good. They regarded them as colleagues even though most of the aspects of collegiality were assessed in a negative light. The attitudes of the emergency nurses towards the health care personnel were also assessed poor and they did not feel equal with the emergency nurses. The results also showed that the respondents trusted on the emergency nurses and their professional competence. The patient transfer directive was not known well and it was considered difficult to decide on the correct form of transportation.

The response rate was low and therefore the results cannot be generalized. Valuable information was still achieved and in the future a qualitative method should be considered for obtaining more accurate answers.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	ENSIHOITO JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOT	7
	2.1 Ensihoito	7
	2.2 Ensihoidon laatu	9
	2.3 Hoitolaitossiirrot	11
	2.4 Äkillinen yleistilan lasku	12
3	ENSIHOIDON JA TERVEYDENHUOLLON VÄLINEN YHTEISTYÖ	13
	3.1 Vuorovaikutus	14
	3.2 Tiedonkulku	16
	3.3 Ammattitaito	19
	3.4 Kollegiaalisuus	20
	3.5 Asenteet	22
4	TUTKIMUSONGELMAT	24
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
	5.1 Kysely tiedonkeruumenetelmänä	24
	5.2 Kohderyhmä ja otanta	25
	5.3 Kyselylomakkeen laadinta	26
	5.4 Aineiston analyysi	26
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
	6.1 Taustatekijät	27
	6.2 Vuorovaikutuksen toimivuus	29
	6.3 Kollegiaalisuuden ilmeneminen	31
	6.4 Tiedonkulun onnistuminen	35
	6.5 Äkillinen yleistilan heikkeneminen	37
	6.6 Yhteistyö	38
	6.7 Siirtokuljetusohje	39

7	YHTEENVETO	40
8	POHDINTA	41
	8.1 Tutkimuksen kokonaisluotettavuus	44
	8.2 Kehittämisehdotukset	46
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Kyselylomake	
	Liite 3. Muuttujataulukko	
	Liite 4. Tutkimustaulukko	

1 JOHDANTO

Vuoden 2013 alusta Carea on järjestänyt kaikki ensihoidon palvelut Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella. Tämä perustuu terveydenhuoltolakiin (30.12.2010/1326), jonka 39. § mukaan sairaanhoitopiirien tulee järjestää ensihoitopalvelut ja suunnitella se yhteistyössä päivystävien hoitopaikkojen kanssa. Sairaanhoitopiiri voi joko järjestää ensihoitopalvelut itse tai yhteistyössä pelastuslaitoksen tai muun toimijan kanssa. Lain tarkoituksena on parantaa ensihoitopalveluiden laatua siirtämällä vastuu ensihoitopalveluiden järjestämisestä kunnan maallikoilta sairaanhoitopiirien asiantuntevaan päätäntään.

Samaan aikaan on tullut voimaan myös Carean siirtokuljetusohje, joka pitäisi olla saatavilla kaikissa Kymenlaakson terveydenhuollon yksiköissä. Siirtokuljetusohje auttaa päätöksenteossa eri kuljetusmuotoja harkitessa esimerkiksi ambulanssin ja invataksin välillä. Ohjeistus on tehty käytettäväksi ennakoiduissa potilassiirroissa, eikä sitä sovelleta akuuteissa tilanteissa. Tässä tutkimuksessa haluamme selvittää, kuinka hyvin ohje tunnetaan hoivapalveluissa ja perusterveydenhuollossa. Jos ohje tunnettaisiin riittävän hyvin, ambulanssiresursseja ei kuormitettaisi turhaan. (Loikas 2012, 2.)

Tutkimme ensihoitajien ja terveydenhuollon työntekijöiden yhteistyön ja viestinnän toimivuutta, koska tietokatkokset ja yhteistyön toimimattomuus ovat suuria potilasturvallisuuden riskejä (ks. Kinnunen & Helovuori 2012). Tiedonsiirron tulisi olla sekä suullista että kirjallista. Kirjallisen tiedonsiirron tueksi on kehitetty Etelä-Kymenlaaksossa käytössä oleva äkillisen yleistilan laskun toimintamalli. Haasteellisuutta yhteistyöhön saattavat tuoda ensihoidon ja hoivayksiköiden sekä perusterveydenhuollon erilaiset työympäristöt. Ensihoitajat ovat tottuneet akuutteihin tilanteisiin ja vaihteleviin työympäristöihin sekä potilaisiin, kun taas esimerkiksi hoivayksiköiden arki on suurimmaksi osaksi rauhallista ja hoito tapahtuu samassa paikassa samojen asukkaiden kanssa. Näin ollen ensihoitajien ja hoivayksiköiden työntekijöiden ajatusmaailmat poikkeavat toisistaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa yhteistyön nykytila asiakastyytyväisyyskyselyllä. Saatuja tuloksia voi hyödyntää osapuolten yhteistyön laadun parantamiseen. Tutkimuksessa selvitämme, miten ensihoitajien ja hoivayksiköiden sekä perusterveydenhuollon työntekijöiden yhteistyö, osaaminen ja sen hyödyntäminen toimii. Aihe saatiin ensihoidon palvelukoordinaattori Janne Wallilta Careasta.

2 ENSIHOITO JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOT

2.1 Ensihoito

Vuoden 2013 alusta lähtien ensihoitopalvelujen järjestämisen vastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiirien kuntayhtymille. Kuntayhtymä voi järjestää toiminnan itse tai yhteistoiminnassa pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa tai hankkia palvelun muualta. Terveystieteiden lain velvoittamana sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tuli tehdä ensihoidon palvelutasopäätös, joka sisältää ensihoitopalvelun järjestämistavan, johtamisjärjestelmän, palvelun sisällön, henkilöstön koulutus- ja pätevyysvaatimukset, tavoitteet potilaiden tavoittamisajoista sekä muut ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta olennaiset asiat. (Terveystieteiden laki 30.12.2010/1326, 39. §.) Palvelutasopäätöksen tavoitteena on tasa-arvoistaa palvelujen saantia mahdollisimman laadukkaasti (Ensihoidon palvelutaso 2011, 12).

Ensihoitopalveluun sisältyy:

”1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaitoksissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;

2) ensihoitovalmiuden ylläpitäminen;

3) tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin;

4) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa; ja

5) virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.”(Terveystieteiden laki 30.12.2010/1326, 40. §.)

Ensivastetoiminta voidaan myös sisällyttää osaksi ensihoitopalvelua (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 30.12.2010/1326, 40. §). Jokainen sairaanhoitopiiri voi myös päättää, käyttävätkö he ensihoitopalvelun yksiköitä myös kiireettömiin potilassiirtoihin sekä kotiinkuljetuksiin, joita koordinoi erityisvastuualueen ensihoidokeskus (Ensihoidon palvelutaso 2011, 13). Kymenlaaksossa Carea on sisällyttänyt edellä mainitut palvelut palvelutasopäätökseensä (Carea pöytäkirja 4.6.2012).

Palvelutasomäärittelyssä ennustetaan ensihoidotehtävien määrä vuoden ajalle käyttämällä erilaisia indikaattoreita suhteutettuna ennalta jaettuihin 1km² alueisiin. Tuloksena jokainen alue saa riskialueluokituksen 1 - 5, joissa luokassa 1 on enemmän kuin 1 ensihoidotehtävä vuorokaudessa ja luokassa 5 alueella ei ole vakinaista asutusta. (Ensihoidon palvelutaso 2011, 12 - 15.)

Ensihoidon hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehtävän riskinarvioinnin perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan seuraavasti:

A-luokan tehtävä:

korkeariskiseksi arvioitu ensihoidotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna

B-luokan tehtävä

todennäköisesti korkeariskinen ensihoidotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta

C-luokan tehtävä

avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia

D-luokan tehtävä

avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta, 6. §.)

Vastuun siirtäminen ensihoitopalveluiden järjestämisestä sairaanhoitopiireille tarkoituksena oli muun muassa siirtää vastuu kuntien maallikko päättäjiltä sairaanhoitopiiri- en ammattitaitoisiin käsiin. Uudistus ei kuitenkaan tuonut mukanaan pelkästään positiivisia asioita mukanaan. Auvisen, Palukan ja Tiilikan (2012, 82 - 86) tutkimuksesta ilmenee, että ensihoitajien mielestä yksityisten ensihoitopalvelujen käyttö vaarantaa kustannustehokkuuden, potilasturvallisuuden sekä ensihoitajien oman turvallisuuden. Ensihoitajat voivat joutua toimimaan vastoin omia arvojaan ollessaan töissä yksityisellä palveluntuottajalla. Tällä he tarkoittavat työnantajan lisärahan toivossa sanelemia tehtäviä, joissa esimerkiksi vanhus siirretään terveyskeskukseen ambulanssilla, vaikka tilanne ei vaatisi ambulanssikuljetusta ja siirto olisi voitu tehdä esimerkiksi taksilla. Vanhusta siirrettäessä saattaa tulla muita akuutteja hälytyksiä, jotka joutuvat odottamaan ambulanssin ollessa kiinni ”turhalla” tehtävällä. Tällaiset tehtävät kuormittavat yhteiskuntaa ja aiheuttavat potilasturvallisuusriskin ambulanssien ollessa varattuina. Yksityiset yritykset kuitenkin haluavat toteuttaa näitä tehtäviä, koska he saavat tuloja potilaiden siirtyessä jatkohoitoon. Kunnallisia ensihoitopalveluita ensihoitajat pitivät enemmän potilaslähtöisinä, kun tavoitteena ei ole rahan tahkoaminen vaan potilaiden auttaminen.

Ensihoitajat kritisoivat myös yksityisten palveluntarjoajien työvuorojen järjestämistä, mikä heidän mielestään vaarantaa ensihoitajien työturvallisuuden. Teoriassa työpäivien pitäisi olla kahdeksan tunnin mittaisia ja työviikon viisipäiväinen, mutta käytännössä työviikko voi venyä useammalla päivällä. Työtuntejakin voi tulla enemmän varallaoloajan takia, mikä tarkoittaa päivystystä kotoa käsin. Tämä johtuu myös osittain kuntien tiukasta kilpailutuksesta, mikä ajaa yritykset teettämään urakaluonteisesti ylipitkiä tunteja ja maksamaan palkat varallaolopalkan mukaan, vaikka ensihoitajat olisivat lähtövalmiudessa. Tilanne heikentää ensihoitajien työmotivaatiota ja saattaa aiheuttaa kyynistä suhtautumista työhön ja potilaisiin. (Auvinen ym. 2012, 82 - 86.)

2.2 Ensihoidon laatu

Laadulla voidaan tarkoittaa monia asioita. Useimmiten sitä mitataan sillä, miten tuote täyttää asiakkaan tarpeet. Terveiden huollossa voidaan kuitenkin ajatella, kuinka hyvin tulos vastaa tavoitetta. Laadunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan suunnittelua ja johtamista sekä toiminnan arviointia ja sen parantamista arvioinnin pohjalta. Hyvälaatuudessa terveydenhoidossa annetaan parasta mahdollista hoitoa resurssien sallimissa

rajoissa, potilasturvallisesti ja -keskeisesti, ammattimaisesti sekä tehokkaasti. Tuottavuudesta on myös tullut tärkeä kriteeri rahoituksen vähenemisen vuoksi. On kuitenkin tärkeätä muistaa myös hoidon vaikuttavuuden arviointi. Nykyään ajatellaan myös, että potilas on oman hoitonsa asiantuntija, joten potilaan näkemys on tärkeä. Siksi ensihoidon laatua mitataan usein asiakastytyväisyyskyselyillä. (Terveydenhuollon laatutuopas 2011, 8; Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 69.)

Terveydenhuollon laatua säädellään monilla eri laeilla ja asetuksilla. Terveydenhuoltolain 2. §:n tarkoituksena on edistää ja ylläpitää terveyttä, kaventaa terveyseroja, taata laadukkaan ja turvallisen hoidon sekä parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteistyötä. Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain 3. §:n tarkoituksena on taata potilaalle hyvälaatuaista terveyden- ja sairaan-hoitoa, potilaan vakaumusta, ihmisarvoa sekä yksityisyyttä kunnioittaen. Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä on säädetty potilasturvallisuuden ja laadun parantamiseksi. Kyseisessä laissa säädetään myös, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee käyttää näyttöön perustuvia metodeja ja ylläpitää omaa ammattitaitoaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559, 1. §, 15. §.) Potilasvahinkolain (25.7.1986/585) 2. § määrää tänään korvattavaksi huonolaatuisesta hoidosta aiheutuneet vahingot. Tällaiseksi vahingoksi määritellään tilanteet, joissa ammattitaitoinen hoitohenkilö olisi voinut välttää vahingon tutkimalla, hoitamalla tai käsittelemällä potilasta eri tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta tarkoitus on määrätä terveydenhuollon toimintayksiköt laatimaan suunnitelma laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Asetuksen 1. §:stä tulee ilmi, että: *”Suunnitelmassa on käsiteltävä ainakin palvelujen tarpeenmukainen saatavuus, hoitoketjut, toimintayksikön fyysinen ympäristö, terveydenhuoltoon liittyvät infektiot, lääkehoito ja lääkehuollon järjestäminen, terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet, henkilöstö, sen työnjako ja osaaminen, tietojärjestelmät ja potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen sekä tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja toimintayksikköjen välillä”* (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta).

Ensihoidon kokonaisvaltainen laadunhallinta on vasta alkutekijöissä, vaikkakin tiettyjä osa-alueita kuten viiveseurantoja, ensihoitokertomusten tarkastamista ja sydän-

pysähdyspotilaiden selviytymistä on jo vuosien ajan tutkittu. Ensihoitopalveluja järjestävillä organisaatioilla tulisi olla asianmukaiset laadunhallintakeinot käytössä, vaikkakin virallinen laatujärjestelmä ei ole välttämätön. (Kuisma ym. 2013, 67.)

2.3 Hoitolaitossiirrot

Kymenlaaksossa Carea järjestää kaikki ensihoidon palvelut kansalaistehtävistä siirtokuljetustehtäviin ja siksi onkin laadittu uusi siirtokuljetusohjeistus. Carean alueella suoritetaan useita siirtokuljetuksia päivittäin sekä pääkaupunkiseudulle että lähialueilla ja ne ovat usein ennalta tiedossa. Erilaiset akuutit tehtävät kuitenkin siirtävät suunniteltuja siirtokuljetuksia. Hätäkeskus ja paikallinen siirtokuljetuskoordinaattori ohjaavat Kymenlaakson alueen neljää siirtokuljetuksiin varattua yksikköä. (Loikas 2012, 2.)

Taksi, invataksi ja paritaksikuljetuksissa kuljettaja on vastuussa turvallisesta kuljetuksesta ja tehtäviin kuuluu saattamisen ja hakemisen lisäksi potilaspapereista huolehtiminen. Turvallisuuden vuoksi hoitajan tulee osastolla varmistaa, että kyseessä on oikea potilas, kaikki tarvittavat tavarat ja paperit ovat mukana ja että esimerkiksi erilaiset letkut ovat asianmukaisesti kiinnitetty. (Loikas 2012, 3.)

Ensihoitoyksikön suorittamissa siirtokuljetuksissa hoitovastuu on lähettävällä yksiköllä, ellei mukana ole lääkäriä. Ensihoitoyksikkö vastaa käytännössä potilaan hoidosta matkan aikana annettujen hoito-ohjeiden mukaisesti. Heillä on myös vastuu papereista, ensihoitokertomuksen täytöstä sekä raportoinnista. Siirtokuljetuskoordinaattorilta tilataan ennakoon tiedossa olevat siirrot, muissa tapauksissa soimitaan 112. Numeroon soimittaessa hätäkeskus tekee potilasriskinarvion, vaikka kyseessä on siirtokuljetus. Näin ollen ensihoidon resurssit kohdistuvat oikeisiin tehtäviin. (Loikas 2012, 4 - 5.)

Terveystieteiden toimipisteiden hälytyksissä paikalle lähetetään lähin ensihoitoyksikkö. Ensivasteyksiköitä ei lähetetä, sillä paikalla oletetaan olevan henkilökuntaa joka osaa aloittaa ensiavun. (Carean pöytäkirja 4.6.2012, 57. §.)

2.4 Äkillinen yleistilan lasku

”Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn – alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 50. §). STM:n raportissa yhteiset päivystyshoidon perusteet päivystyshoito määritellään 24 tunnin sisällä annettavaksi hoidoksi, jos äkillinen sairastuminen, vamma tai kroonisen sairauden vaikeutuminen vaatii välitöntä arviointia ja hoitoa (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 20).

Ensihoito ei ole päivystyshoitoa, mutta ensihoitoyksiköt hoitavat ja kuljettavat päivystyshoitoa vaativia potilaita terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon päivystyksiin. Etenkin vanhuspotilaiden kohdalla STM suosittelee, että äkillisissä yleistilan laskuissa hoitolaitoksissa henkilökunta ensin arvioi itse tilannetta, konsultoi lääkäriä ja vasta sitten tekee päätöksen päivystykseen lähettämisestä. Häätätilanteessa kuitenkin soitetaan suoraan hätäkeskukseen. Potilailla tulisi olla myös selkeä hoitosuunnitelma, joka on päivystyksen käytettävissä. Palvelusuunnitelmaan tulisi sisällyttää kanta päivystyksellisiin tilanteisiin, hoitotahtoon ja hoidon rajauksiin. Myös potilaan aiemman toimintakyvyn sisältyminen palvelusuunnitelmaan on tärkeää. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 20, 50.)

Äkillisen yleistilan laskun toimintamalli on tällä hetkellä käytössä Etelä-Kymenlaakson kunnissa eli Kotkassa, Pyhtäällä, Haminassa, Miehikkälässä ja Virolahdella. Toimintamalli on työväline asiakkaan tilan arviointiin, kun se äkillisesti muuttuu. Toimintamallin tunteminen ja sen noudattaminen säästää potilaan toimintakykyä, mutta myös ensihoidon resursseja, sillä ohjeistuksen avulla voidaan karsia turhia siirtoja yksiköstä toiseen. (Haimi-Liikkanen 2013, 6.)

Hätätilanteessa soitetaan aina 112, mutta muissa tapauksissa toimitaan ohjeen mukaan. Ohjeessa on kolme kohtaa, joista ensimmäinen TUTKI sisältää verenkierron ja hengityksen tilan tutkimisen, kivut ja vammat, neurologiset oireet ja infektio-oireet. Välineet, joita näihin tarvitaan, ovat verenpainemittari, verensokerimittari, pulssioksimetri, lämpömittari, sekä pika-CRP ja virtsan liuskatesti. Seuraavassa kohdassa SELVITÄ pyritään saamaan kokonaiskuva potilaan tilanteesta esimerkiksi keskustelemalla ja kirjausten perusteella. Selvitetään myös muutoksen äkillisyys ja verrataan nykyhetkeä aiempaan toimintakykyyn. Kolmannessa kohdassa TOIMI tulee neuvotel-

la muun henkilöstön kanssa sekä tarvittaessa virka-aikana ottaa yhteys sairaanhoitajaan, hoitopaikan omalääkäriin tai terveyskeskuspäivystäjään, joilta saa lisäohjeita. Virka-ajan ulkopuolella otetaan yhteys päivystävään sairaanhoitajaan tai terveyskeskuksen ilta ja viikonloppupäivystykseen. (Äkillinen yleistilan lasku: ohje henkilökunnalle.)

3 ENSIHOIDON JA TERVEYDENHUOLLON VÄLINEN YHTEISTYÖ

Yhteistyöhön tarvitaan vähintään kaksi osapuolta. Yhteistyön päämääränä ovat yhteiseen tavoitteeseen pääseminen ja siihen päästään kun jokainen laittaa oman osaamisensa ryhmän käyttöön. Jäsenten välillä vallitsee tasa-arvo ja voima perustuvat tietoon ja asiantuntemukseen. Yhteistyö on aktiivista ja se edellyttää jonkun tavoitteen olemassaoloa. Se voi olla työyhteisön sisäistä tai organisaatioiden välistä yhteistyötä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Yhteistyöhön tarvitaan jokaisen osapuolen panosta ja se tapahtuu vuorovaikutuksessa, joka on yhteistyön perusta. Yhteistyö on myös kollegiaalista toimintaa, jossa luottamus ja kunnioitus ovat suuressa osassa. Toimiva yhteistyö on tuloksellista ja se näkyy osapuolten käyttäytymisessä ja heijastuu tyytyväisyyteen ja asenteisiin. (Aira 2012, s.45 - 49; Latvala 2001, 12; Haapaniemi & Hiltunen 2000, 11.)

Hyvät kommunikaatiotaidot, palautteen antaminen ja vastaanottaminen sekä avoin ilmapiiri, jossa myös kyseenalaistetaan, ovat kaikki edellytyksiä yhteistyölle. Myös yhteiset käsitykset tavoitteista sekä toisen osaamisen, ammattitaidon ja koulutuksen tunteminen ovat yhteistyötä edistäviä tekijöitä. Huono ilmapiiri, syyttely sekä asiakaskeskeisyyden puute ovat esteitä yhteistyölle. Huono ilmapiiri tai yhteistyön puuttuminen vaikuttavat myös potilaaseen ja hoidon laatuun. (Kurtti-Sonninen 2003, 47,66.)

Haapaniemen ja Hiltusen tutkimuksessa tutkittiin yhteistyötä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Kiire ja ajan puute katsottiin yhteistyötä estäviksi asioiksi sekä tietämättömyys toisen työstä. Kateus, asenteet, ennakkoluulot sekä puutteellinen tiedonkulku vaikeuttivat yhteistyötä. Useissa vastauksissa nousi esiin myös luottamuksen ja arvostuksen puutteen vaikutus negatiivisesti yhteistyöhön. Avoimuus oli suurin edistävä tekijä yhteistyössä. Toisen tunteminen tai hänen työnsä tunteminen oli 63 %:n mielestä yhteistyötä edistävä tekijä. Toisen arvostaminen ja toisen mielipiteiden kunnioitus edistivät myös yhteistyötä. Yhteistyötä edistäviksi toimenpiteiksi vastaajat ehdottivat yhteistä

koulutusta tai tapaamisia. Myös yhteisten tavoitteiden laatiminen edistäisi hyvää yhteistyötä. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 62 - 63.)

Latvala tutki pro gradussaan sairaanhoitajien ammatillista yhteistyötä. Tutkimuksessa selvitettiin taitoja ja toimintoja, jotka kehittyvät yhteistyön avulla. Tärkeimmäksi nousi tiedon ja luottamuksen lisääntyminen, uusien työtapojen oppiminen, vuorovaikutustaitojen lisääntyminen, erilaisuuden arvostaminen sekä erilaisten näkemysten lisääntyminen omassa työssä. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat halusivat tietoa eri yhteistyömahdollisuuksista ja ylipäättävänsä siitä mitä yhteistyö on. Koulutustarpeista kysyttäessä esiin nousi toive tapaamisista eri yhteistyökumppaneiden kanssa, jotta selviäisi toisten työnkuvat ja jotta vuorovaikutus lisääntyisi. (Latvala 2001, 51- 52, 56.)

Jotta moniammatillinen yhteistyö onnistuisi, tulee yksilön arvostaa ammattiaan ja ymmärtää osaamisensa rajat. Jos omaa ammattiosaamistaan ei arvosta tarpeeksi, voi muiden ammatillisuus olla ikään kuin uhka omalle osaamiselle. Tästä seuraa usein pätemisen tarve, jottei tarvitse myöntää omaa epävarmuuttaan. (Mattila 2010, 110; Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 76.)

3.1 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on laaja käsite, joka sisältää muun muassa yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Se voi olla yhteistyötä, yhteisiä sosiaalisia sääntöjä tai esimerkiksi vallan käyttöä. Vuorovaikutusta kuvaavia sanoja on paljon erilaisia eri tilanteisiin. Sosiaali- ja terveysalalla useimmin käytettyjä ovat esimerkiksi yhteistyö, moniammatillisuus, dialogisuus ja asiakaslähtöisyys. (Mönkkönen 2007, 15.) Yhteistyötä ei voi olla ilman vuorovaikutusta. Siksi laadukas vuorovaikutus on erityisen tärkeää sosiaali- ja terveysalalla, kun tehdään yhteistyötä työpaikalla ja verkostossa eri organisaatioiden välillä. Vuorovaikutus on nimensä mukaisesti vuorottelua esimerkiksi puheessa. Sillä pyritään vaikuttamaan toisen osapuolen käyttäytymiseen, asenteisiin, ajatuksiin tai tunteisiin. Vuorovaikutus onkin jatkuvaa vuorottelua ja molemmat osapuolet ovat yhtä aikaa aktiivisia toimijoita. (Silvennoinen 2004, 15.)

Tässä opinnäytetyössä vuorovaikutuksella tarkoitetaan ensihoitohenkilökunnan sekä perusterveydenhuollon tai hoivayksikön henkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Ensihoidossa asiakkaan kohtaaminen ja tilan arvioiminen on tärkeintä. Kaikissa ensihoito-

tilanteissa on kuitenkin kyse vuorovaikutustilanteesta. Ammattitaitoisen ensihoitajan tulisi kyetä huomioimaan sekä asiakas että ympärillä olijat toimenpiteitä tehdessään ja herättää näin luottamusta ja uskottavuutta. (Castrén ym. 2012, 75.)

Vuorovaikutus jaetaan kahteen alalajiin, verbaaliseen eli sanalliseen vuorovaikutukseen sekä non-verbaaliseen eli sanattomaan vuorovaikutukseen. Sanalliseen vuorovaikutukseen luetaan puhe ja siihen liittyvät ilmeet sekä äänensävyt ja -painotukset. Sanattomaan vuorovaikutukseen kuuluvat katse, kuuntelu, koskettaminen, etäisyys toisesta, kehon liikkeet ja eleet sekä ilmeet ja eleet. Sanallista ja sanatonta viestintää ei voida irrottaa toisistaan, sillä ne tukevat toisiaan. (Castrén ym. 2012, 74.)

Vuorovaikutuskulttuurilla ja -järjestelmällä tarkoitetaan vuorovaikutussuhteen luonnetta. Se sisältää yhteisen käyttäytymisen odotuksia, normeja ja toimintatapoja. Vuorovaikutusjärjestelmiä on neljänlaisia. Hierarkkinen vuorovaikutusjärjestelmä on näistä vanhin ja siinä on voimakas kilpailuhenki. Omia mielipiteitä puolustetaan hanakasti. Konformistisessa järjestelmässä katsotaan tärkeäksi toimia normien mukaisesti ja vahtia, että muutkin tekevät niin. Kaikkien tulisi olla myös samaa mieltä kaikesta. Rationaalisessa järjestelmässä sen sijaan on mahdollista keskustella ja tuoda omia mielipiteitä julki, jotta lopputulos saavutettaisiin mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti. Neljännessä eli vapaan keskustelun järjestelmässä voi nimensä mukaisesti tuoda niin myönteisiä kuin kielteisiäkin mielipiteitä vapaasti julki. Se onkin lähimpänä tasarvoista vuorovaikutusta. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 52 - 53.)

Vuorovaikutustyyliä on kuvattu myös kuvaavilla sanapareilla:

- hallitseva - myötäilevä
- dramaattinen - epädramaattinen
- eloisa - ilmeetön
- vaikuttava - laimea
- vapautunut - jännittynyt
- valpas - välinpitämätön
- avoin - varautunut
- ystävällinen, myötäilevä - epäystävällinen, riidanhaluinen (Roivas & Karjalainen 2013).

Vuorovaikutustyyliä voidaan kuvailla myös suojautumishalua herättäväksi tai avointa vuorovaikutusta herättäväksi. Suojautumisen tarvetta herättävät arvostelu, kontrollointi, viileys, välinpitämättömyys, ylemmydentuntoisuus sekä ehdottomuus. Avointa vuorovaikutusta taas tukee ratkaisuihin pyrkiminen, kiinnostuneisuus, välittäminen, ymmärtäväisyys, tasa-arvoisuus ja tutkiva ote asioihin. Vuorovaikutustyylin lisäksi vaikuttaa vuorovaikutustilanteiden tulkintaan ja eri tilanteisiin sopeutumiseen liittyvä retorinen herkkyys sekä viestintärohkeus tai -arkuus. Retorisella herkkyydellä tarkoitetaan henkilön kykyä sovittaa oma viestintänsä tilanteen ja muiden vuorovaikutustilanteessa olevien mukaan. Viestintärohkeudella ja -arkuudella tarkoitetaan myönteistä tai kielteistä suhtautumista tiettyihin vuorovaikutustilanteisiin. Negatiivinen suhtautuminen ja tunnetila voivat johtua esimerkiksi tietystä ympäristöstä, tilanteesta, ihmisestä tai ihmisryhmästä. Arkuus taas on usein pysyvämpää ja liittyy monenlaisiin vuorovaikutustilanteisiin, mutta se voi olla myös sidonnainen esimerkiksi tiettyihin tilanteisiin tai ihmisiin. (Roivas & Karjalainen 2013, 8 - 10.)

Kaikelle vuorovaikutukselle yhteistä on kuitenkin se, että jokainen yksilö tuo vuorovaikutustilanteeseen oman taustansa, kokemuksensa ja ammatillisen osaamisensa. Näin ollen jokainen yksilö katsoo tilannetta omasta näkökulmastaan. (Mönkkönen 2007, 16.)

3.2 Tiedonkulku

Sanan *tiedonkulku* synonyymi on muun muassa *raportointi* ja sillä tarkoitetaan hoivapalveluiden ja perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan antamaa raporttia ensihoitajille. Tiedonkulku kattaa myös sähköiset potilasasiakirjat sekä käsin täytetyt asiakirjat, kuten ensihoitokertomuksen. Jotta tieto kulkisi, tarvitaan viestintää. Viestintä on välttämätöntä potilaan tai asiakkaan parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Viestinnässä tarvitaan viestin lähettäjä, viestintäkanava, viestin vastaanottaja sekä viesti, joka lähetetään. Esimerkiksi hoivakodin sairaanhoitaja välittää puheellaan potilaan tilannetta koskevan tiedon eli viestin ensihoitajalle, joka vastaanottaa viestin. Kaikkien näiden osatekijöiden tulisi olla tasapainossa ja laadultaan hyviä, jotta paras mahdollinen hoito toteutuisi. Hoitajilla on tässä tärkeä rooli, koska he välittävät, tuottavat ja vastaanottavat tiedon. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 156.)

Potilastietojen dokumentointi on oleellinen osa tiedonkulkua varmistamalla muun muassa, ettei pelkän muistin varassa oleva tieto pääse unohtumaan. Dokumentointi luo

myös oikeusturvan hoitohenkilöstölle ja sitä ohjaavat lainsäädäntö sekä erilaiset ohjeistukset. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 72; Kuisma ym. 2013, 36.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) määrittää dokumentteihin kirjattavan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi riittävän kattavat tiedot. Tietojen tulee olla yksiselitteisesti ymmärrettäviä. Potilaskertomuksesta tulee selvittää kaikki palvelutapahtumat tarkkoine tietoineen. Myös taudinmäärityksen, valitun hoidon sekä tehtyjen hoitoratkaisujen tulee käydä ilmi riittävän laajasti. Kaikista hoidon kannalta oleellisista konsultoinneista tulee olla merkintä potilasasiakirjoissa ja jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta täytyy tehdä loppulausunto. Ensihoitajien tulee tehdä merkinnät annetusta ensihoidosta sekä sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta. Jos lääkäriä on konsultoitu, tulee sekin merkitä potilasasiakirjoihin.

Suomessa ensihoitajilla on pääosin käytössä Kansaneläkelaitoksen Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta SV 210 -lomake. **Tapahtumatiedot**-kohtaan kirjoitetaan syy, miksi hätäkeskukseen on soitettu ja apuna voi esimerkiksi käyttää potilasta itseään tai avun soittanutta henkilöä. Heiltä voi kysyä oireita, kohtausta tai vammaa koskevia kysymyksiä. Tietojen tulee olla mahdollisimman kuvaavia ja ajankohdat tulee parhaimman mukaan selvittää. **Tila tavattaessa** -kohtaan kirjoitetaan mitä potilas tekee tai minkälainen on paikalle tulo hetkellä. Kohdassa tarkkaillaan potilasta sekä ympäristöä. Seuraavana ovat **Sairaudet, nykylääkitys, lääkeaine-allergiat ja aikaisemmat sairaalahoidot** -kohta. Siinä selvitetään potilaan perussairaudet, nykylääkitys nimineen, annostuksineen ja vahvuuksineen. Liitteenä voi antaa ajantasaisen lääkelistan. Liitteeksi voi antaa myös muita potilasasiakirjoja kuten esimerkiksi epikriisin tai kotisairaanhoidon kansion. Statusseurantaruudukkoon kirjataan ylös kaikki löydökset. Peruselintoiminnot kuten hengitys, verenkierto ja tajunta kartoitetaan kaikilta, muut tutkitaan riippuen tilanteesta. Seuraavaksi kirjataan mahdollinen **Hoito** eli toimenpiteet ja lääkkeet sekä niiden vaste. (Kuisma ym. 2013, 37 - 41.)

Hoffrén, Huovinen ja Mykkänen (2011) sekä Riesenberger, Leitzsch ja Cunningham (2010) saivat tuloksiksi tutkimuksissaan tiedonkulkua estäviä ja edistäviä tekijöitä. Listasimme taulukkoon 1 merkittävimmät tulokset.

Taulukko 1. Tiedonkulkua estävät ja edistävät tekijät (Hoffrén ym. 2011; Riesenber ym. 2010).

Tiedonkulkua estävät tekijät	Tiedonkulkua edistävät tekijät
keskeytykset (esim. puhelin, potilaskellot)	rauhallinen ympäristö
raportin standardisoimattomuus	standardoitu raportointimenetelmä
kiire	riittävä aika
väärä tai liian vähäinen tieto, epäolennais- ten asioiden raportoiminen sekä leveäsa- naisuus	ytimekäs, mutta perusteellinen raportti
tutkimukset ja toimenpiteet tai hätätilanne	viestin keskeisen sisällön toistaminen
väärinymmärrykset	selkeä, yksiselitteinen, kuuluva ja rauhalli- nen puhe
tuomitsevat asenteet	tuomitsevan tyylin välttäminen
hierarkkisten asemien luoma kitka henki- lökunnan välillä	palautteen antaminen
liian vähäinen henkilökunnan määrä	riittävä henkilökunnan määrä
stressaantuneet ja väsyneet hoitajat	epäselvistä asioista kysyminen
huono työilmapiiri	avoin ilmapiiri
epäpätevät tai kokemattomat työntekijät	

Tiedonkulun katkeaminen ja tiedon väärinymmärtäminen ovat yleisimpiä potilastur-
vallisuuden vaarantavia tapahtumia. Usein tieto katkeaa juuri potilaan siirtyessä osas-
tolta toiselle tai organisaatiosta toiseen esimerkiksi hoivakodista sairaalaan. Tämän ta-
kia etenkin suullisen raportoinnin järjestelmällisyyteen tulee kiinnittää huomiota. (He-
lovuo ym. 2012, 72.) Esimerkiksi hoitokodissa sattuneessa äkillisessä yleistilan las-
kussa olisi hyvä käyttää äkillisen yleistilan laskun toimintamallia, mikä helpottaa ti-
lanteessa tärkeän tiedonkulkua ja muistamista.

Jos äkillisen yleistilan laskun lomake ei ole saatavilla (Pohjois-Kymenlaakso), tulisi
käyttää jotakin muuta strukturoitua raportointi mallia kaiken oleellisen tiedon muista-
miseksi ja välittämiseksi eteenpäin. Eräs hyväksi havaittu ja WHO:n suosittama
malli on ISBAR-menetelmä. ISBAR-lyhenne tulee sanoista Identify, Situation, Back-
ground, Assesment ja Recommendation. Sanalla Identify tarkoitetaan tunnistamista eli
kerrotaan oma nimi, ammatti ja yksikkö sekä potilaan nimi, ikä ja henkilöturvatonuus.

Myös tietojen vastaanottaja tunnustetaan. Situation eli tilanne tarkoittaa raportoinnin syyn kertomista. Background tarkoittaa potilaan taustaa ja tilanteeseen olennaisesti liittyviä sairauksia, toimenpiteitä ja muita huomioitavia asioita kuten allergioita tai eristyksiä. Assesment eli nykytilanteen arviointi kohdassa kerrotaan potilaan vitaelielintoiminnot, nykyinen tilanne sekä hoidon tarpeen arviointi. Recommendation eli ehdota-kohdassa kerrotaan oma suositus tilanteeseen ja molemmilla osapuolilla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. (Helovuoto ym. 2012, 207 - 208; Kinnunen & Helovuoto 2012.)

Menetelmä on laadittu 1990-luvulla Yhdysvalloissa puolustusvoimien käyttöön. Menetelmä on käytössä monessa maassa myös joissakin suomalaisissa sairaaloissa. ISBAR-menetelmä on muuttanut raportointia ajallisesti ja sisällöllisesti tehokkaammaksi, sillä se tukee muistia. Menetelmä kaventaa myös ammattiryhmien hierarkkista kuitua esimerkiksi ensihoitajien ja hoivakodin lähihoitajien välillä. Näin ollen se parantaa potilasturvallisuutta. (Helovuoto ym. 2012, 207; Kuisma ym. 2013, 95; Kinnunen & Helovuoto 2012.)

3.3 Ammattitaito

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.61994/559) määrittää riittävän koulutustason ja muun ammatillisen pätevyyden laillistetuille ammattihenkilöille, luvan saaneille ammattihenkilöille ja nimikesuojatuille ammattihenkilöille. Työhömmee liittyviä laillistettuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat lähihoitajat. Ensihoitaja ei ole virallisesti laillistettu ammattihenkilö omalla nimikkeellään, mutta he ovat myös sairaanhoitajia eli siis laillistettuja ammattihenkilöitä.

Sairaanhoitajan tutkinnon laajuus on 210 op, terveydenhoitajien ja ensihoitajien taas 240 op. Heitä koulutetaan ympäri Suomea ammattikorkeakouluissa. Nykyään koulutetaan vain lähihoitajia. Heidän opintojen laajuus on 120 op, ja se suoritetaan toisen asteen oppilaitoksissa. Näin ollen jokainen Suomessa työskentelevä terveydenhuoltoalan ammattilainen on korkeasti koulutettu. Vaikka edellä mainittujen tutkintonimikkeet ja työtehtävät ovat erilaisia, on heidän kaikkien työnsä tavoite sama: terveyden edistäminen ja ylläpito, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Näin ollen he ovat toinen toistensa kollegoita. (Hakijan opas 2014; Sosiaali- ja terveystalan perustutkinto 2010.)

Ensihoitopalvelun eri yksiköissä on erilaisia henkilöstön koulutus ja pätevyysvaatimuksia. Perustason ensihoidon yksiköissä ainakin toisen tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus ja toisen tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, pelastaja tai sitä vastaavan aiemman tutkinnon suorittanut. Hoitotason ensihoidon yksikössä toisen on oltava ensihoitaja AMK tai sairaanhoitaja, joka on suorittanut ensihoidon hoitotason opintokokonaisuuden. Toisen henkilön on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastaja taikka sitä vastaavan aiemman tutkinnon suorittanut. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta.)

3.4 Kollegiaalisuus

Terveydenhuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoito, sekä kärsimysten lievittäminen. Eettisellä pohdinnalla on suuri merkitys terveydenhuollossa, sillä siinä kohdataan päivittäin elämän peruskysymyksiä. Etiikan avulla voidaan vastata kysymyksiin siitä mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin. Etiikka ei anna suoria vastauksia, mutta se antaa välineitä ongelmien ratkaisemiseen. Etiikkaan liittyy vahvasti arvot, moraalit, ihanteet ja periaatteet. Moraalilla käsitetään yleisesti hyväksytyjä käsityksiä ja periaatteita, jotka ilmenevät jokapäiväisessä elämässä. Eettiset arvot ovat etiikan perustaa ja yleisesti arvot voidaankin jakaa esteettisiin, tieteellisiin ja eettisiin arvoihin. Arvot ovat käsityksiä, jotka ilmaisevat mikä on oikein ja hyvää sekä mihin on oikea ja hyvä pyrkiä. Terveydenhuollon eri ammattiryhmillä on omia eettisiä ohjeistuksia, mutta ne kaikki perustuvat yhteisiin arvoihin, kuten ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus. Eettiset ohjeet liittyvät myös omaan ammattikuntaan ja työtovereihin. (ETENE 2010, 4 - 5.)

Susanna Helminen selvitti tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan henkilökohtaisia arvoja työssään. Arvoja tutkittiin neljällä tärkeimmällä ennalta valitulta alueelta: työn tekeminen, eteneminen/koulutus/urakehitys, työtoverit sekä työn ja vapaa-ajan suhde. Kollegiaalisuus nousi yhdeksi tärkeimmistä työtä ohjaavista arvoista kaikilla edellä mainituista alueista paitsi työn ja vapaa-ajan suhteessa. Arvostamiensa asioiden saavuttamiseksi vastaajat ilmoittivat toimivansa kollegiaalisuuden nimissä yhteistyöllä, tasavertaisuudella sekä toisen huomioon otamisella. Esteiksi kollegiaalisuudelle nähtiin huono yhteistyö, epäasiallinen käytös, joka esiintyi kateutena tai toisen työn väheksymisenä, sekä ajatusmaailmojen erot. Työssä kehittymistä edisti kollegojen kanssa keskustelu sekä tuki. Työssä ongelmista selvisi keskustelulla, palautteen antamisella, eri-

laisten toimintatapojen hyväksymisellä sekä arvostamalla toisen työtä. (Helminen 2006, 40 - 48.)

Terveystieteiden yhteisiä eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonta. Näistä etenkin kaksi jälkimmäistä liittyy läheisesti työhömmme. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan (johon luetaan myös ensihoitajat) sairaanhoidajan tulee yhdessä muiden kanssa vastata työn laadusta, tukea toisia työssä kokonaisvaltaisesti ja kunnioittaa omaa sekä muiden asiantuntemusta. Myös kollegiaalisuuden korostaminen ja toisen konsultointi potilaan edun sitä vaatiessa löytyy ohjeista. Etiikka liittyy vahvasti lakeihin ja vaikka laki on se minimi, jota tulee noudattaa niin yleensä eettinen velvollisuus ylittää sen. (ETENE, 4 - 15; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 37 - 38; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet.)

Kollegiaalisuus tarkoittaa ihmisten välistä ammatti- eli työtoveruutta ja virkaveljeyttä ja se ilmenee samaa ammattia harjoittavien ihmisten käyttäytymisessä. Kollegiaalisuus vaatii toisen henkilön tai ryhmän, jossa ammatillinen vuorovaikutus ja yhteistyö tapahtuvat. (Kurtti-Sonninen 2003, 37.) Kollegiaalisuus liitetään usein lääkärikuntaan ja heillä onkin olemassa virallinen kollegiaalisuusohje, joka velvoittaa heitä käyttäytymään kollegiaalisesti sekä työssä että muissa suhteissa (Kollegiaalisuusohje 2014). Kuten aiemmin mainittiin, niin myös muilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on kollegiaalisuuteen liittyviä eettisiä ohjeistuksia. Kollegiaalisuutta voidaan ajatella ”yhteishengenä” saman ammattialan työntekijöiden välillä, mutta laajimmillaan myös samalla alalla työskentelevien ammattiryhmien välillä. Se on tasavertaista ammatillisesta vuorovaikutussuhdesta. Kollegiaalisuutta voidaan pitää voimavarana, mutta se ei saa olla sellaista, jossa peitellään toisen henkilön virheitä kollegiaalisuuden nimissä. (Kurtti-Sonninen 2003, 37 - 38.)

Kollegiaalisessa työyhteisössä on avoin ilmapiiri, jossa uskalletaan kertoa oman mielipiteensä, ilmaista tunteensa ja jossa kunnioitetaan toinen toista. Ammattietiikka ohjaa tällaista kollegiaalista käyttäytymistä. Työyhteisöissä joissa kollegiaalisuutta ei esiinny, se näkyy kilpailuna, juoruiluna ja non-verbaalisena arvosteluna, kuten tuhahtuksina, kasvojen ilmeinä tai muina eleinä. Ammatti-identiteetillä ja korkealla itsekunnioituksella on myös vaikutusta kollegiaalisuuteen, sillä vain jos henkilö kunnioittaa itse-

ään, hän voi kunnioittaa myös työtovereitaan. Moraali, sivistyneet käytöstavat ja ammatillisuus ovat kaikki tärkeitä kollegiaalisuuden muodostumiseen ja jokainen henkilö voi omalla toiminnallaan vaikuttaa siihen. (Kurtti-Sonninen 2003, 42 - 43, 48, 103.)

Jaana Peltola selvitti tutkimuksessaan kollegiaalisuuden esiintymistä sekä sitä estäviä ja edistäviä asioita. Kollegiaalisuus ilmeni luottamuksena toiseen ja toisen tekemään työhön, tuen antamisena sekä palautteena. Luottamukseen vaikutti myös erilaisten työtapojen hyväksyminen. Työtoverin auttaminen, arvostaminen ja yleiset hyvät käytöstavat katsottiin myös kuuluvan kollegiaalisuuteen. Käytöstapoja pidettiin erittäin merkittävänä ja siihen liittyi toisen huomiointi, ystävällisyys ja non-verbaalinen viestintä. Kollegiaalisuus ilmeni yhteistyössä auttamisena ja konsultoimisena. Hoitajien mielestä konsultointi oli vaikeaa, koska he eivät halunneet myöntää tietämättömyyttään jostain asiasta. Helpommaksi koettiin konsultoida oman työyhteisön jäseniä, kuin ulkopuolisia. (Peltola 2003, 26 - 33.)

3.5 Asenteet

Factum-tietosanakirja (2003, 149) määrittelee asenteen sosiologiseksi ja tunneperäiseksi käsitykseksi ja suhtautumistavaksi, joka ilmenee tietynlaisena käyttäytymisenä. Asenne ei perustu tiedollisiin käsityksiin. Sitä ei myöskään voida todistaa oikeaksi tai vääräksi, sillä se on eräänlainen arvovalinta. Silvennoinen (2004, 98) on kirjassaan samaa mieltä ja määrittelee asenteen pysyväisluonteiseksi ja johdonmukaisiksi tavoiksi suhtautua eri ihmisiin ja tilanteisiin. Asenteet eivät kuitenkaan ole kiveen hakattuja, vaan niitä voi itse tietoisesti muuttaa.

Asenteet siis vaikuttavat siihen, miten ymmärrämme ja vastaanotamme tiedon. Viestin vastaanottaminen on kolmivaiheinen prosessi. Ensimmäisessä vaiheessa saamme aistihavainnon, joka muuttuu aivoissamme tulkinnaksi. Lopuksi tulkitsemme viestin asenteidemme ja kokemustemme perusteella. Jokainen siis tulkitsee viestin erilailla ja neutraaliksi tarkoitettulla viestillä voi olla negatiivinen vaikutus. Tämä korostuu etenkin silloin, kun vuorovaikutustilanteessa olevat eivät tunne toisiaan eikä heidän tyyliään ajatella ja esittää asiat. (Silvennoinen 2004, 91 - 92.)

Viestien tulkintaan vaikuttavat paljon myös niin sanotut peruskokemukset, ennakkokäsitykset, uskomukset sekä vallitsevat ympäristö- ja tilannetekijät. Se on ihmismielelle ominainen tapa työskennellä ja kommunikoida. Peruskokemuksilla tarkoitetaan

ajatusmalleja ja sääntöjä, joita luomme kokemuksiemme perusteella. Niistä riippuu se, miten näemme ja koemme asiat ja miten asennoidumme niihin. Tästä syystä on vaikeaa nähdä asioita, jotka eivät sovi perusolettamuksiimme. Uskomuksilla taas tarkoitetaan esimerkiksi ympäristöstä, taidoistamme tai käyttäytymisestämme tekemiämme yleistyksiä, joita pidämme varmoina. Uskomukset saavat meidät pitämään mielipiteistämme kiinni, jopa ilman todisteita niiden tueksi. Vuorovaikutukselle haitallisimpia uskomuksia ovat toivottomuus, avuttomuus ja arvottomuus. (Silvennoinen 2004, 94.)

Toivottomuudella tarkoitetaan sitä, että jostakin henkilöstä on luotu muiden puheiden perusteella negatiivinen kuva ilman omaa kokemusta tai tietoa. Se luo kuvan, että kyseisen henkilön kanssa on mahdotonta tehdä yhteistyötä ja voi johtaa vuorovaikutustilanteiden välttelyyn hänen kanssaan. Avuton henkilö taas kuvittelee kaikkien muiden saavan enemmän arvostusta ja kannustusta kuin hän itse. Tämä saa henkilön passiivitumaan, koska hän ajattelee, ettei kukaan kuitenkaan kannattaisi hänen ajatustaan. Myös arvottomuuteen uskova ajattelee, ettei kukaan kuitenkaan kuuntele häntä. Siksi hän heittäytyy passiiviseksi ja antaa muiden hoitaa puhumisen. Tällaisesta uskomuksesta tuleekin itseään toteuttava ennuste. Uskomukset vaikuttavat vahvasti siihen, muutammeko omia asenteitamme vai odotammeko vain muiden muuttuvan. Pahimmillaan näihin uskomuksiin lukkiudutaan ja hankaloitetaan vuorovaikutusta. Uskomukset kaventavat henkilön näkökenttää niin, että hän näkee vain tietyt usein negatiiviset ja arkiset asiat. (Silvennoinen 2004, 94 - 96.)

Auvisen ym. (2012, 56 - 60) tutkimuksesta ilmenee että ensihoitajat mieltävät työnsä potilaiden auttamiseksi ja pitävät ammatillisena kunnia asiana suhtautua kaikkiin potilaisiin samalla tavalla huolimatta potilaan taustoista tai kunnosta. He korostavat, että kaikkiin potilaisiin suhtaudutaan samalla tavalla ja suoritetaan tarvittavat tutkimukset, vaikka potilas olisikin entuudestaan tuttu, eikä välttämättä tarvitsisi välitöntä hoitoa. Kuitenkin yhteistyön sosiaali- ja terveydenhuollon muiden toimijoiden kanssa he mieltävät usein pakkona. Tutkimuksessa haastatellut ensihoitajat käyttävät esimerkkinä yhteistyötä kotihoidon kanssa. Heidän mielestään kotihoidon henkilökunta sysää vastuun potilaistaan liian kevyin perustein ensihoitajille, koska eivät itse kykene, halua tai uskalla tehdä päätöstä potilaan akuuttihoitoon tarpeesta. He painottavat, että ensihoitopalvelut ovat valmiusorganisaatioita, kuten poliisit ja pelastuslaitostoiminta, ja heille kuuluu vain ensihoito. He perustelevat kantaansa sillä, että jos he ovat esimerkiksi tiputtamassa antibioottia vanhukselle kotihoidossa, sitoo se ensihoitoyksikön

pitkäksi aikaa pois mahdollisesti akuutimmilta tehtäviltä. Haastattelut kertovat, että ensihoitajat eivät toimi palvelukokonaisuuden vaan oman organisaationsa ja toimintatapojensa ehdoilla. Tämä johtuu ensihoitajien erikoistumisesta omaan alaansa, mikä tehostaa kyllä ensihoitoa, mutta sen kääntöpuolena ilmenee omaan toimeen keskittyminen. Tämä taas voi johtaa siihen, että suurin osa tiedosta jää ensihoitajille, eikä välity kokonaisuudessaan muille organisaatioille.

4 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä ensihoitopalveluihin Kymenlaaksossa. Tässä tutkimuksessa asiakkailla tarkoitetaan hoiva- ja perusterveydenhuollon yksiköiden henkilökuntaa, jotka työssään ovat tekemisissä ensihoidon kanssa.

Tarkoituksena oli selvittää tyytyväisyyttä yhteistyöhön vuorovaikutuksen, kollegiaalisuuden ja tiedonsiirron osa-alueilla. Halusimme myös selvittää, kuinka yksiköiden henkilökunta toimii äkillisissä yleistilan laskuissa. Selvitämme myös siirtokuljetusohjeen tunnettavuutta ja kuinka he noudattavat ohjetta.

1. Miten toimii ensihoidon ja terveydenhuollon toimipisteiden välinen yhteistyö
 - vuorovaikutuksen näkökulmasta
 - kollegiaalisuuden näkökulmasta
 - tiedonkulun näkökulmasta
2. Miten hoitohenkilöstö toimii äkillisessä yleistilan laskuissa?
3. Miten siirtokuljetusohje tunnetaan ja kuinka sitä noudatetaan?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kysely tiedonkeruumenetelmänä

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimustavan. Määrällistä tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi menetelmäksi. Sillä saadaan tulokseksi lukumääriä ja prosentteja, joita voidaan havainnollistaa taulukoilla ja kuvioilla. Sillä tutkitaan asioiden välisiä suhteita tai tutkittavan ilmiön muutoksia ja se vastaa kysymyksiin mikä? missä? paljonko? kuinka usein? Menetelmällä kartoitetaan

yleensä tutkittavan ilmiön nykytilaa, mutta sen avulla ei pystytä syvällisemmin perehtymään asioiden syihin. (Heikkilä 2001, 16 - 17.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan tarvittavat tiedot kerätä joko valmiista tilastoista, rekistereistä, tietokannoista tai tiedot voidaan kerätä itse. Me päädyimme keräämään tiedot itse, koska aiheestamme ei ole riittävästi tietoa ja haluamme uutta tietoa. Valmiiden tietojen käytössä on usein ongelmana tietojen riittämättömyys tai niitä joudutaan muokkaamaan paljon. Valmiita tietoja käytetäänkin yleensä omien tulosten vertailemiseen. Tiedonkeruumenetelmän valintaan vaikuttavat tutkittava asia, tavoite, aikataulu ja budjetti. Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksi kyselyn, joka tehdään ZEF-ohjelmalla ja siihen vastataan internetissä sähköpostiin tulleella linkillä. (Heikkilä 2001, 18 - 19.)

5.2 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksessamme käytimme otantamenetelmänä harkinnanvaraista otantaa. Tutkimme 24:ää eniten hätänumeroon soittanutta yksikköä Kymenlaaksossa. Kohdistimme kyselyn kaikille hoitotyötä tekeville koulutetuille ammattihenkilöille. Otimme yhteyttä yksiköiden esimiehiin ja tiedotimme tulevasta kyselystä. Haimme tutkimusluvut Kotkan, Kouvolan, Haminan ja Pyhtään kaupungeilta. Tutkimuslupien saavuttua, lähetimme esimiehille sähköpostitse saatekirjeen (Liite 1) ja linkin kyselyyn. Annoimme sähköpostissa tarkat tiedot siitä kenelle kysely on tarkoitettu. Jätimme kouluttamattoman henkilökunnan kyselyn ulkopuolelle, sillä yleensä paikalla on koulutettu henkilö, joka ottaa vastuun ambulanssia soitettaessa. Harkinnanvaraisessa otannassa valitaan tutkittava otos harkitusti, mutta kuitenkin objektiivisuuden ja tasapuolisuuden säilyttävästi. Harkinnanvaraisessa otannassa, ei toteudu otannan perusedellytys, että kaikilla on yhtä suuri mahdollisuus päästä otokseen. Tälläkin menetelmällä voi kuitenkin saada luotettavia tutkimuksia, mutta tutkimuksen tekoon tulee kiinnittää huomiota. Menetelmä vaatii aihealueen ja perusjoukon tuntemista, ja tulokset on tulkittava harkitusti. Otannan etuna on sen nopeus, joustavuus ja edullisuus. Haittana voi kuitenkin olla, ettei valittu joukko edusta koko perusjoukkoa. Harkinnanvaraista otantaa käytetään usein esitestaukseen ja ideoiden kehittelyyn. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 36.)

5.3 Kyselylomakkeen laadinta

Oleennaista kyselytutkimuksessa on kyselylomake (Liite 2) ja suunnittelimme sen huolellisesti, ettei kysymysten huono asettele johtaisi virheisiin. Esitestasimme kyselylomakkeen viidellä henkilöllä, jotka eivät kuuluneet otokseemme. Esitestauksen perusteella jätimme muutaman kysymyksen pois ja tarkensimme muutamaa kysymystä. Kysymyksemme pohjautuvat tutkittuun teorian tietoon. Teimme kysymyksistä myös muuttujataulukon (Liite 3). Lomakkeen suunnitteluun vaikutti myös tulosten esitystapa sekä se, miten tarkkoja vastauksia haluttiin. Kyselylomakkeen kysymysten avulla tulee saada selville vastaukset tutkimusongelmiin. Suljetuissa kysymyksissä merkitään sopivin vaihtoehto valmiista vastausvaihtoehdoista. Niitä voidaan kutsua myös monivalintakysymyksiksi tai strukturoiduiksi kysymyksiksi. Niitä käytetään silloin, kun vastausvaihtoehdot ovat tiedossa ja niitä on rajoitetusti. Kyselylomakkeemme on standardoitu eli kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat samalla tavalla. Käytimme omassa tutkimuksessamme suljettuja kysymyksiä, kysymyksiin joihin ei voinut soveltaa asenneasteikkoa. (Heikkilä 2001, 47 - 52; Vilka 2007, 28.)

Likertin asenneasteikkoa käytimme mielipidemittauksissa. Tämä asteikko kuuluu suljettuihin kysymystyyppeihin. Asteikon etuna on se, että pieneen tilaan mahtuu paljon informaatiota. Tutkimuksessa käytimme 4- portaista Likert-asteikkoa, jossa 1 on täysin erimieltä ja 4 on täysin samaa mieltä. Asteikosta on jätetty pois ”en osaa sanoa” -vaihtoehto, sillä halusimme vastaajien ottavan kantaa jompaankumpaan suuntaan. Kyselyä tehtäessä huomasimme kuitenkin, että Zef-ohjelma antaa automaattisesti ”en osaa sanoa” -vastausvaihtoehdon. Koska tutkimme vastaajien asenteita ja mielipiteitä, on tärkeätä että vastaajat vastaavat rehellisesti oman mielipiteensä mukaan. (Ks. Heikkilä 2001, 52 - 55.)

5.4 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on kolme aineiston käsittelyn vaihetta eli lomakkeiden tarkastus, havaintomatriisin teko sekä tallennetun tiedon tarkistus. Aloimme analysoida kyselyn vastauksia vastausajan umpeuduttua. Zef-ohjelma teki havaintomatriisin valmiiksi Exceliin, mikä oli meille etu suuren kysymysmäärän vuoksi. Havaintomatriisia tuli kuitenkin muokata esimerkiksi poistamalla puutteelliset tai kohderyhmäryhmän ulkopuolella olevien vastaukset ennen kuin sitä voitiin käyttää. Teimme jokaisesta kysymyksestä taulukon ja graafisen kuvan. Tulokset ovat esitetty prosentteina ja

frekvensseinä. Ristiintaulukoimme myös kysymyksiä joissa oli paljon hajontaa vastauksissa. Käytimme siinä ammattinimikettä ja työyksikköä, mutta ristiintaulukointi ei antanut millekään kysymykselle suurta vaihtelua. (Ks. Vilka 2007, 105 - 113.)

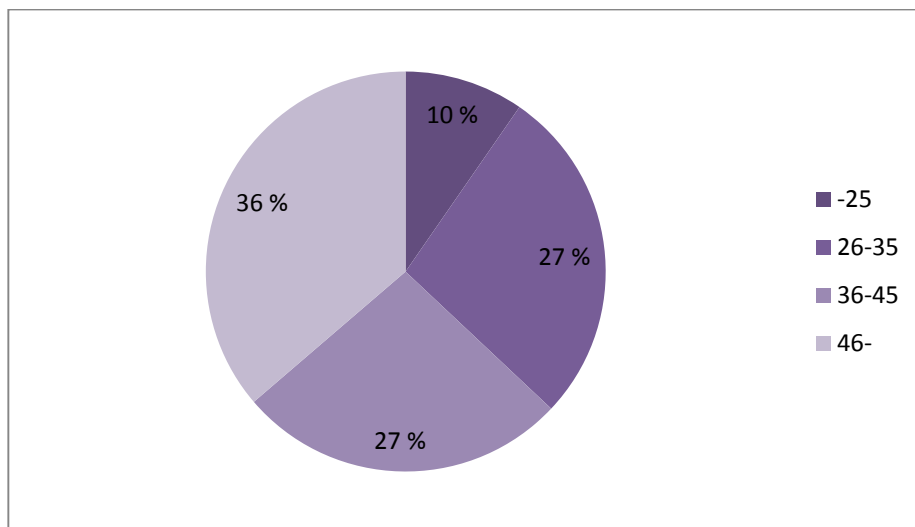
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi yhteensä 154 henkilöä. Näistä karsittiin vaillinaiset vastaukset sekä vastaukset joihin oli vastannut muut kuin nimikesuojatut tai laillistetut hoitotyön ammattilaiset. Lopullinen määrä oli 135 lähi- ja sairaanhoitajaa ja vastausprosentiksi tuli 37,8 %. Kyselylomake sisälsi 49 kysymystä, joista kysymykset 1 - 6 käsittelivät taustamuuttujia. Viimeinen taustamuuttuja määritteli vastaajalle sopivat jatkokysymykset. Loput kysymykset oli jaettu kuuteen pääluokkaan. Kysymykset 7 - 46 vastasivat ensimmäiseen tutkimusongelmaan. Kysymykset 41 - 45 vastasivat toiseen tutkimusongelmaan ja kysymykset 47 - 49 vastasivat kolmanteen tutkimusongelmaan.

Tutkimuksen tulokset havainnollistettiin taulukoissa frekvensseinä, koska tällöin nähdään selkeämmin vastausten hajonta. Kuvissa tulokset esitetään prosentteina, sillä ne havainnollistavat mielestämme kuvia paremmin kuin frekvenssit.

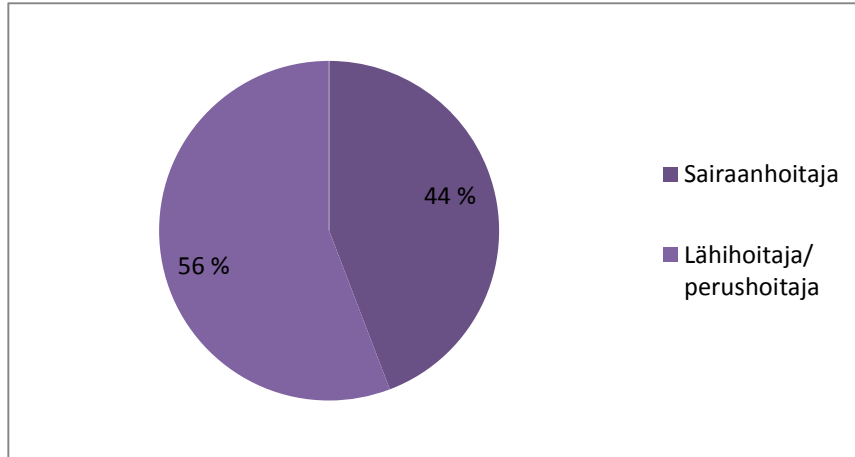
6.1 Taustatekijät

Vastanneiden ikäjakauma oli tasaisesti jakautunut, kuten kuvasta 1 näkyy. Vain nuorin ryhmä erottui selkeästi joukosta pienimmällä määrällä, johon kuului vain 10 % (f=13) vastaajaa. Eniten eli 36 % (f=49) vastanneista kuului yli 46-vuotiaiden ryhmään.



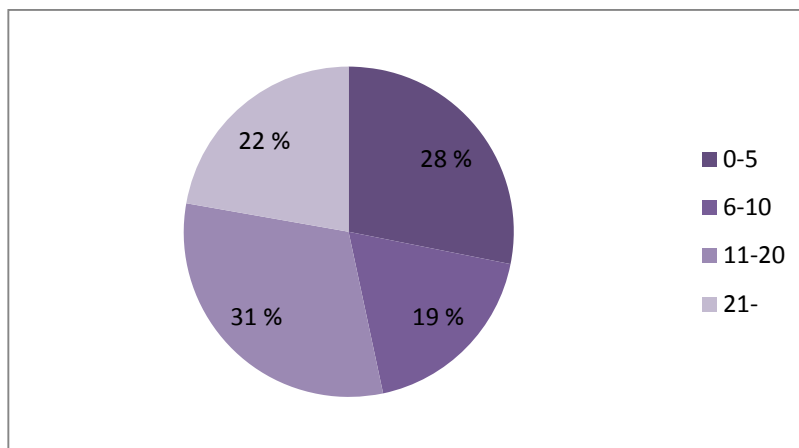
Kuva 1. Vastaajien ikäjakauma (n=135)

Ammattinimikkeet jakautuivat lähes puoliksi sairaanhoitajiin, joita oli 44 % (f=57) ja lähi- tai perushoitajiin, joita oli 56 % (f=72). Muilla nimikkeillä työskenteleviä nimeksuojattuja tai laillistettuja hoitotyön ammattilaisia ei ollut vastaajien joukossa (Kuva 2).



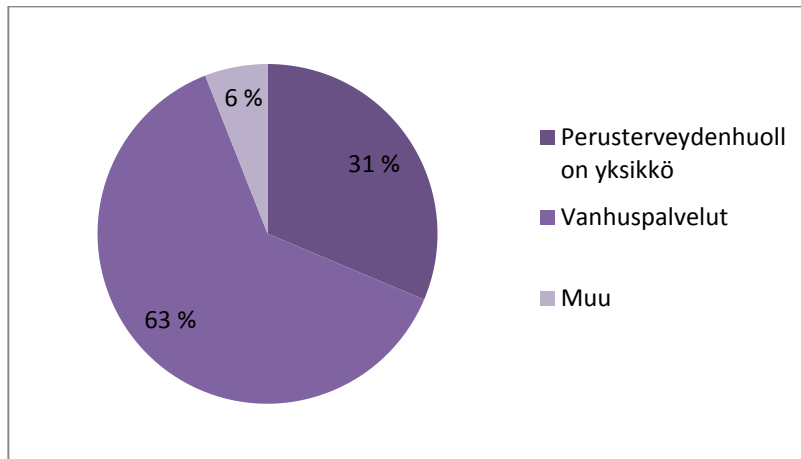
Kuva 2. Vastaajien ammattinimikkeet (n=129)

Kuva 3 havainnollistaa vastaajien työkokemusta hoitoalalta, mikä jakautui lähes tasaisesti neljään ryhmään. Vähiten eli 19 % (f=25) oli 6 - 10 vuoden työkokemuksen omaavia ammattilaisia. Suurin määrä vastaajista eli 31 % (f=42) oli 11 - 20 vuotta töissä olleita.



Kuva 3. Vastaajien työkokemus vuosina (n=135)

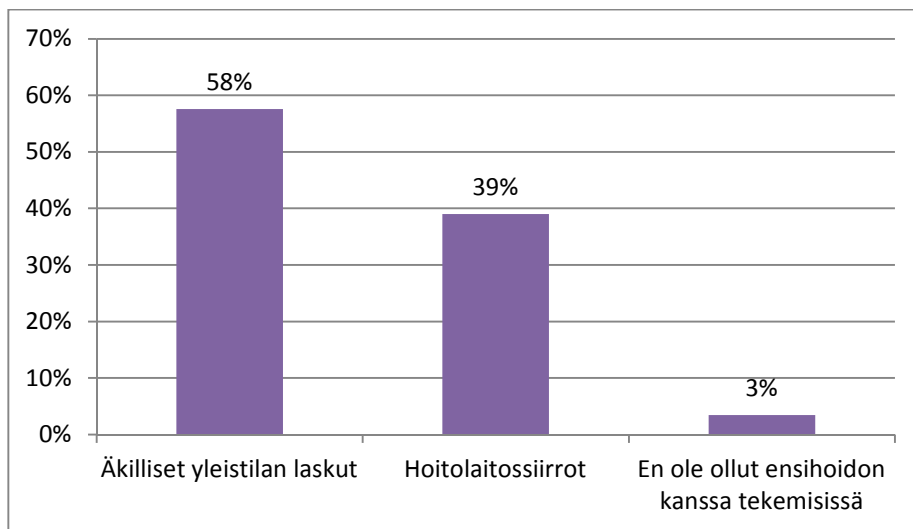
Työyksiköistä peräti 63 % (f=84) oli vanhuspalveluihin kuuluvia. Vähiten eli vain 6 % (f=8) oli erilaisten kuntoutuslaitosten työntekijöitä. Nämä kuuluvat kategoriaan ”muu” (Kuva 4).



Kuva 4. Vastaajien työyksikkö (n=134)

Vastaajista 85 % (f=114) työskenteli Etelä-Kymenlaakson alueella ja vain 15 % (f=20) Pohjois-Kymenlaaksossa.

Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto kysyttäessä, missä tilanteissa he olivat olleet ensihoitajien kanssa yhteistyössä (kuva 5). Suurin osa, 58 % (f=118), on ollut ensihoidon kanssa tekemisissä äkillisen yleistilan laskun yhteydessä ja vain 3 % (f=7) ei ole ollut tekemisissä ensihoitajien kanssa ollenkaan.



Kuva 5. Vastaajien yhteistyötilanteet ensihoitajien kanssa (n=205)

6.2 Vuorovaikutuksen toimivuus

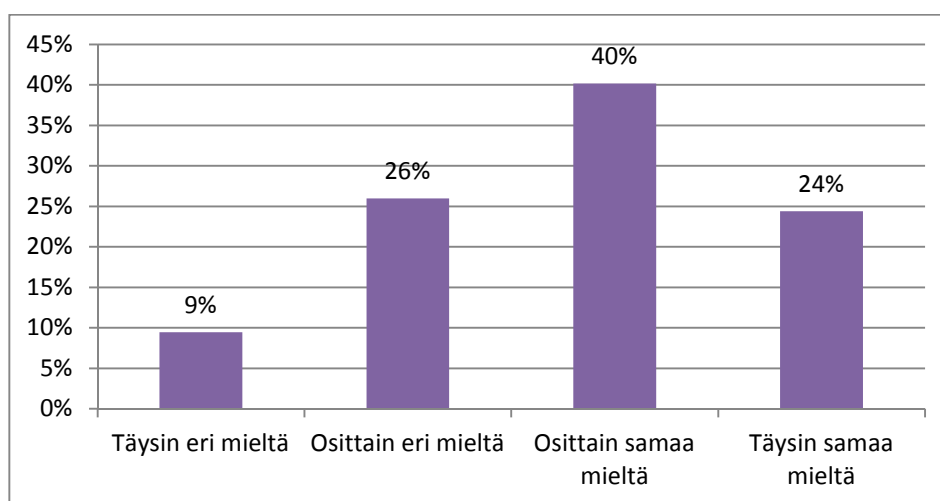
Taulukosta 2 selviävät vuorovaikutukseen liittyvät kysymykset ja vastaajien mielipiteet niihin. Vastaajista noin kolmannes (f=45) oli eri mieltä ensihoitajan puheen ja äänensävyänsä asiallisuudesta. Lähes kolmannes (f=37) piti myös ensihoitajan eleitä ja il-

meitä epäasiallisina. Ensihoitaja kuitenkin herätti luottamusta (f=102) ja uskottavuutta ammattitaidollaan (f=94) vastaajissa. Eniten positiivista palautetta ensihoitajat saivat potilaiden asiallisesta kohtelusta 103 vastaajalta.

Taulukko 2. Vuorovaikutus ensihoitajan kanssa

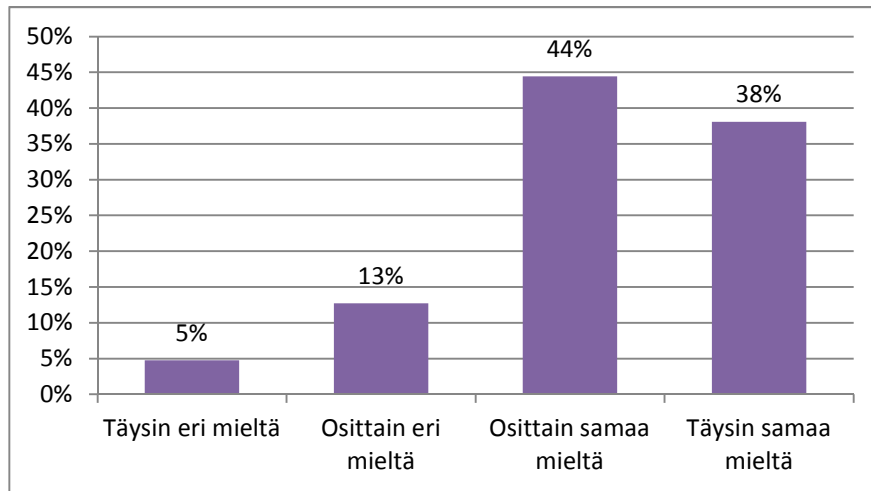
Vuorovaikutus/ f	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Ensihoitaja herätti minussa luottamusta (f=128)	3	22	70	32
8. Ensihoitaja herätti ammattitaidollaan uskottavuutta (f=112)	3	14	58	36
9. Ensihoitajan puhe ja äänensävy olivat asiallisia (f=127)	12	33	50	31
10. Ensihoitaja kuunteli minua (f=124)	9	32	43	39
11. Ensihoitajan eleet ja ilmeet olivat asiallisia (f=126)	7	30	55	33
12. Vuorovaikutustilanteessa oli avoin ilma- piiri (f=126)	8	28	56	33
13. Ensihoitaja suhtautui asiallisesti potilaa- seen (f=126)	6	16	55	48

Eniten negatiivista palautetta tuli 35 %:lta (f=45) vastaajista ensihoitajien puheen ja äänensävyn asiallisuudesta (kuva 6). Hieman samansuuntaisia tuloksia tuli ensihoitajien yleisestä asiallisuudesta (kuva 12), josta 23 % (f=29) vastaajista oli eri mieltä.



Kuva 6. Väite: Ensihoitajan puhe ja äänensävy olivat asiallisia (n=127)

Vaikka vastaajat kokivat ensihoitajan hieman epäasiallisena heitä kohtaan, suhtautuivat ensihoitajat kuitenkin potilaaseen asiallisesti (kuva 7). Tätä mieltä oli 82 % (f=103) vastaajista.



Kuva 7. Väite: Ensihoitaja suhtautui asiallisesti potilaaseen/asiakkaaseen (n=126)

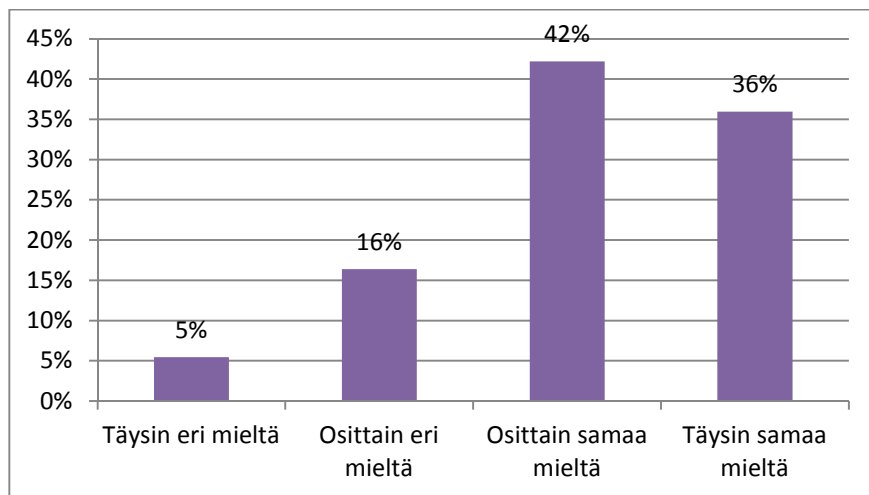
6.3 Kollegiaalisuuden ilmeneminen

Suurin osa (f=100) vastaajista pitää ensihoitajaa kolleganaan ja 117 henkilöä luottaa ensihoitajan tekemään työhön (taulukko 3). Kuitenkin reilusti yli puolet (f=71) vastaajista koki, ettei ensihoitaja arvostanut hänen työtään ja vajaa puolet (f=55) kokivat ensihoitajan väheksyvän heidän työtään. Siitä huolimatta lähes kaksi kolmasosaa (f=75) vastanneista koki ensihoitajan luottavan hänen tekemäänsä työhön ja kolme neljäsosaa (f=92) piti ensihoitajaa myös ystävällisenä.

Taulukko 3. Kollegiaalisuus

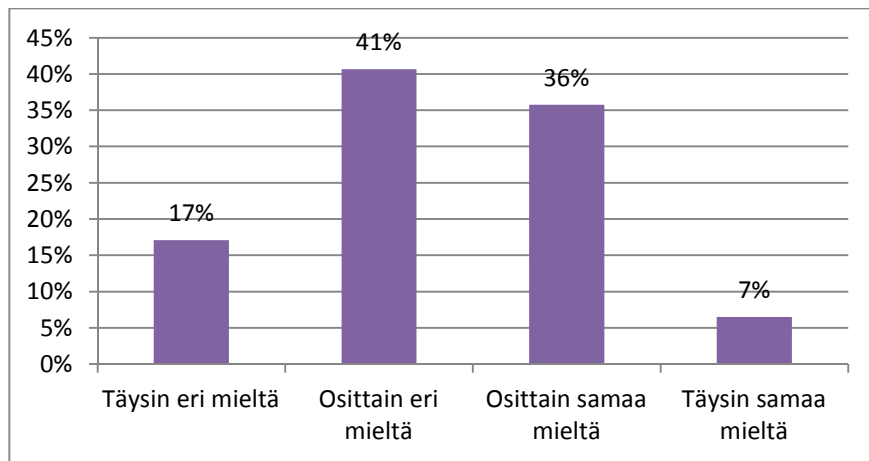
Kollegiaalisuus/f	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
14. Pidän ensihoitajaa kollegana (f=128)	7	21	54	46
15. Luotan ensihoitajan tekemään työhön (f=124)	2	5	55	62
16. Ensihoitaja arvostaa työtäni (f=123)	21	50	44	8
17. Ensihoitajalla oli hyvät käytöstavat (f=124)	13	29	56	26
18. Ensihoitaja huomioi minua (f=125)	6	36	60	23
19. Ensihoitaja oli ystävällinen (f=122)	6	24	68	24
20. Uskalsin kertoa omat mielipiteeni (f=125)	5	15	44	61
21. Ensihoitaja kunnioitti minua (f=121)	10	42	48	21
22. Ensihoitaja oli asiallinen (f=125)	4	25	59	37
23. Ensihoitaja väheksyi työtäni (f=124)	37	32	44	11
24. Ensihoitaja luotti työhöni (f=119)	9	35	58	17
25. Tunsin itseni tasavertaiseksi ensihoitajan kanssa (f=123)	14	50	44	15

Kuvasta 8 selviää, että suurin osa 78 % (f=100) vastaajista piti ensihoitajaa kolleganaan. Vastaavasti 76 % (f=92) vastaajista piti ensihoitajaa ystävällisenä (taulukko 3).



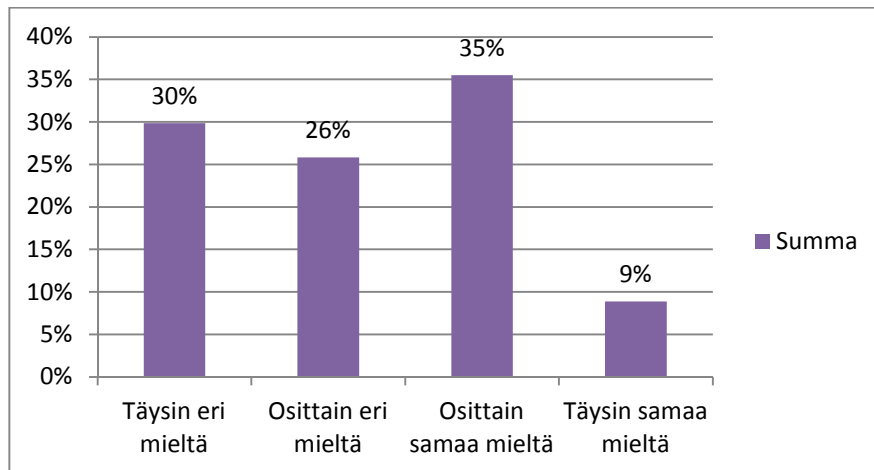
Kuva 8. Väite: Pidän ensihoitajaa kollegana (n=128)

Yli puolet, 58 % (f=71), vastaajista oli sitä mieltä, ettei ensihoitaja arvostanut hänen työtänsä (kuva 9).



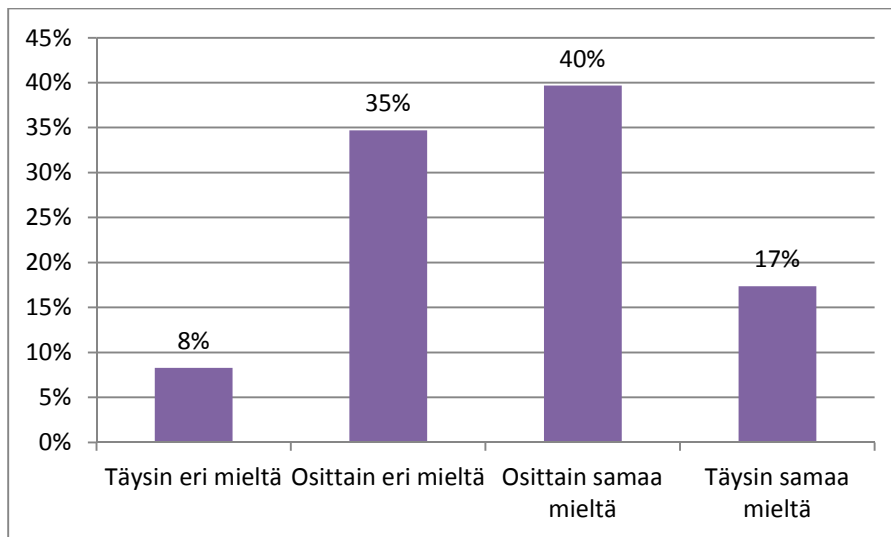
Kuva 9. Väite: Ensihoitaja arvostaa työtäni (n=123)

Kuten edellä, lähes puolet 44 % (f=55) vastaajista oli sitä mieltä, että ensihoitaja väheksyi heidän työtään (kuva 10).



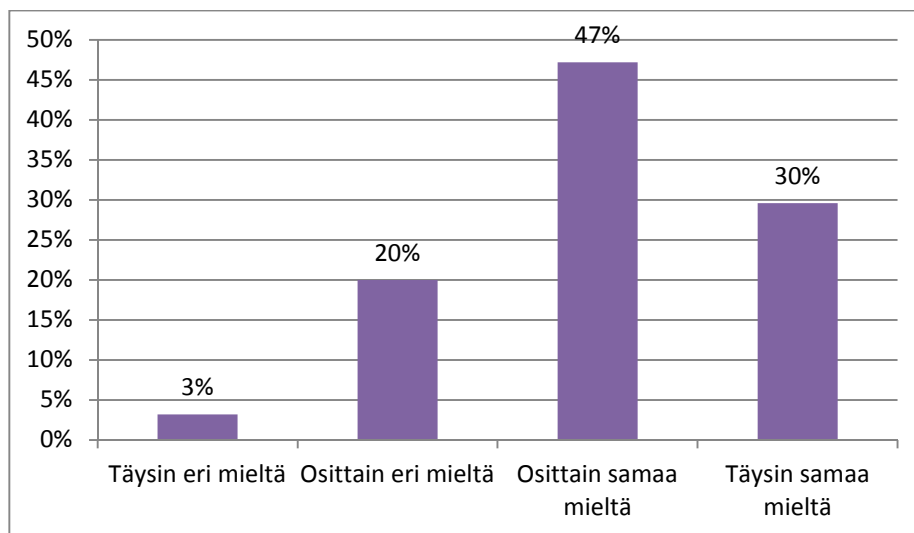
Kuva 10. Väite: Ensihoitaja väheksyi työtäni (n=124)

Peräti 43 % (f=52) vastaajista koki, ettei ensihoitaja kunnioita heitä (kuva 11). Kuitenkin yli puolet, 57 % (f=69), oli sitä mieltä että ensihoitajat kunnioittavat heitä.



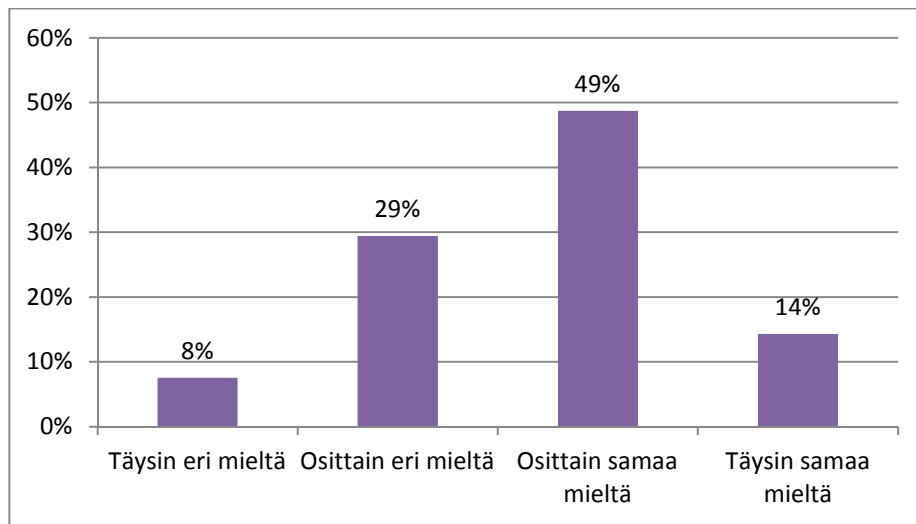
Kuva 11. Väite: Ensihoitaja kunnioitti minua (n=121)

Kuva 12 havainnollistaa vastaajien mielipiteitä ensihoitajan asiallisuudesta. Vastaajista 77 % (f=96) arvioi ensihoitajat asiallisiksi. Vain 23 % (f=29) oli eri mieltä asiasta (kuva 12).



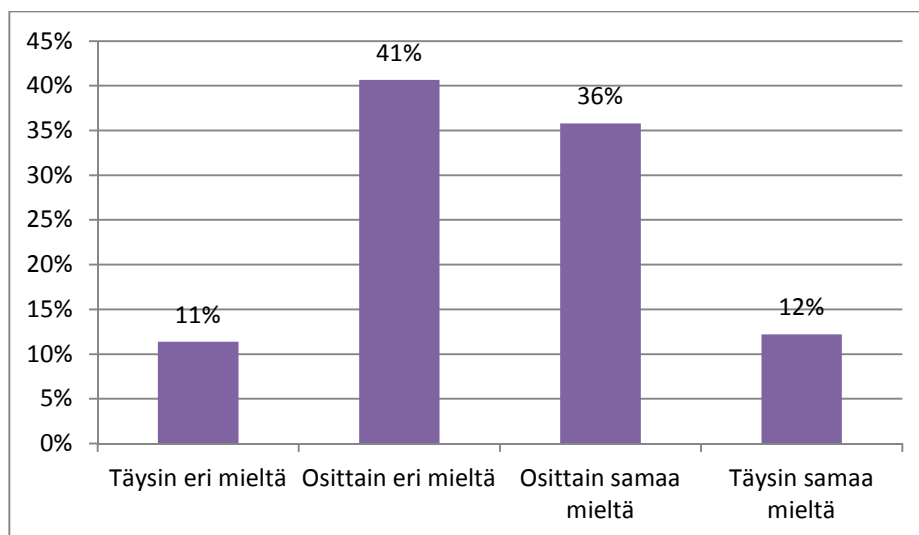
Kuva 12. Väite: Ensihoitaja oli asiallinen (n=125)

Vastaajien arvioissa ensihoitajien luottoa vastaajien tekemää työtä kohtaan yli puolet vastaajista, 63 % (f=75), oli sitä mieltä että ensihoitaja luottaa heidän työhönsä ja 37 % eli 44 vastaajaa oli asiasta eri mieltä (kuva 13). Tulokset olivat lähes samanlaiset kuin kuvassa 10, jossa käsiteltiin ensihoitajien väheksymistä vastaajien työtä kohtaan.



Kuva 13. Väite: Ensihoitaja luotti työhöni (n=119)

Itsensä tasavertaiseksi ensihoitajan kanssa tunteneita oli 48 % (f=59). Eri mieltä tasavertaisuudesta oli 52 % (f=64). (Kuva 14).



Kuva 14. Väite: Tunsin itseni tasavertaiseksi ensihoitajan kanssa (n=123)

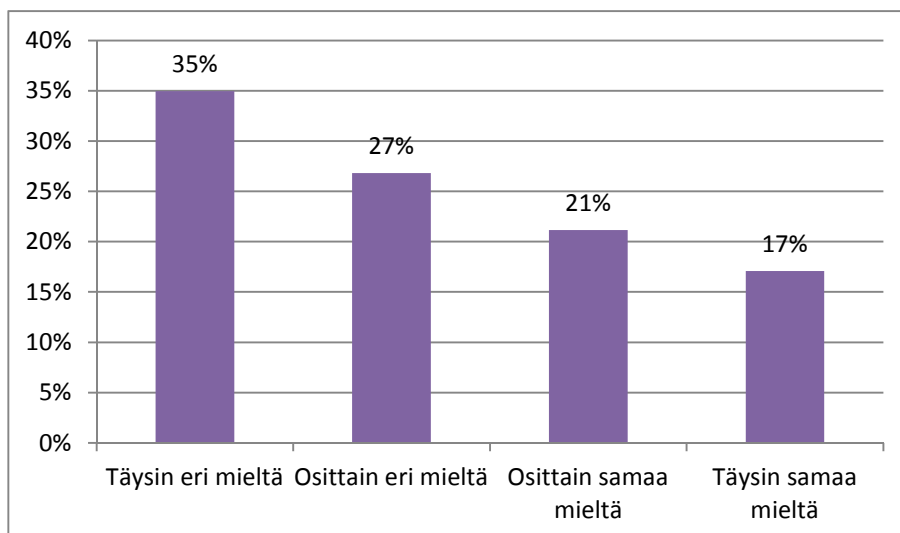
6.4 Tiedonkulun onnistuminen

Vastaukset tiedonkulun sujuvuudesta ovat positiivispainotteisia lukuun ottamatta hoitajien ja ensihoitajien välisiä esittäytymisiä, sillä vastaajista 62 % (f=76) kertoi esittäytyneensä ensihoitajalle ja vain 38 % (f=47) oli eri mieltä. 83 % (f=103) vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät ensihoitajat esitellyt itseään. Peräti 99 % (f=125) vastaajista ilmoitti, että oli kertonut ensihoitajalle syyn hätäkeskukseen soittamisesta. Vain yksi oli täysin eri mieltä asiasta. Tarkistetun lääkelistan oli antanut yhteensä 85 % (f=107) vastaajista (taulukko 4).

Taulukko 4. Tiedonkulku

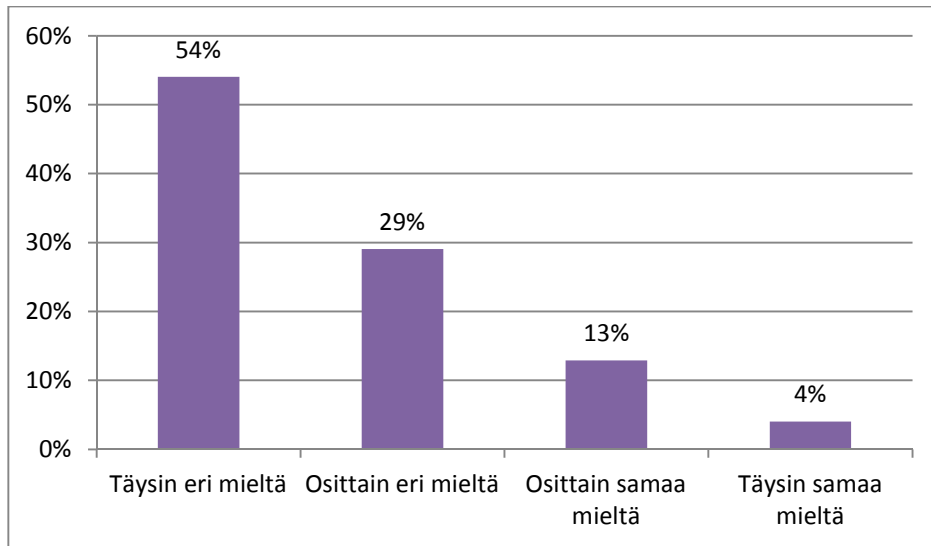
Tiedonkulku / f	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
26. Esittelin itseni ensihoitajalle (f=123)	43	33	26	21
27. Ensihoitaja esitteli itsensä (f=124)	67	36	16	5
28. Esittelin potilaan ensihoitajalle (f=125)	6	8	33	78
29. Kerroin ensihoitajalle potilaan vitaalielintoiminnot (f=126)	1	3	31	91
30. Kerroin ensihoitajalle, miksi hätäkeskukseen oli soitettu (f=126)	1	0	14	111
31. Kerroin ensihoitajalle potilaan sairaudet (f=126)	2	1	25	98
32. Annoin ensihoitajalle potilaan perustietolehden (f=125)	7	11	12	95
33. Annoin ensihoitajalle tarkistetun lääkelistan (f=126)	4	15	4	103

Kuvassa 15 on esitetty tarkempia lukuja vastaajien itsenä esittelystä ensihoitajille. Vain 38 % (f=45) vastanneista oli esittäytynyt ensihoitajalle.



Kuva 15. Väite: Esittelin itseni ensihoitajalle (n=123)

Ensihoitajat esittelivät itsensä vielä harvemmin kuin vastaajat. Vain 17 % (f=21) vastaajista oli sitä mieltä, ettei ensihoitaja ollut esitellyt itseään (kuva 16).



Kuva 16. Ensiohittaja esitteli itsensä (n=124)

Taulukko 5 kuvaa raportointitilannetta. Raportointitilannetta rauhallisena piti 85 % (f=106) vastaajista ja raportti oli järjestelmällinen myös 85 %:n (f=106) mielestä. Raportti oli 95 henkilön mielestä perusteellinen ja 29 oli asiasta eri mieltä. Raportointitilanteen ilmapiiriä avoimena piti 97 vastaajaa ja 28 oli eri mieltä.

Taulukko 5. Raportointitilanne

Raportointitilanne / f	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
37. Raportointitilanne oli rauhallinen (f=125)	1	18	67	39
38. Raportti oli järjestelmällinen (f=120)	0	18	73	29
39. Raportti oli perusteellinen (f=124)	2	27	62	33
40. Raportointitilanteessa oli avoin ilmapiiri (f=125)	4	24	63	34

6.5 Äkillinen yleistilan heikkeneminen

Äkillisen yleistilan heikkenemiseen liittyvät vastaukset ovat positiivispainotteisia (taulukko 6). Vastaajista 107 oli sitä mieltä, että oli tehnyt kaikki mahdolliset tutkimukset ennen ambulanssin soittoa. Vain 15 oli eri mieltä. Sairaanhoitajaa tai lääkäriä konsultoineita ennen ambulanssin soittoa oli peräti 101 vastannutta. Suurin osa (f=100) oli

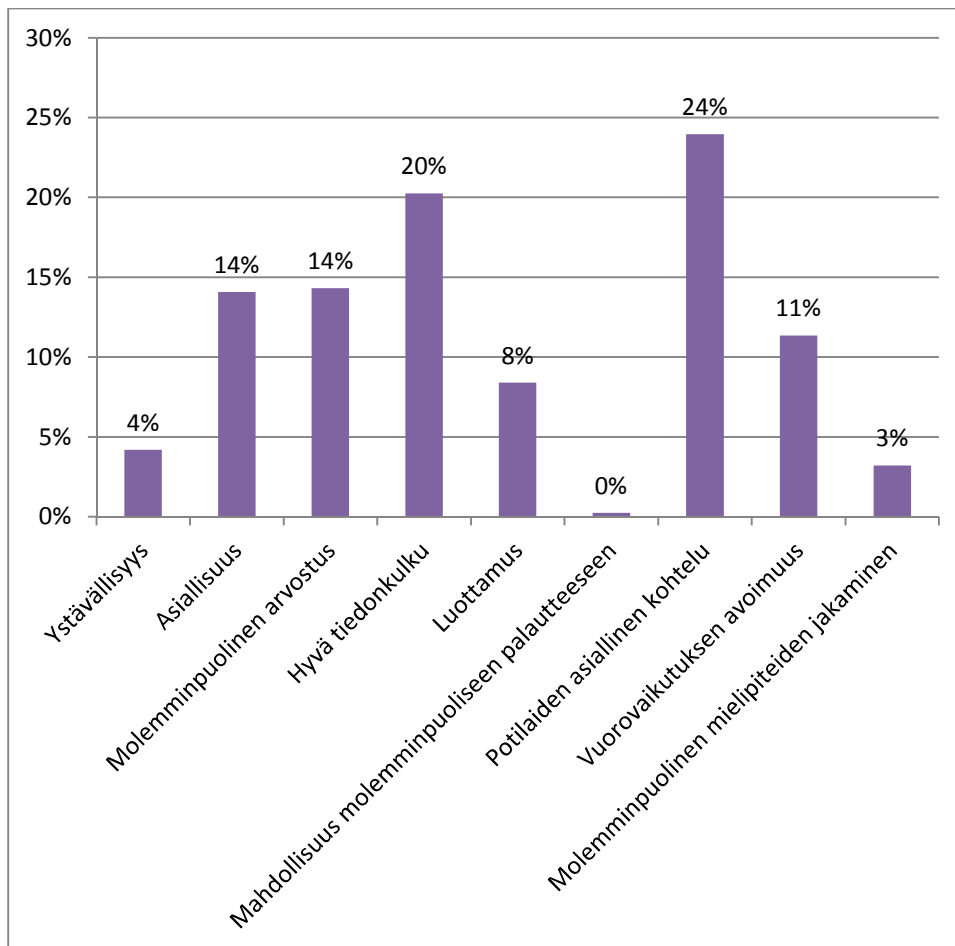
sitä mieltä, että ensihoitaja oli mitannut potilaan verenpaineen. Syke oli tutkittu 101 vastaajan mielestä ja happisaturaatio 100 vastaajan mielestä.

Taulukko 6. Äkillinen yleistilan heikkeneminen

Äkillinen yleistilan heikkeneminen / f	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
41. Ennen ambulanssin soittoa kaikki mahdolliset tutkimukset oli tehty (f=122)	1	14	40	67
42. Olin konsultoinut sairaanhoitajaa/ lääkäriä ennen hätäkeskukseen soittoa (f=106)	1	4	12	89
43. Ensihoitaja tutki verenpaineen (f=120)	10	10	19	81
44. Ensihoitaja tutki sykkeen (f=120)	9	10	13	88
45. Ensihoitaja tutki happisaturaation (f=121)	9	12	19	81

6.6 Yhteistyö

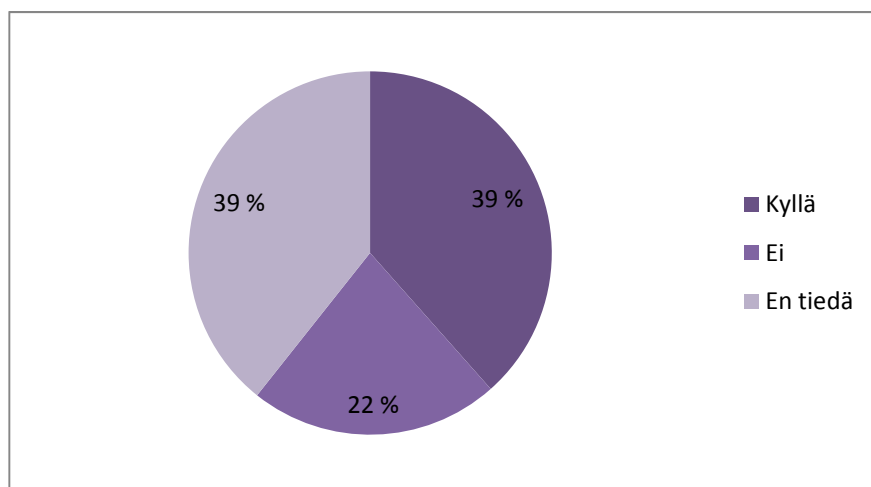
Tärkeimpänä asiana yhteistyössä 24 % (f=97) vastaajista piti potilaiden asiallista kohtelua (kuva 17). Toiseksi tärkeimmäksi asiaksi 20 % (f=82) vastaajista nimesi hyvän tiedonkulun. Sekä asiallisuus että molemminpuolinen arvostus oli tärkeätä 14 %:lle (f=58) vastaajista ja 11 % (f=46) piti vuorovaikutuksen avoimuutta tärkeänä. Mahdollisuus molemminpuoliseen palautteeseen oli vain yhden vastaajan mielestä tärkeimpien asioiden joukossa.



Kuva 17. Tärkeimmät yhteistyön osa-alueet (n=135)

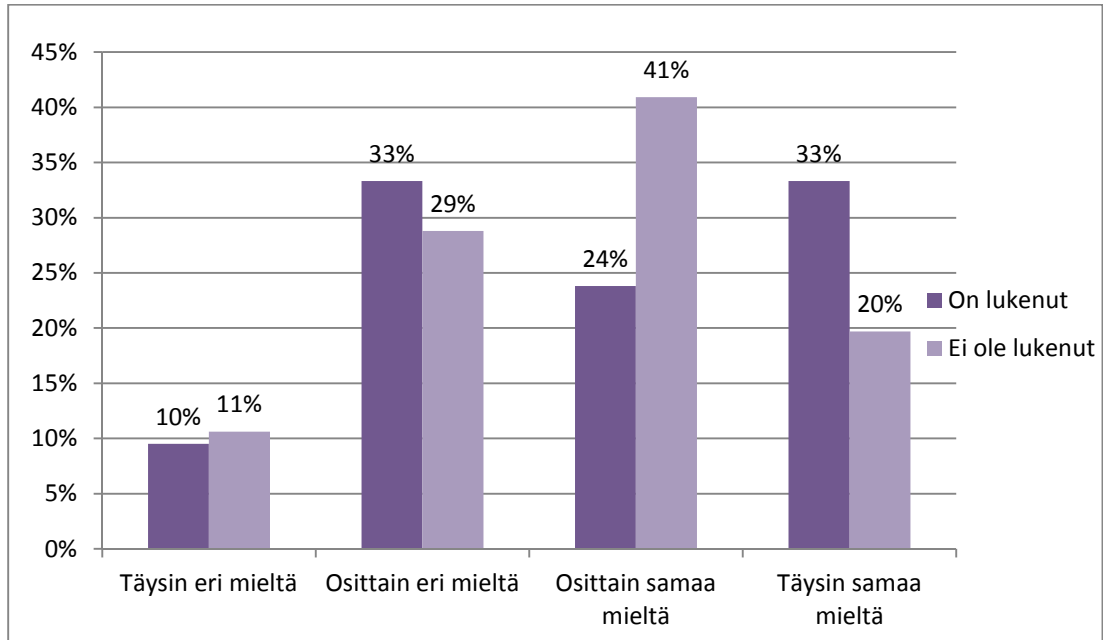
6.7 Siirtokuljetusohje

Vain 39 % (f=45) vastasi siirtokuljetusohjeen löytyvän työpaikalta (kuva 18). Peräti 39 % (f=46) vastasi, ettei tiedä, onko ohje saatavilla.



Kuva 18. Väite: Onko työpaikallasi saatavilla Carean siirtokuljetusohje (n=117)

Kuvassa 19 näkyy rinnakkain siirtokuljetusohjeen lukeneet ja ne, jotka eivät olleet lukeneet sitä. Kuva vastaa myös kysymykseen, oliko kuljetusmuoto helppo valita eri tilanteissa. Siirtokuljetusohjeen lukeneista yli puolet, 57 % (f=24), oli sitä mieltä, että kuljetusmuodon valinta oli helppoa. Ohjeen lukematta jättäneistä 61 % (f=40) arvioivat kuljetusmuodon valinnan helpoksi.



Kuva 19. Siirtokuljetusohjeen lukemisen (n=115) ja kuljetusmuodon valinnan helpouden yhteys (n=117)

7 YHTEENVETO

Tarkastellessa tarkemmin tuloksia huomataan, että vastaajien mielestä yhteistyö oli asiakaslähtöistä ja luottamus ensihoitajiin ja heidän ammattitaitoonsa suhteellisen korkea. Vastaajat kuitenkin kokivat ensihoitajien väheksyvän heitä ja heidän työtään, eivätkä he tunteneet itseään tasavertaisiksi ensihoitajien kanssa. Vastanneet sairaanhoitajat ja lähi- tai perushoitajat kuitenkin pitivät ensihoitajia suurimmaksi osin kollegoinaan, vaikka teoriassa vastausten perusteella kollegiaalisuuden kriteerit eivät kaikilta osin täyty. Suurimman osan mielestä ensihoitajat olivat hyväkäyttöksisiä ja ystävällisiä, vaikkakin joskus he olivat hieman epäasiallisia eleiltään, ilmeiltään tai äänensävyiltään.

Vastaajat tekivät mielestään muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta kaiken hyvän tiedonkulun eteen ja noudattivat ohjeita äkillisissä yleistilan lasku tilanteissa. On tosin pidettävä mielessä kiusaus kaunistella asioita omasta toiminnasta, sillä lähes kaikki

vastaajia itseään koskevat kysymykset olivat positiivispainotteisia ja ensihoitajia koskevat hieman negatiivissävytteisiä. Vastaajien mielestä tärkeimmiksi yhteistyön osa-alueiksi nousivat potilaiden asiallinen kohtelu, hyvä tiedonkulku, molemminpuolinen arvostus, asiallisuus sekä vuorovaikutuksen avoimuus.

Siirtokuljetusohjetta ei löytynyt vajaan puolesta osasta työpaikkoja eikä osa vastaajista edes tiennyt löytyykö sitä. Siirtokuljetusohjeen lukeminen ei vastausten perusteella helpottanut kuljetusmuodon valintaa, tosin vain 38 % (f=44) oli lukenut sen.

8 POHDINTA

Aiheestamme ei ole tehty julkisia tutkimuksia ylempi ammattikorkeakoulu- tai yliopistotasoisesti, joten vertaamme tuloksiamme hoitohenkilökunnasta tehtyihin tutkimuksiin, joissa käsitellään yhteistyön eri osa-alueita. Meidän työssämme nämä osa-alueet ovat vuorovaikutus, tiedonkulku, ammattitaito, kollegiaalisuus sekä asenteet. Tarkastelemme, kuinka hyvin nämä osa-alueet toimivat saadaksemme käsityksen ensihoidon ja terveydenhuollon eri organisaatioiden yhteistyön nykytilasta.

Kyselymme tulokset olivat osittain samansuuntaisia, kun lähtemme teoriaosassa. **Yhteistyön** tärkeimpinä osa-alueina 24 % (f=97) piti potilaiden asiallista kohtelua, 20 % (f=82) hyvää tiedonkulkua ja 14 % (f=57) asiallisuutta sekä 14 % (f=58) molemminpuolista arvostusta. Asiallinen kohtelu asiakkaita tai potilaita kohtaan oli arvioitu hyväksi, kuten tiedonkulkukin. Näiltä osin yhteistyö siis toimii hyvin. Kuitenkin myös yleinen asiallisuus ja molemminpuolinen arvostus katsottiin tärkeiksi yhteistyössä, mutta tarkastellessa tuloksia käy ilmi, että nämä osa-alueet ovat saaneet eniten negatiivisia vastauksia. Vastaajat kokevat, etteivät he ole tasavertaisia ensihoitajien kanssa, ja että he väheksyvät heidän työtään. Myös verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä koettiin jokseenkin negatiivisena. Haapaniemen ja Hiltusen (2000, 62 - 63) mukaan nämä kaikki ovat hyvän yhteistyön osatekijöitä, mutta koska tulostemme perusteella ne eivät täysin toteudu vastaajien mielestä, myöskään yhteistyö ei toimi näillä osa-alueilla.

Tutkimuksessamme ilmeni, että hyvä yhteistyö toteutui kuitenkin joiltain osin. Suurin osa vastaajista, 80 % (f=102) mielestä ensihoitaja herättää luottamusta. Myös 75 % (f=94) vastaajista koki ensihoitajan ammattitaidon uskottavuutta herättävänä. Näin ollen voidaan sanoa, että suurin osa vastaajista pitää ensihoitajia ammattitaitoisina.

Avoin ilmapiiri toteutui 71 %:n (f=89) mielestä. Näiltä osin toteutuvat Kurtti-Sonnisen (2003,47, 46) mainitsevat yhteistyön edellytykset. Hän mainitsi myös asiakaslähtöisyyden olevan perusta hyvälle yhteistyölle. Tulostemme mukaan ensihoitaja toimi 82 % (f=103) vastanneen mielestä asiakaslähtöisesti suhtautumalla potilaaseen asiallisesti. Asiakaslähtöisyys tukee Auvisen ym. (2012, 56 - 60) tutkimuksen tuloksia, joissa ensihoitajat itse kertovat pitävänsä ammatillisena kunnia-asiana potilaiden auttamisen potilaan taustasta tai kunnosta riippumatta.

Vuorovaikutukseen liittyvissä kysymyksissä kolme eniten negatiivisia vastauksia saaneita kysymyksiä olivat ensihoitajan eleiden, ilmeiden, puheen ja äänensävyjen asiallisuuteen sekä vastaajan kuuntelemiseen liittyviä. Kuuntelu, eleet ja ilmeet kuuluvat non-verbaaliseen vuorovaikutukseen ja kuvastavat vuorovaikuttajan asenteita. Puhe ja äänensävy taas ovat sanallista vuorovaikutusta ja helpommin hallittavissa, kuin sanattomat viestit. (Castrén ym. 2012, 75.) Eniten negatiivisia vastauksia keräsi ensihoitajan puheen ja äänensävyyn asiallisuus, mikä oli epäasiallista 35 %:n (f=45) mielestä. Kuitenkin tästäkin 75 % (f=81) vastanneista oli positiivista mieltä. Toiseksi eniten negatiivisia vastauksia tuli ensihoitajan kuuntelutaidoista, sillä 33 % (f=41) vastanneista oli sitä mieltä, ettei ensihoitaja kuunnellut häntä. Kolmanneksi negatiivisimmat vastaukset saivat ensihoitajan eleet ja ilmeet 30 %:lta (f=37) vastaajalta. Näin ollen vuorovaikutus ensihoitajien ja terveydenhuollon organisaatioiden työntekijöiden välillä on pääasiallisesti positiivisella tolalla, joskin hiomisen aiheitakin löytyy.

Kollegiaalisuudella tarkoitetaan työtoveruutta ja eräänlaista ammattikuntien tai samalla alalla työskentelevien yhteishenkeä, mikä näkyy avoimena ilmapiirinä ja toisten kunnioituksena. Kollegiaalisuuden puute näkyy juoruiluna, kilpailuna sekä non-verbaalisena arvosteluna. (Kurtti-Sonninen 2003, 37, 42 - 43, 48, 103.) Tutkimuksemme kollegiaalisuuteen liittyneet kysymykset antoivat hieman ristiriitaisia tuloksia, sillä 78 % (f=100) vastaajaa piti ensihoitajaa kolleganaan ja 94 % (f=117) luotti ensihoitajan työhön. Myös 84 % (f=105) koki uskaltaneensa kertoa omat mielipiteensä ja 76 % (f=92) oli sitä mieltä, että ensihoitaja oli ystävällinen. Kuitenkin 58 % (f=71) vastaajista koki, ettei ensihoitaja arvostanut hänen työtään ja 44 %:n (f=55) mielestä ensihoitaja väheksyi hänen työtään. Vähän yli puolet (52 %, f=64) eivät myöskään pitäneet itseään tasavertaisina ensihoitajan kanssa. Näin ollen kaikki kollegiaalisuuden kriteerit eivät täyty.

Hyvä **tiedonkulku** on yksi yhteistyön tärkeistä osa-alueista (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 62 - 63). Hyvän tiedonkulun edellytykset ovat sekä kirjallisen, että suullisen tiedon kulkeminen ja niiden perustana hyvä vuorovaikutus. (Saranto ym. 2007, 156; Helovuoma ym. 2012, 72.) Tutkimuksemme tulosten perusteella tiedonkulku ensihoitajien ja terveydenhuollon organisaatioiden välillä toimii hyvin. Ainoat negatiiviset tulokset olivat esittelyyn liittyviä. Itsensä esittelemättä jätti 62 % (f=76) vastaajista ja vastanneiden mielestä 83 % (f=103) ensihoitajista ei esittäytynyt. Potilaan esitelleitä sen sijaan oli 88 % (f=111) ja vain 11 % (f=14) myönsi jättäneensä potilaan esittelemättä. Muutoin vastaukset olivat huomattavan positiivispainotteisia. Vastaajien mielestä he olivat siis tehneet kaiken mahdollisen edistääkseen tiedonkulkua. Esimerkiksi vitaelinlintoiminnoista olivat kaikki kertoneet neljää henkilöä lukuun ottamatta. Perustietolehden ja lääkelistankin oli jättänyt vain alle 20 henkilöä antamatta. Sama positiivinen trendi jatkui myös raportointitilannetta kuvaavissa kysymyksissä. Täytyy kuitenkin muistaa, että vastaajilla on voinut olla kiusaus hieman kaunistella asioita oman edun vuoksi. Olisikin mielenkiintoista nähdä vastaavan tutkimuksen tulokset ensihoitajien näkökulmasta.

Terveydenhuollon organisaatioiden sisällä tapahtuvissa **äkillisissä yleistilan laskuissa** tulisi hoitohenkilökunnan ensin itse arvioida tilanne ja mahdollisuuksien mukaan konsultoida sairaanhoitajaa tai lääkäriä. Jos äkillisen yleistilan toimintamalli on käytössä (Etelä-Kymenlaakso), tulee toimia sen ohjeiden mukaisesti. (Yhtenäisen päivystyshoidon perusteet 2010, 20; Haimi-Liikkanen 2013, 6.) Tutkimuksemme positiivinen trendi jatkui myös äkilliseen yleistilan laskuun liittyvissä kysymyksissä. Peräti 88 % (f=107) vastanneista oli sitä mieltä, että kaikki mahdolliset tutkimukset oli tehty ennen hätänumeroon soittoa ja vain 12 % (f=15) henkilöä oli eri mieltä. Myös sairaanhoitajaa tai lääkäriä konsultoineita oli 95 % (f=111) vastanneista. Näin ollen suurin osa vastanneista oli noudattanut yleisiä ohjeita äkillisen yleistilan laskun tapauksissa.

Kysyimme myös, oliko ensihoitaja tutkinut verenpaineen, sykkeen sekä happisaturaa-tion, sillä halusimme tietää myös ensihoitajien hoitavan asiansa. Ensihoitajat olivat ottaneet kaikki kyseiset mittaukset noin 84 %:ssa tapauksista. Loput noin 16 % tapauksista saattaa selittyä sillä, ettei kaikkia mittauksia tehdä kaikissa tapauksissa tai vastaaja ei ole vain nähnyt kyseistä toimenpidettä. Ensihoitajat tekevät myös esimerkiksi stabiilin potilaan hoitolaitosiirroissa joskus mittaukset vasta matkalla.

Kysyimme vastaajilta **siirtokuljetusohjeen** tunnettavuudesta sekä sen käytön helpoudesta. Vain reilu kolmannes sanoi siirtokuljetusohjeen löytyvän työpaikaltaan. Viidesosa sanoi, ettei siirtokuljetusohjetta ole työpaikalla ja reilu kolmannes sanoi, ettei tiedä, onko sitä. Näin ollen voi päätellä, että yli puolelle siirtokuljetusohje on tuntematon. Ristiintaulukoidessa kävi ilmi, että ne vastaajat joidenka työpaikoilta löytyi ohje, ovat sen myös lukeneet. Vain muutama, joiden työpaikoilta ei löytynyt ohjetta tai ei tienneet, onko sitä saatavilla, oli lukenut ohjeen. Selvitimme myös, helpottiko siirtokuljetusohjeen lukeminen kuljetusmuodon valintaa. Ohjeen lukeneista 57 % (f=24) ja 61 % (f=40) lukematta jättäneistä oli sitä mieltä, että kuljetusmuodon valinta oli helppoa. Tuloksemme eivät kerro, olivatko ohjeen lukematta jättäneiden ratkaisut olleet oikeita.

8.1 Tutkimuksen kokonaisluotettavuus

Työelämän edustaja halusi, että tutkisimme ensihoitajien ja terveydenhuollon henkilöstön välistä asiakastyytyväisyyttä yhteistyön näkökulmasta. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan, että mitataan sitä mitä on tarkoituskin mitata. Lähtiessämme tutkimaan yhteistyötä ja siihen liittyviä käsitteitä teoriasta alkoi nousta tutkimusongelmia. Tutkimusongelmien pohjalta aloimme etsiä lisää teoriaa josta saimme kyselylomakkeeseen kysymykset. Näin ollen kyselylomakkeen kysymyksillä saatiin vastaukset tutkimusongelmiin. (Vilka 2007, 63; Vilka 2005, 161.)

Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa sitä, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia, ja että ne ovat toistettavissa. Esitestaus on tärkeää, sillä vastaaja saattaa ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin tutkija ja tämä voi aiheuttaa virheitä tutkimustuloksiin. Esitetasimme kyselylomakkeemme otokseen kuulumattomilla perusjoukon jäsenillä ennen varsinaista aineistonkeruuta. Esitestauksen avulla saimme selville kysymysten ymmärrettävyyden ja pystyimme parantamaan kysymysten asettelua. (Vilka 2007, 78; Vilka 2005, 161 - 162.)

Perusjoukkomme valittiin perustellusti ja otos määriteltiin huolellisesti. Otos oli pieni suhteessa koko perusjoukkoon, sillä resurssit ja aika rajoittivat tutkimuksen laajuutta. Odotimme myös saatua suurempaa vastaajamäärää, eli laskelmiemme mukaan noin 1000:tta potentiaalista vastaajaa, mutta kaikki osastonhoitajat eivät vastanneet lukuihin yhteydenottoihin joten suurin osa heistä ei edes laittanut linkkiä eteenpäin. Internet-kysely on tarkoituksenmukaisin aineistonkeruumenetelmä laajan maantieteellisen

hajonnan sekä lomakkeiden postituksen kustannusten vuoksi. (Ks. Vilka 2007, 56 - 57.)

Otimme osastonhoitajiin yhteyttä sähköpostilla, jossa informoimme heitä tulevasta kyselystä. Tutkimuslupien saavuttua lähetimme osastonhoitajille uudelleen sähköpostiviestin, jossa kertosimme aiempaa viestiä. Kyseisessä sähköpostissa annoimme linkin kyselyyn ja laitoimme liitteeksi vastaajille tarkoitetun saatekirjeen. Kaikissa edellä mainituissa viesteissä oli tarkasti mainittu, kenelle kysely oli tarkoitettu, ja pyysimme osastonhoitajia ilmoittamaan meille, kuinka monelle he olivat linkin lähettäneet saadaksemme vastausprosentin. Vain muutamilta osastonhoitajilta tuli ensimmäisen viikon aikana vastaus, joten lähetimme heille uudelleen sähköpostia vastaajamäärän ilmoittamisesta. Vastauksia tähän tuli vain muutama, joten kävimme vielä puhelimitse läpi osastonhoitajat, joista ei ollut kuulunut mitään. Soittokierroskin toi vain muutamia lisävastauksia, sillä kaikki eivät vastanneet puhelimeen tai soittaneet takaisin. Näille henkilöille lähetettiin vielä uusi sähköposti. Tämän jälkeen uusia yhteydenottoja ei enää tehty, koska kyselyaika alkoi olla lopussa. Nämä lukuisat muistuttelut parantavat tutkimuksemme luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tämä on ensimmäinen tutkimuksemme. Analysoimme kuitenkin vastaukset erityisellä tarkkuudella, jottei tuloksissa olisi virheitä.

Käytimme lähteinä yliopisto- ja ylempi AMK -tasoisia tutkimuksia sekä ammattikirjallisuutta. Tutkimuksemme täyttää tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset, sillä olemme tuottaneet uutta tietoa sekä noudattaneet rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työssämme. Olemme toteuttaneet työmme kunnioittaen toisia tutkijoita, sillä olemme olleet erityisen tarkkoja lähdeviittausten kanssa, emmekä ole vääristelleet toisten tutkimustuloksia. Kyselyyn vastattiin anonyymisti eikä kyselyn taustamuuttujissa kysytty mitään, millä yksittäisen vastaajan voisi tunnistaa. Vastaaminen kyselyyn oli myös vapaaehtoista. Olemme tehneet tutkimusta ja tulkinneet tuloksia neutraalisti. Tutkimuksemme on hyödyllinen työelämälle, sillä parhaimmillaan se edistää toimintatapoja ja ajattelutapoja sekä yhteistoimintaa. Kopiot valmiista työstä annetaan työelämänohjaajalle, sekä tutkimuslupien myöntäjille. Tutkimusaineisto tuhoetaan tutkimuksen valmistuessa. (Ks. Vilka 2005, 29 - 35.)

8.2 Kehittämisehdotukset

Työelämänohjaajamme halusi tietää, miten yhteistyö toimii ensihoidon ja terveydenhuollon organisaatioiden välillä ja miten hyvin äkillisen yleistilan laskun -toimintamalli tunnetaan ja miten hyvin niitä noudatetaan. Uskomme, että tutkimuksemme antaa suuntaa antavaa tietoa kyseisistä asioista ja innoittaa uusiin tarkempiin tutkimuksiin.

Tulostemme perusteella yhteistyö toimii kohtuullisen hyvin. Ensihoitajien tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota asenteisiinsa ja muiden samalla alalla työskentelevien kunnioittamiseen. Toisaalta taas hoivapaikoissa ja perusterveydenhuollossa pitäisi kiinnittää huomiota työntekijöiden perehdyttämiseen siirtokuljetusohjeen ja äkillisen yleistilan laskun -toimintamallin oikeanlaiseen käyttöön. Olisi hyvä ottaa kyseinen toimintamalli käyttöön myös Pohjois-Kymenlaaksossa. Jos näitä yleisiä ohjeita ei noudateta, on ymmärrettävää, etteivät ensihoitajien asenteet ole kohdillaan. Kuitenkin jos ohjeita on noudatettu, eivätkä asenteet silti ole muuttuneet, olisi ensihoitajilla itsetarkastelun paikka.

Asiakastyytyväisyyttä tulisi seurata säännöllisin väliajoin, jotta nähdään, kuinka ja mihin suuntaan se kehittyy. Kyselylomakettamme voisi muokata kattavammaksi ja yksitulkintaisemmaksi jatkokäyttöä varten. Tuloksia olisi mielenkiintoista nähdä laajemmalta otannalta. Tällöin saataisiin tarkempia ja mielenkiintoisempia tuloksia esimerkiksi ristiintaulukoimalla. Lopullinen vastaajamäärämme oli sen verran pieni, ettei ristiintaulukoimalla tullut merkittäviä tuloseroja eri ammattiryhmien, työkokemuksen tai työyksiköiden välillä. Aiheesta olisi myös hyvä tehdä laadullisia tutkimuksia tarkempien syiden selvittämiseksi. Tarkemmin voisi tarkastella juuri ohjeiden noudattamisen ja asenteiden riippuvuussuhteita. Myös vastaavia tutkimuksia ensihoitajien näkökulmasta olisi mielenkiintoista nähdä sekä määrällisinä että laadullisina.

LÄHTEET

Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf?s>
[viitattu 20.2.2014].

Auvinen, P., Palukka, H. & Tiilikka, T. 2012. Palvelujärjestelmä murroksessa - ensihoidon ja sairaankuljetuksen työ- ja toimintakäytänteet. Loppuraportti. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy.

Carean pöytäkirja 4.6.2012. Liite 1. Saatavissa:

http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoido-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/P%C3%B6yt%C3%A4kirjat/2012/06/04/56#title_2 [viitattu 19.2.2014].

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

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

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16118.pdf [viitattu 13.1.2014].

ETENE. 2010. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I. Saatavissa:

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf [viitattu 25.2.2014].

Factum: uusi tietosanakirja. 1, a - din. 2003. Porvoo: WS Bookwell Oy

Haapaniemi, M. & Hiltunen, L. 2000. Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa- kyselytutkimus sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Haimi-Liikkanen, S. 2013. Kotkan kotihoidon kehittäminen: vastuuhoidajuudella lisäarvoa asiakkaalle. Saatavissa:

http://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/10/fcg_kotkan-kotihoidon-kehittc3a4minen_lappeenranta_jakelu.pdf [viitattu 5.1.2014].

Hakijan opas. 2014. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun internetsivut. Saatavissa:

<http://www.kyamk.fi/Hakijalle/Nuorten%20haku/Sairaanhoitaja/> [viitattu 13.1.2014]

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. 3., uud. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Helminen, S. 2006. Terveystenhoitohenkilökunnan arvot, arvojen mukainen toiminta ja sen esteet työssä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Hoffrén, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. – 6. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Kinnunen, M. & Helovu, A. 2012. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportin internetsivut. Päivitetty 14.11.2012. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04806&p_haku=potilasturvallisuus [viitattu 19.11.2013].

Kollegiaalisuusohje. 2014. Lääkäriliitto. Lääkäriliiton internetsivut. Päivitetty 7.1.2014. Saatavissa: <http://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/kollegiaalisuus/> [viitattu 15.1.2014].

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kurtti-Sonninen, E. 2003. Sosiaali- ja terveysalan professiot, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. Lisensiaattityö. Kuopion yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Latvala, R. 2001. Sairaanhoidtajien ammatillinen yhteistyö- kyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Loikas, P. 2012. Siirtokuljetusohje. Carea- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

Mattila, K.-P. 2010. Asiakkaana ihminen: työnä huolenpito ja auttaminen. Juva: PS-kustannus.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Peltola, J. 2003. Kollegiaalisuus hoitotyössä - edistävät ja estävät tekijät sairaanhoitajien arvioimana. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto.

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J. & Cunningham, J. M. 2010. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. American Journal of Nursing 4/2010. Nursing Center -internetsivut. Saatavissa: <http://nursing.ceconnection.com/nu/ovidfiles/00000446-201004000-00026.pdf;jsessionid=0AF8A5A915B1D81736331F1460C84144> [viitattu 18.1.2014].

Roivas, M. & Karjalainen, A. L. 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sairaanhoitajaliiton internetsivut. Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ [viitattu 5.1.2014].

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveystieteen perustutkimus. 2010. Opetushallituksen internetsivut. Saatavissa: http://www.opi.fi/download/124811_SoTe.pdf [viitattu 20.2.2014].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 340/2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

STM. 2012. Sosiaalipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 6.2.2012. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut [viitattu 10.3.2014].

STM. 2014. Terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 2.4.2014. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut [viitattu 12.5.2014].

Suomen perustuslaki 11.06.1999/731.

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597 [viitattu 4.3.2014]

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Yhtenäiset päivystyshuollon perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf [viitattu 10.3.2014].

Äkillinen yleistilan lasku: ohje henkilökunnalle. Saatavissa: http://www.socom.fi/dokumentit/kupera/vanhusverk/HK_toimintalomakkeet/akillinen_yleistilan_lasku_vanhuksella_kaavake.pdf [viitattu 10.1.2014].

SAATEKIRJE
18.4.20014

Arvoisa vastaaja,

Olemme Isa Karhu ja Anniina Kankkunen, sairaanhoidon opiskelijat Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönä asiakastytyväisyyskyselyn ensihoitopalveluista terveydenhuollon eri toimipisteille Kymenlaaksossa. Toimeksianto tuli ensihoidon palvelukoordinaattori Janne Wallilta, Careasta.

Tutkimuksemme tarkoitus on kartoittaa ensihoidon (ambulanssien henkilökunnan) ja terveydenhuollon henkilöstön yhteistyön nykytila, jonka pohjalta ensihoitopalveluiden laatua tullaan kehittämään. **Siksi antamanne tiedot ovat erittäin tärkeitä.** Tutkimuksemme käsittelee muun muassa yhteistyötä, vuorovaikutusta ja tiedonkulkua.

Kyselyyn vastataan Internetissä seuraavan linkin kautta:

<http://zef.kyamk.fi/player/?q=630-ca5zfccc>

Jos linkki on lähetetty teille sähköpostitse, voitte kopioida ja liittää sen internet-selaimen osoitekenttään tai vaihtoehtoisesti kirjoittaa sen siihen jos katsotte linkin tästä saatekirjeestä. Koska olemme olleet yhteydessä vain osastonhoitajiin ja koska kyseessä on avoin linkki, niin emme saa tietoomme mitään vastaajiin liittyviä henkilötietoja. Aineisto kerätään ainoastaan tätä tutkimusta varten ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Vastauksenne hävitetään aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen.

Vastaamiseen menee aikaa n. 5-10 minuuttia, ja kysely TULEE TEHDÄ KERRALLA. Koska linkki on avoin, sitä ei ole mahdollista keskeyttää ja jatkaa myöhemmin uudestaan. Valitkaa vastausvaihtoehdoista sopivin ja siirrytte AUTOMAATTISESTI seuraavaan kysymykseen. Kahden kysymyksen kohdalla ei ole automaattista siirtymistä, mutta painakaa silloin nuolta tai jatka/tallenna painiketta.

Vastausaika on 28.4.2014 saakka.

Vastauksenne ovat tutkimukselle tärkeitä, sillä sen avulla voidaan kehittää ensihoidon palveluita. Tutkimukseen liittyviin kysymyksiin vastaavat tutkijat sekä ohjaava opettaja, joiden yhteystiedot näette alla.

Kiitos vastauksestasi!

Anniina Kankkunen
anniina_kankkunen@hotmail.com
puh. 040 566 33 67

Isa Karhu
isa.karhu@student.kyamk.fi
puh. 044 99 77 017

yliopettaja Eeva- Liisa Frilander- Paavilainen, eeva-liisa.frilander@kyamk.fi

KYSELYLOMAKE

Vastaa kysymyksiin ympäröimällä sopivin vastausvaihtoehto. Lue kysymykset huolellisesti, ja vastaa rehellisesti oman mielipiteesi mukaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastausaikaa on xx.xx.xxxx saakka.

Kiitos vastauksistasi!

TAUSTATEKIJÄT

1. IKÄ

1. - 25
2. 26- 35
3. 36- 45
4. 46-

2. AMMATTINIMIKE

1. Sairaanhoidtaja
2. Lähihoitaja/ Perushoitaja
3. Muu, mikä?

3. KOKEMUS HOITOALALTA

1. 0- 5
2. 6- 10
3. 11- 20
4. 21-

4. TYÖYKSIKKÖSI

1. Perusterveydenhuollon yksikkö (terveyskeskus/sairaala)
2. Vanhuspalvelut
3. Muu, mikä?

5. TYÖSKENTELEY ALUEESI

1. Etelä- Kymenlaakso
2. Pohjois- Kymenlaakso

6. MISSÄ TILANTEISSA OLET OLLUT TEKEMISISSÄ ENSIHOIDON KANSSA

Ympyröi kaikki ne tilanteet, joissa olet ollut mukana.

1. Äkilliset yleistilan laskut
2. Hoitolaitossiirrot
3. En ole ollut ensihoidon kanssa tekemisissä

Jos ympyröit edellisessä kysymyksessä vaihtoehdon 3, siirry kysymykseen xx.

VUOROVAIKUTUS

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Ensihoitaja herätti minussa luottamusta	1	2	3	4
8. Ensihoitaja herätti ammattitaidollaan uskottavuutta	1	2	3	4
9. Ensihoitajan puhe ja äänensävy olivat asiallisia	1	2	3	4
10. Ensihoitaja kuunteli minua	1	2	3	4
11. Ensihoitajan eleet ja ilmeet olivat asiallisia	1	2	3	4
12. Vuorovaikutustilanteessa oli avoin ilmapiiri	1	2	3	4
13. Ensihoitaja suhtautui asiallisesti potilaaseen/asiakkaaseen	1	2	3	4

KOLLEGIAALISUUS

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
14. Pidän ensihoitajaa kollegana	1	2	3	4
15. Luotan ensihoitajan tekemään työhön	1	2	3	4
16. Ensihoitaja arvostaa työtäni	1	2	3	4
17. Ensihoitajalla oli hyvät käytöstavat	1	2	3	4
18. Ensihoitaja huomioi minua	1	2	3	4
19. Ensihoitaja oli ystävällinen	1	2	3	4
20. Uskalsin kertoa omat mielipiteeni	1	2	3	4
21. Ensihoitaja kunnioitti minua	1	2	3	4
22. Ensihoitaja oli asiallinen	1	2	3	4
23. Ensihoitaja väheksyi työtäni	1	2	3	4
24. Ensihoitaja luotti työhöni	1	2	3	4
25. Tunsin itseni tasavertaiseksi ensihoitajan kanssa	1	2	3	4

TIEDONKULKU

<u>Raportointi</u>	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
26. Esittelin itseni ensihoitajalle	1	2	3	4
27. Ensihoitaja esitteli itsensä	1	2	3	4
28. Esittelin potilaan ensihoitajalle	1	2	3	4

29. Kerroin ensihoitajalle potilaan vitaalielintoinnot (suullisesti tai kirjallisesti)	1	2	3	4
30. Kerroin ensihoitajalle syyn miksi hätäkeskukseen on soitettu	1	2	3	4
31. Kerroin ensihoitajille potilaan merkittävät sairaudet (suullisesti tai kirjallisesti)	1	2	3	4
32. Annoin ensihoitajalle perustietolehden	1	2	3	4
33. Annoin ensihoitajalle tarkastetun lääkelistan	1	2	3	4

Ympyröi seuraavista sopivin vaihtoehto:

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 34. Kerroin potilaan allergioista | 35. Kerroin eristyksestä | 36. Kerroin hoidon linjauksista |
| 1. Kyllä | 1. Kyllä | 1. Kyllä |
| 2. Ei | 2. Ei | 2. En |
| 3. Ei tiedossa allergioita | 3. Ei eristystä | |

<u>Raportointitilanne</u>	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
37. Raportointitilanne oli rauhallinen	1	2	3	4
38. Raportti oli järjestelmällinen	1	2	3	4
39. Raportti oli perusteellinen	1	2	3	4
40. Raportointitilanteessa oli avoin ilmapiiri	1	2	3	4

ÄKILLINEN YLEISTILAN HEIKKENEMINEN

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
41. Ennen ambulanssin soittoa, kaikki mahdolliset tutkimukset olivat tehty asukkaalle/potilaalle	1	2	3	4
42. Olin konsultoinut toista sairaanhoitajaa/lääkärää ennen hätäkeskukseen soittoa (jos EI ollut hätätilanne)	1	2	3	4
43. Ensihoitaja tutki verenpaineen	1	2	3	4
44. Ensihoitaja tutki sykkeen	1	2	3	4
45. Ensihoitaja tutki happisaturaation	1	2	3	4

YHTEISTYÖ

46. Ympyröi kolme (3) mielestäsi tärkeintä asiaa yhteistyössä ensihoitajan kanssa

1. Ystävällisyys
2. Asiallisuus
3. Molemminpuolinen arvostus
4. Hyvä tiedonkulku
5. Luottamus
6. Mahdollisuus molemminpuoliseen palautteeseen
7. Potilaiden asiallinen kohtelu
8. Vuorovaikutuksen avoimuus
9. Molemminpuolinen mielipiteiden jakaminen

SIIRTOKULJETUSOHJE

47. Onko työpaikallasi saatavilla Carean siirtokuljetusohje?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

48. Oletko lukenut siirtokuljetusohjeen?

1. Kyllä
2. En

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
49. Kuljetusmuodon valinta eri tilanteissa oli helppoa	1	2	3	4

MUUTTUJATAULUKKO

1. MITEN TOIMII ENSIHOIDON JA TERVEYDENHUOLLON TOIMIPISTEIDEN VÄLINEN YHTEISTYÖ VUOROVAIKUTUKSEN OSALTA?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
- luottamus	13, 15	7
- uskottavuus	15	8
- asiallisuus	15, 21	9, 11, 13
- kuuntelu	15, 23	10
- ilmapiiri	14, 19, 21, 22	12
2. MITEN TOIMII ENSIHOIDON JA TERVEYDENHUOLLON TOIMIPISTEIDEN VÄLINEN YHTEISTYÖ KOLLEGIAALISUUDEN OSALTA?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
- kollegius		14
- luottamus	13-15, 22	15, 26
- arvostus	13-14, 16, 21-23	16, 23, 24, 25, 27
- käytös	16, 21-22	17, 18, 19, 24
- palaute	14, 18, 21-22	20, 21
- mielipiteet	14-16, 22	22
3. MITEN TOIMII ENSIHOIDON JA TERVEYDENHUOLLON TOIMIPISTEIDEN VÄLINEN YHTEISTYÖ TIEDONKULUN OSALTA?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
- esittely	19	28, 29, 30
- suullinen raportointi	18-19	31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40
- kirjallinen raportointi	18-19	36, 37
- raportointitilanne	18-19	41, 42, 43, 44, 45, 46, 47
4. MITEN ÄKILLISEN YLEISTILAN LASKUN TOIMINTAMALLI TUNNETAAN JA KUINKA SITÄ NOUDATETAAN?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
- hoitajan toimenpiteet	13	48, 49
- ensihoitajan tutkimukset	18	50, 51, 52, 53, 54, 55
5. MITEN SIIRTOKULJETUSOHJE TUNNETAAN JA KUINKA SITÄ NOUDATETAAN?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
- saanti	6	57
- lukeminen	11	58
- noudattaminen	11	59

TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen tekijä(t), nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue ja otanta	Keskeisimmät tulokset
Helminen, Susanna. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen arvot, arvojen mukainen toiminta ja sen esteet työssä. Pro gradu - tutkielma. 2006.	Tarkoituksena oli selvittää mitkä olivat henkilökunnan arvot työssä, ja kuinka ne saavuttavat ne työssään. Myös esteet arvojen mukaisessa työskentelyssä tutkittiin.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella.	Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen työntekijät 42 kpl ja kognitiivisen käyttäytymisterapian kurssilaiset 20 kpl.	Kollegiaalisuus oli yksi tärkeimmistä arvoista eri osa-alueissa ja sitä käytetään myös asioiden saavuttamiseksi. Arvoja tavoiteltiin myös yhteistyöllä ja toisen huomioinnilla.
Jauhiainen, Virpi. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina Pro gradu - tutkielma. 2009.	Tarkoitus kuvata organisaation sisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajien roolia niissä. Tavoitteena tuottaa tietoa potilassiirroista ja sairaanhoitajan roolia niissä.	Teemahaastattelumenetelmä, tutkimuslomakkeet.	Teho-osaston (N=4) ja vuodeosaston (N=4) sairaanhoitajat.	Potilassiirron sujuvuutta edistää riittävä, osaava henkilökunta, jolla on selkeä työnjako sekä ajan ja välineiden koordinoimaton, epäselvä ja puuttuva tieto vaikeuttaa potilassiirtoja.
Hoffrén, P., Huovinen, H., Mykkänen, M. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Raportti. 2011.	Tarkoituksena kartoittaa raportoinnin nykytilannetta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Tavoitteena esittää kehittämisehdotuksia raportoinnin kehittämiseksi.	Aineisto kerättiin sähköpostin kautta toimitetulla kyselyllä ja raportoinnin reaaliaikaisena kartoitukseen valituissa yksiköissä.	Kuopion yliopistolaisen sairaalan, Iisalmen sairaalan sekä terveyskeskuksen, Leppävirran sairaalan sekä terveyskeskuksen ja Varkauden sairaalan sekä terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilökunta sekä esimiehet/ osastonhoitajat.	Raportointiin käytetään paljon aikaa, raportille osallistuu keskimäärin 3,5 - 3,6 henkilöä, raportteja oli kahden viikon aikana 1809 kertaa, raportointiaika oli n. 16 - 20 min., raportti keskeytyi yht. 748 kertaa. Raportin keskeytti puhelin, ulkopuolisten kysymykset, kiire, akuutit hoitotilanteet, lääkärin kierron alkaminen sekä raportilta myöhästymiset.
Kurronen, Paula. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku - Haiopro - vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu - tutkielma. 2011	Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa yhden sairaanhoitopiirin tiedonkulkuun liittyvistä Haiopro - järjestelmään kirjatuista vaaratapahtumista sekä selvittää syitä	Yhden sosiaali- ja terveystieteiden vuoden 2010 aikana ilmoitetut tiedonkulkuun tai -hallintaan liittyvät loppuun käsitellyt Haiopro - ilmoitukset.	Haiopro -ilmoitukset (N=123)	Vaaratapahtumia oli diagnostisoinnin, hoitojen, toimenpiteiden, tutkimusten, potilastiedonhallinnan ja hoidon järjestyksen yhteydessä. Vaaratapahtumien syitä olivat kiire, liian pieni henkilö-

	tiedonkulun ongelmien syntyyn. Tavoitteena parantaa potilasturvallisuutta kehittämällä toimintaprosesseja virheiden estämiseksi ja virheistä oppimiseksi.			kunnan määrä, levottomuus, hälinä, suuret potilasmäärät sekä uudet sijaiset tai aloittelevat ja kokemattomat työntekijät. Erityisesti kotiutustilanteet kiireessä tuottivat virheitä.
Riesenberg, L.A., Leitzsch, J., Cunningham, J. M. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. 2010	Tarkoituksena selvittää raporttia häiritseviä tekijöitä ja strategioita tehokkaaseen raportointiin sekä selvittää, mitkä strukturoidut raportointimenetelmät ovat tehokkaita.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	1. tammikuuta 1987 ja 4. elokuuta 2008 välisenä aikana ilmestyneet englanninkieliset artikkelit hoitajien raportoinnista U.S.A.:ssa.	Hyvin tunnetuista riittämättömistä raporteista johtuvista seurauksista huolimatta on hyvin vähän tutkimuksia tehokkaimmista raportointi käytännöistä.
Kurtti- Sonninen, Eevi. Sosiaali- ja terveysalan professorit, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. Lisensiaattityö 2003.	Tavoitteena on selkeyttää kollegiaalisuuden käsitettä ja siihen liittyviä ilmiöitä. Käytännön tavoitteena oli tuottaa tietoa kollegiaalisuudesta ja sen merkityksestä. Näkökulmissa näkyy myös yhteistyön merkitys.	Kirjallisuuskatsaus.	Kymmenestä Suomalaisesta sosiaali- ja terveysalan ammattilehdistä vuosilta 1970-1996 valikoidut 1054 artikkelia.	Kollegiaalisuus käsitettiin joko yksilöitten tai laajimmillaan samalla alalla toimivien ammattiryhmien yhteistyöksi. Moraali, käytöstavat ja ammatillisuus olivat tärkeitä kollegiaalisuuden kannalta. Omalla käytöksellä ja toiminnalla voi heikentää tai edistää kollegiaalisuutta.
Aira, Annaleena. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. 2012.	Tavoitteena on ymmärtää ja kuvata yhteistyötä käsitteenä ja tarkastella yhteistyön suhdetta vuorovaikutukseen.	Teemahaastattelu ja observointi.	Harkinnanvaraisella otannalla valitut neljä klusteri, joissa yhteensä 20 henkilöä. (Haastattelu). Observoinnissa haastateltujen henkilöiden lisäksi muita henkilöitä, yhteensä 25 henkilöä.	Yhteistyöllä oli suuri vaikutus tiedonkulun työyhteisöissä. Riittävällä kommunikaatiolla yhteistyö oli mahdollista mutta kahden osapuolen ei tarvinnut välttämättä olla fyysisesti samassa paikassa.

<p>Peltola, Jaana. Kollegiaalisuus hoitotyössä- Edistävät ja estävät tekijät sairaanhoitajien arvioimana. Opinnäytetutkielma. 2003.</p>	<p>Tarkoitus saada tietoa kollegiaalisuuden esiintymisestä hoitotyössä ja vaikutuksista ammatilliseen yhteistyöhön. Tarkoituksena oli myös löytää kollegiaalisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä.</p>	<p>Ryhmähaastattelu.</p>	<p>20 sairaanhoitajaa Etelä- Karjalan keskussairaala.</p>	<p>Kollegiaalisuus ilmeni ammatillisena toimintana, toisten kunnioittamisena, sekä yhteistyönä. Persoonallisuus ja ilmapiiri myös edistivät ja ehkäisivät kollegiaalisuutta.</p>
<p>Latvala, Raija. Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyökyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Pro gradu-tutkielma. 2001.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata sairaanhoitajien ammatillisen yhteistyön muotoja, käsityksiä yhteistyövalmiuksistaan ja yhteistyön merkityksestä.</p>	<p>Strukturoitu kysely.</p>	<p>Yhden keskussairaalan neljän eri osa-alueen sairaanhoitajat (N=300). Otantamenetelmänä ositettu otanta ja suhteellinen kiintiöinti.</p>	<p>Sairaanhoitajat arvioivat omat yhteistyövalmiuksensa hyviksi ja tärkeimmät yhteistyökumppanit olivat toiset sairaanhoitajat. He olivat yksimielisiä yhteistyön merkityksestä oppimiselleen ja sen kehittämisellä voitiin vaikuttaa tiedon, vuorovaikutustaitojen ja luottamuksen lisääntymiseen.</p>
<p>Lampi, Lea. Tiimityön toimivuus perusterveydenhuollon organisaatiossa. Pro gradu-tutkielma. 2006.</p>	<p>Tutkielman tarkoituksen oli selvittää tiimien kehitysvaihe, kuinka tiimin jäsenet hallitsevat tiimityötaitot, mitkä ovat tiimien vahvuudet ja kehityskohdat, mitä etuja/haittoja tiimityöstä on ja mitkä on tiimiläisten käsitykset tiimin johtamisesta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa tiedonkeruumenetelmänä strukturoitu kyselylomake.</p>	<p>Perusterveydenhuollon organisaation henkilökunta (N=260)</p>	<p>Tiimityön toimivuuteen vaikutti mm. jäsenten välinen luottamus ja arvostus, tukeminen, työn kiinnostavuus, tiedon kulku, työtaitot. Puutteet näissä, johtivat tiimityön toimimattomuuteen. Hyvät vuorovaikutustaidot, yhteiset päämäärät ja tavoitteet edistivät tiimityötä.</p>

<p>Haapaniemi, Marjatta & Hiltunen, Laila. Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa-kyselytutkimus sairaanhoitajille. Pro gradu- tutkielma. 2000.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata ammatilliseen hoitotyöhön liittyvän yhteistyön sisältöä, määrää ja muutosta sairaalaorganisaatiossa.</p>	<p>Puolistrukturoitu kyselylomake.</p>	<p>Erään sairaalaorganisaation kaikki sairaanhoitajat (N=625).</p>	<p>Tärkeimmät yhteistyökumppanit olivat toiset sairaanhoitajat. Yhteistyön sisältö liittyi välittömään potilaan hoitoon: suunniteluun, toteutukseen ja arviointiin.</p>
<p>Isoherranen, Kaarina. Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. 2012.</p>	<p>Tarkoituksen kar- toittaa haasteita ja ilmiöitä, kun kehi- tetään moniamma- tillista yhteistyötä.</p>	<p>Laadullinen tutki- mus jossa aineisto kerättiin fokusryh- mähaastatteluna.</p>	<p>Suuri sairaala, jois- sa haastatteluihin osallistui 81 eri asiantuntijaa.</p>	<p>Haasteiksi osoittau- tui joustavat roolit ja vastuukysymykset, sekä vuorovaikutus- taitojen oppiminen. Taitava keskustelu ja dialogi todettiin tärkeiksi vuorovai- kutustaidoiksi. Kes- kinäistä tukea ja luottamusta esiintyi moniammatillisesti hyvin toimivissa tiimeissä.</p>
<p>Hakala- Ewing, Raija. Hoitohenki- löstön työyhteisö- taidot erikoissai- raanhoidossa. Pro gradu- tutkielma. 2010.</p>	<p>Tarkoituksen oli selvittää erikois- sairaanhoidossa työskentelevän hoitohenkilöstön työyhteisötaitoja ja mitkä tekijät niihin vaikuttivat.</p>	<p>Verkkokysely.</p>	<p>Mikkelin keskus- sairaalan hoitohen- kilöstö, (N=674).</p>	<p>Hoitohenkilöstö arvioi työyhteisötai- tonsa hyväksi organi- saatiokollisuuden, tunnollisuuden, va- paaehtoisuuden, organisaatiotaidon ja johtamista tukevien työyhteisötaitojen osalta ja erittäin hyväksi auttamisen osa-alueella. Potilai- ta ja työtovereita kohdeltiin kunnioit- tavasti.</p>

<p>Ylitörmänen, Tuija, Kvist, Tarja & Turunen, Hannele. Sairaanhoitajien yhteistyö sairaalassa-kyselytutkimus.</p>	<p>Tarkoituksen oli kuvata sairaanhoitajien välistä yhteistyötä.</p>	<p>Sähköinen kysely, analysoitiin kvalitatiivisesti.</p>	<p>Yhden yliopistosairaalan henkilökunta (N=113.)</p>	<p>Taustatekijät, eli ammattinimike, lisäkoulutus, työkokemus ja työsuhteen muoto vaikutti merkittävästi yhteistyöhön.</p>
<p>Auvinen, Petra, Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina. Palvelujärjestelmä murroksessa - ensihoidon ja sairaankuljetuksen työ- ja toimintakäytänteet. Loppuraportti. 2012.</p>	<p>Tarkoituksena näyttää, miten markkinaehtoisuus esiintyy ensihoitopalveluissa ja miten se vaikuttaa ensihoidon henkilöstön työn organisoitumiseen ja hyvinvointiin.</p>	<p>Ensihoitotyön havainnointi ja videotallenteet, ensihoitajien ryhmähaastattelut sekä datasesiot joissa tutkijat ja ensihoitajat katsoivat videotallenteet ja keskustelivat niistä.</p>	<p>Ensihoitotyön havainnointi ja videotallentointi (N=27) sekä audiotallentointi (N=5), ensihoitajien ryhmähaastattelut (N=8), datasesiot (N=3)</p>	<p>Ensihoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa vuorottelujäsenyys, ensihoitaja pareilla työnjaollisia ongelmia ja työnjako pitäisi standardoida. Ensihoitajat mieltävät työnsä yhteistyön, vastuun ja riskin kehyksissä. Yksityisistä ensihoitopalveluista tulee piilokuluja valtiolle ja veronmaksajille. Ensihoitopalveluissa paljon kehitettävää.</p>