

Ulla Ahonen

**VAIHTOEHTOISTEN KULJETUSMUO-
TOJEN KÄYTTÖ ENSIHOIDOSSA**
Potilaan kokemus

Opinnäytetyö
Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä	Tutkinto	Aika
Ulla Ahonen	Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen (YAMK)	Kesäkuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käyttö ensihoidossa Ensihoidon potilaiden näkökulma		86 sivua 28 liitesivua
Toimeksiantaja		
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri		
Ohjaaja		
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja, KT Timo Irola, ylilääkäri		
Tiivistelmä		
<p>Ensihoitotyön vaikuttavuuden parantaminen edellyttää toiminnan kehittämistä näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuen. Ensihoito on universaalialiasiantuntijapalvelua, eikä potilaalla ole mahdollisuutta valita, mistä hän palvelunsa saa. Tämä ja potilaan käsitys omasta asemastaan palveluiden käyttäjänä vaikuttaa potilastyytyväisyyden mittaamiseen ja saatuihin palautteisiin. Tyytyväisyyden sijasta tulisikin kartoittaa kokemuksia.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tehtiin kvantitatiivinen survey-tutkimus ensihoidon potilaille, jotka saapuivat päivystyspoliklinikalle vaihtoehtoisella kuljetusmuodolla. Kysely tehtiin talvella ja keväällä 2018 viidellä eri sairaanhoitopiirin alueella Suomessa. Tutkimusongelmina olivat 1) miten potilaat kokevat ensihoitajien antavan ohjauksen vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytöstä 2) miten he kokevat vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käytön ja 3) millainen käsitys heillä on ensihoitopalveluista. 193 jaetusta kyselykaavakkeesta hyväksyttiin 125. Niistä tehtiin tilastollinen ja sisällön analyysi. Vastausprosentti oli 64,7 %. Tuloksia esitettiin prosentein ja laskemalla Likert-asteikoista keskiarvoja ja vertailua havainnollistettiin trendilinjalla.</p> <p>Ensihoitajia pidettiin ystävällisinä ja asiallisina. Heidän ammattitaitoon luotettiin ja heidän toimintaansa pidettiin perusteltuna ja annettua ohjausta selkeänä ja riittävänä. Vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käytössä koettiin eniten ongelmia paari tai invataksilla tulleiden ryhmässä ja heillä, jotka arvioivat ambulanssikuljetuksen olevan huomattavasti edullisempää kuin mitä se tosiasia on. Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että ambulanssin tulee olla ensisijaisesti päivystysvalmiudessa omalla alueellaan. Terveyskasvatuksellinen arvo näkyi ensihoitajien antamassa ensiapuopetuksessa ja ambulanssien asemointiin liittyvässä tiedonannossa.</p> <p>Tehokkaampi tiedottaminen ensihoitopalvelusta yhdenmukaistaisi potilaiden odotuksia palvelutilanteissa ja helpottaa ensihoitajien työtä. Kiireettömien potilaiden hoitoon tulisi luoda enemmän eri vaihtoehtoja. Vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käyttö tulisi olla kaikille mahdollista varallisuudesta riippumatta.</p>		
Asiasanat		
ensihoitopalvelut, hoitoonohjaus, potilaan kuljetus, palveluymmärrys		

Author	Degree	Time
Ulla Ahonen	Bachelor of developing and leading emergency medical care	December 2018
Thesis title		86 pages 28 pages of appendices
Alternative transport in emergency medical services Patient perspective		
Commissioned by		
Varsinais-Suomi hospital district		
Supervisor		
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja, KT Timo Iiro, ylilääkäri		
Abstract		
<p>Improving the effectiveness of emergency medical care (EMC) requires the evidence and based development. Measuring quality is part of modern emergency medical service. Emergency care is a universal expert service and the patient does not have the choice of where and when he or she can it receive. This and the perception of the patient's own status as a user of services affects the measurement of patient satisfaction. Instead of satisfaction, we should map out patients experiences.</p>		
<p>In this thesis, a quantitative survey was conducted for the patients in emergency care who arrived at the emergency clinic by using alternative transport. Research problems were 1) how do patients feel paramedics provide guidance, 2) how they experience the use of alternative transport, and 3) what they perceive as emergency medical services. 125 questionnaire was made for statistical and content analysis. Response rate was 64.7%. The results were presented in percent and by averaging the Likert scales.</p>		
<p>The paramedics were considered friendly and proper. Their professional skills were trusted and their activities were considered justified and given guidance clear and sufficient. The most commonly encountered in the use of an alternative form of transport was the problem with those who used of taxi with wheelchair or stretcher and those who estimated that ambulance transportation was much cheaper than it actually is. As a rule, using alternative transport is has no bigger problems. The majority of respondents think that the ambulance should be primarily on standby in their own area. The healthcare educational value was primarily seen at teaching first-aid skills and informing the ambulance positioning.</p>		
<p>Better information on emergency care services will harmonize patients expectations in service situations and facilitate the work of paramedics. There should be more options to help un-urgent patients. The use of an alternative transport should be possible for everyone.</p>		
Keywords		
<p>emergency care service, guidance of health care services, alternative transport, consensus of EMS</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	TEOREETTINEN TAUSTA	8
2.1	Lähtökohtana ensihoitopalveluiden käyttäjä.....	8
2.2	Vuorovaikutus ensihoitajan ja potilaan välillä	9
2.2.1	Ensihoitajien lähtökohdat vuorovaikutukselle	10
2.2.2	Potilaan lähtökohdat vuorovaikutukselle	12
2.2.3	Potilaan omaiset.....	12
2.2.4	Kohtaaminen ja yhteistyö	13
2.3	Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen tarve.....	15
2.3.1	Tehtäväsidonnaisuus ja ambulanssityhjiöt	16
2.3.2	Sairaankuljetuksen kustannukset ja tarpeellisuusperiaate	18
2.3.3	Terveyskasvatuksellinen arvo	20
2.4	Ensihoitaja vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytön ohjaajana.....	21
2.4.1	Hoidon tarpeen arvio	21
2.4.2	Päätöksen tekeminen.....	24
2.4.3	Ristiriitaiset näkemykset ensihoitajan ja potilaan välillä	26
2.4.4	Potilaan ohjaus ensihoidossa.....	27
2.4.5	Hoidon jatkuvuuden varmistaminen	31
3	TUTKIMUKSELLISET KYSYMYKSET JA KÄSITTEET	32
4	TUTKIMUSAINESTO JA MENETELMÄT	32
4.1	Eettisyys.....	33
4.2	Luotettavuuden varmistaminen	34
4.3	Kyselylomakkeen laadinta.....	35
4.3.1	Operationalisointi	35
4.3.2	Kyselylomakkeen väittämät ja likert-asteikko	37
4.3.3	Taustamuuttujat ja muuttujataulukko.....	39
4.3.4	Esitestaus.....	40

4.4	Saatekirje	41
4.5	Kyselyn toteuttaminen ja otannan määrittely.....	41
4.6	Tilastollinen analyysi	45
4.7	Sisällön analyysi avoimesta kysymyksestä	45
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET AIHEALUEITTAIN KÄSITELTYNÄ	46
5.1	Perusjoukon kuvaus.....	48
5.2	Potilaan kokemus ensihoitajan tekemästä hoitoon ohjauksesta.....	50
5.2.1	Ensivaikutelma ja yleiskokemus.....	50
5.2.2	Yhteistyö ja tiedon anto.....	53
5.2.3	Omaisten huomioiminen.....	55
5.2.4	Avoimet vastaukset.....	56
5.3	Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käyttö potilaan kokemana	57
5.3.1	Turvattomuuden ja pelon tunne matkan aikana	57
5.3.2	Tasavertaisuuskokemus ambulanssilla tullessiin nähden	60
5.3.3	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen.....	61
5.3.4	Avoimet vastaukset.....	62
5.4	Potilaiden ymmärrys ensihoitopalveluista	62
5.4.1	Ambulanssityhjiöt ja tehtäväsidonnaisuus.....	62
5.4.2	Sairaankuljetuksen kustannukset ja tarpeellisuusperiaate	65
5.4.3	Potilaan asema ensihoitopalveluiden käyttäjänä.....	67
5.4.4	Avoimet vastaukset.....	69
5.5	Tutkimusongelmiin liittymättömät avoimet vastaukset.....	70
6	YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA	70
7	POHDINTA	72
7.1	Luotettavuuden toteutuminen.....	73
7.2	Tutkimuseettisten periaatteiden toteutuminen.....	75
7.3	Itsearviointi kehittymisestä opinnäytetyöprosessissa	76
7.4	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	77

LÄHTEET

LIITTEET

- Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä
- Liite 2. Tutkimusluvut
- Liite 3. Tiedonhaun kaavio
- Liite 4. Tutkimustaulukko
- Liite 5. Hoidon tarpeen arvion runko
- Liite 6. Saatekirje ja kyselykaavake
- Liite 7. Muuttujataulukko
- Liite 8. Sisällön analyysin luokittelu

1 JOHDANTO

Korkealuokkaisen ensihoidon yksi tunnuspiirre on, että kaikkia potilaita ei kuljeteta hoitoon. Kuljettamatta jättäminen on viime vuosina lisääntynyt. (Valvira 2016; Ilkka 2016; Hämeenniemi ym. 2017, 40.) Ensihoitajat tasapainoilevat kliinisen osaamisensa, kokemuksen, vuorovaikutustaitojensa, eettisten kysymysten ja yhteiskunnan reunaehtojen kanssa potilaan tilan arviota ja hoitoon ohjausta tehdessään (Syväoja & Äijälä 2009, 158; Kujala 2003, 166; Lankinen 2014). Hoitoonohjaus ensihoidossa on haasteellista erityisesti niiden potilaiden kohdalla jotka eivät tarvitse välitöntä ensihoitoa tai kuljetusta ambulanssilla (Lindfors-Niilola 2014). Koska avunpyytäjän on usein hankala itse arvioida, milloin potilas tarvitsee kuljettaa ambulanssilla päivystykseen (Castrén 2013, 314), voivat ensihoitajat kohdata hyvinkin erilaisia näkemyksiä siitä, miksi potilas haluaisi päästä sillä hetkellä lääkäriin ja miksi sinne pitäisi päästä ambulanssin kyydissä (Torkkola 2002, 29).

Ensihoitotyön vaikuttavuuden parantaminen edellyttää toiminnan kehittämistä näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuen (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326) Potilaat ovat useimmiten varsin tyytyväisiä saamaansa ensihoitoon (Bos ym. 2014, Bernard ym. 2006, Kuisma ym. 2003, Hämeenniemi ym. 2017; Ahl & Nyström 2011, 39) ja sen mittaaminen ja kehittäminen on merkittävä osa nykyaikaista hoitoa (Kuisma ym. 2002; Presse ym. 2003, 106). Laatu ei voida sen perusteella kuitenkaan mitata, sillä tyytyväisyys-käsitteen taustalla on oletus autonomisesta kuluttajasta, joka pystyy tekemään valintoja (Williams & Wilkinsson 1995). Ensihoito on asiantuntijapalvelua (El Sayed, 2012; Kuisma 2013, 7) eikä potilaalla ole mahdollisuutta valita, mistä hän palvelun saa. Se vaikuttaa annettuun palautteeseen. Tyytyväisyyden sijasta tulisi kartoittaa kokemuksia. (Salmela 1997, 14- 15.)

Soveltavan tutkimuksen keinoin tässä opinnäytetyössä selvitetään miten ensihoidon potilaat kokevat ohjauksen vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytöstä, miten he kokevat vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käytön ja millainen käsitys X4-potilailla on ensihoitopalveluista. Metodina käytetään paperisella lomakkeella tehtyä survey-tutkimusta. X4-termi tulee hätäkeskustietojärjestelmän koodeista ja se tarkoittaa muuta kuljetusta. Tulokset analysoidaan tilastollisin

ja sisällön analyysin menetelmin. Aihe lähti kirjoittajan henkilökohtaisesta kiinnostuksesta asiaan ja halusta lisätä inhimillistä tietoa ensihoitotyöhön. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (liite 1), mutta kysely on suoritettu kaiken kaikkiaan viiden eri sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalla riittävän otannan saamiseksi kohtuullisessa ajassa (liite 2).

2 TEOREETTINEN TAUSTA

Teoreettista taustaa varten on tehty systemaattinen tiedonhaku (liite 3) ja laadittu tutkimustaulukko (liite 4). Vähäisen ensihoidon kansallisen tutkimustiedon vuoksi ja kirjastotietokantojen rajallisten lukuoikeuksien vuoksi hakutuloksia saatiin niukasti. Suurin osa näytöstä löytyikin pääasiallisesti tieteellisten artikkeleiden lähdeluetteloiden kautta.

2.1 Lähtökohtana ensihoitopalveluiden käyttäjä

Julkispalveluiden ulkoistamisen myötä ensihoidon toiminnassa on nähtävissä markkinaperiaatteita. Näitä ovat palveluiden rahoittamisen ja järjestämisen eri tavat. Tämä antaa eri potilaille eri sisältöjä ja merkityksiä ensihoitotoiminnasta. Onko potilas sittenkin asiakas, kansalainen, kuluttaja vai palveluiden käyttäjä ja mitkä ovat mistäkin näkökulmasta hänen asema, oikeudet ja vastuut? (Auvinen ym. 2012, 90.) Potilas käsitteenä liittyy terveydenhuollossa läheisesti asiakkaan, kuluttajan ja kansalaisen käsitteisiin. Asiakkuus-ajattelun ymmärtäminen auttaa erottamaan potilas-puheesta oleellisen. Potilas on muuttunut palveluiden kohteen sijasta palveluiden käyttäjäksi, aktiiviseksi ja yhdenvertaiseksi toimijaksi palvelua tarjoavan henkilön kanssa ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat enenevässä määrin asiantuntijoita, joita potilaat konsultoivat päättäessään omasta hoidostaan. (Virtanen ym. 2008, 15; Töyry 2001, 46.)

Ensihoidon potilas on hätäkeskuksen hälyttämän ensihoitoyksikön kohtaama henkilö jolle ensihoitajat tekevät hoidon tarpeen arvion. *Kiireettömällä potilaalla* tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ensihoitopalvelun potilasta jonka terveydentila ei vaadi välittömiä ensihoitotoimenpiteitä tai valvontaa kuljetuksen aikana, mutta jonka on hakeuduttava päivystykselliseen terveydenhuollon yksikköön seuraavan 24 tunnin aikana, jotta vaivan tai tapaturman oireet eivät

lisääntyisi ja pahentaisi hänen terveydentilaansa. Potilas- ja asiakas-käsitteitä voidaan käyttää rinnakkain (Repo 2008, 46).

Potilaslähtöisyydessä vastataan potilaan tarpeisiin. Potilaslähtöisen toiminnan voidaan katsoa olevan se syy, miksi ensihoitopalvelut ovat ylipäättään olemassa ja työntekijät töissä. Kaikkia terveyden ja sosiaalihuollon palveluita yhdistää se, ettei niitä ole olemassa ilman käyttäjiä, joita varten palvelut ovat. Tämä tekee toiminnan potilaslähtöisyydelle alkupisteen. (Tanner 2015; Virtanen ym. 2011, 42.)

Palveluiden käyttäjän odotukset ja kokemukset palveluista muokkaavat hänen asenteitaan ja käyttäytymistään. Se, että potilaan odotukset saamastaan palvelusta ja palvelun tarjoajan resurssit eivät ole ristiriitaisia, luo pohjan asiakkaan kokemukselle hyvästä palveluprosessista. Jotta potilaan palvelumielikuvat ja odotukset palvelusta vastaavat todellisuutta hänen tulee perusoikeuksiansa lisäksi tietää, mikä on oma asema palvelujen käyttäjänä. Puhutaan siis palveluymmärryksestä. (Virtanen ym. 2008, 24.) Potilaslähtöisyyttä toteuttamalla organisaatio tutkii ja ymmärtää potilaiden tarpeita ja odotuksia sekä täyttää näiden asettamia vaatimuksia. Kun organisaation tavoitteet ovat sidoksissa potilaan tarpeisiin ja odotuksiin, se mittaa potilastyytyväisyyttä ja reagoi mittauksilla saatuihin tuloksiin. Potilastyytyväisyyden toteutuessa organisaation resurssien käyttö tehostuu. (SFS RY 2014.)

2.2 Vuorovaikutus ensihoitajan ja potilaan välillä

Keskeistä vaikuttavassa hoitotyössä ovat hyvät vuorovaikutustaidot (Syväoja & Äijälä 2009, 56). Hoitotyöntekijät usein kokevat itse olevansa vuorovaikutuksen ammattilaisia ja asiantuntijoita mutta suurin osa sosiaali- ja terveysalan valvontaviranomaiselle tulleista valituksista johtuu hoitotyöntekijöiden vuorovaikutustaidoista. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168; Pirkka 2008.) Potilaan oikeudet kattavat hyvän kohtelun, tiedon saamisen ja itsemääräämisen. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää potilaan tarpeiden huomioon ottamista ja hoitamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003,

15; Kyngäs ym. 2007, 48.) Taulukko 1 on kiteytettynä lakiin pohjautuvat vuorovaikutteisen ohjaussuhteen keskeiset tekijät.

Taulukko 1: Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen keskeiset tekijät (Kyngäs ym. 2007, 48)

Hoitajan suhde potilaaseen	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan erityisluonteen tunnistaminen - Kiinnostuksen, lämmön, hyväksymisen ja arvostuksen osoittaminen - Ymmärtäminen - Rohkaisu - Luottamus
Potilaan suhde hoitajaan	<ul style="list-style-type: none"> - Luottamus hoitajaan - Turvallisuuden tunne ohjaustilanteessa
Yhteinen suhde	<ul style="list-style-type: none"> - Halu työskennellä yhdessä - Odotusten yhtäpitävyys - Usko auttamisen mahdollisuuksiin

2.2.1 Ensihoitajien lähtökohdat vuorovaikutukselle

Ensihoitotyössä ammatti-identiteetti koostuu kahdesta tekijästä. Ensinnäkin ammattikunnan opeista, olettamuksista, myyteistä ja tarinoista ja lisäksi persoonallisesta identiteetistä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 45.) Ensihoitajat tekevät työtään yhteiskunnallisen todellisuuden ja siinä tapahtuvien muutosten ehdoilla (Auvinen 2012, 69; Mäkisalo-Ropponen 2011, 45). Vuorovaikutukseen liittyy tietyllä tapaa valta, jota hoitajan tulisi käyttää positiivisessa merkityksessä potilaan hyväksi. Ensihoitajien valta perustuu asiantuntijuuteen ja organisaation suomaan auktoriteettiasemaan. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 171.)

Ensihoitotyössä joutuu huomaamaan, miten omat työstämättömät ja poistyneet asiat saattavat yllättäen nostaa päätään ja aiheuttaa käsittämättömiä reaktioita vuorovaikutustilanteissa (Mäkisalo-Ropponen 2011, 49, 60). Kun kohtaa jatkuvasti ihmisiä, jotka sairastavat tai joutuvat onnettomuuksiin, herää ensihoitajissa erilaisia tunteita. Ensihoitaja ei voi emotionaalisesti kuitenkaan elää jatkuvasti ja voimakkaasti mukana, sillä potilaiden hoito ei silloin onnistuisi. (Sillanpää 2008, 15; Mäkisalo-Ropponen 2011, 173; Seppälä 2012, 76.)

Vastuulliseen ensihoitoon kuuluu rationaalisen ajattelun lisäksi myös omien tunteiden hallinta työtilanteissa (Auvinen ym. 2012, 3). Tutkimalla omia vuorovaikutuksessa aktivoituneita tunteita saadaan käsitys vuorovaikutuksen luonteesta. Ongelmia tuo kuitenkin se, missä määrin asiantuntija voi luottaa omiin tunnereaktioihinsa informaation lähteenä ja missä määrin kyseessä ovat omat henkilökohtaiset hankalat asiat, jotka työtilanteessa tulevan esille. (Tiuraniemi 2002, 11.) Oman toiminnan tutkiminen sekä itsetuntemus laajemminkin ovat edellytyksiä persoonan käyttämiselle asiantuntijuuden osana (Tiuraniemi 2012, 11; Seppälä 2012, 75-76; Mäkisalo-Ropponen 2011, 45).

Koko työorganisaation identiteetti heijastelee yksilön elämään ja työuraan ja sitä myöten myös vuorovaikutustilanteisiin. Organisaation identiteetti ilmenee muun muassa visioissa, tavoitteissa, toimintatavoissa ja arvoissa. Kun yhteiskunnassa korostetaan tuottavuutta ja priorisointia voi ensihoitajille tulla ylipääsemättömiä ristiriitoja vaatimuksista tehdä työtä pintapuolisesti. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 62, 97- 98.) Kiireinen työtahti, ensihoitajan stressi ja uupumus sekä työyhteisön sisäiset jännitteet heikentävät potilaan ja ensihoitajan vuorovaikutuksen laatua (Mattila 2001, 22). Ensihoitajat myös helposti turhautuvat, kun kansalaiset eivät käytä ensihoito- ja päivystyspalveluita siten, kuin niitä on tarkoitus. Tähän ongelmaan on ensisijaisesti vastattava ensihoitajien koulutuksella sekä hoito-ohjeistusten selkeyttämisellä. Ensihoitopalvelun tarkoitus ei ole kouluttaa kansalaisia vaan toimia oman alansa asiantuntijana ja auttaa potilaita. (Neely 1997, 1105; Kujala 2003, 164.)

Työparitoiminta tuo vuorovaikutustilanteisiin omanlaisen ulottuvuuden. Ensihoitoyksikkö koostuu kahdesta työntekijästä, hoitajasta ja kuljettajasta. Potilaan haastattelussa kuljettajana toimiva ensihoitaja pääsääntöisesti suorittaa tutkimukset ja mittaukset samalla kun hoitaja haastattelee potilaan, omaiset ja kirjaa. Aina hoitaja ei toimi yksikön johtajana, vaan kuljettajalla saattaa olla pidempi kokemus työstä ja hän voi ohjata ensihoitotilannetta parhaaksi katsoomaansa suuntaan. Vuorovaikutuksellisia ongelmia voi ilmetä, kun kuljettaja esittää kysymyksen tai kommentin, joka kuuluu hoitajan vastuulle. Kuljettajan ja hoitajan roolien sekoittuminen kuormittaa paitsi potilasta, myös ensihoitajia sekä aiheuttaa viiveitä hoitotilanteen etenemiselle. (Auvinen ym. 2012, 3, 53.)

2.2.2 Potilaan lähtökohdat vuorovaikutukselle

Ensihoito on universaalia palvelua, jonka piiriin kuka tahansa voi hakeutua milloin tahansa sitä tarvitessaan. Potilaana voi siis olla aikuinen, lapsi, nuori tai iäkäs ja terveydelliseltä tai henkiseltä tilaltaan, sosiaaliselta asemaltaan ja kulttuuriselta taustaltaan millainen tahansa. (Auvinen ym. 2012, 3.) Ensihoitaja voi kohdata sekä hyvin motivoituneen ja itsestään huolehtivan kuin päihdeongelmaisenkin. Yleisesti potilaana olemiseen liittyy eriasteista riippuvuuden tunnetta sekä yksityisyyden ja turvallisuuden tunteen heikkenemistä (Mattila 2001, 14). Hoitoprosessi myötä potilaat luovuttavat itseään koskevaa päätöksentekovaltaa ammattihenkilöille (Mäkisalo-Ropponen 2011, 171). Avun hälyttämistä on useimmiten harkittu tarkkaan ja kynnys hätäkeskukseen soittamisessa on ollut korkea (Hämeenniemi ym. 2017, 47; Ahl ym. 2006, 11- 19). Sairastuminen tai vammautuminen joko äkillisesti tai pitkän ajan kuluessa herättää potilaissa myös erilaisia tunteita (Sillanpää 2008, 15; Ahlberg ym. 2015, 26).

Asiakkaan odotukset ja kokemukset palveluista muokkaavat hänen asenteitaan ja käyttäytymistään. Potilas potee ja tarvitsee hoitoa, asiakas asioi ja pyrkii yhteistyöhön. Jos molemmilla aktivoituu hoitaja – potilas- tai asiantuntija – asiakas -vuorovaikutukseen liittyvä sisäinen vuorovaikutusmalli, vuorovaikutus sujuu molempien odotusten mukaisesti. Vastaavasti odotukset voivat olla myös ristiriidassa keskenään: apua hakeva henkilö voi odottaa hoitoa vaiwaansa ja on tyytymätön siihen, jos yhteistyöhön orientoitunut asiantuntija ehdottaa aktiivisia toimia ongelmien ratkaisemiseksi. Vastaavasti hoitotieteellisesti orientoituneen ensihoitajan kohtaama henkilö voi kokea olevansa erilaisen tutkimuksellisten tai hoidollisten toimenpiteiden kohteena ilman syytä. (Tiuraniemi 2002, 12.)

2.2.3 Potilaan omaiset

Ensihoitotilanteissa usein on myös läsnä potilaan omaisia. Ne voivat olla potilaan aikuiset lapset, ikäännytynyt puoliso, vanhempi, sisar, alaikäinen lapsi tai muu sukulainen tai läheinen. Omaisten huomiointi on erityisen tärkeää (Kuisma ym. 2003, Hämeenniemi ym. 2017, Kähkönen 2011; Mylläri 2017; Mattila 2001, 14), sillä he ovat usein aktiivisia toimijoita potilaan hoidossa.

Perhe usein näkee potilaan hoitavan itseään päivittäin tai osallistuvat siihen konkreettisesti tekemällä hoitoon liittyviä asioita. Perheen vaikutus potilaan hoidossa on merkittävää, koska heillä on erityisesti paljon kokemustietoa. (Rintala 2013; Mylläri 2017.) On kuitenkin muistettava, että hoidon keskiössä on potilas eikä omainen eikä potilasta saa sivuuttaa (Kuisma ym. 2003). Suuri sosiaalisen tuen määrä yhdessä potilaskeskeisen lähestymistavan ja potilasta osallistavan hoidon kanssa parantaa hoitotyytyväisyyttä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua (Kähkönen 2011).

Omaista voidaan huomioida kysymällä hänen mielipidettään ja näkemystä potilaan tilanteesta, antamalla hänen olla läsnä potilaan tutkimisessa ja haastattelussa sekä ottamalla hänet mukaan hoitotoimiin. Omaisille on myös tärkeää antaa tietoa potilaan terveydentilasta siinä määrin, mitä potilas sallii. Omaisen hätää on rauhoitettava. Omaiset ovat usein tehneet potilaan tilasta sellaisia havaintoja, joita potilaat itse eivät ole tiedostaneet. Omainen voi olla hätäpuhelun tekijä ja enemmän huolissaan potilaan voinnista, kuin tämä itse. Omaiset usein pakkaavat potilaalle tavaroita sairaalareissua varten ja avustavat pukeutumisessa. Vaikka omaisia ei olisi paikalla, on ensihoitajien silti huomioitava heidät. Potilaalle voi kertoa, että olisi hyvä ilmoittaa läheisilleen päivystykseen menosta. Ensihoitajat voivat tehdä sen myös potilaan puolesta. Sairaankuljetuskaavakkeeseen on kirjattava potilaan nimeämä lähiomainen, johon sairaalasta käsin voidaan tarvittaessa ottaa yhteyttä ja jolle tietoja voidaan antaa. Joskus potilaiden puolisoiden kotona pärjäämistä joudutaan myös arvioimaan. Jos omaishoitajana toimiva potilas lähtee päivystykseen, täytyy kotiin jäävälle järjestää siksi aikaa hoitaja.

2.2.4 Kohtaaminen ja yhteistyö

Olenneisinta vuorovaikutuksessa on kohtaaminen (Eloranta & Virkki 2011,17). Yhtä oikeaa tapaa kohdata potilas ensihoidossa ei ole. Vuorovaikutuksen onnistumista ohjaa voimakkaasti ensivaikutelma, mikä syntyy jopa jo ensimmäisen kolmen sekunnin aikana kohtaamisesta. Sinä aikana potilas muodostaa käsityksensä ensihoitajasta ja palvelun tuottajasta. Tervehtiminen ja ilmapiiri ovat tärkeitä ja auttavat saavuttamaan yhteisymmärryksen potilaan ja ensihoi-

tajan välillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 56; Kuisma 2003.) Kohtaamiseen kuuluvat tutustuminen, läheisyys, kiireettömyys ja turvallisuus sekä kokemus siitä, että tulee hyväksytyksi ja kuulluksi (Eloranta & Virkki 2011, 17; Mattila 2001, 60).

Koska jopa 42 % ensihoidon kohtaamista kiireettömistä potilaista todella luulee, että heidän terveydentilansa on kriittinen tai tarvitsevat välitöntä hoitoa tai kuljetusta (Yarris ym. 2006; Ahlberg ym. 2017, 27) on ensihoitajan kyettävä luomaan turvallisuuden tunne potilaalle. Ensihoitajan tulee ymmärtää potilaan sairauden kokemista ja kykyä tilanteen hallintaan. (Mattila 2001, 15; Ahlberg 2017, 27.) Potilaalle on alusta alkaen välitettävä tunne, että häntä autetaan ja hän saa parasta mahdollista hoitoa (Virtanen ym. 2008, 31; Ahlberg 2017, 28). Kohtaamisessa on oltava tilaa ja aikaa potilaan tarpeiden kuulemiselle ja käsitteilylle ilman ennakkoluuloja, ennakoasenteita, kiirettä tai valmiiksi mietittyjä hoitomalleja. Palvelussa kohtaavat ensin ihmiset, sitten vasta asiat. (Virtanen 2008, 31; Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Taitavan asiantuntija -hoitajan vuorovaikutus potilaan kanssa on kaksisuuntaista, tavoitteellista ja herkkää potilaan viesteille (Mattila 2001, 18; Mäkisalo-Ropponen 2011, 168). Onnistunut vuorovaikutus on ratkaiseva tekijä hoidontarpeen arvioinnin ja hoitoon ohjauksen osuvuudessa (Syväoja & Äijälä 2009, 56). Yhteistyö potilaan kanssa edistää hänen osallistumista ja vähentää uusia sairaalahoitajaksoja ja tukee terveellisiä elämäntapoja (Kähkönen ym. 2011, 211; Kujala 2003, 162). Tavoitteellisuus vuorovaikutuksessa tarkoittaa, että hoitaja näkee käyttäytymisen taakse, todelliseen tarpeeseen, viestiin tai tunteeseen. Sitä voi myös luonnehtia terapeuttiseksi vuorovaikutukseksi jolloin tarkoitetaan viestien lähettämistä ja vastaanottamista tavalla mikä lievittää potilaan pahaa oloa ja hätää, auttaa häntä itseään selkeyttämään omaa tilannettaan sekä toisaalta auttaa hyvien kokemusten ja tunteiden syntymistä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168; Pirkka 2008.)

Ensihoitaja ei voi tietää mikä on potilaalle parasta, ellei kysy sitä potilaalta itseltään. Ensihoitajan tulee tavallaan tekeytyä tietämättömäksi rakentavalla tavalla ja olla avoimella asenteella. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168; Ahlenius

ym. 2015, 29.) Hän ei voi tietää potilaan tilanteesta enempää, mitä potilas kertoo. Tilanne hahmottuu lause kerrallaan. Myös potilasta se helpottaa näkemään omat suuretkin itsestään selvyudet uudessa valossa. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168 -169.)

Tiedonsaanti, mielipiteiden huomioiminen sekä ensihoitajalta saatu hyväksyntä lisää potilaan kokemusta osallisuudesta omaan hoitoonsa. Osallisuus voidaan määritellä myös vastakohtansa eli osattomuuden kautta. Osattomana ollessaan potilaalta puuttuu vaikuttamismahdollisuuden kokemus ja potilas kokee hoitonsa enemmän organisaatio- kuin potilaslähtöiseksi. (Kujala 2003; Hyytiäinen 2010; Kuisma 2003; Munjal 2015; Kähkönen ym. 2011.) Hoito- ja asiantuntijatyössä tämä asiaa unohtuu helposti ja ensihoitaja voi valtaansa käyttäen määritellä, mitkä asiat ovat potilaalle hyväksi ja miten elämää tulisi elää. Valmiiden ohjeiden antaminen ei tasavertaista toimintaa potilaan kanssa eikä sillä päästä yhteisymmärrykseen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168-169, 173.) Tiedon antaminen potilaalle on siis terveydenhuollon velvollisuus ja mahdollistaa potilaalle sen, että hän voi itse päättää hoidostaan, tehdä valintoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

2.3 Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen tarve

Vaihtoehtoisena kuljetusmuodolla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan potilaan omaa autoa, omaisen tai ystävän tarjoamaa kyytiä, taksia, kelataksia, paaritaksia, julkista kulkuneuvoa ja jalan tai pyörällä kulkua. Tässä opinnäytetyössä ulkopuolelle rajattiin toinen ambulanssi ja muut sairaankuljetusyksiköt sekä helikopterit. Häätäkeskuksen välittämiä ensihoidon tehtävälajeja kuvataan sähköisissä tilatietojärjestelmissä erilaisilla koodeilla. Vastaavasti kuljetukseen johtaneilla tehtävillä ja kuljetukseen johtamattomilla tehtävillä on oma koodistonsa, jonka ensihoidon yksiköt välittävät hätäkeskukselle tehtävän suorittamisen jälkeen. Vaihtoehtoinen kuljetus tällä koodistolla on X4.

Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen järjestelmälliselle käytölle on ollut tarvetta jo pitkään (Camasso-Richardson ym. 1997; 1137), sillä vajaan kolmasosan päivystyspoliklinikalle kuljetettu kiireetön potilas tarvitsee harvoin tai erittäin har-

voin ambulanssikuljetuksen (Mikkonen 2014, 25). Valtaosa, jopa 67 %, pediatrien potilaiden ambulanssikuljetuksista ovat tarpeettomia (Camasso-Richardson, Wilde & Petrack 1997, 1137). Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen tarpeellisuutta voi tarkastella erilaisista näkökulmasta.

2.3.1 Tehtäväsidonnaisuus ja ambulanssityhjiöt

Vuonna 2013 alusta terveydenhuoltolain mukaisesti ensihoitopalveluiden järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille. Sairaanhoitopiiriin tulee tehdä ensihoidon palvelutasopäätös siten että ensihoitopalvelu toteutuu tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti ja että se on mitoitettu oikein. Palvelutasopäätös tehdään riskianalyysiin, erilaisiin onnettomuusuhkiin ja alueen asukkaiden sairastuvuuteen perustuen. Palvelutasopäätöksen tarkoituksena on turvata tasa-arvoinen ensihoitopalvelu keskenään samanlaisille alueille. (Seppälä 2013, 332.) Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee ensihoitoa koskevan lainsäädännön ja ohjaa sekä valvoo toimintaa yleisellä tasolla (STM 2011, STM 2017).

Tällä hetkellä ei pystytä kansallisesti tuottamaan ensihoitopalvelusta sellaisia toiminnan tunnuslukuja, joiden avulla sitä voitaisiin luotettavasti arvioida tai valvoa. Tietojen saaminen paranee merkittävästi, kun otetaan käyttöön uusi valtakunnallinen hätäkeskustietojärjestelmä ERICA ja kenttäjohtotoimintaa tukeva KEJO-järjestelmä ja sen osana sähköinen ensihoidokertomus. (Ilkka 2016, 3.) Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen tarpeellisuutta arvioitaessa tällaista tietoa tarvitaan. Vaikka valtakunnallisia tietovarantoja ei vielä ole on ensihoitopalvelujen tarjoajien erilaisista järjestelmistä haettavissa suuntaa antavaa dataa. Yhdellä kyselyn toteuttamisalueista ensihoitopalveluita tuottaa Varsinais-Suomen pelastuslaitos. Aikavälillä 1.1.- 30.6.2017 alueen yksiköt hoitivat noin 20 000 ensihoidotehtävää joista 1 518 päättyi X4 -suoritteeksi. Se on noin 8 % kaikista tehtävistä. Taulukko 2 on listattu viisi yleisintä tehtävälajia, jotka tuona aikana päättyivät X4 -suoritteeseen. Siinä on näiden tehtävien keskimääräistä kestoja verrattu saman tehtävälajin kuljetukseen päätyneeseen keskimääräiseen kestoan. Kokonaiskeskiarvoisesti kuljetukseen johtanut tehtävä kestää siis noin 30min pidempään kuin vaihtoehtoiseen kuljetukseen päätynyt sama tehtävälaji. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. 1.1.- 30.6.2017 aikana Varsinais-Suomen pelastuslaitoksen 5 yleisintä ensihoito- tehtävää joista suorite X4- muu kuljetus ja tehtävien keskimääräinen kesto. Neljännessä sarakkeessa kuljetukseen päätyneeseen saman tehtävälajin keskimääräinen kesto. (Varsinais-Suomen pelastuslaitos 2017.)

Tehtävälaji	Määrä	Kesto, kun suorite X4	Kesto kuljettaen
D 774	253	49 min	79 min
D 783	157	47 min	78 min
D 745	114	47 min	78 min
C 745	113	47 min	78 min
C 705	84	51 min	80 min

Kun tämän 1518 tehtävää kertoo puolella tunnilla, mikä ”voitetaan” tehtäväsidoonaisuusajassa saadaan tulokseksi 754 tuntia. Päivissä tämä on 31,6 vuorokautta. Se siis tarkoittaa, että jos kaikki X4 -suoritteeseen päätyneet tehtävät kuljetettaisiin lisäksi se yhden ensihoitoyksikön tehtäväsidoonaisuutta ympärivuorokautisesti yli kahden kuukauden ajan joka vuosi. Tästä tilastosta ei ole poistettu yksittäisiä häiriötekijöitä, mutta kuitenkin kohtalaisten suurten tehtävämäärien vuoksi johtopäätöksiä voidaan tehdä. Tilastoissa ei ole myöskään huomioitu sitä, että osan seutukuntien ensihoitopalveluista tuottavat yksityiset yritykset tai sairaanhoitopiiri itse. Niiden yksiköiden tehtäväsidoonaisuusaikoja ei tässä ole käsitelty. Seutukunnista on pidempi matka yöaikana päivystävään Turun ylipoistollisen sairaalan yhteispäivystykseen, mikä suurentaa kuljetukseen johtaneiden ensihoitotehtävien pituutta kuljetuksiin johtamattomiin verrattuna. Tämä edelleen lisää ambulanssityhjiöiden määrää yksiköiden varsinaisilla päivystysalueilla.

Todellisuudessa ensihoitoyksiköt ovat aina hälytettävissä kiireellisemmille tehtäville lähimmän yksikön periaatteella (Seppälä 2013, 347- 348, 350) ensivasteena, vaikka potilas olisi kyydissä. Ensivasteena toimiessaan ensihoitoyksikkö ei kuitenkaan voi ottaa hoitovastuuta tehtävästä ja toisen ensihoitajista

on jäätävä kuljetettavana olevan potilaan kanssa autoon odottamaan. Häätäkeskuksen tai ensihoidon kenttäjohtajan on järjestettävä paikalle toinen ensihoitoyksikkö, joka pystyy ottamaan hoitovastuun ja tarvittaessa kuljettamaan potilaan. Näissä tilanteissa yksittäisen potilaan matka sairaalaan pitenee eikä ambulanssiresurssien tarve vähene. Kaikille tehtäville ensihoitoyksikkö on hälytettävissä silloin, kun potilas on luovutettu sairaalaan tai tehtävästä vapautettu X-suoritteella. Terveysthuollon päivystyspisteiden keskittäminen suuriin kuntiin (STM 2010, STM 2014) aiheuttaa sen, että ambulanssiresurssit painottuvat näiden päivystyspisteiden lähiympäristöön, kun ensihoitoyksiköt vapautuvat sieltä potilaan luovuttamisen jälkeen ja aloittavat paluumatkan takaisin omalle alueelleen. Mitä pidempi kuljetusmatka on, sen pitempään ensihoitoyksikkö on poissa omalta alueeltaan. Suurten kuntien aika ajoin ilmenevät ensihoitotehtävien ruuhkahuiput saattavat pidättää seutukunnan ambulanssin pääsyä takaisin omalle alueelleen, kun lähimmän yksikön periaatteella vapaana olevia ambulansseja hälytetään kiireellisille tehtäville. Jokainen kuljetukseen johtanut ensihoitotehtävä käytännössä tilapäisesti ja osittain alentaa kiireellisen ensihoidon valmiustasoa. Tarpeeton kuljetus alentaa sitä tarpeettomasti.

2.3.2 Sairaankuljetuksen kustannukset ja tarpeellisuusperiaate

Kunnat ja kuntayhtymät maksavat ensihoitopalveluiden valmiuden ylläpitämisestä valmiuskorvausta. Valmiuskorvauksen rahoitusmallit vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Valmiuskorvauksen lisäksi kuljetuksista maksavat kansaneläkelaitos ja vakuutuslaitokset sekä potilas omavastuuosuudellaan palveluntuottajalle. (STM 2017.) Sairausvakuutus on osa sosiaaliturvaa, ja sitä hoitaa Kansaneläkelaitos. Sen tarkoitus on taata jokaiselle asianmukainen hoito varallisuudesta riippumatta ja antaa taloudellista turvaa sairauden aikana. (Sairasvakuutuslaki 2004; KELA 2017.)

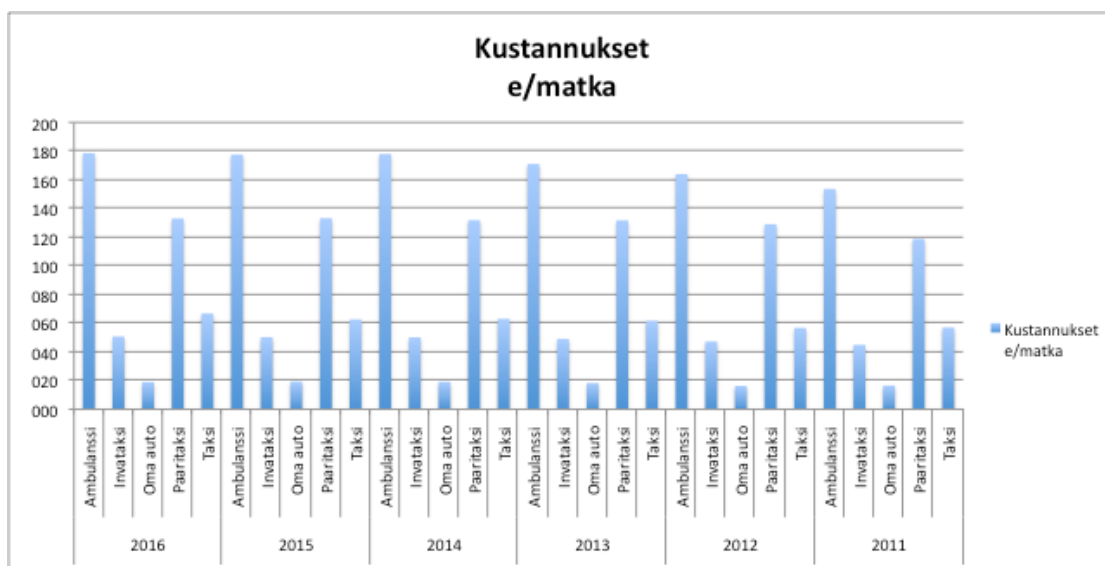
Matkakustannukset osana sairauden, raskauden tai synnytyksen hoitoa korvataan siis sairausvakuutuksesta, jota maksetaan veroluontoisena maksuna palkkaverotuksen yhteydessä. Korvausta maksetaan matkan aiheuttamista kustannuksista ei siis ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annetusta hoi-

dosta, eikä pääsääntöisesti kuljetukseen johtamattomista tehtävistä. Kuljetustarpeen ambulanssilla arvioi terveydenhoitolaitoksessa työskentelevä terveydenhuollon ammattihenkilö ja valtuuttaa allekirjoituksellaan palvelun järjestäjän saamaan korvauksen kuljetuksesta. Jos terveydenhoitolaitoksessa arvioidaan asiakkaan tila sellaiseksi, että asiakas olisi hänen terveydentilaansa vaarantamatta voitu kuljettaa esimerkiksi taksilla, matkakorvaus myönnetään kuitenkin matka olisi tehty esimerkiksi taksilla, vaikka kuljetus olisikin suoritettu tosiasiallisesti ambulanssilla. (Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224, KELA 2017.) Tällöin ylijäävä summa jää potilaan maksettavaksi. Kelan rooli rahoituksen osapuolena sote- ja maakuntauudistuksen jälkeen on tätä opinnäytetyötä kirjoittaessa epävarmaa, mutta Kelalle tulee jäämään rooli ainakin muiden kuin ensihoitopalveluun kuuluvien potilassiirtojen kustannuskorvausten osalta. (Ilkka & Rätty 2017, 18.)

Työtapaturma- ja ammattitautivakuutusta hoitavat yksityiset tapaturmavakuutusyhtiöt. Valtion työntekijöiden työtapaturma- ja ammattitautivakuutusasioita hoitaa valtiokonttori ja maatalousyrittäjien vakuutuksia Maatalousyrittäjien eläkelaitos. Vakuutuslaitokset toimivat julkisina viranomaisina, ja käsittelyyn sovelletaan hallintolain säännöksiä. (Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015.) Liikennevakuutus on Suomessa lakisääteinen vahinkovakuutus, joka korvaa moottoriajoneuvon liikenteeseen käyttämisestä aiheutuvia vahinkoja. (Liikennevakuutuslaki 2016.) Jos vakuutusta ei ole tai se ei syystä tai toisesta korvaa, ovat kaikki suomalaisella sosiaaliturvatunnuksella varustetut kuitenkin sosiaalivakuutuksen piirissä. Tällöin rahoitusvastuu on joko Kelalla tai kunnalla. (KELA 2017.)

Kelan korvaamien sairaankuljetusten kustannukset vaihtelevat huomattavasti käytetyn kulkuneuvon mukaan (ks. Kuva 1). Jos edeltävän esimerkin tehtäväsidonnoisuuksista Varsinais-Suomen Pelastuslaitoksella käyttää näihin kustannustietoihin voidaan saada suuntaa antava arvio siitä, kuinka paljon sairaankuljetuksen kustannussäästöjä syntyy, kun potilaat käyttävät vaihtoehtoisia kulkuneuvoja. Jos kaikki 1518 X4 -suoritetta olisikin kuljetettu ambulanssilla, olisi siitä koitunut kansaneläkelaitokselle korvattavaa noin 1 300 000 euroa vuodessa kyseisen alueen palveluntuottajille. Mikäli kaikki 1518 tehtävää

olisi päätyntä siihen, että potilaat olisivat kulkeneet taksilla, olisivat kustannukset olleet vuositasolla noin 190 000 euroa, jos taas kaikki potilaat olisivat menneet hoitoon omalla autolla, olisivat kustannukset vuositasolla olleet 60 000 euroa. Summat kasvavat merkityksellisiksi, kun ne suhteutetaan koko valtakunnan laajuuteen.



Kuva 1: KELA:n korvaamien sairaankuljetusten keskimääriset kustannukset kulkuneuvon mukaan koko maassa. (Kelasto 2017.)

2.3.3 Terveyskasvatuksellinen arvo

Terveysneuvonta kuuluu myös ensihoitopalveluihin (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Sen vaikuttavuutta mitataan tieto-, asenne-, ja käyttäytymismuutoksilla. Vaikuttavuutta aliarvioidaan helposti, sillä usein odotetaan välittömiä tuloksia. Käytännössä terveystieteiden vaikuttavuus voi ulottua ajan kuluessa kaikkiin sosiaalisiin luokkiin ja alueellisiin ryhmiin. Näin onkin tapahtunut esimerkiksi ruokailu- ja liikuntatottumusten muuttuessa terveellisempään suuntaan. (von Harpe 2008, 17.) Organisaatioiden palvelukulttuuri ei muutu, ellei asiakkaiden asenteita sitä kohtaan saada muuttumaan. Tietoa tulisikin levittää ensihoitopalveluiden käyttäjille organisaation toimesta. Tehokas tiedottaminen ensihoitopalvelutarjonnan toiminnan muutoksista helpottaa myös henkilöstön työtä, sillä se yhdenmukaistaa potilaiden odotuksia ja käyttäytymistä palvelutilanteissa. (Virtanen ym. 2008, 27; Torkkola ym. 2002, 9.)

Yksilöille suunnattu terveystkasvatus tapahtuu esimerkiksi ensihoitajan ja potilaan välillä ja suurelle yleisölle suunnattu terveystkasvatus hyödyntää joukkoviestimiä. Tiedetään että ensihoitopalveluiden runsas käyttö ja päivystyskäyntien suuri määrä ovat yhteydessä toisiinsa. (Meisel ym. 2011, 1036.) Terveystkasvatuksellinen ote hoitotyössä antaa asiakkaalle mahdollisuuden suunnitella toimenpiteitä käyttäytymisensä muuttamiseksi vuorovaikutuksessa julkisen sektorin kanssa. Ensihoitajat voivat terveystkasvatuksellisella vuorovaikutuksella vaikuttaa alentavasti sekä tarpeettomien että kiireettömien ensihoitotehtävien määrään. Tiedon välittämisen lisäksi terveystkasvatusohjelmien avulla voidaan opettaa taitoja. Terveystkasvatusohjelmien tarkoitus on myös parantaa ihmisten itsetuntoa ja edistää oma-aloitteisuutta, jotta heidän mahdollisuutensa vaikuttaa omaan terveyteensä paranisivat. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005. 77; Ahl ym. 2012.) Edistämällä potilaiden omatoimisuutta ja aktiivisuutta saadaan toimintaan tehokkuutta. Se saattaa edesauttaa myös suomalaisten sosiaali- ja terveystpalveluiden asiakkaiden passiivisten asenteiden purkamista. (Virtanen ym. 2008, 11; Torkkola 2002, 24.)

Terveystkasvatus nähdään monesti vain henkilökohtaisten taitojen kehittämisenä oman ja ympäristön terveydestä huolehtimiseksi. Terveystkasvatusta on kritisoitu liiasta kapea-alaisuudesta, jolloin vaarana on keskittyä liikaa yksilöiden elämäntapoihin tai syyllistää sairastuneita. Terveystkasvatus on kuitenkin suunnitelmallista toimintaa, joka tarjoaa tietoa terveydestä, jotta ihmiset voisivat omaehtoisesti muuttaa käyttäytymistään. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005. 77.) Ensihoitotilanteissa tyypillinen terveystkasvatus on yksilölle suunnattua ja suunnitelmallista, ja se perustuu valtakunnallisiin tai sairaanhoitopiiri-kohtaisiin ohjeistuksiin ja näyttöön perustuviin tietoihin. Hoitoon ohjaamisella ensihoidossa on terveystkasvatuksellista arvoa, kun potilaita tuetaan omahoitajuuteen ja itseohjautuvuuteen.

2.4 Ensihoitaja vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytön ohjaajana

2.4.1 Hoidon tarpeen arvio

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä” (Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/795). Hoitoon pääsyn turvaamiseksi laadittiin 2005 terveydenhuoltolaki, jossa velvoitetaan terveyskeskuksia järjestämään hoidontarpeenarvio. Lain mukaan potilaalla ei siis ole oikeutta päästä mihinkä tahansa hoitoon, mutta hänellä on oikeus terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään hoidon tarpeen arvioon. Potilaan ja hoitajan (ei vain lääkärin) kohtaamista voidaan pitää siis terveydenhuollon ydintoimintana ja sen eettisenä ja oikeudellisena tapahtumana. (Syväoja & Äijälä 2009: 42; Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; STM 2005, 31.)

Terveydenhuoltolaissa ensihoitopalvelu on määritelty terveydenhuollon toiminnaksi, jonka tehtävä on vastata ensisijaisesti kiireellistä apua tarvitsevien potilaiden hoidosta terveydenhuollon laitosten ulkopuolella, tehdä sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja antaa kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella. Hoidon tarpeen arvio on tullut lainsäädännön (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326) myötä osaksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimenkuvaa vuonna 2005.

Suomessa lainsäädäntö edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Lisäksi tulee olla yhteys potilasasiakirjoihin ja hoitoa antavaan yksikköön. Potilasasiakirjoista hoidon tarpeen arvioitsija varmentaa potilaan perustiedot, potilaan saamat diagnoosit ja hoitajaksot sekä lääkityksen. Lisäksi laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tulokset sekä mahdollinen hoitotahto tukevat hoidontarpeen arviointia. Allergioiden ja muiden riskitietojen näkyminen potilasasiakirjoista lisäävät potilasturvallisuutta. (Syväoja & Äijälä 2009, 27,31; Valvia 2013, 3; Valtioneuvoston asetus 1019/2004.)

Hoidon tarpeen arvion edellytykset (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Syväoja & Äijälä 2009, 65.):

- terveydenhuollon ammattihenkilö
- riittävä työkokemus
- yhteys potilasasiakirjoihin
- yhteys hoitoa antavaan yksikköön
- arvioinnin tulos kirjattu potilasasiakirjoihin

Hoidon tarpeen arviointi on eri asia kuin varsinainen taudinmääritys. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään henkilön terveydellinen tila ja toimintakyky ja sen kehittyminen tarvittaessa terveystarkastuksen, haastattelun, testien ja tutkimusten avulla. (Syväoja & Äijälä 2009, 65.) Käytännössä toiminta perustuu johtavan tai vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen, sillä hänellä on edelleen vastuu toiminnasta (Terveystarkastuslaki 30.12.2010/1326). Ensihoidossa hoito-ohjeen pyytäminen lääkäriltä perustuu siihen, että laillistettu lääkäri päättää ammattihenkilölain mukaan potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Valtaosassa Suomessa se on edelleen myös ainut keino, miten ensihoitajat voivat saada yhteyden potilasasiakirjoihin ja hoitoa antavaan yksikköön. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Syväoja & Äijälä 2009, 65; Valvira 2013, 3.)

Ensihoitajien laadukkaasti ja luotettavasti tekemä hoidon tarpeen arvio keskittyy erityisesti tunnistamaan potentiaaliset hätätilanteet olemassa olevien näkyvien oireiden perusteella (Cummins ym. 2012), mutta ensihoitajilla täytyy olla myös paljon osaamista kiireettömien potilaiden ohjaamisesta ja heidän on tunnettava alueellinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä hyvin (Alanen ym. 2016, 59). Lisäksi hoidon tarpeen arviointi edellyttää ensihoitajilta hyviä vuorovaikutus-, ongelmaratkaisu- ja päätöksentekotaitoja sekä eettistä osaamista, yhteistyötaitoja, yhteiskunnallista osaamista sekä kehittämisosaamista (Syväoja & Äijälä 2009, 158; Kujala 2003, 164).

Hoidon tarpeen arviossa tarvittava tietotaito ei vielä sisälly nykyisiin opetussuunnitelmiin ammattikorkeakouluissa. Rekrytoinnissa ei siis tulisi riittää pelkkä tutkintotodistus vaan siinä tulisi huomioida tehtävän vaatimia ominaisuuksia. Lisäksi työturvallisuuslaki (2002) velvoittaa työnantajaa perehdyttämään työntekijä riittävästi työhön, työpaikan olosuhteisiin, menetelmiin ja turvallisiin työtapoihin ennen uuden tehtävän alkamista. Täydennyskoulutusvaatimukset tulevat niin ikään työturvallisuuslaista (2002) ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetusta laista (1994) sekä asetuksesta terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta (2003). (Syväoja & Äijälä 2009, 159- 160.)

Ensihoitaja tekee hoidontarpeenarviointia siis koulutuksensa, ammattinsa ja osaamisensa mukaisesti organisaation ohjeistusta käyttäen. Osaamisen varmistaminen on työnantajan ja esimiehen vastuulla. Täydennyskoulutus korostuu, sillä hoitokäytännöt muuttuvat lääketieteen, hoitotieteen, teknologian ja käytettävissä olevien resurssien myötä. (Syväoja & Äijälä 2009. 26.) Myöskin uusien tutkimusten ja mittauslaitteidenkin tulo tuo ensihoitotyöhön jatkuvasti kouluttautumistarpeita (Alanen ym. 2016, 58).

Hoidon tarpeen arvio toteutetaan aina samalla tavalla ja järjestelmällisesti. Hätilanteessa voidaan tutkimusten järjestystä muuttaa, mutta mitään asiaa ei voi jättää huomioimatta tai tutkimusta jättää tekemättä. Ensihoitaja tekee työssään hoidon tarpeen arvion ja hoitotoimia varten määrittää työdiagnoosin. (Alanen ym. 2016, 20, 57.) Hoidon tarpeen arvio muodostuu useasta vaiheesta, jotka etenevät rinnakkain ja päällekkäin. Vaiheet ovat 1) tiedon keruu ja käsitteleminen, 2) tilanteen määrittäminen 3) ongelmien tunnistaminen, 4) toiminnan suunnittelu ja 5) toteutus sekä 6) tilanteen seuranta ja arviointi. (Janhunen 2014, 7.) Syväoja ja Äijälä (2009) listasivat asiat, jotka on selvitettävä aina kun tehdään hoidon tarpeen arviota. Tästä on tehty taulukko ja se on täydennetty ja sovellettu ensihoitoon Alasen ym. (2016) mukaan (liite 5). Jokainen potilas tulee siis haastatella ja tarvittaessa tutkia. Oleelliset tiedot ja löydökset tulee kirjata ensihoitokertomukseen, johon merkitään myös lääkärin nimi ja toimipaikka, jolta hoito-ohje saadaan. (VSSHP 2016.)

2.4.2 Päätöksen tekeminen

Silloin kun potilaan tila vaatii päivystyskäyntiä lääkärin vastaanotolla, eikä se ole hoidettavissa kotona potilas ohjataan päivystyspoliklinikalle. Kun tämä päätös on tehty, valitaan sopivin kuljetusmuoto ja kuljettava yksikkö. Se voi olla jokin muukin kuin ambulanssi, esimerkiksi taksi tai yksityisauto. Myöskin päätöksen kuljettamatta jättämisestä tekee ensihoitaja, ei potilas. (Castrén 2013, 314- 315; VSHP 2016.) Asetuksessa ensihoitopalveluista (2011) edellytetään, että järjestämisvastuussa olevat sairaanhoitopiirit laativat hoitoon ohjaus ohjeet sekä ohjeet niitä tapauksia varten, kun potilasta ei kuljeteta (Valvira 2016).

Ensihoitajan tulee haastattelun ja tutkimusten perusteella päättää, minkä tasoista hoitoa potilas tarvitsee ja millä kiireellisyydellä se tulee aloittaa (Syväoja & Äijälä 2009, 61). Päätöksenteossa yhdistyvät rationaalinen ajattelu ja kriittinen tiedon arviointi sekä intuitio. Nopeasti muodostettu kokonaiskuva tilanteesta ja olennaisista ongelmista ovat intuitiivisen ajattelun tuotosta. Koulutustausta ja työkokemus vaikuttavat vahvasti päätöksen tekoon kuten myös yleis-tilanteen hektisyys ja arviointitilanteen henkinen kuormittavuus. (Janhunen 2014, 7- 8.) Kliinisesti turvallista tapaa tunnistaa potilaat, jotka eivät vaadi ambulanssikuljetusta päivystykseen ei ensihoidossa ole (Snooks ym. 2008). Valvira (2016) kuitenkin edellyttää, että jokaisella ensihoidon yksiköllä on riittävän tarkat ohjeet kuljettamatta jättämispäätöksen tekemiseen. (Asetus ensihoitopalvelusta 2011; Valvira 2016.) Käytännössä nämä ohjeistukset laatii kukin sairaanhoitopiiri alueellaan, mutta ne mukailevat hyvin pitkälle Ensihoito-opaan (Castrén ym. 2013, 311-320) ohjeita.

Ensihoitohenkilöstöllä on oltava käsitys hälyttämiseen johtaneista syistä sekä tilanteesta paikalla. Potilaalla ei saa olla merkittävää akuuttia uutta tai pahentunutta perussairauteen liittyvää elintoimintahäiriötä eli peruselintoiminnoista tehdyt havaintojen ja mittaustuloksien on oltava normaalit tai potilaan tavanomaista tilannetta vastaavat. Potilaan tilan huononeminen matkan aikana ei saa olla odotettavissa. Avun hälyttämiseen johtanut syyn on täytynyt poistua tai oireen lientyä ja potilaan vointi normalisoitunut niin paljon, ettei potilas enää tarvitse ambulanssikuljetusta. Potilaan täytyy kyetä huolehtimaan itsestään ja liikuntakyvyn tulee olla riittävä eikä tilanteessa saa olla hygienia- tai siisteys-syitä, jotka estäisivät muun kuljetuksen. (VSSH 2016; Castrén 2013, 315.)

Tilan arvion periaatteiden mukaisesti kaikista potilaista ei välttämättä tarvitse soittaa lääkärille. Joissakin tapauksissa se on kuitenkin välttämätöntä. Tällaisia tilanteita ovat ne, kun potilaalla on oire tai löydös, joka on aiheuttanut ohimenneen merkittävän elintoimintahäiriön, hänellä on muu riskioire tai jokin tutkimustuloksista on epäselvä (esim. EKG). Lakisääteisen hoidon tarpeen arvion periaatteiden mukaisesti se on kuitenkin välttämätöntä kaikissa niissä tilanteissa, joissa ensihoitohenkilöstöllä ei muuten ole mahdollisuutta saada yhteyttä hoitavaan hoitolaitokseen tai päästä potilasasiakirjoihin käsiksi. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Kuten hoitotyöhön yleensä, myös hoidon tarpeen arviointiin liittyy kiinteästi eettinen päätöksenteko. Etiikka auttaa ensihoitajaa tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan myös omaa toimintaansa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Kollegiaalisuus edistää yhteystyötä terveydenhuollon toimijoiden välillä yli organisaatorajojen. Ensihoitajan on myös pyrittävä edistämään terveydenhuollon kustannusten hallintaa, tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Samaan aikaan kun ensihoitaja on asiantuntija, hänen täytyy olla inhimillisyyttä osoittava lähimmäinen. (Syväoja & Äijälä 2009, 64; Lankinen 2011.) Ensihoitajan tehtävänä on huolehtia, että potilaan oikeudet toteutuvat. Erityisesti heikommassa asemassa olevat on huomioitava ja kohdeltava kaikkia samanarvoisesti. Toiminnan tulee olla terveyttä edistävää, sairauksia ehkäisevää, pohjautua tutkituun tietoon sekä kliniseen osaamiseen ja kokemukseen. Ensihoitajan on tunnettava omat rajansa ja toimintavaltuutensa ja pyydettävä hoito-ohjetta, mikäli ei itse tilannetta osaa arvioida tai potilaan etu sitä vaatii. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Syväoja & Äijälä 2009, 64; Valvira 2016.)

2.4.3 Ristiriitaiset näkemykset ensihoitajan ja potilaan välillä

Silloin kun potilaalta evätään pääsy hoitoon tai ambulanssikuljetukseen tulee asiantuntijan valtaa käyttää taitavasti. Potilaan autonomia tarkoittaa, että ensihoitaja kunnioittaa potilaan tahtoa, mutta hoidon tarpeen arviossa se voi olla ongelmallista. (Syväoja & Äijälä 2009, 61- 62.) Ensihoitajien ja potilaiden näkemykset kuljetuksen tarpeellisuudesta ovat pääsääntöisesti yhtenevät (Richards ym. 1998; 19; Munjal ym. 2015, 707), mutta potilaalla on oikeus myös ristiriitaisiin mielipiteisiin (Kyngäs ym. 2007, 41). Potilaat ymmärtävät, että ensihoitajat joutuvat toimimaan järjestelmän asettamissa puitteissa. Usein he kokevatkin saavansa yhdenvertaista ja tasa-arvoista kohtelua, kun vain mielipidettä kysytään ja se pyritään huomioimaan. (Virtanen ym. 2008, 20; Munjal ym. 2015, 707.)

Kuljetusta ambulanssilla toivotaan usein siitä syystä, että voinnin koetaan olevan niin huono, ettei muu kyyti ole mahdollinen (Mylläri 2017, 89, Snooks ym. 1998; Morris 1980). Myöskin makuuasentoon pääseminen sekä hoidon alka-

minen jo kuljetuksen aikana ovat syitä, miksi ambulanssilla kuljetusta toivotaan. Käsitys siitä, että hoitoon pääsee päivystyksessä nopeammin, kun sinnetullaan ambulanssilla, lisää halukkuutta ambulanssikuljetukseen (Yarris ym. 2006). Potilaan näkökulmasta tämä pitääkin paikkansa, sillä päivystykseen tultavalla ja päivystyksessä sijoittumisella (odotusaula vs. ”petipaikka”) on merkittävä vaikutus kokemukseen päivystyspoliklinikalla käynnin alkuvaiheessa (Mylläri 2017; 92- 93). Mikäli potilas on arvioitu taksikuntoiseksi, mutta haluaa kuljetusta ambulanssilla, on lääkärille syytä soittaa (Valvira 2013).

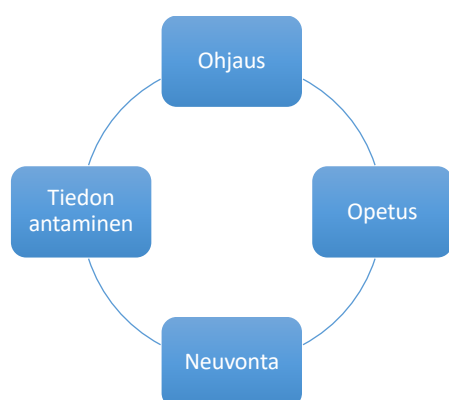
2.4.4 Potilaan ohjaus ensihoidossa

Hoitoon ohjaus koostuu hoidon etenemisen kertomisesta, terveystasvatuksesta, lääkehoidosta, kotihoitoon liittyvästä ohjauksesta sekä potilaan vointiin liittyvien tietojen antamisesta omaisille (Lankinen 2013, 94). Se asettaa ensihoitajankin työssään ikään kuin portin vartijan rooliin ohjattaessaan potilaita käyttämään terveydenhuollon palveluja tarkoituksenmukaisella tavalla. Ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa eikä yksikään palveluprosessi ole tyydyttävä, ellei siihen sisällytetä potilasohjausta. (Kähkönen ym. 2011, 112; Töyry ym. 2001, 46.) Hoitoon sitoutumista ja omahoitoa tukeva ohjaus on lakisääteisesti terveydenhuollon toimintaa ja osa ensihoitoakin (Terveydenhuoltolaki 2005). Helposti ajatellaan, että ensihoidossa ei ohjaukselle olisi sijaa, vaikka se kuuluukin hoitoprosessin kaikkiin vaiheisiin. Ohjaustoimintaa heikentävät ohjaukseen käytettävissä oleva vähäinen aika, epäasialliset tilat ja puutteellinen välineistö. (Lipponen ym. 2008; Kujala 2003, 164.) Kun ensihoitajat ohjaavat potilaitaan päivystysvastaanotolle vaihtoehtoisilla kuljetusmuodoilla heidän kyky tuntea toiminta-alueensa hoitoonohjausprosessi (Syväoja & Äijälä 2009, 97) ja ohjauksen merkitys korostuu. Onnistunut ohjaus edellyttää yhteistyötä potilaan kanssa ja yhteisymmärryksen saavuttamista (Kyngäs ym. 2007. 38; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Ohjaus koostuu hoidon etenemisen kertomisesta, terveystasvatuksesta, lääkehoidosta, kotihoitoon liittyvästä ohjauksesta sekä potilaan vointiin liittyvien tietojen antamisesta omaisille (Lankinen 2013, 94). Ohjaus käsitteenä on monitulkintainen. Se rakentuu hoitotyön etiikasta, toimintaa ohjaavista suosituksista ja voimassa olevasta lainsäädännöstä. Ohjaajan ja ohjattavan välinen

suhde on luonteeltaan vuorovaikutteinen ja perustuu keskinäiseen arvonaan-
toon. (Eloranta & Virkki 2001. 12: Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjaus perustuu ih-
misen autonomian lisäksi hänen oikeuteensa sivistykseen ja terveyteen. Se
on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista ja sillä voidaan vaikut-
taa laajastikin ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin myönteisellä tavalla. (Elo-
ranta & Virkki 2011. 12, 15; Hyytiäinen 2010.) Ilman tietoa ja ohjausta ei poti-
laalla ole mahdollisuutta osallistua tasavertaisena osapuolena hoitokonsen-
sukseen ja päätöksentekoon (Virtanen ym. 2008, 24; Kähkönen ym. 2011; Ku-
jala ym. 2003; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Töyry 2001, 46).
Tuloksellinen ohjaus voi vaatia useitakin ohjauskertoja (Kyngäs ym. 2007; 25).

Ohjaukseen hoitotyössä liittyy läheisesti myös opetus, neuvonta ja tiedon an-
taminen (Kuva 2). Opetus on tilanteen selkiyttämistä, jolla pyritään tavoitteen
saavuttamiseen, esimerkiksi ensihoidossa potilaan itseohjautuvuuden lisään-
tymiseen. (Eloranta & Virkki 2011. 19- 20.) Pelkkä tutkitun tiedon siirtäminen
sellaisenaan ei riitä vaan ensihoitajan ammattitaitoon kuuluu soveltaa se yksit-
täisen potilaan elämään (Hyytiäinen 2010, 82). Neuvonnassa oleellisempia
ovat potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja lähtökohdat, ja siinä potilas vain hyö-
dyntää ammattilaisen tietoja ja taitoja. Ensihoitajan on vastattava potilaan ky-
symyksiin parhaan tietonsa mukaisesti ja rehellisesti (Eloranta & Virkki 2011.
21). Tiedon antaminen on vähiten vuorovaikutteista, ja siksi se on ohjausta,
opetusta ja neuvontaa lähinnä täydentävä muoto. (Eloranta & Virkki 2011. 22)



Kuva 2: Ohjaus ja sen lähikäsitteet (Eloranta T. & Virkki S. 2011: 20)

Laadukkaassa hoitotyössä tavoitellaan ajantasaisen ja tarkan tiedon punnittua
käyttöä. Potilas arvostaa tarkkaa ja luotettavaa tietoa mutta ymmärtämisen

edellytyksenä on, että annettava tieto tarjoillaan aikaisempaan tietoon rakentuen. (Eloranta & Virkki 2011;19- 22; Torkkola 2002.) Ensihoitajan täytyy tietää, millaista tietoa potilaalle on annettu ja miten tieto on ymmärretty. Tiedon täytyy olla johdonmukaista eikä liian yksityiskohtaista, epätarkkaa taikka epäjohdonmukaista. (Kähkönen ym. 2001, 210; Torkkola 2002, 14.) Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Potilas tuo prosessiin oman elämän tuntemuksensa, omat tarpeensa ja oman kykynsä toimia. (Kyngäs ym. 2007, 26; Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-168; Kujala 2003, 162.) Tältä pohjalta ensihoitajan ja potilaan tulisi löytää konsensus siitä, mikä on asiakkaan hyvinvointia parhaalla mahdollisella tavalla lisäävä etenemissuunta (Virtanen ym. 2008, 31). Ohjauksen tulee rakentua niille asioille, jotka potilas nostaa esiin. Erilaisuuden huomiointi on haasteellista, sillä ensihoidossa potilaan taustat voivat olla hyvinkin erilaisia. Jos näitä taustatekijöitä ei huomioida ja kaikkia ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmetodeilla potilaan yksilöllisyyttä ei kunnioiteta. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Toisaalta yksilöllisyys saattaa toteutua potilaan näkökulmasta hyvinkin, sillä ensihoitotilanteessa on pääsääntöisesti vain yksi potilas (Ahl & Nyström 2011, 36). Yksilöllisesti suunniteltu ohjaus parantaa itsehoidon toteutumista (Kähkönen 2010), tämä tulisivikin ottaa ensihoitotyössä voimavarana. Yksilölliset taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Myöskin ympäristötekijät ovat joka kerta erilaisia ensihoidossa. Ohjaustilanteessa vaikuttavat sekä hoitajan että potilaan taustatekijät. (Taulukko 3; Kyngäs ym. 2007, 28.)

Taulukko 3. Esimerkkejä potilaan ja hoitajan taustatekijöistä (Kyngäs ym. 2007, 31)

TAUSTATEKIJÄT	
Fyysiset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> - ikä - sukupuoli - sairauden tyyppi - terveydentila - tarpeet
Psyykkiset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> - terveysuskomukset - kokemukset - mieltymykset - odotukset - oppimistyylit

	<ul style="list-style-type: none"> - oppimisvalmiudet - motivaatio
Sosiaaliset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> - kulttuuritausta - etninen tausta - sosiaalisuus - uskonnollisuus - eettisyys
Ympäristö tekijät	<ul style="list-style-type: none"> - hoitotyön kulttuuri - fyysinen ympäristö - psyykkinen ympäristö - sosiaalinen ympäristö

Ohjaustilanteen päätteeksi on hyvä palauttaa tai heijastaa takaisin se, miten ensihoitaja on päätöksensä päättänyt. Puhutaan reflektoinnista ja siitä on monenlaista hyötyä. Reflektointi osoittaa 1), että haastattelija on kiinnostunut haastateltavan asiasta ja haluaa paneutua siihen 2) ja ymmärtää sen olennaisen 3) haastattelija pystyy tarkistamaan, onko hän ymmärtänyt oikein 4) haastattelija pystyy suuntaamaan huomion tiettyihin, olennaisiin puoliin asiassa 5) haastattelija osoittaa, ettei suhtaudu kielteisesti asiaan tai siihen liittyviin tunteisiin ja 6) haastattelija auttaa haastateltavaa tunnistamaan omia tunteitaan. (Tiuraniemi 2002, 7-8.) Hoitajat käyttävät reflektointia melko vähän vielä ohjauksessaan (Hyytiäinen 2010), mutta se kuuluisi olla osa koko hoitotyötä (Ahlenius 2015; 29)

Hoitoon ohjauksen suunnittelu on tarpeen myös turhien potilassiirtojen ja ambulanssikuljetusten välttämiseksi (STM 2011, 2). Tutkimusten mukaan hoitoon ohjauksen kriteerejä voi olla syytä tarkentaa ja ensihoitajia sitouttaa paremmin niiden noudattamiseen (Schmidt ym. 2000, 663- 669; Mikkonen 2014; Snooks ym. 1998; Snooks ym. 2003). Tiivis yhteistyö alueen päivystävien terveydenhuollon yksiköiden ja erikoissairaanhoidon kanssa tukee hoitoon ohjaamisen onnistumista (STM 2011, 2). Pääsääntöisesti ensihoidon potilaat ovat halukkaita kulkemaan muullakin kuin ambulanssilla päivystykseen, joko taksilla tai omalla autolla, mikäli sellaista vaihtoehtoa ehdotetaan (Yarris ym. 2006) ja ohjaus on onnistunut (Torkkola ym. 2002, 28).

2.4.5 Hoidon jatkuvuuden varmistaminen

Vaikka potilasta ei kuljeteta, on hoidon jatkuvuus silti kyettävä turvaamaan (Mikkonen 2014, Syväoja & Äijälä 2009, 97). Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä on tärkeä osa hoitoketjua hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Se alkaa ensihoitopalvelun ensikontaktista ja päättyy hoitovastuun siirtymiseen ensihoitopalvelulta päivystyspoliklinikalle. Ensihoitokertomuksen huolellinen täyttö, potilaan hyvä ohjaaminen ja mahdollinen ennakoilmoitus päivystyspoliklinikalle ovat avainasemassa hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. (VSSH 2016, Castrén 2013, 315.)

Potilaalle tulee antaa ymmärrettävät jatkohoito-ohjeet ja häntä tulee neuvoa soittamaan uudelleen hätäkeskukseen, mikäli tilanne niin vaatii. Potilaalle pitää jättää kopio ensihoitokertomuksesta, johon kirjataan annetut jatkohoito-ohjeet. (VSSH 2016; Castrén 2013, 315.) Tiedon kulun kannalta on myös hyvä muistuttaa potilasta näyttämään kopio ensihoitokertomuksesta päivystyspoliklinikan vastaanottavalle hoitajalle, jolloin hänen on helpompi hahmottaa potilaan kokonaistilannetta ja tulositytä. (Mikkonen 2014; 40- 41; Syväoja & Äijälä 2009, 97.)

Ensihoitajilla ei kuitenkaan tosiasiallisesti ole mahdollisuuksia varmistua siitä hakeutuuko potilas oikeasti ohjeistuksen mukaisesti päivystyspoliklinikalle. Ensihoitoyksikkö voi joskus odottaa siihen asti, kunnes potilaan matka päivystykseen alkaa, mutta mahdollista on myös uuden ensihoitotehtävän alkaminen. Kun ensihoitajat lähtevät kohteesta potilas jää odottamaan taksia tai alkaa valmistella omalla autolla lähtöä. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen tässä kohtaa perustuukin hoitajan ja potilaan välillä syntyneeseen luottamukseen eli siihen että potilas on ymmärtänyt ja hyväksynyt ensihoitajan tekemän päätöksen vaihtoehdoisen kuljetusmuodon käytöstä ja on motivoitunut toimimaan annettujen ohjeiden mukaan.

3 TUTKIMUKSELLISET KYSYMYKSET JA KÄSITTEET

Tutkimuksella on tarkoitus kerätä X4-potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia ensihoitajien työskentelystä ensikontaktista hoitoon ohjaukseen ja kartoittaa potilaiden kokemuksia vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käytöstä päivystyspoliklinikalle.

Tutkimusongelmat:

1. Miten potilaat kokevat ohjauksen vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytöstä ensihoidossa?
2. Miten potilaat kokevat vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytön?
3. Millainen palveluymmärrys X4-potilailla on ensihoitopalveluista?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tavoitteena on luoda jotain oleellisesti uutta. Se käsittää perustutkimuksen, soveltavan tutkimuksen sekä kehittämistyön. (Heikkilä ym. 2008, 18.) Jako perus- ja soveltavan tutkimuksen välillä voi periaatteessa olla joskus vaikeaa. Lainsäädäntö on Suomessa kuitenkin linjannut, että ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyö on soveltavaa tutkimusta. Soveltavassa tutkimuksessa uusinta tutkimustietoa sovelletaan yleisten ongelmien ratkaisemiseen ja se synnyttää osaamista ja tuloksia jotka ovat hyödynnettävissä käytäntöön. Soveltava tutkimus on tieteellistä toimintaa. (Heikkilä ym. 2008, 19- 20.) Tutkimustarpeita säätelevät käytännön läheisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus. Teoria, kokemus ja ammattikäytäntö on kyettävä yhdistämään. (Vilka 2015, 16- 17.)

Kvantitatiivinen tutkimus muodostui tämän opinnäytetyön metodiksi koska se on hyvä tapa saada tietoa tutkittavien ihmisten mielipiteistä, toimintatavoista ja arvoista (Vehkalahti 2014. 11). Aineiston keruu tehdään standardoitua tutkimuslomaketta käyttäen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kysytyt asiat kuvataan numeerisesti ja tuloksia esitetään taulukoiden ja kuvioiden avulla. Tuloksilla saadaan kuvattua olemassa oleva tilanne, mutta syitä ei sillä saada selville. (Heikkilä 2014. 15.)

4.1 Eettisyys

Tutkimusetiikka on määrittänyt eräänlaisia pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön (Vilkkä 2015, 228.) Yksilöiden ja yhteisöjen suojaksi on asetettu lainsäädännöllisiä rajoja tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Suositukset ja ohjeet täydentävät tätä suojaa. Tutkijana olen myös itse henkilökohtaisesti arvioinut, voinko sitoutua tutkimukseen myös oman arvoperustani pohjalta. Perusteellinen lähteiden valinta lisää myös eettistä turvallisuutta (ks. Heikkilä ym. 2008, 43-45.) Perusperiaatteellisesti ihmiseen kohdistuvaan tutkimukseen on saatava lupa (Heikkilä ym. 2008, 49). Tämän opinnäytetyötutkimuksen tekemistä varten on anottu kustakin sairaanhoitopiiristä erikseen tutkimusluvut (liite 2). Tutkimusluvut ovat kunkin sairaanhoitopiirin käytäntöjen mukaisesti olleet tutkimuseettisen neuvottelukunnan tarkastuksessa. Neuvottelukunnat valvovat ja edistävät tutkimusetiikkaa koskevaa toimintaa keskustelua ja tiedotustoimintaa terveydenhuollon yksiköissä. Nämä toimikunnat arvioivat opinnäytetyön tutkimussuunnitelmat etukäteen ja antoivat tarvittaessa lausunnon ennen tutkimuksen aloittamista. Eettisesti kyseenalaiseen tai epäselvään tutkimussuunnitelmaan pyydettiin lisäselvityksiä ja ne toimitettiin. Yksi lisäselvityspyynnön aiheista oli etiikan pohdinnan syventäminen sairastuneiden ihmisten haastattelusta. (Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 1347/1991; Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999; Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999.)

Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla ei saa loukattu eikä väheksyty ketään ihmistä tai ihmisryhmää. Tärkeää oli, että tutkittavia ihmisiä kohdeltiin heidän ihmisarvoaan kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti ja heille pyrittiin aiheuttamaan hyvää. Tämän vuoksi kyselykaavakkeen kysymykset harkittiin tarkoin ja sanamuodot valittiin siten, ettei niillä voi ketään loukata. Ihmisten on voitava itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa tutkittava sai täyttää kyselykaavakkeen, mikäli halusi tietäen, että vastaaminen ja kaavakkeen palauttaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Tutkimuksesta annettiin monipuolista ja totuudenmukaista tietoa. (Heikkilä ym. 2008, 43- 45.) Tutkimustyössä pidettiin erittäin tärkeänä on yksityisyyden suojaa. Olennaista oli, että tutkittava sai itse määritellä mitä tietoja hän halusi itseltään antaa ja voiko hänet tunnistaa tiedoista helposti. (Henkilötietolaki

523/1999) Tässä opinnäytetyössä kerättiin vain väestötieteellisiä tietoja, ja koska otos oli melko suuri, yksittäisiä vastaajia oli mahdoton identifioida. Kyselylomakkeessa informoitiin vastaajaa, että täyttämällä kyselyn hän antaa suostumuksen kyselykaavakkeeseen kirjaamien tietojen käyttöön tässä opinnäytetyössä.

4.2 Luotettavuuden varmistaminen

Onnistuneella tutkimuksella saatiin luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Mikäli täsmällisiä tavoitteita ei olisi asetettu, olisi voitu tutkia helposti vääriä asioita. Validius tarkoittaa karkeasti systemaattisen virheen välttämistä. Validius varmistettiin etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tiedonkeruulla. Käsitteet ja muuttujat määriteltiin tarkasti, jotta saatiin valideja tutkimustuloksia. Tutkimuskysymykset olivat yksiselitteisiä ja ne kattoivat koko tutkimusongelman. Perusjoukko määriteltiin tarkkaan ja saatiin korkea vastausprosentti. Se edesauttaa validin tutkimuksen toteutumista. (ks. Heikkilä 2008, 29- 30.)

Reliabiliteetti tarkoittaa, että tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan ne ovat luotettavia. Sen vuoksi oltiin kriittisiä ja tarkkoja läpi koko tutkimuksen teon. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tärkeää on sen toistettavuus. Tutkimus tehtiin ja sen prosessi kuvattiin siten, että kuka tahansa sen voisi toistaa ja saada samanmoiset tulokset. (Ks. Heikkilä 2008, 30- 31.)

Kaikki mittarit ovat jossain määrin epäluotettavia ja satunnaisia virheitä ilmenee. Systemaattisia virheitä kuitenkin vältettiin, sillä se vääristää koko aineistoa samaan suuntaan. Tutkimus on reliaabeli, kun satunnaisvirheet kumoavat toisensa. Reliabiliteetin voi myös käsittää yleisemmällä tasolla, mikä tarkoittaa koko tutkimuksen teon systemaattisuutta ja loogisuutta. (Ronkainen ym. 2014, 133.)

Tutkijan pyrki työskentelemään objektiivisesti, vaikka se ei täysin mahdollista olekaan. Tutkijan subjektiivisuus vaikuttaa moniin valintoihin tutkimusmenetelmästä, kysymysten muotoiluun, tulosten analysointiin ja raportointiin saakka. Omien henkilökohtaisten mielipiteiden ei kuitenkaan annettu näkyä tutkimustuloksissa eikä kontrollikeinoja jätetty käyttämättä. Jos joku muu tekisi tutkimuksen, tulokset olisivat samanlaiset. (Heikkilä 2008, 31; Ronkainen ym. 2014,

131.) Puolueettomuus on vaikeinta tavoittaa haastattelututkimuksella, mutta myös kyselytutkimuksessa puolueettomuuden toteutumista pitää vaalia. Se vaatii kirjoittajalta avoimuutta ja rehellisyyttä tuloksia julkistettaessa eikä saa keskittyä vain toimeksiantajan kannalta edullisiin ratkaisuihin. Kun tutkimus suunnattiin tärkeiksi koetuille ongelma-alueille, saatiin tuloksista todella käyttökelpoisia ja hyödyllisiä. Harvoin opinnäytetyö on taloudellisesti tuottavaa, mutta työstä saatava välillinen arvo esimerkiksi hoitokäytäntöjen tai ensihoitajien vuorovaikutuksen paraneminen on tavoittelemisen arvoista. (Heikkilä 2008, 31-32.)

4.3 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomake on tavanomaisin määrällisen tutkimuksen aineistonkeräystapa. Käytettäessä survey-nimitystä viitataan usein siihen, että kysely on standardoitu eli kaikilta kyselyyn osallistuvilta kysytään samat asiat. Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja itse lukee kysymyksen ja vastaa siihen. Tällöin vastaaja on helppo jättää tuntemattomaksi eikä haastattelijaa tarvita. (Vilka 2015, 94.)

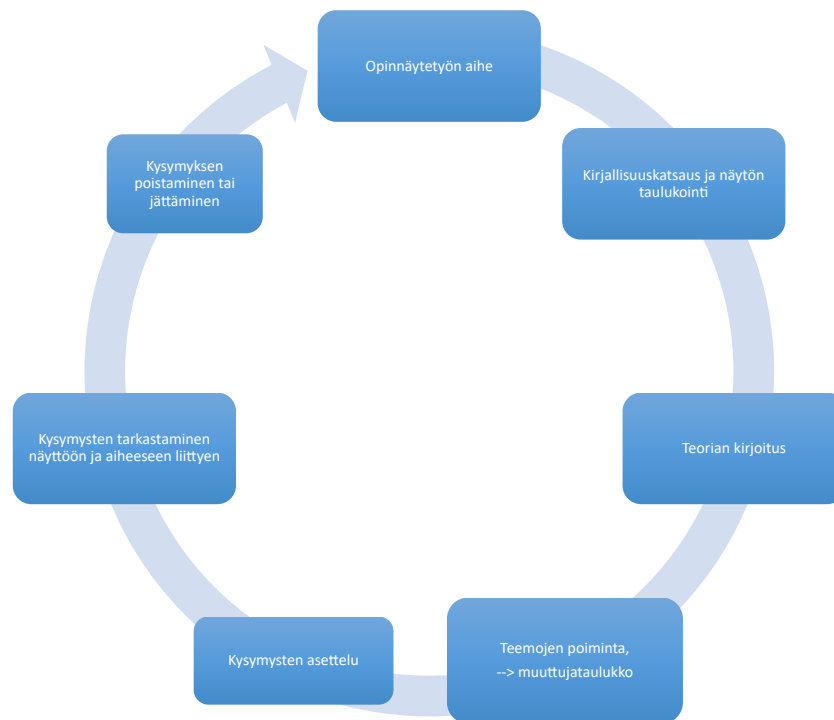
4.3.1 Operationalisointi

Ideointi- ja suunnitelmavaiheessa varmistettiin, että tutkittava asia on mitattavissa ja ne pystyttiin nimeämään. Kyselylomakkeen kysymykset perustettiin teoreettiseen viitekehykseen eikä niitä keksitty mielivaltaisesti. Operationalisointi tarkoittaa, että asia tai ilmiö on muutettavissa mitattavaan muotoon eli siirrytään teoreettiselta (määritelmät, osatekijät) tasolta empiiriselle tasolle (kyselylomake). Se on aina tutkijan tulkintaa ja tutkijan on hyvä tiedostaa tämä sitten tuloksia analysoidessaan. (Heikkilä 2008, 48; Vilka 2015, 101- 103; Ronkainen ym. 2014, 55.)

Kirjallisuuskatsauksen yhteydessä koottiin tutkimustaulukko (liite 4) ja siihen opinnäytetyön kannalta keskeisimmät tulokset. Tutkimustuloksien ja kirjallisuuden avulla laadittiin teoria ja teoriaan perustuen esitettiin kysymyksiä. Kysymykset asetettiin ensihoitotilanteen etenemisen mukaan kronologiseen järjestykseen. Kysymykset muotoilin väittämiksi, niiden teoriaperusteisuus tarkistettiin ja harkinnan mukaan lisättiin tärkeisiin tai mahdollisesti monitulkintaisten väittämien rinnalle varmistavia tai poissulkevia väittämiä. Ne väittämät, joille ei

löytynykään riittävästi näyttöön perustuvaa pohjaa, poistettiin kyselylomakkeelta. Tällaisia poisjätettyjä kysymyksiä oli muun muassa ”tilanteeni oli henkeä uhkaava/vakava kun hätänumeroon soitettiin” ja ”ambulanssi tuli nopeasti”. Näillä väittämällä ei pystytä mittaamaan potilaiden kokemuksia vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytöstä. Väittämän 1 ”ensivaikutelma ensihoitajista oli hyvä” lisättiin

Operationalisointi vaiheessa palattiin varmuuden vuoksi muutaman kerran vielä takaisin yksittäisiin teemoihin ja siitä edelleen koko prosessin läpi. Näin saatiin ”operationalisointiprosessin” ympyrän ikään kuin sulkeutumaan. Operationalisointi on siis työkalu, jolla teoria muutetaan mitattavaan muotoon. Prosessi esillä Kuva 3.



Kuva 3: Operationalisointi prosessina

Työn kirjoittamisen myötä löytyi jatkuvasti uusia lähteitä jo käytössä olleiden lähteiden kautta. Kun ne liitettiin tutkimustaulukkoon, käytiin operationalisointiprosessi uudelleen läpi ja harkittiin kyselykaavakkeen kysymysten lisäämistä, poistamista ja muokkaamista. Tutkitun näytön lisäksi kyselykaavake (liite 6) laadittiin myös kirjallisuudesta saatuun näyttöön.

4.3.2 Kyselylomakkeen väittämät ja likert-asteikko

Kyselylomake pidettiin niin lyhyenä, yksinkertaisena ja suoraviivaisena kuin tutkimuksen kannalta oli mahdollista, sillä pitkä kyselylomake vähentää vastausprosenttia (Heikkilä 2008, 20). Kyselylomakkeessa voitiin kysyä vain asioita, jotka tutkimussuunnitelmassa ilmoitettiin mitattavan (ks. Vilka 2015, 105). Rakenteen suunnittelu ja kysymysten muotoilu olivat keskeisiä laatimisen vaiheita. Lomakkeen laatimisessa pyrittiin selkeyteen, siistiin ulkoasuun ja houkuttelevuuteen. Alkuun sijoitettiin helppoja väittämiä, jotka houkuttelevat vastaamaan. Hyvä lomake saa vastaajan tuntemaan itsensä tärkeäksi. Vastausohjeet laadittiin selkeästi ja yksiselitteisesti. Väittämät etenivät loogisesti, ja jokaisessa kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan. Samaa aihetta koskevat väittämät ryhmiteltiin kokonaisuuksiksi, kontrolliväittämällä varmistettiin vastausten luotettavuutta. (Ks. Heikkilä 2008, 48-49.)

Kyselyssä kerättiin myös väestötieteelliset tiedot kuten tiedot vastaajan iästä ja sukupuolesta, kuinka kaukaa (km) ja miten saapui päivystykseen. Näitä käytettiin taustamuuttujina. Perusteita henkilö- tai terveystietojen kysymiseen ei ollut, eikä kyselyssä pyydetty tietoja päivystykseen tulon syystä, sillä kyselyssä mitattiin potilaan kokemaa. (Ks. Heikkilä 2008, 48; Mylläri 2017, 96.)

Luvussa 2.4 esitettiin, miten ensihoitajien tulisi toimia tehdessään hoidon tarpeen arviota ja ohjatessaan potilaita hoitoon vaihtoehtoisia kuljetusmuotoja käyttäen. Potilaalta ei luonnollisestikaan voi kysyä listaten, onko jokainen kohta toteutunut, sillä he ovat maallikoita. Kyselykaavake laadittiin siten, että sillä ensihoitoprosessin vaiheita tarkasteltiin potilaan näkökulmasta. Tällä tavalla pystyttiin selvittämään, kuinka tarkkaan käsitykseen ensihoitajat pääsivät avunhälyttämiseen johtaneesta syystä, kuinka kohtaaminen ja yhteistyö potilaan kanssa sujui, kuinka huolellisesti oirekuvaukseen ja tapahtumatietoihin perehdyttiin potilaan mielestä, ymmärrettiinkö potilaan huoli ja huomioitiinko omaisia. Koko hoitosuhteen onnistumisen edellytys on hyvä vuorovaikutus, ja vuorovaikutus alkaa kohtaamisesta (Mattila 2001, 60; Kuisma 2003; Syväoja & Äijälä 2009, 56). Ensimmäisellä väittämällä mitataan tätä kohtaamishetkeä. Hoitoon ohjauksen toteutumista on selvitetty väittämässä 8- 13 sekä 21- 22.

Ne sisältävät väittämiä tiedon annosta, toiminnan perustelusta, päätöksen teosta ja neuvonnasta. Väittämät 14- 18 sekä 23 kartoittavat potilaan kokemaa vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytöstä matkan ajalta aina sairaalaan saakka. Kysymys 6 ja väittämät 19- 20 kuvaavat potilaiden ymmärrystä ensihoitopalveluista kuljetuksen tarpeellisuusperiaatteiden ja kustannusten osalta. Kyselykaavakkeen yhteys tutkimusongelmiin on havainnollistettu muuttujataulukossa (liite 7).

Likertin asteikko on käyttökelpoinen mielipideväittämissä ja näkökulmien ja kokemusten mittaamisessa. Likertin asteikossa perusajatuksena on, että kysymyksenä esitetään väite ja siihen vastataan saman mielisyyden mukaan. (Vehkalahti 2014, 35; Vilkkä 2007. 46.) Tutkimuksessa on käytetty 5-portaista Likert-asteikkoa, jossa vaihtoehdot ovat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain erimieltä, täysin eri mieltä ja ei samaa eikä eri mieltä. Vastausvaihtoehto ”ei samaa eikä eri mieltä” on hyvin tyypillinen Likert-asteikossa ja soveltuu hyvin potilaille osoitettuun kyselyyn, sillä tutkijanä ei voitu olettaa, että vastaajalla olisi näkemystä kaikkiin väittämiin. (Vehkalahti 2014, 36; Heikkilä 2014, 49.) Vaihtoehto ”en osaa sanoa” olisi voinut houkutelaa liikaa, mikäli tutkittava ei olisi jaksanut keskittyä koko vastaamisen ajan (Vehkalahti 2014, 36) ja se jätettiin pois.

Laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä yhdisteltiin ja saatiin monipuolisempia, tarkempia ja toisiaan täydentäviä tuloksia (Ronkainen ym. 2014, 47). Validiteetin parantamiseksi kyselylomakkeeseen lisättiin avoin kysymys jolloin vastaajalle annettiin mahdollisuus sanoa se, mitä hänellä oli todella mielessään. Näin saatiin mitattua juuri sitä, mitä oli ollut tarkoitus mitatakin. (Hirsjärvi ym. 2009. 194, 201, 231, 233.) Avoimet kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia myös silloin, kun vastausvaihtoehtoja ei tarkalleen voi määritellä. Koska kaikkia mahdollisia asioita ei teoriaosassa voitu välttämättä ottaa huomioon, oli potilaan kokemaa mitattaessa hyvä esittää avoin kysymys, johon vastaaja voi kirjoittaa sen, mitä ei kyselykaavakkeessa ole kysytty. Niitä sijoitettiin kyselylomakkeen loppuun ja niille jätettiin sopivasti tilaa. Suuren otostavotteiden vuoksi täytyi varmistua, ettei avoimeen kysymykseen vastata kuitenkaan liian laajasti. Liian pitkät vastaukset olisivat vaikeuttaneet vastausten

analysointia tai houkuttelee vastaajaan kertomaan myös epäolennaisiakin asioita. Tätä rajoitettiin antamalla avoimille vastauksille valmis rivitys. (Ks. Heikkilä 2008, 49.)

4.3.3 Taustamuuttajat ja muuttujataulukko

Taustamuuttujina tässä opinnäytetyössä kerättiin väestötieteelliset tiedot, käytetty vaihtoehtoinen kuljetusmuoto ja päivystykseen tulon vuorokauden aika, viikon päivä sekä kuljetun matkan pituus. Väestötieteellisiä tietoja ovat vastaajan ikä ja sukupuoli. Väestötieteellisillä kysymyksillä pystyttiin varmistamaan siitä, että otanta kattaa tasapuolisesti kaikenmoiset vastaajat. Suuri vironoma esimerkiksi sukupuolella vähentää tuloksien luotettavuutta. (Ks. Heikkilä 2008, 30.)

Vuorokauden aika ja viikonpäivä vaikuttavat sekä ensihoitopalveluiden operatiiviseen tilanteeseen (Ilkka 2016, 19), seutukuntien päivystyspisteiden aukioloihin, että vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen saatavuuteen. Arkivuorokausi voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan. Noin klo 7–15 välillä tehtäviä on suhteellisen paljon painottuen aamupäivään. Tämän jälkeen tehtävämäärä pysyy tasaisena noin klo 21–22 saakka ja sitten se laskee nopeasti. (Ilkka 2016, 19.) Tämä säännöllinen lähes nelinkertainen vaihtelu tehtävämäärässä on huomioitu kyselykaavakkeessa. Vuorokauden aika saattaa myös vaikuttaa esimerkiksi potilaan turvallisuuden tunteeseen, mitä tässä opinnäytetyössä halutaan testata. Viikoittainen ensihoitotehtävien määrän vaihtelu on suhteessa vähäisempää ja epäsäännöllisempää, mutta seutukuntien päivystyspalveluiden aukioloissa vaihtelua on. Potilaille tämä mahdollisesti näkyy avun saamisen pitkittymisessä ja pidentyneinä kuljetusmatkoina ja odotusaikoina. Kuljetun matka pituudella on merkitystä, sillä hyvinkin lyhyet matkat saattaa vastaaja kokea eri lailla, kuin pitkät matkat.

Muuttujataulukon (liite 7) avulla havainnollistettiin operationalisoinnin prosessi. (Kananen 2008, 22–23.) Aiemmin esitetyn teoriaosuuden pohjalta ensihoitajien toiminta vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytön ohjaamisessa perustuu siis lainsäädäntöön, ammattietikkaan, hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, hoito-ohjeistuksiin, ensihoitajan ammattitaitoon ja intuitioon sekä

yhteiskunnan asettamiin reunaehtoihin. Kyselykaavakkeen kysymykset nousivat siis näistä osa-alueista. Muuttuja taulukko on esitetty liitteessä 7 ja sillä osoitetaan kyselykaavakkeen nivoutuvan tutkimuskysymyksien ympärille.

4.3.4 Esitestaus

Tulokset vääristyvät, jos vastaaja ei ymmärrä kysymyksiä siten kuin tutkija on tarkoittanut (Vilkkä 2015, 193), joten kysymyksen asettelussa pyrittiin olemaan huolellisia. Myöskin kyselyyn käytetty aika sekä vastaamisen 'raskaus' huomioidtiin. Kyselylomake esitettiin vastaajien tasolla 11.- 25.10.2017 Turun yhteispäivystyksessä. Kaavakkeita jalkautettiin 28 (n = 28), joista saatiin 10 vastausta. Näistä pystyi havaitsemaan kaavakkeiden jakamiseen liittyvät haasteet (kts. Lisäksi kyselykaavaketta testattiin seitsemällä muulla (n=7) maallikolla siten, että he saivat arvioida kaavakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Näistä saatiin kasvotusten hyvää ja rakentavaa palautetta. Testaus ei pelkästään tarkoittanut sitä, että tutkija arvioi, miten vastaaminen onnistui vaan että he arvioivat kaavaketta kriittisesti. Testaajat pystyivät arvioimaan, onko lomake yksiselitteinen ja vastausvaihtoehdot sisällöltään toimivia, puuttuiko kyselylomakkeesta jokin oleellinen kysymys tai onko siinä tarpeettomia kysymyksiä. Vastaajat pystyivät perustelemaan kommenttinsa, joten heidän valikointi oli onnistunut. (Heikkilä 2008, 61; Vilkkä 2015, 108.)

Esitestauksen myötä tehtiin suurehkoja muutoksia kyselykaavakkeeseen. Turhat ja epäselvät kysymykset saatiin korjattua ja ammattitermistöä edelleen karsittua. Esimerkiksi 'ensihoitopalvelu' on monelle maallikolle epäselvä ja se saatetaan tulkita kattamaan myös päivystyspoliklinikan toiminta. Väitettä täydennettiin "ensihoitajien toiminta tai ensihoitopalvelu". Myöskin vastauskaavallan positiivisuus – negatiivisuus -päätt käännettiin toisin. Samaa mieltä -vastaus merkattiin numerolla 5 ja siirrettiin ensimmäiseksi vastaus-rivillä. Näillä muutoksilla saatiin aineiston koodaus ja taulukointi sujuvaksi sekä vastaamista helpotettua.

Alkuperäisen kyselyn suorittamisaluetta (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikka) päädyttiin laajentamaan, sillä vastauksia tuli esitestausvaiheessa hyvin hitaaseen tahtiin, 10 vastausta kolmessa viikossa. Tämä olisi

tarkoittanut yli vuoden pituista keräysjaksoa, jotta saataisiin 200:n otos. Päivystyspoliklinikan hoitajat, jotka kaavakkeita jakoivat, nimesivät keskeisimmiksi tekijöiksi sen, että vastaanottotilanteessa ei läheskään aina käynyt ilmi, että ensihoito olisi potilaan luona käynyt ja joskus kaavake vain unohtui jakaa. Kuvattiin myös tilanteita, joissa potilaan vointi oli niin huono, ettei kyselykaavaketta ollut mahdollista antaa, vaan hoito oli aloitettava välittömästi. Nämä olivat inhimillisiä syitä, joihin ei voitu juuri vaikuttaa, siksi tutkimuslupia haettiin lisää neljältä muulta sairaanhoitopiiriltä. Muut sairaanhoitopiirit valikoituivat valtakunnallisessa tutkimusseminaarissa pidetyn posterinäyttelyn ja verkostoitumisen myötä.

4.4 Saatekirje

Saatekirjettä harvoin mielletään osaksi tutkimusta, vaikka se vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen (Vilka 2015, 189). Sen perusteella tutkittava osittain päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Saatekirjeellä motivoidaan vastaaja ja selvitetään hänelle tutkimuksen taustaa. Saatekirje laadittiin kohteliaaksi ja yhden sivun pituiseksi. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimustuloksia käytetään ensihoitohenkilöstön kouluttamiseen. (Ks. Heikkilä 2008, 61; Vilka 2015, 189.)

Saatekirjeessä ilmoitettiin tutkimuksen toteuttaja, tavoite, mihin sitä käytetään ja kuinka vastaajat on valittu. Siinä myös ohjeistettiin, miten kyselykaavake palautetaan. Tärkeänä asiana pidettiin tutkimuksen ehdotonta luotettavuutta ja vastaajan anonymiteettiä ja se kerrottiin vastaajalle. Lopuksi kiitettiin vastaamisesta. Saatekirje oli tutkijan allekirjoittama ja siinä oli yhteystiedot sekä tutkijaan ja kyseisen sairaanhoitopiirin vastaavaan tutkijaan ja vastaajaa kehoitettiin ottamaan yhteyttä, mikäli haluaisi lisätietoa tutkimuksesta. (Heikkilä 2008, 62; Vilka 2015, 190-191.)

4.5 Kyselyn toteuttaminen ja otannan määrittely

Perusjoukon tarkka määrittely on keskeistä validiteetin toteutumisessa (Heikkilä 2008, 30). Kysely osoitettiin niille potilaille, jotka tulivat päivystyspoliklinikalle ja näyttivät triagehoitajalle ensihoitokertomusta (SV210) missä suoritteeksi on kirjattu X4. Kyselykaavakkeen triagehoitajat antoivat potilaalle sitten

kun potilas oli kirjattu sisään päivystykseen. Tutkimukseen otettiin kaikki ne potilaat mukaan, jotka tutkimukseen suostuivat. Lomakkeen täyttäminen ja palauttaminen katsottiin suostumukseksi. Potilaan tai potilaan saattajana tulevan omaisen tulisi täyttää ja palauttaa kaavake ennen kuin hän tapaa hoitavan lääkärin tai saa diagnoosin. Potilaat palauttaisivat kaavakkeet sovittuun palautuslaatikkoon itse eikä triagehoitajan pääsääntöisesti tarvinnut vastata niistä. Ulkopuolelle rajautuivat ne X4-suoritukset, jotka saapuvat päivystykseen toisella ambulanssilla/siirtokuljetusyksiköllä tai helikopterilla.

Turun alueella ensihoitopalveluja tuottaa muun muassa Varsinais-Suomen pelastuslaitos. Sillä on ensihoidon tehtäviä noin 40 000 vuodessa. Näistä X4-suoritteisiin päättyy 2240 eli noin 190 tehtävää kuukaudessa. (VSSH 2017) Koko perusjoukkoa olisi ollut mahdotonta tutkia, joten oli käytettävä otantaa. Otoksen tulle edustaa riittävästi koko sitä perusjoukkoa mitä halutaan tutkia. Liian pieni otos koko tekee tuloksista sattumanvaraisia. (Heikkilä 2008. 31–33, Vehkalahti 2014. 43.). Tietoa on kerättävä niin suuresta joukosta, että yksittäiset sattumanvaraisuudet häviävät (Ronkainen ym. 2014, 85). Päädyttiin tavoittelemaan vähintään 200 vastauksen otosta, jotta vastauskatoonkin olisi varaa. Deskriptiivisessä tutkimuksessa laaja otos lisää luotettavuutta, tarkkuutta ja yleistettävyyttä (Heikkilä 2008, 14).

Kyselykaavake oli helpointa olla paperinen versio, jolloin vastauskynnys oli matala myös ikääntyneelle ihmiselle. Nopeasti yleistyneet www-kyselyt soveltuvat vain sellaisten perusjoukkojen tutkimiseen joista jokaisella on internetin käyttömahdollisuus. (Heikkilä 2008, 18, Vilka 2015, 95, Di Rocco & Day 2011.) Siinä on vaikeampi estää otokseen kuulumattomien henkilöiden vastaaminen ja toisaalta myös vaikea estää saman henkilön vastaaminen useampaan kertaan. Edelleenkin kaikki eivät voi käyttää internetiä tasavertaisesti. Esimerkiksi, ikä, tietotekniikan taidot tai älylaitteiden puute voivat tehdä vastaamisen mahdottomaksi. Sähköposti- ja internet-kyselyyn liittyy myös tutkimuseettisiä ongelmia, sillä vastaaja voidaan identifioida sähköpostin tai tietokoneen IP-numeron avulla. (Vilka 2015, 95; Di Rocco & Day 2011.) Ilmoittautumisen jälkeen täytettävä kaavake katkaisee odottavan aikaa mikä saattoi vaikuttaa vastausprosenttiin nostavasti ja vastaukset saatiin heti. Kyselyyn vastaamisessa oli tärkeää, että se tapahtuu ennen kuin potilas tapaa hoitavan

lääkärin tai hoitajan, jotta hänen mielipiteensä ambulanssikuljetuksen tarpeellisuudesta ei saisi vaikuttaa sairaalassa tehtyjen tutkimusten tai diagnoosin myötä. Retrospektiivisessä tutkimuksessa aikaisempia tapahtumia ei joskus muisteta tai ei haluta muistaa. (Heikkilä 2008, 18- 20). Tässä muodossaan aikaväli tapahtuman ja kyselyn välillä oli optimaalisen pieni. Hoidon jälkeen toteutetut kyselyt ja haastattelut eivät yleensä saavuta hyviä vastausprosentteja, ja ne kärsivät muistiin liittyvistä taipumuksista, vastaajien valikoitumisesta ja siihen liittyvästä myönteisen palautteen korostumisesta. (Di Rocco & Day 2011.)

Kyselykaavakkeita olisi voinut jakaa myös ensihoitohenkilöstö, mutta silloin tutkimuksen validiteetti olisi kärsinyt. Ensihoitajat olisivat voineet jakaa kaavakkeita vain valikoiden tai potilaat täyttäisivät kyselykaavakkeen jo ennen kuin saapuvat päivystykseen, jolloin kysely ei olisi enää retrospektiivinen eikä niiden palautumista palautuslaatikkoon olisi voitu varmistaa. Mahdollista olisi myös, että jotkut potilaat eivät hoitoon ohjaamisesta huolimatta saapuisi ollenkaan päivystyspoliklinikalle. Tutkittavia olisi voinut myös hakea lehti-ilmoituksen perusteella, mutta määrällisessä tutkimuksessa riittävän otannan saaminen olisi ollut todella haasteellista ja aikaa vievää. Lehti-ilmoituksessa potilaiden oikea valikoituminen (x4-suorite) olisi ollut mahdotonta varmistaa. Kyselyyn saattaisi osallistua myös sellaisia jotka on hoidettu kohteessa (X8) tai tarvetta päivystykselliseen hoitoon ei ole todettu (X5). Jos kyselykaavakkeita olisi lähettänyt jälkikäteen henkilöiden kotiin vaatisi se henkilö- ja osoitetietojen keräämistä. Bernard ym. 2006 tutkimuksessa postitse lähetetyssä kyselyssä vastausprosentti oli 35- 40 (Bernard ym. 2006), Kuisma ym. (2002, 812) tutkimuksessa 36,8 %. Kaavakkeiden lähettäminen kahteen kertaan (haastateltavalle ja takaisin) on hidasta ja olisi lisännyt tutkimuksen kustannuksia. Myöskin potilaiden päivystyspoliklinikalla saama diagnoosi olisi voinut vaikuttaa potilaan subjektiiviseen käsitykseen kuljetuksen tarpeellisuudesta ja sitä kautta kokemukseen hoitoonohjauksesta ja vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käytöstä. Lisäksi kaavakkeen palauttaminen olisi voinut unohtua, kun se olisi pitänyt postittaa. Puhelinhaastattelu on myöskin hyvin soveltuva tutkimusmenetelmä ensihoidossa (Presse ym. 2002, 106), mutta tässä tutkimuksessa tuloksien tulkintaan liittyivät samat ongelmat kuin jälkikäteen lähetettävässä postikyselyssä.

Moni sairaanhoitopiiri järjestää ensihoitopalvelut niin kutsuttu monituottajamallina jolloin alueilla on sekä julkisia että yksityisiä palvelun tuottajia. Mitä useammasta toimijaryhmästä ihmisiä työskentelee, sitä laveampi on eri käytäntöjen ja keskustelukulttuurin ja selitysmallien verkko (Vilkkä 2015, 18- 19). Jotta kyselyn tulokset palvelisivat mahdollisimman hyvin ensihoidon toimijoita ja asiakkaita, oli tärkeä saada kyselykaavakkeet jaettua sairaanhoitopiirin keskisestä ja isoimmasta päivystyspisteestä. Lisäksi kyselykaavakkeita olisi voinut jakaa myös muilla julkisen terveydenhuollon päivystyspisteillä, aluesairaaloissa ja -terveyskeskuksissa, joihin ensihoitohenkilöstö potilaita ohjaa, mutta aineiston saturaatio odotettiin saavutettavan myös viiden suuren päivystyspisteen kautta.

Tässä opinnäytetyössä ei eritelty perus- ja hoitotason yksiköitä. Mitattaessa ensihoitotilanteen vuorovaikutuksen onnistumista ja potilaan kokemusta ei ensihoitoyksikön tasolla ole suurta merkitystä. Hoitoonohjauksen ammatillista sisältöä ei myöskään ole tarkoitus arvioida, joten perus- ja hoitotason yksiköiden identifioiminen ei ole tässä opinnäytetyössä tarpeen. Koska vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käyttö ensihoidossa voi aiheuttaa myös hyvinkin kovaa arvostelua ja kritiikkiä, olisi tärkeää varmistua siitä, etteivät yksittäiset palveluntuottajat tai tietyn kunnan asukkaat identifioituisi. Tutkimustulokset esitettiin myös siten, ettei sairaanhoitopiiritkään identifioituneet.

Tutkimuksen oli tarkoitus kuvata tavanomaista ensihoidon toimintaa tavanomaisissa olosuhteissa. Kyselyn aikana tuli huomioida, mikäli alueella tapahtuu jokin suuri onnettomuus tai poikkeustilanne mikä vaikuttaa ensihoidon operatiiviseen toimintaan. Näissä tilanteissa ensihoitotoimintaa tyypillisesti joudutaan keskittämään vain kiireellisten tehtävien hoitoon, jotta enemmän resursseja on kohdennettavissa alueen erityistilanteeseen. Tämä tarkoittaa sitä, että ei-kiireelliset tehtävät jonoutetaan tai pyritään suorittamaan puhelimenvälityksellä annettavalla hoitoon ohjauksella. Pitkittyneet poikkeustilanteet saattaisivat vääristää kyselytuloksia ja se on huomioitava analysointivaiheessa.

4.6 Tilastollinen analyysi

Tämä opinnäytetyö perustuu teoreettiseen malliin, minkä oikeellisuutta kyselyn tuloksilla testataan (Heikkilä 2008, 144). Ne kyselykaavakkeen vastausvaihtoehdot oli numeroitu valmiiksi ja tulokset syötettiin Excel-taulukko-ohjelmaan. Tutkimusaineiston käsittely kvantitatiivisessa tutkimuksessa on kyselyn vastausten tarkistamista ja tilastointia siten, että niitä voidaan tarkastella numeroin. Numeraalisesti esitettyjä vastauksia voidaan helposti tutkia, verrata ja niistä nähdään erilaisia prosenttiosuuksia. (Vilkkä 2007, 106.) Kerätystä tiedosta tehtiin analyysi ja johtopäätökset. Vastaukset tutkimusongelmiin saatiin analyysivaiheen aikana (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 53).

Mittauksen tasot erotetaan eri asteikkojen avulla, jotka ovat nominaali-, ordinaali-, intervalli- ja absoluuttinen asteikko. Nominaaliasteikolla tässä tutkimuksessa mitataan eri luokkia joita ei voi vertailla keskenään kuten sukupuoli. Keskeisin asteikko on mielipideväittämissä käytetty ordinaaliasteikko, missä vastaukset voidaan laittaa järjestykseen, mutta niiden välisiä etäisyyksiä ei voi verrata toisiinsa. Näille voidaan laskea keskiarvoja, prosentteja ja frekvenssejä, kun on kyse mielipidetutkimuksesta. Intervalliasteikollisia kysymyksiä ovat tiedot iästä ja kuljetun matkan pituudesta. (Heikkilä 2008, 81-81.)

4.7 Sisällön analyysi avoimesta kysymyksestä

Tutkimuksen avoin kysymys analysoitiin sisällön analyysillä. Tavoitteena siinä oli sisällöstä löytyvien väittämien tunnistaminen ja niiden inhimillisten merkitysten ymmärtäminen. Ilmiö pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tiiviisti ja selkeästi. Sisällön ydintä ei saa kadottaa tai häivyttää. Sisällön analyysiä voidaan tehdä kahdella tavalla, kvantitatiivisesti tai kvalitatiivisesti. Molemmat tavat ovat yhtä valideja ja niitä käytettiinkin päällekkäin. Kvalitatiivisella analyysitavalla kuvataan sisältöä sanallisesti ja tulkitsemalla merkityksiä, kvantitatiivisella lähestymistavalla lasketaan ilmausten numeerista toistumistiheyttä tilastollisessa muodossa. Tulkinnoilla ja päätelmillä päästään tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104- 108.)

Tuloksia lähdettiin analysoimaan induktiivisesti eli sisällöstä käsin. Ensin aineisto litteroitiin ja redusoitiin kirjoittamalla aineistoa auki ja samalla epäolennaiset asiat karsittiin pois. Valmiit vastaukset pelkistettiin eli yhdestä vastauksesta erotettiin niin monta osaa kuin siinä oli erilaisia asioita, jotka kuitenkin vastasivat kysymykseen. Lisäksi aineistosta karsittiin pois kaikki sellainen, mikä ei liittynyt tutkimukseen. Näitä olivat mm. kommentit päivystyspoliklinikan toiminnasta, terveiset ja kiitokset.

Redusoinnin jälkeen tehtiin klusterointi, jossa samaa tutkimusongelmaa kuvaavat asiat ryhmiteltiin ryhmiksi ja nimettiin ne uudella hyvin kuvaavalla käsitteellä. Klusteroinnilla muodostettiin alaluokat, jotka kuvasivat ryhmän alakäsitteiden sisältöjä kattavasti ja siitä edelleen yläluokat ja pääluokat jotka yhdistelemällä saatiin koko kyselyä täydentäviä teemoja. (Liite 8; Tuomi & Sarajärvi 2003, 10, 93, 105, 110–115.) Tutkimuksen sisällön analyysin luotettavuuden parantamiseksi tehtiin kaksoisluokittelu ulkopuolisen henkilön toimesta, joka tuntee tutkittavan ilmiön (ks. luku 7.2). Kaksoisluokittelun yhteydessä esille nousi myös epäoleellisten luokassa olevat potilastyytyväisyyteen tai asiakaspalautteeseen liittyvät vastaukset, joita oli merkittävä määrä kaikista avoimista vastauksista. Ne eivät vastanneet tutkimusongelmiin, mutta liittyivät tutkimusaiheeseen. Nämä päätettiin käsitellä tuloksissa.

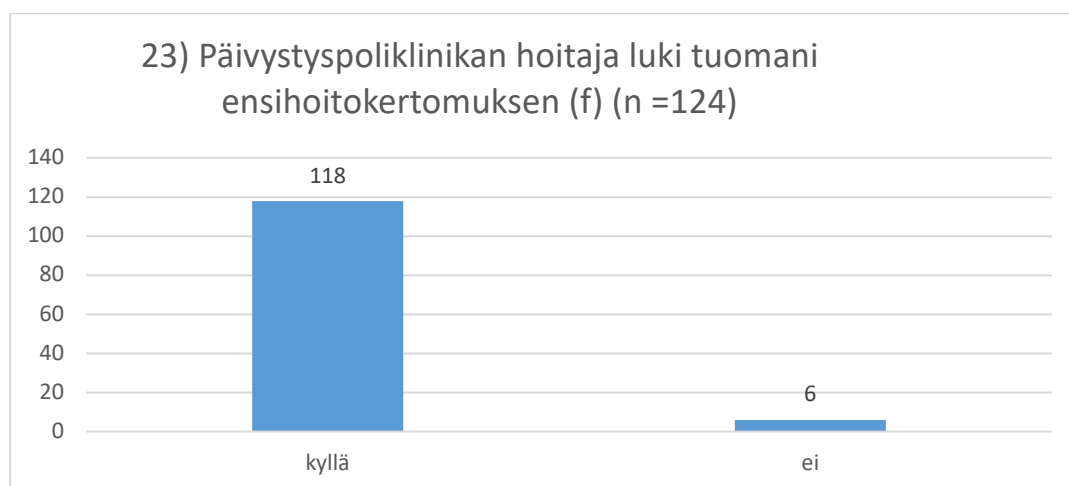
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET AIHEALUEITTAIN KÄSITELTYNÄ

Kysely toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 20.12.2017-2.4.2018, Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 1.2.-22.3.2018, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä 1.2.-31.3.2018, Kainuun Sotessa 5.2.-9.4.2018 sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 7.3.2018-2.5.2018.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä jaettiin 76 kaavaketta. Keski-Suomen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä molemmissa jaettiin 50 kaavaketta, joista palautui 41. Kainuun sairaanhoitopiirissä jaettiin 16, joista palautui 10. Siellä tavoite oli myös 50 jaettua kaavaketta, mutta päällekkäisen tutkimuksen vuoksi kysely jouduttiin keskeyttämään aikaisemmin. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kaavakkeita jaettiin 16, mutta tutkimukseen ei palautunut yh-

tään. Kaiken kaikkiaan 63 vastaajaa ei palauttanut kaavaketta palautuslaatik-
koon. Kaikista palautetuista vastauskaavakkeista viisi oli kokonaan tai suurilta
osin tyhjiä, joten ne hylättiin. Jos kaavakkeessa oli vähemmän kuin 11 tyhjää
kohtaa kaavake hyväksyttiin. 193 jaetusta kaavakkeesta tutkimukseen hyväk-
syttyjä saatiin yhteensä 125. Vastausprosentti on 64,7 %. Se on kyselytutki-
mukselle erittäin hyvä tulos.

Tutkimuksen perusjoukko koostui niistä ensihoidon potilaista, jotka ohjauksen
mukaisesti ovat hakeutuneet päivystyspoliklinikalle ja näyttäneet vastaanotta-
valle hoitajalle ensihoitokertomusta. Ensihoitokertomuksessa tuli olla merkintä
suoritteesta X4, muuten potilasta ei valikoitunut tutkimukseen. Kyselykaavak-
keen kohdassa 23 esitettiin väittämä, jotta varmistuttaisiin oikeiden potilaiden
rekrytoitumisesta tutkimukseen. (Kuva 4.)



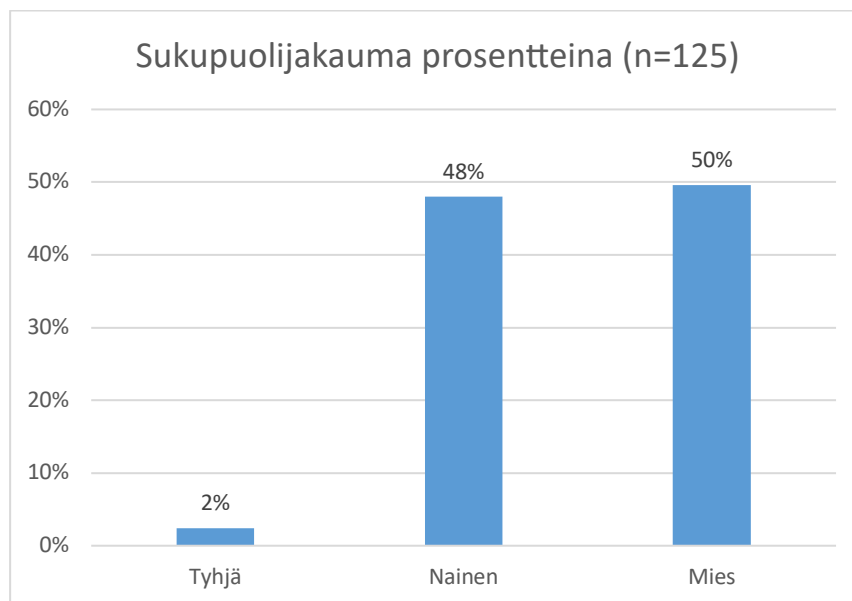
Kuva 4. Ensihoitokertomusten lukeminen

125 vastaajasta 118 ilmoitti vastaanottavan sairaanhoitajan lukeneen potilaan
tuoman ensihoitokertomuksen. Yksi ei vastannut kysymykseen. X4-kriteerin ja
saatekirjeen myötä voidaan sanoa, että on tutkittu juuri sitä joukkoa, mitä on
ollut tarkoituskin. Yleisesti ottaen kaavakkeet oli täytetty huolellisesti ja harki-
ten. Vain yhdestä kaavakkeesta oli selkeästi havaittavissa vastaajan turhautu-
neisuutta tai motivaation puutetta ja väittämiin oli järjestelmällisesti merkitty
vastaukseksi 1.

Vastauksista, joissa oli 5-portainen Likert-asteikko laskettiin keskiarvot. Keskiarvoja ei pyöristetty, mutta kuvaajiin asetettiin näkymään lukema yhden desimaalin tarkkuudella. Tästä syystä saman keskiarvon pylväät voivat olla toisistaan hiukan eri korkuiset. Mitä lähempänä arvo on ykköstä sitä enemmän vastaajat ovat olleet erimieltä väittämän kanssa. Lähempänä viittä olevat arvot osoittavat vastaajien olleen enemmän samaa mieltä väittämän kanssa. Osa vastauksista ilmoitettiin prosenttein ja osa määrällisesti riippuen siitä, miten se parhaiten informoi lukijaa. Muutama väittämä esitettiin siten, että molemmat ääripäätt Likert-asteikosta yhdistettiin kuvaajassa. Pivot-taulukoinnin avulla luotiin pylväsdiagrammit.

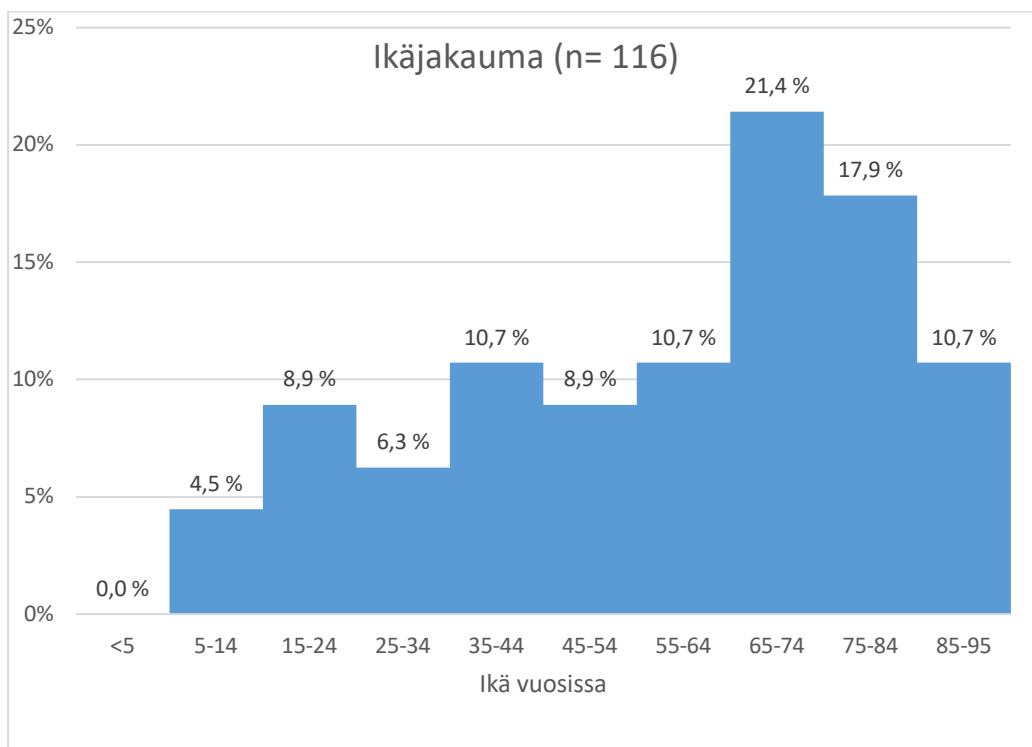
5.1 Perusjoukon kuvaus

Otos edusti hyvin päivystyspalveluita käyttäviä potilaita. Sukupuolijakauma oli tasainen (Kuva 5). Ikäjakauman vinous (Kuva 6) vastaa käsitystä siitä, että ikäihmiset sairastavat ja käyttävät terveydenhuollonpalveluita eniten. Eniten vastaajat asioivat päivystyspoliklinikalla ilta-aikaan (Kuva 7).



Kuva 5. Sukupuolijakauma

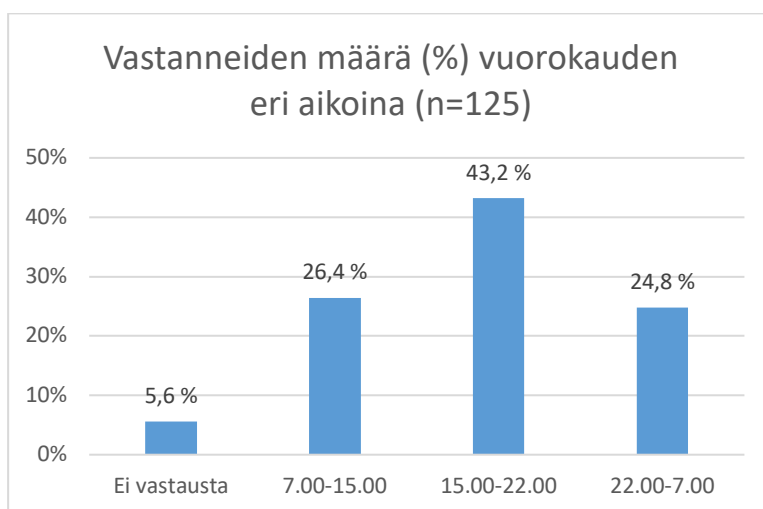
Sukupuolijakauma oli hyvin tasainen ja ikäjakauma (Kuva 6) kuvastaa sitä nykytilaa terveyspalveluiden käyttäjistä kuin se tällä hetkellä on Suomen väestössä.



Kuva 6. Ikäjakouma

Suurin osa kyselyyn vastanneista olivat ikäihmisiä. Alle eläkeikäisten joukossa oli suurempi hajonta.

Vastaajilta tiedusteltiin myös kyselyyn vastaamisen vuorokauden aikaa (Kuva 7). Kansallisesti ensihoitotehtävät ja päivystyskäyntien määrät jakautuvat selvästi eri vuorokauden aikoihin.



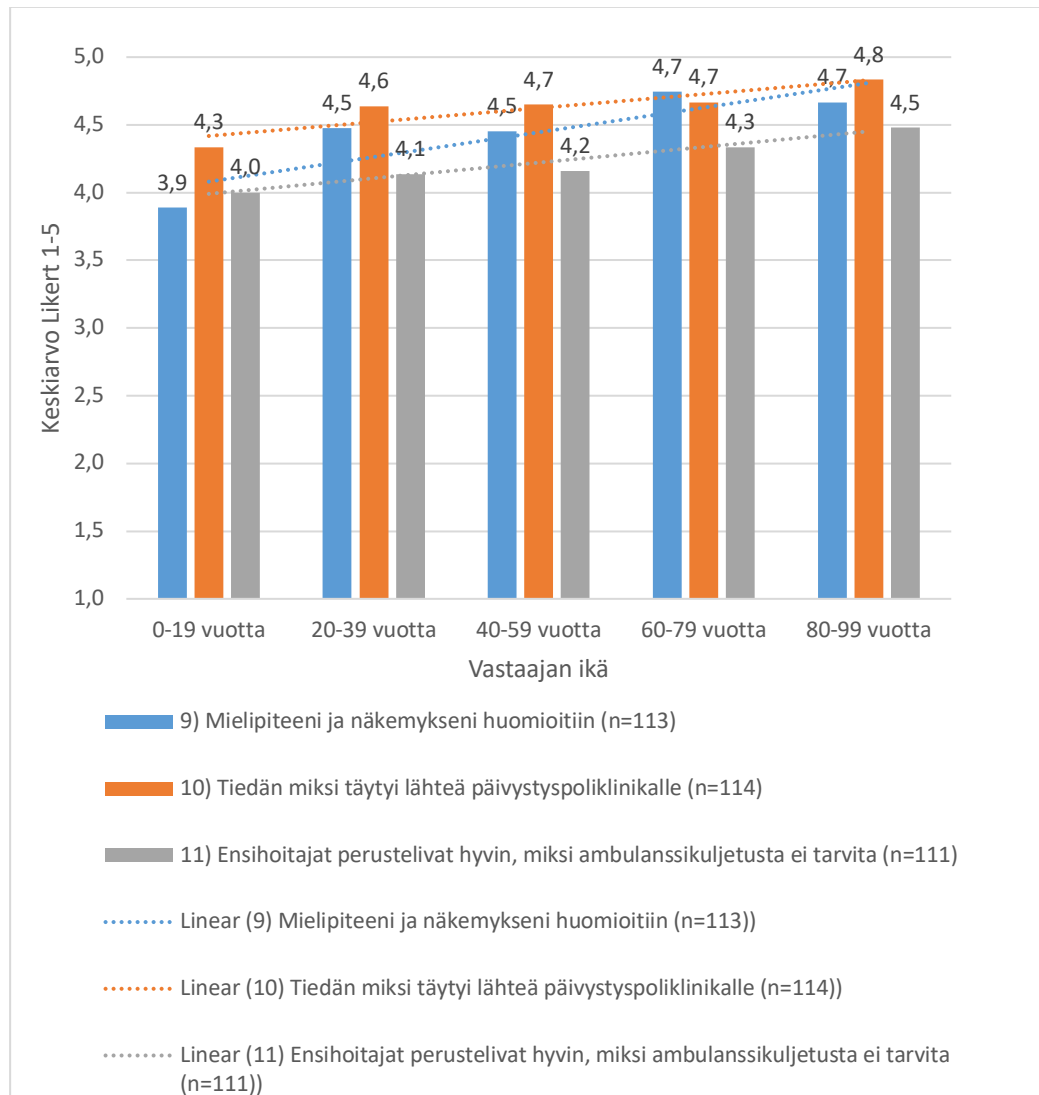
Kuva 7. Päivystykseen saapumisen vuorokauden aika

Tähän kyselyyn vastaavat asioivat päivystyspoliklinikalla pääsääntöisesti iltaiikaan. Aamu- ja yöaikaan tehdyt käynnit jakautuivat lähes tasan.

5.2 Potilaan kokemus ensihoitajan tekemästä hoitoon ohjauksesta

5.2.1 Ensivaikutelma ja yleiskokemus

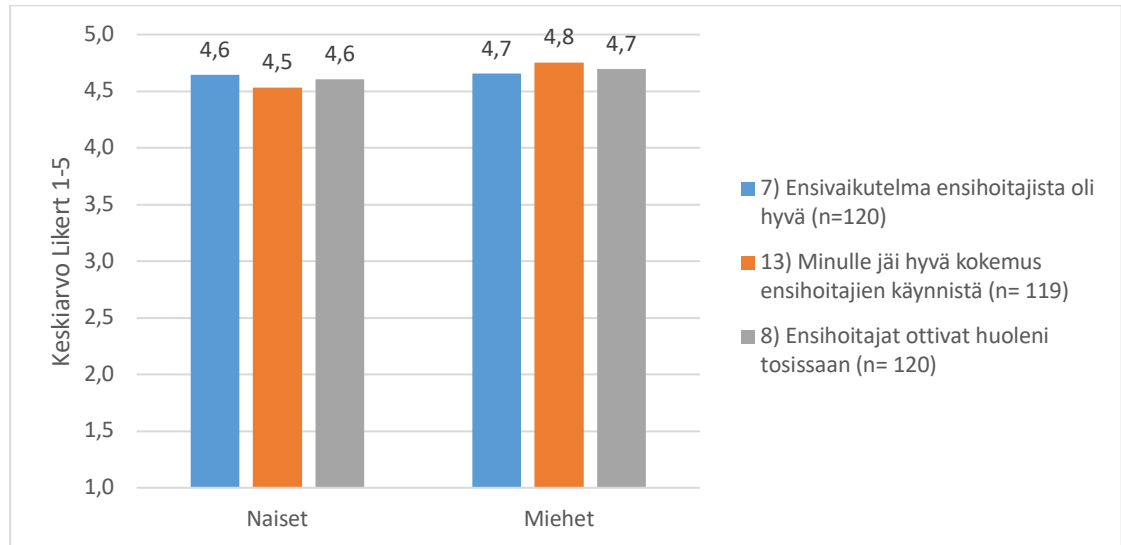
Vastaajan ikää verrattiin heidän näkemyksiin ensihoitajien kyvystä huomioida potilaan mielipiteet ja näkemykset, informoida potilasta ja perustella kuljettamatta jättämispäätös (Kuva 8).



Kuva 8. Vastaajan ikä sekä ensivaikutelma ensihoitajista, kokemus yleisesti ja kuljettamatta jättämisen perustelut

Ikä vaikutti kokemukseen ensivaikutelmasta ja ensihoitotilanteesta kokonaisuudessaan. Mitä iäkkäämpi vastaaja oli, sitä paremmin hän koki tulleensa kuulluksi, saaneensa tietoa päivystykseen hakeutumisen syystä ja ensihoitajien perustelleen kuljettamatta jättämispäätöksen hyvin.

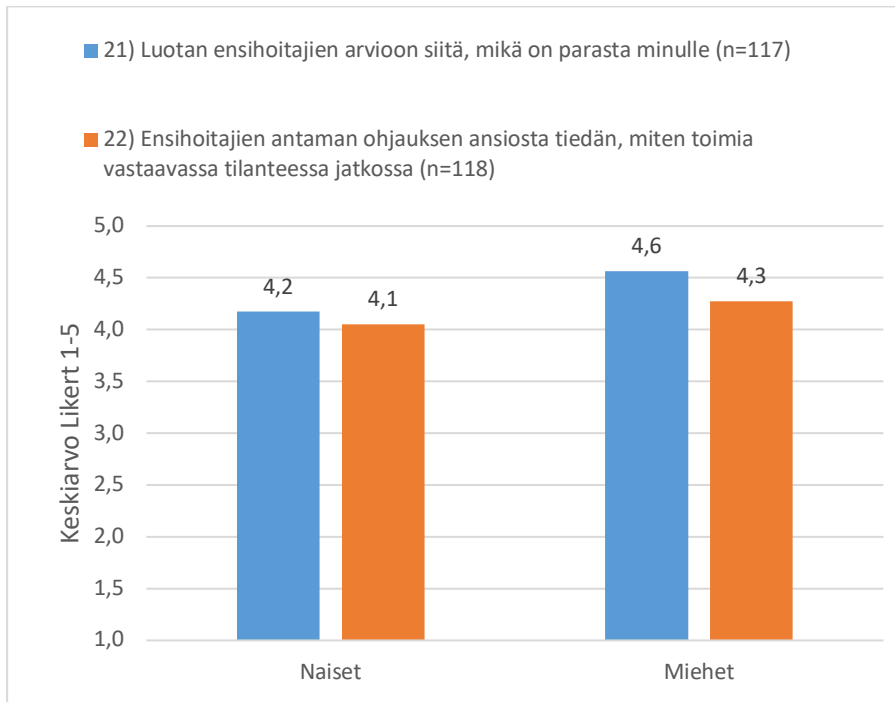
Myös sukupuolten välisiä eroja tarkasteltiin (Kuva 9). Kyselykaavakkeen (liite 6) väittämille 7, 8 ja 13 asetettiin taustamuuttujaksi sukupuoli.



Kuva 9. Sukupuolen vaikutus ensivaikutelmaan, turvallisuuden tunteen luomiseen ja yleiskokemukseen

Turvallisuuden tunteen luomisessa, yleiskokemuksessa ja ensivaikutelmassa oli vain vähän eroja sukupuolten välillä. Naissukupuolta edustavat antoivat kaikista osa-alueista hiukan huonommat kokemuserviöt.

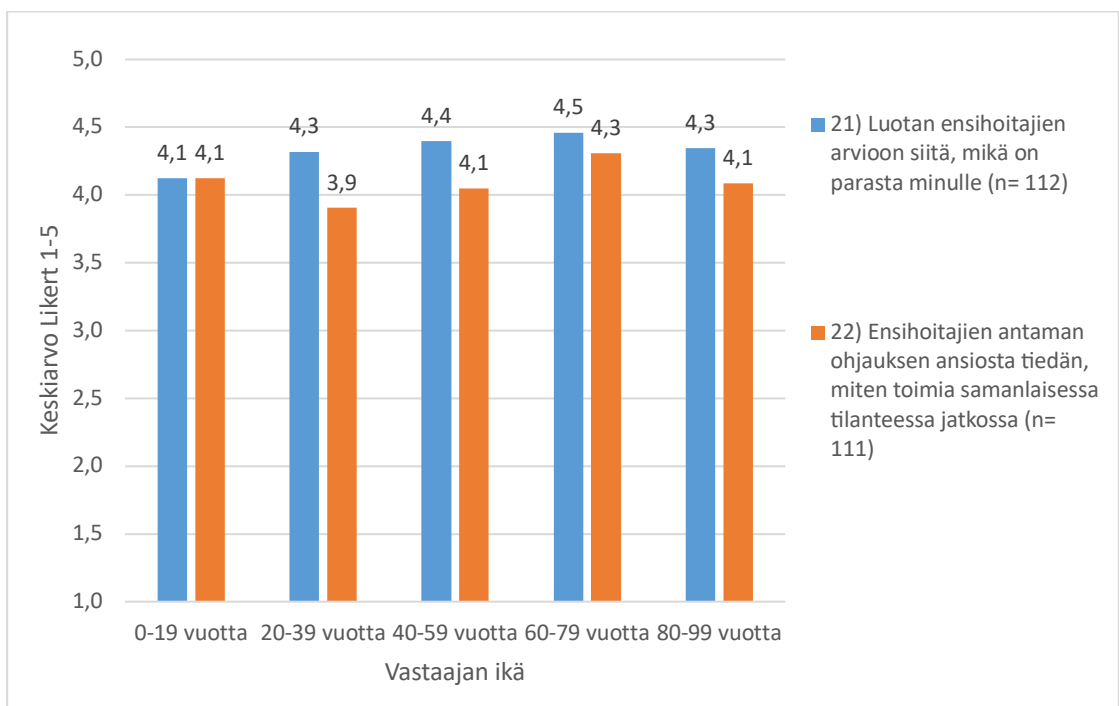
Sukupuolten eroja tutkittiin myös ohjauksen vaikuttavuuden ja ensihoitajiin kohdistuvan luottamuksen suhteen. Ohjauksen vaikuttavuus näkyi siinä, miten potilaat kokivat osaavansa toimia vastaavissa tilanteissa jatkossa. (Kuva 10 ja Kuva 11.)



Kuva 10. Sukupuolten erot luottamuksessa ensihoitajien arvioon ja ohjauksen vaikuttavuuteen

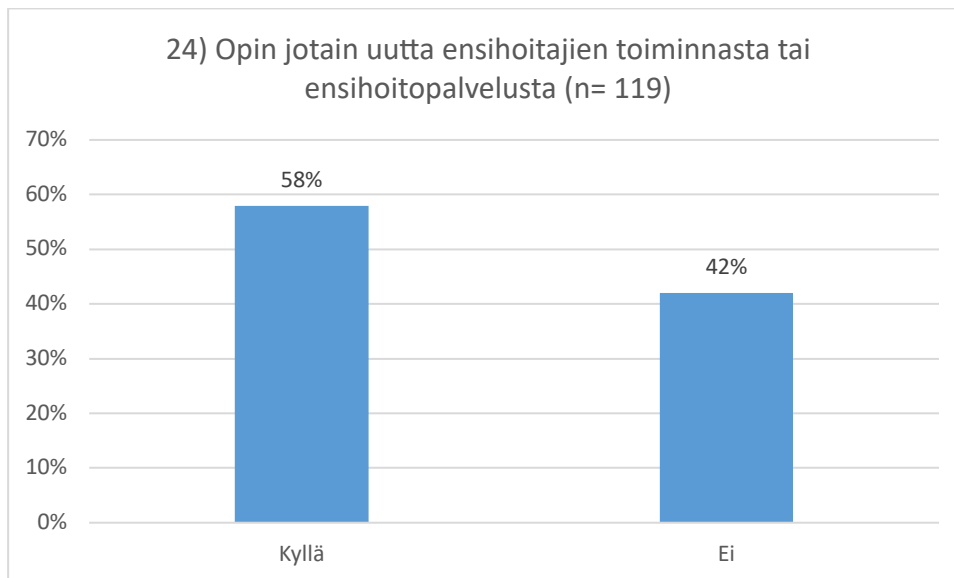
Miehet luottivat ensihoitajien tekemään arvioon enemmän. Ensihoitajien antama ohjaus oli miesvastaajille myös selkeämpää, kuin naisille.

Ikää tarkasteltiin samoista teemoista. Haluttiin selvittää, onko sillä yhtä selvästi nousevaa tai laskevaa yhteyttä (Kuva 11).



Kuva 11. Ikä ja vastaajan luottamus ensihoitajien arvioon ja ohjauksen vaikuttavuus

Nuorimmat vastaajat luottivat vähiten ensihoitajien tekemään arvioon. 20 - 39-vuotiaat kokivat saaneensa vähemmän tietoa siitä, miten samanlaisessa tilanteessa jatkossa kuuluisi toimia. Kuva 12 esitetään vastaajien kokemusta ensihoitotilanteen terveystieteellisestä arvosta.

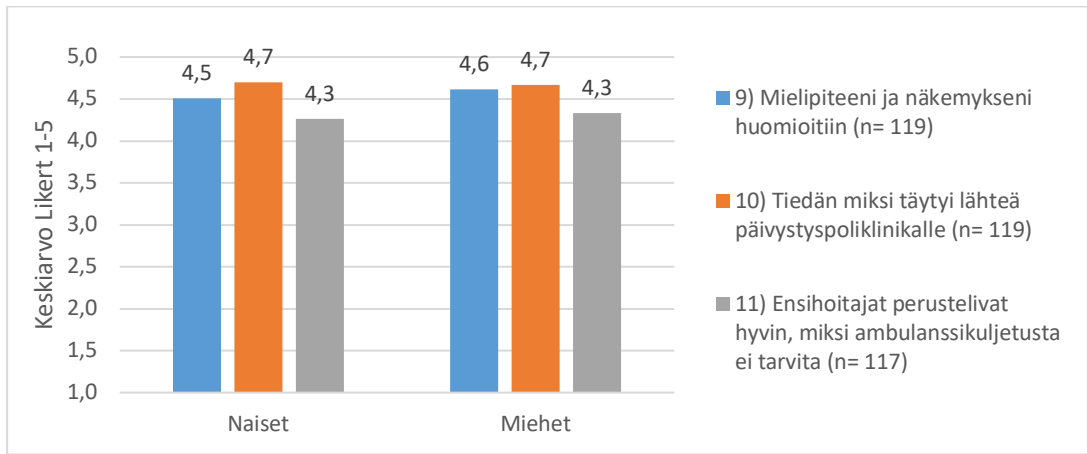


Kuva 12. Uuden oppiminen

Potilaista 58 % oppi jotain uutta ensihoitajien toiminnasta tai ensihoitopalveluista. Vastaajista 42% ei kokenut oppineensa mitään uutta.

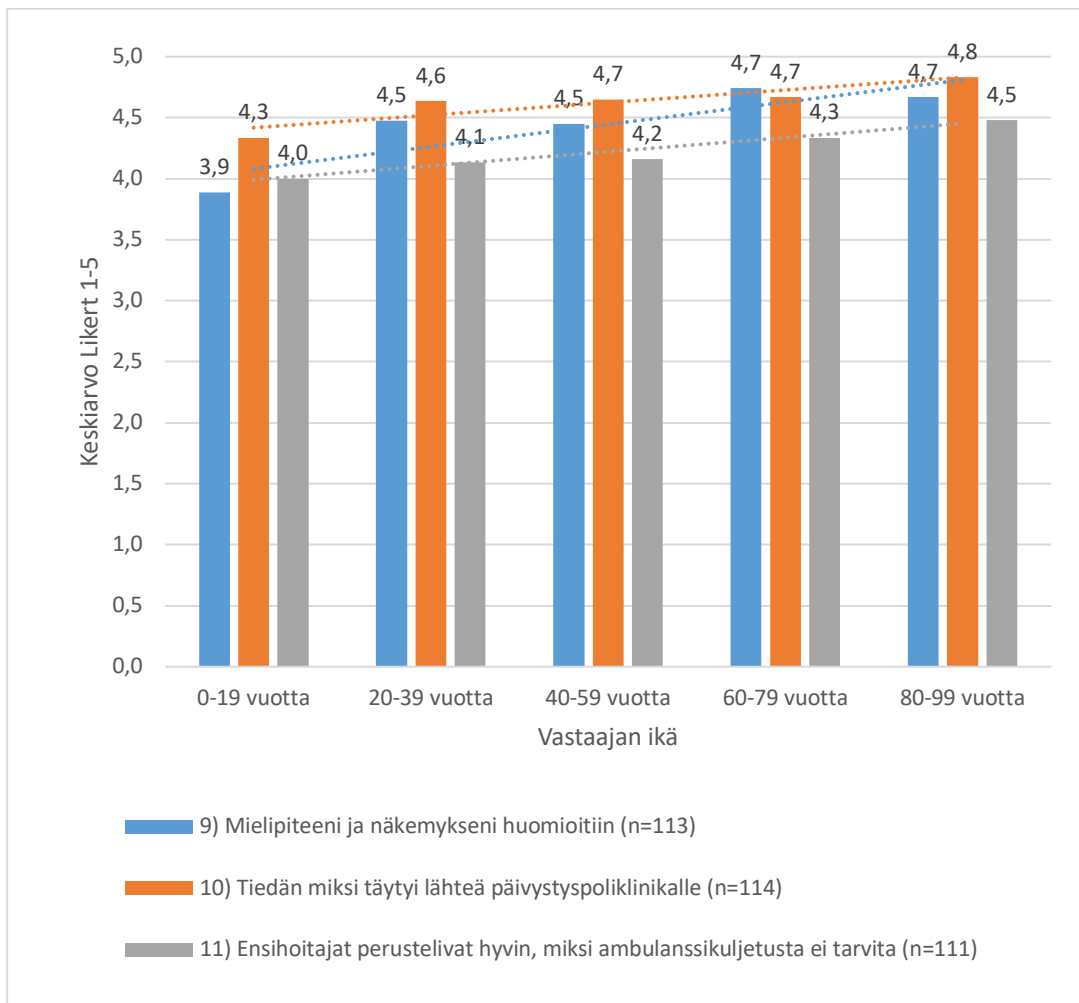
5.2.2 Yhteistyö ja tiedon anto

Ikä ja sukupuoli otettiin taustamuuttujiksi tarkasteltaessa potilaiden kokemuksia mielipiteiden huomioimisesta, terveydentilaan liittyvän tiedon saamisesta ja yhteisymmärryksen saavuttamisesta. (Kuva 13.)



Kuva 13. Sukupuolen vaikutus yhteistyön tasoon, tasavertaisuuden kokemiseen ja tiedon saamiseen

Sukupuolten välillä oli vähemmän eroja kuin aikaisemmin esitetyissä turvallisuuden tunteen tai kokonaistilanteen kokemisessa. Vastaajan ikää tarkasteltaessa näissä muuttujista löydettiin enemmän vaihtelua. (Kuva 14.)

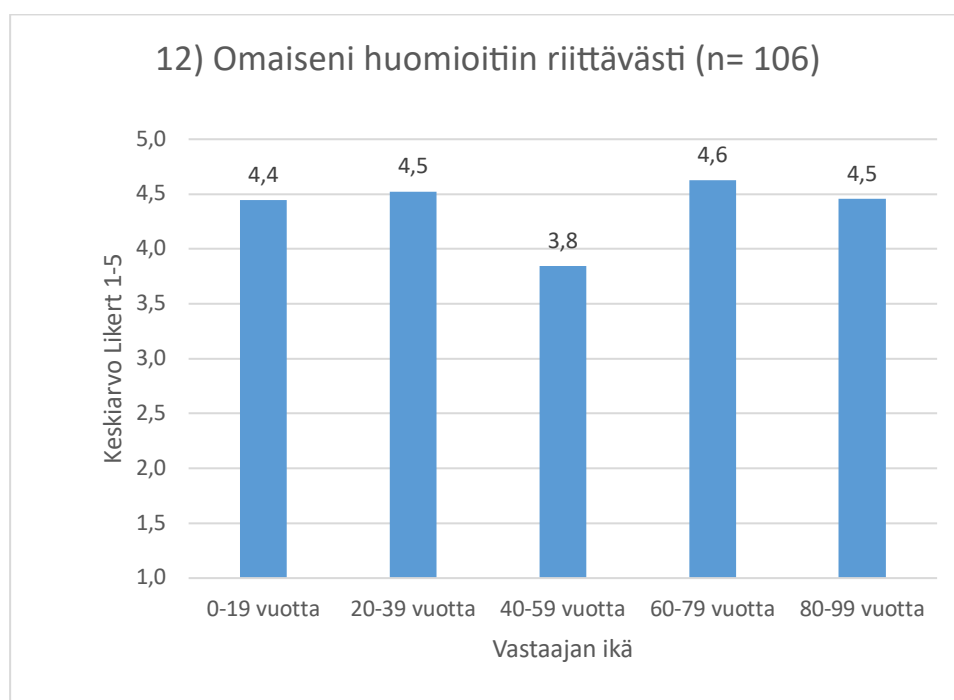


Kuva 14. Yhteistyö, tasavertaisuus ja tiedon saaminen iän mukaan

Nuorimmat vastaajat kokivat vähiten tullessa kuulluksi, eikä heille jäänyt yhtä selkeää käsitystä siitä, miksi ensihoitajat olivat heidät päivystyspoliklinikalle ohjanneet. Mitä iäkkäämpi vastaaja oli sitä enemmän hän kokoi, että oli tullut kuulluksi ja ensihoitajat olivat perustelleet kuljettamista jättämisen hyvin. Tiedon anto potilaan terveydentilasta oli myös ymmärretty paremmin iäkkäämille.

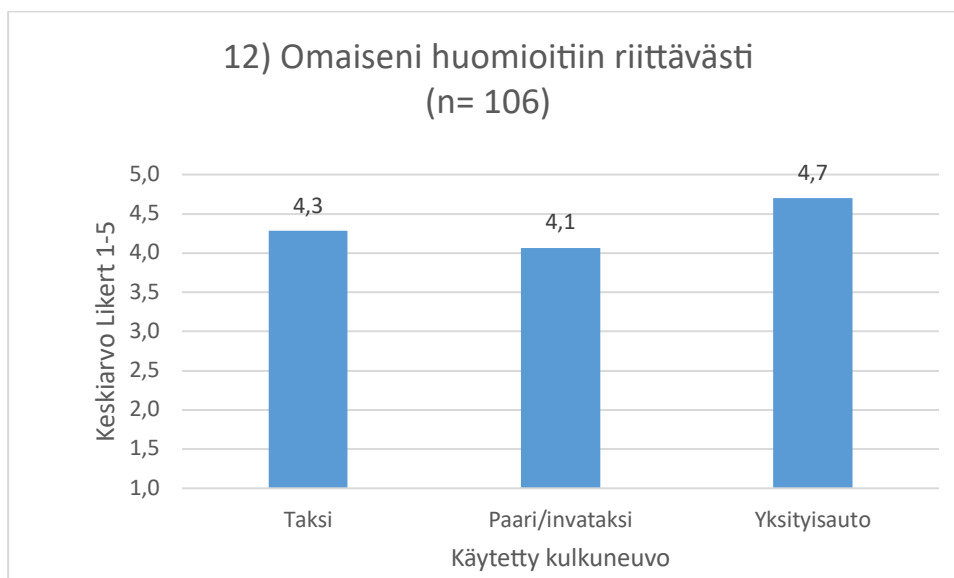
5.2.3 Omaisten huomioiminen

Sukupuolella tai vuorokauden ajalla ei ollut merkitystä siihen, miten hyvin ensihoitajat huomioivat potilaan omaiset. Eroavaisuuksia löytyi, kun muuttujaksi asetettiin ikä ja käytetty kulkuneuvo. (Kuva 15 ja Kuva 16.)



Kuva 15. Omaisten huomioiminen

Ikäluokassa 40 - 59-vuotiaat koettiin omaisten huomioimisen jääneen heikoimmaksi. Muissa ikäryhmissä vastaajat kokivat, että heidän omaisensa oli huomioitu hyvin. Selkeitä eroavaisuuksia löytyi myös, kun vastaajat luokiteltiin käytetyn kulkuneuvon mukaan. (Kuva 16.)



Kuva 16. Omaisten huomioiminen ja käytetty kulkuneuvo

Yksityisautolla päivystyspoliklinikalle menneet kokivat ensihoitajien huomioineen omaiset selvästi paremmin kuin taksilla tai inva- tai paritaksilla kulke-neet.

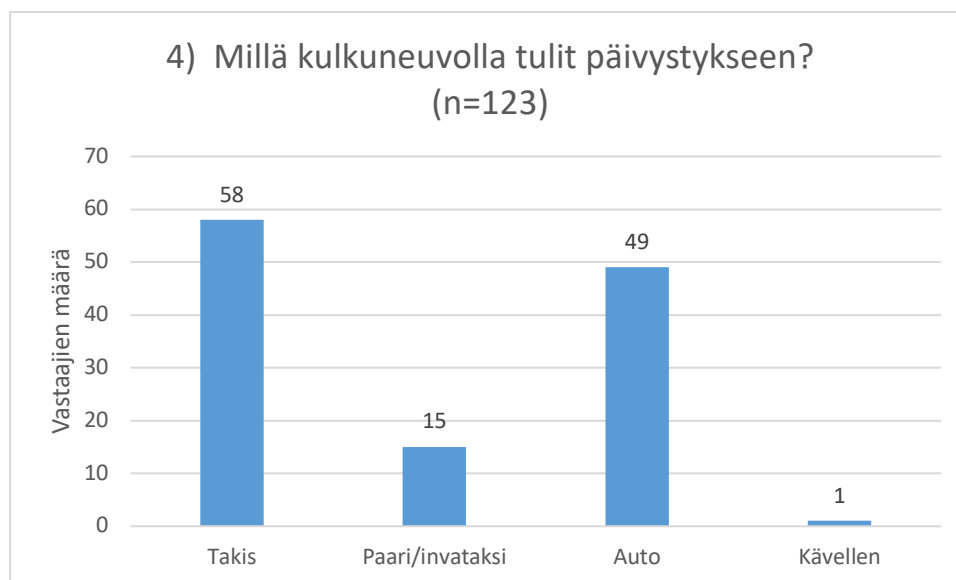
5.2.4 Avoimet vastaukset

Avoimissa kysymyksistä eriteltiin 34 potilaan ohjaamiseen liittyvää kommenttia (ks. liite 8). Kuudessa oli kuvattu negatiivinen kokemus. Muissa vastaus oli neutraali tai positiivinen. Vastajat kokivat, että heidän ongelmaan oli perehdytty riittävällä tarkkuudella ja syvällisyydellä oleellisiin asioihin keskittyen. Ohjaamisessa oli epäonnistuttu niissä tapauksissa, joissa potilas jäi vaille tietoa ja ymmärrystä häntä koskevasta tilanteesta tai tieto oli ristiriidassa hänen oman käsityksensä kanssa. Eräs vastaaja esimerkiksi kertoi, ettei tiedä, miksi on päivystyspoliklinikalle tullut.

Vastauksista oli nähtävissä myös terveyskasvatuksellisia (n=6) teemoja ohjaustilanteista. Näitä olivat sellaiset, joissa potilas kertoi saaneensa ensiapuopetusta ja oman tilan arviointiin ja tilanteen kiireellisyyden arviointiin liittyvää neuvontaa. Tiedonanto potilaan terveydentilasta, hoitoon ohjaaminen ja terveyskasvatukselliset asiat koettiin selkeinä ja ytimekkäinä. Tieto oli myös tarjottu ohjattavalle oikealla tavalla huomioiden muun muassa ikä ja kognitiiviset kyvyt ja äidinkieli.

5.3 Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käyttö potilaan kokemana

Julkisia liikenneyhteyksiä tai kevyttä kulkuneuvoa ei käyttänyt kukaan vastaajista (Kuva 16), eivätkä ne siksi näy seuraavassa kuvassa jossa on eritelty käytetyt kulkuneuvot (Kuva 17).

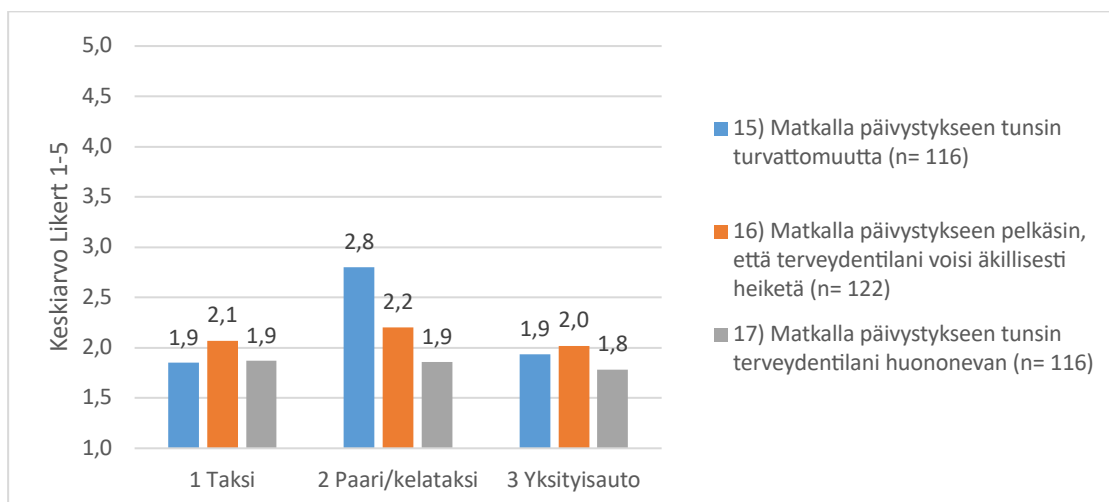


Kuva 17. Käytetty kulkuneuvo

Vaihtoehtoisista kuljetusmuodoista eniten käytettiin taksia (58) ja yksityisautoa (49). Yksi vastaaja oli tullut kävellen. Paari tai invataksia käytettiin huomattavasti vähemmän kuin taksia tai yksityisautoa.

5.3.1 Turvattomuuden ja pelon tunne matkan aikana

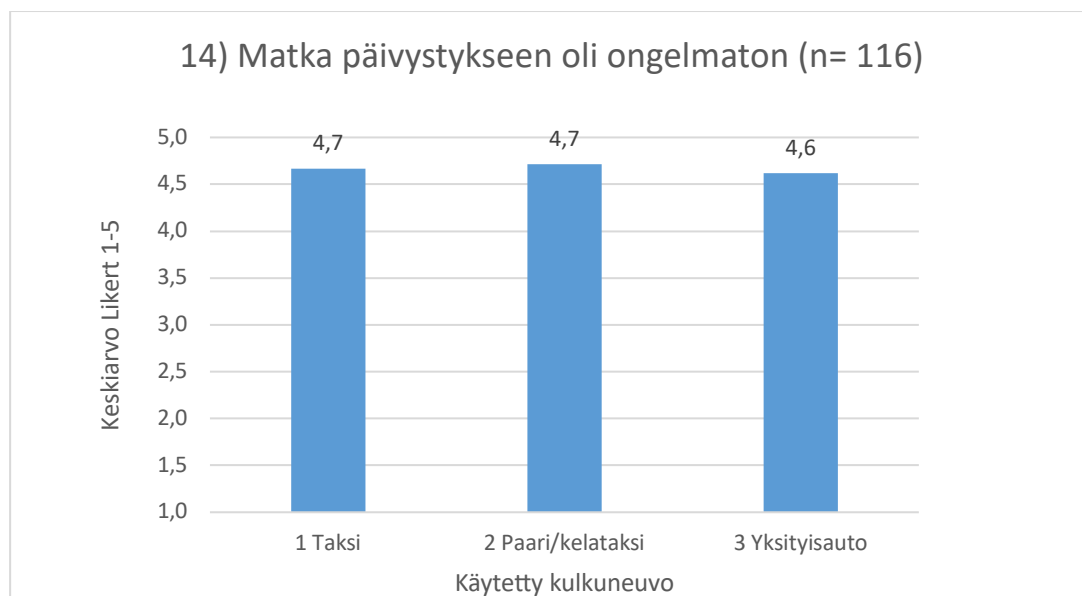
Vastaajien kokemaa turvattomuuden tunnetta ja pelkoa terveydentilan huononemisesta matkan aikana kysyttiin väittämissä 15, 16 ja 17.



Kuva 18: Turvattomuuden ja pelon tunne

Ne jotka tulivat päivystyspoliklinikalle paari- tai invataksilla tunsivat eniten turvattomuutta matkan aikana. Kävelleen päivystyspoliklinikalle tulleita oli vain yksi (ks. Kuva 17), joten siitä ei voida tehdä tilastollisia päätelmiä.

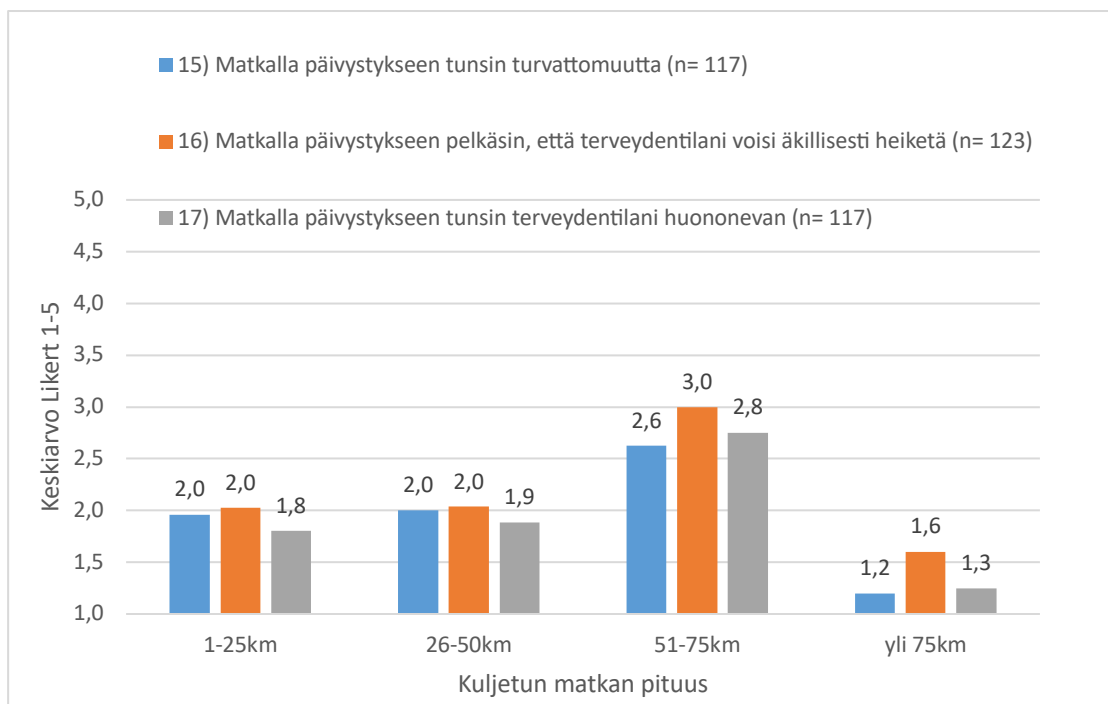
Turvattomuuden ja pelon tunnetta sekä kokemusta terveydentilan heikkenemisestä matkan aikana varten kyselykaavakkeessa (liite 6) esitettiin vahvistava väittämä. Vastajilta selvitettiin, oliko matka päivystykseen ollut ongelmaton. (Kuva 19.)



Kuva 19. Matkan ongelmattomuus

Vaikka turvattomuuden tunne oli vaihdellut käytetyn kulkuneuvon mukaan, missään ryhmässä terveydentilan ei erityisesti koettu huonontuneen matkan

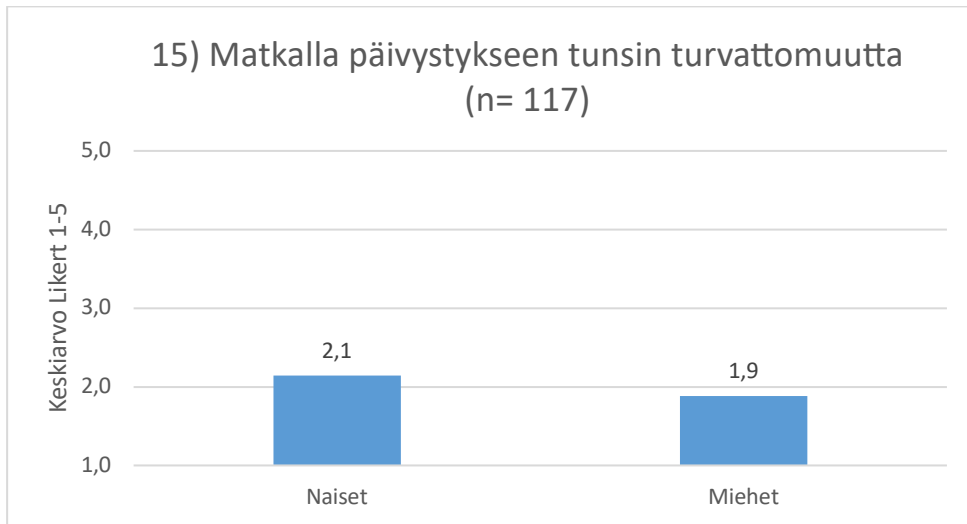
aikana (Kuva 18). Kaikissa eri kulkuneuvoryhmissä matkan koettiin pääsääntöisesti olleen ongelmaton.



Kuva 20. Matkan pituuden vaikutus turvattomuuden ja pelon tunteeseen sekä kokemus terveydentilan vakaudesta matkan aikana

Matkan pituus vaikutti vain vähän turvattomuuden tunteisiin ja kokemukseen terveydentilan vakaudesta matkan aikana. Vähiten pelkoa ja turvattomuutta koettiin kaikkein pisimmillä matkoilla, mutta myös lyhimmillä matkoilla.

Sukupuoli oli vaikuttanut turvallisuuden tunteen luomiseen ohjaustilanteessa (Kuva 9). Miesten ja naisten välisiä eroja turvattomuuden tunteen kokemisessa myös matkan aikana selvitettiin (Kuva 21).

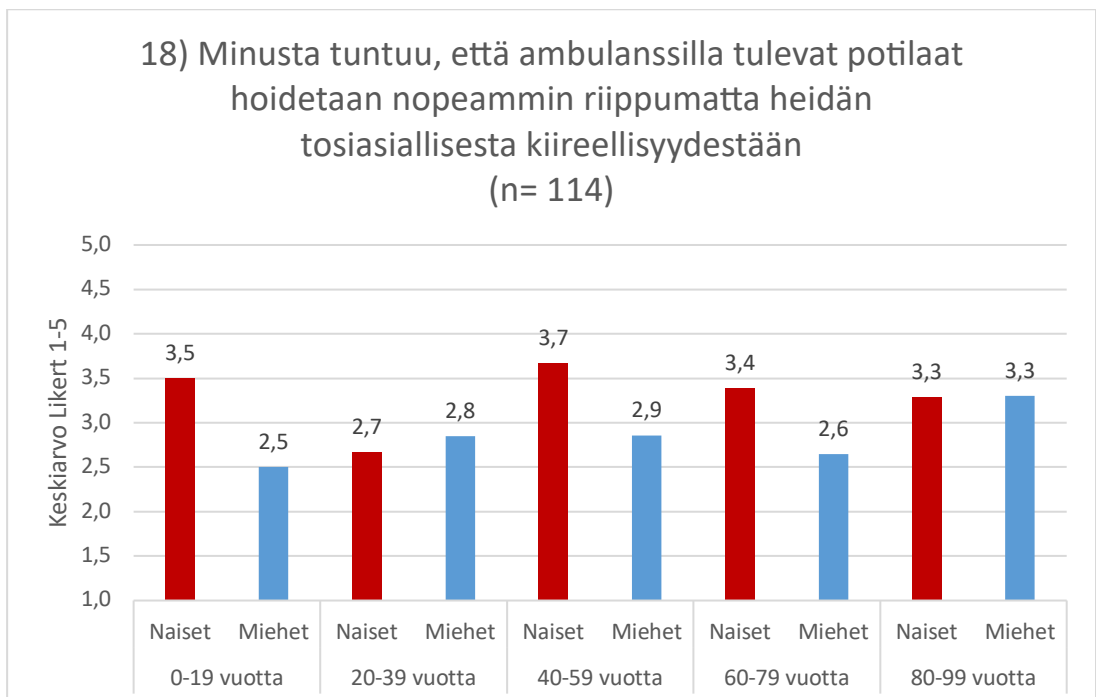


Kuva 21. Sukupuolten välinen ero turvattomuuden tunteessa matkan aikana

Naiset kokivat miehiä vähän enemmän turvattomuutta myös matkan aikana.

5.3.2 Tasavertaisuuskokemus ambulanssilla tulleisiin nähden

Hoitoon pääsemisen nopeutta tarkasteltiin kahden eri taustamuuttujan kautta (Kuva 22). Toiseksi asetettiin sukupuoli ja toisena käytettiin vastaajan ikää.



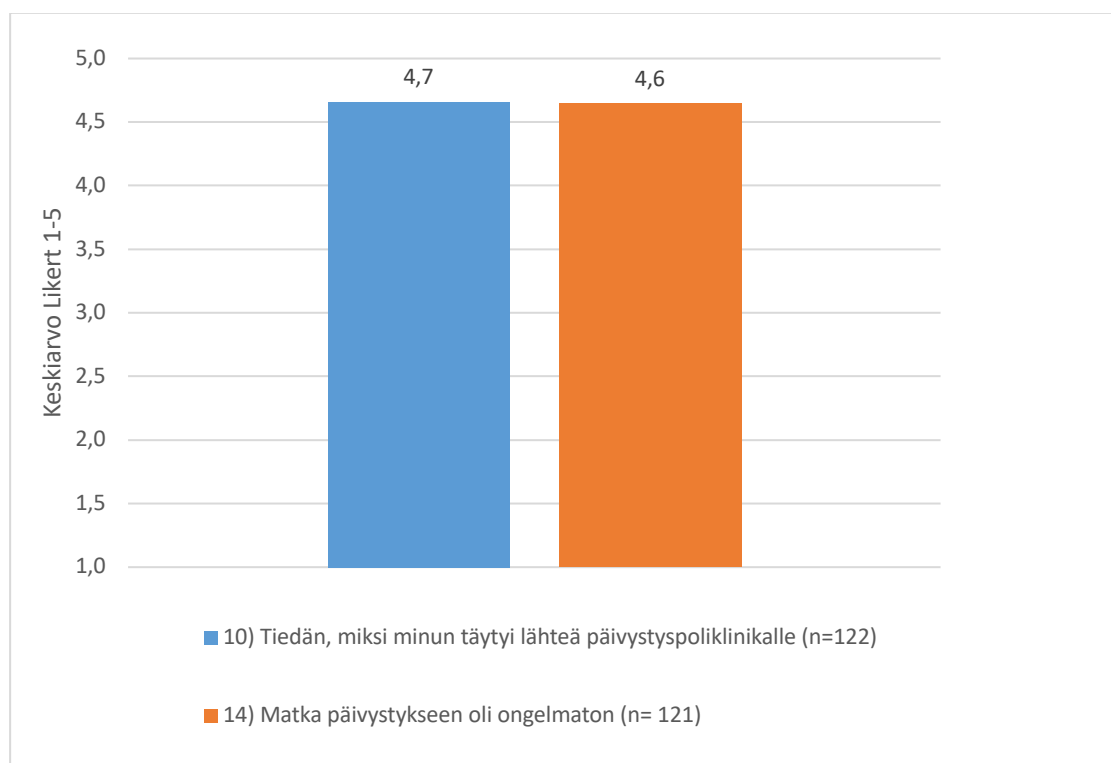
Kuva 22. Tasavertaisuuden kokemus hoitoon pääsyssä ambulanssilla tulleisiin verrattuna

Kyselyyn vastanneet tunsivat, että muulla kulkuneuvolla päivystyspoliklinikalle tulleet eivät pääse välttämättä yhtä nopeasti hoitoon, kuin ambulanssilla tul-

leet. Eri ikäluokissa naiset kokivat useammin, että ambulanssilla kuljetetut potilaat pääsevät hoitoon nopeammin riippumatta heidän tosiasiallisesta kiireellisyydestään. Poikkeuksena oli 20 - 39-vuotiaiden ikäluokka, jossa miehet tunsivat näin hiukan naisia useammin.

5.3.3 Hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Hoidon jatkuvuuden turvaamista voidaan tutkimuksessa tarkastella ensihoitokertomuksen välittymisellä vastaanottavaan hoitolaitokseen, potilasohjauksen vaikuttavuudella ja sopivalla vaihtoehtoisella kulkuneuvolla. Vastaajista 118 kertoi, että vastaanottava sairaanhoitaja oli lukenut potilaan tuoman ensihoitokertomuksen. (Kuva 4.) Tiedon siirtymistä ja hoidon jatkuvuutta kuvattiin myös selvittämällä potilaiden kokemus saadusta informoinnista ja matkan sujuvuutta (Kuva 23).



Kuva 23. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Vastaajat tiesivät hyvin, miksi heidät oli ohjattu päivystyspoliklinikalle. Matka oli pääsääntöisesti ollut myös ongelmaton.

5.3.4 Avoimet vastaukset

Avoimissa kysymyksissä oli 10 vaihtoehdoisen kuljetusmuodon käyttöön liittyvää vastausta. Nämä jakautuivat tasan positiivisten (n=5) ja negatiivisten (n=5) kokemusten välillä. Keskeisiä positiivisia kokemuksia oli taksinkuljettajien turvallinen ajo ja ystävällinen palvelu. Turvallisuuden tunnetta matkan aikana lisäsi myös se, että saattaja oli mukana.

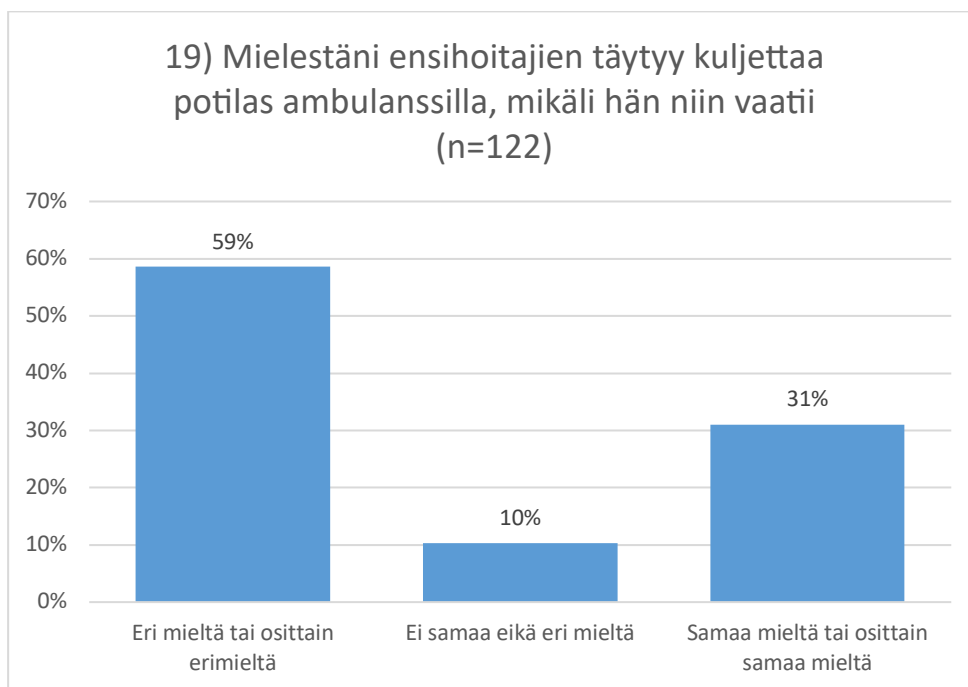
Muistisairaalan laittaminen taksiin kyseenalaistettiin ja vastauksissa pohdittiin myös, millaisia mahdollisuuksia taksinkuljettajalla on auttaa, mikäli terveydentila romahtaa. Vastauksista myös ilmeni, että ensihoitokertomuksia oli annettu taksinkuljettajille toimitettavaksi sairaalan vastaanottavalle hoitajalle. Yhteisymmärryksen puute (erimielisyys ambulanssikuljetuksen tarpeellisuudesta) näkyi myös muutamassa tämän kategorian vastauksessa.

5.4 Potilaiden ymmärrys ensihoitopalveluista

Potilaiden palveluymmärrystä ensihoitopalveluista päästiin parhaiten tutki-
maan avoimien kysymysten kautta. Myös tilastollista analyysiä voitiin tehdä.

5.4.1 Ambulanssityhjiöt ja tehtäväsidonnaisuus

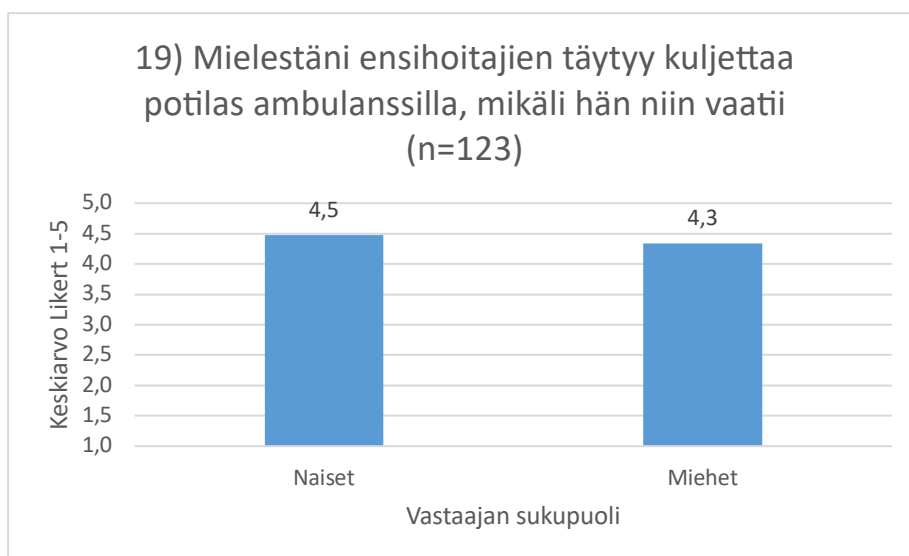
Potilaiden käsityksiä oikeudesta ambulanssikuljetukseen ja alueen ensihoitovalmiuden ylläpidon tärkeyttä haluttiin kuvata mahdollisimman yksinkertaisesti. Tämän vuoksi yhdistettiin Likert-asteikosta molemmat ääripäät. (Kuva 24, Kuva 26.)



Kuva 24. Vastaajien näkemykset oikeudesta ambulanssikuljetukseen

Vastaajista 59 % on sitä mieltä, että pääsääntöisesti potilaalla ei ole oikeutta vaatia ambulanssikuljetusta päivystyspoliklinikalle. 31% vastaajista oli samaa mieltä tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Kymmenesosa ei ottanut selkeää kantaa asiaan.

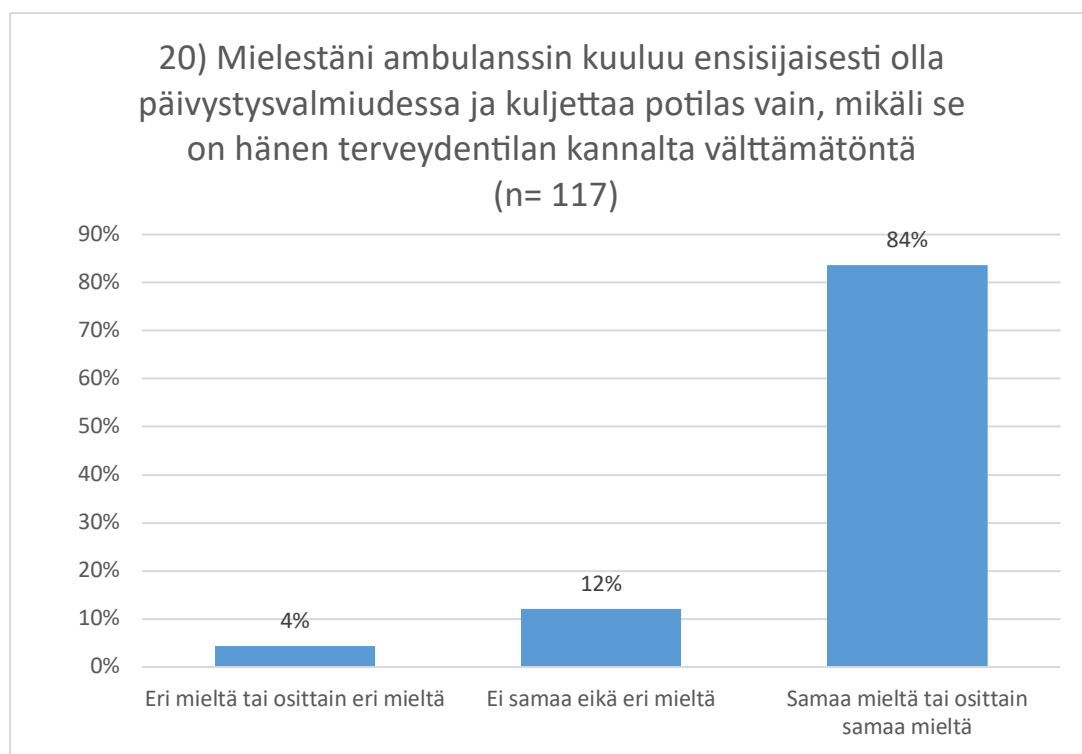
Sukupuolten eroja samaa väittämään vertailtiin myös (Kuva 25). Naisten ja miesten vastaukset asetettiin eri pylvääseen kyselykaavakkeen (liite 6) väittämästä 19.



Kuva 25. Sukupuoli ja näkemys oikeudesta kuljetukseen ambulanssilla

Naiset olivat hiukan useimmin sitä mieltä, että potilas tulee kuljettaa ambulanssilla, mikäli hän niin vaatii. Ero miehiin 5-Likert-asteikosta lasketusta keskiarvosta oli kaksi kymmenystä.

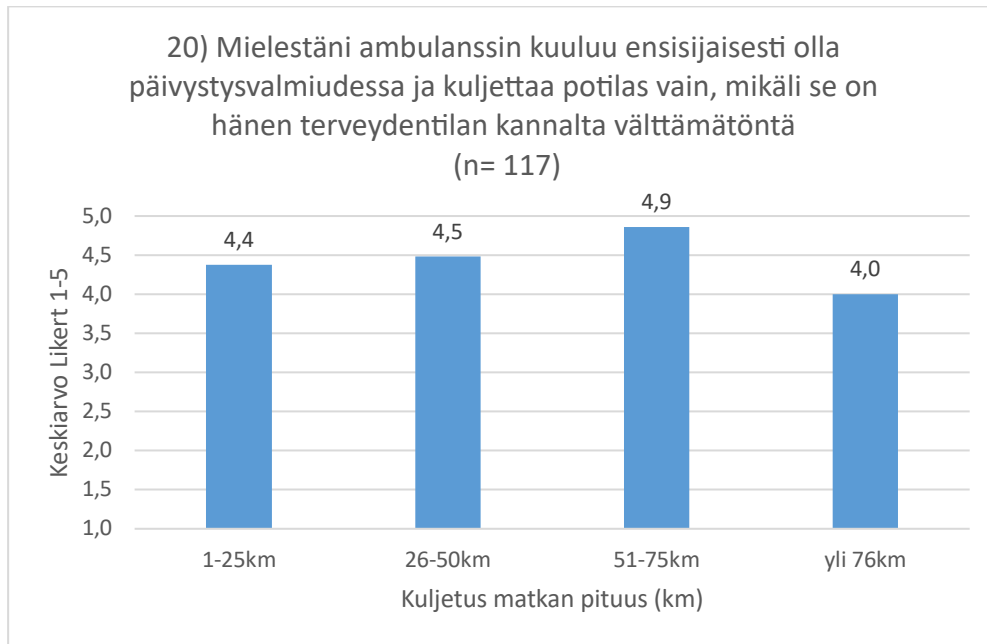
Ambulanssikuljetuksen tarkoituksenmukaisuutta ja vastaajien mielipiteitä tarpeettomien kuljetusten aiheuttamista ambulanssityhjiöistä kartoitettiin myös kyselykaavakkeen (liite 6) väittämällä 20 (Kuva 26).



Kuva 26. Vastaajien näkemys ambulanssien päivystysvalmiuteen

Vastaajista 84 % piti tärkeänä, että ambulanssi on omalla alueella päivystysvalmiudessa ja sillä kuljetetaan vain niitä potilaita, jotka ambulanssikuljetuksen välttämättä tarvitsevat. 12 % Ei osannut selkeästi ilmaista kantaansa ja vain 4 % oli väittämän kanssa eri mieltä ja tai osittain erimieltä.

Kuljetun matkan pituus vaikutti jonkin verran vastaajien näkemyksiin siitä, kulluisiko ambulanssin olla ensisijaisesti päivystysvalmiudessa omalla alueellaan. Yli 75 km:n matkan tehneitä oli 6, joten se on huomioitava tuloksia analysoitaessa. (Kuva 27.)



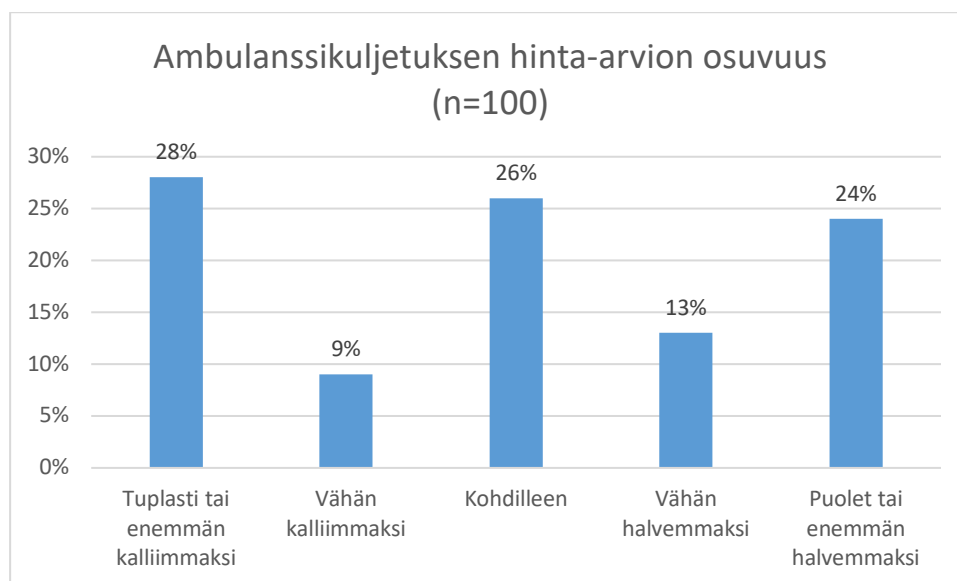
Kuva 27. Matkan pituus ja ambulanssin oleminen ensisijaisesti päivystysvalmiudessa

Nousevasti 75km:iin saakka matkan pituus lisäsi mielipidettä siitä, että ambulanssin kuuluu olla ensisijaisesti toimintavalmiudessa omalla alueellaan. Tähän kyselyyn vastanneet pidemmän matkan kulkeneet olisivat sallineet ambulanssityhjiöt useammin, mutta vähäinen vastaajamäärä estää tuloksien yleistämisen.

5.4.2 Sairaankuljetuksen kustannukset ja tarpeellisuusperiaate

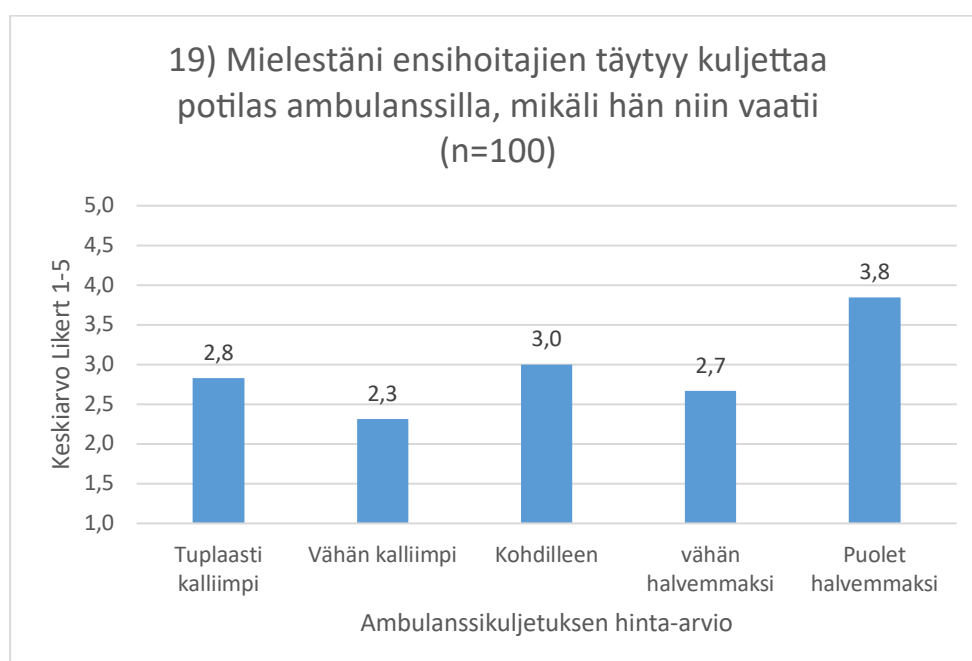
Kyselykaavakkeen (liite 6) kohdassa 6 pyydettiin vastaajaa arvioimaan, kuinka paljon yksi ambulanssikuljetus keskimäärin maksaa (ml. omavastuuosuus 25 €). Vastaajista 100 esitti arvion kuljetun matkan hinnasta, mikäli se olisi tehty ambulanssilla. Arviot laskettiin manuaalisesti käyttämällä kuljetun matkan pituuden ja vuorokauden aikaa taksikustannuksen laskuun ja kertomalla tämä luku kolmella (Kuva 1, s.20). Tällä tavoin saatiin lukema sille, paljonko vastaava matka olisi maksanut ambulanssilla. Tätä analyysiä varten voitiin hyväksyä vain ne vastaukset, joissa oli sekä kuljetun matkan pituus että arvio matkan hinnasta ambulanssilla tehtynä. Vastaukset luokiteltiin viiteen ryhmään arvon osuvuuden mukaan. Merkittävästi kalliimmaksi -ryhmään laitettiin ne, joiden arvio oli kaksinkertainen tai sitä enemmän kuin mitä ambulanssikuljetus tosiasiallisesti olisi maksanut. Mikäli arvio osui 20 % :n tarkkuudella, se määri-

teltiin kohdilleen -ryhmään. Tältä väliltä olevat hinta-arviot laitettiin vähän kalliimmaksi -ryhmään. Vastaavasti määriteltiin ja ryhmiteltiin vähän ja merkittävästi halvemmat arviot.



Kuva 28. Arvio ambulanssimatkan hinnasta

Vastauksista kävi ilmi, että neljänneksellä (26 %) vastaajista oli melko hyvä käsitys ambulanssimatkojen kustannuksista, mutta 73 %:lla käsitykset ambulanssikuljetusten kustannuksista vaihtelivat suuresti. Arviota ambulanssikuljetuksen hinnasta verrattiin myös potilaan näkemukseen oikeudesta vaatia ambulanssikuljetusta (Kuva 29).

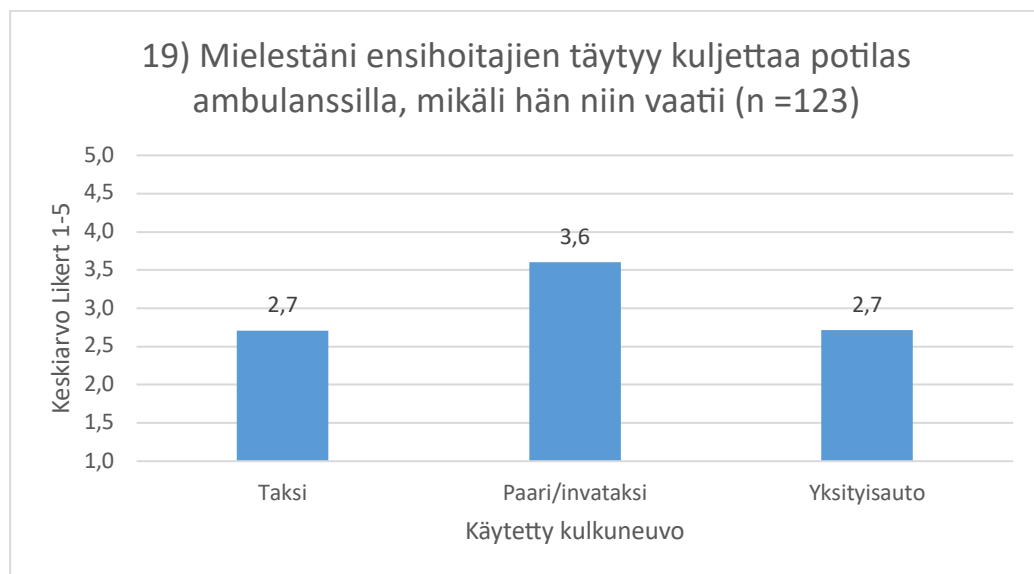


Kuva 29. Hinta-arvio ja käsitys oikeudesta vaatia ambulanssikuljetus

Ne jotka arvioivat ambulanssikuljetuksen hinnan merkittävästi halvemmaksi olivat myös useimmin sitä mieltä, että potilas täytyy kuljettaa ambulanssilla, mikäli hän niin vaatii.

5.4.3 Potilaan asema ensihoitopalveluiden käyttäjänä

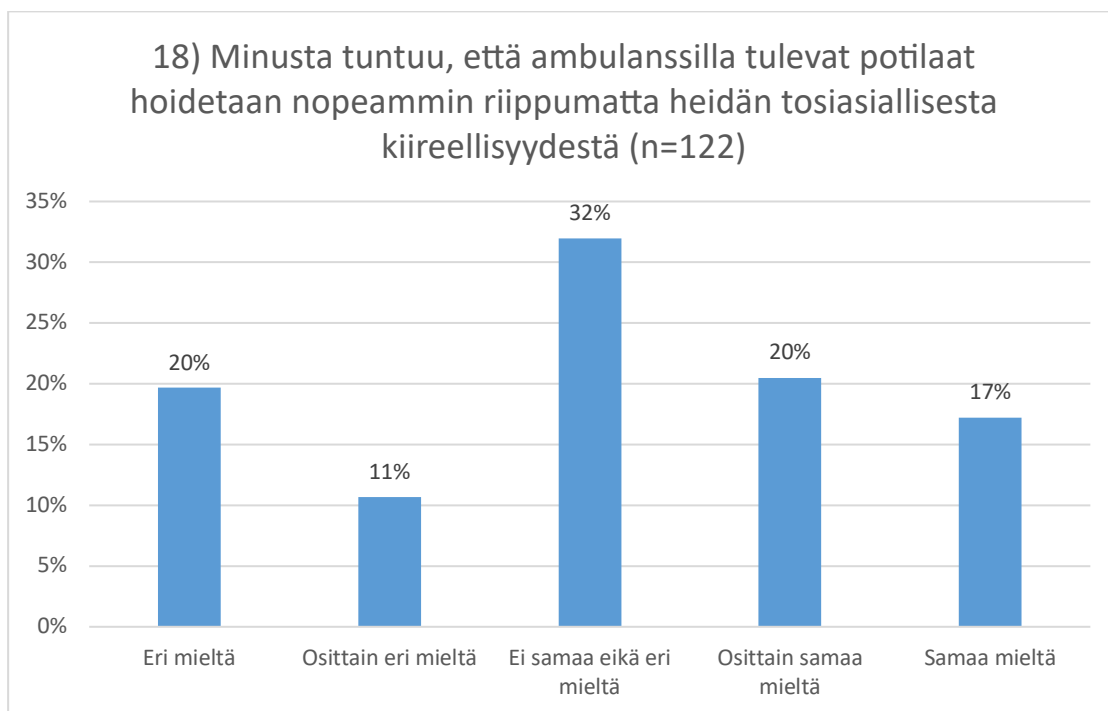
Samaa väittämään kuin edellä verrattiin myös vastaajien ilmoittamaan käytettyyn vaihtoehtoiseen kulkuneuvoon (Kuva 30.)



Kuva 30: Käytetty kulkuneuvo ja mielipide oikeudesta ambulanssikuljetukseen

Erityisesti paari tai invataksilla tulleiden mielestä potilaalla tulisi olla oikeus saada kuljetus ambulanssilla hänen niin vaatiessa. Muut vastaajat olivat enimmäkseen eri mieltä väittämän kanssa. (Kuva 30.)

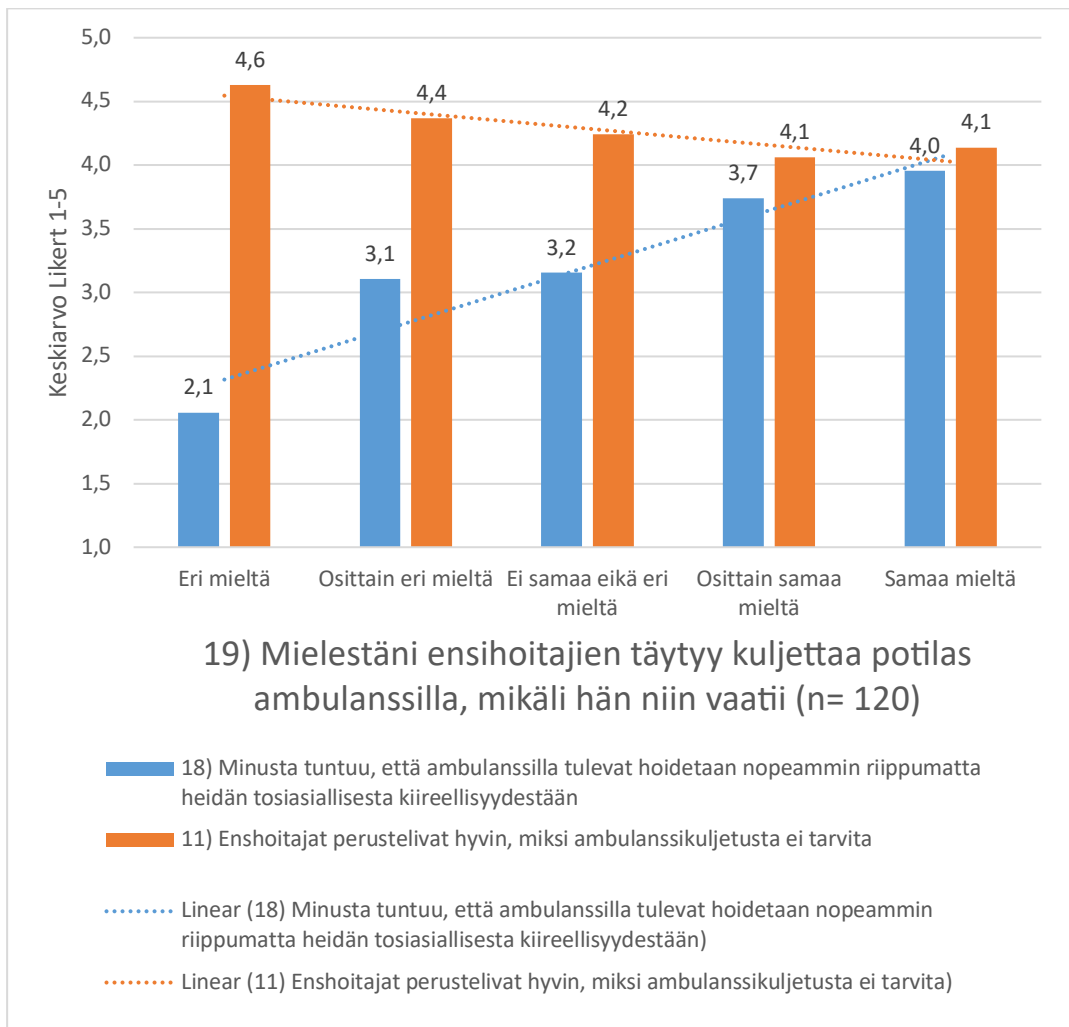
Kokemuksia hoitoon pääsyn tasa-arvoisuudesta käsitellään seuraavassa kuvassa. Vastaajilta kysyttiin näkemystä siitä, kokevatko he ambulanssilla päivystykseen tulleiden pääsevä hoitoon nopeammin kuin muulla kulkuneuvolla tulleet. Vastaukset esitettiin prosenttein. (Kuva 31.)



Kuva 31. Kokemus tasa-arvoisesta kohtelusta ambulanssilla kuljetettuihin verrattuna

Vastaajista 37 % koki, että ambulanssilla tulevat pääsevät hoitoon nopeammin riippumatta heidän tosiasiallisesta kiireellisyydestä. 32 % oli epävarma mielipiteestään. 31 % vastaajista oli asiassa eri mieltä tai osittain eri mieltä.

Se, että ensihoitajat perustelevat tekemänsä päätöksen ymmärrettävästi potilaalle on suuri merkitys potilaan käsitykseen asemastaan ja oikeuksistaan ensihoitopalveluiden ja sairaalan päivystyspalveluiden käyttäjänä (Kuva 32.)



Kuva 32. Vastaajan näkemys oikeudesta saada ambulanssikuljetus, tasa-arvoisuuskokemus hoitoon pääsyssä päivystyspoliklinikalla sekä ensihoitajien kyky perustella vaihtoehdoisen kuljetuksen käyttö

Ne vastaajat, jotka olivat sitä mieltä, että potilaan vaatimuksia ambulanssilla kuljettamisesta tulisi noudattaa, kokivat eniten myös epätasa-arvoisuutta päivystyspoliklinikalla hoitoon pääsyssä. Kuitenkin kokonaisuudessaan kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä ensihoitajien perusteluihin, miksi ambulanssikuljetusta ei tarvita. (Kuva 32.)

5.4.4 Avoimet vastaukset

Avoimissa vastauksissa X4 -potilaiden palveluymmärrykseen liittyviä vastauksia oli 28. Vastauksissa oli hyvin monipuolisesti kommentteja. Osassa kommentteista oli nähtävissä ohjauksen vaikutus eli ensihoitajat olivat ohjauksellaan muokanneet potilaan mielikuvia ensihoitopalvelusta. Potilaiden tiedot

oman alueensa ensihoidon toimintavalmiudesta olivat lisääntyneet ensihoitajien käynnin myötä.

Vastauksista ilmeni, että potilaat mieltävät ensihoidon osaksi terveydenhuoltoa ja että ensihoitajat tekevät erilaisia mittauksia ja haastattelevat potilaan. Ambulanssi tulee paikalle tarvittaessa nopeastikin, mutta ei automaattisesti kuljeta sairaalaan. Palvelu on parantunut myös vuosien saatossa ja ensihoitajiin luotetaan, mutta ensihoitajat noudattavat ohjeistuksiaan jäykästi.

5.5 Tutkimusongelmiin liittymättömät avoimet vastaukset

Avoimista vastauksista karsittiin kaikki epäoleellinen ja tutkimusongelmiin liittymättömät pois. Vastaja houkuteltiin kertomaan kaavakkeen (liite 6) viimeisessä kysymyksessä mitä tahansa kyseisestä ensihoitotilanteesta mieleen tulevia asioita. Niistä osa liittyi kuitenkin laajemmin ajateltuna tutkimusaiheeseen ja ne tuli eritellä. Monissa vastauksissa ensihoitajien toimintaa keuhuttiin ammattimaiseksi ja käytöstä ystävälliseksi. Eräs vastaaja kertoi ensihoitajien huumorin helpottaneen oloaan. Negatiivisia asioita olivat muun muassa moitteet ensihoitajien kovista otteista, empatian puute, liiallinen ja raskaaksi koettu haastattelu ja ensihoitajien omien henkilökohtaisten kokemusten jakaminen hoitotilanteessa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4: Muut tutkimusaiheeseen liittyvät kommentit

Tutkimusaiheeseen liittyvät positiiviset kommentit	Vastausten määrä
Ensihoitajat asiallisia ja ammattimaisia	12
Ensihoitajat rauhallisia, ystävällisiä, hyvä käytöksiä	10
Ensihoitotilanteessa kaikki meni hyvin ja homma toimii	6
Muut positiiviset kommentit	3
Yhteensä:	31
Tyytymättömien kommentit	4
Kaikki yhteensä	35

6 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOISTA

Naiset ja nuoret kokivat ensivaikutelman ja yleiskokemuksen ensihoitajien toiminnasta heikommaksi kuin iäkkäät ja miehet. Mitä iäkkäämpi vastaaja oli, sitä

paremmin hän koki tulleen kuulluksi, saaneensa tietoa päivystykseen ohjaamisen syystä ja ymmärtäneensä ensihoitajien perustelut kuljettamatta jättämisestä. Naisvastaajat saivat huonomman ensivaikutelman, kokivat enemmän turvattomuuden tunnetta ohjaustilanteessa eivätkä luottaneet ensihoitajien arvioon yhtä lailla kuin miehet, mutta erot olivat pieniä. Kaiken kaikkiaan kokemus ensihoitajien käynnistä oli vastanneiden mielestä hyvä. Heidän mielipiteitään ja näkemyksiään oli huomioitu ja heidän huolensa oli otettu vakavasti. Ensihoitajat olivat myös toimineet yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaiden ongelmiin ensihoitajat olivat perehtyneet riittävästi oleellisiin asioihin keskittyen. Ohjaamisessa oli epäonnistuttu niissä tapauksissa, joissa potilas jäi vaille tietoa ja ymmärrystä häntä koskevasta tilanteesta tai tieto oli ristiriidassa hänen oman käsityksensä kanssa. Tiedonanto terveydentilasta, hoitoon ohjaaminen ja ensiapuopetus koettiin selkeinä ja ytimekkäinä. Tieto oli myös tarjoiltu potilaille heidän erityispiirteet huomioiden. Selvästi huonoimmin potilaiden omaisia oli huomioitu 40 - 59-vuotiaiden ja pari- tai invataksilla kulkeneiden ryhmissä.

Vaihtoehtoisista kuljetusmuodoista useimmin käytettiin taksia ja yksityisautoa, mutta eniten ongelmia liittyi pari tai invataksilla tulleiden matkaan. Pääsääntöisesti missään ryhmässä terveydentilan ei koettu huonontuneen matkan aikana. Pelon ja turvattomuuden tunteita koettiin eniten keskipitkillä, 51 - 75 km:n pituisilla matkoilla. Naiset kokivat hiukan enemmän turvattomuutta kuin miehet myös matkan aikana ja olivat myös pääsääntöisesti useammin sitä mieltä, että ambulanssilla tulevat hoidetaan nopeammin riippumatta heidän terveydentilastaan. Tiedon siirtyminen ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on tapahtunut vastaajien osalta luotettavasti, sillä valtaosa oli vienyt ensihoitokertomuksen vastaanottavalle sairaanhoitajalle. Matkat olivat olleet kaiken kaikkiaan ongelmattomia. Vastaajat myös olivat hyvin tietoisia siitä, miksi heidät ylipäätään oli ohjattu päivystyspoliklinikalle. Avoimissa vastauksissa oli kerrottu sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Saattajan mukana olo ja taksinkuljettajien ystävällisyys ja turvallinen ajotapa olivat positiivisia kokemuksia, mutta muistisairaiden taksiin laittamista ja ensihoitokertomusten antamista taksinkuljettajalle ei pidetty hyvänä toimintana.

Vastaajista 59% oli sitä mieltä, että pääsääntöisesti potilaalla ei ole oikeutta vaatia ambulanssikuljetusta päivystyspoliklinikalle ja 84% piti tärkeänä, että

ambulanssi on omalla alueella päivystysvalmiudessa ja sillä kuljetetaan vain niitä potilaita, jotka ambulanssikuljetuksen välttämättä tarvitsevat. Naiset näkivät ambulanssikyydin oikeudekseen miehiä useammin, samoin paari tai invataksilla tulleet, mutta matkan pituudella ei ollut selkeälinjaista yhteyttä tähän muuttujaan. Mitä kauempaa päivystyspoliklinikalle oltiin tultu, sitä useimmin oltiin sitä mieltä, että ambulanssin kuuluu olla ensisijaisesti toimintavalmiudessa omalla alueellaan. Lyhyen matkan kulkeneet olisivat sallineet ambulanssityhjiöt useammin. Hinta-arviot ambulanssikuljetusten todellisista kustannuksista vaihtelivat huomattavasti. Ne jotka olivat arvioineet hinnan todellista kustannustasoa huomattavasti halvemmaksi, olivat useimmin sitä mieltä, että heidän kuuluisi saada ambulanssikuljetus, mikäli niin vaatisivat. Mitä paremmin ensihoitajat olivat perustelleet vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käytön, sitä useimmin potilaat kokivat tulleensa tasa-arvoisesti kohdelluiksi myös päivystyspoliklinikalla eivätkä olleet vaativia kuljetusmuodon suhteen. Ensihoitajat olivat ohjauksellaan jonkin verran muokanneet palvelunkäyttäjien mielikuvia ensihoidosta ja lisänneet tietoisuutta ambulanssien asemoinneista. Ensihoitopalvelun koettiin olevan joskus jopa liian jäykästi ohjeistettua, mutta parantuneen vuosien saatossa. Ensihoitajat ovat ystävällisiä, hyväkäyttöisiä ja oman alansa ammattilaisia.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessissa onnistuttiin hyvin. Eniten haasteita oli, riittävän kooksen otannan varmistamisessa. Esitestauksen ansiosta siihen pystyttiin reagoimaan etupainotteisesti ja kysely päästiin suorittamaan useammassa eri sairaanhoitopiirissä liki samanaikaisesti. Tutkimuslupien hakeminen, täydentäminen ja kyselyiden käynnistäminen vei aikaa ja näytti siltä, että tulosten saaminen venyy. Opinnäytetyön suunniteltua valmistumista siirrettiin kuukaudella ja kyselykaavakkeiden jakaminen lopetettiin suunniteltua aikaisemmin kahdessa sairaanhoitopiirissä. Hyvään prosessinhallintaan kuuluu sitoutuminen aikatauluihin ja toisaalta kyky tehdä kompromisseja haastavissa tilanteissa.

Tutkimukset ja selvitykset vuorovaikutuksesta, potilaan kohtaamisesta ja kokemuksista ovat hyvinkin kulttuuri-, kasvatus- ja ympäristösidonnaisia jolloin

parhaiten tähän soveltuvat näytöt tulee olla kotimaisia. Kohdatessaan kiireettömän potilaan ensihoitajat joutuvat arvioimaan hänen terveydellistä ja sosiaalista tilannetta, psyykkistä, henkistä ja kognitiivista kykyä sekä huomioimaan myös ensihoitokentän operatiivisen tilanteen. Tällä opinnäytetyöllä päästiin kartoittamaan niitä tekijöitä, mihin ensihoitajat voivat vuorovaikutustaidoillaan vaikuttaa. Potilaslähtöisyys on ihmisarvon kunnioittamista, inhimillisyyttä ja aitoa kiinnostusta potilaasta. Potilaiden kokemuksia mittaamalla saadaan tietoa potilaslähtöisen hoidon ja toiminnan kehittämiseen (Kuisma ym. 2002; Presse ym. 2003, 106). Potilaslähtöinen toiminta lisää potilaan luottamusta ensihoitajaan ja palvelujärjestelmää kohtaan. Potilaslähtöisemmillä toimintamalleilla lisää hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja potilaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. (Virtanen ym. 2008 11 - 12; Mylläri 2017.)

Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käyttö vähentää ambulanssityhjiöiden määrää ja parantaa hätätilapotilaiden asemaa. Oikein tehty hoitoon ohjaus myös lieventää päivystyspoliklinikan ruuhkaa ja parantaa hoidon laatua, kun potilaat saavat oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja tarkoituksenmukaisessa paikassa. Onnistunut vuorovaikutus hoitoonohjauksessa ja yhteisymmärrys potilaan kanssa vähentävät myös reklamaatioiden määrää. (Kyngäs ym. 2007, 47; Mäkisalo-Ropponen 2011, 168; Torkkola 2002, 24.) Sillä voidaan myös vaikuttaa laajastikin potilaiden kokemuksiin ja käsityksiin ensihoitopalvelusta myönteisellä tavalla ja tukea heidän valmiuksia itseohjautuvuuteen (Eloranta & Virkki 2011, 15; Kyngäs ym. 2007, 48; Bernard ym. 2006; Torkkola 2002, 24). Käsityksiin vaikuttaminen näkyi myös tutkimustuloksissa. Vastaajien kokemukset olivat kaiken kaikkiaan erittäin positiivisia ja osa oppi jotain uutta ensihoidosta tai ensihoitopalvelusta. Tuloksista oli tunnistettavissa erityisryhmiä, joiden kohtaamisessa ensihoitajien tulisi jatkossa pyrkiä luomaan entistä paremmin turvallisuuden tunnetta ja selkeyttä ohjeistusta.

7.1 Luotettavuuden toteutuminen

Tässä tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä toimintatapaa, lainsäädäntöä ja ohjeita. Mahdolliset virhelähteet on eritelty ja huomioitu tuloksia analysoitaessa (Vilkkä 2015, 194). Merkittävin tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava seikka ovat kyselykaavakkeiden jakautumiseen vaikuttavat tekijät, joihin

tutkija ei tosiasiallisesti ole voinut vaikuttaa enää tutkimuksen käynnistymisen jälkeen. Siihen nähden, kuinka paljon X4-suoritteita eri sairaanhoitopiireissä kuukausittain tulee, saatiin kaavakkeita jaettua hyvin hitaasti. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajat kertoivat näkemyksensä esitestauksen yhteydessä (ks. luku 4.3.4), mutta potilaiden ja ensihoitajien näkemyksistä ei tiedetä mitään. Varsinais-Suomen pelastuslaitoksessa X4-suoritteita tulee kuukaudessa keskimäärin 250, (ks. Taulukko 2) mutta kaavakkeita saatiin jaettua 76 kolmen kuukauden aikana. Alle kymmenen prosenttia X4-potilaista saatiin siis rekrytoitua tutkimukseen. Se on huomioitava arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta ja harkittaessa sen toistamista. Tässä on havaittavissa myös merkittävä vaje tiedon siirtymisessä ensihoidosta päivystyspoliklinikalle ja se on riski potilasturvallisuudelle. Sähköiset tietojärjestelmät tulevat paikkaamaan tätä asiaa ajallaan.

Koska kysely suoritettiin eri sairaanhoitopiirissä, missä opinnäytetyön tekijä itse työskenteli, tutkimuksen luotettavuus parani; tulosten analysoija ei voinut vaikuttaa kyselykaavakkeiden täyttäjiiin millään lailla etukäteen. Ensihoitokenttiä ei informoitu etukäteen alkavasta tutkimuksesta, jotta saataisiin otos tavanomaisesta, normaalista ensihoitotoiminnasta. Pitkittyneitä poikkeustilanteita kyselyn suorittamisaikana ei ollut millään alueella.

Luotettavuuden tueksi koottiin kattava tutkimustaulukko kaikista tieteellisistä tutkimuksista, joita jossain opinnäytetyön vaiheessa on käytetty. Vaikka se ei olisikaan lopputuoksessa mukana se auttaa tutkijaa perehtymään aiheeseen. Teorian operationalisointi kyselykaavakkeeksi ja sen kuvaaminen taulukoin todentaa kaavakkeen perustuvan tutkittuun tietoon eikä tutkija ole voinut sen sisältöä mielivaltaisesti keksiä. Tiedon kattava keräys ja sen kuvaaminen osoittavat tutkijan perehtyneisyyttä aiheeseen.

Sisällön analyysin kaksoisluokittelu

Sisällön analyysin luokittelu teetettiin myös ulkopuolisen henkilön toimesta, joka tuntee tutkittavan ilmiön. Tämän avulla pyrittiin lisäämään sisällön analyysin luotettavuutta. Päästiin yksimielisyyskertoimeen 81,1%. Yksimielisyyskertoimeen liittyy ongelmia, mm. se millainen struktuuri toiselle luokittelijalle voidaan

antaa. Tässä tapauksessa toinen luokittelija oli lukenut tutkimuksen teoriaosuuden ja tiesi tutkimuskysymykset, mutta hänellä ei ollut tietoa tilastollisen analyysin tuloksista. Kaksoisluokittelun aikana käytiin keskustelua muun muassa siitä mihin kategoriaan vastaukset liittyen ensihoitajien tekemään haastatteluun ja hoidontarpeen arvion tekemiseen kuuluvat. Toisaalta niiden voidaan katsoa kuuluvan vastaajan käsityksiin ensihoitopalvelusta ylipäätään ja siten vastata kysymykseen, millainen palveluymmärrys vastaajalla on. Kiinteämpi osa se on hoitoon ohjaamisen toteutumisessa, sillä teorian mukaan hoitoon ohjausta ei voida tehdä ilman hoidon tarpeen arvion tekemistä. Keskusteluissa päädyttiin perusteltuun yhteisymmärrykseen.

Taulukko 5: Kaksoisluokittelun luotettavuus

Kategoria	Kommenttien määrä	Ero kaksoisluokittelijaan (kommenttien määrä)
Ohjaus	34	3
Vaihtoehtoisen kuljetusmuodon käyttö	11	0
Palveluymmärrystä kuvaavat	26	3
Potilastyytyväisyys/asiakaspalaute	36	5
Epäoleelliset/ei liity tutkimukseen	19	4
YHTEENSÄ	126	15
Prosentti (%)	81,1	18,9 =100

7.2 Tutkimuseettisten periaatteiden toteutuminen

Terveydenhuoltohenkilöstön tulee toimia terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti. Ammatilliseen vastuuseen liittyy velvollisuus perustella toimintansa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 15.) Tutkimuseettiikka on määrittänyt eräänlaisia pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. (Vilkkä 2015, 228.) Yksilöiden ja yhteisöjen suojaksi on asetettu lainsäädännöllisiä rajoja tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Suositukset ja ohjeet täydentävät tätä suojaa. Tutkijana olen myös itse henkilökohtaisesti arvioinut voinko sitoutua tutkimukseen myös oman arvoperustani pohjalta. Peruseriaatteellisesti ihmiseen kohdistuvaan tutkimukseen on saatava lupa (Heikkilä ym. 2008, 49). Tämän opinnäytetyötutkimuksen tekemistä varten on anottu kustakin sairaanhoitopiiristä erikseen tutkimusluvut (liite 2). Tutkimusluvut ovat

kunkin sairaanhoitopiirin käytäntöjen mukaisesti olleet tutkimuseettisen neuvottelukunnan tarkastuksessa.

Tällä tutkimuksella ei loukattu eikä väheksytty ketään ihmistä tai ihmisryhmää. Tukittavia ihmisiä kohdeltiin heidän ihmisarvoaan kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti. Tämän vuoksi kyselykaavakkeen kysymykset oli harkittuja ja sanamuodot valittu siten, ettei niillä ketään loukattu. Vastaajat itse päättävät osallistumisestaan tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa tutkittava sai täyttää kyselykaavakkeen, mikäli halusi ja vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Vastaanottava sairaanhoitaja sain käyttää viime kädessä harkintaansa ja olla antamatta tutkimuskaavaketta, mikäli tilanne ei olisi sopiva tai potilaan terveydentila liian heikko sitä täyttämään. Tutkimuksesta annettiin monipuolista ja totuudenmukaista tietoa saatekirjeessä. Se pidettiin silti lyhyenä ja ytimekkäänä, jotta vastaaminen ei olisi rasittanut liikaa. Saatekirjeeseen jätettiin tiedoksi tutkijan ja vastaavan tutkijan yhteystiedot, jolta tutkittavalla oli mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta. Näitä kyselyjä ei tullut.

Tutkimustyössä erittäin tärkeää oli yksityisyyden suoja ja tutkittavan suostumus. Olennaista oli, että tutkittava saa itse määritellä, mitä tietoja hän halusi itsestään antaa ja voiko hänet tunnistaa tiedoista helposti. Tässä opinnäytetyössä kerättiin vain väestötieteellisiä tietoja, ja koska otos oli melko suuri, yksittäisiä vastaajia oli mahdoton identifioida. Kyselylomakkeessa informoitiin vastaajaa, että täyttämällä kyselyn hän antaa suostumuksen kyselykaavakkeeseen kirjaamien tietojen käyttöön tässä opinnäytetyössä ja että aineisto hävitetään, kun tutkimus on valmis.

7.3 Itsearviointi kehittämisestä opinnäytetyöprosessissa

Tieteellinen toiminta asettaa yksilölle osaamisvaatimuksia ja edellyttää oppimista. Näitä ominaisuuksia ilmentää mm. tutkijan kypsyyt. Olen hakenut monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta ja työn myötä pyrkinyt kiteyttämään ja rajaamaan tarvittavan tieteellisen näytön. Luottamus itseeni selkeänä ajattelijana ja päättelijänä on lisääntynyt työn myötä. Pystyn ajattelemaan loogisesti, kriittisesti ja rationaalisesti. Muita edellytyksiä ovat tutkimusmenetelmien hallit-

seminen, kyky soveltaa erilaisia tutkimusotteita ja menetelmiä käytännön tilanteisiin sekä tutkimusprosessin ja perustiedon tunteminen. (Ks. Heikkilä ym. 2008, 37-38.) Haasteellisinta opinnäytetyön tekemisessä oli tilastollisen analyysin tekeminen. Oli tehtävä suuri työ tietoteknisten taitojen (Excelin käyttö) kertaamisessa ja englanninkielisten artikkeleiden lukemisen ymmärtämisessä.

Terveystieteiden toiminta tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveystieteidenlaki 2010). Tämän opinnäytetyön myötä olen osoittanut kyvyn kehittää itseäni, kouluttautua, kehittää työtäni ja osallistua työyhteisöjen ja yhteiskunnan kehittämiseen (ks. Heikkilä ym. 2008, 36). Ylempi ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen (Valtioneuvoston asetus 2014). Tutkitun tiedon ja käytännön välissä on edelleen kuilu. Näyttöön perustuvassa toiminnassa onkin keskeistä, että tutkittu tieto saadaan sellaiseen muotoon, että se on helposti saatavilla ja sovellettavissa käytäntöön. (Elomaa & Mikkola 2010, 7.) Tämän opinnäytetyön myötä voidaan parantaa ensihoidon potilaiden palveluymmärrystä, vähentää aiheettomien ambulanssikuljetusten määrää ja ambulanssiyhjiöitä sekä mahdollisesti vähentää jopa aiheettomien ensihoito- tehtävien ja hätäpuheluiden määrää. Tiedon saatavuus on muuttunut radikaalisti teknologian kehittymisen myötä, eli matka tietoon on lyhyt (Elomaa & Mikkola 2010, 8). Ajantasaisella näytöllä voidaan vähentää turhia hoitoja, perusteetonta vaihtelua hoitokäytännöissä ja potilaiden huonoja kokemuksia (Malmivaara 2005, 7 - 9).

7.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Ihmisten tietoisuutta ensihoidon palveluiden sisällöstä ja luonteesta tulisi lisätä ja terveyskasvatuksellisia elementtejä jalkauttaa ensihoitajien toimintatapoihin (ks. luku 2.3.3). Se tapahtuu ensisijaisesti kouluttamalla ensihoitajia, mutta tietoa tulisi myös levittää ensihoidon palveluiden käyttäjille organisaation toimesta. Tehokas tiedottaminen ensihoidon palvelutarjonnan toiminnan muutoksista helpottaa henkilöstön työtä, sillä se yhdenmukaistaa potilaiden odotuksia ja käyttäytymistä palvelutilanteissa. Tämän kyselyn perusteella 58% vastaajista koki oppineensa jotain uutta ensihoidosta tai ensihoidon palveluista ensihoitajien

käynnin myötä. Tätä prosenttia olisi hyvä nostaa. Terveyskasvatus on myös se keino, jolla tulevaisuudessa voidaan terveyspalveluiden kustannusten hillitsemistä tukea ensihoidon osalta. Se vaatii useiden vuosien suunnitelman ja työn valtakunnan laajuisesti.

Tutkimustuloksista voi päätellä, että enimmäkseen ihmiset ajattelevat yhteistä etua. Ambulanssin halutaan olevan lähellä silloin kun sitä tarvitaan. Potilaita, joiden terveydentila ei vaadi jatkuvaa tai vaativaa seurantaa tai hoitotoimenpiteitä matkan aikana, ei tulisi ensihoidon potilaiden mielestä ambulanssilla kuljettaa. Se voi aiheuttaa ratkaisevia viiveitä hätätilapotilaiden tavoittamisissa ja hoitojen aloittamisissa (ks. luku 2.3.1). Vastanneiden joukossa oli vain pienen osa, joka oli käyttänyt pari tai invataksilla, vaikka todellisuudessa tämän kuljetusmuodon tarve on varmasti suurempi. Inva- ja paritaksit ovat hyvä vaihtoehto liikuntarajoitteisille, mutta muistisairaiden taksiin laittamisesta täytyy ensihoitajia ohjeistaa tarkemmin. Myöskin ensihoitokertomusten antaminen ulkopuoliselle (taksinkuljettajalle) on vaitiolovelvollisuuden rikkomista ja siitä tulee ensihoitajia muistuttaa. Yhtenä merkittävänä asiana esiin nousi myös varattomien kuljetukset. Mikäli potilaalla ei ole varaa maksaa taksin

Ensihoitopalvelussa on tapahtunut suuri muutos. Nykymallisen ensihoidon ydin on äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan tilan arviointi, ensihoito ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen hoitopaikkaan tarkoituksenmukaisella välineellä. Kuljettamatta jättäminen ja potilaan ohjaaminen päivystykseen muulla kulkuneuvolla vaatii ensihoitajilta moniulotteista osaamista ja harkintaa. Vuoden 2018 alusta voimaan tullessa ensihoitoasetuksessa on tarkennettu, että ensihoidossa tehdään hoidon tarpeen arviota. Se asettaa ensihoitajan työssään ikään kuin portin vartijan rooliin ohjatesaan potilaita käyttämään terveydenhuollon palveluja tarkoituksenmukaisella tavalla. Edelleen kiireettömien tai moniongelmaisten potilaiden avuksi on luotava keinoja myös ensihoidon ympäristössä käytettäväksi. Ensihoidon ydinosaamisen vaatimukset polarisoituvat kun samaan aikaan kriittisten potilaiden hoitoja kehitetään. Ensihoitajien osaamisen kartoittamista, ensihoidon potilasmateriaalin seurantaa tulee tehdä jatkuvasti.

Paineet hoitoon ohjauksessa onnistumisessa lisääntyvät mitä enemmän ensihoitajan ja potilaan näkemykset hoidon kiireellisyydestä tai kuljetuksen tarpeellisuudesta eroavat toisistaan. Tällaisissa tilanteissa ensihoitajien substanssiosaaminen ja vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä asemassa (Torkkola 2002, 29). Päätöksenteko hoidon tarpeen arvioissa on moniulotteinen ja sen oikeellisuutta voi arvioida monesta eri näkökulmasta. Arvioinnin osuvuutta arvioidessa voitaisiin katsoa kliinisesti, saiko potilas pätevän ja oikea-aikaisen avun oireeseensa tai sairauteensa. Voitaisiin myös tarkastella, käytettiinkö resursseja oikein. Päätöksenteon oikeellisuutta voitaisiin myös vastaanottavan lääkärin tai hoitajan näkökulmasta arvioida sekä mitata potilaan tyytyväisyyttä. (ks. Syväoja & Äijälä 2009, 61-62).

Potilaita on totuttu hoitamaan erikoisalakohtaisesti, mikä ei tue kokonaisvaltaista ymmärtämistä palvelujen tuottamisessa. Se, mikä eri erikoistumisessa on asiantuntemuksena voitettu, on samalla menetetty yhtenäisen potilasnäkökulman pirstaloitumisena. On tarjottu sitä, mitä tuotetaan, eikä tuotettu sitä, mitä tarvitaan. (Virtanen ym. 2008, 7 - 8; Auvinen ym. 2012, 4; Kivipelto 2008, 20.) Organisaatio kehittää järjestelmiä, malleja ja systeemeitä, kun taas potilaan näkökulmasta kyse on vastaamisesta hänen tarpeeseensa ja palveluun liittyvistä kokemuksista (Virtanen ym. 2008, 24). Soveltava tutkimus nivoo näitä puolia yhteen.

LÄHTEET

Ahl, C. & Nyström, M., 2012. To handle the unexpected – The meaning of caring in pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing* (2012) 20, 33- 41.

Ahl, C., Nyström, M. & Jansson, L., 2006. Making up one's mind: patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing* 14, (2006), 11-19.

Ahlenius M., Lindström V, VicenteV. 2015. Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. *International Emergency Nursing* 30 (2017), 25-30.

Alanen P., Jormakka J., Kosonen A., Nyssönen T. & Saikko S. 2016. Potilaan tutkiminen 19-62. Teoksessa Alanen P., Jormakka J., Kosonen A. & Saikko S.: Oireista työdiagnoosiin, Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999.

Asetus terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta 1194/2003.

Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 1347/1991.

Auvinen P., Palokka H. & Tiilikka T. 2012. Palvelujärjestelmät murroksessa. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen työ- ja toimintakäytänteet. Hankkeen loppuraportti. Tampereen yliopisto. Tampere: Juvenes Print Oy.

Bernard A. W., Lindsell C. J., Handel D. A., Collet L., Gallo P., Kaiser K. D & Locasto D. 2006. Postal survey methodology to assess patient satisfaction in a suburban emergency medical service system: an observational study. *BMC Emergency Medicine* 2007; 7:5.

Bos N., Secombe I. J., Strums L. M., Stellato R., Schirijvers A. J. P. & van Stel H. F. 2014. A comparison of the quality of care in accident and emergency departments in England and the Netherlands as experienced by patients. *Health Expectations*, 19 pp. 773-784.

Brown L. H., Hubble M. W., Cone D. C., Millin M. G., Schwartz B., Patterson D. P., Greenberg B. & Richards M. E. 2009. Paramedis Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis. *Prehospital Emergency Care* 2009; 13, issue 4.

Camasso-Richardson K., Wilde J. & Petrack E. 1997. Medically Unnecessary Pediatric Ambulance Transports: A Medically Taxi Service? *Academic Emergency Medicine* 1997; 4:1137-1141

Castrén M. 2013. X-tehtävä, ei kuljetusta. Teoksessa Silfvast T., Castrén M., Kurola J., Lund V. & Martikainen M. Ensihoito-opas. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 311-320.

Cummins N., Dixon M., Garavan C., Landymore E., Mulligan N. & O'Donnell C. 2012. Can Advanced paramedics in the field diagnose patients and predict hospital admission? *Emergency Medicine Journal*; february 2013.

DiRocco, D. & Day, S. 2011. Obtaining patient feedback at point of service using electronic kiosks. *The American Journal of Managed Care*. 17 (7), 270 – 276

Elomaa L. & Mikkola H. 2010. Näytön jäljillä, tiedonhaku näyttöön perustavassa hoitotyössä. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf> (viitattu 14.6.2017)

Eloranta T. & Virkki S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia, Livonia Print.

El Sayed, M. 2012. Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*, vol. 2012.

Ensihoitoasetus 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011

von Harpe I. 2008. Ratkaisukeskeinen tavoitehaastattelu ja mielikuvaoppiminen terveyskasvatuksessa. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto Progradu.

Heikkilä A., Jokinen P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen, avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hekkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 523/1999.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Howard M. S., Davis B. A., Anderson C., Cherry D., Koller P. & Shelton D. 2005. Patient's Perspective on Choosing the Emergency Department for Non-urgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*; lokakuu 2005, vol.13 issue 5, 429-435.

Hyytiäinen S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Itä-Suomen yliopisto, pro-gradu.

Hämeenniemi J. Kylmä J., Lamminen M., Leikkola P. & Paavilainen E. 2015. Pariskuntien kokemuksia sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta. *Hoitotiede* 2017; 29 (1), 37-50.

Ilkka L. & Rätty T. 2017. Kansallinen sähköinen ensihoitokertomus: tietosisältö sekä toiminnallinen ja vaatimusmäärittely. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 15/2017. Helsinki

Ilkka L. 2016. Ensihoitopalvelun kansallinen tietovaranto ja tiedolla johtaminen. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen työpaperi 31/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Janhunen K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto, pro-gradu.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu.

Kela 2017. Ohjeet kuljetuspalveluiden tuottajille matkakorvauksen hakua varten sairausvakuutuslain perusteella. Saatavissa: <http://www.kela.fi/kuljetuspalvelut> (viitattu 3.9.2017).

Kelasto 2017. Kansaneläkelaitoksen tieto- ja viestintäyksikkö, tilasto- ja tietovarastoryhmä. Toimittanut pääsuunnittelija Partio Timo. Saatavissa: http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT130AL (viitattu 16.6.2017).

Kivipelto M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus työpäpaperi 17/1008. Helsinki: Stakes.

Kuisma, M. 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen – selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 26.

Kuisma M., Määttä T., Hakala T., Sivula T. & Nousila-Wiik M. 2002. Customer Satisfaction Measurement in Emergency Medical Services. *Academic Emergency Medicine* 2003; 10:812-815.

Kujala E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: tilastolliseen prosessiin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Juvenes Oy, Tampere.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki, WSOY Oppimateriaalit.

Kähkönen O., Saaranen P. & Kankkunen T. 2011. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 2012, 24 (3), 201–215

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Lankinen I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. Turun yliopisto, väitöskirja. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/90492/AnnalesC363Lankinen.pdf?sequence=2>

Liikennevakuutuslaki 460/2016

Lindfors-Niilola A. 2014. Kiirettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: Triagehoitajien haastattelut. Itä-Suomen Yliopisto, pro-gradu.

Lipponen K., Kanste O., Kyngäs H. & Ukkola L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toiminta- edellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008: 45 121-135.

Malmivaara Antti 2005. Doing the right things right. Health policy can be evidence- based. *Impakti* 2005 (2), 7-9.

Mattila L-R 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista, Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto, väitöskirja.

Mikkonen S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen Yliopisto, pro-gradu.

Meisel Z. F., Pines J. M., Polsky D., Metlay J. P., Neuman M. D. & Branas C. C. 2011. Variations in Ambulance Use in the United States: The Role of Health Insurance. *Academic Emergency Medicine*. Lokakuu 2011, vol 18, No 10, 1036-1044.

Morris D. & Cross A. 1980. Is the emergency ambulance service abused? *British Medical Journal* 12 July 1980.

Mylläri E. 2017. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Suomen yliopistopaino Juvenes Print Oy. Tampere. Tampereen yliopisto, väitöskirja.

Mäkisalo-Ropponen M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Neely 1997. Ambulance Transports: What are the alternatives? *Academic Emergency Medicine* 1997, Vol 4/No 12:1103-1106.

Persse D. E., Jarvis J. L., Corpening J. & Harris B. 2002. Customer Satisfaction in a Large Urban Fire Department Emergency Medical Service System. *Academic Emergency Medicine* 2004, Vol. 11, No 1: 106-110.

Pirkka M. 2008. Sairaanhoidajan ihmiskäsitys ja sen ilmeneminen sairaanhoidajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Progradu. Kuopion yliopisto.

Richards J. & Ferral S. 1998. Inappropriate Use of Emergency Service Transport: Comparison of Provider and Patient Perspective. *Academic Emergency Medicine* 1999; 6:14-20.

Repo, T. 2008. Asiakas palaute ja sen hyödyntäminen perusterveydenhuollossa lähijohtajien arvioimana. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos, progradu.

Ronkainen S., Pehkonen L., Lindblom-Ylänne S. & Paavilainen E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sairasvakuutuslaki 1224/2004.

SFS-EN ISO 9000. Laadunhallinnan periaatteet. Perusta ISO 9000- sarjan laadunhallintajärjestelmästandardeille. Suomen standardisoimisliitto SFS RY.

Savola E. & Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveystieteiden edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Terveystieteiden edistämisen keskus Ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Schmidt T., Atcheson R., Federiuk C., Clay Mann N., Pinney T., Fuller D. & Colbry K. 1999. Evaluation of Protocols Allowing Emergency Medical Technician to Determine Need for Treatment and Transport. *Academic Emergency Medicine* 2000; 7:663-669.

Seppälä, J. 2012. Kommunikointi ensihoidossa, vuorovaikutus. Teoksessa Ensihoidon perusteet. 4. painos. Toim. Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Keuruu: Otavan kirjapaino, 74- 79.

Seppälä J. 2013. Ensihoidon lainsäädäntö ja valvonta. Teoksessa Silfvast T., Castrén M., Kurola J., Lund V. & Martikainen M. Ensihoito-opas. Saarijärvi: Saarijärven Ofset Oy, 328-3440

Seppälä J. 2013. Hätäkeskustoiminta, 344-348. Teoksessa Silfvast T., Castrén M., Kurola J., Lund V. & Martikainen M. Ensihoito-opas. Saarijärvi: Saarijärven Ofset Oy.

Sillanpää K. 2008. Äkillinen sairastuminen. Teoksessa: Ensihoito. Toim.

Kuisma M., Holmström P. & Porthan K. Jyväskylä: Tammi.

Snooks H., Wrigley H. George S., Thomas E., Smith H. & Gasper A. 1998. Appropriateness of use of emergency ambulances. *J Accid Emerg Med* 1998; 15:212-218.

STM, 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön perustelumuuksio ensihoitotasetuksesta 29.3.2011.

STM, 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystietä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007.

STM, 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.

STM, 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.

STM, 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2014:7.

STM, 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön perustelumuuisto ensihoitoasetuksesta 23.8.2017.

Syväoja P. & Äijälä O. 2009. Hoidon tarpeen arvio. Helsinki: Kustannus Oy Tammi.

Tanner, L. 2015 Miten tämä hyödyttää potilasta?. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin intranetin blogi. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. (viitattu 9.2.2015)

THL, Terveyden ja hyvin voinnin laitos. 2016. Tilastoraportti 2014, Suomen virallinen tilastotietokanta. Sosiaalimenot ja rahoitus 2014. osoitteessa: http://www.julkari.fi/bitstream/ha-dle/10024/130126/Tr02_16.pdf?sequence=6, (viitattu 20.8.2017)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tiuraniemi J. 2002. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa: Niemi P. & Keskinen E. (2002) Taitavan toiminnan psykologia. Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, Turku, 165-195.

Torkkola S., Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Työtaturma- ja ammattitautilaki 459/2015.

Työturvallisuuslaki 738/2002.

Töyry E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.

Valvira 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto: Ensihoitohenkilöstön tulee pyytää hoito-ohjetta lääkäriltä vähänkin epäselvissä tilanteissa. Luettu 08.06.2017, saatavissa osoitteesta: https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/Ensihoitohenkilosto_pyytaa_hoito_ohjetta_laakarilta.pdf.

Valvira, 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto: Ensihoidon liian korkea kuljetuskynnys voi vaarantaa potilasturvallisuuden. Uutinen 18.11.2016. Julkaistu www-sivuilla: <http://www.valvira.fi/-/ensihoidon-liian-korkea-kuljetuskynnys-voi-vaarantaa-potilasturvallisuuden>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab.

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matka- opas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes.

VSSHP, 2016. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin Ensihoitokeskuksen ohjeistus x-päätöksistä ensihoitopalveluissa.

Williams B. & Wilkinson A. 1995. Patient satisfaction in mental healthcare. Evaluatingin an evaluative method. British Journal of psychiatry.

Yarris L., Moreno R., Schmidt T., Adams A. & Brooks H. 2006. Reasons Why Patients Choose an Ambulance and Willingness to Consider Alternatives. Academic Emergency Medicine 2006, April, Vol 13: 401-402.



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

1/2

**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**
OPISKELUJA

Opiskelijanumero 1601160	Virkaset elämäni Ulla Emilia
Eukunimi Ahonen	
Lähtöosoite Pirttisankuja 1a''	Postinumero ja -ma 33870 Tampere
Sähköposti ahonenula@gmail.com, ulla.ahonen@od.u.xamk.fi	Puhelin 0405503205
Tutkimus- ja kehitysohjaaja Kotka, XAMK	
Suomalaisen Yhteiskunnan jäsentyötoiminta Esimiehenä kehittäminen ja johtaminen	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yhteystiedot Varsinais-Suomen asiantuntijatoimisto	Yhteiskunnan tutkimus- ja kehitysohjaaja Timo Iivola
Lähtöosoite Tyks, T-sairaala, Seivitehtaankeiju 1	Postinumero ja -ma Turku
Sähköposti timo.iivola@tyks.fi	Puhelin 0405070963

OPINNÄYTETYÖN TÄRKEYS

Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on sijoitettava osittain opinnäytetyön ajankäyttöön.

Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolesta selvitys ohjaaja ennen opinnäytetyön aloitusta.

Toimeksiantajan tarkoituksena on saada lisätieto hyödyntäessä opinnäytetyön tuloksia tutkimuksessaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaajan nimi ja yhteystiedot Eeva-Liisa Pirttinen-Paavilainen
eeva.liisa.pirttinen-paavilainen@xamk.fi
Yhteiskunnan tutkimus- ja kehitysohjaaja
Sähköposti



Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön alle (maks. 200 merkkiä) Pöytäkirjan luonnosta välittömästi kutsuttujen osapuolien käytössä ensisijudessa	
Kehittämisen tai tutkimustuloksen ja toimeksianto (maks. 300 merkkiä) Oy:n vaihtoehtoisien kutsuttujen osapuolien käyttöön ensisijassa, mikä osaltaan osapuolien välillä on työsuhteiden välillä on oltava käytössä. Käytännössä vaihtoehtoisia kutsuttuja pääsääntöisesti ja mikä osaltaan osapuolien välillä vuorovaikutustalouden vaikutus?	
Kokous- menettelyt (maks. 300 merkkiä) Käytännössä käytettävissä noin 300 merkkiä, jotka sovelletaan yrityksen ohjeisiin, mutta jotta ei ole suojella ensisijassa	
Opinnäytetyön alkamis syyskuu 2018	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle maaliskuu 2017
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen Y & K määrittämien Y Y & K määrittämien opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle https://www.tilastokeskus.fi/til/tilstat/tilstat.html	

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja toteutuksesta on opiskelijalla. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ei vastaa rajoittamattomasti opinnäytetyön toteutuksesta ohjaajasta.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemiseen ja välittömästi tarvittavat resurssit ohjaajasta, opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat resurssit. Ohjaajasta on vastattava ohjaajien ohjeiden mukaisesti. Ohjaajasta on vastattava ohjaajien ohjeiden mukaisesti. Ohjaajasta on vastattava ohjaajien ohjeiden mukaisesti.</p> <p>Ohjaajasta on vastattava ohjaajien ohjeiden mukaisesti. Ohjaajasta on vastattava ohjaajien ohjeiden mukaisesti. Ohjaajasta on vastattava ohjaajien ohjeiden mukaisesti.</p>	<p>Työajan julkaisuoikeus ja tiedonvälitys Opinnäytetyön on julkaistava internetissä XAMK:n opinnäytetyö sisäisellä verkkosivustolla tai muulla julkaisuvälillä, josta pääsääntöisesti mahdollista tulla, on opinnäytetyön raportti luokiteltuna, eikä ole en luokiteltuna tulla. Tarkoituksena on pääsääntöisesti on julkaisua työn tekemisen jälkeen. Opinnäytetyö voidaan julkaisua myös internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään kaikilla opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tilien julkaisussa neuvoitella osapuolien välillä luokiteltuna tulla, jotta ei ole en luokiteltuna tulla. Tarkoituksena on pääsääntöisesti on julkaisua työn tekemisen jälkeen tulla.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat kustannukset on vastattava harkittavissa tulla, jotta ei ole en luokiteltuna tulla. Tarkoituksena on pääsääntöisesti on julkaisua työn tekemisen jälkeen tulla.</p>
---	--

Olennaisissa asioissa opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjaajasta on vastattava välittömästi.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>[Signature]</i>	13, 6 2017	<i>[Signature]</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	<i>[Signature]</i>	11, 06 2017	<i>[Signature]</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAJAN OHITTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>[Signature]</i>	5, 4 2018	<i>[Signature]</i>

Tämä sopimus on kirjallettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opinto-ohjelmiston rekisteröidylle versiolle.

<input type="checkbox"/> kustannuserittely (valmis excel-pohja tai vapaamuotoinen)	<input type="checkbox"/> Vakavan lapa
<input checked="" type="checkbox"/> tutkimusosuudenoma tai sen yhteenvero	<input type="checkbox"/> TIL:n lapa
<input type="checkbox"/> lääketieteelliset tutkimusohjelmat	<input type="checkbox"/> Muu vitamiininen, mikä
<input type="checkbox"/> tutkimusopimus ja/tai muu rahoituspöytäkirja	<input type="checkbox"/> tieteellisen tutkimuksen rekisteröintilomake
<input type="checkbox"/> esittöön tutkimuksen puolesta lausunto	
<input type="checkbox"/> Finnean käsitteilyloma	

Vastuullisen tutkijan allekirjoitus

Allekirjoituskäsiäni sitoudu noudattamaan VSSHP:n terveysalallaan tutkimuksen ohjeistoa (www.turkuccr.fi) sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Mahdolliset epäilyt hyvän tieteellisen käytännön loukkaamisesta käsitellään noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaussyytösten käsitteleminen Suomessa (www.tenk.fi).

Päiväys: 13.6.2017
 Allekirjoitus: *[Handwritten Signature]*
 Nimenselvennys: TIMO IIRSO
 Virkatit: *[Handwritten Title]*

Lomake toimitetaan liitteineen TurkuCRC:hen (rakennus 9, 2 kerros)
 TurkuCRC toimittaa lomakkeen puoleltavaksi ja hyväksytäväksi. Saatte lupapäätöksen sähköpostitse.

**Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai lääkelaitoksen
 TUTKIMUKSEN JA OPETUKSEN VASTUUNHENKILÖN PUOLTO**

Päätösnumero:
 Päiväys: 16.6.2017
 Allekirjoitus: *[Handwritten Signature]*
 Nimenselvennys: TIMO IIRSO
[Handwritten Notes: HUOM! KÄYTTÖKÄSI...]

Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai lääkelaitoksen johtajan päättö tai johtajayliääkärin päättö, VSSHP:n tutkimuslupa

Päätösnumero:
 Päiväys: 16.6.2017
 Allekirjoitus: *[Handwritten Signature]*
 Nimenselvennys: Sirpa Rantanen
 Toimintajohdaja
 Ensihoidon ja päästyksen yksikön
 VSSHP

Jakelu:

vastuullinen tutkija
 YHT 50a VSSHP 10.2015

<input type="checkbox"/> Työväestö	<input type="checkbox"/> Tjks mikrobiologia ja genetiikka
<input type="checkbox"/> Väestötieteen kuvantamiskeskus	<input type="checkbox"/> Kirjallisen psykologia
<input type="checkbox"/> Patologia	<input type="checkbox"/> PET-keskus
<input type="checkbox"/> VS-lääkärilaitos	<input type="checkbox"/> Kirjallisen terveyspalvelu
<input type="checkbox"/> Kirjallinen neurofysiologia	<input type="checkbox"/> muu, mikä

7. Kustannukset

Kustannukset katetaan jo olemassa olevalla projektinumerolla _____ (esim. 17055 tai 13705)
 Tutkimukseen perustetaan uusi projektinumero.
 Ei tutkimukseen aiheutuvia kustannuksia, jotka lausuttavissa VSSHP:n projektinumeron kautta

8. Lyyhenteily toimialueen resurssien käytöstä (tarvittaessa liitteinä)

Käytetään VSSHP:n tiloja tai laitteita. Mitä ja kenen kanssa asiasta on sovittu?
 Tullaan tutkimukseen kuuluttamattoman henkilönumeron (esim. siltteen) työpöytä.
 Käytetään VSSHP:n muita resursseja.

Lisä selvitys kaikista valtuutetuista kohdista.
 Kyselykaavakkeet jaetaan päästysoptiklinikon triagehoitajan toimesta potilaille jotka ensihoito on ohjannut päästysoptiklinikalle muulla tutkimusvuoilla kuin ambulanssilla (yksi-suorite). Potilaat lähtivät paperisen kyselykaavakkeen odottaessaan lääkärilähoitajalle päästyso ja palauttavat sen joko hoitajalle tai odotusalaan sijoitettavalle kyselykaavakkeiden palautuslaatikkoon. Yhteistyötä päästysoptiklinikon kanssa on sovittu Tila Kankareen kanssa 2.6.2017.

9. Muut tutkimukseen osallistuvat tutkijat
 (Nimi, toimialue)

10. Opinäytettyön tai väitöskirjan suorittaja
 (Nimi, sähköpostiosoite, puhelinnumero)
 Ulla Ahonen, ahonenusa@gmail.com tai ulla.ahonen@xamk.fi, p. 0405503205

Ohjaajat
 ylläpöittäjä Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Kaakkois-Suomen AMK, eeva-liisa.frilander-paavilainen@xamk.fi, p. 045 2762620

11. Tutkimuksen opinnäytetyön ala

lääketiede, erikoistiede
 hammassätkötiede
 hoitotieteiden tutkimus,
 muu, mikä

olen ollut yhteydessä yksikköihin, jossa alion opinnäytetyön suorittaja

12. Onko tutkimus rekisteröity julkiseen tutkimusrekisteriin (ClinicalTrials.gov)?

Kyllä, NCT-numero _____
 Ei, mikä? x kysessä ei ole interventiotutkimus
 muu syy, mikä

LIITTEET

Tämä lomake on tarkoitettu sairaanhoitajien tutkimuslupaa. Jos kysessä on rekisteröityminen tai aikaisemmin kirjasta täytettyä lomaketta tutkimus käytetään lomaketta YHT 52a.

TurkuCRC täyppiä

Lupapäätösnumero	Lupa myönnetty ajalle	Tutkimuksen projektinumero
7/17	EPLL	2017-2018

1. Tutkimusnumero
 (Esim. T1/2015)
 T184/2017
 uusi tutkimus
 Muutos vanhaan tutkimuslupaan. Mitä muutos koskee?

2. Tutkimuksen nimi
 Potilaiden kokemuksia vaihtoehdoitten kulutusmuotojen käytöstä ensihoidossa, kvantitatiivinen kyselytutkimus

Tutkimuksen lyhenne/koodi (pakollinen tieto)
 X4

Tutkijajähtöinen tutkimus
 Toimeksiantajajähtöinen tutkimus, toimiesitaja

3. VSSHP:n vastuullinen tutkija
 (Nimi, toimialue, sähköposti, puhelinnumero)
 Iiro Timo, ensihoidon ja päästysoptiklinikon lääketieteellinen yksikkö, timo.iirso@tyks.fi, p. 0405070968

Yhteyshenkilö
 (Nimi, sähköposti, puhelinnumero)
 Iiro Timo (kts. edellinen)

4. Tutkimuksen alkutulos vuosi (Epa myönnetään päättämättömyyden ensiään viidessä vuodessa)
 2017-2018

5a. Tutkittavien arvioitu lukumäärä VSSHP:ssä
 300

5b. Normaalihoitoon kuuluttamattomien tutkimuskäytöiden lukumäärä/tutkittava
 0

6. Saaliset otospalvelut

tutkimuksen puoltanut tutkimuksen ja opetuksen vastuuhenkilö
 tutkimuksen antaneet palvelusyksiköt
 tutkimuslupaan palvelusyksikkö
 yhteyshenkilö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Saapumisvä 1 / 20 20

1. Hakemuksen luonne ja merkintä tutkimusdiariin

Tutkimuslupa PHHYKY Dnro TUTKIMUS
 Tutkimusluvan muutoshälytysilmoitus, aikaisempi tutkimuslupa PHHYKY:ssä myönnetty pvm. PHHYKY:n sisäisen laskutuksen SL-koodi

2. Tutkijaa koskevat tiedot

Tutkijan suku- ja etunimi Ahonen Ulla Oppiarvo Enshoitaja AMK
 Nykyinen työnantaja Pirkanmaan pelastuslaitos / Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
 Nykyinen virka/roimi/opiskelija Enshoitaja hoitoto / YAMK-opiskelija ensihoidon kehittämisen ja johtamisen tutkinto
 Kotiosoitte Pirtisuoinkuja 1a11 Postinumero ja -toimipaikka 33870 Tampere
 Puhelin työ Puhelin koti 0405503205 Sähköpostiosoite ahonenuu@gmail.com, ulla.ahonen@edu.xx

3. Tutkimusta koskevat tiedot

Tutkimuksen nimilyhenne X4
 Tutkimuksen suorituspaikka (-työyksikkö (t) Päivystyspoliklinikka, Akuutti24

Tutkimuksesta vastaava henkilö (tarvittaessa yhteystiedot)
 Koulun ohjaava opettaja, Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun ylipettaja, Kaavatuksitehteen tohtori, SHD, p. 0452752520, Eeva-Liisa.Frilander-Paavilainen@xamk.fi, Pääskysentie 1, 45220 Koita
 PHHYKY:ssä tutkimuksesta vastaava henkilö, sekä muut tutkimukseen osallistuvat sairaalan työntekijät Enshoitopaikallikko Sami Rive, Enshoitto- ja päivystyskeskus / Akuutti24, sami.rive@phtyky.fi puh. 044 4408139
 Akuutti24:n triagehoitajat, jakavat kyselykaavakkeet
 Muut tutkimukseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa liite)

Liitykö tutkimus suurempaan tutkimusohjelmaan

Kyllä, mihin? Ei Kyllä, mihin?

Tutkimus tehdään osassa eri toimipisteissä Ei Kyllä Kansallinen Kansainvälinen
 Tutkimus on väitöskirja selvitys-/kehittämistyö muu, mikä, YAMK epimätyty, surveytutit

Tutkimus on Holistiteollinen Lääkefahetutkimus Lääketeollinen
 Muu terveystieteellinen, mikä? Muu, mikä? Enshoitotyön soveltava tutkimus

Kohdetyhmä Potilaat Omaiset Henkilökunta
 Asiakirjat Muu, mikä

Aineiston koko Kokonaismäärä n. 300 täytettyä kaavaketta. Kysely suoritetaan useassa shp:ssä. Päijät-Hämeen otostavoite n. 50 vastausia.
 Laskutusluvut Eettinen toimikunta, pvm STM/THL, pvm FimeaeudraCT-ro, pvm Valvira, pvm Muu, mikä?

Tutkija tarvitsee luvan potilastietojen käyttöön potilasjärjestelmästä/arkistosta (mm. rekisteritutkimus, muu tutkimus) Ei Kyllä (erillinen potilastietojen luovutus- ja käyttöluupahakemus tutkimusluvun lisäksi)

Tutkimuksen aloituspäivä 1.2.2018 Tutkimuksen arvioitu päättymispäivä 31.12.2018

4. Yhteistyötahot PHHYKY:n alueella

Keskuksairaala Laboratorikeskus apteekki
 operatiivinen Isokoppilääketiede Lahden sosiaali- ja terveyspalvelut
 konservatiivinen Kliininen fysiologia Heinolan sosiaali- ja terveyspalvelut
 psykiatria Kliininen kemia Tukipalvelut
 kurtoutous Kliininen mikrobiologia
 ensihoidto ja päivystyskeskus Kliininen neurofysiologia
 kuvantaminen Patologia

5. Rahoitustiedot

Tutkimuksen rahoitus ja yhteyshenkilö
 Opinnäytetyö ei ole rahoitusta.

Aiheutuko tutkimuksesta sairaalalle kustannuksia Ei (perustelut yllä) Ei, ulkopuolinen rahoitus Kyllä, selvitys mitä (liite)

Laskutuslisedot

Tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset yhteensä Kokonaishoitus yhteensä €
 Tulostuskustannukset 3-sivuisen kyselykaavake saatekirjeeseen ja kirjakuoret. Vastausuorien postituskulut tutkimuksen laittajina Tampereelle. alle 50€

Tutkimuksen oletettu vaikutus toimintaan
 Tutkimukseen liittyvät ylimääräiset käynnit
 Ei vaadi ylimääräisiä käyntejä. Triagehoitajat jakavat kyselykaavakkeen vastaanotto/hoitajien/hoitajien yhteydessä.

Politiikkakäyntejä Kyllä Ei
 Vuodestaustohoitajaksija Kyllä Ei
 Kuvantamistutkimuksia Kyllä Ei
 Laboratorikeskus Kyllä Ei
 Apteekkipalveluita Kyllä Ei
 Muuta Kyllä, mitä Ei

6. Allekirjoitukset

18 / 01 / 20 18 Ulla Ahonen
 Tutkimuksen vastuunhenkilön allekirjoitus ja nimen selvitys
 Hyväksyn osallani En hyväksy
 16.01.2018 Sami Rive
 Enshoitopaikallikko Enshoitokeskus Päijät-Hämeen hyvinvointialue
 Esiimeshen allekirjoitus ja nimen selvitys

Luvan myöntäjä toimii rekisteriasioissa vastaavana henkilönä tarkasteltaessa potilastietojen. Tiedon luovasta tulle saamaan sähköpostinne.

Tutkijan allekirjoituksen jälkeen hakemus toimitetaan:
 Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä
 Tutkimuskoordinaattori
 Keskuksairaalamkatu 7
 15850 Lahti

Lisätietoja: marjo.soini@phtyky.fi

Liitteet:

Tutkimussuunnitelma
 Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste
 Eettisen toimikunnan lausunto
 Kustannus- ja rahoitussuunnitelma
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Laboratorikeskuksen lomakkeet, ikm
 Viranomaisluvut, ikm
 Tietoturva- ja tietosuojaselitys
 Henkilökuntaan kuuluttamattomien tutkijoiden rekisteröintilomake
 Potilastietojen luovutus- ja käyttöluupahakemus
 Lista tutkittavista (tätetettävä maapostilla)
 Muut liitteet (esim. potilaalle menevä kirjallinen materiaali)
 Kyselykaavake saatekirjeeseen ja Codea rekisteriseloste

KSSHHP 3

Tutkimusluvan toimitusosoite: Ulla Ahonen, Pirttisuonikuja 1a11, 33870 Tampere

Alla-kirjotukset

Opinnäytetutkimuksen tekijänä sitoudun noudattamaan Suomen lakeja, asetuksia ja esäädöksiä tieteellisestä tutkimustoiminnasta sekä K-S:n shp:n antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetutkimuksen tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle

Päivämäärä: 11.12.2017
 Opinnäytetutkimuksen tekijän allekirjoitus ja nimen selvitys: Ulla Ahonen

Päivämäärä: 13.12.2017
 K-S:n shp:n yhteyshenkilön allekirjoitus ja nimen selvitys: Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, osastonhoitaja, ensihoito, päivystyksen toimialue, Keski-Suomen keskussairaalan tie 19, 40620 Jyväskylä

PÄÄTÖS

Myönnetään hakemuksen mukaisena
 Myönnetään edellyttäen, että

Hakemus hylätään seuraavin perustein

Päivämäärä: 21.1.2018
 Tutkimusluvan myöntäjän nimi, arvo ja nimen selvitys: Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, HENKILÖSUOJELUN YLEISVAIKUTUS

Liitteet (toimitetaan sähköpostilla)

Opinnäytetutkimussuunnitelma (sis. tarv. kustannusarvion ja rahoitussuunnitelman; opinnäytetyötä suorittavan muun henkilöstön)
 Muu materiaali tarv., jolla ei esitetä toimikunnan lausuntoa (tiedote/saate tutkimuksesta, suostumuslomake, aineistoin keruulomake, Kyselyhaastattelulomake, muut mittarit)

Lisäksi tarvittaessa

Potilastietojen luovutus- ja käyttö lupahakemus
 Eettisen toimikunnan lausuntokopio
 Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste
 Muut lupakopiot (STM:n/THL:n lupa, Fimea, Valvira tmv.)
 Kopio FIMLAB -sopimuksesta
 Muut mahd. sopimuskopiot (sisäiset/tulkot)

KSSHHP

OPINNÄYTETUTKIMUKSEN (YO, AMK, MUU) TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Lomake on tarkoitettu opinnäytetutkimuksen tekijöille, jotka suorittavat opinnäytetutkimuksen liittyvän aineiston keruun K-S:n shp:ssä eikä opinnäytetutkimus ole osa laajempaa tutkimusprojektia. Lomake allekirjoitetaan ja toimitetaan (postissa/sähköpostissa) liitteineen (sähköpostilla) tutkimuspaikalle eteenpäin toimitettavaksi.

1 Opinnäytetutkimuksen tekijä- ja etunimi
 AHONEN Ulla

2 Opinnäytetutkimuksen nimi
 Opinnäytetutkimuksen nimi, jatkossa muodossa: "X4-tutkimus"

3 Opinnäytetutkimuksen ohjaaja
 Opinnäytetutkimuksen ohjaajan oppiainot ja yhteystiedot (sähköpostipuhelin):
 Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, eeva-liisa.frilander-paavilainen@xamk.fi, p. 0452762520

4 K-S:n shp:n yhteyshenkilö
 K-S:n shp:n vastuulue, vastuuksikäikö tai lukeilue, jossa yhteyshenkilö työskentelee
 Ensihoitokeskus
 Sähköpostiosoite/puhelin: 014 - 209 5604, tero.pulkkinen@ksshp.fi

5 Opinnäytetutkimuksen tavoitteet
 Yhteistyö kyselyhaastattelun suorittamisesta K-S:n shp:ssä. Kyselykaavakkeet jaetaan päivätyspoliklinikan hoitajien toimitusta potilaille, jotka ensihoito on ohjannut päivystyskäynnille muulla kulkuneuvolla kuin ambulanssilla (X4-suorite). Pitäisi täyttävät paperisen kaavakkeen odotellessaan paljasta lääkärille/hoitajalle ja palauttavat sen joko hoitajalle tai odotusalaan sijoitettavaan kyselykaavakkeiden palautuslaatikkoon. Yhteistyöstä päivätyspoliklinikan kanssa tullaan sopimaan erikseen.

KSSHHP

Opinnäytetutkimuksen toteutus

Lisätieto
 Hoitotiede
 Muu terveyttiede, mikä?
 Muu, mikä? Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetutkimus on osa laajempaa K-S:n shp:n hanketta
 Kyllä, mikä?
 Ei

Opinnäytetutkimus kuuluu muuhun laajempaan tutkimusprojektiin
 Kyllä, mihin?
 Ei

Arvioitu aloituspäivä: 31.3.2018
 Arvioitu päättämispäivä: 31.3.2018

Opinnäytetutkimuksen suorittajat K-S:n shp:ssä
 Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikka

Osaillaako opinnäytetutkimuksen tulot potilastyöhön?
 Ei
 Kyllä

Kohderyhmä: 300
 Määritellön arvioitu koko

Aineiston keruun menetelmä:
 Kysely
 Haastattelu
 Havainnointi
 Asiakirja-analyysi
 Mittaukset, mikä?
 Muu, mikä?

Tulot kirjataan luvan potilastietojen käyttöön potilastietojärjestelmä/arkistosta (mm. rekisteritutkimus, muu tutkimus):
 Ei
 Kyllä (tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste pakollinen)

K-S:n shp:n yhteyshenkilö on saanut tiedon tutkimuksesta ja kysely käynnistetään viikolla 51/2017. Tutkimuslupa haettu muuhinkin sairaanhoitopiiriin.

Aiheitaako opinnäytetutkimus koskennut K-S:n shp:lle?
 Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vastata selvitystä lupauskohtaisesti)
 Kyllä (kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma esilläsi liitteellä)

Opinnäytetutkimuksen hyödytvaikutukset K-S:n shp:n toimintaan:
 Ei välittömää soveltavuutta
 Välitön soveltavuusarvio toimintaan, mihin/mitteen? Tutkimusluvojen avulla voidaan kouluttaa ensihoitohenkilöstöä.

KSSHHP, lupalomake/opinnäytetyt/ pl Keski-Suomen keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikka | Puh. 014 209 9811 | www.ksshp.fi

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Lupa tutkimukselle/opinnotyölle

Diagnoosi: 18/13 ei on/13

1. Tutkimus/opinnotyön laajuus (luvan hakijat täyttävät)

Suku ja etunimi	Abonnet LILLA Emilia	Näytteen työstäjä / opintipaikka	Näytteen virka toimipaikka
Kotiteste	Pötsköntie Ta11	Prokannan pelustelualue / Kaakkoo-Suomen AMK	Ensohoija hoitotoim / YAMK- opisto
Puhelin työskäl	040503205	Postin ja -paketti	Sähköposti
Suku ja etunimet		Suoritus / tekniikka oleva tutkinto	Suoritusvuosi ja -paketti
Kotiteste		Ensohoijan koulutuksen ja johtamisen	2016-2018
Puhelin työskäl		Näytteen työstäjä/opintipaikka	Näytteen virka toimipaikka
Suku ja etunimet		Postin ja -paketti	Sähköposti
Kotiteste		Suoritus / tekniikka oleva tutkinto	Suoritusvuosi ja -paketti
Puhelin työskäl		Näytteen työstäjä/opintipaikka	Näytteen virka toimipaikka

2. Tutkimus/opinnotyön koskevat tiedot (luvan hakijat täyttävät)

Tutkimus/opinnotyön nimi ja aiheen kuvaus: Valkohäntien kuitustamattomien käyttö ensihoitossa potilaan kotona eli "X4-tutkimus" Kvantitatiivinen survey-tutkimus ensihoitosta potilaille, jotka saavat päilytyksen muulla tutkimusella kuin ambulanssilla. Tutkitun analyysi tilastollisella menetelmällä ja sisällön analyysin avulla. Kainuun sairaanhoitopiirissä otoskoko 50 vastausta.

Tutkimuksen tavoitteet: 1. Väestöä 2. Lisenssittömiä 3. Po. pako 4. Karsittavien tekniikka 5. Opintipaikka (Ympäri AMK) 6. Opintipaikka (AMK) 7. Muu, mikä

Tutkimuksen kohde: Aikais Huoltokanta Aikajaka

Tote- ja vastaukset:

Haikita	Parhaat	Terveystieteiden ja lääketieteiden tutkimus	Sairaanhoitotieteet
<input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuollon palvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen mielenterveyden tutkimus	<input type="checkbox"/> Patologia
<input type="checkbox"/> Keskittämiskeskittämät	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Nuoren terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketiede
<input type="checkbox"/> Terveystieteet	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Nuoren terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus

3. Tutkimuksen johtajien tiedot (luvan hakijat täyttävät)

Nimi	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen	Väkeä, ammatti	Yhteistyötutkija, kasvatusalan tutkija, SHD
Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka	Puhelinnumero	0452752520
Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi	Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi
Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen	Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen
Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka	Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka
Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi	Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi
Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen	Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen
Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka	Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka
Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi	Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi

4. Tutkimuksen johtajien tiedot (luvan hakijat täyttävät)

Nimi	Marko Hoikka, p. 0447874339	Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Marko Hoikka, p. 0447874339
Osoite		Osoite	
Sähköposti		Sähköposti	

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Lupa tutkimukselle/opinnotyölle

Diagnoosi: 18/13 ei on/13

1. Tutkimus/opinnotyön laajuus (luvan hakijat täyttävät)

Suku ja etunimi	Abonnet LILLA Emilia	Näytteen työstäjä / opintipaikka	Näytteen virka toimipaikka
Kotiteste	Pötsköntie Ta11	Prokannan pelustelualue / Kaakkoo-Suomen AMK	Ensohoija hoitotoim / YAMK- opisto
Puhelin työskäl	040503205	Postin ja -paketti	Sähköposti
Suku ja etunimet		Suoritus / tekniikka oleva tutkinto	Suoritusvuosi ja -paketti
Kotiteste		Ensohoijan koulutuksen ja johtamisen	2016-2018
Puhelin työskäl		Näytteen työstäjä/opintipaikka	Näytteen virka toimipaikka
Suku ja etunimet		Postin ja -paketti	Sähköposti
Kotiteste		Suoritus / tekniikka oleva tutkinto	Suoritusvuosi ja -paketti
Puhelin työskäl		Näytteen työstäjä/opintipaikka	Näytteen virka toimipaikka

2. Tutkimus/opinnotyön koskevat tiedot (luvan hakijat täyttävät)

Tutkimus/opinnotyön nimi ja aiheen kuvaus: Valkohäntien kuitustamattomien käyttö ensihoitossa potilaan kotona eli "X4-tutkimus" Kvantitatiivinen survey-tutkimus ensihoitosta potilaille, jotka saavat päilytyksen muulla tutkimusella kuin ambulanssilla. Tutkitun analyysi tilastollisella menetelmällä ja sisällön analyysin avulla. Kainuun sairaanhoitopiirissä otoskoko 50 vastausta.

Tutkimuksen tavoitteet: 1. Väestöä 2. Lisenssittömiä 3. Po. pako 4. Karsittavien tekniikka 5. Opintipaikka (Ympäri AMK) 6. Opintipaikka (AMK) 7. Muu, mikä

Tutkimuksen kohde: Aikais Huoltokanta Aikajaka

Tote- ja vastaukset:

Haikita	Parhaat	Terveystieteiden ja lääketieteiden tutkimus	Sairaanhoitotieteet
<input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuollon palvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen mielenterveyden tutkimus	<input type="checkbox"/> Patologia
<input type="checkbox"/> Keskittämiskeskittämät	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Nuoren terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketiede
<input type="checkbox"/> Terveystieteet	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Nuoren terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteet	<input type="checkbox"/> Varma- ja sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisen terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääketieteiden tutkimus

3. Tutkimuksen johtajien tiedot (luvan hakijat täyttävät)

Nimi	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen	Väkeä, ammatti	Yhteistyötutkija, kasvatusalan tutkija, SHD
Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka	Puhelinnumero	0452752520
Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi	Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi
Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen	Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen
Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka	Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka
Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi	Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi
Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen	Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen
Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka	Osoite	Pääskysaari 1, 48220 Kotka
Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi	Sähköposti	evra-liisa.fjallander-paavilainen@amk.fi

4. Tutkimuksen johtajien tiedot (luvan hakijat täyttävät)

Nimi	Marko Hoikka, p. 0447874339	Tutkimusjohtajan nimi ja yhteystiedot	Marko Hoikka, p. 0447874339
Osoite		Osoite	
Sähköposti		Sähköposti	

Kainuun soten opintilupa-koordinaattori

Nimi: Viira Korhonen Yhteystiedot: Viira.korhonen@kainuun.fi, p.0447874940

Tämä lupa vahvistuksella on välitettävä Kainuun soten opintilupa-koordinaattorille.

4. Tutkimuksen sisällön kuvaus

4.1 Tutkimuksen nimi: Ensohoijan koulutuksen vaikutus ensihoitossa

4.2 Tutkimuksen sisältö: Ensohoijan koulutuksen vaikutus ensihoitossa

4.3 Tutkimuksen tavoitteet: Ensohoijan koulutuksen vaikutus ensihoitossa

4.4 Tutkimuksen menetelmät: Ensohoijan koulutuksen vaikutus ensihoitossa

4.5 Tutkimuksen johtajat: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.6 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.7 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.8 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.9 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.10 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.11 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.12 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.13 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.14 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

4.15 Tutkimuksen johtajien yhteystiedot: Evra-Liisa Fjällander-Paavilainen

Ulla Ahonen

Tutkimushankkeeseen Lääketieteellinen tutkimus Lääketutkimus
 X Ensihoitoyön tutkimus, YAMK-opinnäytetyö

Tutkimuksen vastuhenkilo	Nimi Ulla Ahonen	Toimintayksikkö Ensihoitopalvelu
Tutkimus-suunnitelma	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> Uusi/muu (tutkimussuunnitelma liitteeksi) <input type="checkbox"/> Jatkotutkimus	Tutkimuksen lyhytnimi X4-tutkimus
	Tutkimuksen nimi Vaihtoehdotse kuljetusmuodot ensihoidossa, potilaan kokemus	Tutkimuksen suorituspaikka Päivystyspoliikkia
	Lyhyt tiivistelmä Kvantitatiivinen survey-tutkimus ensihoidon potilaille, jotka saapuvat päivystyspoliikkialle muulla kulkuneuvolla kuin ambulanssilla. Kyselykaavakkeen jakea päivystyksen triagehoitaja.	
	Aikataulu Vuosi 2018	Potilaiden lukumäärä (joista verrokkeja) 50
	Hankkeen päärahoittaja Opinnäytetyöllä ei ole rahoittajaa	Kokonaiskustannukset/potilas euroa -
	Muus rahoitus	Laskutusosoite
	Kuntamaksut korotuvat yhteistyökseen ja saatoksiin (otaku) laboratorion ja verikokeita. Lääke kassakassa potilaan tutkijan kotiin Tampereen.	
	Yhteistyötahot Sopimus opinnäytetyöstä on VSSH:ässä, työelämäohjaaja ensihoidon ylilääkäri Timo Iiro.	
	Littytkö laajempaan tutkimussuunnitelmaan <input type="checkbox"/> ei <input checked="" type="checkbox"/> kyllä, mihin? Tutkimustapaa on haettu 3 muuhun sairaanhoitopiiriin.	
	Asiakasmaksu peritään potilaalta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Potilastiedot	<input type="checkbox"/> Tallennetaan atk-pohjaiseen rekisteriin <input type="checkbox"/> Rekisteriseloste/-kuvaus on laadittu	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tallenneta <input type="checkbox"/> Monitorijalle Efficatunnukset tämän tutkimuksen potilaiden kertomuksiin
Lupapäätökset ja päivämäärä	<input type="checkbox"/> Eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> Fimea <input type="checkbox"/> STM <input type="checkbox"/> Valvira <input type="checkbox"/>	
Allekirjoitus	Olen tutustunut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin lääketieteellistä tutkimusta koskevaan ohjeeseen ja sitoudun noudattamaan sitä. Päivämäärä 17 / 01 / 2018	Tutkimuksen vastuhenkilön allekirjoitus Ulla Ahonen
Hyväksyntä/ yhteistyötahot	<input checked="" type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani	Toimintayksikköjohtajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> En hyväksy 25 / 1 / 2018	
	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani	Toimintayksikköjohtajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> En hyväksy	

Huhtalaantie 53
 60220 Seinäjoki
 D-2382-2012-L

Puhelin vaihde 06 415 4111
 Faksi 06 415 4351

Sähköposti:
 etunimi.sukunimi@pepsip.fi

	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani	Toimintayksikköjohtajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> En hyväksy	
	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani	Toimintayksikköjohtajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> En hyväksy	
Puolto	<input checked="" type="checkbox"/> Puollan tutkimushankkeen toteuttamista <input type="checkbox"/> En puolla	
	Päivämäärä 26 / 1 / 2018	Allekirjoitus
	Johtajyliäärin päätös Numero S 25	
	<input checked="" type="checkbox"/> Hyväksyn tutkimushankkeen toteutettavaksi <input type="checkbox"/> Hyväksyn, että monitorijalle annetaan Efficatunnukset tämän tutkimuksen potilaiden kertomuksiin	<input type="checkbox"/> En hyväksy <input type="checkbox"/> En hyväksy
	Päivämäärä 26 / 1 / 2018	Allekirjoitus HANNU PUOLLOJOKI Johtajyliäärin päätös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 60220 SEINÄJOKI
Tiedoksianto	<input type="checkbox"/> tutkimuksen vastuhenkilo <input type="checkbox"/> johtajyliäärin <input type="checkbox"/> apteekki <input type="checkbox"/> potilastoimisto <input type="checkbox"/> taloustoimisto <input type="checkbox"/> laatuineuvosto <input type="checkbox"/> arkisto <input type="checkbox"/> yhteistyötahot	
	Päivämäärä	Tiedoksiantajan allekirjoitus
Tutkimus-luettelo	Toimintayksikön tutkimusluettelo Päivämäärä	Allekirjoitus
	Tallennettu	
	EPSHP:n tutkimusluettelo Päivämäärä	Allekirjoitus
	Tallennettu	
	Tutkimuskoodi	
Muuta	Ohjeita esittäjä Kaarle-Suomen ammattikorkeakouluun, ylläpitäjä, hoitajaliikkeen tällöin, DHO Eeva-Liisa Filander-Paavilainen. p. 045270250, eno-ii.fander-paavilainen@amk.fi	

Huhtalaantie 53
 60220 Seinäjoki
 D-2382-2012-L

Puhelin vaihde 06 415 4111
 Faksi 06 415 4351

Sähköposti:
 etunimi.sukunimi@pepsip.fi

Tietokanta	Hakusanat	Haun rajaukset	Tulokset	Otsikon perust. valitut	Tekstin perust. valitut
Kaakkuri-Finna: ulkomaiset artikkelit	emergency medical service AND alternative transport AND interaction	koko teksti saatavilla, vuosi 2010-2017, aihealue emergency medical service	36	28	1 + tietokanta ehdotti 2 muuta artikkelia samasta aiheesta, jotka hyväksyttiin
Medic: Suomalaiset julkaisut	ensihoi* ja vuorovaik*	Vuosi 1997-2007	4	3	0
Chinal ja Academic search elite	emergency medical service AND transport	koko teksti saatavilla, vuosi 2007-2017	85	0	0
	prehospital care AND transport	koko teksti saatavilla, vuosi 2007-2017	7	0	0
	emergency care AND alternative transport	koko teksti saatavilla, vuosi 2000-2017, academic journals, emergency care	6	0	0
Google Scholar	EMS AND alternative transportation	Kaikki otsikossa, koko teksti saatavilla, vuosi 2000-2017	5	1	1
Yhteensä:			143	32	4

LIITE 4
Tutkimustaulukko

Tekijä, vuosi, paikka ja nimi	Taso	Metodi, otos	Tulokset
<p>Ahl, C., Nyström, M., 2012 Ruotsi, Borås</p> <p>To handle the unexpected – The meaning of caring in pre-hospital emergency care</p>	<p>Perus-tutki-mus</p>	<p>Laadullinen tutkimus jossa pyrittiin ymmärtämään hermeneuttisen filosofian keinoin. 20 34-82 vuotiasta ensihoidon potilasta haasteltiin henkilökohtaisesti heidän kotonaan.</p> <p>12 naista ja 8 miestä eri ensihoidon palveluntuottajien alueilta.</p>	<p>Ensihoitopalvelu on Ruotsissa muuttunut pelkämästä kuljettamisesta myös potilaan hoitamiseksi. Yleisesti ottaen potilaiden kokemukset ovat positiivisia.</p> <p>Kansalaiset eivät ole tietoisia tästä muutoksesta. Tiedottaminen ensihoitopalveluiden uudistumisesta saisi kansalaiset paremmin tietoisiksi, vähentäisi ikäviä kokemuksia ja väärinymmärryksiä.</p> <p>Kokemus ensihoidotilanteesta heijastaa kokemukseen koko hoitoprosessista.</p>
<p>Ahlenius M., Lindström V, Vicente V 2015 Ruotsi, Tukholma</p> <p>Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden</p>	<p>Perus-tutki-mus</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Sisällönanalyysi tehtiin 32:lle vuonna 2014 saapuneelle potilasreklamaatiolle. Analyysin näkökulma oli hoitotieteellinen.</p> <p>Tutkimuksessa ei selvitetty ensihoitajien näkemyksiä hoitotapahtumista.</p>	<p>Potilaiden odotukset olivat saada nopea kuljetus sairaalaan. Keskeisin tyytymättömyyttä aiheuttava seikka oli, että he eivät kokeneet ensihoitajien tunnistavan heidän hätäänsä ja kohtelivat heitä objekteina.</p> <p>Ensihoitohenkilöstön asenne ja tapa kohdella potilasta vaikuttavat hoitokokemukseen.</p> <p>Tiedottamisella, ensihoitajien kouluttamisella ja toiminnan seuraamisella voidaan vaikuttaa ensihoitajien tapaan kohdata potilaita.</p>
<p>Bernard A. W., Lindsell C. J., Handel D. A., Collet L., Gallo P., Kaiser K. D. & Locasto D. 2006 Yhdysvallat Ohio</p> <p>Postal survey methodology to assess patient satisfaction in a suburban emergency medical service system: an observational study.</p>	<p>Perus-tutki-mus</p>	<p>Postikysely 2674 kuljetetulle ensihoidon potilaalle vuosina 2001-2004.</p> <p>5 kysymystä koskien vuorovaikutusta ja kommunikaatiota sekä yleistä potilastyytyväisyyttä. Vastaus 5-liikeskartin asteikolla. 3 avointa kysymystä.</p>	<p>Vastausprosentti 32 99,5% oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä ensihoitopalveluun. Kolmen potilaan mielestä kohtelu oli asiallista ja yksi oli täysin tyytymätön.</p> <p>Avoimissa kysymyksissä nousi esille, että henkilöiden välinen kommunikaatio oli yksittäinen tärkeä tekijä potilastyytyväisyydessä. Myöskin vasteaikoja ja teknisiä asioita pidettiin tärkeänä.</p> <p>Postikyselyt ovat verraten käypä tapa selvittää asiakastyytyväisyyttä, sillä silloin potilaan uskaltaivat tuoda epäkohtiakin enemmän esille.</p>
<p>Bos N., Seccombe I. J., Strums L. M., Stellato R, Schirijvers A. J. P. & van Stel H. F. 2014 Englanti ja Alankomaat</p>	<p>Perus-tutki-mus</p>	<p>Poikkileikkauskyselyssä Englannissa postikyselyyn saatiin vastaukset 43892:lta ja Alankomaissa 1865:lta.</p>	<p>Sekä Englannissa että Alankomaissa oltiin yleisesti tyytyväisiä hoitoon.</p> <p>Eniten kriittisyyttä herätti odotusaika, hygienia ja informaatio ennen toimenpiteitä/kotiutusvaiheessa.</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

<p>A comparison of the quality of care in accident and emergency departments in England and the Netherlands as experienced by patients.</p>		<p>Tutkittavilta kysyttiin kokemuksia päivystyspoliklinikan odotusajasta, lääkäreiden ja sairaanhoitajien toiminnasta, hoidon ja huolenpidon laadusta, sairaalahygieniasta, informoinnista ennen hoitotoimenpiteitä ja yleisarviointia.</p>	<p>Vastaukset vaihtelivat enemmän valtioiden sisällä kuin valtioiden välillä.</p>
<p>Bos N., Sizmur S., Raham C. & van Stel H. F. 2012 England The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients' experiences in the accident and emergency department</p>	<p>Perus-tutkimus Alustava tutkimus</p>	<p>Vuonna 2008 jokaisesta 151 Englantilaisairaalan päivystyspoliklinikan potilaista otettiin tammi-helmi tai maaliskuussa 850 potilaan otos joille lähetettiin kyselylomakkeet. Tutkimuksessa selvitetään kyselytutkimuksen merkitystä ja luotettavuutta potilastytyväisyyden mittaamisessa.</p>	<p>Vastauksia kaiken kaikkiaan 49646. Vastausprosentti 40. Päivystyspoliklinikan käyttämä kysely on validi ja reliabeli potilastytyväisyyden selvittelyyn.</p>
<p>Brown L. H., Hubble M. W., Cone D. C., Millin M. G., Schwartz B., Patterson D. P., Greenberg B. & Richards M. E. 2009 Yhdysvallat Paramedis Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis.</p>	<p>Meta-ana-lyysi</p>	<p>9752 tunnistettua otosikkoa joista 214 otettiin tarkasteluun ja 61 valikoitui kokonaistar-kasteluun, 5 täytti kaikki kriteerit.</p>	<p>Tulokset siitä voiko ensihoitajat Yhdysvalloissa päättää, tarvitseeko potilas ambulanssikuljetusta, vaihtelivat huomattavasti. Vain kaksi tutkimusta esitti täydellistä dataa. Tämä selvitys ei puolla sitä, että ensihoitajat voisivat evätä ambulanssikuljetuksen asiakkailta. Tutkimuksella on kytköksiä ensihoitojärjestelmään, päivystyspoliklinikoihin ja kolmansiin osapuoliin.</p>
<p>Camasso-Richardson K., Wilde J. & Petrack E. 1997 Yhdysvallat, Cleveland Medically Unnecessary Pediatric Ambulance Transports: A Medically Taxi Service?</p>	<p>Perus-tutkimus</p>	<p>5 viikon prospektiivinen otos 172 potilaasta 92 valikoitui. Näistä on poissuljettu resusci- ja vakavat traumapotilaat Kyselyyn vastasi hoitava lääkäri, ensihoitajat ja vanhemmat</p>	<p>Valtaosa (62%) pediatrien potilaiden ambulanssikuljetuksista on tarpeettomia. 74% olivat ei-kiireellisiä ja 86% vanhemmista eivät olleet olleet yhteydessä omalääkäriin ennen hätänumeroon soittamista. 74% (68/92) kotiutuivat päivystyspoliklinikalta ilman mitään hoidontarvetta. Vaihtoehtoiselle kuljetusmuodolle on tarvetta.</p>
<p>Cummins N., Dixon M., Garavan C. Landymore E., Mulligan N. & O'Donnell C. 2012 Irlanti Mid-westin alue</p>	<p>perus-tutkimus</p>	<p>Prospektiivinen vertailu ensihoitajien puhelimesta tehdystä hoidontarpeenarviosta vs. PPKL:n lääkäreiden diagnoosi</p>	<p>Oikea 'diagnoosi' oli tehty 70% oikein (525/748) Konkordanssi oli erityisen korkea ilmatie, ventilaatio, palovamma, pediatrien ja raskauteen liittyvä ja uusiokontakti –ryhmissä</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

<p>Can Advanced paramedics in the field diagnose patients and predict hospital admission?</p>		<p>N=1369 joista 748 valikoitui, seuranta-aika 6kk ja ensihoitajia 17</p>	<p>(100%) sekä myrkytys ja yliannostus (94%), synnytys ja vastasyntyneen elvytys (91%) ja diabetekseen liittyvät hätätilanteet (89%)</p> <p>Heikoin konkordanssi oli ympäristöön liittyvät hätätilanteet (0%), allergia ja anafylaksia (25%), epänormaalit oireet (33%) ja pää- ja spinaalivammat (43%)</p> <p>Tämän tyyppisellä tutkimuksella pystytään myös löytämään ne alueet missä ensihoitajien koulutusta on lisättävä.</p>
<p>Howard M., Anderson C., Cherry D., Koller P. & Shelton D.</p> <p>2005</p> <p>Yhdysvallat</p> <p>Patient's Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding.</p>	<p>Perustutkimus</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>31 potilasta 22-43-vuotiaasta päivystyspoliklinikan ei-kiireellistä potilasta haastateltiin avoimilla kysymyksillä strukturoidussa haastattelussa.</p>	<p>Kolme yleisintä syytä, miksi kiireettömät potilaat hakeutuivat päivystyspoliklinikalle: (1) eivät saaneet perusterveydenhuollosta apua (2) henkilökunta suositteli käyntiä (ei lääkäri) ja (3) oli nopeampaa tulla päivystykseen kuin ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon</p> <p>Perusterveydenhuollolla pitäisi olla enemmän aikaa ja tehokkuutta kiireettömien potilaiden hoitoon. Vaihtoehtoja on kehitettävä ja luotava.</p>
<p>Hyytiäinen S.</p> <p>2010</p> <p>Suomi, Itä-Suomi</p> <p>Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa</p>	<p>Progradu</p>	<p>Laadullinen tutkimus potilaiden haastattelu ja videointiaineiston analysointi vertaisarviointiin laadittua arviointilomaketta hyödyntäen</p> <p>10 hoitajaa ja potilasta terveysvalintoihin liittyvissä ohjaustilanteissa</p>	<p>Potilaiden mielestä yksilöllisyys huomioitiin ja tuettiin hänen vahvuuksiaan. Motivoivaan ohjaukseen liittyi päätöksentekoon mukaan ottaminen, konkreettisuus, realistiset tavoitteet, kannustus pienistäkin saavutuksista. Kehitettävää löytyi yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomioimisessa, voimavarojen tunnistamisessa ja tukemisessa, reflektoinnin herättämisessä sekä potilaan osallisuuden tukemisessa.</p>
<p>Hämeenniemi.J., Kylmä J., Lamminen M., Leikkola P. & Paavilainen E.</p> <p>2015</p> <p>Suomi</p> <p>Pariskuntien kokemuksia sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta</p>	<p>Progradu</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Teemahaastattelu, aikuisen ensihoidon potilaat (n=8) jotka hoidettiin kohteessa (x8) eikä kuljetettu jatkohoitoon ja heidän omaiset (n=7)</p> <p>Induktiivinen sisälönanalyysi</p>	<p>Pääosin oltiin tyytyväisiä ensihoidon.</p> <p>Puoliso oli hätätilanteessa aktiivinen toimija, avun hälyttämistä epäritettiin ja kokemukset avun odottamisesta ja ohjauksesta vaihtelivat. Ensihoidon saapuminen koettiin helpottavana ja se oli ammattitaitoista.</p> <p>Kotiin jättäminen koettiin hyväksi käytännöksi, mutta siihen liittyi myös epävarmuutta. Puolisot olivat tyytymättömämpiä kotiin jättämiseen kuin potilaat. He tarvitsivat hyvää ohjausta siitä, miten selviävät jatkohoidosta.</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

<p>Katja Janhunen</p> <p>2014</p> <p>Itä-Suomen yliopisto</p> <p>Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana</p>	<p>Pro gradu</p>	<p>Tutkimukseen osallistujat olivat päivystyspoliklinikan sairaanhoitajat (n=15) ja tutkimushoitaja.</p> <p>Potilaat valikoituivat hoitajien työvuorojen (n=19) mukaisesti ryväsotannalla siten että joka kolmas potilas valikoitui tutkimukseen.</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS for Windows versiota 21. Sairaanhoitajien ja tutkimushoitajan tekemien arviointien yhteneväisyyttä tarkasteltiin kappakertoimen (κ) avulla, ja yksimielisistä arvioinneista laskettiin yksimielisyysprosentti.</p>	<p>Sairaanhoitajat käyttivät vaihtelevasti erilaisia mittaus- ja tiedonkeruumenetelmiä arvioidessa lapsipotilaan tilaa. Näihin yhteydessä olevia tekijöitä olivat erikoisala, jossa lasta hoidettiin ja lapsen ikä. Sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta terveydenhuollosta alle seitsemän vuotta konsultoivat useammin kuin sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta enemmän kuin seitsemän vuotta.</p> <p>Päätöksenteko hoidon tarpeen arvioinnissa perustuu ajatteluprosessiin, jossa yhdistyy rationaalinen ajattelu, kriittinen tiedonarviointi sekä intuitio.</p> <p>Päätöksen teossa nopeasti muodostettu kokonaiskuva tilanteesta ja olennaisista ongelmista ovat intuitiivisen ajattelun tuotosta. Koulutustausta ja työkokemus vaikuttavat vahvasti päätöksen tekoon kuten myös yleistilanteen hektisyys ja arviointitilanteen henkinen kuormittavuus.</p> <p>Hoidon tarpeen arvio muodostuu useasta vaiheesta, jotka etenevät rinnakkain ja päällekkäin. Vaiheet ovat (1) tiedon keruu ja käsitteleminen, (2) tilanteen määrittäminen (3) ongelmien tunnistaminen, (4) toiminnan suunnittelu ja (5) toteutus sekä (6) tilanteen seuranta ja arviointi.</p>
<p>Kuisma M, MD, Määttä T, MD, Hakala T, Sivula T & Nousila-Wiik M</p> <p>2003</p> <p>Suomi, Helsinki</p> <p>Customer Satisfaction Measurement in Emergency Medical Services</p>	<p>Perustutkimus</p>	<p>Prospektiivinen asiakastyytyväisyyskysely</p> <p>Vastausprosentti 36,8% (432/1175) vuonna 2000 ja 40,0% (464/1150) vuonna 2002</p> <p>Asteikko 0-5 (hyvin huono-erinomainen)</p>	<p>Yleisarvosana 4,5 ja 4,6</p> <p>Eniten tyytymättömiä oltiin kun (1) potilasta ei kuljetettu sairaalaan, kun (2) koettiin ettei ensihoitajat ottaneet potilaan huolia vakavasti, jos (3) ensihoitajat eivät esitelleet itseään tai (4) kommunikoivat suoraan vain omaisten kanssa</p> <p>Tyytyväisimmät potilaat olivat rytmihäiriö, hengitysvaikeus ja hypoglykemiapotilaat ja tyytymättömiä yliannostuspotilaat.</p>
<p>Kujala E.</p> <p>2003</p> <p>Tampereen yliopisto</p> <p>Asiakaslähtöinen laadunhallintamalli. Tilastolliseen</p>	<p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksessa kuvataan laatujärjestelmä, joka pohjautuu terveyskeskuksessa käytössä olleille toiminnan kehittämiskäytännöille ja työtavoille.</p> <p>Keskeisenä osana toimii systemaattisesti</p>	<p>Terveyspalveluja käyttävä haluaa itse olla osallinen hoitoaan koskeissa asioissa</p> <p>Hoitotilanteen ja -tapahtumat eivät saisi olla kaavamaisesti toteutettua. On annettava aikaa, riittävästi kommunikoida, kuulla potilasta, huomioida yksilöllisyys ja intimitteetti.</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

<p>prosessinohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen.</p>		<p>kerättävä ja tarkasteltava asiakas/potilas-palaute.</p> <p>Havaintojen määrä 1661</p>	<p>Hoidon vaihtoehtoista ja vaikutuksista on potilaan oltava selvillä.</p> <p>Muutokset väestön koulutustasossa ja tiedon tasossa yleensäkin vaikuttaa kokemaan.</p> <p>Laadunhallinta edellyttää organisaation innostuneisuutta ja sitoutumista.</p> <p>Yksi tärkeimpiä kriittisiä havaintoja oli hoitohenkilökunnan resurssipula</p> <p>Sopeutuminen yhteiskunnallisiin odotuksiin sisältää edelleen paljon ongelmia</p>
<p>Kähkönen O., Saaranen P. & Kankkunen T.</p> <p>2011</p> <p>Suomi, Itä-Suomen yliopisto</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus</p>	<p>Perustutkimus,</p> <p>kirjallisuus-kat-saus</p>	<p>Tutkimusaineisto aineisto haettiin Cinahl, Cochrane, Medic ja PubMed tie tokennoista.</p> <p>Haku tehtiin syyskuussa 2011</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin sisälön analyysiä.</p>	<p>Potilaiden tulisi saada johdonmukaista tietoa.</p> <p>Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia, mitä tietoa potilaalle on annettu ja miten tieto on ymmärretty.</p> <p>Yksilöllisesti suunniteltu ohjaus parantaa itsehoidon toteutumista.</p> <p>Yhteistyössä toteutettu interventio tukee terveellisiä elämäntapoja.</p> <p>Suuri sosiaalisen tuen määrä, potilas keskeinen lähestymistapa ja potilaan osallisuus hoitoon ja päätöksentekoon ovat yhteydessä hoitotytyväisyyteen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Ohjauksessa tulee paremmin huomioida yksilölliset tarpeet ja sukupuolten väliset erot.</p> <p>Perheen ja vertaistuen merkitys tulee huomioida.</p> <p>Potilaat saavat liian yksityiskohtaista, osittain epätarkkaa ja epä johdonmukaista tietoa, jota he eivät täysin ymmärrä.</p> <p>Ohjauksen esteitä ovat henkilökunnan riittämätön ammattitaito, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon heikko kommunikaatio ja epäselvä roolijako</p>
<p>Munjal K., Shastry S., Loo G., Reid D., Grudzen C., Shah M., Chapin H., First B., Sirirungruang S, Alpert E., Chason K. & Richardson L.</p> <p>2015</p> <p>USA, Florida</p> <p>Patient Perspective on EMS alternative destination Models</p>	<p>perustutkimus</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus yhdistettynä haastatteluihin</p> <p>Tutkimukseen valikoitui 621 potilasta 13 eri palvelualueelta</p> <p>Kyselyssä selvitettiin käsityksiä potilaslähtöisestä ensihoitojärjestelmästä mukaan lukien ensihoitajien pääsy terveydenhuollon tietueisiin, yhteinen päätöksenteko</p>	<p>93,8% potilaista olisi halunnut enemmän osallistua hoitoaan ja kuljetusta koskevaan päätöksentekoon</p> <p>90,5% vastaajista sopisi, että hänen terveystietonsa lähetettäisiin hoitavaan sairaalaan tai lääkärille</p> <p>86,3% oli sitä mieltä, että ensihoitajien pääsy potilaan terveystietokantoihin lisää hoidon turvallisuutta</p> <p>63%:n mielestä ensihoidossa tulisi olla useampia vaihtoehtoja kuljettaa potilas</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

		<p>potilaan ja/tai perusterveydenhuollon kanssa, kuljetukset vaihtoehtoisin kohteisiin.</p> <p>Kyselyssä selvitettiin myös tiedot maantieteellisistä ja sosioekonomisista tekijöistä sekä ensihoitopalveluiden käyttöhistoriasta.</p>	<p>48,3% oli sitä mieltä, että vaihtoehtoisesti potilas voidaan hoitaa kohteessa ja jättää kuljettamatta 58,2% vastaajista toisaalta piti hyvänä että 69% potilaista oli eri mieltä tai vastusti voimakkaasti ajatusta siitä, että ensihoidon rooli olisi rajoitettava ainoastaan hätätilanteisiin 72,5% potilaalle sopi melko tai erittäin hyvin että ensihoitaja yhdessä lääkärin kanssa puhelimen välityksellä päättävät tarvitsenko potilasta kuljettaa.</p> <p>Suurin osa potilaista tukisi ensihoidon kehittämistä siten sapa että vaihtoehtoiset hoitoratkaisut ja kuljetuskohteet olisivat mahdollisia.</p>
<p>Lankinen I. 2014 Suomi, Turku Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana</p>	Väitös-kirja	<p>Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus ja asiantuntija-arviointi hyödyntäen delphi-menetelmää käyttäen. Sen myötä muodostettiin 5 yläkategoriaa ja 92 päivystyshoitotyön osaamista kuvaavaa alakategoriaa.</p>	<p>Pääkategoriat ovat:</p> <p>Päätöksenteko osaaminen Kliininen osaaminen Vuorovaikutusosaaminen Ohjausosaaminen Eettinen osaaminen</p>
<p>Lindfors-Niilola A. 2014 Suomi Joensuu Kiirettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: Triagehoitajien haastattelut.</p>	Pro-grad u	<p>Haastattelu (n=8) toteutettiin teemahaastatteluna, ja aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen aineistolähtöisellä sisällön analyysillä</p>	<p>Mitä enemmän potilas on ei-kiireellinen, sitä epämääräisemmät ovat hoito-ohjeistukset ja -linjat. Triagen onnistuminen, kuntalaisten tasavertainen kohtelu terveystalveluiden saataavuudessa ja hoidon järjestelyssä sekä päivystysyksikön sisäiset käytännöt ovat kiirettömän potilaan arvioinnin keskeiset tekijät päivystysyksikön toiminnassa</p> <p>Kiirettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjauksessa triagehoitajat kehittäisivät yhteisten kirjallisten hoito-ohjeiden käyttöönottoa, yhdistäisivät päivystyksen omia toimintamalleja, kehittäisivät terveydenhuollon eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua sekä tehostaisivat terveydenhuollon palveluiden toimintaperiaatteista tiedottamista.</p> <p>Tutkimuksessa nousee esille myös terveystalveluiden huonosaatavuus, potilaiden tyytymättömyys terveystalveluihin, uusiauttomuus yksinkertaisten sairauksien hoitamisessa sekä päi-</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

			vystyspoliklinikan sisäisten käytäntöjen yhtenäisyyden puute. Positiivisena asiana nousi esille sairaanhoitajan vastaanotto, jossa potilaat kokivat tullessa kuulluksi ja heidän asiaansa on puututtu.
Lipponen K., Kanste O., Kyngäs H. & Ukkola L. 2008 Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa	Survey-tutkimus	Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja toteutusta arvioitiin potilasohjauksen laatua selvittävällä hoitohenkilöstömittarilla. n=377 Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisilla analyysimenetelmillä SPSS® for Windows 14.0 ohjelmalla.	Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia toimintaedellytyksiä ja hyvää ohjauksen toteutusta. Henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat laatuun Henkilöstö asennoituu potilasohjaukseen myönteisesti, pitää henkilöstön välistä yhteistyötä toimivana ja uskoo omiin kehittämismahdollisuuksiinsa sekä toteuttaa ohjausta laadukkaasti. Tulosten mukaan kehitettävää on ohjausmenetelmien monipuolisuudessa käytössä, ohjauksen ajoittamisessa hoitoprosessin kaikkiin vaiheisiin sekä jossakin määrin henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Henkilöstö koki, että ohjaustoimintaa heikentävät ohjaukseen käytettävissä oleva vähäinen aika, epäasialliset tilat ja puutteellinen välineistö. Omaisten ohjaamiseen suhtauduttiin osittain kielteisesti
Mattila L-R 2001 Tampere, Suomi Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista, Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsittejärjestelmän kehittäminen	Väitöskirja	Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta havainnoimalla sekä haastatteleamalla potilasta (n=50) ja hoitajia (n=50) Aineisto analysoitiin kolmivaiheisesti avoimen, yhteyksiä etsivän, ja valikoivan koodaamisen avulla. Vuorovaikutuskategorioista tunnistettiin ydinkategoriat	Vuorovaikutusta kuvattiin 7 kategorian avulla: 1) kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus 2) aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä 3) potilaan ja hoitajan läheisyys 4) välittämisen kokeminen 5) vahvistuminen 6) tunnekokemuksen jakaminen ja 7) vuorovaikutuksen ympäristö
Meisel Z. F., Pines J. M., Polsky D., Metlay J. P., Neuman M. D. & Branas C. C. 2011 Yhdysvallat Variations in Ambulance Use in the United States: The Role of Health Insurance	Perustutkimus	Logistinen regressioanalyysi 61013 päivystyspoliklinikakäyntiä analysoidiin vuosina 2004-2006	Päivystyskäyntien määrän nousu ja vakuutuksen puute olivat molemmat erikseen merkittävästi yhteydessä ensihoitopalveluiden runsaaseen käyttöön. Metropolialueilla ei-vakuutettujen ensihoitopalveluiden käyttö oli suurinta.
Mikkonen S. 2014	Pro Gradu	kvantitatiivinen tutkimus missä kuvattiin päivystyspoliklinikan	Päivystyspoliklinikan hoitajien mielestä 32,4% päivystyspoliklinikalle kuljetettu kiireetön potilas

LIITE 4
Tutkimustaulukko

<p>Suomi, Tampere</p> <p>Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä</p>		<p>hoitajien (n=33) ja ensihoitohenkilöstön (n=67) näkökulmia potilaan luovutusprosessista</p>	<p>tarvitsee harvoin tai erittäin harvoin ambulanssikuljetuksen. 24,3% päivystyspoliklinikalle ambulanssilla kuljetettu potilas tarvitsee harvoin tai erittäin harvoin päivystyshoitoa. Päivystyspoliklinikan hoitajista ja ensihoitohenkilöstöstä vain murto-osa tuntee nykyisin Suomessa käyttöön otetun ISBAR –raportointimallin. Kommunikaation epäonnistuminen on todettu olevan tyypillisin virheellisen toiminnan lähde. Ensihoitohenkilöstön suullisen raportoinnin laadussa ja päivystyspoliklinikalla suullisen raportin vastaanottokyvyssä on laadullisia eroja.</p>
<p>Morris D. L. & Cross A. B.</p> <p>1980</p> <p>Englanti, Birmingham</p> <p>Is the emergency ambulance service abused?</p>	<p>Perustutkimus</p>	<p>1000 päivystykseen saapuvaa potilasta haastateltiin maaliskuuhun 1978.</p>	<p>51,7% ensihoidon hälytyksistä olivat aiheettomia.</p> <p>Kansalaisten valistus on tarpeellista, mikäli tätä halutaan vähentää.</p>
<p>Mylläri E.</p> <p>2017</p> <p>Tampereen yliopisto</p> <p>Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana</p>	<p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksessa haastateltiin 21 kotona asuvaa 74–94-vuotiasta henkilöä, jotka olivat käyneet Tampereen päivystyspoliklinikalla Acutassa.</p> <p>Teemahaastatteluiden avulla kerätty aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin aineistolähtöisen sisällönanalyysin ja jäsenkategorianalyysin avulla.</p>	<p>lääkkäät hakeutuivat hoitoon pakottavaksi koetun avuntarpeen vuoksi. Päätöstä puolsivat tai jarruttivat käsitykset päivystykseen hakeutumisen vaihtoehtoista tai niiden puutteesta sekä luottamus tai epäluottamus tarpeita vastaan avun saamiseen päivystyksestä.</p> <p>Läheisten ja hoitoalan ammattilaisten mielipiteillä oli usein keskeinen merkitys.</p> <p>Laadun kannalta olennaiset seikat liittyivät hoidon saatavuuteen, päivystyskäynnin tapahtumien ja lopputulosten mielekkyyteen, potilaan hyvinvointiin käynnin aikana, potilaan ja henkilökunnan välisen vuorovaikutussuhteen toimivuuteen sekä potilaiden erilaisien tarpeiden tasapuoliseen huomiointiin.</p> <p>Lääketieteelliseen tasokkuuteen luotettiin, mutta ei aina uskottu saavansa tarpeita vastaavaa apua.</p> <p>Kielteisiä kokemuksia oli yksinjäätyn tunne, epätietoisuus, olosuhteiden epämiellyttävävyys, puutteellinen oireiden lievitys ja nälän ja janon tunne.</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

			<p>Muihin potilaisiin suhtauduttiin sekä myönteisesti että paheksuvasti. Heiltä sekä saatiin että annettiin vertaisapua ja toisaalta koettiin heidät kilpailijoina.</p> <p>lökkäiden kokemuksta voidaan parantaa lisäämällä potilaslähtöisyyttä.</p>
<p>Neely Keith W 1997 Yhdysvallat Ambulance Transports: What are the alternatives?</p>	<p>JUF O 1 lehden artikkeli</p>	<p>Yhteenveto ja johtopäätöksiä tehdyistä tutkimuksista, artikkeli tiedelehdessä</p>	<p>Terveystieteiden henkilöstö turhautuu, kun kansalaiset eivät käytä ensihoitoa ja päivystyspalveluita siten, kun niitä on tarkoitus. Meidän ei tulisi pyrkiä kouluttamaan kansalaisia vaan mieluummin kouluttaa ensihoitohenkilöstöä ja kehittää hoitoonohjausta. Tällä tavalla ensihoitajienkin on mahdollista hallita vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytön aiheuttamia ongelmia ja potilaat saadaan ohjattua oikeaan hoitoon ja hoitopaikkaan siten että eivät koe tullessaan huonosti hoidetuksi.</p>
<p>Pirkka M. 2008 Suomi, Kuopio Sairaanhoitajan ihmiskäsitys ja sen ilmeneminen sairaanhoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa</p>	<p>Progradu</p>	<p>Laadullinen tutkimus Teemahaastattelu 10 sairaanhoitajalle erilaisilta osastoilta. Aineisto analysoitiin teoriasidonnaisesti, teorialähtöisesti ja sisällön erittelyllä.</p>	<p>Hoitotyön holistinen ja humanistinen ihmiskäsitys ei ole tiedostettu kaikilla sairaanhoitajilla. Ihmiskäsityksessä korostuu psyykkinen ulottuvuus. Sairaanhoitajan ihmiskäsitys näkyy sairaanhoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa arvostuksen osoittamisena, joka näkyy ihmisten kunnioittamisena ja arvostamisena. Hoitotyössä korostuu potilaan tunteiden huomioiminen. Käytännössä tarvitaan kommunikatiivisten taitojen vahvistamista ja uudistamista.</p>
<p>Persse D. E., Jarvis J. L., Corpening J. & Harris B. 2002 Yhdysvallat, Houston Customer Satisfaction in a Large Urban Fire Department Emergency Medical Service System</p>	<p>Perustutkimus</p>	<p>Puhelinhaastattelu potilastyytyväisyydestä Randomoidusti kerättiin lokakuu 2001-maaliskuu 2002 välisenä aikana potilaiden yhteystiedot. Näistä kuljetettuja oli 5098 ja ei-kuljetettuja 5859 Näistä tavoitettiin 827 (kuljetetut) ja 924 (ei-kuljetetut)</p>	<p>Puhelinhaastattelu on yksi vaihtoehto selvittää potilastyytyväisyyttä. Suurin haaste on saada kontakti tutkittaviin. Potilastyytyväisyyskyselyn kuuluisi olla kiinteä osa ensihoitojärjestelmän laadun arviointia. Tässä kyselyssä valtaosa sekä kuljetetuista että kuljettamattomista potilaista olivat tyytyväisiä saamaansa ensihoitoon. Eniten tyytymättömyyttä ilmeni siinä, ettei potilaan sairaudesta informoitu riittävästi, että ensihoi-</p>

LIITE 4
Tutkimustaulukko

			tajat eivät selostaneet mitä aikovat tehdä tai potilas joutui odottamaan apua pitkään.
Richards J. & Ferral S. 1998 Yhdysvallat Inappropriate Use of Emergency Service Transport: Comparison of Provider and Patient Perspective	perus-tutkimus	Prospektiivinen poikkeileikkauksellinen tutkimus (n=887)	Ensihoitopalveluiden väärinkäyttö on merkittävä ongelma. Potilaiden ja ensihoitajien näkemyksen kuljetuksen tarpeellisuudesta ovat kuitenkin hyvinkin yhteneväisiä.
Rintala T-M 2013 Tampere Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnä oleminen. Substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä.	Väitös-kirja	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria aikuisen tyypin 1 diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. Aineiston muodostivat diabetesta sairastavien (n=19) ja heidän perheen- jäsentensä (n=19) haastattelut.	Hoidonohjaukseen suositellaan kehitettäväksi perhekeskeisiä interventioita. Perhe näkee pitkäaikaissairasta sairastavan hoitavan itseään päivittäin, osallistuu siihen konkreettisesti tekemällä hoitoon liittyviä asioita, kuten pistämällä insuliinia tai motivoimalla diabetesta sairastavaa. Perheen vaikutus pitkäaikaissairauden hoidossa on merkittävää. Läheisen kokemustietoa ilmentää esim. heidän varautuminen hypoglykemioihin monin eri tavoin.
Schmidt T., Atcheson R., Federiuk C., Clay Mann N., Pinney T., Fuller D. & Colbry K. 2000 Yhdysvallat, Oregon Evaluation of Protocols Allowing Emergency Medical Technician to Determine Need for Treatment and Transport	perus-tutkimus	1300 potilasta kategorisoitiin (1) ambulanssikuljetus (2) vaihtoehtoinen kuljetus (3) ottaa yhteyttä omaan lääkäriin (4) hoidettiin kohteessa. Nämä ristiintaulukoitiin ja analysoitiin Windows (v5,02) tilastointiohjelmalla	3-11% potilaalla jotka jätettiin kuljettamatta, oli kriittinen 'tekijä' terveydentilassa. Ensihoitojärjestelmässä täytyy määritellä hyväksytty raja alitriagelle. Tutkimuksen pohdinnassa kuitenkin todettiin, että näissä oli tapauksia, jotka olivat käytännössä tulkinnanvaraisia. Lisäksi hoitoonohjaukskriteerejä voi olla syytä tarkentaa ja ensihoitajia sitouttaa paremmin niiden noudattamiseen.
Snooks H., Dale J., Hartely-Sharpe M. & Halter M. 2003 Englanti Evaluation of Protocols Allowing Emergency Medical Technician to Determine Need for Treatment and Transport	Kirjallisuus-katsaus	Kirjallisuuskatsaus ensihoidon vaihtoehtoista kuljettaa potilas päivystykseen keskittyen (1) kuljettamatta jätettyjen potilaiden profiiliin (2) ensihoidon hoidontarpeenarvioimiskykyyn ja (3) ensihoidon hoitoonohjauksen vaikuttavuuteen ja potilasturvallisuuteen	Esihoidosta puuttuu kliinisesti turvallinen tapa tunnistaa potilaat, jotka vaativat ambulanssin käynnin kohteessa, mutta ei kuljetusta päivystykseen. Relevanttia tutkimusta ensihoitohenkilöstön tekemästä hoidon tarpeenarviosta ei ole.
Snooks H., Wrigley H. m George S., Thomas E., Smith H. & Glasper A.	Kirjallisuus-katsaus	Medline (1989-97), Healthplan (1983-95), Helmis (1983-95) ja	Paljon tutkimuksia kiireettömien potilaiden päivystyspoliklinikoiden palvelujen käytöstä.

LIITE 4
Tutkimustaulukko

<p>1998</p> <p>Englanti</p> <p>Appropriateness of use of emergency ambulances.</p>	<p>suus- kat- saus</p>	<p>BIDS Embase (1983-97)</p> <p>10 tutkimusta</p> <p>Hakusanat ambulances/utilizaton tai ambulance* JA inappropriate* tai appropriate* tai väärinkäyttö tai hyväksikäyttö; terveydenhuolto JA kiireellinen tai tarpeenarvio; hätätila JA ambulanssi tai terveyspalvelun tai hoito tai lääkintä, sairaalan ulkopuolinen hoito, päivystysaika</p>	<p>Keskeisimmät syyt ovat: potilaat luulevat, että vaiva on hoidettava nopeasti, eivät usko, että perusterveydenhoito pystyisi hoitamaan, päivystysaika sopii potilaalle paremmin ja potilaat uskovat, että vaiva hoidetaan nopeammin.</p> <p>Vain kolmessa tutkimuksessa ensihoidosta oli käytetty tarkkoja kriteereitä tai mittaustapoja. Muissa tutkimuksissa selvitettiin joko ensihoitajien tai potilaiden subjektiivista kokemusta.</p> <p>Kaikki tutkimukset tarkastelivat ambulanssikuljetusten tarpeellisuutta vertaillen potilaiden lopulliseen diagnoosiin ja kotiutumisvaiheen tilanteeseen.</p>
--	--------------------------------	---	--

Hoidon tarpeen arvioinnin runko (Syväoja & Äijälä 2009, 55-56; Alanen ym. 2016, 22-25):		
Yhteydenoton syy	Oirekuvaus	
	Tapahtumakuvaus	
	Muu syy (esim. todistusasiat)	
Esitiedot	Perussairaudet	
	Säännöllinen lääkitys	
	Tilapäinen lääkitys	
	Allergiat ja riskitiedot	
	Hoidot (hoito- ja kuntoutusjaksot)	
Tilanne	Milloin oireet ovat alkaneet	
	Minkälaiset oireet ovat tällä hetkellä	
	Missä tilanteissa oireet ilmenevät	
	Onko oireita esiintynyt aikaisemmin	
	Onko oireita hoidettu ja miten	
Yleisvointi nyt, peruselintoimintojen mittaaminen	Ensiarvio	cABCD –muistisäännön mukaisesti
	Perusmittaukset	<ul style="list-style-type: none"> • Verenpaine, pulssi ja rytmi • Hengitystaajuus ja hengitysäänet, SpO2 • Tajunnantaso (GCS) • Kipu (VAS) • Verensokeri, lämpötila
	Muut mittaukset ja testit	Oireiden perusteella tai lääkitystä varten: <ul style="list-style-type: none"> • 16 –kanavainen EKG • Karkea neurologinen status • Puhallusalkometrilukema • Kipualueen palpoinni ja inspektio • Muut tutkimukset ja testit
Muiden erityisheitkojen huomiointi	Lapsi potilaat	<ul style="list-style-type: none"> • Syöminen ja juominen • Erittäminen • Käyttäytyminen
	Vanhukset	<ul style="list-style-type: none"> • Henkisen tilan muutokset • Toimintakyky
	Muut tilanteeseen vaikuttavat asiat, sosiaalisen tuen tarve	
Kiireellisyys	Hoito-ohjeistuksen mukaisesti	→ Omahoito ja tarvittaessa uusi yhteydenotto → Ohjaus hoitajan tai lääkärin vastaanotolle kiireellisenä tai kiireettömänä oikeaan hoitopaikkaan → Välitön hoito ja kuljetus

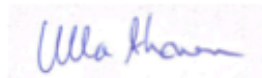
Arvoisa vastaaja,

Opiskelen ylempää korkeakoulututkintoa ensihoidon kehittämistä ja johtamisesta Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa.

Teen opinnäytetyön, jossa tutkin potilaiden kokemuksia ja käsityksiä vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käytöstä ensihoidossa. Sinulle on annettu tämä kyselykaavake, sillä olet ensihoitajien ohjeistuksen mukaisesti tullut päivystyspoliklinikalle muulla kulkuneuvolla kuin ambulanssilla.

Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu siten, ettei vastaajan henkilöllisyyttä tai terveystietoja ole mahdollista selvittää. Kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen. Aineisto käsitellään tilastollisen analyysin ja sisällön analyysin periaattein ja se hävitetään, kun tutkimus on valmis. Tulosten avulla koulutetaan ensihoitohenkilöstöä.

Voit palauttaa täyttämäsi kyselykaavakkeen kuoreen suljettuna aulassa sijaitsevaan postilaatikkoon tai voit antaa sen hoitajalle. Mikäli haluat lisätietoa tutkimuksesta, otathan yhteyttä allekirjoittaneeseen!



Ulla Ahonen
Ensihoitaja AMK
YAMK opiskelija
Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu
ulla.ahonen@edu.xamk.fi

Lupa myönnetty Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin 21.1.2018 ajalle 1/2018- 31.3.2018

Tutkimuksen vastuullinen tutkija Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä:
Osastonhoitaja Tero Pulkkinen tero.pulkkinen@ksshp.fi

Kerro ikäsi:

1) _____ vuotta

Ympyröi oikea vaihtoehto:

2) Sukupuoli:

1. nainen 2. mies

3) Aika vastaushetkellä:

1. Klo 7-15.00 2. Klo 15-22.00 3. Klo 22-7.00

4) Millä kulkuneuvolla tulit päivystykseen?

1. Taksi
2. Paari/invataksi
3. Yksityisauto (oma, läheisen tai jonkun muun)
4. Julkinen kulkuneuvo
5. Kevyellä kulkuneuvolla (mopo, polkupyörä)
6. Kävelen

Vastaa tähän kysymykseen parhaan tietosi mukaan:

5) Kuinka pitkä matka tapahtumapaikalta oli päivystyspoliklinikalle?	_____ km
6) Arvioi, kuinka paljon yksi ambulanssikuljetus keskimäärin maksaa (mukaan lukien omavastuuosuus 25€)	_____ €

Ympyröi oikea vaihtoehto oman kokemuksesi perusteella asteikolla 1-5

5= samaa mieltä 4= osittain samaa mieltä 3= ei samaa eikä eri mieltä 2= osittain eri mieltä 1= eri mieltä

7) Ensivaikutelma ensihoitajista oli hyvä	5	4	3	2	1
8) Ensihoitajat ottivat huoleni tosissaan	5	4	3	2	1
9) Mieleni ja näkemykseni huomioitiin	5	4	3	2	1
10) Tiedän, miksi minun täytyi lähteä päivystyspoliklinikalle	5	4	3	2	1
11) Ensihoitajat perustelivat hyvin, miksi ambulanssikuljetusta ei tarvita	5	4	3	2	1
12) Omaiseni huomioitiin riittävästi	5	4	3	2	1
13) Minulle jäi hyvä kokemus ensihoitajien käynnistä	5	4	3	2	1
14) Matka päivystykseen oli ongelmaton	5	4	3	2	1
15) Matkalla päivystykseen tunsin turvattomuutta	5	4	3	2	1
16) Matkalla päivystykseen pelkäsin, että terveydentilani voisi äkillisesti heiketä	5	4	3	2	1
17) Matkalla päivystykseen tunsin terveydentilani huononevan	5	4	3	2	1
18) Minusta tuntuu, että ambulanssilla tulevat potilaat hoidetaan nopeammin riippumatta heidän tosiasiallisesta kiireellisyydestä	5	4	3	2	1

19) Mielestäni ensihoitajien täytyy kuljettaa potilas ambulanssilla, mikäli hän niin vaatii	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

Ympyröi oikea vaihtoehto oman kokemuksesi perusteella asteikolla 1-5

1= eri mieltä 2= osittain eri mieltä 3= ei samaa eikä eri mieltä 4= osittain samaa mieltä 5= samaa mieltä

20) Mielestäni ambulanssin kuuluu ensisijaisesti olla päivystysvalmiudessa ja kuljettaa potilas vain, mikäli se on hänen terveydentilansa kannalta välttämätöntä	5	4	3	2	1
21) Luotan ensihoitajien arvioon siitä, millainen hoito on parasta minulle	5	4	3	2	1
22) Ensihoitajien antaman ohjauksen ansiosta tiedän, miten toimia samanlaisessa tilanteessa jatkossa	5	4	3	2	1

Ympyröi oikea vaihtoehto:

23) Päivystyspoliklinikalla vastaanottava sairaanhoitaja luki tuomani ensihoitokertomuksen	Kyllä	Ei
24) Opin jotain uutta ensihoitajien toiminnasta tai ensihoitopalvelusta	Kyllä	Ei
25) Mikäli vastasit edelliseen (24) kysymykseen 'kyllä', kerro lyhyesti mitä: _____ _____		

Vastaa tähän omin sanoin:

26) Mitä muuta haluaisit kertoa äskeisestä tapahtumasta ensihoitajien kanssa (enintään kaksi asiaa)?

1. _____

2. _____

Kiitos vastauksestasi!

Tutkimusongelma	Muuttuja	Teoriaosa	Kysymys
Potilaan kokemus ensihoitajan tekemästä hoitoon ohjaamisessa	Ensivaikutelma	8-9	7, 13
	Ensihoitajan luoma turvallisuuden tunne, luottamuksen herättäminen	6-7, 9	8, 15-17
	Yhteistyö ja tasavertaisuus	7, 21	8, 9, 11, 13
	Tiedon saaminen	9-10, 15-16	9, 10, 11
	Potilaan mielipiteiden ja näkemysten huomioiminen	7-8, 19-20	9, 12
	Omaisten huomioiminen	7-8	12
	Yleisvaikutelma	8-9	13
Vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen käyttö potilaan kokemana	Turvallisuuden tunne matkan aikana	18-21	14-17
	Terveydentilan vakaus matkan aikana	18-19	17
	Yhteisymmärryksen saavuttaminen	8-10, 24	10, 11, 19
	Tasavertaisuuskokemus ambulanssilla tullessiin nähden päivystyspoliklinikalla	24	18, 19
	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen	28-29	10, 14, 21, 22, 23
Potilaiden ymmärrys ensihoitopalvelusta	Ambulanssityhjiöt ja tehtäväsidonaisuus	11-13	11, 19, 20
	Sairaankuljetuksen kustannukset ja tarpeellisuusperiaate	13-15, 22-24	6, 10, 11, 19, 20
	Ensihoidon terveyskasvatuksellinen arvo	13-14	10, 11, 13, 21, 23, 24-25
	Ensihoitaja hoidon tarpeen arvion tekijänä ja hoitoon ohjaajana	15-25	11, 13, 21, 22
	Potilaan asema ensihoitopalveluiden käyttäjänä	2-4	19, 20
	Palveluymmärrys	2	18, 19, 20, 24

OHJAUS (n=34)		
<p>Minua yllätti pitkäaikainen analysoivat kysely kotonona</p> <p>Asiat käytiin läpi ja potilaan tila diagnosoitiin</p> <p>Kyselivät ja kuuntelivat asiat sairaudesta rauhallisesti</p> <p>Kyselivät tarkasti + hoidosta</p> <p>Potilasta ei kuunnella tarpeeksi kun toimitaan ohjeistuksen mukaan jäykästi</p> <p>Raporttiin (ensihoitokertomus) ei tullut kaikkia kuvailemiani murheita</p> <p>kaikki asianomaiset tarkastettiin asiaan kuuluvalla tavalla</p> <p>Minua puhutettiin ja kyseltiin sairaalahistoriasta ja sairaudesta vaikka olin heikko ja suu niin kuiva kuin sahara. oli vaikea puhua. Ymmärrän että on hoitajille opin paikka, mutta minun keholle ja mielelle kärsimys</p> <p>Asialliset kysymykset, otti huomioon kaikki, sain turvallisen olon, ymmärryksestään., tilanteistani</p>	<p>Perehtyminen potilaan asiaan</p> <p>Haastattelun laatu</p> <p>Haastattelun määrä</p> <p>Kuulluksi tuleminen</p>	<p>Potilaan asiaan perehtyminen</p>
<p>Sain tarvitseminen tiedon</p> <p>Selostivat selvästi, kuuluvasti ja asiallisesti</p> <p>lääkäreille henkilöille tarpeen yksinkertainen selitys a.o.- asiasta</p> <p>selvittivät asioita hyvin ja monipuolisesti</p> <p>Selkeä käsitys miten hoidetaan, toimivat reippaasti ja homma eteni hyvin</p> <p>Ensihoitajat osasivat hommansa ja olivat asiallisen ystävällisiä</p> <p>Luontevaa keskustelua, antoivat aikaa ja tilaa miettiä, mitä haluan kysyä</p> <p>Omaisilla ei huomioitu ollenkaan, ei sanottu sanaakaan</p> <p>Minua ärsytti, että minua sanottiin apaattiseksi, koska en itkenyt ta ollut dramaattinen, vaan hengittelin vain rauhassa. Minulle siis sanottiin monta kertaa apaattisuudesta ja siitä, että minulla olisi mielenterveysongelmia ja niistä johtuisi selkäkipuni, vaikka sanoin monta kertaa, että en dramatisoitunut</p>	<p>Kommunikoinnin selkeys</p> <p>Oleellisen löytäminen ja asian kiteyttäminen</p> <p>Annettiin aikaa miettiä kysymyksiä</p> <p>Tiedon anto potilaan terveydentilasta (myös omaisille)</p>	<p>Tiedon anto</p>

<p>Selkeät käskyt ja ohjeet</p> <p>Saatiin mukaan selkeä "lähete", johon listattu hoito (toimenpiteet)</p> <p>Osasi hoitaa asian hyvin ja luotettavasti</p> <p>Olisin halunnut tietää onko hoito ns pakollista, koska rahatilanne heikko ja matkat maksavat</p> <p>En huomaa enkä tiedä miksi olen täällä</p> <p>Olo rauhottui</p> <p>Neuvottelutaito</p> <p>Hoito sujui hyvin</p> <p>Autokolaripaikalla pätevää ja ammattitaitoista järjestelmällistä työskentelyä (tuli turvallinen ja rauhoittunut olo koska "olin shokissa"</p>	<p>Ohjauksen selkeys</p> <p>Kirjallinen ohjaus</p>	<p>Ohjaaminen</p>
<p>Neuvottelutaito</p> <p>Ensihoitajat vaativat että jatkan ksks;ään kaa-tuessani pahasti pääni. Itse olisin mennyt kotiin, he tekivät oikean ratkaisun</p> <p>ohjeistus, että saa antaa yhden pussin nestettä ja sitten on odotettava aamuun tuntui kidutukslta kun oksensin jokaisen suun kautta saamani vesi tipan. meinasin kuivua kokonaan</p> <p>Olen itse sh ja tiedän etten todellakaan turhaan soita 112 ja "pyydä" ambulanssia</p> <p>Olen myös ollut ambulanssissa töissä, joten EN TÄSTÄKÄÄN SYYSTÄ KUVITTELE ETTÄ KYSEESSÄ ON TAXI!!!</p>	<p>Yhteisymmärrksen saavuttaminen</p>	
<p>ja ehkä sen miten arvioida itse omaa tilannetta paremmin</p> <p>Kertoivat miten toimia verenvuodon sattuessa</p> <p>Että ei kiireellisissä/välittömässä hengenvaara-assa olevat voidaan kuljettaa pyörätuolitaksilla</p>	<p>Oman tilan arviointia</p> <p>Tilanteen kiireellisyyden arviointia</p> <p>Ensiapuopetus</p>	<p>Terveyskasvatus</p>
<p>Jos ei ole hengenhätä, niin ambulanssi ei tuo, vaan taksi toimii silloin</p> <p>Joka päivä opi ja ei käy kovin usein, niin että, jälle opi lisää!!!</p> <p>Tottakai minä opin, kun en ole aiemmin tämmöisissä asioissa käynyt</p>	<p>Ensikertalaisen kokemukset</p>	

Ruotsin kielen taito		Muu
VAIHTOEHTOISEN KULJETUSMUODON KÄYTTÖ (n=10)		
<p>He jopa soittivat ja tilasivat kelataksin!</p> <p>Että ne auttavat omaan autoon, jos eivät ota mukaan</p> <p>Invataksikusi oli myös hyvin asiallinen ja palvelu ystävällistä. Ensihoitajat samoin</p>	<p>Taksinkuljettajan palvelu ystävällistä</p> <p>Ensihoitajat auttoivat vaihtoehtoisen kuljetusmuodon tilaamisessa ja käytössä</p>	Turvallisuuden tunne
<p>Tunsin oloni turvalliseksi (saattaja mukana)</p> <p>Onko taksikuskillla hoitajan taitoja jos äiti olisi mennyt tajuttomaksi. Olisiko auton AJO OLLUT TURVALLISTA JOS ÄIDIN KUNTO OLISI ROMAHTANUT NIIN KUIN SAIRAALASSA</p> <p>baari/invataksin kuljettaja hoiti meidät turvallisesti perille</p> <p>Muistamaton potilas voidaan laittaa invataksiin, vaikka omainen ei olisi mukana. Muistamaton voi mennä sekaisin kun ei ymmärrä missä on eikä tiedä mitä tapahtuu</p>	<p>Avun saannin tunne</p> <p>Taksinkuljettajan turvallinen ajo</p> <p>Turvallisuuden tunne käytettäessä vaihtoehtoisia kuljetusmuotoja</p>	
<p>baari/invataksin kuljettaja vei äidin ensihoitokertomuksen Akuuttiin hoitajalle. Mietin onko oikein antaa taksikuskillle äitin sairaus/lääkekertomus</p>	<p>Tiedon kulku</p> <p>Tietosuoja</p> <p>Terveystiedot</p>	
PALVELUYMMÄRRYS (n= 28)		
<p>Tulivat tarvittaessa</p> <p>Saapuivat nopeasti</p> <p>Paikalle tultiin nopeasti, yhteydenotto sairaalaan sujui myös nopeasti</p> <p>Kävivät, lähtivät pois kiireellisemmän tapauksen vuoksi -> odotusaika muodostui liian pitkäksi</p>	<p>Ensihoidon lähtövalmius</p> <p>Ensihoidon yhteys muuhun terveydenhuoltoon</p> <p>Kiireellisyysperiaate</p>	Ensihoidon ydintehtävä

<p>Ambulanssi tulossa voi kestää kauankin. Odotin tunnin ulkona kylmässä. Olisin saanut jonkun tueksi siinä ajassa.</p> <p>Paikalle tultiin nopeasti, yhteydenotto sairaalaan sujui myös nopeasti</p>		
<p>miten ne toimivat</p> <p>kotona suoritettiin erilaisia mittauksia (esim. verenpaine, sydänpaino, lämpö)</p> <p>Kuljetusta ei tehdä automaattisesti</p> <p>Ymmärsin mihin ambulanssi oli tarkoitettu</p> <p>Tiedän nyt kuinka ensihoito toimii</p> <p>Miten koko prosessi toimii ei niin kireessä tilanteessa</p> <p>Ylipäätään sen, mitä ambulanssissa tehdään/minkälaisia tutkimuksia ensihoitajat tekevät (ensimmäinen kertani)</p>	<p>Ensihoidon tekemä hoidontarpeen arvio kiireettömissä tehtävissä</p> <p>Ensihoitajien kyky määrittellä potilaan terveydentila</p> <p>Kuljetuksen tarpeellisuuden määrittely</p>	
<p>'Vaatii monenlaista taitoa ja tietoa sekä sosiaalisuutta</p> <p>Hoitohenkilöstä oli ammattitaitoista</p> <p>He ovat hyviä ja ammattinsa osaavia</p> <p>Asiansa tuntevia</p> <p>Palvelu on ystävällistä ja parantunut vuosien myötä ("kokemusta on")</p> <p>olen vuosien varrella joutunut monesti tekemisiin eri ambulanssi henkilöiden kanssa ja nykyisin ovat tosi osaavia, sekä laitteet ovat hyviä, joita käyttävät ovat hyviä</p>	<p>Ensihoitajien ammattitaito</p> <p>Palvelujen parantuminen</p>	<p>Asiantuntijapalvelu</p>
<p>Luulin kuljetuksen aina kuuluvan toimenpiteeseen</p> <p>Kuljetusta ei tehdä automaattisesti</p> <p>Toivoisin, että matkat olisi halvemmalla järjestettävissä</p>	<p>Kuljetuksen tarpeellisuusperiaate</p>	

LIITE 8
Sisällönanalyysin luokittelu

<p>Opin olemaan luottavainen ammatti ihmisten työskentelyyn.</p> <p>Että ensihoitokertomus ei takaa oikeusturvaani. Ainoastaan ensihoitohenkilöstön oikeusturvan</p> <p>Paras hoito on Suomessa</p>	<p>Luottamus ensihoitoon</p>	
<p>Paraisilla (ainakin nyt) ”oma” ambulanssi, siis siellä päin</p> <p>Satakunnan sairaanhoitopiirillä on Rauhalla käytössä vai kaksi ambulanssia</p> <p>koko ensihoito on ajettu niin alas ettei näin voi jatkua. Uusi ohjeistus ei toimi. Potilasta ei kuunnella tarpeeksi kun toimitaan ohjeistuksen mukaan jäykästi</p>	<p>Oman alueen ensihoitoyksiköiden määrä</p> <p>Ensihoidon operatiiviset ohjeet</p>	<p>Palvelutaso</p>

