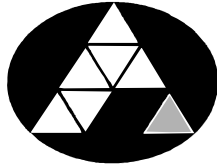


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Tero Laakkonen

ENSIHOITAJIEN TOIMINNAN VAIKUTUS  
POTILAIDEN HOITON HAKEUTUMISEEN X-8-TEHTÄVISSÄ

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2012



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATIKORKEAKOULU

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Maaliskuu 2012**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**  
Tikkarinne 9  
80200 Joensuu  
p. (013) 260 6600

**Tekijä**  
Tero Laakkonen

**Nimeke**  
Ensihoitajien toiminnan vaikutus potilaiden hoitoon hakeutumiseen X-8-tehtävissä.

**Toimeksiantaja**  
Pohjois-Karjalan pelastuslaitos.

**Tiivistelmä**

X-koodit ovat sairaalan ulkopuolisen ensihoidon käsite, joita käytetään silloin kun ensihoitoyksikkö ei kuljeta potilasta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaiden kokemuksia ensihoidon henkilökunnan antamasta ohjauksesta ja palvelusta tilanteissa, joissa potilas on hoidettu kohteessa (X-8). Tutkimuksella haettiin vastausta siihen, kuinka moni potilaista hakeutuu terveydenhuollon päivystykseen hälyttämisen syynä olleen oireen vuoksi seuraavan kolmen päivän kuluessa. Lisäksi haluttiin selvittää vaikuttaako ensihoitajien antama ohjeistus tai hoito potilaiden tarpeeseen hakeutua hoitoon.

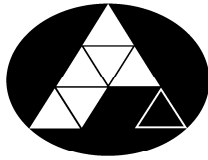
Opinnäytetyö tehtiin Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun toimeksiannosta. Tässä kvantitatiivisessa survey-kyselytutkimuksessa kohderyhmänä oli Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun yksiköiden kohteessa hoitamattomat potilaat 1.8.–31.8.2011 välisenä aikana. Otoksen koko oli 234 potilasta, joista kyselyyn vastasi 73 potilasta (N=73). Tutkimuksen vastausprosentti oli 31.

Vastaajista 38 % (28) ilmoitti hakeutuneensa hoitoon seuraavan kolmen vuorokauden kuluessa. Vastaajista 16 % (12) ilmoitti joutuneensa jäämään jatkohoitoon. Kokonaisuutena vastaajat olivat tyytyväisiä ensihoitajien toimintaan. Ensihoitajien käytöksessä ja toiminnassa ei todettu suuria puutteita. Kuljettamattajättämispäätöksen perusteluissa potilaalle sekä kirjaamisessa todettiin mahdollisia puutteita. Ensihoitajien antamalla ohjauksella oli vaikutusta potilaiden hoitoon hakeutumiseen. Ensihoidon potilaan ohjausta tulisi kehittää nykyisestään.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 41  
Liitteet 2  
Liitesivumäärä 6

**Asiasanat**  
ensihoito, hoidollinen päätöksenteko, potilaan ohjaus, X-tehtävät



NORTH KARELIA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**THESIS**  
**March 2012**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkariinne 9  
FIN 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358-13-260 6600

Author  
Tero Laakkonen

Title  
Influence of Paramedics' Actions on Patients' Need to Seek Treatment, in the Context of X-8-Tasks.

Commissioned by  
North-Karelia Fire and Rescue Department

**Abstract**

"The X-codes" is a concept of emergency care and it is used when the patient is not transported to hospital by emergency personnel. The objective of this research was to analyze the patients' experiences with regard to the guidance and service given by the emergency personnel, in situations where the patient has been assessed and treated at home (X-8). As for the objective, the emphasis was put on forming an image on how many of the patients will seek emergency health care within the next three days of the visit of paramedics. Additionally, one of the functions was to determine if and how the guidance and treatment of paramedics influences the needs of the patients to seek treatment.

The thesis was conducted with a commission from North-Karelia Fire and Rescue Department. As for the nature of the research, the method was qualitative survey research where the target of the analysis was the group of patients, who were treated in their own homes by the North-Karelia fire and rescue department paramedics between 1<sup>st</sup> of August and 31<sup>st</sup> of August, 2011. The sample was 234 patients, of which 73 patients (N=73) responded, thus making the response rate 31 percent.

Respondents 38 % (28) of the informed that they had sought treatment within the next three days. 16 % (12) reported they had to stay in hospital. As a whole the respondents were satisfied with the service and behaviour of the paramedics. No grand insufficiencies were reported. The weaknesses that occurred were related to the argumentation and communication in declaring '-no need for transporting the patient'. The guidance of the paramedics has an impact on the patients' behavior in seeking treatment and this guidance should continuously be improved from the present state.

Language  
Finnish

Pages 41  
Appendices 2  
Pages of Appendices 6

Keywords  
emergency care, medical decision-making, guidance of patient, X-tasks

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	5
2	ENSIHOIDON KESKEISET KÄSITTEET .....	6
2.1	Ensihoitopalvelu .....	6
2.2	Riskinarvio.....	6
2.3	Enzivaste .....	7
2.4	Perus- ja hoitotason sairaankuljetus .....	8
3	SAIRAALAN ULKOPUOLINEN ENSIHOITO POHJOIS-KARJALASSA .....	9
4	PÄÄTÖKSENTEKO ENSIHOIDOSSA .....	10
4.1	Päätöksentekomallit .....	10
4.2	Kliininen päätöksenteko ensihoidossa .....	11
4.3	Päätös kuljettamatta jättämisestä.....	13
5	X-KOODIT ENSIHOIDOSSA .....	14
6	POTILASOHJAUS ENSIHOIDOSSA .....	17
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
7.1	Kohderyhmä ja aineiston analyysi.....	19
7.2	Työn tarkoitus ja tutkimusongelma.....	19
7.3	Aineiston keruu ja tutkimuslomake .....	20
8	TULOKSET .....	21
8.1	Taustatiedot .....	21
8.2	Potilaiden hakeutuminen hoitoon .....	23
8.3	Potilaan kohtaaminen.....	24
8.4	Potilaan tutkiminen ja hoito .....	26
8.5	Ensihoitajien antama ohjaus .....	28
9	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	31
9.1	Potilaan kohtaaminen.....	31
9.2	Ensihoitajien antaman hoidon ja tutkimisen vaikutus potilaan hoitoon hakeutumiseen .....	32
9.3	Potilaan ohjauksen vaikutus potilaiden hoitoon hakeutumiseen .....	33
9.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	34
10	POHDINTA .....	35
	LÄHTEET .....	39

## LIITTEET

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Ensihoitopalvelu on tärkeä osa terveydenhuollon peruspäivystyspalveluita. Ensihoitopalvelun tärkein tehtävä on tunnistaa, hoitaa ja kuljettaa ne potilaat, joiden peruselintoiminnot ovat eri syistä merkittävästi häiriintyneet. Vuosien kuluessa tehtäväkuva on kuitenkin muuttunut merkittävästi. Terveydenhuollon päivystyspalveluita on viime vuosina keskitetty yhä enemmän. Tämä on osaltaan lisännyt sairaalan ulkopuolisiin ensihoitopalveluihin kohdistuvia odotuksia ohjata potilaita tarkoituksenmukaisiin terveydenhuollon toimipisteisiin sekä vastuullisesti ja harkiten hoito-ohjeisiin pohjaten jättää kuljettamatta ne potilaat, jotka eivät tarvitse päivystysluonteista hoitoa. (Määttä 2008a, 28.)

X-koodit on ryhmä tehtäviä, joita ensihoidossa käytetään niissä tilanteissa, kun ensihoitoyksikkö ei kuljeteta potilasta terveydenhuollon päivystyspisteeseen. (Määttä 2008b, 103.) Vuonna 2010 Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu suoritti 29 938 ensihoitotehtävää, joista 24 prosenttia päättyi X-tehtävään. Tehtävistä 9,2 prosentissa käytettiin X-8 hoidettu kohteessa-koodia. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010a.) X-tehtävien valtakunnallisista määristä ei ole saatavilla tilastotietoa, mutta yleisesti niiden arvioidaan olevan noin 20 prosenttia kaikista ensihoidon tehtävistä. Huolimatta X-tehtävien yleisyydestä suomalaisessa ensihoitojärjestelmässä ei niitä ole tutkittu lainkaan. Kuljettamatta jättämispäätöksen tulisi olla hyvin harkittu, perusteltu sekä tehty yhteistyössä potilaan kanssa. Päätöksen perustelut ja jatkohoito-ohjeet tulee kirjata ylös ja antaa tehtävän päätteeksi potilaalle. (Määttä 2008b, 103–113.)

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli tutkia alkuvuodesta 2011 Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun Joensuun toimialueella hoitamia ja X-8-koodiin päättyneitä tehtäviä. Tarkoituksena oli selvittää asiaa potilaiden näkökulmasta liittyen kuljettamattajättämistilanteisiin. Työssä pyrittiin kartoittamaan potilaiden osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon sekä arvioimaan heidän ensihoitajilta saamaansa ohjausta ja sen vaikutusta potilaiden hoitoon hakeutumiseen.

## 2 ENSIHOIDON KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Ensihoitopalvelu

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Ensihoitopalvelun tehtävinä on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. (L1326/2010.)

Sairaanhoitopiirien on ensihoitopalvelua järjestäessään vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja laadittava ohjeet kuljetusta edellyttävien potilaiden hoitoon ohjauksesta sekä ohjeet niitä tilanteita varten, joissa potilas ei tarvitse kuljetusta (A340/2011). Ensihoidolla tarkoitetaan asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä (A565/1994). Ensihoito voidaan kuljettaa tapahtumapaikalle tai sitä voidaan antaa kuljetuksen aikana. Ensihoito ei yleensä perustu varmennettuun diagnoosiin, vaan hoito on oireenmukaista. Ensihoidon hoitovastuu päättyy, kun potilas luovutetaan lopulliseen hoitopaikkaan. (Kinnunen 2002, 9.)

### 2.2 Riskinarvio

Riskinarviointi on hätäkeskuksen koulutetun hätäkeskuspäivystäjän tekemä huolellinen ja järjestelmällinen hätäpuhelun tai ilmoituksen käsittely. Riskinarviolla pyritään määrittämään tehtävän oikea luonne ja kiireellisyys. (Määttä 2008a, 26–27.) Riskinarvion tavoitteena on ohjata ensihoidon resursseja ja käytettäviä valmiustasoja oikein priorisoidusti lääketieteellisen riskin perusteella,

arvioida sairaankuljetus- tai ensihoitoyksikön hälyttämistarvetta sekä ohjata alueen kansalaisia päivystyspalveluiden käytössä (Seppälä 2009a, 346).

Suomessa hätäkeskus jaottelee tehtävät riskinarvion mukaan neljään luokkaan: A, B, C, ja D. Kaikista päivystysluonteisista sairaankuljetustehtävistä puhuttaessa käytetään termiä kiireellinen sairaankuljetus. (Määttä 2008a, 26–27.) Eräillä alueilla, kuten Pohjois-Karjalassa, käsite kiireellinen sairaankuljetus on rajattu koskemaan vain korkeariskisiä A-, B- ja C-tehtäviä. A- ja B- tehtävissä potilas pyritään saavuttamaan mahdollisimman nopeasti ja tehtävä ajetaan hälytysajona. C-tehtävissä potilas pyritään saavuttamaan 20 minuutin kuluessa tehtävän saamisesta. D-tehtävissä potilas tulee kohdata viimeistään 120 minuutin kuluessa tehtävän saapumisesta. (Määttä 2008a, 26–27.) Pohjois-Karjalassa kaikki hätäkeskuksen välittämät kiireettömät hoitolaitossiirrot kirjataan D -luokkaan.

### **2.3 Ensivaste**

Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen kautta hälytettävissä olevan muun yksikön kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi ja yksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua, joka on määritelty ensihoidon palvelutasopäätöksessä (L1326/2010). Ensivaste on ensimmäisenä potilaan luokse hälytettävä ja hänen luokseen ehtivä mikä tahansa yksikkö, jonka tarkoituksena on lyhentää henkeä pelastavan hoidon alkamisviivettä (Valli 2009, 359). Ensivasteena voidaan käyttää poliisipartiota, paloautoa tai lääkäriyksikköä (Kinnunen 2005, 10–11 ). Pohjois-Karjalassa ensivaste tehtävissä toimii Harva-projektin myötä myös rajavartioston ja tullin yksiköitä.

Ensiavusta puhuttaessa tarkoitetaan maallikoiden suorittamaa apua loukkaantuneelle tai sairastuneelle potilaalle. Hätäensiapu on yksinkertaista henkeä pelastavaa toimintaa, jonka tarkoituksena on turvata potilaan peruselintoiminnot ennen ammattiavun paikalle saapumista. Yllättäen tapahtumapaikalle vapaa-aikanaan saapunut terveydenhuollon ammattilainen luetaan myös maallikoksi. (Määttä 2008a, 27.)

## 2.4 Perus- ja hoitotason sairaankuljetus

Sairaankuljetuksella tarkoitetaan ammattimaista asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan sairaankuljetusajoneuvolla, vesi- tai ilma-aluksella sekä muulla erityisajoneuvolla tapahtuvaa henkilökuljetusta. Sairaankuljetukseen kuuluu ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettava ensihoito, joka johtuu sairaudesta, vammautumisesta tai muusta hätätilanteesta (A565/1994). Suomessa sairaankuljetus jakautuu perus- ja hoitotason hoitovalmiuksiin. Perustason sairaankuljetuksella tarkoitetaan hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone, ja mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet (A565/1994).

Vuonna 2011 voimaan tullut asetus ensihoitopalvelusta tarkentaa perus- ja hoitotason yksiköissä työskentelevien ensihoitajien koulutusvaatimuksia. Asetuksen mukaan perustason yksikössä toimivista ensihoitajista ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus. Hänen parinaan toimivan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö (A340/2011). Perustason ensihoitajan tulee lisäksi suorittaa määräajoin sairaanhoitopiirin valtakunnallinen perustason kuulustelu (Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri 2010b).

Hoitotason sairaankuljetuksella tarkoitetaan valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata (A565/1994). Ensihoitoasetus ottaa kantaa myös hoitotason ensihoitoyksikössä toimimisen edellytyksiin koulutusvaatimusten osalta. Hoitotason ensihoidon yksikössä on oltava vähintään yksi ensihoitaja AMK-tutkinnon suorittanut henkilö tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu laillistettu sairaanhoitaja, jolla on ensihoitoon suuntautuva lisäkoulutus. Kyseisessä yksikössä toisen henkilön on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. (A340/2011.) Hoitotasolla toimivan ensihoitajan tulee lisäksi suorittaa



määräajoin hoitotason valtakunnallinen teoriakuulustelu ja siihen liittyvä ensihoidon vastuulääkärin valvoma ammattitaidon näyttökoe (Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri 2010a).

### **3 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN ENSIHOITO Pohjois-KARJALASSA**

Pelastustoimen tehtävistä huolehtii Pohjois-Karjalan alueella Joensuun kaupungin ylläpitämä Pohjois-Karjalan pelastuslaitos-liikelaitos. Pelastuslaitos toimii sopimusperusteisesti sairaankuljetuspalvelujen tuottajana 10 kunnassa. Hallinnollisesti pelastuslaitos on Joensuun kaupungin alaisena toimiva kunnallinen liikelaitos. Pelastuslaitoksen toimintaa ohjaa ja valvoo seitsemän jäseninen johtokunta. Pelastuslaitoksen toiminta-alueen kuntien yhteiselimenä toimii pelastuslaitoksen neuvottelukunta, jossa on edustus kaikista kunnista. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010b.)

Sairaankuljetus on järjestetty Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella kuntakohtaisesti erilaisilla toimintamalleilla. palveluntuottajana useimmissa kunnissa on Pohjois-Karjalan pelastuslaitos-liikelaitos. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos tuottaa ensihoidon sairaankuljetuksen palvelut Liperin, Outokummun, Polvijärven, Joensuun, Juuan, Kontiolahden, Kiteen, Lieksan, ja Kesälahden kuntien alueella. Yhteensä valmiudessa on 20 sairaankuljetusyksikköä. Yksityinen palveluntuottaja huolehtii sairaankuljetuksesta Heinäveden, Valtimon ja Tohmajärven kuntien alueella. Rääkkylässä palvelun tuottaa Suomen Punainen Risti. Nurmeksessa toiminta on järjestetty osin terveyskeskuksen omana toimintana. Palvelua täydentää yksi Nurmeksens paloasemalta lähinnä siirtoja suorittava sairaankuljetusyksikkö. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010b.)

Uuden terveydenhuoltolain myötä ensihoidon järjestämisvastuu siirtyy sairaanhoitopiireille (L1326/2010). Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä järjestää ensihoidon tulevaisuudessa yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa siten, että se ottaa vastuun palvelusta 1.1.2012 alkaen niissä kunnissa, joissa toimintaa hoitaa tällä hetkellä Pohjois-Karjalan aluepelastuslaitos. Kuntayhtymä ottaa 1.1.2013 vas-

tuun palvelusta muiden kuntien alueella ja, toiminnan hoitaa Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. (Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri 2011c.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä itsellään on 3 omaa sairaankuljetusyksikköä, joilla hoidetaan lähinnä kiireettömiä siirtokuljetuksia. Nämä yksiköt eivät osallistu kiireelliseen sairaankuljetukseen, mutta voivat tarvittaessa toimia ensivastetyyppisesti hätäkeskuksen hälyttäminä. Ensivastetoiminnan pelastuslaitos tuottaa jokaisessa Pohjois-Karjalan kunnassa. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010b.)

Pelastuslaitoksella toimii arkisin välittömässä lähtövalmiudessa 11 perustasoista sairaankuljetusyksikköä Joensuun, Kontiolahden, Outokummun, Polvijärven, Ilomantsin, Juuan, Enon, Kiteen, Hammaslahden ja Lieksan paloasemilla. Lisäksi kaksi yksikköä on 15 minuutin lähtövalmiudessa. Kaikki perustason yksiköissä toimivat henkilöt ovat suorittaneet sairaanhoitopiirin perustason testauksen hyväksytysti.

Pelastuslaitoksen alueella toimii kuusi hoitoyksikköä sijoituspaikkoinaan Joensuun, Juuan Lieksan, Liperin ja Kiteen paloasemat. Päivystävä ensihoidonkenttäjohtaja (EPK 71 L4), toimii omasta yksiköstä käsin maanantaista lauantaihin klo 8-21 välisenä aikana. Muuna aikana kenttäjohtaja toimii Joensuuhun sijoitettussa hoitoyksikössä.

## **4 PÄÄTÖKSENTEKO ENSIHOIDOSSA**

### **4.1 Päätöksentekomallit**

Ensihoitajan työ on sairaalan sisäiseen toimintaympäristöön verrattuna itsenäisempää työtä, johon liittyvät keskeisesti hoidon tarpeen arviointi, peruselintointojen turvaaminen sekä työdiagnoosin teko ja sen mukaisen hoidon antaminen. Työhön liittyy keskeisesti itsenäinen päätöksenteko, jonka perustana toimii usein ensihoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio ja työdiagnoosi. Ensihoidon päätöksenteko edellyttää monitieteistä tietoperustaa, jossa hoitotieteen hallitsemisen lisäksi korostuu lääketieteellinen ja farmakologian osaaminen. (Opetusministeriö 2006, 72–77.)

Päätöksenteko ensihoitotilanteissa voidaan määritellä tiedon käytöksi valittaessa eri hoitovaihtoehtojen ja toimintatapojen välillä potilaan auttamiseksi. Ensihoitaja tarvitsee päätöksenteon tueksi vankan ammatillisen tietoperustan. Tietoperusta muodostuu teoreettisesta, kokemukseen perustuvasta ja eettisestä tiedosta. Keskeisimmät tiedonlajit ovat empiirinen ja käsitteellinen tieto. Ne ilmenevät käytännön hoitotyössä parhaiten kriittisenä ajatteluna sekä kykyä analysoida ja perustella päätöksentekoaan. (Rekola 2008, 46–47.)

Suomessa hoidolliseen päätöksentekoon on kehitetty erilaisia teoreettisia malleja. Näistä hoitotyössä käytetään tavallisimmin analyttis-intuitiivista ja intuitiivianalyttista mallia (Lauri & Salanterä 2002, 158–166). Analyttis-intuitiivinen päätöksentekoteoria perustuu tutkimuksiin, jotka on tehty todellisissa päätöksentekotilanteissa. Teorian lähtökohtina ovat oletukset, että ihmisten inhimillinen päätöksentekokyky on rajallinen ja harvoin on saatavilla kaikki oleellinen tieto kulloinkin ratkaistavasta ongelmasta. Käytännön päätöksentekotilanteet ovat hyvin erilaisia, ja niihin liittyy aina epävarmuutta. Myös ongelman luonne ja toimintaympäristö vaikuttavat ajatteluprosessiin. Teoriassa yhdistyy välitön ja tavoitteellinen hoitaminen käytännön hoitamisessa. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 19–20.) Reflektiivisellä ajattelulla päätöksenteossa tarkoitetaan oman toiminnan lähtökohtien ja päätöksenteon seurausten kriittistä analysointia. Päätöksenteossa kyky reflektoida on keskeisessä roolissa. (Rekola 2008,46–47.)

Hoitotyössä kriittinen ajattelu tarkoittaa hoitajan kykyä etsiä peruste toiminnalleen ammatillisissa tilanteissa. Kriittisen ajattelun kohteena voi hoitotyössä olla kaikki potilaaseen, ympäristöön sekä hoitajaan liittyvät ilmiöt ja päättelyketjut. Kriittiselle ajattelulle ominaista on toimiminen rationaalisesti ja loogisesti hyvien perusteiden pohjalta. Tämän vuoksi nopeaa ja järjestelmällistä toimintaa vaativissa tilanteissa kriittisen ajattelun käyttö voi olla hankalaa. (Nurmela 2002,208–210)

## **4.2 Kliininen päätöksenteko ensihoidossa**

Ensihoidossa tapahtuvaa päätöksentekoa on Suomessa tutkittu vähän. Arolan vuonna 2001 tekemässä opinnäytetyössä tutkittiin sairaankuljettajien päätöksenteon lähestymistapoja ensihoitotilanteissa. Ensihoitotyön todettiin olevan

itsenäistä ja autonomista. Päätöksentekoprosessin ensihoitotilanteissa todettiin olevan monimutkainen ja kompleksinen kokonaisuus. Opinnäytetyössä havaittiin eroja ajatteluprosessien käytössä riippuen siitä, oliko kyseessä kiireellinen tai kiireetön hoitotilanne. Kiireellisissä tilanteissa intuitiivinen ajattelumalli korostui, mutta kiireettömissä ajattelu oli enemmän rationaalista. Päätöksentekoon liittyvän tietoperustan tärkeimpänä lähteenä pidettiin ammattikoulutuksessa saatua tietoa. Opinnäytetyön tekijä kiinnitti huomiota myös siihen, että korkeammin koulutetut sairaankuljettajat reflektoivat, ottivat potilaan huomioon ja perustelivat toimintaansa useammin kuin vähemmän koulutetut. (Arola 2001, 36–39.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa (2008) pyrittiin ymmärtämään päätöksentekoon liittyviä tekijöitä ensihoitotilanteissa. Ensihoidon päätöksenteko todettiin vaikeaksi ja moniselitteiseksi tapahtumaksi. Kokemuksen todettiin olevan tärkeä tekijä päätöksenteon taustalla. Toimintaympäristön epävarmuus, omaisten ja ympäristön luomat odotukset ja paineet tekivät päätöksenteosta haastavaa. Ensihoitajien päätöksentekoon vaikuttivat myös meneillä olevan tilanteen vakavuus, lapsen osallisuus tilanteeseen sekä toimintaan liittyvä stressi. Potilaisiin, jotka olivat alkoholin tai lääkkeiden vaikutuksen alaisina, liittyvä päätöksenteko koettiin vaikeana, koska heiltä oli vaikeaa tulkita oireita ja saada riittävästi tietoa päätöksenteon taustalle. Tilanteissa, joissa ensihoitajien piti toimia nopeasti aikarajojen sallimissa rajoissa jouduttiin tekemään päätöksiä vajavaisen informaation perusteella. Tämän vuoksi kaikki päätökset eivät olleet hyvin perusteltuja. (Gunnarsson & Warrén Stomberg 2008, 83–89.)

Sillanpää (2006) tutki ensihoitajaopiskelijoiden päätöksentekoa simuloituissa tilanteissa. Testitilanteissa opiskelijat käyttivät useimmiten analyyttis-intuitiivista ajattelumallia. Hoidon arvioinnissa ja oman toiminnan perusteluiden alueilla tutkittavilla havaittiin puutteita. Paljon kokemusta omaavien opiskelijoiden todettiin joutuvan helpommin johto- ja päätöksentekovastuuseen. (Sillanpää 2006, 57–60.)

Rehn (2008) tutki akuuttiosastolla työskentelevien sairaanhoitajien klinisiä peruselintoimintojen tarkkailutaitoja sekä niihin liittyvää päätöksentekoa. Tulokset osoittivat, että kokemukseen pohjautuva tiedolla oli suuri merkitys päätöksenteossa. Näyttöön pohjautuvan tiedon merkitys tiedostettiin, mutta sen käyttö päätöksien perusteluissa oli vähäistä. Tutkittavat pitivät tärkeänä potilaan osallistu-

mista itseään koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoidajien kyky arvioida ja reflektoida päätöksiään sekä toimintatapojaan oli vähäistä. (Rehn 2008, 35–38.)

Himasen ja Tillasen tekemässä retrospektiivisessä opinnäytetyötutkimuksessa (2010, 35–36) ei todettu suuria puutteita ensihoitajien tekemissä potilaan tilanarviossa kuljettamattajättämispäätöksissä.

Ensihoidon päätöksenteossa tarvitaan myös eettistä tietoa. Tiedon tavoitteena on tilanteissa pyrkiä välttämään pahaa ja edistämään hyvää. Eettinen päätöksenteko edellyttää moraalista pohdintaa. Ristiriitoja syntyy usein tilanteissa, joissa on tarjolla useita hyväksyttäviä ratkaisuja lopullisen ratkaisun jäädessä kuitenkin potilaalle. (Rekola 2008, 49.)

Nuutisen vuonna 2010 tekemässä opinnäytetyötutkimuksessa haastateltiin kahden ensihoidossa toimivaa sairaanhoitajaa kuljettamattajättämispäätökseen liittyvästä tehtävästä. Haastateltavat kertoivat useita eettiseen päätöksentekoon liittyviä tekijöitä, kuten hyvän tekemisen vajeen, huolen potilaan pärjäämisestä kotona, selkeän ohjeistuksen puutteen sekä yhteistyön yhteistyötahojen kanssa. Opinnäytetyöntekijän mielestä olisi tärkeää luoda selkeä ohjeistus kuljettamattajättämistilanteisiin ensihoidossa, koska eettis-moraalinen vastuu päätöksistä säilyy hoitajalla tehtävän jälkeenkin. Tieto siitä, että on toiminut eettisen ohjeen mukaan, antaa varmuutta myös epäselvässä tilanteessa, ja toimii näin myös päätöksen tukena. (Nuutinen 2010, 18–28.)

### **4.3 Päätös kuljettamatta jättämisestä**

Ensihoitajan tekemä päätös jättää potilas kuljettamatta on tärkeä asia, jossa tulee huomioida sekä potilaan että työntekijän oikeusturva. Ensihoitajien tulee perustella ja dokumentoida päätöksensä hyvin. Kirjaamisen merkitys korostuu entisestään, jos päätökseen tekoon kohdistetaan valitus tai asia riitautetaan. (Määttä 2008b, 110–111.) Vaikka kirjaamisen tärkeyttä suomalaisessa ensihoidon järjestelmässä korostetaan, kansainvälisesti on havaittu varsinkin kuljettamattajättämistehtävissä puutteellista kirjaamista. Kirjaamisen merkitys ensihoitajan oikeusturvan varmistajana tiedostetaan, mutta sitä ei pidetä tärkeänä varsinkin, jos järjestelmän valvonta ei ole aktiivista. Puutteet korostuvat tilanteissa, joissa

potilas on päihtynyt, yhteistyökyvytön tai ensihoitajat eivät ole kokeneet tehtävän olleen aiheellinen. (Porter, Snooks, Youren, Gaze, Whitfield, Rapport & Woollard 2007b, 292–295.)

Jotta voisi tehdä oikeudenmukaisen ja perustellun päätöksen jättää potilas kuljettamatta terveydenhuollon päivystyspisteeseen, ensihoitajan on pohdittava asiaa eri näkökulmista. Ensihoitajan tulee selvittää, onko potilaalla todellinen ja välitön tarve päivystyspalveluille, tarvitseeko potilas muita tarkoituksenmukaisempia palveluita ja voiko potilaan ohjata turvallisesti hakeutumaan virka-aikana omaan terveyskeskukseen? Vaikka päivystyspalveluiden tarve on ilmeinen, kaikki potilaat eivät tarvitse ambulanssikuljetusta, vaan potilaat voidaan ohjata päivystykseen omalla autolla tai taksilla edellyttäen, että se voidaan tehdä turvallisesti. Ensihoidon ruuhkatilanteissa voidaan myös joutua priorisoimaan kuljetuskapasiteettia tarkoituksenmukaisimpiin tehtäviin. (Määttä 2008b 110–112.) Päätös jättää potilas tilanarvion ja hoidon jälkeen kuljettamatta voi pohjautua järjestelmän kirjallisiin hoito-ohjeisiin. Käytännön toiminnassa lääkärin konsultaation kynns tulee pitää matalana. (Hiltunen 2009, 268–269.)

Hoidettu kohteessa-päätös tulisi aina varmistaa päivystävältä lääkäriltä, jonka tehtävänä on antaa potilaalle ohjeita mahdollisesta lääkehoidosta, hoitoon hakeutumisen ajankohdasta myöhemmin sekä pyrkiä varmistamaan lisätiedoin ensihoitajien tilanarvion oikeudellisuus (Castren 2009, 324–325). Ensihoitajien konsultoidessa lääkäriä kyseessä on tosiasiasa juridisesti lääkärin antamasta hoito-ohjeesta, jolloin vastuu sen oikeudellisuudesta on myös sen antavalla lääkärillä. Lääkärin tulisi kirjata kaikkien oikeusturvan kannalta hoito-ohjeeseen johtaneet tiedot potilastietojärjestelmään. (Loikas 2009 328–329.) Päätöksenteo potilaankuljettamattajättämistilanteissa on moniselitteistä eikä voi ainoastaan pohjautua suoraan annettuihin ohjeisiin, jolloin maalaisjärjenkäyttö on usein perusteltua ohjeiden lisäksi (Porter ym. 2007a, 32–38).

## **5 X-KOODIT ENSIHOIDOSSA**

Ensihoito on sairaalan ulkopuolista päivystystoimintaa, jonka tavoitteena on kohdata potilaat mahdollisimman nopeasti ja etupainotteisesti (Määttä 2008b,

103). Kuitenkin vain vähäinen osa apua hälyttäneistä ja päivystykseen haluavista potilaista tarvitsee nopeaa ja korkeatasoista sairaalahoitoa. Kaikki terveydenhuollon päivystyspisteisiin hakeutuvat potilaat tulee aina tutkia, mistä aiheutuu myös kustannuksia. Ensihoitajien kohteessa tekemän luotettavan tilanarvion tarkoituksena on pyrkiä määrittämään ne potilaat, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa ja taas toisaalta pystyä myös määrittämään ne potilaat, jotka voivat jäädä turvallisesti kotiin tai hakeutua hoitoon seuraavana arkipäivänä. Voidaan arvioida että tästä toiminnasta saavutetaan merkittävät kustannussäästöt terveydenhuollon päivystyspisteissä. (Kinnunen 2005, 8.)

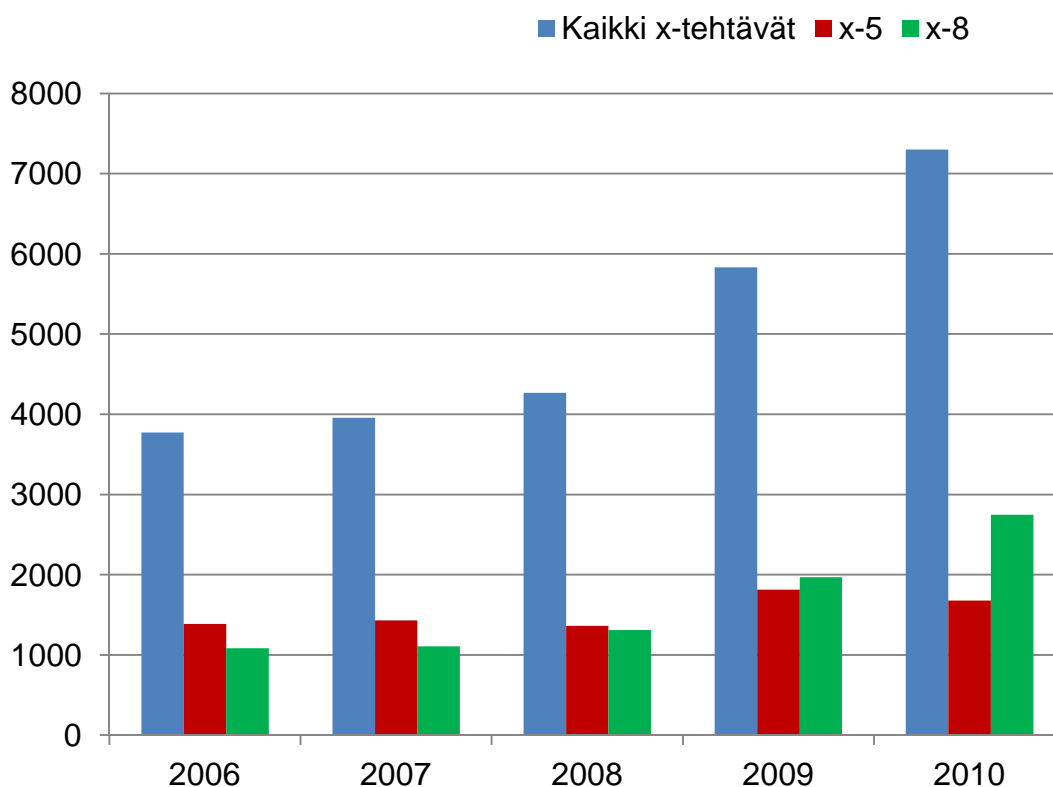
X-koodit ovat sairaalan ulkopuolisen ensihoidon käsite, jota käytetään silloin kun potilasta ei kuljeteta tehtävän päätteeksi ambulanssilla terveydenhuollon päivystyspisteeseen (Määttä 2008b, 103–104). Sairausvakuutus korvaa kuljetukseen johtamattoman ensihoitotehtävän silloin, kun tehtävä on ollut hätäkeskuksen välittämä, potilaan tilasta ja hoidosta on konsultoitu lääkäriä ja hän on hyväksynyt kuljettamatta jättämisen. Lisäksi tapahtumatiedot annetusta hoidosta ja suoritetuista toimenpiteistä on kirjattu SV 210 selvitys- ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta-kaavakkeelle. Kohteessa kuolleen potilaan kohdalla tehtävä korvataan silloin, kun potilaalle on tehty elvytystoimia. (Kansaeläkelaitos 2007, 9–10.) Kelan paikalliset korvauskäytännöt X-tehtävien osalta vaihtelevat Suomessa paljon (Määttä 2008b, 103).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kohteessa hoidettujen (X-8) potilaiden kokemuksia saamastaan palvelusta. Merkittävä osa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon tehtävistä ei johda kuljetukseen, vaan esimerkiksi sairauskohtauksista osan ensihoitajat voivat hoitaa kohteessa. Vuonna 2010 Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu suoritti 29 938 ensihoitotehtävää. Tehtävistä 2 746 päättyi X-8 hoidettu kohteessa koodiin. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010a.)

Tehtävä X-8 hoidettu kohteessa tarkoittaa, että ensihoitajat ovat tehneet potilaalle lääkinnällisiä hoitotoimenpiteitä, minkä seurauksena hänen vointinsa on korjautunut niin paljon, että tarve lähteä terveydenhuollon päivystyspisteeseen on poistunut. Yleisimpiä tämänkaltaisia tehtäviä ovat hypoglykemian aiheuttaman tajunnantason laskun korjaaminen suonensisäisellä glukoosilla tai tavan-

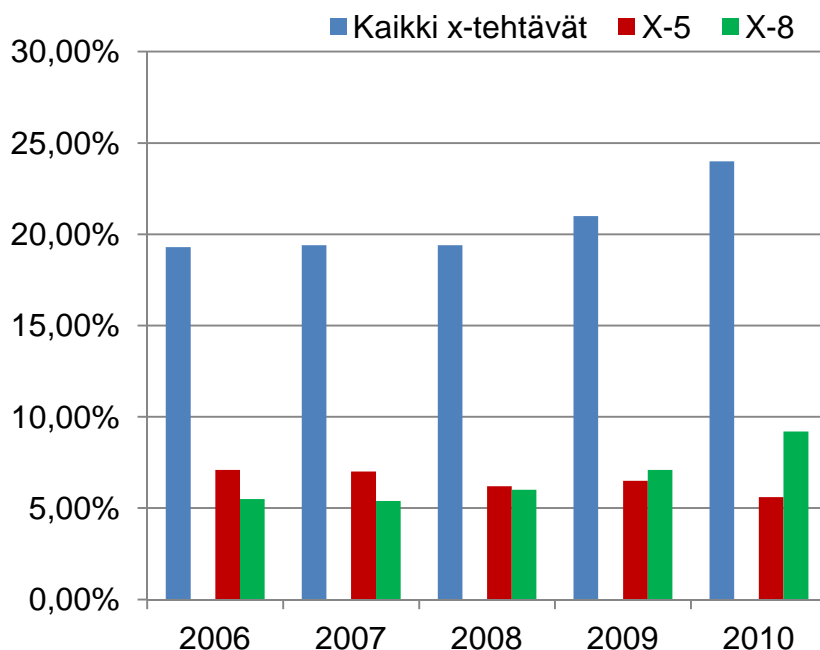
omaisen kouristuskohtauksen hoitaminen bentsodiatsepiinilla. (Määttä 2008b, 108–113).

Pohjois-Karjalassa tehtävä kirjataan X-8-tehtäväksi ja Kansaneläkelaitos korvaa tehtävän silloin, kun ensihoitajat ovat määrittäneet potilaan terveydentilan tutkimuksin, potilaan hoidosta on pyydetty lääkärin hoito-ohje ja tiedot on asianmukaisesti kirjattu ensihoitokaavakkeelle (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2008,1-2). Selkeää lääkehoidon tarvetta potilaalla ei ole siis välttämättä tarvinnut olla. Tämä selittää osaltaan X-8-koodin korostunutta esiintyvyyttä Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun tilastoissa. Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun X-tehtävien määrän kehitys on esitetty tarkemmin kuviossa 1 ja X-tehtävien prosentuaalinen osuus kokonaistehtävämäärästä kuviossa 2.



Kuvio 1. Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun X-tehtävien määrän kehitys 2006–2010





Kuvio 2. Ensihoitopalvelun X-tehtävien prosentuaaliset osuudet kokonaistehtävämäärästä.

## 6 POTILASOHJAUS ENSIHOIDOSSA

Asiakassuuntautuneisuus on yksi ensihoidon viisiportaisen laadunhallinnan osa-alueista. Asiakassuuntautuneisuus jakautuu edelleen kahdeksi osa-alueeksi, joita ovat asiakaspalaute ja asiakastytyväisyys. (Kuisma & Hakala 2008, 585.) Ensihoidon asiakkaiden odotukset ja tarve ohjaukselle ovat viime vuosina lisääntyneet. Tulevaisuudessa ohjauksen merkityksen ensihoidossa odotetaan korostuvan entisestään. Syynä tähän pidetään terveydenhuollon muuttuvia hoitokäytäntöjä, joiden seurauksena sairaaloiden hoitoajat lyhenevät, potilaita hoidetaan yhä useammin polikliinisesti ja kotiutetaan yhä nopeammin. Nämä tekijät yhdessä ensihoidon X-tehtävien kanssa korostavat potilaan omaa valmiutta ottaa vastuuta hoidostaan. Potilaan valmiuksien parantamiseksi tärkeä merkityksessä ovat potilaan ohjaus ja tiedonsaanti ensihoitajilta. Oikealla tiedolla on positiivinen vaikutus hoidon onnistumiselle, ja näin potilas pystyy myös paremmin osallistumaan omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Potilaan tyytyväisyyttä saamaansa tiedon määrään ja sisältöön pidetään myös yhtenä hoidon laadun osatekijänä. (Hakala & Rekola 2008, 596.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) määrittelee potilaan tiedonsaantioikeuden seuraavasti: ”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Kuitenkin siten että tiedotuksesta ei aiheudu vakavaa varaa potilaan hengelle tai terveydelle. Selvitystä ei tule antaa vastoin potilaan tahtoa. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.”

Kääriäinen ja Kyngäs määrittelevät ohjauksen asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjauksen tulisi tapahtua vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250–258.) Potilasohjaajan tärkeimpinä vahvuuksina voidaan pitää kykyä ymmärtää potilasta, kiinnostusta asiaan sekä kokemusta potilaan ohjauksesta. Ohjaus vaati henkilöstöltä hyviä vuorovaikutustaitoja, kykyä palvella ja kohdella potilasta ystävällisesti. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 15–16.)

Päivystyspoliklinikalla asioineet potilaiden omaiset kokivat tarpeelliseksi saada sekä suullista että kirjallista ohjausta potilaan jatkohoidosta. Kirjallinen ohjeistus koetaan välttämättömäksi kotona selviytymisen edistämiseksi. Kirjallista ohjeistusta pidetään tarpeellisena ainakin potilaan jatko-, lääke- ja kivunhoidosta sekä vastaavan tilanteen ennakoimisesta. (Salminen-Tuomaala, Korkiamäki, Kurikka & Paavilainen 2008, 258–266.)

Ensihoitajan antaman potilasohjauksen tulisi olla asiakaslähtöistä, realistista sekä konkreettista kohdistuen potilaalle sillä hetkellä tärkeänä olevaan asiaan. Ohjauksessa huomioidaan myös potilaan emotionaalinen tukeminen. Ensihoitajalla tulee olla riittävät valmiudet ohjattavasta asiasta, meneillään olevasta tilanteesta, ymmärtää miten äkillisesti vammautunut tai sairastunut potilas kykenee omaksumaan erilaisia asioita. Lisäksi ensihoitajan tulee osata eri ohjausmenetelmien hallintaa. Edellä mainittujen asioiden huomioiminen ensihoidon ohjaustilanteessa luo pohjan sen onnistumiselle. (Rekola & Hakala 2008, 596–597.)

Kaikista ensihoidon potilaskontakteista tulee täyttää SV 210 ensihoitokertomus. Ensihoitokertomus toimii juridisena dokumenttina turvaten potilaan ja ensihoita-

jan oikeusturvaa. Kertomus toimii myös laadunvalvonnan välineenä toimintaa valvovalle viranomaiselle ja täydentää hoitajien potilaalle antamaa suullista ohjeistusta. (Loikas 2009, 329.) Potilaalle tulee kuljettamattajättämispäätöksen jälkeen antaa selkeät suulliset sekä ensihoitokertomukseen kirjatut kirjalliset ohjeet tilanteen pahenemisen, yhteydenoton sekä muiden jatkohoito-ohjeiden osalta (Määttä 2008b, 110–111; Seppälä 2009b, 152–158).

## **7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **7.1 Kohderyhmä ja aineiston analyysi**

Tutkimuksen perusjoukko oli Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun kohteessa hoidetut potilaat. Perusjoukon ollessa laaja voidaan siitä tehdä edustava otos. Edustavan otoksen tulee kuvata perusjoukkoa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 174–175). Tutkimuksen otoksena olivat kaikki Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun yksiköiden kohteessa hoitamat potilaat 1.8.–31.8.2011 välisenä aikana. Otoksen koko oli 234 potilasta, joista kyselyyn vastasi 73 potilasta (N=73). Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 31.

Tutkimuslomake postitettiin kaikille Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun elokuussa 2011 hoitamille X-8-koodatuille potilaille. Lomakkeita lähetettiin yhteensä 234 kappaletta. Määräaikaan mennessä palautui yhteensä 73 kyselylomaketta. Tulosten tarkastelussa aineisto jaettiin kahteen ryhmään: niihin, jotka hakeutuivat terveydenhuollon päivystyspisteeseen ambulanssin hälyttämisen syynä olleen oireen vuoksi seuraavan kolmen vuorokauden kuluessa (N=28) sekä niihin, jotka eivät hakeutuneet päivystykseen (N=45). Kertynyt aineisto analysoitiin Microsoft Excel-taulukkolaskenta-ohjelmalla. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 31,1 %.

### **7.2 Työn tarkoitus ja tutkimusongelma**

Tutkimuksella on aina jonkinlainen tarkoitus tai tehtävä. Tarkoituksen tulee ohjata tutkimusstrategisia valintoja. Hirsjärven ym. (2008, 121–133) mukaan meto-

dioppaissa perinteisesti korostetaan, että tutkimusongelmat tulee tarkkaan har-  
kita ja muotoilla selkeästi ennen kuin aloitetaan varsinainen aineiston keräämi-  
nen. Tällöin pyritään esittämään ongelmat mahdollisimman selkeästi ja tarkka-  
rajaisesti.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia ensihoidon hen-  
kilökunnan antamasta ohjauksesta ja palvelusta tilanteissa, joissa potilas on  
hoidettu kohteessa ja potilas on jäänyt kotiin ambulanssin käynnin jälkeen. Py-  
rin tutkimuksen avulla saamaan vastauksen seuraaviin kysymyksiin.

Tutkimusongelma 1: Kuinka moni ensihoitajien toimesta X-8-luokkaan koodattu  
potilas hakeutuu terveydenhuollon päivystykseen seuraavan kolmen vuorokau-  
den kuluessa ambulanssin hälyttämisen syynä olleen oireen vuoksi?

Tutkimusongelma 2: Onko ensihoitajien antamalla ohjauksella vaikutusta siihen  
hakeutuuko potilas terveydenhuollon päivystykseen ensihoitajien käynnin jäl-  
keen?

Tutkimusongelma 3: Onko ensihoitajien käyttäytymisellä ja heidän antamallaan  
hoidolla merkitystä potilaiden hoitoon hakeutumiseen?

### **7.3 Aineiston keruu ja tutkimuslomake**

Tutkimusmenetelmän toteutustapaa valittaessa pohditaan yleensä, minkälaista  
tietoa etsitään ja keneltä tai mistä sitä etsitään (Hirsjärvi ym. 2008, 121–124).  
Tämä tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, joka toteutettiin sur-  
vey-tyyppisenä kyselytutkimuksena. Survey-tutkimuksella tarkoitetaan kyselyä,  
haastattelua tai havainnointia, jossa vastaajat muodostavat edustavan otoksen  
perusjoukosta ja kysymykset ovat standardoituja. Kysymysten standardoitumi-  
sella pyritään siihen, että kaikilta kysytään samaa asiaa samalla tavalla. Kysely-  
tutkimukseen liittyy haittoja. Kyselyyn vastaajat eivät saata suhtautua kysymyk-  
siin vakavasti tai ymmärrä kysymyksiä oikein. Postikysely on nopea ja vaivaton  
tapa suorittaa kysely. Postikyselystä aiheutuu kustannuksia ja vastauksien mää-  
rä on yleensä lähetettyjä kyselylomakkeita pienempi vastaajakadon vuoksi.  
(Hirsjärvi ym. 2008, 188–192.) Kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on jo  
olemassa oleva tutkimuksella todennettu tieto. Työssä käytettiin lähtökohtana

lähdekirjallisuuteen perustuvaa tietoa. Kohdejoukon potilaille postitettiin loka-kuussa 2010 kyselylomake ja vastauskuori. Potilas- ja osoitetiedot saatiin ensihoitopalvelun käyttämästä Saku potilastietojärjestelmästä. Tietojen käyttöön oli saatu lupa pelastuslaitoksen ensihoitopäälliköltä. Asia on kirjattu toimeksiantosopimukseen (liite 1).

Tutkimuslomake eli mittari tulee suunnitella huolellisesti. Tutkimuslomakkeen tulee kattaa tutkittava ongelma. Tutkimuslomakkeen voi jakaa asiakokonaisuuksiin. Oikealla kysymysten ja lomakkeen laadinnalla voidaan parantaa kohdeyhmän vastausaktiivisuutta ja tutkimuksen onnistumista. Tutkimuslomakkeen ja suunnitelman pitää tukea toisiaan. Kysymysten muotoiluun ja sisältöön on kiinnittävä riittävästi huomiota. Kyselylomake tulee testata suunnittelun jälkeen. (Vilka 2007, 63–78.)

Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin strukturoitua kyselylomaketta (liite 2). Kyselylomake sisälsi yhteensä 28 kysymystä. Kysymyksistä yhdeksän oli monivalinta ja 20 likert-asteikoillisia kysymyksiä. Monivalinta- ja asteikkoihin perustuvat kysymykset ovat strukturoituja kysymystyyppejä. Strukturoidulla kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin vastausvaihtoehdot on mietitty vastaajalle valmiiksi. Strukturoiduilla kysymyksillä saadaan tasaiset, helpommin analysoitavat ja vertailtavat vastaukset. (Hirsjärvi ym. 2008, 193–197.)

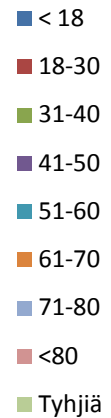
Tutkimuslomakkeen suunnittelussa on kiinnitetty huomiota siihen, että se on helppo täyttää ja kysymysten määrä on pidetty maltillisena aineiston analysoinnin helpottamiseksi. Tutkimuslomakkeessa kysymykset jaoteltiin eri asiakokonaisuuksia kuvaaviin kokonaisuuksiin. Keskeisiksi kokonaisuuksiksi muodostuivat taustatiedot, potilaan kohtaaminen, potilaan tutkimus ja hoito, potilaan ohjaus ja jatkohoito.

## **8 TULOKSET**

### **8.1 Taustatiedot**

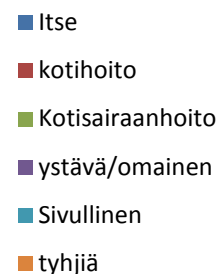
Vastaajista 62 % (46) oli yli 60-vuotiaita, 19 % (14) 41–60-vuotiaita ja alle 40-vuotiaita vastaajia oli ainoastaan 7 % (5). Vastaajista 3 (4 %) ei ilmoittanut

ikänsä. Vastaajista 58 % (42) oli naisia ja 38 % (28) miehiä, 4 % (3) vastaajista ei ilmoittanut sukupuoltaan. Vastaajista 48 % (35) ilmoitti asuvansa yksin. Vastaajien ikäjakauma on esitetty tarkemmin kuviossa 3.



Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma.

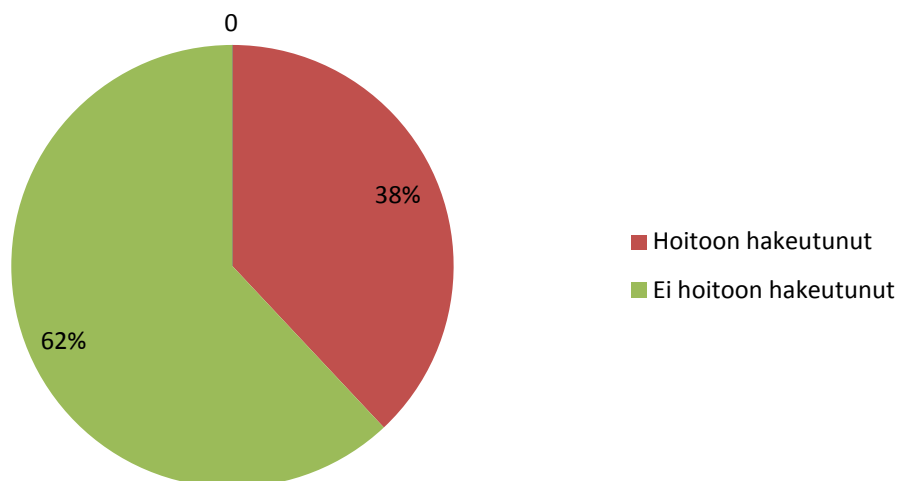
Hätäilmoituksen tekijänä korostui omaisten ja ystävien osuus 45 % (33). Potilas itse oli ilmoituksen tekijänä 37 %:ssa (27) vastauksista. Kotihoidon 5 %:n (4) ja kotisairaanhoidon 4 %:n (3) osuus hätäilmoituksen tekijänä oli vähäinen. Sivullinen oli hätäilmoituksen tekijänä 3 %:ssa (2) vastauksista. 5 % (4) vastaajista ei ilmoittanut hätäilmoituksen tekijää. Hätäilmoituksen tekijät on ilmoitettu kuviossa 4.



Kuvio 4. Hätäilmoituksen tekijöiden jakauma.

## 8.2 Potilaiden hakeutuminen hoitoon

Tutkimukseen otettiin mukaan 73 vastauslomaketta (N=73). Vastanneista 38 % (28) ilmoitti joutuneensa hakeutumaan terveydenhuollon päivystyspisteeseen seuraavan kolmen vuorokauden kuluessa saman kuin ambulanssin hälyttämisen syynä olleen oireen vuoksi. Vastanneista 62 % (45) ei joutunut hakeutumaan terveydenhuollon päivystykseen seuraavan kolmen vuorokauden kuluessa (kuvio 5). Hoitoon hakeutuneiden ryhmästä (N=28) terveyskeskuspäivystykseen hakeutui 60,7 % (17), sairaalaan 28,5 % (8) ja muualle pääasiassa työterveyshuoltoon tai yksityiselle lääkäriasemalle 10,7 % (3) vastaajista. Hoitoon hakeutuneista vastaajista 42 % (12) ilmoitti joutuneensa jäämään hoitoon. Hoitoon jäämään joutuneista vastaajista (N=12) 50 % (6) hakeutui sairaalaan ja 50 % (6) terveyskeskukseen saamaan hoitoa (taulukko 1). Kaikista vastaajista (N=73) 16 % (12) ilmoitti joutuneensa jäämään hoitoon hakeutumisen jälkeen hoitoon.



Kuvio 5. Vastaajien (N=73) hakeutuminen hoitoon kolmen vuorokauden kuluessa saman oireen vuoksi.

Taulukko 1. Hoitoon hakeutuneiden ja hoitoon jääneiden vastaajien jakautuminen hoitopaikan mukaan.

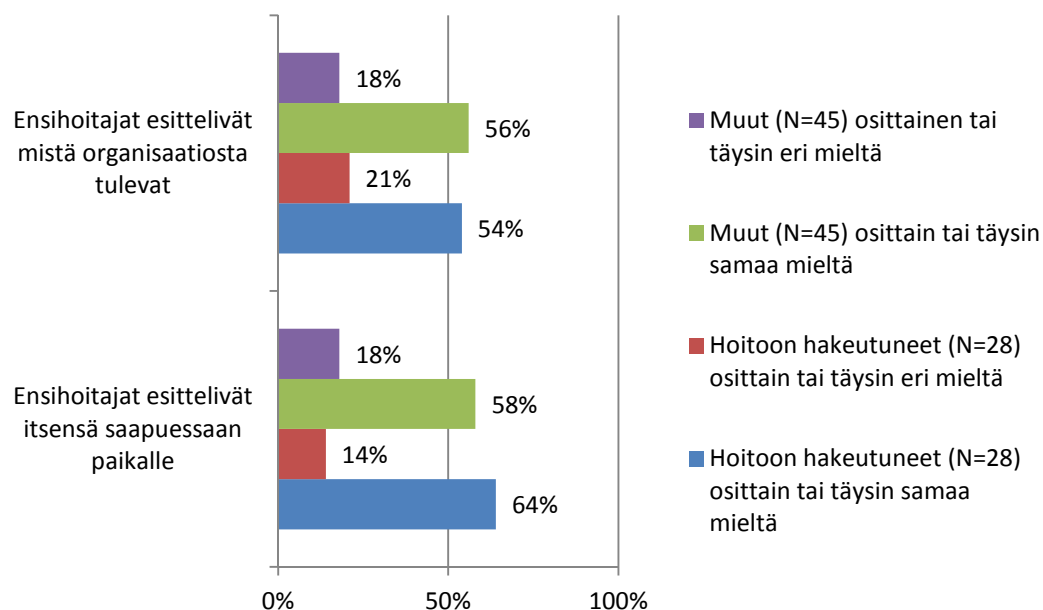
<b>Hoitoon hakeutuneet vastaajat (N=28)</b>		
<b>Sairaala</b>	<b>Terveyskeskus</b>	<b>Muu</b>
28,5 % (8)	60,7 % (17)	10,7 % (3)
<b>Jäi hoitoon 42 % (12)</b>		
<b>Sairaala</b>	<b>Terveyskeskus</b>	<b>Muu</b>
21 % (6)	21 % (6)	0 % (0)

### 8.3 Potilaan kohtaaminen

Potilaan kohtaaminen alkaa ensihoitajan esittäytymisellä. Väittämän ”Ensihoitajat esittelivät itsensä paikalle saapuessaan” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 64 % (18) hoitoon hakeutuneiden ryhmän ja 58 % (26) vertailuryhmän vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneiden ryhmästä 14 % (4) sekä vertailuryhmästä 18 % (8) vastaajista.

Väittämän ”Ensihoitajat esittelivät mistä organisaatiosta tulevat” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 54 % (15) vastaajista hoitoon hakeutuneiden ryhmästä. Vertailuryhmästä osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 55 % (25) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneiden ryhmästä 21 % (6) ja vertailuryhmästä 18 % (8) vastaajista. Väittämien vastaukset on esitelty kuviossa 6.



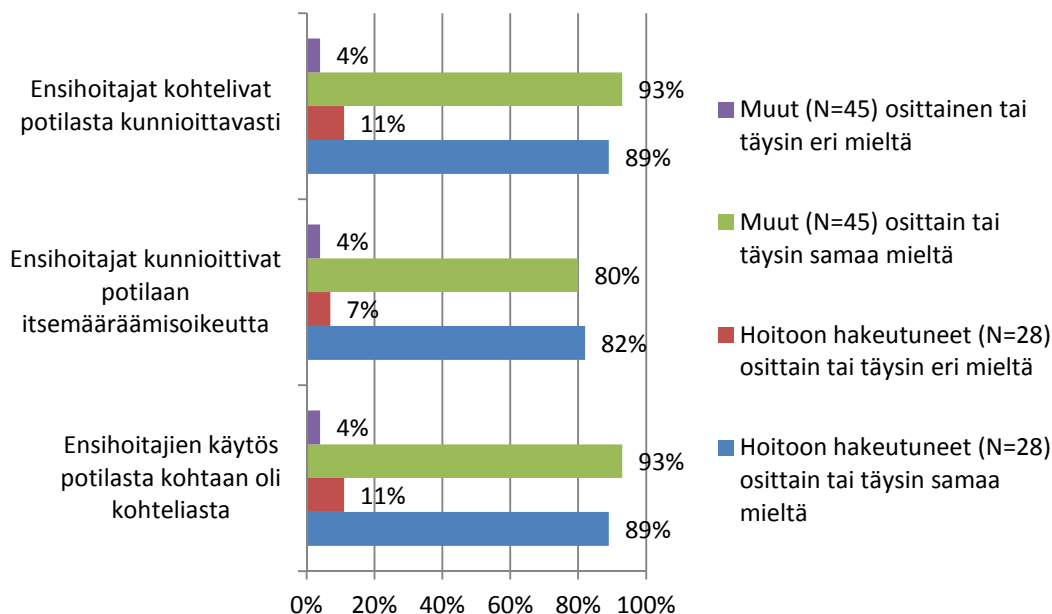


Kuvio 6. Vastausten jakautuminen ryhmien välillä väittämässä 5-6.

Vastaajilta tiedusteltiin ensihoitajien käytöstä. Väittämän 7 ”Ensihoitajien käytös potilasta kohtaan oli kohteliasta” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 89 % (25) vastaajista hoitoon hakeutuneiden ryhmästä, sekä 93 % (42) vertailuryhmän vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneiden ryhmästä 11 % (3) sekä vertailuryhmässä 4 % (2) vastaajista.

Väittämän 8 ”Ensihoitajat kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneiden ryhmässä 82 % (23) vastaajista. Vertailuryhmässä väittämän kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 80 % (36) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneiden ryhmässä 7 % (2) sekä vertailuryhmässä 4 % (2) vastaajista.

Väittämän 9 ”Ensihoitajat kohtelivat potilasta kunnioittavasti” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 89 % (25) hoitoon hakeutuneiden ryhmän vastaajista. Vertailuryhmässä vastaajista 93 % (42) oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 11 % (3) hoitoon hakeutuneiden ryhmän vastaajista. Vertailuryhmästä 4 % (2) vastaajista oli väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä. Ensihoitajien käytökseen liittyvien väittämien vastaukset on esitelty kuviossa 7.



Kuvio 7. Vastausten jakautuminen ryhmien välillä väittämässä 7-9.

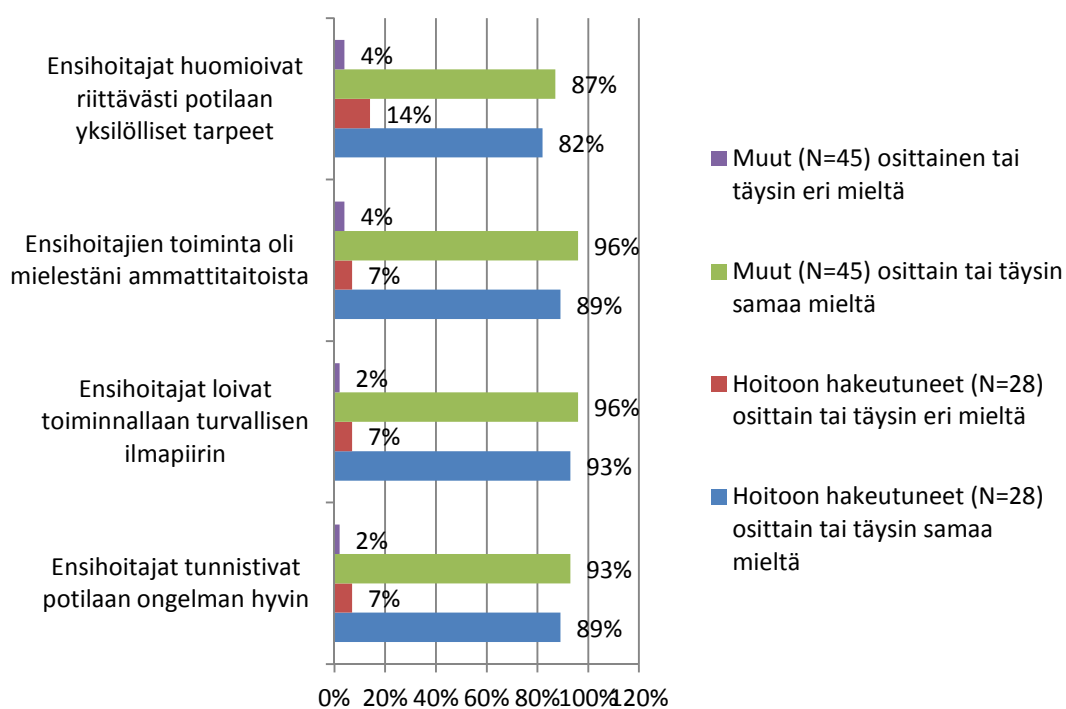
#### 8.4 Potilaan tutkiminen ja hoito

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko ensihoitajien tekemillä tutkimuksilla ja hoidolla vaikutusta potilaiden hoitoon hakeutumiseen. Väittämän 10 ”Ensihoitajat tunnistivat potilaan ongelman hyvin” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 89 % (25) vastaajista hoitoon hakeutuneiden ryhmässä. Vertailuryhmässä osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 93 % (42) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneissa 7 % (2) vastaajista. Vertailuryhmässä osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 2 % (1) vastaajista.

Väittämän 11 ”Ensihoitajat loivat toiminnallaan turvallisen ilmapiirin potilaalle” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 93 % (26) vastaajista hoitoon hakeutuneiden ryhmässä. Vertailuryhmässä vastaava luku oli 96 % (43) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 7 % (2) ja vertailuryhmässä 2 % (1) vastaajista.

Väittämän 12 ”Ensihoitajien toiminta oli mielestäni ammattitaitoista” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 89 % (25) ja vertailuryhmässä 96 % (43) vastaajista. Väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä oli hoitoon hakeutuneista 7 % (2) sekä vertailuryhmässä 4 % (2) vastaajista.

Väittämän 13 ”Ensihoitajat huomioivat riittävästi potilaan yksilölliset tarpeet” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 82 % (23) sekä vertailuryhmästä 87 % (39) vastaajista. Väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä oli hoitoon hakeutuneista 14 % (4) sekä vertailuryhmästä 4 % (2) vastaajista. Väittämien 10 -13 vastaukset ryhmien välillä on esitelty kuviossa 8.



Kuvio 8. Vastausten jakautuminen ryhmien välillä väittämässä 10–13.

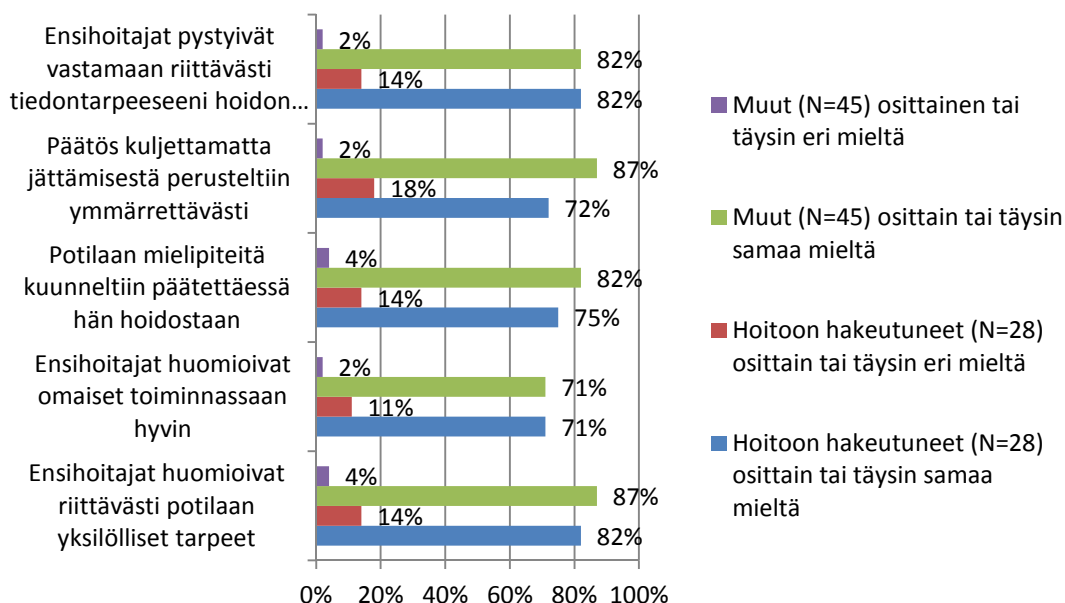
Väittämän 14 ”Ensihoitajat huomioivat omaiset toiminnassaan hyvin” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli 71 % (21) hoitoon hakeutuneista ja 71 % (32) vertailuryhmän vastaajista. Väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä oli 11 % (3) hoitoon hakeutuneista sekä 2 % (1) vertailuryhmän vastaajista.

Väittämän 15 ”Potilaan mielipiteitä kuunneltiin päätettäessä hänen hoidostaan” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 75 % (21) ja vertailuryhmässä 82 % (37) vastaajista. Väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä oli hoitoon hakeutuneista 14 % (4) ja vertailuryhmässä 4 % (2) vastaajista.

Väittämän 16 ”Päätös kuljettamattajättämisestä perusteltiin potilaalle ymmärrettävästi” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 72 % (20) ja vertailuryhmässä 87 % (39) vastaajista. Väittämän kanssa osittain tai

täysin eri mieltä oli hoitoon hakeutuneista 18 % (5) sekä vertailuryhmässä 2 % (1) vastaajista.

Väittämän 17 ”Ensihoitajat pystyivät vastaamaan riittävästi tiedontarpeeseeni hoidon ja tutkimuksen aikana” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli molemmissa ryhmissä 82 % vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 14 % (4) ja vertailuryhmässä 2 % (1) vastaajista. Kuviossa 9 on esitelty vastausten jakautuminen väittämissä 13–17.



Kuvio 9. Vastausten jakautuminen ryhmien välillä väittämissä 13–17.

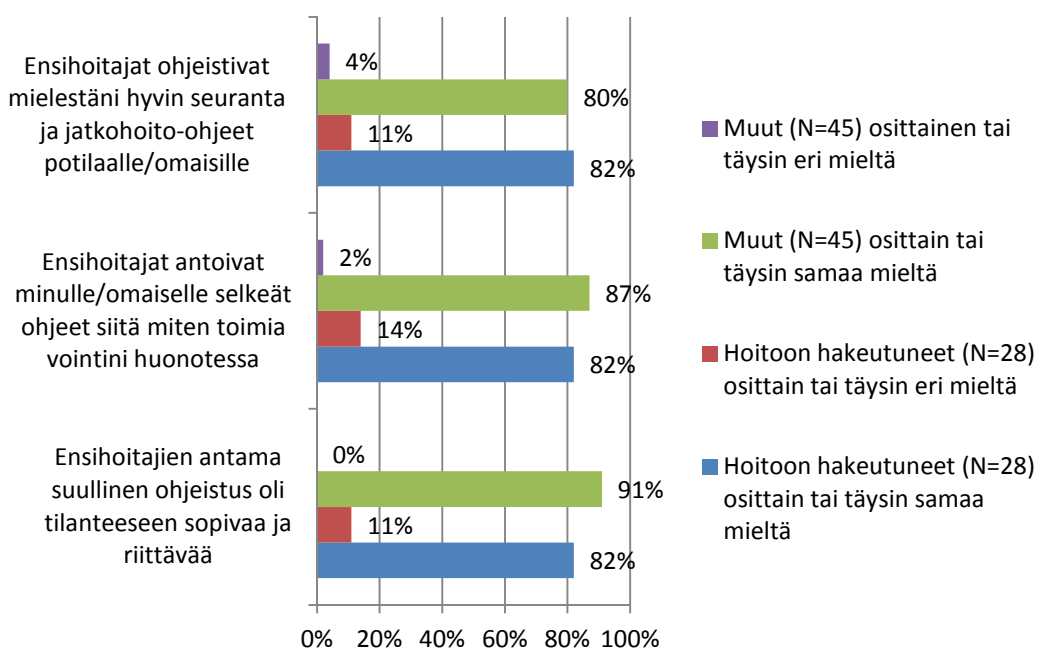
## 8.5 Ensihoitajien antama ohjaus

Väittämän 18 ”Ensihoitajien antama suullinen ohjeistus oli tilanteeseen sopivaa ja riittävää” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneiden ryhmässä 82 % (23) ja vertailuryhmässä 91 % (41) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 11 % (3) vastaajista. Vertailuryhmässä kukaan ei ollut väittämän kanssa eri mieltä.

Väittämän 19 ”Ensihoitajat antoivat potilaalle tai hänen omaiselleen selkeät ohjeet siitä miten toimia potilaan voinnin huonotessa” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 82 % (23) ja vertailuryhmässä 87 % (39)

vastaajista. Väittämän kanssa osittain tai täysin eri mieltä oli hoitoon hakeutuneista 14 % (4) sekä vertailuryhmässä 2 % (1) vastaajista.

Väittämän 20 ”Ensihoitajat ohjeistivat mielestäni hyvin seuranta/jatkohoito-ohjeet potilaalle tai omaisille” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 82 % (22) sekä vertailuryhmässä 80 % (36) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 11 % (3) sekä vertailuryhmässä 4 % (2) vastaajista. Kuviossa 10 on esitelty tarkemmin väittämien 18–20 vastaukset.



Kuvio 10. Vastauksien jakautuminen ryhmien välillä väittämässä 18–20.

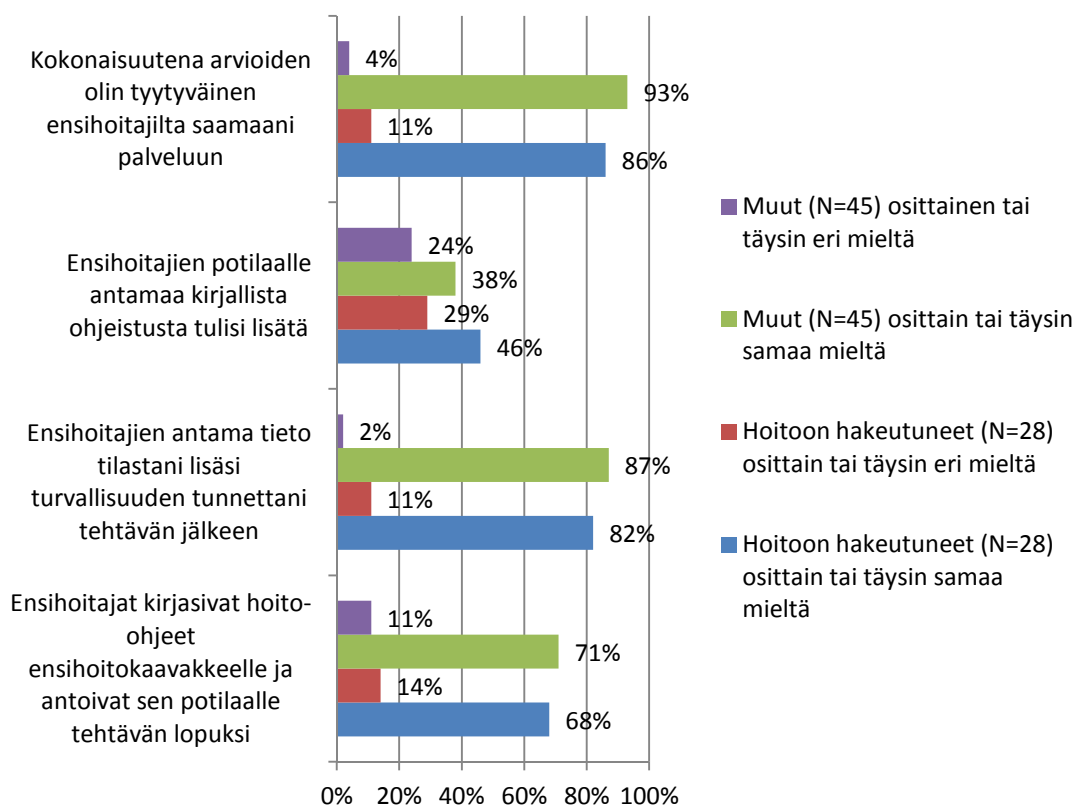
Väittämän 21 ”Ensihoitajat kirjasivat hoito-ohjeet ensihoitokaavakkeelle ja antoivat sen potilaalle tehtävän lopuksi” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 68 % (19) ja vertailuryhmässä 71 % (32) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 14 % (4) sekä vertailuryhmästä 11 % (5) vastaajista. Molempien ryhmien vastaajista 18 % vastasi kysymykseen ”En osaa sanoa”.

Väittämän 22 ”Ensihoitajien antaman tieto tilastani lisäsi turvallisuuden tunnetani tehtävän jälkeen” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneiden ryhmässä 82 % (23) sekä vertailuryhmässä 87 % (39) vastaajista.

Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 11 % (3) ja vertailuryhmässä 2 % (1) vastaajista.

Väittämän 23 ”Ensihoitajien antamaa kirjallista ohjeistusta tulisi lisätä” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneista 46 % (13) sekä vertailuryhmässä 38 % (17) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa oli hoitoon hakeutuneista 29 % (8) sekä vertailuryhmässä 24 % (11) vastaajista. ”En osaa sanoa” vastasi hoitoon hakeutuneista 25 % (7) ja vertailuryhmässä 38 % (17) vastaajista.

Väittämän 24 ”Kokonaisuutena arvioiden olin tyytyväinen ensihoitajilta saamaani palveluun” kanssa osittain tai täysin samaa mieltä oli hoitoon hakeutuneiden ryhmässä 86 % (24) ja vertailuryhmässä 86 % (42) vastaajista. Osittain tai täysin eri mieltä oli hoitoon hakeutuneista 11 % (3) ja vertailuryhmässä 4 % (2) vastaajista. Kuviossa 11 on esitelty väittämien 20–24 vastaukset ryhmien välillä.



Kuvio 11. Vastauksien jakautuminen ryhmien välillä väittämässä 20–24.

Hoitoon hakeutuneiden ryhmästä (N=28) vastaajista 36 % (10) ilmoitti ensihoitajien antaman puutteellisen ohjauksen vaikuttaneen tarpeeseensa hakeutua päi-

vystykseen. Puutteellista ohjausta ensihoitajilta saaneista vastaajista 4 ilmoitti joutuneensa jäämään hoitoon.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

### 9.1 Potilaan kohtaaminen

Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli selvittää potilaiden näkökulmaa tilanteista, joissa ensihoitajat saapuvat paikalle mutta tilanne ei kuitenkaan vaadi kuljetusta terveydenhuollon päivystykseen. Seuraavan kolmen vuorokauden aikana hoitoon hakeutuneiden osuus oli suuri, 38 % vastaajista. Lähes viidennes (16 %) vastaajista myös ilmoitti joutuneensa jäämään hoitoon. Ryhmien vastauksien jakautuminen eri väittämissä on esitelty edellä kappaleessa 8 tulokset.

Tehtävä alkaa usein, sillä että saapuessaan potilaan luo ensihoitajat esittelevät itsensä ja edustamansa organisaation. Ainoastaan noin puolet molempien ryhmien vastaajista ilmoittivat ensihoitajien esitelleen itsensä ja edustamansa organisaation. Noin viidennes molempien ryhmien vastaajista ei osannut sanoa esittelivätkö ensihoitajat itsensä. Tähän ryhmään sisältynevät ne potilaat, joiden tarkkaavaisuus on ollut tapahtumahetkellä heikentynyt esimerkiksi alentuneen verensokerin vuoksi. Johtopäätöksenä voidaan todeta ensihoitajien esittelevän itsensä tai edustamansa organisaation puutteellisesti. Hoitoon hakeutuneiden ja vertailuryhmän vastauksien välillä ei ollut merkittävää eroa.

Ensihoitajien käytös potilasta kohtaan näyttäisi tulosten perusteella olleen pääsääntöisesti asianmukaista. Vain alle yhdellä vastaajalla kymmenestä oli asiaan eriävä mielipide. Ensihoitajien käytökseen tyytymättömiä vastaajia löytyi molemmista ryhmistä, mutta merkittävää eroa ryhmien välillä ei ollut havaittavissa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä ensihoitajien käytökseen.

## 9.2 Ensihoitajien antaman hoidon ja tutkimisen vaikutus potilaan hoitoon hakeutumiseen

Keskimäärin yhdeksän vastaajaa kymmenestä ilmoitti olevansa tyytyväisiä ensihoitajien ammattitaitoon, kykyyn tunnistaa potilaan ongelma ja luoda toiminnallaan turvallinen ilmapiiri. Ensihoitajien toimintaan tyytymättömiä löytyi molemmissa ryhmissä yhdestä kahteen vastaajaa. Hoitoon hakeutuneiden ja vertailuryhmän välillä ei kuitenkaan näyttäisi olevan selkeää eroa.

Ensihoitajien kyky huomioida potilaan yksilölliset tarpeet hoidon aikana näyttäisi tulosten perusteella olevan hyvä. Kummankin ryhmän vastaajista kahdeksan kymmenestä ilmoittaa olevansa tyytyväinen ensihoitajien toimintaan. Tyytymättömien osuus hoitoon hakeutuneiden ryhmässä oli vertailuryhmään nähden lievästi korostunut ollen 14 % ja vertailuryhmässä 4 % vastaajista.

Tutkimuksen tuloksissa selkeimmät erot hoitoon hakeutuneiden ja vertailuryhmän välillä ovat havaittavissa väittämässä ”Potilaan mielipiteitä kuunneltiin päätettäessä hänen hoidostaan” sekä ”Päätös kuljettamatta jättämisestä perusteltiin potilaalle ymmärrettävästi”. Hoitoon hakeutuneiden ryhmässä kolme neljästä vastaajasta on kokenut tulleeensa riittävästi kuulluksi. Hoitoon hakeutuneiden ryhmän vastaajista 14 % kokee, että heidän mielipiteitään ei ole kuunneltu riittävästi hoidosta päätettäessä. Vertailuryhmässä ainoastaan 4 % ei koe tulleeensa kuulluksi hoitotilanteessa, ja kahdeksan vastaajaa kymmenestä on kokenut tulleeensa kuulluksi.

Ensihoitajilla on havaittu puutteita oman toimintansa perustelemisessa (Sillanpää 2006,57–60; Arola 2001,36–39). Tämän työn tulosten perusteella kuljettamattajättämisspäättöksen perustelemisen potilaalle näyttää olevan ensihoitajille haasteellista. Lähes viidennes (18 %) hoitoon hakeutuneiden ryhmän vastaajista näyttää kokeneen päätöksen perustelut kannaltaan epäselvinä. Omaisten ja ympäristön luomat paineet ensihoitotilanteissa voivat vaikuttaa ensihoitajien päätöksentekokykyyn (Gunnarsson & Warrén Stomberg 2008, 83–89). Potilaan pyytäessä itselleen apua voidaan mielestäni ajatella, että hän asettaa ensihoitajien toiminnalle tietyt odotukset. Potilaan odotusten ja ensihoitajan näkemysten kohtaamattomuus voi hankaloittaa päätöksen perustelemista potilaalle. Hoitoon hakeutuneista lähes kolme vastaajaa neljästä on kuitenkin päätöksen peruste-



luihin tyytyväinen. Vertailuryhmässä yhdeksän vastaajaa kymmenestä on kokenut päätöksen perustelut ymmärrettävänä, ja ainoastaan yksi vastaaja ei ole ymmärtänyt perusteluja.

Omaisten rooli hätäilmoituksen tekijänä oli vastauksissa selkeästi korostunut (45 %). Noin kaksi vastaajaa kolmesta kokee ensihoitajien huomioineen omaiset toiminnassaan hyvin. Ensihoitajien kyky vastata potilaan tiedon tarpeeseen hoidon ja tutkimuksen aikana on tulosten perusteella hyvä. Molempien ryhmien vastaajista 82 % kokee saaneensa riittävästi tietoa hoidon aikana. Hoitoon hakeutuneiden ryhmästä 14 % vastaajista ei ole saanut riittävästi tietoa, missä on 10 %:n ero vertailuryhmän kanssa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta molempien ryhmien vastaajien olevan pääsääntöisesti tyytyväisiä ensihoitajien ammattitaitoon ja hoitoon riippumatta siitä, onko potilas hakeutunut päivystykseen ensihoitajien käynnin jälkeen vai ei. Koko aineistossa alle yksi vastaaja kymmenestä on hoitoonsa tyytymätön. Kuitenkin hoitoon hakeutuneiden ryhmän vastaajista vertailuryhmään verrattuna useampi kokee, että hänen yksilöllisiä tarpeitaan ja mielipiteitään ei huomioitu riittävästi hoidon aikana. Hoitoon hakeutuneet kokevat myös useammin kuljettamattajättämispäätöksen perustelut ja tiedon saantinsa hoidon aikana heikompana vertailuryhmään nähden. Erot ryhmien välillä eivät ole kuitenkaan merkittäviä.

### **9.3 Potilaan ohjauksen vaikutus potilaiden hoitoon hakeutumiseen**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, vaikuttaako ensihoitajien antama potilaalle antama ohjaus siihen, hakeutuuko potilas terveydenhuollon päivystyspisteeseen ensihoitajien käynnin jälkeen. Ensihoitajien tulisi antaa tehtävän lopuksi potilaalle ja hänen seuraansa jäävälle omaiselle ohjeet siitä, miten toimia, jos tila huononee sekä siitä, miten potilaan tilaa seurataan. Tarvittaessa ensihoitajien tulee myös antaa potilaalle jatkohoito-ohjeita.

Hoitoon hakeutuneiden ryhmästä (N=28) vastaajista 36 % ilmoitti ensihoitajien antaman puutteellisen ohjauksen vaikuttaneen heidän tarpeeseensa hakeutua päivystykseen. Ensihoitajien antama suullinen ohjaus koettiin sopivaksi ja riittäväksi kaikkien vertailuryhmän vastaajien mielestä. Hoitoon hakeutuneista vas-

taajista yksi kymmenestä koki, että ensihoitajien antama ohjeistus tilanteessa ei ollut joko sopivaa tai riittävää. Hoitoon hakeutuneiden ryhmän vastaajat kokivat useammin myös ensihoitajien antamat seuranta- ja jatkohoito-ohjeet puutteellisina. Kirjallinen ohjeistus koettiin välttämättömäksi kotona selviytymisen edistämiseksi päivystyspoliklinikalla käynnin jälkeen. (Salminen-Tuomaala ym. 2008, 258–266). Nykyisin kirjallinen ohjeistus potilaalle ensihoidotehtävän jälkeen rajoittuu ensihoidokaavakkeelle kirjattuihin tietoihin. Tämän työn tulosten perusteella hieman alle puolet vastaajista haluaisi lisätä ensihoitajien kirjallisen ohjausta. Potilaiden ohjaus vaati henkilöstöltä hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä kohdella potilasta ystävällisesti (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 15–16). Työn tulokset tukevat olettamusta että, potilaat haluavat suullista ohjausta hyvässä vuorovaikutuksessa ensihoitajan kanssa. Johtopäätöksenä voidaan todeta ensihoitajien antamalla ohjauksella olevan merkitystä potilaiden tarpeelle hakeutua hoitoon. Ensihoitajien antamaa potilasohjausta olisi tarpeellista kehittää. Työn tulokset eivät anna selkeää vastausta siihen, miten potilaiden ohjausta tulisi tulevaisuudessa kehittää.

Kuljettamattajättämistehtävissä on havaittu puutteellista kirjaamista. Puutteet ovat korostuneet tilanteissa, joissa potilas on päihtynyt, yhteistyökyvytön tai ensihoitajat eivät ole kokeneet tehtävän olleen aiheellinen. (Porter 2007b, 292–295.) Myös tämän tuloksissa kirjaaminen vaikuttaisi olevan puutteellista. Ainoastaan kaksi vastaajaa kolmesta molemmissa ryhmissä oli samaa mieltä väittämän ”Ensihoitajat kirjasivat hoito-ohjeet ensihoidokaavakkeelle ja antoivat sen potilaalle tehtävän lopuksi” kanssa. Vastaajien mielestä kolmanneksessa kirjaamista ensihoidokaavakkeista on ollut kirjaamisessa puutteita tai kaavaketta ei ole annettu potilaalle tehtävän jälkeen.

#### **9.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi muodostuu kahdesta tekijästä. Tutkimuksen reliaabelisuus kuvaa tutkimuksen tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. Tutkimuksen validiuksella kuvataan tutkimuksen tulosten tarkkuutta ja käytetyn mittarin toimivuutta. (Vilka 2007, 148–153.) Tutkimuksen perusjoukoksi on valittu elokuussa 2010 kohteessa hoidetut potilaat. Aineiston keruu

suoritettiin lokakuussa 2010, jolloin asia oli vielä potilailla hyvin muistissa. X-tehtävien korvauskäytännöt vaihtelevat Suomessa paljon (Määttä 2008b, 103). Tutkimuksen tulosten toistettavuutta hoitoon hakeutuneiden määrän osalta voivat muilla toimialueilla heikentää tehtävien korvauskäytännöistä riippuvat kirjaamiseen liittyvät käytännöt ja eroavaisuudet. Pohjois-Karjalassa tehtävä kirjaetaan luokkaan X-8, vaikka potilasta ohjeistettaisiin hakeutumaan hoitoon seuraavana arkipäivänä ensihoitajien tilanarvion jälkeen. Muilta osin tutkimuksen tulokset kuvaavat hyvin tutkittavaa joukkoa ja vallitsevaa käytäntöä.

Tutkimuksen mittarina käytettyä tutkimuslomaketta suunniteltaessa keskityttiin sen helppoon käytettävyyteen. Kysymyslomaketta testattiin ennakkoon viidellä koehenkilöllä. Koehenkilöiden antamien parannusehdotusten perusteella kysymysten muotoilua ja sisältöä tarkennettiin helpommin ymmärrettäväksi. Tutkimuslomakkeen kysymysten muotoilussa käytettiin väittämiä. Tutkimuslomakkeen toimivuutta arvioidessa on mahdollista, että varsinkin iäkkäiden potilaiden on ollut vaikea ymmärtää kaikkien kysymysten todellista merkitystä.

Tutkimuksen potilasaineiston keruu on suoritettu luottamuksellisesti salassapitosäädöksiä noudattaen ensihoitopalvelun Saku-potilastieto-ohjelmasta. Kyselylomakkeen mukana potilaille lähetettiin saatekirje, jossa tutkimuksen vastaajille kerrottiin tutkimuksen tavoitteet. Aineiston käsittely on suoritettu anonyymisti siten, että vastauksia ei voida yhdistää potilastietoihin. Saadut vastaukset on säilytetty asianmukaisesti tulosten analysoinnin ajan ja hävitetään työn valmistuttua asianmukaisesti.

## **10 POHDINTA**

Ensihoito on sairaalan ulkopuolista päivystystoimintaa ja tärkeä osa terveydenhuoltojärjestelmää. Tämän työn tarkoituksena oli selvittää ensihoitopalvelun kohteessa hoitamien potilaiden hoitoa ja selvittää vaikuttaako ensihoitajien antama ohjaus potilaalle hänen tarpeeseensa hakeutua päivystykseen käynnin jälkeen. Tutkimukseen haluttiin mahdollisimman kattava otos ensihoitopalvelun asiakkaista. Tutkimuslomake lähetettiin kaikille elokuussa 2011 Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun kohteessa hoidetuille (X-8) potilaille. Tutkimuksessa

ei haluttu rajata pois vakioasiakkaita tai vieraspaikkakuntalaisia mahdollisimman kattavan otoksen saamisen vuoksi.

X-tehtävien osuus ensihoitopalvelun tehtävistä on ollut viime vuosien ajan Pohjois-Karjalassa kasvussa (kuviot 1). Kehityksen voisi kuvitella olevan samansuuntainen myös muualla Suomessa. Työtä tehdessä oli mielenkiintoista huomata, että huolimatta X-tehtävien oletettavasti suuresta määrästä valtakunnallisesti niistä ei ole olemassa koottua kansallista tilastotietoa tai tutkimusta muutamaa opinnäytetyötä lukuun ottamatta.

Vastaajista 38 % (28) ilmoitti joutuneensa hakeutumaan päivystykseen seuraavan kolmen päivän kuluessa ensihoitajien käynnin jälkeen. Ensihoitajien antaman ohjauksen koki puutteelliseksi 36 % (10) hoitoon hakeutuneista vastaajista. Hoitoon hakeutuneista 43 % (12) ilmoitti joutuneensa jäämään hoitoon, mutta ainoastaan 33 % (4) näistä vastaajista koki puutteellisen ohjauksen vaikuttaneen tarpeeseensa hakeutua päivystykseen.

Korkeaa hoitoonhakeutumisosuutta voivat osaltaan selittää muutamat tekijät. Voidakseen tehdä oikeudenmukaisen ja perustellun päätöksen jättää potilas kuljettamatta ensihoitajan on pohdittava asiaa eri näkökulmista. Ensihoitajan tulee selvittää, onko potilaalla todellinen ja välitön tarve päivystyspalveluille ja voiko potilaan ohjata turvallisesti hakeutumaan virka-aikana omaan terveyskeskukseen. Päivystyspalveluiden tarpeen ollessa ilmeinenkin kaikki potilaat eivät tarvitse ambulanssikuljetusta.

Perusterveydenhuollon päivystyspisteitä on Pohjois-Karjalassa viime vuosina keskitetty. Lähin perusterveydenhuollon päivystysyksikkö voi öisin sijaita kauimmillaan yli sadan kilometrin päässä potilaasta. Tämän seurauksena ensihoitajat joutuvat yhä useammin pohtimaan myös kunnan ainoan ensihoitoyksikön tarkoituksenmukaisinta käyttöä, vaikka potilaalla olisi hoitoa vaativakin oire. Usein potilas voi kuitenkin odottaa turvallisesti omaan terveyskeskukseen hakeutumista aamuun tai viikonloppuisin seuraavaan arkipäivään. Ensihoitajien kohteessa tekemän luotettavan tilanarvion tarkoituksena on pyrkiä määrittämään ne potilaat, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa ja taas toisaalta pystyä myös määrittämään ne potilaat, jotka voivat jäädä turvallisesti kotiin tai hakeutua hoitoon seuraavana arkipäivänä.

Näissä tilanteissa potilaan tila arvioidaan ja tilanteesta pyydetään päivystävän lääkärin hoito-ohje. Potilas jää kotiin ja hakeutuu mahdollisesti arkena tai virka-aikana omaan terveyskeskukseen saamaan hoitoa. Voimassa olevan korvauskäytännön mukaisesti tällainen tehtävä kirjataan X-8 hoidettu kohteessa, vaikka tiedossa voi jo olla potilaan hakeutuminen päivystykseen lähipäivinä. Tämä käytäntö voi osaltaan hieman vääristää suurta hoitoon hakeutuneiden määrää.

Mielestäni on asianmukaista kyseenalaistaa ensihoitajien tekemien tilanarvioiden oikeellisuus, jos asiaa tarkastellaan ainoastaan hoitoon hakeutuneiden ja hoitoon jääneiden potilaiden määrän perusteella. Ensihoitajien tilanarvion riittävyttä ja turvallisuutta tulisi tutkia omana tutkimuksenaan.

Huolimatta hoitoon hakeutuneiden potilaiden korkeasta määrästä näyttää kuitenkin siltä, että vastaajat ovat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä saamaansa kohteluun ja palveluun. Lähes kaikissa väittämässä vähintään kaksi kolmesta vastaajasta kokee olevansa saamaansa palveluun tyytyväinen. Tätä asiaa voidaan pitää hyvänä tuloksena. Hoitoon hakeutuneiden ryhmässä on kuitenkin havaittavissa useammin tyytymättömyyttä potilaan ohjauksen riittävyyteen ja kuljettamattajättämispäätöksen perusteluihin. Potilaan kuunteleminen ja hänen yksilöllisten tarpeidensa huomioiminen koetaan hoitoon hakeutuneiden ryhmässä myös useammin heikommaksi.

Hoitopäätöksiä perusteina painotetaan näyttöön perustuvia suosituksia ja hoito-ohjeita, mutta ensihoidosta tutkittua näyttöä on saatavissa rajoitetusti. Lääkärin rooli kuljettamattajättämispäätösten hyväksyjänä on keskeinen. Päivystävien lääkäreiden suuri vaihtuvuus ja mahdollisesti myös ensihoidon kentän tuntemuksen puute voivat vaikuttaa hoitoon hakeutuneiden määrään.

Vuorovaikutus ja kommunikaatio potilaan ja ensihoitajan välillä on ensiarvoisen tärkeää tilanteissa, joissa potilasta ei kuljeteta saamaan hoitoa. Ensihoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen epäonnistuminen luo potilaalle epämiellyttävän kokemuksen tilanteissa, joissa ensihoitajan ja päivystävän lääkärin yhteinen potilaan tilanarvioon perustava päätös muuten olisikin asianmukainen ja perusteltu. Ensihoitajilta edellytetään nöyryyttä ja kykyä potilaan empaattiseen ymmärtämiseen. Persoonaan ja käytökseen liittyvät monenlaiset eri tekijät, jotka lisäävät potilaan kokemusta hoidetuksi tulemisesta tilanteissa, joissa potilas jää

kotiin. Ehtiikö potilaalle syntyä kokemusta ymmärretyksi ja hoidetuksi tulemisesta ensihoitotehtävän aikana, jossa hoitokontakti usein on lyhyt ja henkilöt toisilleen tuntemattomia? Potilaan ohjaukseen ja ensihoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämiseen entisestään tulisi kiinnittää lisää huomiota varsinkin tilanteissa, joissa potilaan ja ensihoitajan odotukset eivät kohta.

Ensihoitajan tekemä päätös jättää potilas kuljettamatta on tärkeä kysymys, jossa tulee huomioida sekä potilaan että työntekijän oikeusturva. Ensihoitajien tulee perustella ja dokumentoida päätöksensä hyvin. Kirjaamisen merkitys korostuu entisestään, jos päätöksen tekoon kohdistetaan valitus tai asia riitautetaan. (Määttä 2008b, 110–111). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella herää epäily kirjaimen riittävydestä ja asianmukaisuudesta kuljettamattajättämistilanteissa. Ainoastaan kaksi kolmesta vastaajasta koki saaneensa riittävät kirjalliset ohjeet ensihoidokaavakkeelle kirjattuna tehtävän lopuksi. Lähes puolet vastanneista haluaisi myös lisää kirjallista ohjeistusta. Mahdollista on myös, että kaikki potilaat eivät ymmärrä ensihoidokaavakkeen merkitystä potilasasiakirjana. Näin siihen kirjatut hoito-ohjeet voivat jäädä huomioimatta.

Jatkotutkimusaiheena olisi tärkeää selvittää suuremmalla aineistolla tarkemmin syitä ja tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden hoitoon hakeutumiseen ensihoitajien käynnin jälkeen. Minkä oireen vuoksi hoitoon yleensä joudutaan hakeutumaan ja hakeutuuko yöllä hoidetuista potilaista useampi hoitoon oireensa vuoksi?

## LÄHTEET

- A340/2011. Asetus ensihoitopalvelusta.
- A565/1994. Asetus sairaankuljetuksesta.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940565>. 15.5.2011.
- Arola, S. 2001. Sairaankuljettajien hoidollisen päätöksenteon lähestymistavat Pohjois-Karjalassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Castren, M. 2009. X-tehtävät. Teoksessa Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Duodecim, 318–326.
- Gunnarsson, B-M. & Warrén Stomberg, M. 2009. Factors influencing decision making among Ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing* 17 (2), 83 – 89.
- Hakala, T. & Kuisma, M. 2008. Ensihoidon laadunhallinta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Tammi, 580–594.
- Hakala, T. & Rekola, L. 2008. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Tammi, 596–604.
- Hiltunen, T. 2009. Sairastuneen kohtaaminen. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) Ensihoidon perusteet. Kuopio: Pelastusopisto, 249–269.
- Himanen, K. & Tillanen, P. 2010. Ensihoidossa x-5- ja x-8-koodattujen potilaiden hakeutuminen hoitoon Mikkelin seudulla. Saimaan ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- Kansaneläkelaitos. 2007. Ambulanssimatkat – korvaaminen sairausvakuutuksesta. Ohjekirja.
- Kinnunen, A. 2009. Kuljetuksesta hoitoon. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) Ensihoidon perusteet. Kuopio: Pelastusopisto, 1-37.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2), 12–17.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemanalyysi ohjaus käsitteestä. *Hoitotiede* 17 (5), 250–258.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20oikeus>. 15.5.2011.
- L1326/2010. Terveystuolilaki.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>. 15.5.2011.

- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY, 19–20.
- Lauri, S. & Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* 14 (4), 158–166.
- Loikas, P. 2009. Hoito-ohjeen pyytäminen ja raportointi. Teoksessa Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.) *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 328–332.
- Määttä, T. 2008a. X-koodit. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 103–113.
- Määttä, T. 2008b. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 24–39.
- Nurmela, T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. *Acta universitatis Tampereensis* 860. Tampereen yliopisto. Väitöskirjatyö.
- Nuutinen, M. 2010. Eettinen päätöksenteko ensihoidossa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö.
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. 2008. X-tehtävät. Sisäinen ohje, 1-2.
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. 2010a. Tilastot.
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. 2010b. Sairaankuljetusyksiköt.  
<http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivutpkpelastuslaitos/palveluja/ensihoito/sairaankuljetusyksikot.htx>. 15.10.2011.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. 2010a. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin määritelmä hoitotasolle, 1-3.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. 2010b. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin suositus perustason ohjeeksi 1-3.
- Pohjois-Karjalan-sairaanhoitopiiri. 2010c. Hallituksen kokouspöytäkirja  
[http://www.pkssk.fi/open\\_iframe.asp?menu\\_id=1902&strLink=1902&menupath=66,1902#1902](http://www.pkssk.fi/open_iframe.asp?menu_id=1902&strLink=1902&menupath=66,1902#1902). 29.4.2011
- Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Whitfield, R., Rapport, F. & Woollard, M. 2007a. `Shoud I stay or shoud I go? `Deciding whether to go to hospital after a 999 call. *Journal of Health Services Research Policy* 12 (1), 32-38.
- Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Whitfield, R., Rapport, F. & Woollard, M. 2007b. "Covering our backs": ambulance crews' attitudes towards clinical documentation when emergency (999) patients are not conveyed to hospital. *Emergency medicine Journal* 25 (5), 292–295.
- Rehn, K. 2008. Sairaanhoitajan näyttöön perustuva osaaminen peruselintoimintojentarkkailussa ja hoitotyön päätöksenteossa. Metropolia. Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Sairaanhoitaja, ylempi AMK. Opinnäytetyö.
- Rekola, L. 2008. Päätöksenteko ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, & Porthan, K. (toim.). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 46–51.



- Salminen-Tuomaala, M., Korkiamäki, K., Kurikka, S. & Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20 (5), 258–266.
- Sillanpää, M. 2006. Ensihoitajaopiskelijoiden hoitotyönpäätöksentekoa simuloituissa testi tilanteissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Seppälä, J. 2009a. Hätäkeskustoiminta. Teoksessa Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.) *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 344–350.
- Seppälä, J. 2009b. Ensihoidon kirjallinen dokumentointi. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) *Ensihoidon perusteet*. Kuopio: Pelastusopisto, 152–158.
- Valli, J. 2009. Ensivastetoiminta. Teoksessa Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.) *Ensihoito-opas*. Helsinki: Duodecim, 359–361.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

## Toimeksiantosopimus



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

### OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAO SAPUOLET: Tero Laakkonen, Petteri Hakkarainen

TOIMEKSIANTAJA: Pohjois-Karjalan pelastuslaitos/Ensihoidtopalvelu

Yhteystiedot: Petteri Hakkarainen 0400-373789

Sähköpostiosoite: Petteri.hakkarainen@pkpelastuslaitos.fi

OPISKELIJAT Tero Laakkonen

Yhteystiedot: Tero:0505304835

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Tällä sopimuksella sovitaan opinnäytetyön tilauksesta. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos antaa toimeksi Tero Laakkoselle tehdä kyselytutkimuksen aiheesta kohteessa hoidettujen potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta.

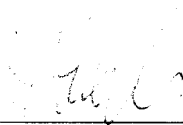
Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Toimeksiantaja sitoutuu huolehtimaan työhön liittyvistä kirje, postitus ja tutkimuskuluista. Toimeksiantaja antaa suostumuksensa käyttää työhön pelastuslaitoksen potilastietojärjestelmää niiltä osin kuin on tarkoituksenmukaista. Toimeksiantaja suostuu myös antamaan tarvittaessa tilojaan tekijän käyttöön työn tekemistä varten. Toimeksiantaja saa työn lopputulokset korvauksetta käyttöönsä

Tero Laakkonen sitoutuu tekemään työn luottamuksellisesti ja sovitusti 31.12.2011 mennessä. Opinnäytetyön tekijällä säilyy tekijänoikeudet työhönsä. Toimeksiantaja saa työn tulokset käyttöönsä varauksetta. Opinnäytetyön tekijä vastaa muista työhön liittyvistä kustannuksista.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Sami Arola

Päiväys ja allekirjoitukset  
Joensuussa 22.3.2011

  
Petteri Hakkarainen

  
Tero Laakkonen

## Kyselylomake

### Arvoisa vastaanottaja

Pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu suorittaa vuosittain Pohjois-Karjalassa noin 30 000 ensihoitotehtävää. Näistä tehtävistä noin 24 % ei pääty potilaan kuljettamiseen terveydenhuollon päivystyspisteeseen ensihoitajien tekemän potilaan tilanarvion jälkeen. Yleensä ensihoitajat varmistavat päätöksensä myös päivystävältä lääkäriltä.

Haluamme jatkuvasti kehittää palveluamme, ja siinä asiakkaittemme antama palaute toiminnastamme on tärkeää. Haluaisimme tietää, miten koitte pelastuslaitoksen antaman palvelun ollessanne sen asiakkaana aiemmin tänä keväänä, kun tehtävä ei päättynyt kuljetukseen.

Tutkimus tehdään yhteistyössä Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijan kanssa, jonka opinnäytetyönä tutkimus toimii. Olemme huolehtineet siitä, että henkilö- tai potilastietojanne ei kerätä muuhun käyttötarkoitukseen. Antamanne vastaukset käsitellään anonyymisti ja luotamuksellisesti. Tietoja ei voida yhdistää potilas- tai tapaus-tietoihin.

Oheisessa kirjekuoressa on tutkimuslomake, johon toivomme Teidän vastaavan. Lisäksi kuoressa on palautuskuori, jonka postimaksu on valmiiksi maksettu. Tutkimuslomake postitetaan kuoressa tutkimuksen tekijälle. **Toivomme vastaustanne viimeistään 30.10.2011 mennessä**

Toivomme, että saamanne palvelu on ollut Teille tyydyttävää ja kiitos vastauksistanne. Tulevaisuudessa ne auttavat meitä auttamaan yhä paremmin.

Hyvää syksyn jatkoa toivottaen

Petteri Hakkarainen  
Ensihoitopäällikkö  
Pohjois-Karjalan pelastuslaitos

Tero Laakkonen  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

## Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE

## TAUSTATIEDOT.

Vastatkaa seuraaviin taustatietojanne koskeviin kysymyksiin.

**Rastittakaa vastauksenne (vain yksi vaihtoehto)!****1. Ikä**< 18..... 18 – 30..... 31 – 40..... 41 - 50..... 51 – 60..... 61 – 70..... 71 – 80..... 80 <..... **2. Sukupuoli****3. Asutteko yksin?**Kyllä..... Ei..... **4. Häät ilmoituksen teki**Itse..... Omainen/ystävä..... Kotihoito..... Sivullinen..... Kotisairaanhoido..... Mies..... Nainen.....

## Kyselylomake

### POTILAAN KOHTAAMINEN

Vastatkaa seuraaviin väittämiin mielipidettänne parhaiten vastaavalla vaihtoehdolla väliltä 1-5 siten, että: 1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä **Ympyröikää vastauksenne (vain yksi vaihtoehto)!**

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5. Ensihoitajat esittelivät itsensä saapuessaan paikalle .....	1	2	3	4	5
6. Ensihoitajat esittelivät mistä organisaatiosta tulevat .....	1	2	3	4	5
7. Ensihoitajien käytös potilasta kohtaan oli kohteliasta .....	1	2	3	4	5
8. Ensihoitajat kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta .....	1	2	3	4	5
9. Ensihoitajat kohtelivat potilasta kunnioittavasti .....	1	2	3	4	5
<b>Potilaan tutkiminen</b>					
10. Ensihoitajat tunnistivat potilaan ongelman hyvin.....	1	2	3	4	5
11. Ensihoitajat loivat toiminnallaan turvallisen ilmapiirin.....	1	2	3	4	5
12. Ensihoitajien toiminta oli mielestäni ammattitaitoista .....	1	2	3	4	5
13. Ensihoitajat huomioivat riittävästi potilaan yksilölliset tarpeet .....	1	2	3	4	5
14. Ensihoitajat huomioivat omaiset toiminnassaan hyvin .....	1	2	3	4	5
15. Potilaan mielipiteitä kuunneltiin päätettäessä hän hoidostaan .....	1	2	3	4	5
16. Päätös kuljettamatta jättämisestä perusteltiin ymmärrettävästi.....	1	2	3	4	5
17. Ensihoitajat pystyivät vastamaan riittävästi tiedontarpeeseeni hoidon ja tutkimuksen aikana .....	1	2	3	4	5

## Kyselylomake

**POTILAAN OHJAAMINEN**

Vastatkaa seuraaviin väittämiin mielipidettänne parhaiten vastaavalla vaihtoehdolla väliltä 1-5 siten, että: 1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä **Ympyröikää vastauksenne (vain yksi vaihtoehto)!**

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
18. Ensihoitajien antama suullinen ohjeistus oli tilanteeseen sopivaa ja riittävää. ....	1	2	3	4	5
19. Ensihoitajat antoivat minulle/omaiselle selkeät ohjeet siitä miten toimia vointini huonotessa .....	1	2	3	4	5
20. Ensihoitajat ohjeistivat mielestäni hyvin seuranta ja jatkohoito-ohjeet potilaalle/omaisille .....	1	2	3	4	5
21. Ensihoitajat kirjasivat hoito-ohjeet ensihoitokaavakkeelle ja antoivat sen potilaalle tehtävän lopuksi .....	1	2	3	4	5
22. Ensihoitajien antama tieto tilastani lisäsi turvallisuuden tunnettani tehtävän jälkeen.....	1	2	3	4	5
23. Ensihoitajien potilaalle antamaa kirjallista ohjeistusta tulisi lisätä .....	1	2	3	4	5
24. Kokonaisuutena arvioiden olin tyytyväinen ensihoitajilta saamaani palveluun.....	1	2	3	4	5

**Kyselylomake**

**25. Jouduitteko hakeutumaan terveydenhuollon päivystyspisteeseen ambulanssin hälyttämisen syynä olleen oireen vuoksi seuraavan kolmen päivän kuluessa?**

En .....

Kyllä .....

**26. Mihin terveydenhuollon päivystykseen hakeuduitte?**

Keskussairaala.....

Terveyskeskuspäivystys .....

Muu? \_\_\_\_\_

**27. Jouduitteko jäämään sairaalahoitoon?**

Kyllä .....

En .....

**28. Vaikuttiko ensihoitajilta saamanne puutteellinen neuvonta/ohjaus tarpeeseen hakeutua päivystykseen**

Kyllä .....

Ei.....

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**