

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysten edistämisen koulutusohjelma / ylempi AMK

Marko Tolonen

ENSIHOITOPALVELUN ASIAKKAAN AVUN TARVE 15D:LLÄ MITATTUNA

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma/Ylempi AMK

TOLONEN MARKO

Ensihoitopalvelun asiakkaanavun tarve 15D:llä mitattuna

Opinnäytetyö

58 sivua + 5 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Hilikka Dufva

Toimeksiantaja

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri / Ensihoitokeskus

Marraskuu 2011

Avainsanat

Ensihoito, asiakas, avun tarve, 15D

Tutkimuksessa kartoitetaan ensihoitopalvelun kohtaaman asiakkaan avun tarvetta 15D- elämänlaatumittarilla. Tutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden avun tarvetta mittarin viidellätoista eri osa-alueella: liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Tutkimus tehtiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin toimeksiannosta.

Tutkimuksen aineistona oli 295 ensihoitopalvelun kohtaamaa asiakasta, joille apua oli hälytetty hätäkeskuksen 112-numeron kautta. Ensihoitajat arvioivat asiakkaat strukturoidun lomakkeen avulla. Aineisto analysoitiin PASW Statistics 18 -ohjelman avulla. Ensihoidon asiakkaiden avun tarve jaettiin tärkeimpään, toiseksi tärkeimpään ja kolmanneksi tärkeimpään avun tarpeeseen.

Tulokseksi saatiin, että suurin osa avun tarpeesta määrittyi somaattisten toimintojen alueille. Yleisimpiä avun tarpeen alueita olivat vaivat ja oireet (40 %) ja liikuntakyky (19 %). Seuraavaksi tärkein avun tarve oli tavanomaisten toimintojen alue (11,2 %), joka kuvaa osin sosiaalista avun tarvetta. Tuloksista havaittiin, että psyykkisen avun tarpeen alueista masennus ja ahdistus olivat tärkeimpiä (yhteensä 5,8 % tapauksista).

Tulosten perusteella ensihoitoon tarvitaan oma mittari, jolla arvioidaan ensihoidon asiakkaan avun tarvetta. Oma mittari antaisi tarkempaa tietoa ensihoitopalvelun kohtaamasta avun tarpeesta.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Master Level Programme in Health Promotion

TOLONEN, MARKO	Emergency care client's need for help measured by 15D
Master's Thesis	58 pages + 5 pages of appendices
Commissioned by	North-Savo hospital district
Supervisor	Hilkka Dufva, Principal Lecturer
March 2011	
Keywords	Emergency medical service, the need for help, 15D

This study examined emergency care clients' need for help by 15D quality of life indicator. Study examined the clients' need for assistance using fifteen different areas of the meter: mobility, vision, hearing, breathing, sleeping, eating, speaking, elimination, basic functions, psychological functions, complaints and symptoms, depression, anxiety, energy and sexual life. The study was conducted as assignment of North-Savo hospital district.

The research material consisted of (n) 295 clients' needing emergency care services, for whom help had been alerted help by calling the emergency exchange number 112. Emergency nurses assess the clients using structured forms. The data was analyzed using PASW Statistic 18 -program. Emergency care clients' need for assistance was divided to the most important, the second most important, and the third most important need of assistance.

According to the results most of the need for assistance was on somatic functions areas, 40% of them being complaints and symptoms and 19% those of the mobility. The next most important need for help was that for basic functions 11.2%, which describes the extent of social need of assistance. According to the results the psychological need for assistance was the most important in the areas of depression and anxiety forming a total of 5.8% of the cases

According to the results a specific indicator should be developed for emergency care. To assess emergency care patients' needs for help and to provide more detailed information about the need for primary care services faced by the field.

SISÄLLYS

ALKUSANAT	6
1 JOHDANTO	7
2 TAUSTA JA TARKOITUS	9
3 ENSIAVUSTA ENSIHOITOON – HISTORIA JA LAKIPERUSTA	10
4 LÄÄKINNÄLLINEN PELASTUSTOIMINTA	12
4.1 Ensihoitopalvelu	15
4.1.1 Häätäkeskus	16
4.1.2 Ensivastetoiminta	16
4.1.3 Perustasoinen ensihoito	17
4.1.4 Hoitotasoinen ensihoito	18
4.2 Ensihoitohenkilöstö	18
4.3 Ensihoidon tehtävät	20
4.4 Ensihoitajan kohtaamat potilaat	21
4.4.1 Ensihoitopalvelun kohtaama yksilöllinen ihminen	22
4.4.2 Ihmiskäsitys ja ihmisen tuntemukset	23
4.4.3 Kivun tunteminen ja muut emootiot	24
4.4.4 Ihmisen tajunnallisuus	25
5 ELÄMÄNLAATU JA SEN MITTAAMINEN	25
5.1 Elämänlaatu	26
5.2 15D- Mittari	28
5.3 Aikaisempia tutkimuksia 15D:lla	29
5.4 Muita elämänlaatumittareita	31
5.5 Aikaisempia tutkimuksia 15D:llä ensihoidosta	32
5.6 15D- mittarin käyttö tässä tutkimuksessa	33
6 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSAINEISTON KOKOAMINEN	34
6.1 Otos	35
6.2 Tutkimuksen menetelmä	36
6.3 Aineiston analyysi	36
7 TUTKIMUSTULOKSET	37
7.1 Aineiston kuvaus	37

7.2	15D- mittarilla kerätyt tulokset	40
7.3	Yhteenveto 15D:n tuloksista	43
7.4	Tulosten yleistettävyys	45
7.5	Tulosten tarkastelu	45
8	POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	46
8.1	15D- mittarin käyttö arvioitaessa asiakkaan avun tarvetta	51
8.2	Reliabiliteetti ja validiteetti	52
8.3	Tutkimuksen eettisyys	53
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	

Liite 1. Ensihoitopotilaan arviointilomake 15D

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Tutkimuslupa

ALKUSANAT

Olen saanut tehdä työtä käytännön ensihoidon parissa lähes koko työurani ajan. Asiakastilanteet, joita sairaalan ulkopuolisessa hoitotyössä kohtaa, ovat monin tavoin herkkiä. Työssä vaaditaan inhimillisyyttä ja ihmisen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Haluan esittää kiitokseni kaikille ensihoidon ammattilaisille, joiden kanssa olen saanut työskennellä ja oppia heiltä. Kiitokseni tuesta ja kannustuksesta esitän työni ohjaajalle Hilalle, sekä työelämän ohjaajilleni Heikille ja Jounille. Erityiskiitoksen haluan esittää vaimolleni Tiinalle kyvystä seisoa rinnalla, kun sitä olen tarvinnut. Erityiskiitoksen esitän myös 85-vuotiaalle isoäidilleni Salmelle, joka on opettanut minulle paljon elämästä ja sen arvoista.

Marko Tolonen, Kotkassa 8.11.2011

1 JOHDANTO

Suomen terveydenhuolto on muutoksen kourissa. Kansanterveyslaki (L 66/1972) ja Erikoissairaanhoitolaki (L 1062/1989) ovat yhdistyneet Terveydenhuoltolaiksi (L 1326/2010). Muutoksen myötä terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapaus lisääntyy ja hoito tehostuu. Muutos vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja terveyden edistämistä, sekä varmistaa asiakkaan tarkoituksen mukaisen hoidon saannin. Myös sairaalan ulkopuolinen ensihoitotyö koetaan entistä tärkeämmäksi osaksi perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa. Ensihoidon valvontavastuu on siirtymässä kunnilta sairaanhoitopiireille.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) johdattaa ensihoidon perustehtävään. Lain mukaan Suomessa pysyvästi asuvalla ihmisellä on oikeus hoitoon ilman syrjintää niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Ensihoitojärjestelmä vastaa omalta osaltaan potilaan terveydentilan äkillisiin muutoksiin. Akuutti muutos terveydentilassa koskettaa potilaan omaa psyko-fyysistä ja psyko-sosiaalista maailmaa, mutta se koskettaa myös läheisiä, jolloin avuntarve on laajempi. Muutos terveydentilassa johtuu usein somaattisesta eli elimellisestä ongelmasta, kuten sydäninfarktista. Joskus kuitenkin syy jää selvittämättä tai oletetun terveydentilan muutoksen takaa paljastuukin psykososiaalinen tai sosiaalinen ongelma esimerkiksi yksinäisyys. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 14)

Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on kehittynyt voimakkaasti viimeisten vuosikymmenten aikana ja se on keskittynyt somaattiseen sairaudenhoitoon. Suomessa ensihoidon historia on nuorta. Aiempina vuosikymmeninä 80- ja 90-luvulla on puhuttu ensiaputoimista sairaalan ulkopuolella ja asiakas on siirretty ambulanssin kyytiin ja kiihdytetty sairaalaan. Nykypäivänä puhutaan ensihoidosta ja asiakkaan hoito alkaa jo kohdattaessa, parhaimmillaan jopa tehohoidon keinoin. Samalla koko ensihoitoketju on kehittynyt. Kun ihminen soittaa hätänumeroon, hätäkeskus ohjeistaa soittajaa ensiaputoimista ja arvioi hoidontarpeen, sekä hälyttää paikalle tarkoituksenmukaisimman avun. Kohteessa ensihoitopalvelun työntekijät aloittavat eritasoisia hoitoja potilaille riippuen hoidontarpeesta ja yksikön toimintaedellytyksistä.

Kunnissa ja sairaanhoitopiireissä on eroavaisuuksia, kuinka ne ovat järjestäneet oman ensihoitojärjestelmänsä. Ensihoitojärjestelmät poikkeavat toisistaan laadullisesti ja määrällisesti. Parhaimmillaan kunta ja sairaanhoitopiiri ohjeistaa sairaalan ulkopuoli-

sen ensihoitopalvelun tuottajan, kouluttaa henkilökunnan ja valvoo sekä ohjeistaa sitä jatkuvasti. Tällä kaikella on merkitystä, kun yksittäinen ihminen sairastuu tai vammautuu vakavasti. (Castren ym. 2009, 16.)

Ensihoitaja kohtaa työssään usean eri kiireellisyysluokan potilaita. Kiireellisyys määräytyy ensisijaisesti hätäpuhelun soittajan antamien tietojen perusteella ja hätäkeskuksen tekemän kiireellisyysluokituksen eli riskinarvion mukaan. Potilaan kohdattuaan ensihoitohenkilöstö arvioi tilanteen uudestaan sairauden, tapaturman tai raskauden aiheuttaman oireen mukaan.

Esimerkki 1.

”Ambulanssi hälytetään korkeanriskin tehtävään 78-vuotiaan leskirouvan luo klo 03.15 talvisena aamuna, sillä rouva valittaa hengitysvaikeutta ja rintatuntemusta. Ensihoitajien kohdattua potilaan hän kertoo hengenahdistuksen helpottaneen heti, kun apu saapui paikalle. Asiakas tutkitaan tämän kotona ja huomataan, että missään peruselintoimintoja kuvaavissa tutkimuksissa (EKG, verenpaine, happisaturaatio jne.) ei löydetä normaalista poikkeavaa. Kerrattaessa rouvan kanssa yön tapahtumia ilmenee, että potilaalla ollut unettomuutta ja yksinäisyydestä johtuvaa psyykkistä ahdistusta kuten monena aiempanakin yönä. Asiakas kertoo asioistaan, miten on päivänsä viime aikoina viettänyt ja että aika kuluu niin kovin hitaasti, mutta nyt olo on helpottanut kun apu on tullut kohteeseen. Tutkittaessa potilaan oman kotihoitokansion papereita huomataan, että ambulanssi oli käynyt myös edellisenä yönä saman vaivan vuoksi. Ensihoitajat keskustelevat rouvan kanssa vielä noin 20 minuutin ajan ja soittavat vielä lääkärille varmistuksen siitä, että asiakas voi jäädä kotiin nukkumaan. Tehtävään kuului aikaa noin yksi tunti ja kaupungin korkeimman lääkehoidollisentason yksikkö oli varattuna tehtävään.” (Partanen, Kuopio 11/2009)

Kohteessa yleensä tilanteen arvioijana ensihoitopalvelun toimesta toimii ensihoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja, pelastaja tai palomies-sairaankuljettaja. Joskus ensihoitotilanteen arvioi paikalle tullut lääkäri. Tässä työssä kaikista muista ensihoitotyötä tekevästä henkilöstä paitsi lääkäristä käytetään nimitystä ensihoitaja. Ensihoitaja ei ole laillistettu nimike, kuten sairaanhoitaja on. Ensihoitaja-nimikkeen käyttö on usein kirjavaa. Käytännössä kaikista ensihoitopalvelun työntekijöistä voidaan käyttää nimitystä ensihoitaja. Ensihoidon asiakkaista käytetään tässä työssä nimitystä asiakas tai potilas.

2 TAUSTA JA TARKOITUS

Kun apua hälytetään, soittaja kertoo hätäkeskukselle kuvauksen tilanteesta. Usein avunpyyntö on välttämätön ja perusteltu, mutta se on kuitenkin aina ihmisen tuntema subjektiivinen näkemys. Kuten aiemmasta *esimerkistä 1* huomataan, tässä tapauksessa hengenvaarallisena pidetyn korkeariskisen oireen takaa paljastuu oire, joka johtuukin sosiaalisesta ongelmasta.

Ensihoitopalvelu kohtaa työssään myös tämäntyyppisiä tehtäviä. Tiedot jotka ennen kohteeseen saapumista on saatu, saattavat olla erilaiset asiakkaan kohtaamisen ja tutkimisen jälkeen. Hätäkeskus tekee nopean noin 90 sekuntia kestävänsä protokollamaisen arvion tilanteesta näkemättä asiakasta soittajan antamien tietojen perusteella ja ensihoitaja arvioi tilanteen kohdattuaan asiakkaan. Tämä tosiasia tuo oman haasteensa. Tämän työn tarkoituksena on kartoittaa, millaista apua asiakkaat odottavat ensihoitopalvelulta ja voidaanko sitä selvittää tämän työn metodeilla. Lisäksi työn tarkoituksena on kartoittaa, minkälaiset ensihoitotason yksiköt ajavat mitäkin tehtäviä ja kuinka paljon.

Suomessa on vähän tutkittua tietoa siitä, mikä on todellisen avun tarve suhteessa esitietoihin, joita ihminen on antanut apua hälytettäessä. Ihmisen tuntemus ja toiminta on aina subjektiivinen. Ihminen on psykofyysinen kokonaisuus ja psyykinen tuntemus voi aiheuttaa somaattista kipua. On haastavaa selvittää, millainen on todellinen avun tarve. Avun tarpeen määrittäminen vaatii soveliaan mittarin. Tässä työssä käytetään 15D- elämänlaatumittaria avun tarpeen määrittämisessä. 15D-mittarissa on 15 elämänlaadullista ulottuvuutta, kuten näkö, kuulo, liikuntakyky, hengitys. Mittarilla saadaan tietoa avun tarpeesta. Mittaria ei ole suunniteltu ensihoidon tarpeisiin, joka aiheuttaa oman haasteensa. Kyseessä on määrällinen kartoitava tutkimus.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaisille elämänlaadun osa-alueille ensihoitopalvelun käyttäjän avun tarve määrittyy. Avun tarpeen mittarina toimii elämänlaatumittari 15D. Tutkimus tuottaa epidemiologista tietoa ensihoitopalvelun asiakkaan akuutista hoidon tarpeesta. Avun tarve voi olla somaattista, psyykkistä ja sosiaalista.

Tutkimuksella voidaan kartoittaa ja suunnitella ensihoitopalvelun resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. Saadun tiedon perusteella on mahdollista suunnitella tulevaisuuden ensihoitopalvelun yksikkörakennetta, myös sosiaalisen avun tarpeeseen.

Tutkimuksesta hyötyvät hätäkeskus, ensihoitopalveluntuottaja, -ostaja sekä apua tarvitseva asiakas. Tutkimuksesta hyötyvät myös ensihoidon perus- ja täydennyskoulutusta antavat tahot. Muita hyötyjiä ovat eritasoiset kotihoidon, kotisairaanhoidon ja sosiaalitoimen organisaatiot.

3 ENSIAVUSTA ENSIHOITOON – HISTORIA JA LAKIPERUSTA

Tässä luvussa kerrotaan sairaalan ulkopuolisen ensiaputoiminnan ja myöhemmin ensihoidoksi nimetyn toiminnan historialliset perusteet sekä toiminnan tämän hetkinen lakipohja. Tutkimusaineisto on kerätty ennen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportin 1.5.2011 tuloa.

Aikaisemmilla vuosikymmenillä ensihoito-käsitettä ei ole ollut, vaan on puhuttu sairaankuljetuksesta. Nykyäänkin vielä sairaankuljetuksesta puhutaan ja sitä käytetään jopa virallisissa dokumenteissa, vaikka se ei nykyään riitä kuvaamaan ensihoidon mahdollisuuksia. (Castren ym. 2009, 10.)

Suomessa ensihoidon ja ensiavun kehitys on lähtenyt liikkeelle jo 1900-luvun alussa, jolloin Helsingin pelastuslaitos aloitti sairaankuljetustoiminnan ja otti käyttöön ensimmäiset sairaankuljetusvälineistöt ja hevosvossikat. Havaittiin, että vakavimmin sairast tai loukkaantuneet potilaat menehtyivät ennen sairaalahoitoon pääsyä. Maailmalla riehuneet sodat ja niistä saadut kokemukset ovat olleet yksi kehitysaskel ensihoidon historiassa. Vietnamin sodassa 60- ja 70-luvuilla haavoittuneen hoito muun muassa hengityksen tukemisella ja suonensisäisellä nestehoidolla aloitettiin välittömästi jo sotatantareella. Myönteisten kokemusten saattelemana ensihoitoa alettiin kehittää myös rauhan ajan olosuhteisiin. (Holmström, Kuisma & Porthan 2009, 25.)

Euroopassa ja Venäjällä ensihoidon kehitys alkoi lääkäriambulansseista, joista ensimmäiset otettiin käyttöön Moskovassa 1950-luvulla. Sydämen rytminsiirron eli kammiovärinän defibrilloinnin merkitys huomattiin 1960-luvulla ja lääkäriambulansseihin sijoitettiin suurikokoisia sydänvalvonta- ja rytminsiirtokoneita. (Holmström, ym. 2009, 25.)

Suomessa ensihoitotoiminta jalkautui sairaalan ulkopuoliseen toimintaan 1970-luvun alussa, kun Helsingissä käynnistettiin lääkäriambulanssitoiminta. Samoihin aikoihin Helsingissä aloitettiin kaikille sairaankuljetuksessa työskenteleville henkilöille pakolliset opinnot terveydenhuollonoppilaitoksessa. Sen jälkeen on tullut erilaisia ensihoi-

dollisia koulutusohjelmia, kuten alueelliset hoitotasonkurssit ja lääkintävahtimestarikoulutus, jotka nykypäivänä on jo lopetettu. Vasta vuosituhanen vaihteessa (1998) Suomessa ovat alkaneet ensimmäiset ensihoitaja-ammattikorkeakoulutukset, mutta vieläkään ensihoitajatutkintoa ei ole hyväksytty terveydenhuollon tutkinnoksi eikä sillä ole laillistettua ammatinharjoittamisoikeutta kuten sairaanhoitajalla on. Siksi tänä päivänä ensihoitajakoulutukseen sisältyy myös sairaanhoitajaopinnot. (Holmström ym. 2009, 37.)

Ensihoitokäsitteen 40-vuotinen historia pitää sisällään erilaisia määritelmiä ensihoidosta. Nykyään ensihoito koetaan osana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita. Terveydenhuoltolaki tulee osaltaan rakentamaan ensihoidon kenttää ja määrittämään, millaisia valmiuksia ja koulutuksia ambulanssityöskentelyssä vaaditaan.

Ensihoito ja sairaankuljetus ovat osa kansanterveyslain (L 66/72) mukaista kunnallista sairaanhoitoa sekä erikoissairaanhoidon lain (L 1062/89) mukaista sairaanhoitopiirien toteuttamaa erikoissairaanhoidon. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisvastuu kuuluu kunnalle. (Holmström ym. 2009, 28.)

Sairaankuljetustoiminnassa tapahtuvalla ensihoidolla tarkoitetaan asetuksessa (565/1994 2 §) asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä. (L 66/72 §14)

Sairaankuljetusasetuksen (565/94) mukaisen perustason toiminnan sekä henkilökunnan ohjaus ja valvonta kuuluvat terveyskeskukselle sekä hoitotason ohjaus ja valvonta yhdessä sekä sairaanhoitopiirille että terveyskeskukselle. (Holmström ym. 2009, 28.)

Terveydenhuollossa toimivien kaikkien henkilöiden työtä ja toimintaa ohjaavat säädökset ja vastuulääkäreiden ohjeet. Kunnassa tulee olla nimetty ensihoidon vastuulääkäri, joka ohjeistaa ja valvoo sairaalan ulkopuolista toimintaa. Vastuulääkäri vastaa eritasoisten ensihoidontyöntekijöiden hoitovelvoitteista. Hoitovelvoite velvoittaa antamaan kohdatulle asiakkaalle hoidon tarpeen määrittämää hoitoa. Ohjeet ja velvoitteet eivät voi olla vallitsevasta säännöstöstä poikkeavia ja jokaisen ensihoidossa toi-

mivan henkilön tulee itse henkilökohtaisesti ottaa huomioon juuri häntä koskevat säädöspohjan määrittämät vastuut ja velvollisuudet, terveydenhuollon sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) tai lääninhallituksen ohjeet sekä säädöspohjaa täydentävät vastuulääkärin pysyväisohjeet ja henkilökohtaiseksi tarkoitettut määräykset. (Holmström ym. 2009, 28.)

4 LÄÄKINNÄLLINEN PELASTUSTOIMINTA

Tässä luvussa kerrotaan ensihoitopalveluketjun rakentumisesta sairaalan ulkopuolella ja selvennetään millainen prosessi käynnistyy, kun järjestelmä aktivoidaan soittamalla hätäpuhelu numeroon 112. Luvussa puhutaan jonkin verran poistuvasta käsitteestä lääkinnällinen pelastustoimi, joka on potilaan hoidon toiminnallista tapahtumaketjua kuvaava käsite.

Lääkinnällinen pelastustoiminta on Erikoissairaanhoidolain 1 pykälän 2 momentin mukaisesti säätämää toimintaa. Sillä tarkoitetaan terveydenhuollon äkillisten tilanteiden hoitamiseksi tarvittavaa toimintaa. Tällaista toimintaa on terveyskeskusten ja sairaaloiden ulkopuolella annettava ensiapu, ensihoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana sekä välitön ensihoito sairaalassa. Toimintaan tarvittavia valmiusyksiköitä ovat esimerkiksi terveyskeskusten ja sairaaloiden lääkintä- ja valmiusryhmät, sopimukseenmukaiset ensiapuryhmät ja sairaankuljetus sekä laitosten hätätilanteiden päivystystoiminta, näiden ohjaamiseen tarvittavat johtamis- ja tietoliikenne- sekä asiantuntija- ja tukijärjestelmät.

Lääkinnällinen pelastustoiminta ja se, miten laajaksi käsitteen sisältö eri tilanteissa muodostuu, määräytyy toisaalta paikallisten olosuhteiden ja tarpeiden perusteella. Se määräytyy myös toiminnan järjestämisen ja käytettävissä olevien voimavarojen perusteella. Tiivistettynä lääkinnällinen pelastustoimi sisältää ensihoitojärjestelmän eli toimintaketjun avun hälyttämisestä siihen asti kunnes potilas on lopullisessa hoitopaikassa. (L 1062/89)

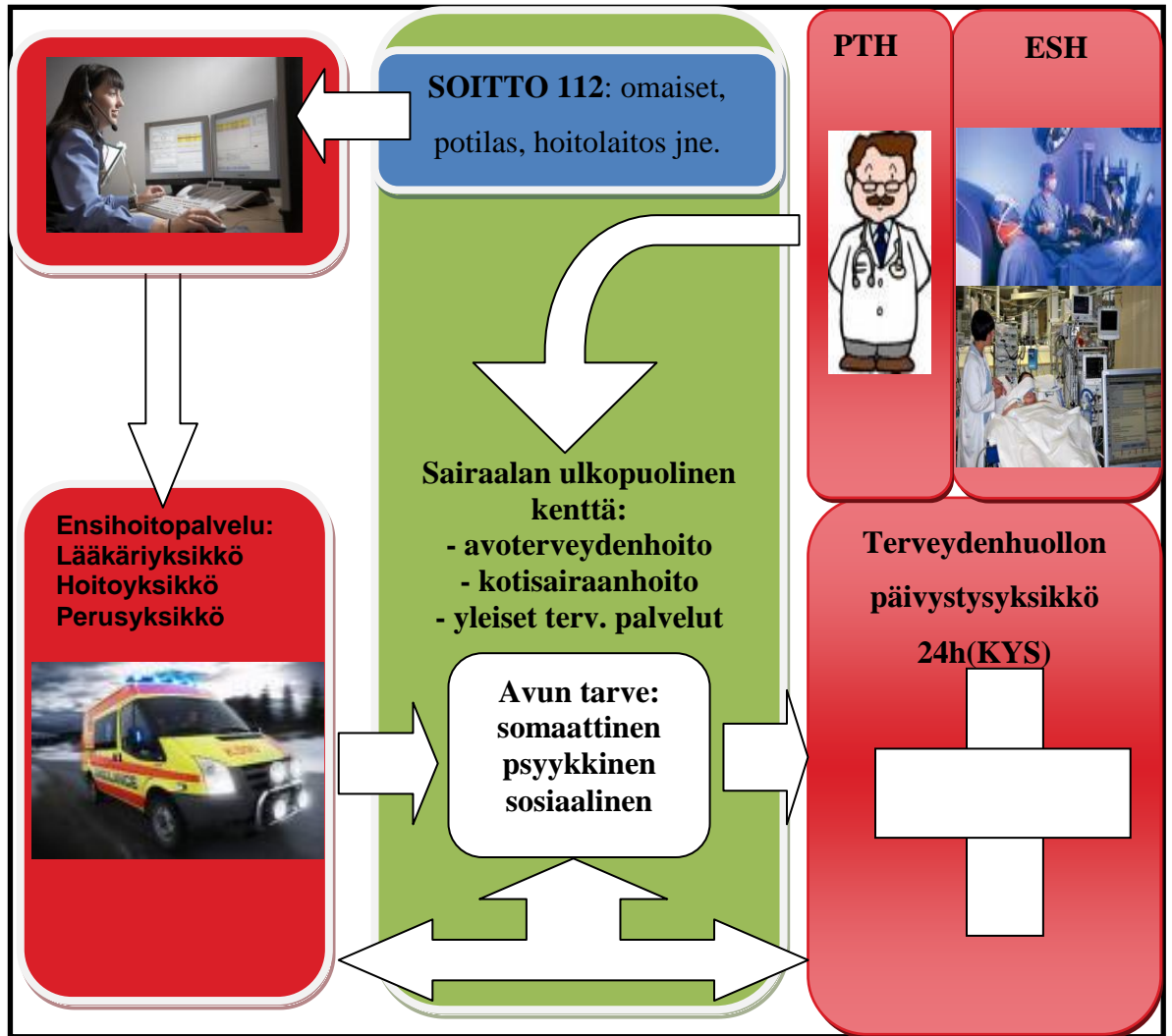
Porrastettu ensihoitojärjestelmä

Ensihoitojärjestelmä aktivoituu yleensä potilaan tai jonkun muun soittaessa valtakunnalliseen hätänumeroon 112 (kuva 1.) Soitto ohjautuu hätäkeskukseen, jossa tehtävä arvioidaan ennalta sovitun riskinarviojärjestelmän mukaan ja paikalle hälytetään tar-

peenmukaisin yksikkö. Ensihoitopalvelun yksikkö lähtee liikkeelle yleensä 1-2 minuuttia hätäpuhelun aloituksesta. Riippuen hätäkeskuksen riskinarviosta, yksikkö menee kohteeseen joko kiireellisenä hälytysajona käyttäen ääni- ja valomerkkejä tai normaaliajona muun liikenteen mukana.

Kun ensihoitopalvelu tavoittaa asiakkaan, ensihoitaja tekee ensiarvion, jonka perusteella hän määrittää hoidon tarpeen. Ensiarvion perusteella potilasta hoidetaan kohteessa tai aloitetaan välitön siirto ensihoitoyksikköön ja sairaalaan. Osa ensihoitopalvelun kohtaamista potilaista jää kotiin tai menee jollain muulla kuljetuksella sairaalaan. Usein ensihoitopalvelu on kohteesta käsin puhelinyhteydessä (konsultaatio) hoitavaan lääkäriin tai ensihoitopalvelun edustamaan lääkäriin. Epäselvissä tapauksissa toiminta määräytyy lääkärin antamien ohjeiden mukaan. Lääkäri ohjeistaa yleensä lääkkeelliset hoitotoimenpiteet, kuljetuskohteen valinnan erikoissairaanhoidon (EHS) tai perusterveydenhuoltoon (PTH). Lääkärin kanssa tehdään myös yhteispäätös asiakkaan kuljettamatta jättämisestä. (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2005, 10 - 30)

Ensihoito on vammautuneen tai sairastuneen tilan välitöntä arviota ja ensihoitohenkilöstön ammatilliseen osaamistasoon perustuvaa hoitoa. Vuonna 1994 erikoissairaanhoidolaissa (L 1062/89) ja sairaankuljetusasetuksessa (565/94) määriteltiin asiakkaan sairaalan ulkopuolella saama ensihoito ja asiakkaan sairaankuljetus jatkohoitoon. Tuolloin määriteltiin asetuksella potilaan ambulanssissa saama hoito perustasoiseen ja hoitotasoiseen hoitoon, mikä vaikutti osaltaan porrastetun ensihoitojärjestelmän syntyyn. (Castren ym. 2009, 13 -15.)



Kuva 1. Soitto hätänumeroon 112 aktivoi ensihoitopalvelun.

Ensihoitojärjestelmä on ihmisten äkillisten terveydentilan häiriöiden hoitoon tarkoitettu palveluverkosto. Järjestelmän tarkoituksena on viedä tarvittavan tasoisen tutkimus ja hoito potilaan luokse sairastumis- tai loukkaantumispäikalle. (Castren ym. 2009, 13 - 15.)

Suomessa ensihoitojärjestelmässä on eri toimijoita, jotka vastaavat osaltaan hoitoa tarvitsevan potilaan selviytymisestä. Järjestelmään kuuluvat valtion hätäkeskuslaitos, kunnallinen ensivastetoiminta, kunnan kustantama sairaalan ulkopuolinen ensihoitopalvelu sekä vastaanottava sairaala tai hoitolaitos. (Castren ym. 2009, 13 - 15.)

Potilaan hoitoketju alkaa hätäkeskuksessa, jossa arvioidaan sairastumisen tai vammautumisen aiheuttama riski potilaalle ja hälytetään sen perusteella oikea tai oikeat yksiköt potilaan luokse. Hätäkeskuksen suorittaman riskinarvion perusteella potilaan luok-

se voi lähteä perus- tai hoitotason yksikkö yksinään tai korkeariskisemmissä tehtävissä useita eritasoisia yksiköitä. (Holmström ym. 2009, 24 - 39.)

Kohteessa ensihoitohenkilöstö tekee uuden riskinarvion tarvitseeko potilas lisätutkimuksia hoitolaitoksessa ja aloittaa tarvittaessa hoidon. Potilas ohjataan tarkoituksenmukaisimpaan hoitolaitokseen, tarkoituksenmukaisella tavalla. Tarkoituksenmukainen tapa saattaa olla esimerkiksi oma auto, taksi tai mahdollisesti ensihoitoyksikkö. (Holmström ym. 2009, 24 - 31.)

4.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon organisoitunutta toimintaa hoitolaitosten ulkopuolella. Sen perustehtävänä on aloittaa ja turvata onnettomuuden uhrin tai äkillisen sairauskohtauksen saaneen potilaan korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, kuljetuksen aikana ja sairaalassa. Ensihoitopalvelu on osa ensihoitojärjestelmää ja osa terveydenhuoltojärjestelmää. (Castren ym. 2009, 10 - 30.)

Ensihoitopalvelun muodostavat ihmisten terveydellisten hätätilanteiden hoitoon suunnitellut eritasoiset ensihoitoyksiköt, jotka ovat tavallisimmin pyörillä liikkuvia ambulansseja ja eräissä tapauksissa helikoptereita. Ensihoitoyksiköissä työskentelevät ensihoitotyöntekijät, joiden yleisnimitys on ensihoitaja. Ensihoitopalvelu toteuttaa ensihoitoa ja harkinnan mukaan siirtää potilaan joko itse tai ohjaa potilaan muulla kyydillä tarkoituksenmukaiseen jatkohoitopaikkaan, jos sellaiselle on edelleen ensihoidon jälkeen tarvetta. (Castren ym. 2009, 10 - 30.)

Kullakin tasolla on oma tärkeä tehtävänsä osana portaittaista ensihoitojärjestelmää. Eri tasoilla työskenteleville henkilöille myönnetään toimenpideluvat henkilökohtaisesti pohjakoulutuksen ja määräajoin suoritettavan tasokokeen perusteella. Korkeammalle tasolle hyväksytyt voi työskennellä alemman tason yksikössä, mutta pääsääntöisesti esimerkiksi perustasolle hyväksytyt ei voi työskennellä hoitotasolla. (Castren ym. 2009, 10 - 30.)

4.1.1 Hätäkeskus

Hätäkeskus vastaanottaa ja käsittelee yleiseurooppalaiseen hätänumeroon 112 soitetut hätäpuhelut. Hätänumero 112 toimii kaikissa Euroopan unionin jäsenmaissa ja siihen voidaan EU:n alueella soittaa maksutta kaikista kiinteistä puhelimista ja matkapuhelimista. Suomessa hätäkeskukset siirtyivät valtion alaisiksi vuonna 2005 ja samalla yhdistettiin poliisi ja terveystoimien erilliset hätäkeskukset moniviranomaiskeskuksiksi, joissa avun hätätilanteeseen saa yhdellä puhelinsoitolla yhdestä numerosta. (Holmström ym. 2009, 33.)

Suomen hätäkeskusten kautta avun saa poliisin, pelastus-, terveys- ja sosiaalitoimen hätätilanteisiin. Meripelastuksella on Suomessa omat hälytyskeskuksensa ja erillinen hätänumero. Hätäkeskuspäivystäjinä toimii nykyään erillisen hätäkeskuspäivystäjäkoulutuksen saaneita sekä soveltavan koulutuksen saaneita henkilöitä, kuten sairaanhoitajia. Myös poliisitutkinto antaa suoraan mahdollisuuden hakeutua hätäkeskuspäivystäjän töihin. Hätäpuheluista noin 40 prosenttia on poliisitoimen, noin 40 prosenttia terveydenhuollon ja noin 10 prosenttia pelastustoimen tehtäviä. Hätäkeskukseen tulevista puheluista joka neljäs puhelu on aiheeton. (Holmström ym. 2009, 33.)

4.1.2 Ensivastetoiminta

Ensivasteella tarkoitetaan mitä tahansa hätätilapotilaan todennäköisesti ensimmäisenä tavoitettavaa yksikköä, jonka tarkoituksena on lyhentää henkeä pelastavan hoidon alkamisviivettä. Ensivasteena voi siis toimia esimerkiksi hätätilapotilaan ensimmäisenä tavoitettava, kiireettömässä tehtävässä lähialueella oleva ensihoitoyksikkö. (Holmström, ym. 2009 30 - 33.)

Suomessa ensivasteyksikköinä toimivat usein alueen pelastuslaitoksen pelastusyksiköt. Ensiauttajayksikköinä toimivat asianmukaisen koulutuksen saaneet puolivakinainen tai sopimuspalokuntien yksiköt. Ensiauttajayksikkö ei korvaa ambulanssia eikä yleensä osallistu potilaan kuljetukseen. (Holmström ym. 2009, 30 - 33.)

Ensivastetoiminnan edellytyksenä on, että toiminnasta tehdään kirjallinen sopimus terveystoiminnan ja palveluntuottajan välillä (Asetus pelastustoimesta 787/2003). Edellytyksen lisäksi toiminta liitetään pelastuslaitoksen hälytysohjeeseen, osaksi viral-

lista ensihoitojärjestelmää sekä potilasvahinkolain piiriin. (Holmström ym. 2009, 30 - 33.)

Ensivaste kuuluu porrastettuun ensihoitojärjestelmään ja sillä tarkoitetaan hätätilapotilaan luokse lähetettävää lähintä mahdollista pelastustoimen yksikköä, joka pystyy aloittamaan välittömät toimenpiteet potilaan peruselintoimintojen turvaamiseksi, kykenee tehostettuun ensiapuun ja arvioimaan potilaan tilan sekä raportoimaan tilanteesta eteenpäin. Ensivasteyksikkö (evy) ei kuljeta potilasta muissa kuin poikkeustapauksissa. (Holmström ym. 2009, 30 - 33.)

Ensivasteyksikkönä voi toimia esimerkiksi pelastus- tai poliisiauto sekä esimerkiksi meripelastusalue, jonka henkilöstö on saanut ensivastetoimintaan vaadittavan koulutuksen. Myös ambulanssi tai muu lääkinällisen pelastustoimen yksikkö voi toimia ensivasteena, esimerkiksi ollessaan kuljettamassa toista potilasta, jonka tila sallii yksikön miehistön lähtevän hoitamaan kiireellisempää potilasta. (Holmström ym. 2009, 30 - 33.)

Ensivasteyksikkö hälytetään, kun se saavuttaa potilaan merkittävästi lääkinällisen pelastustoimen yksikköä nopeammin. Yksikkö voidaan hälyttää myös lääkinällisen pelastustoimen yksiköiden lisäavuksi. (Holmström ym. 2009, 30 - 33.)

4.1.3 Perustasoisen ensihoito

Perustasoisella ensihoidolla tarkoitetaan asetuksen mukaan hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone ja jossa on mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet (565/94.) Perustasoisia ensihoitajia testataan teoriakokeilla useissa Suomen kunnissa 1-2 vuoden välein. Toimiakseen ensihoitotyössä ensihoitajien on osoitettava tietämyksensä määrääjoin ja läpäistävä valtakunnallinen verkotentti.

Perustasolla työskentelevien laillistettujen sairaanhoitajien ja ammattikorkeakoulutasoisten ensihoitajien on mahdollista halutessaan hakeutua myöhemmin hoitotasoi- seen ensihoitotyöhön. Tyypillisesti työkokemusta tulee olla 1-2 vuotta perustasoisesta ensihoidosta ennen siirtymistä hoitotasolle.

4.1.4 Hoitotasoinen ensihoito

Hoitotasoisella ensihoidolla tarkoitetaan asetuksen mukaan valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata. Tehohoidossa tulee muun muassa voida jatkuvasti tarkkailla potilaan peruselintoimintoja ja aloittaa välittömästi teko hengitys sekä antaa nesteitä ja lääkkeitä suoneen (565/94.)

Hoitotasoisia ensihoitajia testataan useissa kunnissa. Hoitotason testauskäytännöt vaihtelevat maakunnittain ja sairaanhoitopiireittäin. Pääosin kuitenkin hoitotasoisista toimintaa valvotaan tarkasti ja ensihoitajien on osoitettava tietämyksensä ja osaamis- tasonsa teoriakokeella sekä käytännönkokeella toimiakseen hoitotasoisessa ensihoito- työssä.

4.2 Ensihoitohenkilöstö

Ensihoitaja-nimike on yleisnimike sairaalan ulkopuolisessa hoitotyössä. Nimikettä voivat käyttää periaatteessa kaikki ensihoitotyössä työskentelevät ihmiset koulutuksesta riippumatta, koska nimikettä ei ole rekisteröity viralliseksi ammattinimikkeeksi, Ensihoitajan tutkinnon voi suorittaa ammattikorkeakoulussa. (Holmström ym. 2009, 36 - 37.)

Ensihoitajan ammattikorkeakoulututkintoa on alettu suunnitella 1990-luvun puolivälistä alun perin sairaalan ulkopuolista ensihoitoa ajatellen eli käytännössä ambulanssi- henkilöstön tarpeisiin. Lähtökohtana tutkinnon perustamiselle oli muun muassa lääkeliikkeen kehittyminen vauhdilla 1990-luvulla. Oli tarve saada Suomeen ammattikorkeakoulutasoinen tutkinto sairaalan ulkopuoliseen ja varsinkin itsenäiseen työhön. Ensihoitajia työskentelee sairaalan ulkopuolisen alueen lisäksi ensiapu- ja päivystysklinikoilla sekä valvontaosastoilla ja esimerkiksi teho-osastolla. (Holmström ym. 2009, 36 - 37.)

Ensihoitajan tutkintoon kuuluu sairaanhoitajan pätevyys. Ensihoitajien koulutuksen pituus on neljä vuotta ja tutkinto on laajuudeltaan 240 opintopistettä. Koulutuksessa käydään läpi sairaanhoitajan opintojen lisäksi ensihoidon erikoistilanteita. Näihin kuuluu muun muassa lääkinnällinen johtaminen liikenneonnettomuudessa, hälytysajo, viiranomaisradioverkon toiminta, yhteistyö hätäkeskuksen, poliisin ja pelastuslaitoksen kanssa sekä synnytysten hoitaminen sairaalan ulkopuolella. Ensihoitajan ammattikor-

keakoulututkintoa voi verrata esimerkiksi terveydenhoitajan tutkintoon, jossa oppilaat opiskelevat alusta lähtien omana ryhmänään ja tutkintoon kuuluu sairaanhoitajatutkinnon lisäksi oma erikoistumistutkinto. Terveydenhoitaja on laillistettu ammattinimike, mitä puolestaan ensihoitaja ei ole. (Holmström ym. 2009, 36 - 37.)

Lähihoitajatutkinto on toisen asteen ammatillinen perustutkinto, jonka laajuus on 120 opintopistettä sisältäen 40 opintopisteen laajuiset erikoistumisopinnot. Tutkinnosta valmistuu perustasoisia ensihoitajia sairaalan ulkopuoliseen hoitotyöhön. Lähihoitaja on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka toimii erilaisissa terveydenhuollon tehtävissä. (Holmström ym. 2009, 36 - 37.)

Lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja on toisen asteen noin 2 vuotta kestänyt terveydenhuollon koulutuslinja 80- 90- luvulla, jota ei enää ole. Koulutus kehitettiin ensihoitotoiminnan tarpeisiin ja se antoi myös suunnan osaltaan nykyisille ensihoitoon liittyville opintokokonaisuuksille. (Holmström ym. 2009, 36 - 37.)

Varsinaista sairaankuljettajakoulutusta ei Suomessa yleisesti järjestetä. Jotkut kaupungit ovat järjestäneet ko. koulutusta oman kaupungin tarpeiksi. Sairaankuljettaja on josain määrin yläkäsite perustason ensihoitajalle ja terminologiahajontaa on sairaalan ulkopuolisessa hoitotyössä paljon. (Holmström ym. 2009, 36 - 37.)

Pelastajakoulutusta annetaan Kuopiossa valtion pelastusopistolla ja Helsingin kaupungin pelastuskoululla Helsingin kaupungin tarpeisiin. Pelastajakoulutus Kuopiossa ja Helsingissä on laajuudeltaan 90 opintopistettä (op). Pelastajatutkinto pitää sisällään ensihoidon jakson, jonka laajuus on 30 opintopistettä. Pelastajatutkinnon vahvuus on koulutuksen aikana verrattain vaativat toistuvat testit, jotka ovat osaltaan karsivia. Testeistä seuraa valmistuvien ryhmien tasalaatuisuus muihin verrattaviin toisen asteen koulutuksiin nähden. (Castren ym. 2005, 10 - 20)

Pelastajat ovat palo- ja pelastusalan työntekijöitä. Työtehtäviin kuuluvat muun muassa liikenneonnettomuudet, ensivastetehtävät, tulipalot, palotarkastukset, valistaminen, perustason ensihoito, avunantotehtävät, korkeanpaikantyöskentely ja vesisukellus.

Pelastajat ovat vanhemmalta nimikkeeltään palomiehiä. Nimikkeiden työnkuva ei yleensä eroa toisistaan. Pelastajien virkanimikkeet pelastuslaitoksissa ovat yleensä palomiehiä tai palomies-sairaankuljettajia. Kumpikaan tutkinto ei ole terveydenhuolto-

alan tutkinto, eivätkä pelastaja- tai palomieskoulutuksen saaneet henkilöt voi käyttää muita kuin edellä mainittuja nimikkeitä toimiessaan ammatissaan perustasoisessa ensihoidossa osana terveydenhuoltoa. (Castren ym. 2005, 10 - 20)

4.3 Ensihoidon tehtävät

Ensihoidossa ihmisen avun tarve ja tehtävien kirjo on laaja. Vanhenevat ikäluokat työllistävät ensihoitopalvelua eniten ja yleisin tehtävä onkin hidas yleistilan lasku. Seuraavaksi yleisin tehtävä on kaatuminen ja siitä aiheutunut loukkaantuminen (taulukko 1.) Ensihoitoyksiköt saavat hätäkeskukselta niin sanotun tehtäväkoodin esimerkiksi A 704, joka tarkoittaa korkean riskin rintakiputehtävää. Tehtäväkoodi kertoo ensihoitajille muun muassa myös sen, kuinka kauan rintakipu on kestänyt ja onko se lähökohtaisesti sydänperäiseen rintakipuun sopivaa. (Kuisma ym. 2008, 32.)

Kiireellisyysluokkia eli toisin sanoen riskiluokkia on käytössä neljä: A-, B-, C- ja D-luokat. Näistä A-luokka on korkeariskisin, jossa peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuina. D-luokka on pienimmän riskin luokka, joka luokitellaan riskittömäksi kuljetustehtäväksi. Tehtäväkoodeja on useita, jotka ovat jakautuneet oireryhmiin rintakipu, hengitysvaikeus tai yleistilan lasku. Oireryhmien yläryhmät ovat peruselintoiminnan häiriö, hapenpuute, vamma, onnettomuus, verenvuoto vammasta, sairaus (liitty löydös), sairaus (oire) ja sairaankuljetustehtävä. (Laukkanen, Turva, Pietilä & Oksanen, 2005, 5 – 30.)

Kun ensihoitopalvelu on tehnyt arvion asiakkaan kiireellisyydestä, se joko kuljettaa asiakkaan A-D- varusasteella, ohjaa muuhun kuljetukseen tai jättää kuljettamatta. Kuljetuksen aikaiset varusasteet määräytyvät seuraavasti:

A: Asiakas tarvitsee välittömän siirron hoitolaitokseen ja vaatii jatkuvaa hoitoa kuljetuksen aikana. Yksikköä ei voi hälyttää kuljetuksen aikana muuhun tehtävään.

B: Asiakkaan tila vaatii kiireellisen kuljetuksen. Kuljetuksen aikana asiakas ei voi jäädä ilman jatkuvaa seurantaa. Joku yksikön miehistöstä voi mennä nopeasti tarkistamaan matkan varrella olevan toisen korkean riskin tehtävän. Hoitovastuuta toisesta tehtävästä ei yleensä voida ottaa.

C: Potilaan tila ei vaadi kiireellistä kuljetusta, tilanne on vakaa. Asiakkaan voi jättää valvottuna odottamaan, jos ensihoitoyksikkö hälytetään korkeariskisempään tehtävään.

D: Potilaan tila on vakaa eikä vaadi kiireellistä kuljetusta. Kuljetuksen aikana koko yksikkö on käytettävissä ensivasteyksikkönä ja hälytettävissä korkeariskisiin tehtäviin, jolloin hälytysperiaatteet toiseen tehtävään ovat samat kuin C-tehtävässä.

Ei kuljetusta: Jos tehtävä ei johda kuljetukseen, ilmoitetaan hätäkeskukselle X-koodilla. (Laukkanen ym. 2005 5 - 30.)

Taulukko 1. Yleisimmät ensihoitopalvelun tehtävät

<i>Yleisimmät ensihoitopalvelun tehtävät</i>	<i>%</i>
Hidas yleistilan lasku (kiireetön)	12,5
Kaatuminen (kiireetön)	6,4
Selkä- / raaja- / vartalokipu (kiireetön)	5,8
Nopea yleistilan lasku (kiireetön)	4,4
Rintakipu (kiireellinen)	4,4
Kaikki muut tehtävät	66,5
N=295	100

4.4 Ensihoitajan kohtaamat potilaat

Tiedetään, että ensihoitaja kohtaa hätätilapotilaita ja erikoissairaanhoidon potilaita. Ensihoitaja kohtaa myös perusterveydenhoidon potilaita, jotka tarvitsevat kuljetuksen sairaalaan ja niitä potilaita, jotka eivät tarvitse kuljetusta sairaalaan. Ensihoitaja kohtaa myös potilaita, jotka kärsivät sosiaalisista ongelmista kuten syrjäytymisestä ja yksinäisyydestä.

Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa ja koko maailmassa yleisiä. Suomessa joka kolmas uusista työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään psyykkisin perustein. WHO on arvioinut, että vuoteen 2020 mennessä masennus on eräs suurimmista terveysongelmista maailmassa. Vuosittain noin 800 000 suomalaista kärsii mielenterveydenhäiriöistä. Mielenterveysongelmat näkyvät sairaalan ulkopuolisessa kentässä myös ensihoitopalvelun potilaina. (Kylmä, Nikkonen, Kinnunen & Korhonen 2009, 9 - 18)

Ihminen tarvitsee tasapainoa. Määrättyjen perustarpeiden tyydyttymistä, jotta hän voi elää jokapäiväistä ”arki-elämää”. Jos elämän perusturvallisuus järkkyy, aiheuttaa se ihmiselle kriisin. Maslowin tarvehierarkian mukaan perustarpeet kuten syöminen, nukkuminen ja hengittäminen kuuluvat ensimmäiselle tasolle, jonka tulee olla tasapainossa kunnes voidaan siirtyä seuraavalle tasolle. Tälle tasolle kuuluvat esimerkiksi terveydestä huolehtiminen ja perheen perustaminen.

Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on tajunnallinen, kehollinen ja ympäristöstään tietoinen. Jokainen ihminen on yksilö, joka kokee olemassaolonsa persoonallisesti omalla tavallaan. Esimerkiksi kipukynnys on jollain suurempi kuin toisella. Tällä tavoin ajateltuna myös avun tarve vaihtelee yksilöjen kesken. Avun tarpeeseen vaikuttavat myös ympäristössä tapahtuvat muutokset ja ihmisen oma kokemus niistä. (Niiniluoto & Saarinen 2002, 179.)

4.4.1 Ensihoitopalvelun kohtaama yksilöllinen ihminen

Tässä luvussa tarkastellaan ihmistä persoonallisena subjektiivisena olentona. Tämän luvun tarkoitus on auttaa lukijaa ymmärtämään ihmisen tunteita eri tilanteissa ja niiden vaikutusta fyysiseen olotilaan sekä fyysisen olotilan vaikutusta tunteisiin.

Lause ”Cogito, ergo sum” on latinaa. Suomeksi lause tarkoittaa ”ajattelen, siis olen olemassa”. Näin totesi René Descartes 1600-luvulla. Lauseesta on tullut sittemmin länsimaisen rationalismin yksi kulmakivistä. Filosofit Descartes oli sitä mieltä, että vähintään henkisen minän on oltava olemassa, vaikka muu olisi epävarmaa. (Cottingham, 1997, 10.)

Nykyfilosofian mukaan oletetaan, että ihminen koostuu fysiologisesta ruumiista ja sen kemiallisista toiminnoista, psyykkisestä mielestä sekä hengestä eli sielusta. (Rydenfelt & Kovalainen 2010, 190.) Tätä kolminaisuutta ei voi erottaa toisistaan eikä mikään näistä voi olla toistaan tärkeämpi, sillä osatekijät luovat toisensa. (Ojanen 2005, 13.) Descartesin uskomus ihmisestä oli, että ruumis on jaettavissa mutta henki jakamaton. (Cottingham 1997, 44.)

Filosofia tieteenalana käsittelee ihmisen tietoisuutta ja tajunnallisuutta. Filosofissa kuten muissakin tieteenaloissa kritisoidaan olemassa olevaa tutkittua tietoa ja tutkimatonta tietoa sekä ehdollistetaan jopa ihmisen olemassaolo käsittämässämme muodossa.

On kuitenkin päätelty, että jokainen ihminen kokee asioita omana itsenään, emmekä koskaan voi olla täysin varmoja miten toinen ajatteleva mieli toimii. Toimintaan vaikuttavat esimerkiksi opitut toimintamallit, oma persoona ja kivun tuntemus, jotka ovat subjektiivisia ominaisuuksia. (Rydenfelt ym. 2010, 190 – 192.)

Tässä tutkimuksessa ihmisen subjektiivisten lähtökohtien tiedostaminen on tärkeää, kun pohditaan ihmistä hälyttämässä apua tai ihmistä avun tarvitsijana ja hoidon tarpeen kokijana.

4.4.2 Ihmiskäsitys ja ihmisen tuntemukset

Ihminen on käsite jonka hän on luonut itselleen. Ihmisen erottaa muista eläimistä sen tietoisuus olemassaolostaan. Ajatteleminen on tietoisuutta ja tietoisuus taas tarkoittaa itsensä erottamista ulkomaailmasta. Ihmisessä on ruumis ja henki, jotka luovat toisensa. (Ojanen 2005, 13.)

Ihminen on yksilö, jonka biologinen variaatio on suurta. Toisin sanoen yksilöt ovat erilaisia ja reagoivat asioihin eri tavoin. Myös eri ikäkaudet ja kehitysvaiheet vaikuttavat yksilön käyttäytymiseen. (Nienstedt, Hänninen, Arstila, Björkvist 2004, 19.) Toisaalta vaikka ihmiset ovatkin yksilöitä, ovat he osa kokonaisuutta ja sosiaalista ympäristöään. Erakkokin joka asuu yksin saarellaan, kytkeytyy historiansa ja pakollisen kanssakäymisen myötä sosiaaliseen ympäristöön. Edes erakko ei voi irrottautua sosiaalisesta ympäristöstään, sillä jos niin kävisi, hän lakkaisi olemasta. (Järvilehto 1994, 192.)

Yksilöllisyys ja yhteisöllisyys ovat ihmisyyttä. Yksilöinä voimme vaikuttaa siihen millainen maailma sisällämme on, mutta emme juurikaan muuhun tai muihin. Emme voi myöskään vaikuttaa siihen, että meillä on maailma ympärillämme. Ihmisen yksi varma identiteetti onkin siten maailma. Maailma on ihmisen tapa tulkita itseään ja muita sekä liittää ne kokonaisuudeksi, jolla peilata sisäistä maailmaansa. Suomen sana maailma kuvaa ympäröivää todellisuuttamme ehkä paremmin kuin minkään muun maan kieli. Ihminen on maailmassa jalat maassa ja pää ilmassa eli ihminen on maailmassa. Kaikki ihmiset ovat maailmassa yksilöinä, mutta yhteisönä ihmiskuntana. (Ojanen 2005, 15 - 17.) Suuret ajatukset, ideat, taideteokset ja esimerkiksi sinfoniat ovat yhteisiä ponnistuksia elämän ja ympäristön hahmottamiseen ja tulkintaan ja ne usein syntyvät ihmisten yhteistoiminnassa. (Järvilehto 1994, 195.)

Tähän kaikkeen liittyy ihmisen mielikuvitus, joka rakentuu olemassa olevien rakenteiden varaan. Ihmisen mielikuvitus on kuitenkin henkisen minän ja psyykkisen ajattelun tuotosta, jossa on viitteitä todellisuudesta ja olemassa olevista asioista. Esimerkiksi lentävää lehmää on mahdoton tuottaa mielikuvituksella, jos ei tiedä lentämisestä tai lehmästä. Yksilön mielikuvituksen tuotteita ei kukaan muu voi tietää. Toisin sanoen, mielikuvitus on sisäistä maailmaamme, jonka olemme elämämme aikana rakentaneet olemassa olevista rakennusaineista. (Rydenfelt ym. 2010, 195 – 196.)

4.4.3 Kivun tunteminen ja muut emootiot

Ihmisen tuntemuksia kutsutaan emootioiksi. Esimerkiksi kiputuntemuksessa on aina mukana suuri elämyksellinen osuus. Vaikkapa lasten kolhaistessa itseään, lapsen primitiivinen pelko liittyen uuteen tilanteeseen tai tunteeseen voi saada pienestäkin kipuaistimuksesta suuret mittasuhteet. Toisaalta ihminen, joka sairastanut pitkään kivulias-ta sairautta ei kipukynnyksen kasvaessa ja tietoisena kivusta reagoi välttämättä siihen juuri mitenkään. (Nienstedt ym. 2004, 439 - 440.)

Ihmisellä on myös paljon muitakin emootioita, jotka saattavat päästä valloilleen jopa aivan yllättäen. Itku ja nauru ovat niin hermostollisesti kuin psyykkisesti lähellä toisi-aan. Darwin kuvaa kirjassaan Tunteiden ilmaisu ihmisillä ja eläimillä kuinka eräs afroamerikkalaiseen alkuperäisheimoon kuuluva mies oli veljensä kuoleman jälkeen it-kenyt useita tunteja ja hetken päästä nauranut ja kohta taas itkenyt. Darwin uskoi, että primitiiviset tunteet ja niiden purkaukset ovat samankaltaisia riippumatta sivistys-tasosta. Itku ja nauru ovat esimerkkejä toiminnoista, jotka voivat purkautua henkisen ahdistuksen vallassa.

Myös hyvänolon tunteet, hämmästys, ahdistuneisuus ja muun muassa pelko ovat ihmi-sen emootioita. Tämänkaltaiset tunteet ja niihin liittyvät toiminnot ovat nisäkkäillä jokseenkin samanlaisia. Intohimon tunteisiin ihmiset ja eläimet reagoivat äänтелеillä voimakkaasti, värisemällä ja vapisemalla. Tuskaa ja hätää nisäkkäät ilmaiset myös jokseenkin samoin edellä mainituilla tavoilla. Kaikki nämä ovat primitiivisiä tunteita ja käyttäytymismalleja, jotka kumpuavat kaukaa historiasta. (Darwin, C. 2009. 109,171.) Jokainen äkillinen emootio aiheuttaa somaattisia oireita, kuten nopeuttaa sydämen lyöntitiheyttä ja kasvattaa hengitystaajuutta. Tämän reaktion aiheuttaa ihmi-sen autonominen eli tahdosta riippumaton hermosto. (Nienstedt ym. 2004, 539.)

Ihminen aistii kipua suurimmaksi osaksi ihollaan, mutta kipua voi aistia myös sisäelimi- millä ja osalla verisuonista. Kipu voi olla varoitusmerkki vaarasta, kuten esimerkiksi solujen hajoamisesta verenkierron estyessä. Toisaalta myös mielen psyykkinen ahdis- tus tai pelko voi synnyttää somaattista kipua, joka ilmenee esimerkiksi vatsakipuna. Näiden syiden vuoksi noin 40 prosenttia vatsakipujen syistä jääkin selvittämättä. (Nienstedt ym. 2004, 483.)

Edellä mainittu esimerkki kuvaa hyvin ihmisen koostumusta ruumiista mielestä ja hengestä. Joillakin ihmisillä kivuntuntemus on puutteellinen tai sitä ei ole ollenkaan. Tällaiset yksilöt ovat vaarassa satuttaa itseään. Kipua aiheuttaa mekaaninen aiheuttaja, kuten vasaralla sormeen iskeminen, kemiallinen kipu kuten esimerkiksi sydäninfarktin yhteydessä aiheutuva soluvaurio tai terminen kipu paleltumisen yhteydessä. Kivun kokemisessa on mukana aina suuri elämyksellinen osuus. Kipu on persoonallista, omakohtaista ja vaikeasti kuvailtavaa. Kuitenkin se yleensä syrjäyttää muut aistimuk- set ja saa usein ihmisen toimimaan epärationaalisesti tai poikkeuksellisesti. (Nienstedt ym. 2004, 483.)

4.4.4 Ihmisen tajunnallisuus

Ihmisen tajunta ilmenee elämyksinä ja ajatuksina, joita ihminen tuottaa tiedostaen ja tiedostamattaan. Aivot antavat lihaksille käskyjä ja samaan aikaan mieli tallentaa nä- kemäänsä ja kokemaansa tietoa muistiin. Ihmisellä on välitöntä tietoa vain omasta ta- junnastaan, sillä toisen yksilön tajunnasta hän voi tietää ainoastaan sen perusteella mi- ten yksilö ilmaisee itseään. (Järvilehto 1994, 191 – 192.)

Ajattelu on prosessi, jossa ihminen siirtyy tietoisesta toiminnan tuloksesta toiseen. Aja- tellut asiat usein siirtyvät taas toimintaan ja teoreettinen konkretisoituu tavalla tai toi- sella. Ajattelulla ihminen voi valmistautua tulevaan ja harjoitella toimintoja tilantei- siin. Hädässä ihminen kuitenkin usein käyttäytyy primitiivisesti, eikä välttämättä edes muista tapahtunutta jälkeenpäin. Unohtaminen on aivoissamme oleva suojamekanismi äkillisten traumaattisten tapausten varalta. (Järvilehto 1994, 192.)

5 ELÄMÄNLAATU JA SEN MITTAAMINEN

Tässä luvussa käsitellään elämänlaatua ja se vaikutusta yksilöön. Elämänlaadun käsi- tettä käsitellään abstraktina omana osa-alueenaan ja käydään läpi myös sen määrittä-

mistä ja mittaamista. Luvussa käsitellään erilaisia elämänlaatumittareita ja 15D-mittarin käyttöä aiemmissa tutkimuksissa verrattuna tähän tutkimukseen.

5.1 Elämänlaatu

Elämänlaadun määrittäminen on vaikeaa. Elämänlaatu on kokemus, jonka yksilö persoonana tuntee. Käsitys omasta elämänlaadusta vaihtelee ajallisesti ja myös elämäntilanteiden mukaan erityisesti silloin, kun kohdataan sairaus tai toimintakyky alenee. (Backman, Finne-Soveri, Eloniemi-Sulkava, Paasivaara, Vaarama & Voutilainen 2002, 11 – 12.)

WHO on määrittänyt elämänlaatua ja sen mittaamista. WHO:n määritelmä on yksilön käsitys elämäntilanteestaan omassa arvomaailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissaan sekä suhteessa omiin tavoitteisiin, odotuksiin ja huoliin. Terveysteen liittyvä elämänlaatu nähdään poikkeuksina, sillä niihin voidaan vaikuttaa lääketieteellisillä interventiolla. Terveysteen liittyvän elämänlaadun lähtökohtana on yleensä ollut hoitojen vaikuttavuuden arviointi. (Huusko ym. 2006, 9 - 15.) 15D-mittarilla pystytään seuraamaan yksittäisen ihmisen elämänlaatua ja terveyttä ja tekemään siitä johtopäätöksiä (Sintonen 2003, 6 – 7.)

Elämänlaadun käsite on abstrakti ja sillä tarkoitetaan ”hyvää elämää”. Ihmisen hyvää elämää ilmentävät ihmisen tyytyväisyys elämään ja itseensä sekä ulkopuolelta määräytyvät elämän aineelliset edellytykset. Laadullisen elämän kokemusta ei voida määrittellä ottamatta kantaa siihen, mikä ihmiselle on teoretiedon ja kokemuksen valossa hyväksi. Kuitenkin ihmisen elämä voi olla ulkopuolisen silmin hyvää, mutta silti hän voi voida pahoin. Toisaalta on myös mahdollista, että ihminen kokee voivansa hyvin, vaikka ulkoinen elämänlaatu on ulkopuolisten silmin arvioituna huonoa elämää. (Huusko ym. 2006, 10 - 21.) Ihminen on läpi historian etsinyt hyvää elämää ja sen lähteitä. Hyvä elämä määräytyy myös kulttuuriin sijoitettuna ja erilaiset kulttuurit ovatkin jäsentäneet hyvän elämän eri tavoin. (Juuti 1996, 16.)

Koska elämänlaadussa ei ole kyse vain sairauksista tai niiden puuttumisesta, liittyy elämänlaatu elämän kaikkiin ulottuvuuksiin. Näihin ulottuvuuksiin kuuluu terveys ja hyvinvointi, aineellinen elintaso, sosiaaliset suhteet, elämän mielekkyys, tyytyväisyys ja viihtyisä ympäristö. Edellisiin ulottuvuuksiin liittyy myös suhtautuminen omaan

sairauteen, toimintakyvyn laskuun ja sen hoitoon sekä uskonnolliset kysymykset. (Backman ym. 2002, 11 – 12.)

Suuri osa elämänlaadun tutkijoista on sitä mieltä, että elämänlaatu koostuu sekä objektiivisesti mitattavista hyvän elämän ehdoista että myös subjektiivisesta kokemuseräisestä ulottuvuudesta. Ulkopuolinen henkilö voi arvioida ensimmäistä hyvän elämän ehtoa, kun taas jälkimmäisen arviointi on lähes mahdotonta ulkopuolisen silmin, sillä se on ihmisen omaa kokemusta. (Huusko ym. 2006, 9 - 21.) Tähän liittyen voidaankin puhua objektiivisesta ja subjektiivisesta elämänlaadusta. Tällä viitataan siihen, kuka elämänlaatua arvioi. Objektiivisessa elämänlaadun arvioinnissa tarkastellaan kuinka havaittavissa olevat hyvän elämän kriteerit täyttyvät yksilön kohdalla. Subjektiivinen elämänlaatu taas tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta omasta elämästään. (Backman ym. 2002, 12 – 13.)

Elämänlaadun mittaamiselle ei ole hyväksyttyä mittaria tai määritelmää. Hyvän elämän ehtoja, ulottuvuuksia tai alueita on vaikea määrittää täsmällisesti. Terveysteen liittyvä elämänlaatu nähdään poikkeuksina, sillä siihen voidaan vaikuttaa lääketieteellisillä interventioilla. Terveysteen liittyvän elämänlaadun lähtökohtana on yleensä ollut lääketieteellisten hoitojen vaikuttavuuden arviointi. (Huusko ym. 2006, 9 – 21.)

Monissa sairauksissa hoidon mahdollisuudet ovat rajalliset, eikä hoidolla voida saavuttaa paranemista. Tällaisissa tapauksissa hoidon tavoitteena on ihmisen kärsimyksen ja hänen oireidensa lievittäminen. Tällaisiin tilanteisiin on kehitetty mittareita, jotta voitaisiin mitata hoidon vaikutuksia yksilön kokemaan elämänlaatuun. Hyvin monenlaisten mittareiden on sanottu mittaavan terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tutkijat ovat kuitenkin olleet yksimielisiä siitä, että terveyden elämänlaadun mittareiden tulisi sisältää fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä lisäksi ihmisen yleinen käsitys omasta terveydentilastaan ja hyvinvoinnistaan. Ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi se, miten hän selviää jokapäiväisestä elämästään. (Huusko ym. 2006, 9 – 21.)

5.2 15D- Mittari

15D on aikuisväestölle tarkoitettu standardoitu ja helppokäyttöinen terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka muodostuu viidestätoista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä mittaavasta ulottuvuudesta. 15D:tä voidaan käyttää sekä profiili- että yhden indeksiluvun mittarina.

Terveystaloustieteen professori Harri Sintonen on 15D-mittarin kehittäjä. Mittaria on käytetty useissa eri tutkimuksissa potilaan elämänlaatua arvioitaessa. Sintonen on itse käyttänyt mittaria muun muassa arvioidessaan kivusta kärsivien potilaiden elämänlaatua. Hänen tutkimuksessaan tehtiin kustakin potilaasta 15-uloitteinen elämänlaatu-profiili ilmaistuna ulottuvuuksin 1-5. Tällä tutkimuksella saatiin vastauksia muun muassa seuraaviin kysymyksiin: millaisiin terveysongelmiin potilas tarvitsi hoitoa, miten potilas on hyötynyt hoidosta ja mikä olisi kustannustehokkain hoitomuoto. (Kipuviesti 1/2009, Sintonen, 15-17.)

Terveydellisen elämänlaadun mittaamisen lähtökohtana on terveys ja sen määrittäminen. Elämänlaatu terveydelliseltä näkökannalta sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. (Sintonen 2001, 328 – 336.) Fyysinen ulottuvuus sisältää fyysisen toimintakykyyn liittyviä kokonaisuuksia eli liikkumisen, kivun ja hengittämisen. Psyykkisen ulottuvuuden sisältämiä elementtejä ovat ihmisen mielialat, tunnetilat, energisyys ja henkinen toiminta. Hengellisen elämän arvot kuten uskonnollisuus ja arvomaailma kuuluvat henkisyyteen. Sosiaalinen ulottuvuus sisältää toimintoja, jotka ovat työ, harrastukset ja vapaa-ajan toiminta. (Sintonen 2001, 24 - 26.)

15D-mittarissa elämänlaatua arvioidaan viidellätoista ulottuvuudella: liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Jokaista ulottuvuutta mitataan viisiportaisella järjestysasteikolla, joissa yksi edustaa parasta tasoa ja viisi heikointa. (Huusko ym. 2006, 49 – 59.)

15D-profiilit kuvaavat, mistä terveyteen liittyvässä elämänlaadussa terveyden huonontuminen erilaisissa ikääntyneiden väestössä johtuu. 15D:n tulokset antavat vihjeitä siitä, mihin milläkin väestönosalla kannattaa terveyshuollon interventioissa panostaa. Esimerkiksi kotona asuvan vanhusväestön elämänlaadun kohentaminen painottuu eri-

tyisesti liikuntakyvyn, aistitoimintojen sekä henkisten toimintojen tukemiseen. (Huusko ym. 2006, 49 – 59.)

Harri Sintonen on suunnitellut 15D-mittarin, joka on kehitetty Suomessa. Mittarin kehittäminen on alkanut 1970-luvulla ja viimeisin, nykyään käytössä oleva versio julkaistiin vuonna 1993. Mittarin kehittämisen pohjana ovat olleet suomalaiset viralliset terveysohjelmat ja raportit (Sintonen 1994.). Alkuvaiheessa vuonna 1981 mittari on käsittänyt 12 ulottuvuutta, mutta ammattilaisten antaman palautteen keräämisen jälkeen mittaria muokattiin, jonka tuloksena kehitettiin ensimmäinen 15-ulottuvuudellinen 15D-mittari. (Sintonen 2003, 6 - 7.)

15D-mittarilla voidaan seurata yksittäisen ihmisen elämänlaatua ja terveyttä sekä tehdä siitä johtopäätöksiä. Mittari on 15-ulotteinen, yhden indeksiluvun tuottava mittari. Mittari osoittaa 15-ulotteisten terveydentilojen elämänlaadullista hyvyttä tai huonoutta suomalaisen aikuisväestön kokemana ja antaa indeksiluvun 0- 1. Vertaamalla indeksilukuja esimerkiksi ennen hoitoa ja hoidon jälkeen nähdään, onko elämänlaadussa tapahtunut muutosta. (Sintonen 2001, 329 – 330.)

15D-profiileja vertaamalla näkee millä ulottuvuuksilla muutoksia on tapahtunut. Mittarin ulottuvuudet ovat mainitut: liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Jokainen ulottuvuus on lohkottu viiteen tasoon, joilla erotetaan kuinka paljon kutakin mitattavaa ominaisuutta on. Näistä mitattavat henkilöt valitsevat yleensä itse omaa tilaansa parhaiten vastaavat tasot. Käytännössä 15D-lomakkeen käyttömyöntyvyys on osoittautunut hyväksi, mikä näkyy korkeina vastaus- ja täyttöprosentteina. (Sintonen 2001, 329 – 330.)

5.3 Aikaisempia tutkimuksia 15D:lla

Suomalaisten ja virolaisten vanhusväestön elämänlaatua on tutkittu 15D-mittarilla. Tutkimuksessa on vertailtu molempien, sekä Helsingissä että Tallinnassa kotona asuvien yli 80-vuotiaiden terveyttä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua 15D-mittarilla mitattuna. Tulokset näyttivät, että helsinkiläiset vanhukset olivat elämänlaadullisesti korkeammalla tasolla tallinnalaisiin verrattuna. Helsinkiläisillä ikääntyneillä kaikki

muut 15D-mittarin ulottuvuudet olivat merkittävästi paremmat, paitsi puhuminen, syöminen, hengittäminen ja henkinen toiminta. (Huusko ym. 2006, 91 – 98.)

Koivusen tutkimuksen mukaan alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu oli tilastollisesti merkittävästi huonompi kuin normaaliväestöllä lähes kaikilla 15D:n ulottuvuuksilla. Henkinen toiminta, kuulo ja puhe eivät eronneet normaaliväestön arvoista. Terveyteen liittyvä elämänlaatu parantui suonensisäisesti ja kirurgisesti operoiduilla potilailla annettujen hoidollisten toimenpiteiden jälkeen. (Koivunen 2008, 106 – 108)

Konservatiivisesti hoidetuilla potilailla ei tapahtunut muutosta millään 15D-mittarin ulottuvuudella puolen vuoden ja vuoden kuluttua annetuista hoidoista. Endovaskulaarisesti eli suonensisäisesti hoidetuilla merkitsevästi parani yleinen elämänlaatu, liikkuminen, päivittäisistä toiminnoista selviäminen ja energisyys. Tällä ryhmällä kivut, masentuneisuus ja ahdistuneisuus vähenivät selvästi puolen vuoden kuluttua hoitomenetelmästä.

Vuoden kuluttua paranemista tapahtui edelleen tilastollisesti merkitsevästi yleisessä elämänlaadussa, liikkumisessa, unen laadussa, päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä ja energisyydessä sekä kivut ja ahdistuneisuus helpottuivat entisestään. Kirurgisesti hoidetuilla potilailla paranemista tapahtui tilastollisesti merkitsevästi yleisessä elämänlaadussa, liikkumisessa, hengityksessä, päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä ja energisyydessä. Myös kivut, masennus ja ahdistus helpottuivat puolen vuoden kuluttua hoitomenetelmästä. Tällä ryhmällä tapahtui niin ikään paranemista vuoden jälkeen edelleen yleisessä elämänlaadussa, liikkumisessa, unen laadussa ja energisyydessä. (Koivunen 2008, 106 – 108.)

Helena Piksilä on vuonna 2008 Pro gradu- tutkielmassaan vertaillut MS-tautia sairastavien elämän laatua 15D- mittarilla ja Kurtzken- pisteillä ja verrannut tuloksia toisiinsa. Tutkimustuloksesta on havaittavissa, että molemmat mittarit antavat samansuuntaista informaatiota ja lineaarinen yhteys on havaittavissa. Tutkimuksessa haluttiin verrata elämänlaatumittaria ja sairausspesifistä mittaria keskenään ja löytää niiden välinen yhteys. (Piksilä 2008, 3.) Tutkimus puoltaa sitä, että 15D- mittaria on mahdollista käyttää myös tässä tutkimuksessa ensihoitajan arviointityökaluna.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) vuonna 2008 teettämän tutkimuksen mukaan aineistossa olevien miesten ja naisten elämänlaatu ei eronnut toisistaan. Terveysteen liittyvässä elämänlaadussa ei myöskään esiintynyt ikäryhmittäisiä eroja eri sukupuolilla. Joillain yksittäisistä terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueista naiset kuitenkin kokivat hyvinvointinsa heikommaksi kuin miehet. Osa-alueita olivat energisyys, hengitys, liikkuminen, masentuneisuus, nukkuminen sekä oireet ja vaivat. Sukupuolielämänsä naiset kuitenkin arvioivat paremmaksi kuin miehet. Koronaaritauteja sairastavat miehet arvioivat yleisen elämänlaadun heikommaksi verrattuna samanikäiseen väestöön. Myös ne, joilla oli sepelvaltimotautin ja sen riskitekijöiden lisäksi jokin muu sairaus, kokivat terveyteen liittyvän elämänlaadunsa vieläkin heikommaksi. Sen sijaan eri riskitekijät yksinään eivät vaikuttaneet heikentävästi. (Keskimäki ym. 2004, 36 – 39)

15D-mittari on käytetyin yhden indeksiluvun elämänlaatumittari Suomessa ja sitä käytetään myös useissa muissa maissa. 15D-mittarin pohjalta on kehitetty versiot 8- 11 -vuotiaille (17D) ja 12–15-vuotiaille (16D) (Sintonen 2003, 6-7). 15D:tä käytetään yhä laajemmin Suomessa mittaamaan terveydenhuollon vaikuttavuutta. (Huusko ym. 2006, 42 – 43).

15D-mittaria on käytetty Suomessa mittaamaan erilaisten sairauksien vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tiedosta sen käyttökelpoisuudesta ensihoitopalvelun käyttöön ei näytä olevan Suomessa kokemuksia, eikä myöskään tietävästi maailmalla.

5.4 Muita elämänlaatumittareita

USA:ssa kehitetty RAND 36-Item Health Survey 1.0 mittaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Se sisältää 36 kysymystä. Mittari seuraa ja kartoittaa terveydentilaa ja hyvinvointia kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveyden tila, fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen, toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, rooli-toiminta ja psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 1 - 7.)

Monikansallisen yhteistyön tuloksena syntynyt WHOQOL-BREF100 kehitettiin vuosina 1993–1995. Lähtökohtaisesti sen rakenne kehitettiin 15 maan terveydenhuollon asiantuntijoiden, potilaiden ja tavallisten terveiden henkilöiden avulla. Tässä mittaris-

sa elämänlaatua arvioidaan neljällä ulottuvuudella: fyysinen ulottuvuus, psyykinen ulottuvuus, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. (Huusko ym. 2006, 76 – 82.)

Hoitotiede lehdessä Vol. 16, no 5/04 Kattainen ja Meriläinen vertailevat RAND-36- ja 15D-mittareita toisiinsa. Yhteenvedossa mainitaan, että tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että eri mittareiden antama kuva terveydestä ei ole suoraan vertailukelpoinen. Vertailun tuloksena mainittakoon, että yleiset terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit sisältävät ajatuksen itsehoitoisuudesta eli ihmisten päivittäisistä toiminnoista ja niistä selviytymisestä.

Toiminnoista fyysisuus nousee esille liikkumisena, lepona ja nukkumisena. Nämä kaikki ovat tärkeitä terveyteen liittyviä elämänlaatutekijöitä ja nämä kaikki löytyvät jokaisesta mittarista. Mutta hengittäminen, eritystoiminta ja kommunikointi löytyvät vain 15D- mittarista. Psykkisyys, masennus, ahdistus ja energisyys sisältyvät puolestaan jokaiseen mittariin, kuten myös sosiaalinen elämä, sosiaalinen toimintakyky tai sosiaalinen eristäytyminen. 15D- mittarissa sosiaalinen elämä sisältyy toimintoihin, joihin kuuluvat esimerkiksi kotiaskareiden lisäksi harrastukset ja vapaa-ajan toiminnot. (Kattainen & Meriläinen 2004, 208.)

5.5 Aikaisempia tutkimuksia 15D:llä ensihoidosta

Tutkimuksia potilaista ja heidän avuntarpeesta, joita ensihoitopalvelu kohtaa, ei suoranaisesti ole löytynyt. Tutkimuksia on tehty useita erilaisten akuuttien sairauksien, kuten esimerkiksi sydäninfarktipotilaiden esiintyvyydestä ja hoidosta sairaalan ulkopuolella. Samankaltaisia tutkimuksia ja selvityksiä on tehty muistakin akuuteista tautitiloista. Selvityksiä on myös siitä, millä sairauskoodilla ensihoitotehtävälle yksikkö lähetetään. Sekä ensihoidossa että sairaalassa käytetään erilaisia tilastointiohjelmiä, joista on mahdollista saada täsmäaikaista tietoa diagnoosiryhmistä ja ensihoitoyksiköiden hälytystehtävistä. Hauissa on käytetty Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystysalueen tietokantaa, Pohjois-Savon pelastuslaitoksen tilastointiohjelmiä kansainvälisiä hakukoneita kuten Medic, Pub med, CINAHL, Scopus sekä Itä-Suomen yliopiston Josku-tietokantaa.

Kyseisestä aiheesta ei ole julkaistu Suomessa tutkimuksia. Tästä aiheesta ei ole löytynyt tutkimuksia myöskään maailmalta. Tutkimustietoa löytyy terveystietopalvelujen käyt-

täjien määrittämisessä, terveydenhuollon psykiatristen potilaiden määristä, 15D-mittarin käytöstä elämänlaadun määrittämisessä sekä muun muassa päihdepotilaiden esiintyvyydestä terveydenhuollossa.

5.6 15D- mittarin käyttö tässä tutkimuksessa

15D- mittarilla on tehty lukuisia elämänlaadututkimuksia (Instrument 2008). 15D:n käyttämä aineisto on yleensä kerätty potilaan itse täyttämänä. Ensihoitotyön luonteesta johtuen se ei aina ole mahdollista. Niinpä tämän työn aineisto kerätään ensihoitajan täyttämänä potilaan puolesta mittarin tekijän Harri Sintosen luvalla. Koska ensihoitopalvelun asiakkaan tilanne on usein sellainen, ettei hän pysty tai ehdi vastaamaan kyselyihin, toteutetaan 15D-mittarin käyttö hieman eri tavalla kuin elämänlaadumittauksissa.

Tarkoituksena on määrittää kolme ensisijaista elämänlaadun ulottuvuutta, jolle avun tarve parhaiten sopii. Mittarin käyttö vaatii pilottikokeilun ennen sen varsinaista käyttöön ottoa. Mittaria kokeiltiin kolmen päivän ajan tammikuussa 2011, ennen kuin kuukauden otos kerättiin helmikuussa 2011. Tietävästi mittaria ei ole aiemmin käytetty kyseisellä metodilla muissa tutkimuksissa. Mittarin kysymykset on tarkoitettu potilaan itse vastattavaksi alkuperäisessä kyselykaavakkeessa, mutta tämän tutkimuksen kyselykaavakkeeseen kysymykset on muutettu kolmanteen persoonaan. Seuraavassa on esimerkkinä kaksi ensimmäistä kysymystä ja niiden tarkempi sisältö.

KYSYMYS 1. Liikuntakyky

- 1 () Pystyy kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa.
- 2 () Pystyy kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia.
- 3 () Pystyy kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana.
- 4 () Pystyy kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana.
- 5 () On täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma.

KYSYMYS 2. Näkö

- 1 () Näkee normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman).
- 2 () Näkee lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 3 () Näkee lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 4 () Ei näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näkee kulkea ilman opasta.
- 5 () Ei näe kulkea oppaatta eli on lähes tai täysin sokea.

6 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSAINEISTON KOKOAMINEN

Tämän työn tarkoituksena on kartoittaa ensihoidossa kohdattavaa avun tarvetta. Työssä halutaan selvittää, millaista apua potilas tarvitsee sairaalan ulkopuolella. Tutkimuskysymys on siis ensihoitopalvelun kohtaaman asiakkaan avun tarve 15D:llä mitattuna.

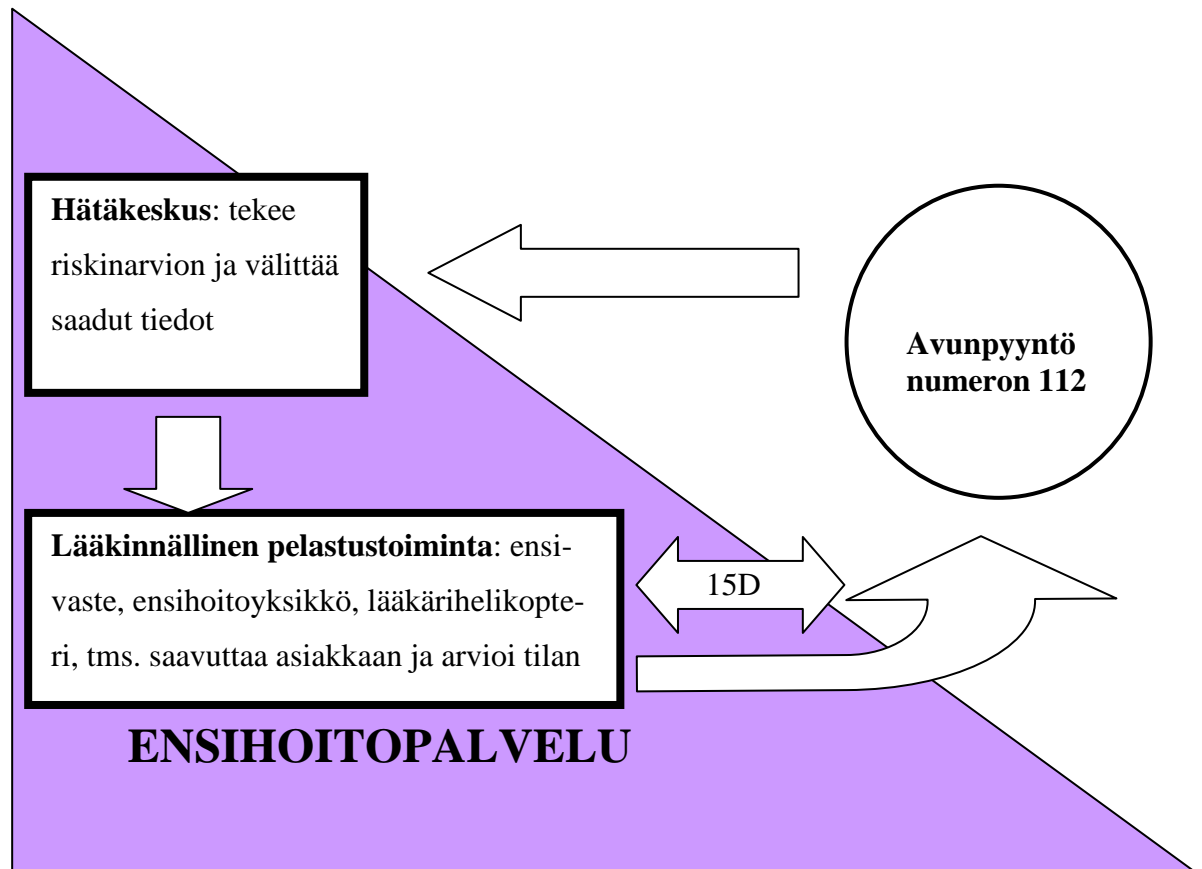
Tutkimusongelma on siis: 1. Millaista avun tarvetta ensihoitopalvelu kohtaa?

Kuvassa 3 on kuvattu työn teoreettinen viitekehys. Hätäkeskus vastaanottaa hätäpuhelun numerossa 112. Hätäkeskus tekee riskinarvion ja lähettää tarkoituksenmukaisimman ensihoitopalvelun yksikön. Tämän jälkeen tehtävä siirtyy ensihoitopalvelulle, jonka vastuu päättyy luovutettuaan asiakkaan vastaanottavaan hoitolaitokseen.

Tämän tutkimuksen asetelma on kartoittava ja vertaileva. Tutkimuksessa halutaan saada perusteltua lisätietoa potilaan avun tarpeesta, joka kätkeytyy hätäkeskuksesta antaman esitiedon alle. Tutkimuksessa verrataan sitä tietoa, mitä potilas tai avun hylittäjä kertoo hätäkeskukseen soittaessaan ja miksi ensihoitajat alun perin lähetetään kohteeseen.

Kartoittavan tutkimuksen tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia. Kartoittavalla tutkimuksella voidaan löytää keskeisiä malleja, teemoja, luokkia ja tyyppittelyjä. Vertailevalla tutkimuksella on tavoitteena vertailla samanlaisia ihmistä koskevia ilmiöitä eri

paikoissa tai eriaikoina. Tavoitteena on tuoda esille asioiden välisiä eroja. (Vilkkä 2007, 13 – 23.)



Kuva 2. Teoreettinen viitekehys.

Tutkimusaineisto kerättiin kolmen ensihoitoyksikön miehistöltä. Kysymyksessä on kokonaisotanta (Vilkkä 2007, 52.) eli tutkimuksessa tutkittiin koko perusjoukko pois-lukien vainajat ja tapaukset, joissa tutkimuksen tekijä oli mukana. Osallistujat vastaavat jokaisen tehtävän jälkeen 15D-kyselyyn. Ambulanssissa on kaksi ensihoitajaa, joista yksikön vastaava ensihoitaja eli hoitaja 1 vastasi kyselyyn. Jokaisen kohdatun potilaan jälkeen yksikön vastaava hoitaja täytti tutkimuskaavakkeen.

Tutkimusaineiston keräys toteutettiin Kuopion kaupungin alueella. Tutkimusaineisto kerättiin Pohjois-Savon pelastuslaitoksen kolmen ensihoitoyksikön miehistön kohtaamista potilaista yhden kuukauden ajalta. Tutkittavina yksikköinä olivat yksi hoitotason yksikkö K-190 ja kaksi perustasoista yksikköä K-193 sekä K-194.

Tiedonkeruu toteutettiin siten, että jokaisen tehtävän jälkeen ensihoitaja täytti 15D-kyselylomakkeelta kolme tärkeintä ulottuvuutta, jotka hänen mielestään johtivat avun pyyntöön tärkeysjärjestyksessä 1, 2 ja 3.

6.2 Tutkimuksen menetelmä

Tämän tutkimuksen menetelmä oli määrällinen. Menetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Tutkittua tietoa käsitellään numeerisesti. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (Vilka 2007, 13 – 23.)

Tässä tutkimuksessa haluttiin mitata ja määrittää potilaan avun tarvetta sekä vastata kysymykseen ”millaista avun tarvetta ensihoitopalvelu kohtaa?”. Määrittäminen tapahtui 15D-mittarilla, jonka kyselykaavakkeen ensihoitaja täytti tehtävän jälkeen. Ensihoitaja merkitsi kaavakkeeseen ensimmäiseksi tärkeimmän, toiseksi tärkeimmän ja kolmanneksi tärkeimmän avun tarpeen ulottuvuuden. Tämän lisäksi hän merkitsi vielä jokaisen ulottuvuuden kohdalle selventävän alakohdan.

Tutkimuksella on aina jonkinlainen tehtävä tai tarkoitus, joka ohjaa tutkimusmenetelmä valintoja. Tarkoitusta luonnehditaan yleensä neljän piirteen perusteella. Se voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Tutkimuksessa voi olla useampi kuin yksi tarkoitus ja tarkoitus saattaa muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 133 - 135.)

6.3 Aineiston analyysi

Aineisto kerättiin ensihoitajilta paperiversioina yhden kuukauden ajalta. Tutkimusaineisto (N=295) analysoitiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla.

Määrällistä tutkimusta tehtäessä tutkimusaineiston kerääminen, aineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun aineisto on saatu koottua. Aineiston käsittely tarkoittaa, että lomakkeilla saatu aineisto tarkistetaan, tiedot syötetään ja tallennetaan sellaiseen muotoon tietokoneelle, että sitä voidaan tutkia numeraalisesti käyttäen apuna taulukko- tai tilasto-ohjelmia. (Vilka 2007, 105 – 113.)

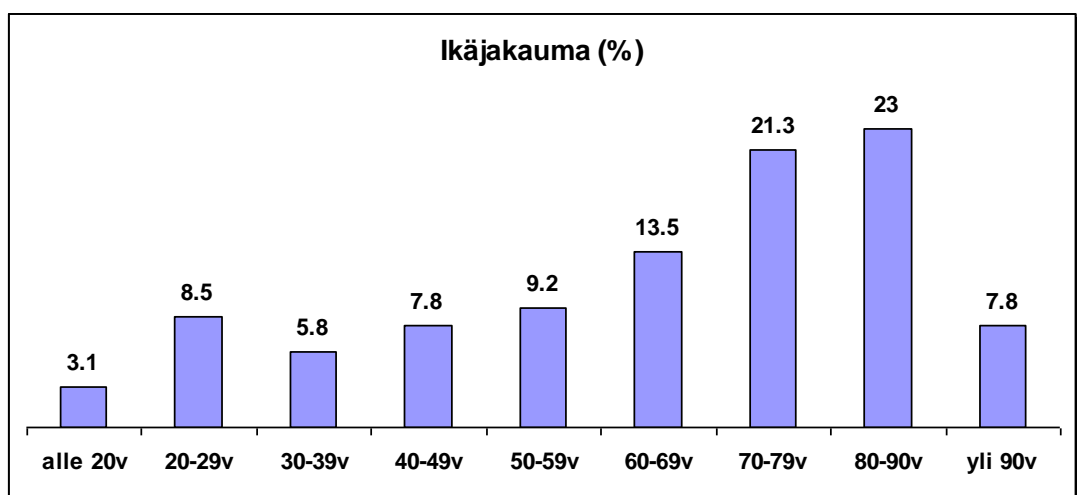
Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen ja sen avulla selvitetään prosentiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Tutkimuksessa tutkitaan eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tapahtuneita muutoksia tutkittavassa ilmiössä. (Heikkilä 2004, 16.) Tässä tutkimuksessa tutkitaan ensihoidon asiakkaiden avun tarpeiden jakautumista 15D-elämänlaatumittarin osa-alueille.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset kuvataan työssä selittäen sekä erilaisia kuvaajia käyttäen. Kartoittavan tutkimuksen tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia. Kartoittavalla tutkimuksella voidaan löytää keskeisiä malleja, teemoja, luokkia ja tyypittelyjä. Tavoitteena on tuoda esille asioiden välisiä eroja. (Vilka 2007, 13.)

7.1 Aineiston kuvaus

Tutkimuksen otos (N) oli 295. Tutkimuksesta rajattiin pois tapaukset, joissa asiakas oli menehtynyt tai menehtyi elvytystoimista huolimatta. Jääviyden vuoksi pois rajattiin myös 31 tapausta, joissa tutkimuksen tekijä oli jollain tavoin osallisena tilanteessa. Tutkimuksen vastausprosentti oli 68,6. Tutkittavista asiakkaista naisia oli 55,9 prosenttia ja miehiä 43,1 prosenttia. Otoksessa ikähajonta oli kolmesta vuodesta 99 vuoteen painottuen yli 60-vuotiaisiin, joita oli 65,6 prosenttia otoksesta. Tutkimusraportissa käytetään prosentteja numeraalisena ilmaisuna.



Kuva 3. Otoksen ikäjakauma

Tutkimuksessa tutkittiin myös tehtävien jakautumista eri yksikkötasoisille. Hoitotasoinen yksikkö suoritti tehtävistä 25,8 prosenttia ja perustasoiset yksiköt suorittivat tehtävistä 74,2 prosenttia.

Taulukko 2. Ensihoitopalvelun kiireellisyysjakauma

<i>Ensihoitopalvelun kiireellisyys tehtävälle lähettäessä</i>	<i>%</i>
A-kiireellisyys	9,2
B- kiireellisyys	22,8
C- kiireellisyys	31,3
D- kiireellisyys	36,7
N=295	100,0

Tutkimuksessa saatiin myös tietoa siitä, minkälaisella kiireellisyysluokituksella ja minkälaisilla tehtävätiedoilla yksikkö lähti tehtävälle. Kaikista tehtävistä kiireellisimpiä A- tehtäviä oli 9,2 prosenttia ja seuraavaksi kiireellisimpiä B-tehtäviä oli 22,8 prosenttia. C-tehtävät muodostivat toiseksi suurimman tehtäväjoukon (31,3 %) ja D-tehtävät suurimman (36,7 %).

Yksikköjen hälytysjärjestys määräytyi siten, että hoitotasoinen yksikkö suoritti suurimman osan A- ja B- tehtävistä (25,8 %) ja perustasoiset yksiköt suorittivat jäljelle jäävät (6,1 %) sekä kaikki C- ja D-tehtävät (67,8 %). A- ja B-tehtävistä eniten hälytettiin rintakiputehtävää (7,5 %). Toiseksi eniten hälytettiin nopeasti heikentynyttä yleis-tilatehtävää (3,4 %) ja myrkytystehtävää saman verran (3,4 %). Kolmanneksi yleisin oli tajuttomuus (2,8 %).

Taulukko 3. Yleisimmät kiireelliset tehtävät

<i>Yleisimmät A- ja B- tehtävät</i>	<i>%</i>
Rintakipu	7,5
Nopeasti heikentynyt yleistila	3,4
Myrkytys	3,4
Tajuttomuus	2,8
Hengitysvaikeus	2,3
Muut A- ja B- tehtävät	6,0
Muut kaikki tehtävät	74,6
N=295	100

Kaikista tehtäväluokista yleisin tehtävä oli kiireetön hidas yleistilan lasku, jota oli 12,5 prosenttia kaikista tehtävistä. Tämä tehtäväluokka pitää sisällään muun muassa vanhusten ja monisairaiden asiakkaiden heikentyneen voinnin vuoksi tulleet avuntarpepyynnöt.

Tietoa kerättiin myös siitä, minkälaisilla varausasteilla yksiköt kuljettivat asiakkaan sairaalaan. 15,1 prosentissa tapauksissa potilasta ei kuljetettu ollenkaan. Kiireellisimpänä A-kuljetuksena potilas kuljettiin 2,4 prosentissa ja B- kiireellisyytenä oli 6,1 prosentissa tapauksista. Eli asiakas kiidätettiin kiireellisesti sairaalaan 8,4 prosentissa tapauksista. C- kuljetuksia oli tapauksista 31,9 prosenttia ja D- kuljetuksia 36,6 prosenttia.

Taulukko 4. Yleisimmät ensihoitopalvelun kuljetukset

<i>Yleisimmät kuljetukset</i>	<i>%</i>
Hidas yleistilan lasku	11,5
Kaatuminen	6,4
Selkä/ raaja /vartalo kipu	4,7
Nopea yleistilan lasku	4,7
Rintakipu	4,4
Hengitysvaikeus	3,7
Muut, myös kuljettamatta jättämiset	64,6
N=295	100

Tuloksista huomataan, että lähtökohtaisesti kiireellisistä tapauksista (31,9 %) osoittautui ensihoitajien arvioinnin jälkeen kiireellisiksi 8,4 prosenttia. Näistä rintakiputehtäviä oli eniten (2,3 %) ja muita potilasryhmiä, kuten muun muassa aivoverenkierronhäiriö 0,7 prosenttia, myrkytyksiä 0,7 prosenttia ja kouristelua 0,7 prosenttia. Muita tehtäviä oli vähemmän. Suurin osa eli 68,5 prosenttia kuljetettiin sairaalaan kiireettöminä ja 15,1 prosenttia jätettiin kuljettamatta. 6,4 prosentille osoitettiin toinen kuljettava yksikkö, kuten esimerkiksi taksi ja toinen ensihoitopalvelun yksikkö.

Verrattaessa hälytysvaiheessa kiireellisiä tehtäviä kuljetuksen aikaiseen kiireellisyyteen, näyttäisi rintakiputehtävä olevan yleisin kiireellistä hoitoa vaativa tehtävä myös ensihoitopalvelun arvioinnin jälkeen. Tällä tehtävälle yksiköt lähtivät kiireellisenä 22 kertaa ja kuljettivat kiireellisenä 7 kertaa eli noin joka kolmannen. Muut tehtävätapa-

ukset tässä tutkimuksessa eivät ole tilastollisesti merkityksellisiä, sillä A- ja B- kuljetukset ovat yksittäisiä. C- kiireellisyydelle rintakiputehtävää hälytettiin 10 kertaa.

Taulukko 5. Kiireelliset tehtävät ja rintakiputehtävä

<i>Kiireelliset tehtävät ja rintakiputehtävä</i>	<i>Lähtökohtaisesti kiireellinen</i>	<i>Kiireellisyys ensihoidon arvioinnin jälkeen</i>
	%	%
Kaikki kiireelliset	31,9	8,4
Rintakipu	7,5	2,3

Aineistonkeräysaikaa 15.2.- 15.3.2011 verrattiin sairaankuljetuksen raportointiohjelmalla (SARA) kahta kuukautta myöhempään aikaan touko- kesäkuun vaihteessa. Kuukauden seuranta toi kiireellisten rintakiputehtävien kohdalla samansuuntaisen tuloksen, jossa 60 kiireellisestä tehtävästä 18 kuljetettiin sairaalaan kiireellisenä (noin joka kolmas).

Rintakiputehtävää arvioitaessa on otettava huomioon, että lähtökohtaisesti jokin muu tehtävä on paljastunut rintakiputehtäväksi ja sen kuljetus on voinut tapahtua kiireellisenä tai 3,4 prosentilla C- kiireellisyydestä on saattanut myös tulla kiireellisiä kuljetuksia.

7.2 15D- mittarilla kerätyt tulokset

15D-elämänlaatumittarilla kerätyt voidaan jakaa somaattisen avun tarpeen faktoreihin, joita ovat vaivat ja oireet, liikkuminen, erityis-, näkö-, kuulo-, syöminen, puhuminen. Nukkuminen, energisyys ja tavanomaiset toiminnot kuvastavat psyykkistä, sosiaalista ja somaattista avuntarvetta. Psyykkistä ja sosiaalista avuntarvetta kuvaavat henkinen toiminta, masennus ja ahdistus.

Tuloksissa suurin osa avun tarpeista on eritelty ja kerrottu, minkä tyyppistä avun tarvetta kyseinen osa-alue kuvaa. Avun tarpeet luetellaan ensisijaisessa tärkeysjärjestyksessä tärkeimmästä vähiten tärkeimpään. Ainoastaan ne avun tarpeet, jotka koettiin erittäin harvoin ensisijaisesti tärkeimmiksi, on koottu luvun lopussa yhteen ja kerrottu niistä kootusti. Nämä avun tarpeet olivat näkö-, kuulo-, syöminen, puhuminen, nukkuminen ja sukupuolielämä.

Taulukko 6. Viisi yleisintä avun tarvetta.

<i>Avuntarve</i>	<i>Tärkein</i>	<i>Toiseksi tärkein</i>	<i>Kolmanneksi tärkein</i>
	%	%	%
1. Vaivat ja oireet	40,0	15,3	12,5
2. Liikkuminen	19,0	14,6	14,2
3. Tavanomaiset toiminnot	11,2	23,7	24,7
4. Hengitys	10,2	3,7	3,4
5. Henkinen toiminta	5,8	8,5	5,8
6. Muut avun tarpeet	13,8	34,2	39,4
N= 295	100,0	100,0	100,0

Vaivat ja oireet. 15D-mittarin tulosten mukaan apua on hälytetty ensisijaisesti eniten somaattisen avun tarpeen vuoksi, tarkemmin sanottuna vaivojen ja oireiden takia. Tämä alue koettiin tärkeimmäksi asiakkaan avun tarpeeksi 40 prosentissa tapauksista. Tässä avuntarve on kipua, särkyä, pahoinvointia sekä muu sen tyyppinen avun tarve. Toiseksi ja kolmanneksi tärkeimmäksi tämä alue arvioitiin yli puolet harvemmin kuin ensimmäiseksi.

Liikuntakyky. Toiseksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syyksi kaikista luokista on koettu liikkuminen. Tämä on somaattisen avun tarpeen alue, joka kuvaa kävelemiskykyä ja liikkumismahdollisuuksia. Tämä koettiin ensisijaiseksi avun tarpeeksi 19 prosentissa tapauksista. Myös tämä avun tarve on selkeästi somaattinen, jossa normaali liikkuminen tuottaa päivittäisiä ongelmia asiakkaalle. Tämä avun alue koettiin kohtalaisen usein myös toissijaiseksi ja kolmanneksi tärkeimmäksi avun tarpeeksi.

Tavanomaiset toiminnot. Kolmanneksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syyksi koettiin tavanomaiset toiminnot. Tämä alue kuvaa asiakkaan normaaleissa asioissa ja elämässä pärjäämistä. Alue kuvaa, pystyykö asiakas suoriutumaan ansiotyöstä, opiskelusta ja kotitöistään sekä harrastuksistaan normaalisti. Alue on enemmän psykososiaalisen kuin psyko-fyysisen toiminnan alue. Tämä koettiin ensisijaiseksi avun tarpeeksi 11,2 prosentissa tapauksista. Avun tarvealueista huomataan, että tämä alue koettiin myös usein toiseksi tai kolmanneksi tärkeimmäksi niin sanotun tausta-avun tarpeeksi.

Hengitys. Neljänneksi tärkeimmäksi ensisijaiseksi avun tarpeeksi vastaajat arvioivat hengityksen. Hengitysvaikeus on usein somaattinen vaiva ja yleinen ensihoitopalvelun kohtaama asiakasryhmä. Tässä otoksessa 10,2 prosentilla ensisijainen avun tarve oli hengitykseen liittyvä. Harvemmissa tapauksissa se oli toiseksi tai kolmanneksi tärkein avun tarve.

Henkiset toiminnot. Viidenneksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syyksi vastaajat kokivat henkisen toiminnan, joka kuvastaa enemmän psyko-sosiaalisia syitä. Tämän alueen vastaajat kokivat ensisijaiseksi avun hälyttämisen syyksi 5,8 prosentissa tapauksista. Henkisessä alueessa arvioitiin muun muassa sitä, pystyykö asiakas ajattelemaan johdonmukaisesti vai onko havaittavissa sekavuutta. Toiseksi tärkeimmäksi alueeksi tämä koettiin 8,5 prosentissa tapauksista, joka kuvastaa osaltaan kyseisen alueen olevan taustasyynä myös jossain muussa avun tarpeessa.

Eritys. Kuudenneksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syyksi vastaajat kokivat erityistoiminnot. Tämä alue kuvastaa somaattista elimellistä ongelmaa. Ensisijaiseksi avun hälyttämisen syyksi se koettiin 4,1 prosentissa tapauksista. Tässä arvioitiin muun muassa asiakkaan suolen toimintaa ja virtsaamisasioita. Tällä alueella avun tarvetta oli tasaisesti kaikilla kolmella luokittelutasolla.

Masennus. Seitsemänneksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syyksi koettiin masennus, joka kuvastaa psyko-sosiaalista ongelmakenttää. Tämä koettiin ensisijaiseksi avun hälyttämisen syyksi 3,4 prosentissa tapauksista. Tällä osa-alueella oli tasaisesti avun tarvetta, joka näkyi myös ensisijaisesti somaattisen avun tarpeen tehtävillä.

Ahdistuneisuus. Seuraavaksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syyksi vastaajat kokivat ahdistuneisuuden, joka kuvastaa psyko-sosiaalista tai psyko-fyysistä ongelmaa. Tämä alue koettiin ensisijaiseksi avun hälyttämisen syyksi 2,4 prosentissa tapauksista. Kolme kertaa useammin se koettiin toiseksi tärkeimmäksi avun tarpeeksi. Kolmanneksi tärkeimmäksi avun tarpeeksi se koettiin myös useammin kuin ensisijaiseksi. Tätä selittänee se, että somaattisen avun tarpeen taustalla saattaa olla usein myös ahdistuneisuus

Energisyys koettiin yhtä tärkeäksi avun hälyttämisen syyksi kuin ahdistus. Ensisijaiseksi avun hälyttämisen syyksi se koettiin myös 2,4 prosentissa tapauksista. Tämä avun tarve kuvastaa myös psyykkistä tuntemusta, jossa asiakas voi kokea mm. masen-

nuksen ja jaksamattomuuden oireita. Huomioitavaa tässä alueessa on, että tämä koettiin usein toiseksi tai vielä useimmin kolmanneksi tärkeimmäksi avun tarpeeksi, mahdollisesti ensisijaisesti somaattisen tai psyykkisen tarpeen jälkeen.

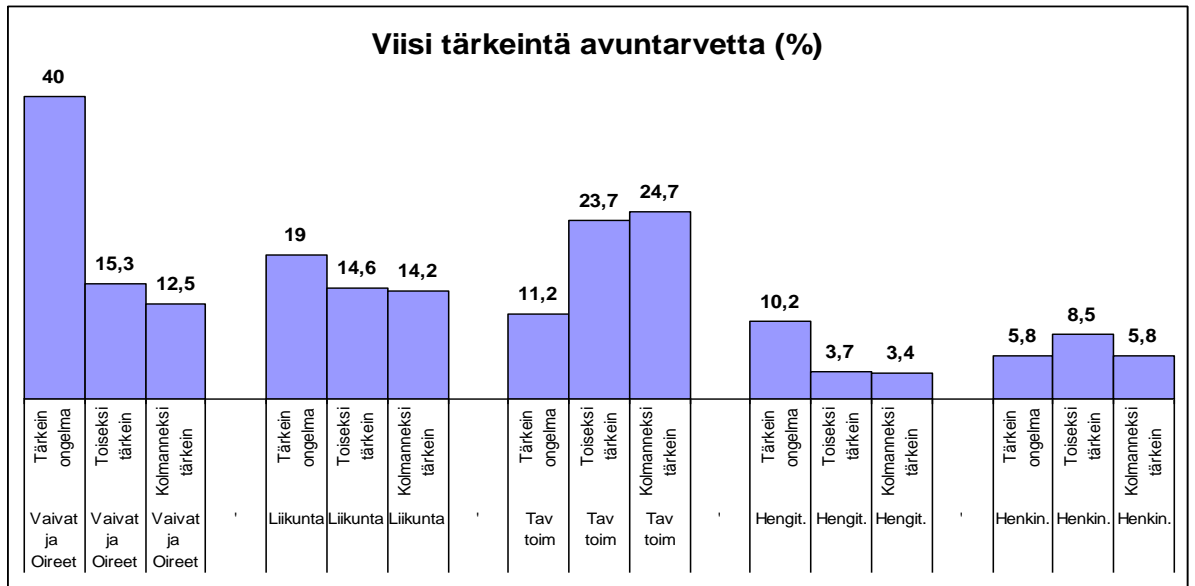
Näkö, kuulo, syöminen, puhuminen, nukkuminen ja sukupuolielämä koettiin ensisijaiseksi vain yksittäisissä tapauksissa. Hieman yleisemmin ne koettiin toissijaisiksi, kuten puhuminen (4,7 % tapauksista), kuulo (2,4 %), nukkuminen (2,4 %). Kolmanneksi tärkeimmäksi avun hälyttämisen syiksi niitä koettiin myös joissain tapauksissa.

Taulukko 7. Muita avuntarvealueita.

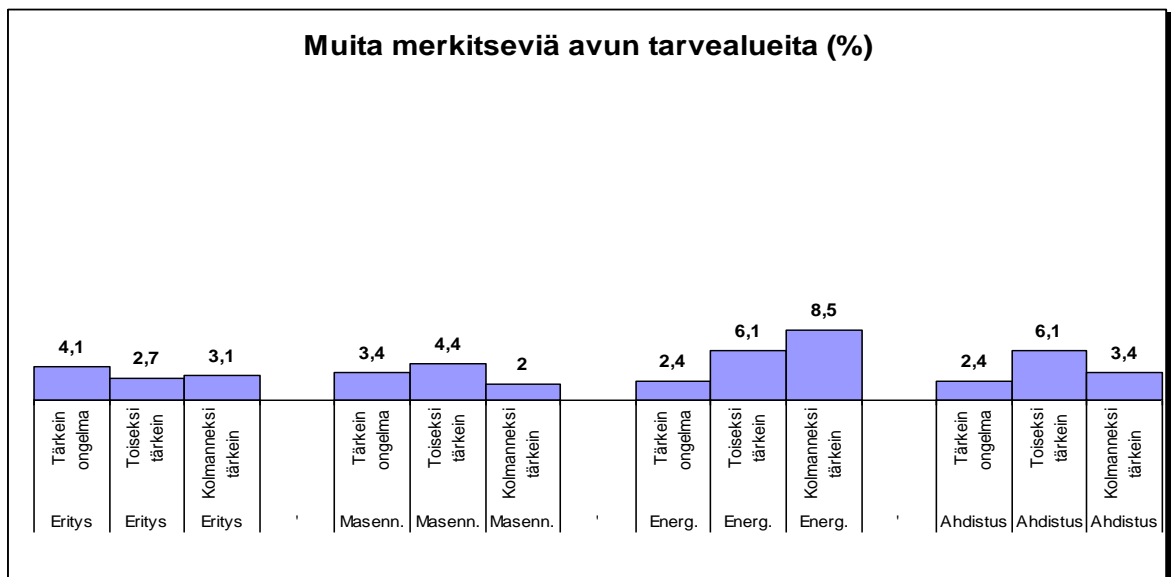
<i>Avuntarve</i>	<i>Tärkein</i>	<i>Toiseksi tärkein</i>	<i>Kolmanneksi tärkein</i>
	%	%	%
Eritys	4,1	2,7	3,1
Masentuneisuus	3,4	4,4	2,0
Energisyys	2,4	6,1	8,5
Ahdistuneisuus	2,4	6,1	3,4
Muut avun tarpeet	87,7	80,7	83,0
N= 295	100,0	100,0	100,0

7.3 Yhteenveto 15D:n tuloksista

Tällä tutkimusmetodilla saatiin näyttöä somaattisesta avun tarpeesta, joka oli yleisintä. Näyttöä saatiin myös psyykkisistä ja sosiaalista avun tarpeista, joita ensihoitopalvelu kohtaa. Seuraavassa on yhteenvetona (kuva 4 ja 5) tärkeimpiä avun tarvealueita.



Kuva 4. Viisi tärkeintä avuntarvetta



Kuva 5. Muita merkitseviä avun tarvealueita

Tässä raportissa ei 15D- mittarin tutkimustuloksissa ole hyödynnetty avun tarpeen alla olevaa alakohtaa 1 – 5. Tutkimusanalyysi on rajattu niiltä osin. Muutoin työmäärä olisi noussut rajusti, mutta todennäköisesti alakohtien analyysillä ei olisi ollut merkittävää muutosta tulokseen.

7.4 Tulosten yleistettävyys

Tässä tutkimuksessa otokseen otettiin kaikki ko. yksikköjen elossa kohtaamat asiakkaat, pois lukien aiemmin mainitut. Kyseessä on kokonaisotanta tästä joukosta. Vastausprosentti oli 68.6. Tutkimustulokset esitettiin taulukoin ja selittäen. Tutkimus on tilastollisesti yleistettävissä samantyyppisen tutkimuksen kanssa.

Ensihoidossa käytetään erilaisia seurantaohjelmia, joista Pohjois-Savon pelastuslaitos käyttää Sairaankuljetuksen raportointiohjelmaa SARA. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset yksiköiden käytön, tehtävien jakautumisen, kuljetusten aikaisten varaustasojen ja tehtävälajien suhteen. 15D- mittarilla ei tiedettävästi ole tämäntyyppistä vertailututkimusta olemassa. Yleistyksiä voidaan tehdä myös asiakkaiden ikäkauman ja sukupuolen suhteen, jotka ovat samantyyppinen kuin selvitykset terveydenhuollon käyttäjistä Suomessa. Samoin on mahdollista verrata ensihoitopalvelun tehtäväjakaumaa ja ajojärjestystä vastaaviin.

Tämän tutkimuksen pääasiallinen tarkoitus oli kuitenkin kartoittaa, millaista avun tarvetta ensihoitopalvelu kohtaa. Tähän saatiinkin vastauksia, josta voidaan päätellä asiakkaiden tarvitsevan moniammatillista apua somaattisen sairauden hoidosta sosiaalihuoltoon toimintoihin. Tämä tulos on myös yleistettävissä Suomessa tehtyihin tutkimuksiin muun muassa syrjäytymisestä ja mielenterveysongelmien lisääntymisestä.

7.5 Tulosten tarkastelu

Tulokset tutkimuksesta olivat jokseenkin odotetun kaltaisia. Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa hätäkeskuksen kautta apua hälyttävän asiakkaan avun tarvetta sairaalan ulkopuolella. Tuloksista voidaan päätellä avun tarpeen jakautuvan laajasti koko ihmisyhteön ja terveyteen vaikuttavien tekijöiden ympärille. Pääosin ensisijainen avun tarve oli somaattista, toisin sanoen apua soitettiin esimerkiksi sydänkohtauksen tai kaatumisen aiheuttamaan tarpeeseen.

Tuloksista on kuitenkin nähtävissä myös psyykkisen avun tarpeen lisääntyminen, sillä myös osa ensisijaisestakin avun tarpeesta on psyykkistä tai sosiaalista. Tutkimuksen alussa kuvattu esimerkki yksi on useissa tapauksissa todellisuutta ensihoitopalvelun työssä. Tuloksissa on myös huomattavaa, että toissijaisen avun tarpeen arvioinnissa

somaattisen avun tarpeen määrä on laskenut ja psyykkisen tai sosiaalisen avun tarpeen määrä on taas pysynyt samana tai noussut.

Tämä kuvastaa osaltaan ihmisen psyko-fyysis-sosiaalista kokonaisuutta, kuten teoreettisesti luvussa viisi tarkasteltiin ihmisen yksiköllisyyttä. Tämä teoria tukee myös tutkimustulosta. Toisaalta sosiaalisten ongelmien lisääntyminen näkyy tutkimuksessa muun muassa henkisen avun tarpeen lisääntymisenä. Tutkimustulosten tarkastelussa on huomattava, että 15D- mittaria ei ole rakennettu käytettäväksi ensihoitopalvelun tarpeisiin eivätkä sen tulokset ole spesifejä, mutta kuitenkin suuntaa antavia.

Mielenkiintoinen tutkimustulos näkyi ensihoitopalvelun tehtävässä A- ja B- rintakipu. Esimerkki yhdessä kuvatussa tehtävässä oli kyse juuri rintakiputehtävästä. Tässä otoksessa huomattiin, että tämä tehtävä oli eniten suoritettu kiireellinen tehtävä. Ja mielenkiintoisemmaksi siitä tekee sen, että joka kolmas asiakas oli kuljetettu kiireellisenä sairaalaan jatkohoitoon. Muissa tehtävissä selkeää päättelyä ei voitu tehdä, sillä tehtävät olivat yksittäistapauksia.

8 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää millaista avun tarvetta ensihoitopalvelun työntekijät työssään kohtaavat. Tutkimuksesta käy selvästi ilmi, että somaattisen avun tarpeen lisäksi ensihoidossa kohdataan psyykkistä ja sosiaalista avun tarvetta. Tutkimustuloksista käy ilmi, että usein nämä kaikki kolme avun tarvetta ovat sidoksissa toisiinsa, eikä vain yhtä avun tarvetta hoitamalla saavuteta pysyviä tuloksia.

Tutkimuksessa mittarina oli 15D-elämänlaatumittari, jolla mitattiin avun tarpeen laatua. Mittari antoi vastauksen tutkimusongelmaan, joten tutkimusprosessi oli onnistunut. Tutkimuksessa tutkittiin sitä mitä pitikin ja tutkimusongelmaan saatiin vastaus. Mittarin käyttö ei kuitenkaan ollut ongelmatonta. Elämänlaatumittari on tarkoitettu elämänlaadun mittaamiseen, eikä se sellaisenaan ollut ensihoidon tarpeisiin täysin sopeva. Tätä aihetta käsitellään lisää seuraavassa luvussa 8.1.

Sairaalan ulkopuolisen hoitotyön eli ensihoitotyön lähtökohtana on asiakkaan auttaminen ja pelastaminen akuutista hätätilanteesta. Viime vuosina ensihoito on kehittynyt voimakkaasti omaksi erikoisosaamisalueekseen ja myös sairaalan ulkopuolella on voitu hoitaa somaattisesta sairaudesta kärsivää asiakasta jopa tehohoidon keinoin. Ensi-

hoidon tutkimustoiminta on hyvässä vauhdissa ja muun muassa elvytysohjeistot uudistuvat muutaman vuoden välein tutkimustiedon uusiutuessa.

Ensihoidon erikoislääkäreistä on puhuttu jo julkisuudessa ja Erikoislääkäriskoulutus-työryhmä on ehdottanut vuonna 2010 perustettavaksi uuden erikoisalan akuuttilääketiede. Näihin päiviin asti anesthesiologia on ollut erikoistumisalana ensihoidon parissa työskenteleville lääkäreille. Ensihoitoa on kuitenkin voinut opiskella jo vuodesta 1998 lähtien ammattikorkeakoulutasoisessa ensihoidon koulutusohjelmassa, josta on valmistunut ensihoitajia akuuttihoidon tarpeisiin.

Ensihoitoa ja akuuttilääketiedettä koetaan tärkeäksi kehittää ja myös uusi terveydenhuoltolaki antaa siihen hyvän tuen. Uuden Terveydenhuoltolain astuttua voimaan 1.5.2011, sairaanhoitopiirit ovat alkaneet kannustaa kuntia laadukkaampaan sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon ja samalla laadullinen kirjavuus on vähentynyt ja vähenee tulevaisuudessa. Suomessa on niin sanottu portaittainen ensihoitojärjestelmä, jonka toiminnassa on laadultaan ja lääkehoidolliselta tasoltaan eriarvoisia ensihoitoyksiköitä miehistöineen. Ongelmana tässä järjestelmässä on kiireellisten, henkeä uhkaavien sairauksien tasa-arvoinen hoito. Tämän vuoksi muun muassa Pohjois-Savon ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella todennäköisesti siirrytään mahdollisuuksien mukaan tasa-arvoisiin ensihoitoyksiköihin, joissa kaikissa on mahdollisuus aloittaa sama hoito riippumatta yksikön sijoituspaikasta.

Vaikka somaattinen ensihoito on kehittynyt paljon, psyykkisten sairauksien kohtaaminen on jäänyt taka-alalle, samoin kuin ne sosiaaliset ongelmat, joita ensihoitopalvelu kohtaa. Tutkimustietoa tältä sektorilta on vähän. Asia kuitenkin tiedostetaan, ja on tehty selvityksiä muun muassa siitä, kuinka suuri osa ensiapupäivystyksen asiakkaista on päihtyneitä. Kuopiossa vuonna 2008 tehdyn selvityksen mukaan jopa kymmenes päivystyksen asiakkaista oli päihtyneitä. (Rautiainen & Jaakkonen 2008. 7-9)

Samantyyppinen suunta näyttäisi olevan myös ensihoidon asiakkailla, jotka ovat samantyyppistä asiakaskuntaa. Työttömyys kasvaa huolestuttavasti ja luo maaperää sosiaalisille ongelmille. Päihteiden käyttö on lisääntynyt myös vanhuksilla. Ihmisten turhautuminen näkyy psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ja niistä johtuvien asiakkaiden lisääntymisenä myös ensihoitopalvelun kentällä. Työttömät, työkyvyttömyyseläkeläiset, toimeentulotukiasiakkaat, alhaisen koulutuksen omaavat aikuiset, 18- 25-

vuotiaat työttömät ja heikosti koulutetut sekä yli 80-vuotiaat vanhukset muodostavat ryhmän, johon kuuluu 29 prosenttia Suomen väestöstä (Lääkärilehti 10/2011).

Tämän tutkimustuloksen mukaan ensisijaisen avun tarpeen muodosti psykososiaalinen tarve yli neljänneksessä (25,2 %) ensihoitopalvelun tehtävistä. Määrä on hälyttävän suuri, ottaen huomioon ettei tutkimuksessa mukana olleilla yksiköillä käytännössä ollut muuta hoitovaihtoehtoa kuin kuljettaa asiakas perusterveydenhuollon päivystykseen tai pyytää hakeutumaan omalla kyydillään. On huomattavaa, kuinka paljon tämäntyypinen asiakaskunta työllistää ensihoitopalvelua ja perusterveydenhuoltoa.

Alun perin ambulanssitoiminta on perustunut pelkästään somaattisen sairauden hoitoon, mutta tämän tutkimuksen näytön perusteella se oli tärkein avun hälyttämisen syy noin puolella asiakkaista. Esimerkiksi henkiset syyt, masennus tai ahdistus olivat ensisijaisena syynä avun hälyttämiseen noin 11 prosentilla. Myös ensisijaisesti somaattisissa syissä psykososiaaliset syyt olivat useissa tapauksissa toiseksi tai kolmanneksi tärkein avun hälyttämisen syy, eli niin sanottu taustasy.

Psykkisten ja sosiaalisten ongelmien lisääntyminen tuo haasteen ensihoitopalvelulle. Palvelun kehittyminen myös muiden kuin somaattisen sairaanhoidon osalta on tärkeää. Psykiatriset yksiköt ja sosiaalihuolto ovatkin osoittaneet jo kiinnostuksensa myös ensihoitopalvelua kohtaan ainakin suuremmissa kaupungeissa, mutta tulevaisuuden yhteistyö kehittyessään voisi olla saumatonta ja ”arkipäiväistä” toimintaa esimerkiksi radiopuhelimella Virve-verkon välityksellä.

Ensihoidon koulutusta olisi vietävä myös moniammatilliseen suuntaan huomioimaan myös ihmisen kokonaisuus sosiaalisena psyko-fyysisenä kokonaisuutena. Tulevaisuuden ensihoitajan olisi hallittava terveyden edistämiseen liittyvä ennalta ehkäisevä valistustyö, somaattisen sairauskohtauksen hoitotyö ja myös asiakkaan psykinen sekä sosiaalinen avun tarve ja ohjaaminen oikeaan hoitoon. Tarkemmin ajatellen juuri viimeksi mainitut ongelmat ja niiden ratkaiseminen tuottaisi laajempaa hyvää myös asiakkaan lähipiirille ja perheelle. Ensihoitotyössä ihmisten kodeissa näköalapaikalla oleva terveydenhuollon ammattilainen voisi oikealla ennalta ehkäisevällä asenteellaan ja ammattitaidolla saada myös merkittäviä säästöjä yhteiskunnan terveydenhuoltoon.

Ensihoitaja on usein tekemisissä elämän ja kuoleman kanssa, joiden kohtaamiseen hänkään ei välttämättä ole valmis. Tämän vuoksi ensihoitopalvelun työntekijät, ensihoitajat, tarvitsevat työssään onnistuakseen vahvan tukiverkon taakseen, johon kuuluu koko terveydenhuollon kirjo sosiaalihuollosta tehohoitoon. Tämä on syytä ymmärtää ja ottaa huomioon suunniteltaessa ensihoitopalvelun käytännön ratkaisuja, ohjeistuksia ja esimerkiksi yksiköiden laadullista tasoa. Tämä näkökulma on otettava huomioon myös ensihoidon oppilaitoksissa kun suunnitellaan oppikokonaisuuksia sairaalan ulkopuoliseen hoitotyöhön.

Suomessa terveyden, toimeentulon ja hyvinvoinnin sosioekonomiset erot ovat kasvussa. Köyhyys on kasvanut ja toimeentulo-ongelmat ovat yleisiä. Tällä hetkellä köyhyysrajan alapuolella elää saman verran ihmisiä kuin 70-luvun alkupuolella. Nuorten 18- 25-vuotiaiden työttömyys, syrjäytyminen, heikko koulutustaso muodostavat myös terveydellisen riskiryhmän kertoo Lääkärilehti (nro 10/2011).

Tämän tyyppiset ongelmat näyttävät heijastelevan myös tämän tutkimuksen valossa. Terveyden edistämisen kannalta yhteiskunnassa olisi tärkeää pohtia työkaluja tähän ongelmakenttään. Kunnissa onkin käynnistetty nuorille erilaista työpajatoimintaa ja tukitoimintoja arjessa pärjäämiseen. Todennäköistä on että kuitenkin vain osa avun tarvisijoista tavoitetaan. Terveydenhuollon monimuotoistuesssa ensihoitopalvelua voisi hyvin käyttää tämäntyyppisen avun tarpeen havaitsijana ja palveluihin ohjaajana.

Suomessa n. 8000 nuorta jää ilman jatko-opiskelupaikkaa. Tämänhetkiseen hallitusohjelman yksi tärkeimmistä hankkeista on nuorten yhteiskuntatakuun vahvistaminen. Sen tavoitteena on taata jokaiselle nuorelle työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka vuoden 2013 alusta lähtien, kertoo Työministeri Lauri Ihalainen (3/11 Promo 6-7). Yhteiskunnan on otettava paremmin vastuu juuri nuorten asemasta ja tuettava heitä. ”Kun puhumme nuorten työllisyydestä ja koulutuksesta, puhumme samalla myös yhteiskunnan eheyttämisestä ja rauhasta” sanoo Ihalainen.

Huonossa asemassa olevat nuoret näkyvät ensihoidon käyttäjinä. Usein päihteiden väärinkäyttö- ja yliannostustilanteet, joita ensihoitopalvelu kohtaa, heijastelevat Ihalaisen kuvaamia nuoria, joilla ei ole työtä tai opiskelupaikkaa. Joskus turhautunut ihminen ajautuu käyttämään päihteitä, lääkkeitä tai jopa huumaavia aineita. Nämä tilanteet näkyvät ensihoidossa myrkytystehtävinä, jotka ovat toiseksi yleisin kiireellinen tehtävä.

Avohoidossa olevien mielenterveyskuntoutujien joukko näkyy myös ensihoidossa. Tätä joukkoa altistavat somaattisille sairauksille muun muassa huonot elintavat, tupakointi ja päihteiden käyttö. Tutkimuksen tuloksista näkyi, että psyykkistä avun tarvetta koettiin usein myös somaattisilla tehtävillä ja päinvastoin. Tampereen psykiatrisen avohoidon ylilääkäri Päivi Kiviniemi kertoo, että mielenterveyspotilaat ovat usein somaattisen hoidon väliinputoajia, joita ei välttämättä edes haluta hoitaa tai huolehtia hyvinvoinnista. Muun muassa ryhmän hammashoito on huonoa. Tällaisista laiminlyönneistä seuraa ennemmin tai myöhemmin negatiivinen terveysvaikutus. Esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien tupakkalakko on koettu mahdottomaksi toteuttaa. (3/11 Mielenterveys 12 - 15)

Väestöliiton lastenpsykiatri Raisa Cacciatore perää varhaista puuttumista lasten häiriökäyttäytymiseen, sillä se on hänen mielestään paras tulevien ongelmien ennalta ehkäisyn muoto. Kaikilta terveyden ja sosiaalihuollon piirissä työskenteleviltä edellytetään valppautta, ohjausta ja puuttumista tilanteissa, joissa lasten pahoinvointi huomataan. (3/11 Promo 28 - 29.) Lastensuojelutyö ja sen asenteet korostuvat myös ensihoidon toimijoilla, jotka tapaavat asiakkaitaan heidän kotonaan ja kohtaavat äkillisiä kriisejä.

Ensihoitopalvelussa työskentelevillä ensihoitajilla on erinomainen mahdollisuus puuttua myös ennaltaehkäisevästi asiakaskuntansa toimintaan. Tätä toimintaa yhteiskunnassa hyödynnetään liian vähän. Ensihoitotoiminta koetaan yleisesti ottaen somaattisen sairauskohtauksen ensiaputoimintana ja kiidätyksenä sairaalaan. Sairaanhoidaja ajatellaan usein moniammatillisena terveydenhuollon ammattilaisena, jolta potilas voi kysyä niin henkisistä huolistaan kuin sydänoireistaankin. Tähän pitäisi pyrkiä myös ensihoitopalvelun osalta ja nähdä ensihoitaja sairaalan ulkopuolella auttajana ja neuvojana ja valistajana sekä hoidon tarpeen määrittäjänä. Tulevaisuudessa sosiaaliseen avun tarpeeseen ja sen haasteeseen on mahdollista vastata vain se tiedostaen ja suunnitellen.

Tutkimustulokset hyödyttävät ensihoitopalvelun tuottajia ja hätäkeskusta näkemään, millaisten avun tarpeiden kanssa ovat tekemisissä. Näkemys siitä, ettei riitä vain valmistautua sairauskohtauksien hoitoon, auttaa ymmärtämään tämän päivän ihmisen tarpeita. Tämä auttaa myös suhtautumaan asiaan ja laajentamaan näkökulmaa ensihoitopalvelun monipuolisuuteen.

Hätäkeskukset voivat tutkimuksen kautta peilata asiakaskuntaansa ja nähdä paremmin, miksi suurin osa lähtökohtaisesti kiireellisistä hälytyksistä osoittautuu kiireettömiksi. Hätäpuhelun perusteella on tehtävä nopeita ratkaisuja ja saatava apua matkaan. Ratkaisut toteutetaan nopeasti ja riski arvioidaan mieluiten suuremmaksi. Tämä on järkevää, sillä riski on suuri kunnes toisin todistetaan.

Tutkimuksesta hyötyy myös tutkimuksen tilaaja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Ensihoitokeskus. Tilaaja suunnittelee ensihoidon rakenteellisia uudistuksia ja ensihoidon asiakkaiden avun tarpeen määrittäminen selkeyttää myös ensihoidon sidosryhmien tarvetta. Sidosryhmien, kuten sosiaalihuollon kanssa työ tulevaisuudessa on varmasti jokapäiväistä työtä.

Tutkimuksen tuloksista hyötyvät myös oppilaitokset, jotka valmistavat ensihoitotyön osaajia. Opiskelijat voidaan ohjata ymmärtämään paremmin tulevaa asiakaskuntaansa. Opiskelijat voivat varautua ja asennoitua tulevaan työhön ja työharjoittelujaksoihin, tietäen millaista avun tarvetta he tulevat kohtaamaan.

Kaikkien ensihoidon parissa työskentelevien ja opiskelevien olisi syytä tarkastella tutkimustuloksia. Tärkeää on, että ensihoitaja nähtäisiin kokonaisvaltaisempuna terveydenhuollon osaajana, vaikka hänen substanssiosaamisensa onkin somaattinen akuuttihoitotyö. Terveyskeskusten vähentyessä ja terveystalvelujen keskittyessä on mahdollista, että ambulanssi on kunnan ainoa ympärivuorokautinen terveydenhuollon yksikkö. Tämä näkökulma on erittäin tärkeä tarkasteltaessa ensihoitotyön tehtäväkenttää.

Ensihoitopalvelun rooli terveydenhuollossa tulee korostumaan tulevaisuudessa paljon. Ensihoitajalta vaaditaan laajaa näkemystä, joka ulottuu terveydenhuollon monelle alueelle ja myös sosiaalihuoltoon.

8.1 15D- mittarin käyttö arvioitaessa asiakkaan avun tarvetta

Elämänlaatumittari 15D on herkkä mittari, jonka pääasiallinen käyttö on ihmisen oman elämänlaadun mittaaminen itsensä arvioimana tai joissain tilanteissa lähisukulaisten arvioimana. Tässä tutkimuksessa käytin Harri Sintosen luvalla avun tarpeen mittauksessa 15D- mittaria ja sen elämänlaadun osa-alueita. Mittaria arvioinneissa käyttivät ensihoitajat, jotka hoitivat asiakkaan.

Mittarin käyttö tämän tyyppisesti on haasteellista ja joskus juuri kolmea avun tarvetta ei tahtonut löytyä millään. Muutenkaan alueet eivät selkeimmällä mahdollisella tavalla kuvasta potilaan avun tarvetta. Olen vakuuttunut kuitenkin siitä, että ensihoitopalvelu tarvitsisi omiin tarpeisiinsa kehitetyn mittarin, jolla saataisiin vielä selkeämmin esiin asiakkaan avun tarve sairaalan ulkopuolella ja voitaisiin paremmin ohjata asiakas oikeaan hoitoon ja kehittää palvelujen kenttää. Tässä raportissa saatiin kuitenkin selkeää näyttöä siitä, että ensihoitopalvelulta odotetaan paljon muutakin kuin nopeaa toimintaa sydänkohtauksen sattuessa.

8.2 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tässä työssä teorettinen viitekehys muodostui ensihoidon asiakkaan avun tarpeen ympärille. Asiakkaiden hoidon tarpeesta kerättävä tieto on anonymia, eivätkä henkilötiedot ole tutkijan tiedossa. Kun aineisto oli kerätty ja tallennettu, tietokoneella syötetyt tiedot käsiteltiin.

Tutkimuksella pyrittiin kartoittamaan ensihoitopalvelun asiakkaan avun tarvetta. Aineiston analyysiin käytettiin PASW Statistics 18 -tilasto-ohjelmaa, johon aineiston tiedot syötettiin yhden päivän aikana. Ohjelmalla saatiin yksikkö- ja prosentuaaliset jakaumat ensihoitopalvelun arvioimista asiakkaista. Tietojen syöttö oli yksinkertaista, mutta tutkimuksessa jätettiin arvioimatta tarkentavat tiedot, jotka oli merkitty avuntarvenumeron alla. Tässä tutkimusraportissa tulokset esitetään taulukoin, kuvioin, tunnusluvin, prosentteina ja tekstinä.

Tutkimusongelmana oli kysymys, millaista avun tarvetta ensihoitopalvelu kohtaa. Tähän ongelmaan mielestäni saatiin kohtalaisen hyvin vastaus, vaikka mittari ei ollut ensihoidon tarpeisiin suunniteltu. Tuloksista huomattiin, että pääpaino avun tarpeella oli somaattinen ongelma. Vahvaa näyttöä saatiin kuitenkin siitä, että ensihoitopalvelun asiakkailla on paljon myös sosiaalisia ja psyykkisiä avun tarpeita, joihin tarvitaan apua. Tämä näyttö on ensiarvoisen tärkeää, sillä ensihoitopalvelu on aiemmin koettu vahvasti akuuttien sairauskohtauksien hoitoon oleva palvelu.

Tässä työssä uskottavuutta lisää se, että kaikki ensihoitopalvelun kyseisten yksiköiden kohtaamat asiakkaat olivat otoksessa, pois lukien vainajat ja tutkijan itsensä kohtaamat asiakkaat. Yksinkertainen dokumentointi kohdatuista asiakkaista kannusti ensi-

hoitajia täyttämään kyselyn jokaiselta kohtaamaltaan asiakkaalta. Ensihoitajien sitoutumisesta kertoo hyvä palautusprosentti, joka oli noin 69 prosenttia. Lomakkeissa oli erittäin vähän epäilyttäviä tai epäasiallisia vastauksia.

Vertailututkimusten puuttuminen työssä aiheutti oman haastavuutensa. Kuten aiemmassa luvussa 5.3 kerrottiin, ei vastaavia selvityksiä löytynyt. Tutkimuksen validiteetti vaikuttaa tutkimuksen verrattavuus aiempiin tutkimuksiin, mutta tässä tapauksessa sitä ei voitu tehdä. Tutkimus on kuitenkin yleistettävissä suuntaan, joka terveystalvelujen käyttäjissä on havaittavissa.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa kaikki tutkittavat asiakkaat olivat anonyymejä, eikä heidän henkilöllisyyttä voi jäljittää. Tiedonkeräyskaavake täytettiin tehtävän jälkeen, joten se ei häirinyt tai vaarantanut ensihoitotilannetta.

Tutkimuslupa anottiin Pohjois-Savon pelastuslaitokselta. Sairaanhoidopiirin tutkimuslupaa ei tarvittu, sillä asiakkaille ei tehty mitään interventioita. Asia kuitenkin varmistettiin Sairaanhoidopiirin Eettisen lautakunnan sihteeriltä.

Myös tutkimukseen vastanneet ensihoitajat pysyvät anonyymeinä, eikä heitä voi tunnistaa tutkimusraportista. Tutkimuksessa mukana olleiden ensihoitajien käytös on ollut ensiluokkaisen hyvää ja työhön sitoutumisen kiitettävää tasoa. Asiakkaiden kohtelu on ollut inhimillistä ja humaania. Ensihoitajien työssä näkyy selvästi terveydenhuollon ammattilaisen vahva ote.

Terveydenhuollon etiikka ja eettinen päätöksen teko korostuvat ensihoitopalvelun tehtävillä. Henkeä uhkaavissa sairauskohtauksissa on päätöksiä tehtävä nopeasti ja usein vähäisillä tiedoilla asiakkaan kliinisen tilan mukaan. Päätökset ovat kuitenkin yleensä ennakkoon suunniteltuja ja ohjeistettuja, mutta ensihoitajan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on niissä kuitenkin oma vivahteensa. Myös tämän tutkimuksen tuloksissa vastaajalla on merkitys kuinka hän tilanteen näkee ja mistä näkökulmasta hän sitä katselee, omaan maailmankuvaansa peilaten. Myös tästä syystä absoluuttisen tuloksen ja tiedon saantiin asiakkaan avun tarpeesta on haasteellista.

Tutkimus oli eettisesti onnistunut, eikä mitään etiikan ongelmaa kantautunut tutkimuksen tekijän korviin. Tämän tyyppinen tutkimus, joka ei sisällä varsinaista interventiota onkin yleensä eettisesti selkein ja ongelmattomin.

LÄHTEET

- Aalto, A-M., Aro, A. & Teperi, J. 1999. Rand -36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Backman, K., Finne-Soveri, U., Harriet, U., Eloniemi-Sulkava, U., Paasivaara, L., Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu, Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy
- Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.
- Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J., Väisänen, O. 2005. Helsinki ja Kuopio: SPR ja Pelastusopisto.
- Cottingham, J. 1997. Descartes. Helsinki: Otava
- Darwin, C., Suom. Leikola, A. 2009. Tunteiden ilmaisu ihmisissä ja eläimissä. Helsinki: Hakapaino
- Erikoissairaanhoitolaki L 1062/ 1989
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Heikkilä, T., 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Huusko T., Strandberg T & Pitkälä K., 2006. Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Holopainen, M., Pulkkinen, P., 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY
- Holmström, P., Kuisma, M., Porthan, K. 2009. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi.

Instrument. 2008. Viitattu 15.7.2008. www.15d-instrument.net/15d/

Juuti, P. 1996. Suomalainen elämänlaatu. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Järvilehto, T. 1994. Ihminen ja ihmisen ympäristö. Oulu: Kaleva

Kansanterveyslaki L 66 / 1972

Karjalainen, E. 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Pro gradu. Oulu: Oulun Yliopisto.

Kattainen, E. Meriläinen, P. 2004. NHP, RAND-36 ja 15D mittareiden psykometristen ominaisuuksien vertailu. Hoitotiede 16, no 5/-04

Kuisma, M., Holmström, P., Porthan. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy

Koivunen, K. 2008. Alaraajojen valtimokovetustautia sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu sekä hoitomenetelmien kustannukset. Oulu: Lääketieteellinen tiedekunta Terveystieteiden laitos

Koskela, T-H. 2008. Terveyspalvelujen pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät, Kuopio: Kuopion yliopisto

Kylmä,J., Nikkonen, M.,Kinnunen,P., Korhonen,T.2009.Näetkö mielen terveyden edistämisen mahdollisuuden. Kuopio: Suomen graafiset palvelut Oy

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/ 1992

Laukkanen, J., Turva, J., Pietilä, L., Oksanen, T. 2005. Häät puhelun käsittely. Espoo: Suomen ensihoidon tiedotus

Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli. Oulu: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos

Niiniluoto, I., Saarinen, E. 2002. Nykyajan filosofia. Juva: WS bookwell Oy

Niensted, W., Hänninen, O., Arstila., Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen anatomia ja fysiologia. 2004. Helsinki: WSOY

Mielenterveys 3/2011, Suomen mielenterveysseura, Helsinki

Ojanen, E. 2005. Ihmisen filosofia. Helsinki: Kirjapaja Oy

Piksilä, H. 2008. MS-tautia sairastavien toimintakyvyn arviointimenetelmät. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto

Promo, Terveystiedon edistämisen lehti. 3/ 2011

Rautiainen, S., Jaakkonen, P.2008. Päihtyneet potilaat Kuopion yliopistollisen sairaalan yhteispäivystyksessä. Kuopio: KYS

Rydenfelt, H & Kovalainen, H. 2010. Mitä on filosofia. Helsinki: Gaudeamus

Sintonen, H. 2003. 15D-mittari oiva väline vaikuttavuuden arviointiin. Chess Online 3/2003

Sintonen, H. Kipuviesti 1/2009, 15-17, Helsinki

Sintonen, H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. The Finnish Medical Society Duodecim, Annals of Medicine vol. 33 July 2001, 328–335.

Terveystiedonhuoltolaki L 1326/ 2010

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Internet:

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/17.8.1992

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Asetus sairaankuljetuksesta 565/ 28.6.1994

Haastattelu:

15.11.2009 Tommi Partanen, Ensihoitaja, Pohjois-Savon pelastuslaitos

3. Kuulo

- 1 () Kuulee normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeella tai ilman).
- 2 () Kuulee normaalia puheääntä pienin vaikeuksin.
- 3 () On melko vaikea kuulla normaalia puheääntä, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä.
- 4 () Kuulee kovaakin puheääntä heikosti; on melkein kuuro.
- 5 () On täysin kuuro.

4. Hengitys

- 1 () Pystyy hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta eikä muita hengitysvaikeuksia.
- 2 () On hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä.
- 3 () On hengenahdistusta, kun kävelee tasamaalla samaa vauhtia kuin muut ikäiseni.
- 4 () On hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa.
- 5 () On hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa.

5. Nukkuminen

- 1 () Nukkuu normaalisti eli ei ole mitään ongelmia unen suhteen.
- 2 () On lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai satunnaista yöheräilyä.
- 3 () On melkoisia uniongelmia, esim. nukkuu levottomasti tai uni ei tunnu riittävältä.
- 4 () On suuria uniongelmia, esim. joutuu käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herää säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain.
- 5 () Kärsii vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvoo suurimman osan yöstä.

6. Syöminen

- 1 () Pystyy syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia.
- 2 () Pystyy syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin).
- 3 () Tarvitsee hieman toisen apua syömisessä.
- 4 () Ei pysty syömään itse lainkaan, vaan pitää syöttää.
- 5 () Ei pysty syömään itse lainkaan, vaan pitää antaa ravintoa letkun avulla tai suonensisäisesti.

7. Puhuminen

- 1 () Pystyy puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti.
- 2 () Puhuminen tuottaa pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta.
- 3 () Pystyy puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen.
- 4 () Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhetta.
- 5 () Pystyy ilmaisemaan itseään vain elein.

8. Eritystoiminta

- 1 () Virtsarakko ja suolisto toimivat normaalisti ja ongelmitta.
- 2 () Virtsarakon ja/tai suoliston toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
- 3 () Virtsarakon ja/tai suoliston toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli.
- 4 () Virtsarakon ja/tai suoliston toiminnassa on suuria ongelmia, esim. säännöllisesti "vahinkoja" tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta.
- 5 () Ei hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista.

9. Tavanomaiset toiminnot

- 1 () Pystyy suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot).
- 2 () Pystyy suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.
- 3 () Pystyy suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.
- 4 () Pystyy suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin.
- 5 () Ei pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista.

10. Henkinen toiminta

- 1 () Pystyy ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muisti toimii täysin moitteettomasti.
- 2 () On lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muisti ei toimi täysin moitteettomasti
- 3 () On melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai on jonkin verran muistinmenetystä
- 4 () On suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai on huomattavaa muistinmenetystä
- 5 () On koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua

11. Vaivat ja oireet

- 1 () Ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 2 () On lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 3 () On melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 4 () On voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 5 () On sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

12. Masentuneisuus

- 1 () Ei tunne itseään lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 2 () Tuntee itsensä hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 3 () Tuntee itsensä melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 4 () Tuntee itsensä erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 5 () Tuntee itsensä äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

13. Ahdistuneisuus

- 1 () Ei tunne itseään lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 2 () Tuntee itsensä hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 3 () Tuntee itsensä melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 4 () Tuntee itsensä erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 5 () Tuntee itsensä äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.

14. Energisyys

- 1 () Tuntee itsensä terveeksi ja elinvoimaiseksi.
- 2 () Tuntee itsensä hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 3 () Tuntee itsensä melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 4 () Tuntee itsensä erittäin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi".
- 5 () Tuntee itsensä äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi".

15. Sukupuolielämä

- 1 () Terveystila ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämää.
- 2 () Terveystila vaikeuttaa hieman sukupuolielämää.
- 3 () Terveystila vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämää.
- 4 () Terveystila tekee sukupuolielämän lähes mahdottomaksi.
- 5 () Terveystila tekee sukupuolielämän mahdottomaksi.

ARVOISA ENSIHOIDON AMMATTILAINEN

Ensihoidossa kohdattavien potilaiden avun tarve vaihtelee hengenvaarasta tilanteeseen, jossa tilanarvioinnin lisäksi hoitotoimenpiteitä ei tarvitse tehdä ollenkaan. Tällä kyselyllä pyydämme teitä arvioimaan kohtaamanne potilaan todellista avun tarvetta 15D-elämänlaatumittarin avulla. 15D-mittari on professori Harri Sintosen kehittämä, kansainvälisesti tunnustettu ja herkkä mittari, jossa arvioitavana on 15 keskeisintä elämänlaadun osatekijää. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa millaista apua ensihoitajan kohtaama potilas todellisuudessa tarvitsee, verrattuna hätäpuhelun soittajan antamiin esitietoihin. Tämä tutkimus on Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ylempää tutkintoa suorittavan Marko Tolosen opinnäytetyö.

Tutkimusmateriaali kerätään 30 päivän ajalta Kuopio 190:n, Kuopio 193:n ja Kuopio 194:n kaikilta kohtaamilta potilailta.

Arvoisa ensihoidon ammattilainen. Teidän arviointinne on tärkeä kehitettäessä ensihoidon tehtäväkenttää. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa mahdollisimman totuudenmukaisesti kyselyyn. Kun olette vastanneet kerätäkää vastaukset ambulanssin kuljettamossa olevaan tarkoitukseen varattuun laatikkoon. Kyselyyn liittyvä materiaali käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä potilas- tai vastaajatiedot paljastu kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle taholle. Lisätietoja tarvittaessa antaa Marko Tolonen



Marko Tolonen
Ensihoitaja AMK
Pelastaja
YAMK-opiskelija
Kymenlaakson
ammattikorkeakoulu
p. 0500-856449



Hilka Dufva
THL
Ohjaava opettaja
Kymenlaakson
ammattikorkeakoulu



Jouni Kurola
Ma. ylilääkäri
Työelämän ohjaaja
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Ensihoitokeskus



Heikki Paakkonen
Ylihoitaja, TtT, ESH
Työelämän ohjaaja
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, KYS
Ensihoidon, päivystyksen ja tehohoidon
palveluyksikkö

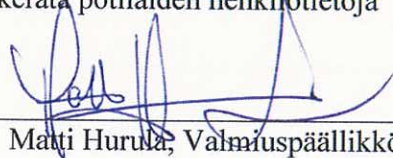
TUTKIMUSLUPA

Tutkimuslupa Marko Tolosen opinnäytetyön materiaalin keräämiseen Pohjois-Savon Pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköiden henkilökunnalta.

Tutkimusmateriaali kerätään Kuopio-190:n, Kuopio-193:n ja Kuopio-194 kaikilta kohtaamilta potilailta 30 päivän aikana helmi-maaliskuun aikana 2011.

Tutkimuksessa ei kerätä potilaiden henkilötietoja

Myönnän luvan



Kuopiossa 1.2.2011

Matti Hurula, Valmiuspäällikkö, PS-PL, Kuopio