

# **Asiakastyytyväisyystutkimus Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksella**

Heidi Ahonen

Carolina Cederberg

Heidi Ahonen  
Carolina Cederberg

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	ensihoito
Tunnistenumero:	9323, 9146
Tekijä:	Heidi Ahonen, Carolina Cederberg
Työn nimi:	Asiakastyytyväisyystutkimus Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksella
Työn ohjaaja (Arcada):	THM Christel Roberts
Toimeksiantaja:	Keski- Uudenmaan pelastuslaitos
<p>Tutkimuksemme tarkoitus oli kartoittaa potilastyytyväisyyttä Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksen tuottamasta sairaankuljetuksesta (KUP).</p> <p>Tutkittava aineisto kerättiin asiakastyytyväisyyskyselyillä, jotka lähetimme viidellesadalle KUP:n ensihoito palveluita 15.8.2011 jälkeen käyttäneille potilaille. Kyselyssä oli suljettuja kysymyksiä sekä yksi avoin palautekysymys. Kyselyitä palautui 136 kappaletta. Palautuneet kyselyt lähetimme eteenpäin Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitokselle analysoitavaksi. Heidän tekemien analyysitulosten perusteella, sekä verraten alueella vuonna 2008 tehtyyn kyselyyn, analysoimme potilastyytyväisyyttä. Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.</p> <p>Tuloksissa selvisi, että potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Verrattuna vuoden 2008 tuloksiin, oli diagrammeissa käyrät samansuuntaiset, mutta käyttäytyminen potilasta kohtaan oli selkeästi mennyt huonompaan suuntaan. Potilaat kokivat myös, että heidän omaisiaan ei otettu huomioon toivotulla tavalla.</p> <p>Loppupäätelmä: Tulisi ottaa potilaat ja heidän omaisensa paremmin huomioon. Jokainen ihminen on fyysis-, psyykkis-, sosiaalinen kokonaisuus, jolloin heitä kohtaan tulisi käyttäytyä ammattimaisesti, riippumatta sairaankuljetustehtävän luonteesta. Näin ollen tyytyväisyys saatuun hoitoon olisi parempi</p>	
Avainsanat:	Keski-Uudenmaan pelastuslaitos, ensihoito, ensihoidonlaatu, potilastyytyväisyys, sairaankuljettaja, sairaalan ulkopuolinen ensihoito
Sivumäärä:	40
Kieli:	suomi
Hyväksymispäivämäärä:	

<b>EXAMENSARBETE</b>	
Arcada	
Utbildningsprogram:	akutvård
Identifikationsnummer:	9323, 9146
Författare:	Heidi Ahonen, Carolina Cederberg
Arbetets namn:	Asiakastyytyväisyystutkimus Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksella
Handledare (Arcada):	Christel Roberts
Uppdragsgivare:	Keski- Uudenmaan pelastuslaitos
<p>Syftet med vår undersökning var att kartlägga patienternas tillfredsställelse med vårdtjänsterna som Mellersta-Nylands räddningsverks har producera.</p> <p>Materialet insamlades med hjälp av frågeformulär som skickades till 500 patienter som använt Mellersta-Nylands räddningsverkets tjänster efter 15 augusti 2011. Frågeformuläret bestod av slutna frågor och en öppen fråga. De 136 retunerade frågeformulären skickades vidare till Institutet för hälsa och välfärd för analys. Resultaten jämfördes med resultat från samma undersökning gjord 2008. Med hjälp av resultaten kunde vi analysera patienttillfredsställelsen. Undersökningen utfördes med kvantitativ metod.</p> <p>Resultaten visade att patienterna huvudsakligen var nöjda med vården de fått. I jämförelse med resultaten från 2008 var kurvan på diagrammen liknande. Uppförande mot patienterna hade blivit sämre jämfört med 2008. Patienter upplevde också att deras anhöriga inte togs i beaktan.</p> <p>Slutsats: Patienter och deras anhöriga skulle tas i beaktan bättre. Eftersom varje människa är en fysisk-, psykisk- och social helhet, borde man bete sig professionellt oberoende av uppdragets karaktär. Därmed skulle tillfredsställelsen till vården vara bättre.</p>	
Nyckelord:	Mellersta Nylands räddningsverk, akutvård, akutvårdens kvalitet, patient tillfredsställelse, ambulanssjukvårdare, pre-hospital akutvård
Sidantal:	40
Språk:	Finska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency Care
Identification number:	9323, 9146
Author:	Heidi Ahonen, Carolina Cederberg
Title:	Asiakastyytyväisyystutkimus Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksella
Supervisor (Arcada):	Christel Roberts
Commissioned by:	Keski- Uudenmaan pelastuslaitos
<p>The purpose of our research was to evaluate patientsatisfaction in pre-hospital emergency care that the firedepartment of Keski-Uusimaa has produced.</p> <p>The research data was collected by questionnaires, which were sent to 500 patients who received prehospital emergency treatment in Keski-Uusimaa after August 15, 2011.The questionnaire had closed questions and one open question. 136 patients answered the questionnaire. We then sent the questionnaires forward to the department of Health and Welfare for analyze. They analyzed the questionnaires and compared the results with results from the same research made 2008. With those results we were able to analyze patient satisfaction. The research was made by a quantitative method.</p> <p>The results showed that the patients were mainly satisfied with the received treatment Compared to the results from 2008 the curves were almost the same pattern, but the behaviour towards the patient was clearly increased. Patients also experienced that their relatives weren't taken into account.</p> <p>Conclusion: Patients and their relatives should be considered better. Because the human being is entirely a physical, phsycological and social individual, the behaviour towards them should be professional no matter the character of the situation. The satisfaction would therefore be better.</p>	
Keywords:	The firedepartment of Keski-Uusimaa, emergency care, the quality of care in emergency care system, patient satisfaction, paramedics, prehospital emergency care
Number of pages:	40
Language:	Finnish
Date of acceptance:	

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA KYSYMYKSEN ASETTELU</b> .....	<b>10</b>
3.1	Kysymyksenasettelu.....	10
3.1.1	<i>Ensihoitopalvelu</i> .....	11
<b>4</b>	<b>TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b> .....	<b>13</b>
4.1	Kärsivä ihminen .....	13
4.2	Tyytyväisyys .....	15
4.3	Laadun määritelmä.....	16
<b>5</b>	<b>DESIGN</b> .....	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET SAIRAALAN ULKOPUOLISESTA ENSIHOIDOSTA</b> .....	<b>20</b>
6.1	Aikaisemmat tutkimukset potilastyytyväisyydestä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.....	20
6.2	Aikaisemmat tutkimukset hoidon laadusta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ...	22
<b>7</b>	<b>TUTKIMUS MENETELMÄT</b> .....	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>TULOKSET JA ANALYSOINTI</b> .....	<b>26</b>
<b>9</b>	<b>TUTKIMUSEETTISET NÄKÖKOHDAT</b> .....	<b>32</b>
<b>10</b>	<b>POHDINTA JA KRIITTINEN TARKASTELU</b> .....	<b>32</b>
<b>11</b>	<b>ESIINNOUSSEITA KEHITTÄMISKOhteITA</b> .....	<b>36</b>
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>38</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>40</b>

## Kuvat

- Kuva1. Diagrammi, joka kuvastaa hyvin positiivista muutosta ambulanssin viihtyisyydessä vuosien 2008-2011 välillä, etenkin arvosanan erinomainen(5) antajien joukossa.....  
.....31
- Kuva2. Diagrammit kuvaavat hyvin, että jatkohoito-ohjeiden antamisessa ei ole muutosta tapahtunut paljoa vuosien 2008 ja 2011 välillä.....32
- Kuva3. Diagrammi osoittamaan kuinka vähän arvosanoja erinomainen (5) potilaat ovat antaneet sairaankuljettajien kyvystä huomioida omainen. Vuosien 2008 ja 2011 välillä on tapahtunut negatiivista muutosta.....33
- Kuva4. Diagrammi kuvaa selkeästi potilaiden mielipidettä sairaankuljettajien käyttäytymisestä ja kohtelusta potilaita kohtaan vertaillen vuosien 2008 ja 2011 välillä.....33
- Kuva5. Diagrammi, joka kuvastaa suljettua kysymystä: ”Kokonaisarvio palvelusta.”..34

# 1 JOHDANTO

Ensihoidolla tarkoitetaan terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito, joka toteutetaan tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana ja sairaalassa. Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on lääkinnällistä pelastustoimintaa, ja sitä voidaan verrata palokunnan ja poliisin turvallisuuspalveluihin. Häätätilapotilaiden hyvät hoitotulokset edellyttävät hyvää hoitoketjua, ammatillista osaamista ja harjoiteltua yhteistoimintaa. (Alaspää et.al. 2003, s. 24- 25)

Sairaankuljetuksessa työskentevät henkilöt voivat olla koulutukseltaan lääkintävahtimestareita, lähihoitajia, pelastajia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia tai ensihoitajia. Terveydenhuollossa laki (FINLEX terveydenhuoltolaki) ja asetus (FINLEX, asetus terveydenhuoltohenkilöstä) määrittelevät asianmukaisen koulutuksen terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Sairaalan ulkopuolinen ensihoito ja sairaankuljetus jaetaan sairaankuljetusasetuksen (FINLEX, terveydenhuoltolaki) mukaan perustasoiseen sekä hoitotasoiseen sairaankuljetukseen, joissa sairaankuljettajat työskentelevät. Perustasolla on mahdollista aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet. Hoitotasolla voidaan aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasoilla tutkimuksilla ja toimenpiteillä sekä toteuttaa potilaan ambulanssi- tai muu kuljetus hoitolaitokseen niin, että potilaan elintoiminnot on turvattu luotettavasti koko kuljetuksen ajan. Sairaankuljetusasetuksen (FINLEX, terveydenhuoltolaki) mukaisen perustason toiminnan sekä henkilökunnan ohjaus ja valvonta ovat terveystieteiden vastuulla sekä hoitotason ohjaus ja valvonta on sairaanhoitopiirin ja terveystieteiden vastuulla.

Suomessa ensihoidon laadussa on eroja. Laatuun vaikuttaa paljon alueelliset erot. Alueen asukastiheys, välimatkat hoitopaikkoihin, ambulanssien varustelutaso, erilaiset koulustaustat sekä sairaanhoitopiirin asettamat erilliset vaatimukset eroavat hyvin paljon jopa lähikuntien välillä. Nämä aspektit yhdessä tuottavat joko tyytyväisiä tai tyytymättömiä asiakkaita, sillä tyytyväisyys on yksi osa hoidon laatua. Tutkimuksessamme keskitymme miettimään millaista on hyvä hoito ja tätä kautta tyytyväiset asiakkaat. Tyytyväisyyttä ei pystytä kuvailemaan selkeästi, sillä se on jokaisen ihmisen yksilöllisesti kokema. On olemassa yleisesti yhteiskunnassa hyväksyttäviä malleja siitä, mihin ihminen on tyytyväinen. Kuitenkin jokainen kokee tilanteet henkilökohtaisesti omalla tavallaan.



Ihmisen persoona ja elämän kokemus muokkaavat sen mihin ihminen tyytyy. Toiselle riittää vähempi kuin toiselle.

Saimme idean opinnäytetyöhömmme Keski- Uudenmaan pelastuslaitokselta (KUP). KUP:lla oli esiintynyt tarve kartoittaa potilaiden tyytyväisyyttä heidän tuottamaansa ensihoitoon. Tässä tutkimuksessa keskityimme tutkimaan potilaiden tyytyväisyyttä heidän saamaansa ensihoitoon KUP:n alueella, mutta otimme tutkimuksessa esille myös hoidon laadun. Mietimme onko potilaiden tyytyväisyydellä tai tyytymättömyydellä ollut mahdollisesti vaikutusta hoidon laatuun KUP:n alueella. Suomessa ei ole tuotettu vastaavia sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilastyytyväisyystutkimuksia kovin montaa, joten koimme tämän tutkimuksen tulevan tarpeeseen. Tutkimusta on hyvä käyttää vertailevana tutkimuksena, kun tulevaisuudessa halutaan mitata sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilastyytyväisyyttä, niin KUP:n toimialueella kuin koko maassa. Tutkimuksen pohjana käytimme nyt tehtyä kyselytutkimusta, sekä vertaillen tätä vuonna 2008 tehtyyn vastaavaan kyselytutkimukseen.

Jaoin työn seuraavasti: Johdannon muotoili Heidi Ahonen. Kehittämistyön lähtökohdat kirjoitti Heidi Ahonen. Designin suunnitteli Carolina Cederberg. Tutkimuksen tarkoituksen ja kysymyksenasettelun muokkasivat molemmat. Kirjallisuuden etsintä ja aikaisemmat tutkimukset sairaalan ulkopuolisen ensihoidon laadusta olivat pääosin Carolina Cederbergin kirjoittamia, mutta Heidi Ahonen työsti niistä pienen osan. Tutkimuseettiset näkökohdat kirjoitti Heidi Ahonen. Kriittinen tarkastelu ja tutkimusmateriaalin kuvausta työstimme yhdessä. Molemmat osallistuivat tulosten analysointiin, pohdintaan sekä esille nousseiden kehittämiskohteiden laadintaan ja kirjoittamiseen. Liitteet hankki Heidi Ahonen.

## **2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT**

Lähtökohtana tutkimuksellemme oli KUP:n toive saada selvyys omalla toiminta-alueellaan olevien potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa ensihoitoon. KUP halusi vertailevaa tutkimusta aikaisempaan, jotta heille tulisi selkeä kuva oliko kehitystä tapahtunut. Pohdimme myös saattoiko tyytyväisyydellä olla vaikutusta koko ensihoidon laatuun KUP:n alueella. KUP:n lääkintäesimies Janek Andersson oli tehnyt kyseisen tutkimuksen vuonna 2008 ja KUP:n tavoitteena oli tuottaa tyytyväisyystutkimus noin parin vuoden välein. Andersson toimi välikätenä KUP:n ja meidän välillä, sekä auttoi meitä saamaan kaikki tarvittavat kyselykaavakkeet ja kirjekuoret.

## **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA KYSYMYKSEN ASETTELU**

Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa KUP:n alueella potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ensihoitoon kohteessa ja kuljetuksen aikana, sekä tuoda esille kehitysehdotuksia eri osa-alueita koskien. Ensihoidon eri osa-alueiden kartoitus tapahtui tarkastelemalla Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiakastyytyväisyyskyselyssä esitettävien osa-alue kysymysten tuloksia. Opinnäytetyömme teoreettisena viitekehiksenä toimivat Katie Erikssonin teoria kärsimyksestä hoidossa, mitä laatu on sekä mitä tyytyväisyydellä tarkoitetaan Tutkimuksessa käytimme kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

### **3.1 Kysymyksenasettelu**

Tutkimuskysymykset joihin tutkimus pyrkii vastaamaan:

1. Mitä asioita pitäisi kehittää tai parantaa, jotta tyytyväisyys Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksen tuottamissa ensihoitopalveluissa paranisi?
2. Onko Keski- Uudenmaan pelastuslaitoksen tuottamassa ensihoidon laadussa tapahtunut muutoksia vuoden 2008 tehtyyn asiakastyytyväisyyskyselyyn verrattuna?

KUP oli tehnyt vastaavan kyselyn viimeksi vuonna 2008 ja vertailemalla sitä nyt 2011 tehtyyn kyselyyn, saimme hyvää vertailevaa materiaalia kehityssuunnasta. Keski- Uudenmaan alue on laaja, ja jakaantuu käytännössä pohjoiseen eli Hyvinkään aluesairaalan

alueen kuntiin sekä eteläiseen eli Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Peijaksen sairaalan alueen kuntiin. Tämän vuoksi Keski-Uudenmaan alueella on kaksi vastuulääkäriä. Paikkakunnallisesti on merkittäviä eroja niin etäisyyksissä kuin asukas-tiheydessäkin, sekä sairaankuljetustehtävien määrät eroavat alueellisista eroista johtuen aika huomattavasti. Potilaan näkökulmat ensihoidon tyytyväisyyttä ajatellen tulivat hyvin esille kyselykaavakkeen kysymysten asettelusta, näin ollen potilaan omat tuntemukset tulivat hyvin esille. Tutkimuksen kysymyksenasettelua oli muokattu edellä mainittujen seikkojen sekä asiakastytyväisyystutkimuksen analysoinnin tuloksista saadun tiedon mukaan, mukaan lukien vertailu vuoden 2008 asiakastytyväisyystutkimukseen.

### **3.1.1 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. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelun tuottajalta.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet. (FINLEX, Terveystoimintalaki 39§)

Ensihoitopalvelun tulee sisältää:

- 1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (FINLEX meripelastuslaki) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;

- 2) ensihoitovalmiuden ylläpitäminen;
- 3) tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin;
- 4) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa; ja
- 5) virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi päättää palvelutasopäätöksessä ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. 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. (FINLEX, Terveydenhuoltolaki, 40§)

## 4 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettisena viitekehystenä käytimme työssä hoitotieteiden professori Katie Erikssonin hoitoteoriaa Kärsivä ihminen. Hätäpuhelun soittamisen syynä on yleensä avun tarve, kärsiminen, mutta joskus sairaankuljettajien antama hoito saattaa potilaan mielestä aiheuttaa hoitokärsimystä. Kävimme läpi myös tyytyväisyyden määritelmiä ja käytimme teoriaa laadusta niin terveydenhuollossa kuin yleiskäsitteenä, sillä tyytyväisyys on yksi osa laatua.

### 4.1 Kärsivä ihminen

Käsite ”patient” tarkoittaa alun perin kärsivää ihmistä, sitä joka kärsivällisesti sietää ja jaksaa kestää. Myöhemmin potilas käsite muuttui, se ei tarkoittanut enää kärsivää ihmistä, vaan ihmistä joka on sairas, jolla on diagnoosi tai jokin korjattava vika. Nykyisin käsite patient on saanut myös sosiaalipoliittista ja hallinnollista sisältöä, kun se yhdistetään oikeuteen saada hoitoa ja oikeuteen saada taloudellista tukea hoitokustannuksiin. Toisin sanoen hoitojärjestelmän alkuperäinen tehtävä oli hoitaa kärsivää ihmistä, mutta nykyisin hoitojärjestelmä voi aiheuttaa kärsimystä. (Eriksson. 1996 s.39)

Meidän on oltava tietoisia siitä että, vaikka sairaus antaa ihmiselle mahdollisuuden kärsiä, voi ihminen myös olla sairas kärsimättä siitä. Elämän tarkoitukseen kuuluu myös, että kärsimystä on kaiken sairastamisen lisäksi, ja sitä kutsutaan inhimilliseksi peruskärsimiseksi. (Frankl. 1995 s.137)

Kykymme kohdata ja lievittää inhimillistä kärsimystä on riippuvainen kypsyystämme kohdata omaa kärsimystämme. Hoitotyön perusta on aina ollut kärsimyksen lievittäminen ja Florence Nightingalen mukaan ”kärsimys ei ole sairauden oire vaan osoitus riittämättömästä hoidosta”. Hoitajan tärkein tehtävä on lohduttaminen. Silti ei aina riitä, että on paikalla. Hoitaja tarvitsee tietoa, teoriaa, teknologiaa ja ennen kaikkea rohkeutta ja rakkautta. (Eriksson. 1996 s.6)

Kärsimystä ei pidä sekoittaa tuskan kanssa, vaikka liittyvät usein samaan elämäntilanteeseen. Voi olla vaikeaa määritellä, missä määrin tuntee tuskaa ja missä määrin kärsii. Kärsimyksen ja tuskan ero on, että kärsimyksellä ei ole samanlaista välitöntä kieltä kuin

tuskalla. Kärsimys on ihmisen syvin, alastomin ja hiljaisin tunne. Tunnistamalla kärsimyksen voimme kokea tuskaa, ja rakkaudella voimme kärsiä toisen kanssa. Ihmisen tehtävä ei ole tuomita, vaan ymmärtää ja antaa anteeksi. Toisten ihmisten tuomitseminen aiheuttaa paljon kärsimystä ja se mitätöi ihmisen. Sietämätöntä kärsimystä voi aiheuttaa myös se, ettei tule otetuksi vakavasti, eikä kukaan ota huomioon. Lisäksi tunne, että ei ole tervetullut synnyttää kärsimystä. Tällaiset kokemukset, jotka aiheuttavat kärsimystä loukkaavat ihmisen arvoa. Hoitotyössä varsinkin on erittäin tärkeää, ettei potilaan vaivoja vähättele ja hänet otetaan vakavasti, ettei hänen arvoaan loukata. Eriksson kuvaa kärsimystä luonteeltaan dynaamiseksi ja jakaa kärsimysprosessin kolmeen osaan, kärsimyksen tunnistamiseen, kärsimykseen ja sopeutumiseen/sovintoon pääsemiseen. Kärsimys on Erikssonin mukaan elämistä, kuolemista ja kamppailua. (Eriksson. 1996 s.21-24)

Erikssonin mukaan hoitotyössä kohtaamme kolmenlaista kärsimystä. Ensimmäisenä on sairaudesta johtuva kärsimys, jossa potilas kokee kärsimystä sairauden ja hoitotoimenpiteiden vuoksi. Esimerkiksi sielullinen ja henkinen kärsimys, joka aiheutuu häpeästä, alentamisesta tai syyllisyyden kokemuksista, jotka liittyvät sairauteen tai toimenpiteisiin. Toisena on hoitokärsimys, joka voidaan jakaa neljään kategoriaan: potilaan arvон loukkaaminen, tuomitseminen ja rankaiseminen, vallankäyttö sekä hoidotta jättäminen. Hoitajan suhtautumistapa sairauteen ja kärsimykseen, vaikuttavat potilaan hoitokärsimykseen. Potilaan arvokkuuden tunnistaminen hoitotyössä merkitsee, että jokaiselle potilaalle annetaan yksilöllistä hoitoa. Hoitajan asenne ja eettinen toiminta ratkaisee kokeeko potilas hoitokärsimystä. Kolmannes kärsimys on elämisestä johtuva kärsimys, toisin sanoen potilaana olemisen, sairaus ja terveyden menettäminen vaikuttavat ihmisen koko elämän tilanteeseen. (Eriksson. 1996 s.35-48)

Hoitamisen ydin on kärsimyksen lievittäminen, elämän vaaliminen ja ihmisen arvokkuuden vaaliminen. Voimme luoda sellaisen hoitokulttuurin, jossa potilas voi kokea itsensä tervetulleeksi, kunnioitetuksi ja hoidetuksi. Tällä annetaan ihmiselle oikeudet ja tilaa olla potilas. Annetaan potilaalle sellaista hoitoa mitä hän tarvitsee, eikä aiheuteta hänelle hoitokärsimystä.

## 4.2 Tyytyväisyys

Tyytyväisyyden mittaamisen perimmäisenä tavoitteena on hoidon laadun kohottaminen. (Vuori. 1993 s.69)

Potilaiden tyytyväisyyden mittaamiseksi käytetään tavallisimmin kyselytutkimuksia. Voidaan tutkia joko yleistä tyytyväisyyttä tai keskittyä tiettyyn hoitojaksoon. Yleistä tyytyväisyyttä voidaan tutkia koska tahansa, jolloin yleensä halutaan selvittää tyytyväisyyden käsitettä tai tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä (ikä, sukupuoli, sairaus). Yleisen tyytyväisyyden mittaamisen heikkous on se, että ne eivät osoita konkreettisia parannustoimenpiteitä. Tutkimukseen voidaan valita henkilöitä, jotka on poimittu koko väestöstä tai henkilöitä, jotka ovat joskus olleet hoidossa. Hoitojaksoon kohdistuva mittaus tehdään yleensä hoitojakson lopussa tai lyhyen ajan sisällä hoitojakson päättymisestä. Tällaisella kyselyllä halutaan selvittää konkreettisia tapauksia ja tilanteita miten potilaat ovat kokeneet saamansa hoidon. Potilaiden tyytyväisyyteen vaikuttavat kaksi tekijää: hoitoon kohdistuvat ennako-odotukset ja miten hoito toteutuu. Laadussa on elämyksellinen ja toiminnallinen osa. Potilas on elämyksellisen laadun asiantuntija. Potilaan tyytyväisyys hoitoon vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Tämän mukaan potilas tekee päätöksen kääntyykö hän julkisen vai yksityisen sektorin puoleen eli minkä toimipisteen hän valitsee. (Vuori. 1993. S. 63-67)

Vuori kirjoittaa, että hoito ei ole saavuttanut tavoitteitaan, mikäli potilas on tyytymätön. Tämän vuoksi potilaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon tilanteissa, joissa päätös vaikuttaa häneen. Vuoren kirjassa Terveydenhuollon laadunvarmistus on Alma-Atan julistus vuodelta 1978, jossa sanotaan ”Ihmisillä on oikeus sekä yksilöinä että yhteisön jäsenenä osallistua terveydenhuollon päätöksentekoon, suunnitteluun ja toteutukseen.” Julistus toteaa, että sekä yksilöillä että yhteisön jäsenillä on oikeus ja velvollisuus osallistua terveydenhuollon suunnitteluun ja toteutukseen. Terveydenhuollossa on tapa toteuttaa osallistumisperiaatetta mittaamalla potilaiden tyytyväisyyttä. Näin ollen potilaat saavat mahdollisuuden tuoda julki mielipiteensä ja tuntea osallistuvansa hoitoon. (Vuori. 1993 s.62)

Uusissa ammateissa vaaditaan yhä enemmän osaamista, tietoa ja taitoa. Asiakaslähtöisyys, korkea laatu, kevyt ja joustava toimintatapa asettavat osaamisvaatimuksia kaikissa

tehtävissä ja kaikissa organisaatioissa. Toiminnan rinnalle on nostettava asiakkaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyttä kuvaavat mittarit. (Kehä et al. 1995. S. 45)

### 4.3 Laadun määritelmä

Laatua on vaikea määrittää yhdellä lauseella, sillä jokaisella ihmisellä on eri käsitys laadusta varsinkin terveydenhuollossa. Kun otetaan huomioon eri ryhmät joita asia terveydenhuollossa koskee; terveydenhuoltohenkilöstö, hallintohenkilöstö, potilaat ja poliitikot; niin heillä kaikilla on eri kuva siitä, mitä laatu heille tarkoittaa. Esimerkiksi potilaalle laatu voi merkitä lääkärin osaamista ja miten hyvin potilas ja hänen tarpeensa otetaan huomioon.

Hannu Vuoren kirjoittamassa Terveydenhuollon laadunvarmistus- kirjassa kerrotaan, että laatu on vain yksi tavoite muiden joukossa, kun kyseessä on terveystalot. Terveystaloiden on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Jotta palveluista olisi hyötyä, on kehitetty tavoitteita terveystalouksille ja ne on asetettu tärkeysjärjestykseen, jotta laatua olisi helpompi mitata. Tavoitteet ovat:

- Teho: Hyödykkeiden ja palvelusten kyky vaikuttaa toivotulla ja odotetulla tavalla. Esimerkiksi antibiootin on tapettava ne bakteerit, joita se on tarkoitettu tappamaan.
- Vaikuttavuus: Hyödykkeiden ja palvelusten kyky toimia käytännössä toivotulla ja odotetulla tavalla.
- Tehokkuus: Vaikutusten suhde niiden aikaansaamiseksi tarvittaviin voimavaroihin. Esimerkiksi vaikuttava ja toimiva hyödyke tai palvelus voi olla liian kallis, jotta sitä kannattaisi käyttää.
- Riittävyys: Tarjolla olevien hyödykkeiden ja palvelusten määrän suhde niiden tarpeeseen. Esimerkiksi jonot ovat tyypillinen riittämättömyyden merkki.
- Saavutettavuus: Hyödykkeitä ja palveluksia tarvitsevien mahdollisuus käyttää niitä.
- Hyväksyttävyyden suhde: Hyödykkeiden ja palvelusten ominaisuuksien sekä niiden käyttäjien odotusten suhde. Esimerkiksi hyödykkeet ja palvelut voivat olla moitteettomia, mutta käyttäjät eivät hyväksy niitä uskonnollisista tai kulttuurisista syistä.



- Teknis-tieteellinen laatu: Tiedon, taidon ja teknologian tarkoituksenmukainen hyväksikäyttö hyödykkeiden ja palvelusten tuotannossa ja tarjonnassa. (Vuori. 1993 s.17-18)

Teho, vaikuttavuus ja tehokkuus ovat tieteellisiä tavoitteita, kun taas riittävyys, saavutettavuus ja hyväksyttävyyys ovat poliittisia tavoitteita. Ihanteellisin laatusuhde olisi täyttää kuluttajan tarpeet mahdollisimman pienin kustannuksin. Toisin sanoen laatu riippuu tilanteesta ja laatuvaatimusten tärkeä lähde ovat kuluttajan tarpeet ja toiveet. Lisäksi kustannukset ovat laadun olennainen osa ja laatu on pikemminkin optimointi- kuin maksimointikysymys. (Vuori. 1993 s.22)

Laissa sanotaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksiin ja toimintaan kuuluu terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimyksensä lievittäminen. (FINLEX, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä) Lisäksi laissa potilaan oikeuksista puhutaan siitä, että kaikilla on oikeus samaan kohteluun ja hoidon saantiin. Toisin sanoen lain 3. pykälän 1. momentissa todetaan seuraavaa:

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä.” (FINLEX, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista) Asiakas on sekä eettisesti että juridisesti oikeutettu avunsaantiin. Lisäksi jokainen asiakas on oikeutettu samantasoiseen hoitoon, eli palveluiden on oltava yhtä laadukasta kaikille. Palveluiden määrä ja sisältö ovat tärkeät tyytyväisyyden kriteerit, mutta sisältö voi vaihdella voimavarojen mukaan.

Lain 3. pykälän 2. momentissa potilaalla on oikeus ”laadultaan hyvään” terveyden- ja sairaanhoitoon. Tämä koskee palvelujen laatua ja sitä että potilaalla on oikeus hoitoon ilman syrjintää, hänen ihmisarvoaan ei saa loukata, hänen yksityisyyttä ja vakaumustaan on kunnioitettava. Hyvä laatu liittyy tämän lain mukaan potilaan kohteluun, eli miten potilas kokee saamansa kohtelun. (FINLEX, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92)

Potilas ei yleensä ole pätevä arvioimaan lääkärin ja hoitajan kliinistä tietotaitoa, mutta

sen sijaan potilas on ensisijainen laadunarvioija kommunikointikyvyn, asenteiden, rehellisyyden ja itsemääräämisen kunnioittamisen suhteen. Salon & Tähtisen kirjassa Etiikan puutarhassa Sakari Karjalainen kirjoittaa, ettei terveydenhuollon tehtävä ole määritellä laatua, vaan arvioida sitä. Hän kertoo esimerkiksi, ettei terveydenhuolto voi kyseenalaistaa potilaan odotuksia tai yhteiskunnan tarpeita. Lisäksi Karjalainen kirjoittaa, että terveydenhuollon itse arvioinnissa on omat vahvuutensa ja omat puutteensa. (Salo & Tähtinen. 1996. S. 130)

## **5 DESIGN**

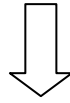
Kysymyksenasettelussa mietimme, mitä asioita halusimme tutkimuksella selvittää ja mitä asioita parantaa tai muuttaa. Lisäksi halusimme verrata vuoden 2008 ja 2011 tuloksia nähdäksemme, mihin suuntaan potilas tyytyväisyys oli mennyt ja miksi.

Työstimme teoriaa ja yhdistimme teoreettista viitekehystä sekä aikaisempia tutkimuksia.

Palautetut vastaukset lähetimme THL:lle analysoitavaksi ja verrattavaksi vuoden 2008 tuloksiin. Katsoimme vielä vastaukset itse läpi ja karsimme vajavaisesti täytetyt lomakkeet. Muutama kyselylomake palautui meille takaisin, sillä asiakas oli kuollut. Odottaessamme tuloksia THL:lta työstimme sillä välin teoriaa ja tarkastelimme työtä.

Saatuamme tulokset analysoimme vastauksia ja diagrammeja. Tämän jälkeen alkoi kriittinen tarkastelu ja mietimme mitkä asiat saattoivat vaikuttaa tuloksiin. Työn viimeinen osa keskittyy pohdintaan.

Asiakastyytyväisyystutkimus Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella



Mitä asioita pitäisi kehittää tai parantaa, jotta potilastyytyväisyys Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen tuottamissa ensihoitopalveluissa paranisi?

Onko Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen tuottamassa ensihoidon laadussa tapahtunut muutoksia vuoden 2008 tehtyyn asiakastyytyväisyyskyselyyn verrattuna?



Teoreettinen viitekehys  
Aikaisempia tutkimuksia



Tiedon keruu  
Teorian työstäminen



Tiedon tarkastelu, analysointi ja työstäminen



Tulos



Kriittinen tarkastelu



Pohdinta

## **6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET SAIRAALAN ULKOPUOLISESTA ENSIHOIDOSTA**

Haimme tutkimukseemme teoriaa useista eri lähteistä. Käytimme Espoon kirjastoja ja Arcadan kirjastoa. Helmet- hakukone on pääkaupunkiseudun kirjastojen yhteinen hakukone, josta löysimme Espoon kirjastoissa olevat kirjat. Arcadan Arken- hakukoneella löysimme joitain tutkimukseen käytettyjä kirjoja. Etsimme kirjallisuutta myös Google- hakukoneella. Kaikissa näissä hakukoneissa hakusanana käytimme sanoja ”ensihoito”, ”ensihoidon laatu”, ”potilasturvallisuus”, ”potilas tyytyväisyys” ja englanninkielisiä sanoja ”patient satisfaction”, ”quality of care in EMS”, ”customer satisfaction in EMS”.

Etsimme suomen- ja englanninkielellä tietokannoista: PubMed ja CINAHL. Tietokannoista ei löytynyt suomenkielisillä hakusanoilla yhtään tutkimusta sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta tai sen laadusta ja tyytyväisyydestä. Suomenkielisiä hakusanojamme olivat samat ”ensihoito”, ”ensihoidon laatu” ja ”potilastyytyväisyys”. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme “ambulance”, “prehospital”, “out of hospital”, “paramedics”, “emergency medical services (EMS)”, “patient satisfaction” ja “customer satisfaction”. CINAHL- tietokannasta saatiin 55 osumaa, joista löytyi kaksi tutkimukseemme sopivaa artikkelia. Toinen oli Ruotsissa tehty tutkimus ja toinen Suomessa tehty tutkimus potilastyytyväisyydestä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. PubMed- tietokannasta osumia näillä hakusanoilla löytyi 28, joista kaksi olimme löytäneet jo CINAHL- tietokannasta. Yksi artikkeli löytyi vielä täydentämään tutkimukseemme teoriaa. Tämä tutkimus oli hoidon laatua tutkiva artikkeli sairaalan ulkopuolisesta hoidosta.

### **6.1 Aikaisemmat tutkimukset potilastyytyväisyydestä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa**

Seuraavan artikkelin valitsimme sen samankaltaisuuden vuoksi, verraten omaan tutkimukseemme. Oli kiinnostavaa lukea Suomessa tehdystä sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon kohdistuvasta tutkimuksesta. Tämän tutkimuksen tutkimustulokset olivat mielenkiintoisia, sillä tutkimus oli tehty kahteen otteeseen eri ajanjaksoina ja tuloksia oli verrattu keskenään.

Markku Kuisma et al. teetti vuonna 2002 tutkimuksen ”Customer Satisfaction Mea-

surement in Emergency Medical Services”. Kyseessä oli Helsingissä vuosina 2000 ja 2002 tehdyt asiakastyytyväisyystutkimukset, joissa oli haluttu selvittää sairaalan ulkopuolisen ensihoidon laatua. Lisäksi haluttiin selvittää, voiko asiakastyytyväisyystutkimuksia suorittaa sairaalan ulkopuolisessa hoidossa. Vuonna 2000 tehty tutkimus sijoitui joulukuun 11. -28. väliselle ajalle. Silloin lähetettiin 1175 potilaalle kyselykaavakkeet, jotka olivat muokattu sairaalassa käytettävistä asiakastyytyväisyystutkimuksista. Toinen tutkimus tehtiin samoilla kyselykaavakkeilla 10. -27. helmikuuta vuonna 2002, jolloin 1150 potilaalle lähetettiin asiakastyytyväisyystutkimus. Potilaille lähetettiin kyselykaavake kaksi viikkoa sen jälkeen, kun he olivat käyttäneet ambulanssipalveluja. Oletuksena oli, että silloin suurin osa potilaista olisi jo kotiutunut sairaalasta. Molempiin kertoina pois karsittiin kohteessa kuolleet, ilman vakinaista asuntoa olevat ja ulkomailla asuvat, sekä ne joilta tarvittavat tiedot puuttuivat. Ensimmäisellä kerralla vastausprosentti oli 36,8% ja toisella 40,3%. Ennen toisen kyselyn tekoa, oli henkilökuntaa tiedotettu ensimmäisen kyselyn vastauksista. Kyselyssä käytettiin suljettuja kysymyksiä, joissa piti valita arvosana asteikolla 1-5 saamastaan palvelusta (1=erittäin huono ja 5=erinomainen). Tutkimus tehtiin anonyymisti.

Tutkimuksissa selvisi, että yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Tutkimusten tulokset verrattiin keskenään ja todettiin, että vuonna 2002 tehdyssä asiakastyytyväisyystutkimuksessa tyytyväisyys oli parantunut. Ensimmäisessä tutkimuksessa potilaat olivat eniten tyytymättömiä sairaalan valintaan, sairaankuljettajien kykyyn kohdata potilaiden henkilökohtaisia tarpeita, miten sairaankuljettajat esittelivät itsensä sekä organisaationsa ja sairaankuljettajien kykyä kommunikoida asiakkaiden omaisten kanssa. Toisessa tutkimuksessa tyytymättömien potilaiden määrä oli vähentynyt. Tutkimuksessa selvisi, ettei ollut väliä kuljetettiinkö potilaat sairaalaan vai hoidettiinkö heidät kohteessa, sillä he olivat yhtä tyytyväisiä molempiin päätöksiin. (Kuisma et. al. 2002)

Toiseksi artikkeliksi valikoitui Etelä-Ruotsissa tehty asiakastyytyväisyystutkimus ”Patient satisfaction with ambulance care services: Survey from two districts in southern Sweden”. Valitsimme tämän artikkelin, koska se oli asiakastyytyväisyyskysely sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilas tyytyväisyydestä kuten meillä, mutta tutkimuksen toteutustapa oli hieman erilainen kuin omamme. Näin ollen saimme oivan näkökulman

toisenlaisen tutkimustavan käytöstä ja tuloksista.

Ruotsissa potilastyytyväisyystutkimuksia on suoritettu hyvin vähän viime vuosina ja tämän vuoksi tutkimukselle oli tarvetta. Lundin yliopisto teki tutkimuksen keräämällä tutkimusmateriaalia kyselykaavakkeilla Etelä-Ruotsissa kahden sairaalan ensiavun potilaista. Potilaat oli valikoitu tiettyjen kriteerien mukaan: tajunnantaso (Glasgow Coma Scale 15/15), potilaan tuli olla yli 18-vuotias, potilaalla ei saanut olla kuulo- tai näköongelmia, potilaiden tuli puhua ruotsia ja ensihoitotehtävä tuli olla luokiteltu kiireellisyysluokkaan 2. Ruotsissa kiireellisyysluokitus on erilainen kuin Suomessa, meillä kiireellisyysluokitus on A-D, mutta Ruotsissa käytetään 1-3 ja 1 on akuutein. Kyselyyn valittiin kaksikymmentä potilasta kummastakin sairaalasta. Kyselykaavakkeet potilaat täyttivät sairaalaan tulonsa jälkeen heti, kun heidän tilansa oli vakaa. Tutkimuksesta valikoitiin pois päihtyneet potilaat, jotka olivat joko alkoholin tai huumausaineiden vaikutuksen alaisina.

Tulokset osoittivat, että potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja henkilökunnan osaamiseen. Potilaat myös kuvailivat tunteneensa olonsa turvallisiksi sekä fyysisesti että psyykkisesti. Vertaillen omaa tutkimustamme tähän Ruotsissa toteutettuun tutkimukseen, voitiin todeta, että Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa vastaajajoukko oli huomattavasti pienempi ja valikoidumpi. Tällä on omat hyvät ja huonot puolensa. Vastausprosentti oli suuri, sillä kyselyyn vastattiin heti sairaalassa, mutta toisaalta näin pienellä otosjoukolla ei voida tehdä luotettavaa tilastollista analyysiä. Ruotsalaisen tutkimuksen tekijät olivat miettineet miten valittu tutkimusmenetelmä vaikutti tuloksiin ja olisiko tutkimus pitänyt vaihtoehtoisesti toteuttaa sillä tavoin kuin me toteutimme tutkimuksemme, tämä teki artikkelista erityisen kiinnostavan. (Johansson et. al. 2010)

## **6.2 Aikaisemmat tutkimukset hoidon laadusta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa**

Valikoimme useiden artikkeleiden joukosta artikkelin laadun mittaamisesta sairaan ulkopuolisessa ensihoidossa “Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators”. Tämän artikkelin valitsimme antamaan tutkimukseemme erilaisen katsantakannan laadun mittaamisesta. Kävimme tutkimuksemme läpi teoriaa laadusta, ja tämä tutkimus esittelee hyvin muissa maissa käy-

tettyjä laadun arvioinnin mittareita nimenomaan sairaalan ulkopuolisen ensihoidon osalta. Kyseessä oli tutkimus, joka oli tuotettu Libanonissa sijaitsevassa Yhdysvaltojen yliopistossa (EMS and Prehospital Care Program, Department of Emergency Medicine, American University of Lebanon).

Artikkeli kävi läpi viimeaikaisia lähestymistapoja laadun mittaamiseen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Pääpaino artikkelissa oli esitellä viime aikoina käytettyjä kliinisen suorituksen mittareita, sekä käydä läpi niiden hyödyt ja rajoitukset. Artikkelissa oli pohdittu myös näyttöön perustuvan hoitotyön käyttämistä sairaalan ulkopuolisessa hoidossa. Yhdysvalloissa oli tullut tarve lisääntyneeseen koordinointiin potilaan hoidossa sekä laadultaan korkeatasoisempaan hoitoon, kuitenkin pienemmillä kustannuksilla. Tämä oli saanut aikaan ensihoidon toimijat tilanteeseen, että laatua tulisi tarkkailla ja parantaa jatkuvasti, jotta nähtäisiin onko järjestelmä toimiva. Tämän johdosta Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa määriteltiin näyttöön perustuvan hoitotyön mittareita kansalliseen käyttöön, jotta vertailua pystyttäisiin tekemään.

Sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon on otettu Yhdysvalloissa käyttöön samat rungot ja periaatteet laadun arviointi menetelmistä, kuin talouselämässä on käytössä. Tavoitteena oli parantaa lopputuotosta sekä asiakkaiden tyytyväisyyttä. Ensihoidossa lopputuotos on tietysti itse hoito, mitä on tuotettu potilaalle sairaalan ulkopuolella. Laadun mittaamisohjelmia on kolmenlaisia: tavallinen laatuvarmistus, jatkuva laadun parantaminen sekä monimutkainen totaalinen laadun hallinta. Laatuvarmistuksella tarkoitetaan tarkastelua palvelusta, jonka tarkoitus on tunnistaa ongelma alueet. Laadun parannus ohjelmalla pyritään jatkuvaan prosessin, systeemin tai organisaation tutkimiseen ja parantamiseen. Totaalinen laadun hallinta ohjelma on näistä laadun mittaamisohjelmista kaikista kehittynein ja kattavin, koska se käsittelee koko organisaatiota.

Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa on käytössä kolmenlaisia hoidon laatua mittaavia indikaattoreita: jäsentäviä, prosessoivia ja tuloksellisia. Jäsentävä data on olennainen asetus siitä, miten hoito on tuotettu. Yleisin jäsentävä indikaattori ensihoidossa on ambulanssin lähtöviive. Prosessoivilla indikaattoreilla taas määritellään sairaalan ulkopuolisen hoidon tuottajien ja potilaan kohtaamisen osatekijöitä. Prosessoivat mittarit ovat herkempiä muuttujille hoidon laadussa. Ne ovat annetun hoidon arviointi askelmia ja niillä pyritään tuottamaan hyvä potilaan kohtaaminen. Prosessoivista mitta-

reista saadut palautteet ovat hyvin hyödyllisiä laadun parantamisessa, sillä niitä on helppo tulkita ja ottaa käytäntöön. Tulokselliset indikaattorit arvioivat vaihtuvuutta potilaan myöhemmässä terveydentilassa reaktiona koettuun hoitotilanteeseen. Useat sairaalan ulkopuolella annetut hoidot eivät ole vielä näyttöön perustuvia. Muidenkin sidosryhmi- en on helppo tulkita ja ymmärtää tuloksellisten indikaattoreiden dataa ja sitä voidaan käyttää vertailemaan ensihoito järjestelmiä.

Indikaattoreissa oli variaatioita. Oli eroavaisuuksia potilastyypeissä, mittaamisessa, satumanvaraisuus sekä eroavaisuuksia hoidon laadussa. Lisäyksenä näihin haasteisiin oli eroavaisuuksia kehityksen tasossa sairaalan ulkopuolella toteutetuissa hoitotekniikoissa, toiminnallinen haasteellisuus sairaalan ulkopuolella sekä vaikeudet eristää sairaalan ulkopuoliset vaikutukset pelastuslaitokselta ja sairaalalta. Yhdysvalloissa kehitettiin 1994 projekti parantamaan ensihoidon tuloksellisia ongelmia. Tällä projektilla tunnistettiin tärkeimmät tilanteet, jotka pitäisi olla etusijalla ensihoidon tuloksellisessa tutkimukses- sa, pohjautuen vaikutuksiin ja toistuvuuteen. Ne oli määritelty kuudeksi tulokselliseksi kategoriaksi: selviytyminen (kuolema), heikentynyt fysiologia (sairaudet), rajoitettu vammautuminen (vammautuminen), haittojen lievittäminen (haitat), tyytyväisyys (tyy- tymättömyys) ja kannattavuus (puute).

Artikkelissa käytiin läpi Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa tehtyjä arvioinnin mitta- uksia, joissa molemmissa käytettiin apuna samoja arvioinnin indikaattoreita. Näitä ver- tailtaessa paljastui päällekkäisyyksiä joidenkin kliinisten olosuhteiden sekä aiottujen indikaattoreiden välillä. Lopputulokset, jotka olivat määritelty Ison-Britannian mukaan, olivat kuitenkin vähemmän spesifeitä kuin Yhdysvaltojen.

Päämääränä ensihoidon suoritusten mittareissa oli saada selville järjestelmän oikea arvo. On tehty paljon töitä sen eteen, että on löydetty oikeanlainen mittari ensihoidon laadun mittaamiseen. Näyttöön perustuvat paketit voivat olla hyviä mittareita järjestelmän te- hokkuutta mitattaessa, kun on kyseessä erityiset kliiniset olosuhteet ja potilaan kohtaa- minen. Nämä kuitenkin osoittavat hoidon laadun sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa vain yhdestä perspektiivistä. Eri sidosryhmillä on erilaiset perspektiivit hoidon laatuun. Potilas tyytyväisyys hoidon tuloksena, epäsuotuisten tapahtumien määrä, ammatillisten tapaturmien ja sairauksien esiintyvyys sekä terveydenhuollon kustannukset per asukas, ovat hyviä esimerkkejä kokonaisjärjestelmän mittaamisesta, joilla pystytään auttamaan



tulevien ongelmien ehkäisemisessä, kun arvioidaan ensihoidon laatua. (El Sayed. 2011)

## 7 TUTKIMUS MENETELMÄT

Kyseinen tutkimus tehtiin vuonna 2008 maaliskuussa viidellesadalle potilaalle KUP:n lääkintäesimies Anderssonin toimesta. KUP:n pyynnöstä suoritettiin tutkimus nyt uudestaan, jotta KUP pystyisi selvittämään ja vertailemaan eroja vuoden 2008 ja 2011 välillä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin THL:lta tilattuja kyselylomakkeita (liite1 ja liite 2), jotka lähetettiin viidellesadalle potilaalle. Potilaat valittiin satunnaisesti 15. elokuuta 2011 ja sen jälkeen kuljetetuille ja kohteessa hoidetuille potilaille. Nimet ja osoitteet saimme suoraan KUP:n laskutuksesta, jotta salassapito ja potilasturvallisuus säilyisi. Tällä tavoin emme käsitelleet suoraan ensihoitokertomuksia ja näin ollen emme pystyneet yhdistämään potilasta johonkin tiettyyn tehtävään. Potilastiedot pysyivät salassa ja me saimme tietoomme vain hoidetun potilaan nimen sekä osoitteen. Kyselylomakkeen mukana lähetettiin vastausohje, saatekirje ja valmiiksi leimattu kirjekuori.

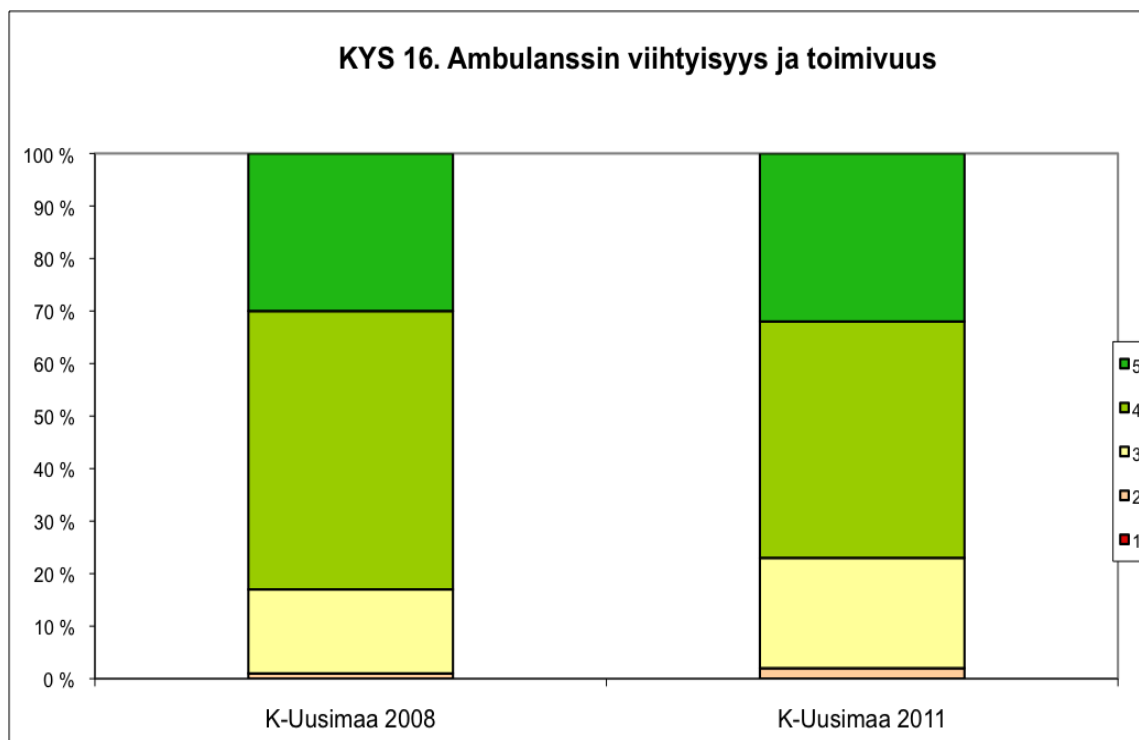
Kyselylomakkeessa (liite1 ja liite2) oli 20 suljettua kysymystä, joista 5 koski hätäkeskuksen toimintaa. Suljetuissa kysymyksissä oli asteikko 0-5, jonka perusteella potilas arvioi tyytyväisyyttä saamaansa ensihoitoon (5= erittäin hyvä, 4= hyvä, 3= kohtalainen, 2= huono, 1= erittäin huono, 0= ei koske minua). Tämän lisäksi oli yksi avoin kysymys ja yksi avoin vapaamuotoinen palaute osio. Lopussa oli vielä 5 suljettua taustatietokysymystä, mitkä oli tarkoitettu vain tilastollisiin tarkoituksiin. Potilaille annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa. Tähän päädyttiin sillä olettamuksella, että vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa kaikki vastaukset tulivat ensimmäisten kahden viikon aikana, vaikka vastausaika oli silloin neljä viikkoa. Kävimme vastaukset läpi ja karsimme muutaman vastauksen, jotka olivat täytetty vajavaisesti ja muutama potilas oli kuollut. Valitettavasti vastanneista ja karsituista vastauslomakkeita palautui takaisin vain 136 kappaletta, joten vastausprosentti oli heikko (27.2%). Jouduimme tyytymään näin huonoon vastausprosenttiin aikatauluteknisistä syistä. Siinä vaiheessa, kun vastaukset palautuivat potilailta takaisin, olisimme voineet lähettää niitä uudelle potilasjoukolle. Kuitenkin olisimme joutuneet ottamaan uudestaan yhteyttä KUP:n laskutukseen saadaksemme uusien potilaiden osoitetietoja. Lisäksi analyysit palautuivat THL:lta hyvin myöhään. Palautuneet lomakkeet lähetettiin THL:lle analysoitavaksi joulukuussa 2011. Kyselykaavakkeet ti-

lattiin alun perin THL:lta ja he myös analysoivat vastaukset. THL:lla oli hyvin vähän aikaisempia vertailevia asiakastyytyväisyyskyselytutkimuksia ensihoidosta. Tämän vuoksi heillä oli suuri intressi saada tämä kyseinen Keski-Uudellamaalla tuotettu kysely myös omaan järjestelmäänsä vertailevaksi tutkimukseksi. Näin he pystyvät paremmin tekemään maanlaajuista vertailua ensihoidosta. Tämä oli yksi tärkeä syy, miksi emme itse suorittaneet analysointia, vaan analysoinnin suoritti THL. Tutkimuksessa käytettiin samoja kyselykaavakkeita kuin vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa. Kirjoittajat eivät ole voineet vaikuttaa tulosten esittelyyn tai taulukoiden tekoon. Analyysit palautuivat meille 20.2.2012.

## **8 TULOKSET JA ANALYSOINTI**

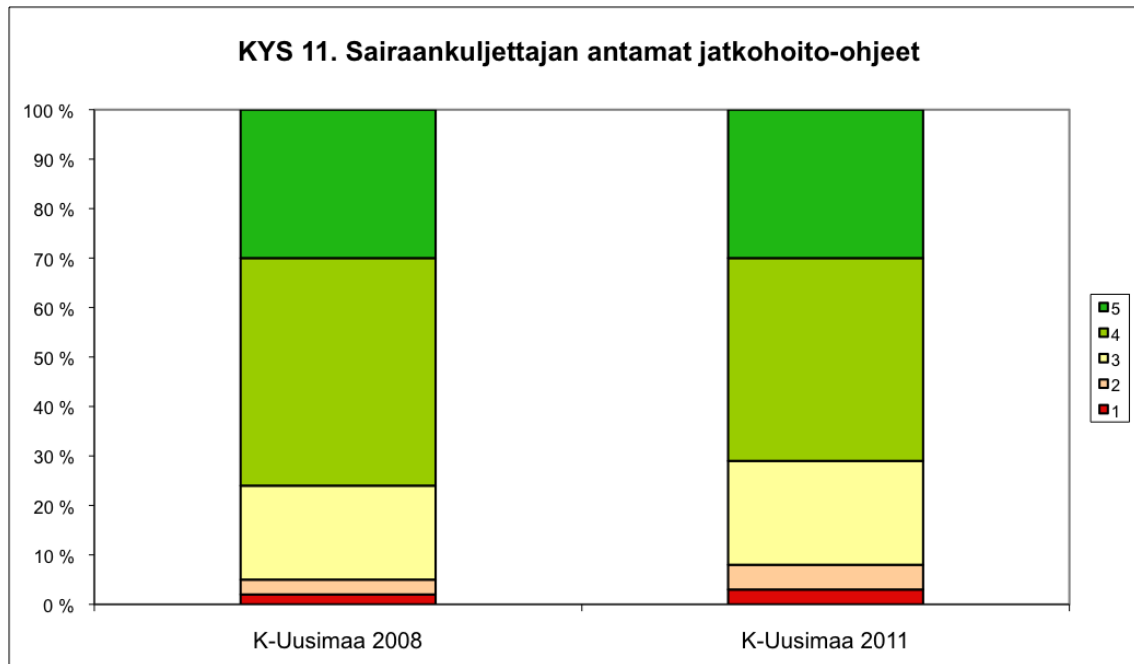
Tulokset ja sitä myötä analyysit saatuamme kävimme läpi saamaamme materiaalia. Kyselykaavakkeissa oli kysymyksiä, jotka koskivat hätäkeskuksen toimintaa. Niihin otimme kantaa vain siltä osin mitä tutkimuksemme vaati, sillä hätäkeskuksen toiminta on oma organisaationsa kokonaisuudessaan. Hätäkeskuksen toiminta heijastuu ensihoidon toimintaan hyvin paljon ja monessa tilanteessa, joten jouduimme miettimään etenkin avoimissa asiakaspalautteissa ja pohdinnassa miten se oli vaikuttanut potilastyytyväisyyteen ja sitä kautta laatuun tuotetussa ensihoidossa. Mikäli potilas oli saanut huonoa palvelua hätäkeskuksen toimesta, saattoi se sitä kautta heijastua myös potilaan mielipiteeseen ensihoidon palvelusta. Moni maallikko ei tiedosta näiden olevan kaksi aivan eri organisaatiota. Analyysit palautuivat meille sekä kirjallisena, numeraalisena että diagrammien muodossa. Vuoden 2008 sekä vuoden 2011 tulokset oli analyysissä jaettu erikseen ja niitä oli vertailtu keskenään sekä pylväs- että käyrädiagrammeissa. (Liite 4)

Ambulansseilla joudutaan ajamaan hyvin erilaisissa maastoissa ja keleissä. Sillä pitää pystyä ajamaan tarpeen tullen ja keliolosuhteet huomioon ottaen ajoittain myös kovaa vauhtia. Ambulanssin sisätiloissa kulutusta tapahtuu huomattavan paljon, kun erilaisia eritteitä saattaa lentää seinille tai lattialle. Ambulanssien parit ja kantotuoli joutuvat kovalle kulutukselle, samoin kuin tutkimusvälineet. Kaikilla edellä mainituilla asioilla on tekemistä potilaan kokonaisviihtyvyyden kanssa. Ambulanssin viihtyisyys ja toimivuus oli ainut asia, missä oli tapahtunut positiivista muutosta vuoteen 2008 verrattuna, etenkin erinomaisen (5) arvosanan antaneiden joukossa.



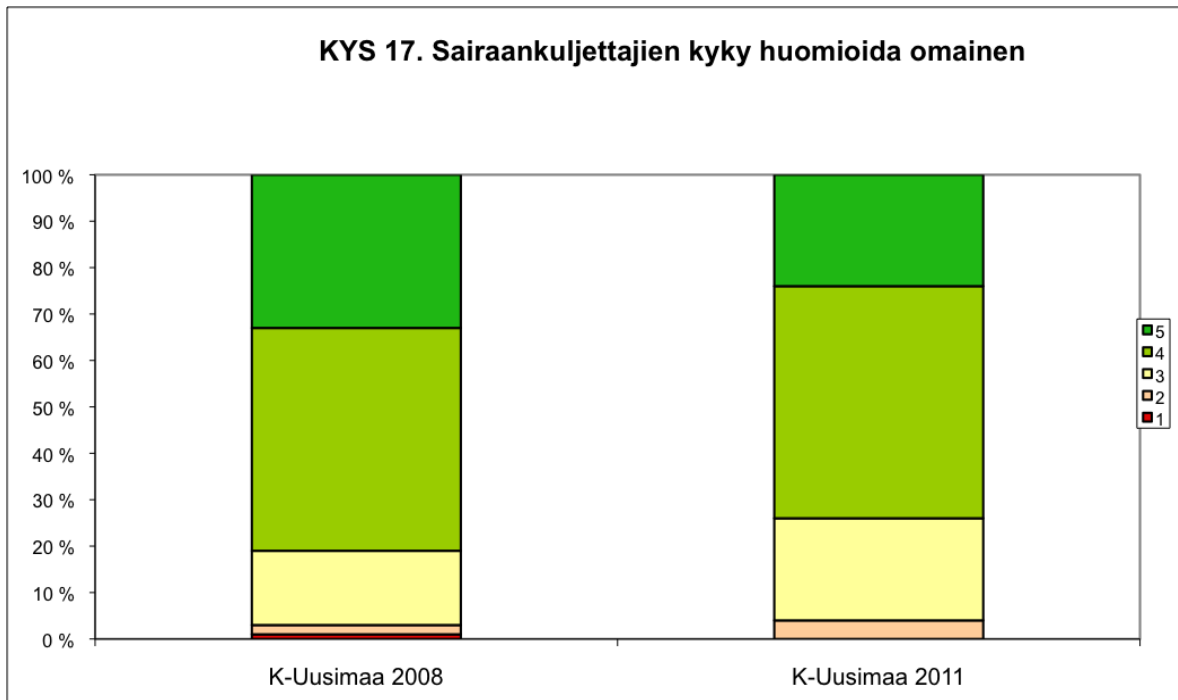
Kuva 1. Diagrammi, joka kuvastaa hyvin positiivista muutosta ambulanssin viihtyisyydessä vuosien 2008-2011 välillä, etenkin arvosanan erinomainen(5) antajien joukossa.

Joissain tapauksissa potilas ei tarvitse kuljetusta sairaalaan, vaan voi jäädä seurailemaan tilannetta kotiin. Sairaankuljettajien tekemän arvion perusteella potilas voi hakeutua omin kyydein hoitoon, eikä ambulanssia ole tarvetta sitoa tähän tehtävään. Näissä edellä mainituissa tilanteissa tulee sairaankuljettajien antaa selkeät jatkohoito-ohjeet potilaalle miten toimia ja mikäli tilanne muuttuu, niin mitä potilaan silloin tulisi tehdä. Ohjeet tulee kirjata ensihoitokertomukseen potilaalle annettavaksi, mutta ohjeet olisi hyvä käydä myös suullisesti läpi. Näin varmistuu, että tieto menee varmasti perille ja potilas on sen ymmärtänyt. Mikäli kohteessa on omaisia tai muita potilaalle läheisiä henkilöitä, olisi heidät hyvä ottaa huomioon ja selventää myös heille tilanne. Mikäli potilas jätetään kotiin seurailemaan tilannetta tai hänet on hoidettu kohteessa siihen kuntoon, ettei hän sairaalahoitoa tarvitse, jätetään hänet yleensä omaisen tai läheisen vastuulle. Silloin korostuu jatkohoito-ohjeiden ymmärtämisen tärkeys. Kuten kuvasta 2 näkyy, olivat sairaankuljettajien antamat jatkohoito-ohjeet potilaiden mukaan pysyneet jokseenkin samoissa verrattuna vuoden 2008 tehtyyn kyselyyn.

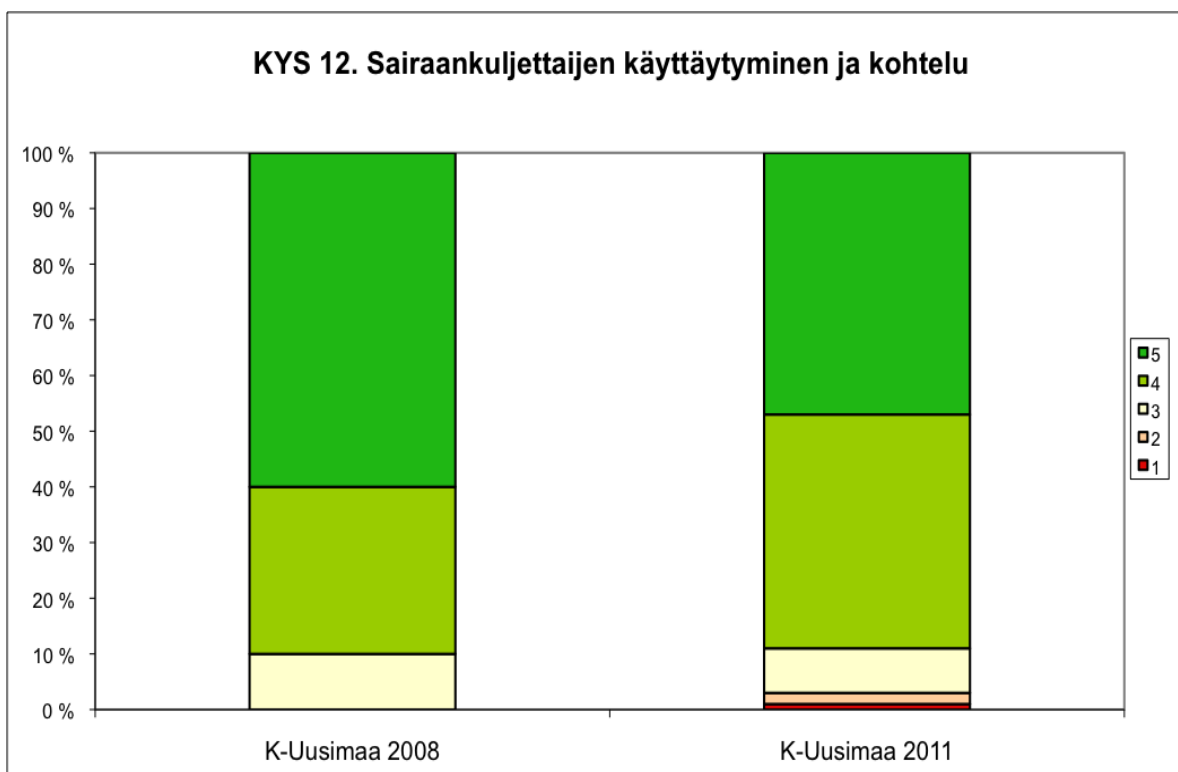


*Kuva 2. Diagrammit kuvaavat hyvin, että jatkohoito-ohjeiden antamisessa ei ole muutosta tapahtunut paljoa vuosien 2008 ja 2011 välillä.*

Omaisten huomioon ottaminen on yksi tärkeä osa potilaan hoitoa. Kuten kuvassa 3 olevasta diagrammista näkyy, on erinomaisia (5) arvosanoja selkeästi vähemmän vuonna 2011 kuin vuonna 2008. Potilas kokee oman tilanteensa turvallisemmaksi, mikäli myös hänen omaisilleen tai läheiselle ihmiselle on informoitu hänen tilanteestaan. Tällöin hän ei koe olevansa yksin tilanteensa kanssa. Selkeästi silmiin pistävää oli se, että potilaat olivat luokitelleet huonommaksi vuoteen 2008 verrattuna sairaankuljettajien käyttäytymisen. Kuten kuvasta 3 näkyy, on muutos ollut huomattava. Tämä näkyi myös omaisten huomioon ottamisessa.

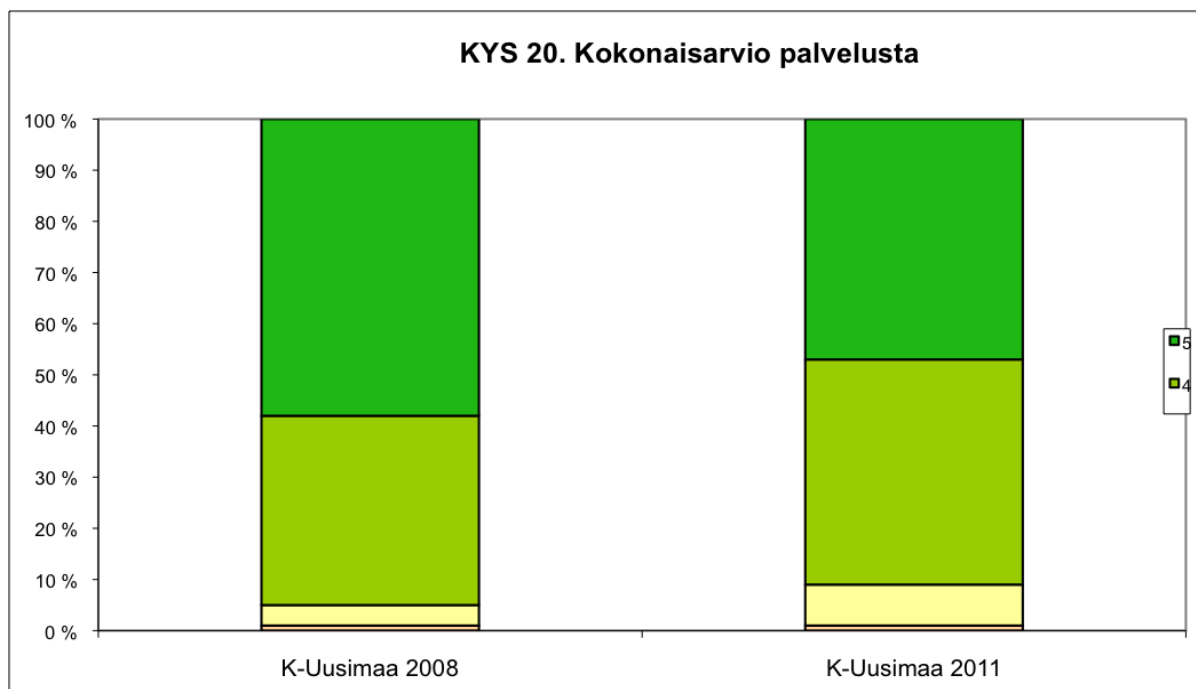


Kuva 3. Diagrammi osoittamaan kuinka vähän arvosanoja erinomainen (5) potilaat ovat antaneet sairaankuljettajien kyvystä huomioida omainen. Vuosien 2008 ja 2011 välillä on tapahtunut negatiivista muutosta.



Kuva 4. Diagrammi kuvaa selkeästi potilaiden mielipidettä sairaankuljettajien käyttäytymisestä ja kohtelusta potilaita kohtaan vertaillen vuosien 2008 ja 2011 välillä.

Potilaiden vapaamuotoisesta palautteesta nousi esille mielenkiintoisia näkemyksiä. Etenkin potilaat, joilla oli oman kertoman mukaan ollut jokin akuutti ensihoitoa tarvinnut tilanne, esimerkiksi kipukohtaus tai sydäninfarkti, tunsivat he että heidän saamansa hoito oli todella hyvää ja ammattitaitoista. Sairaankuljettajien käyttäytyminen oli hyvää, vaikka potilaat olisivat tarvinneet ensihoidon palveluita useaan kertaan. ”Olen joutunut usein 4 vuoden aikana turvautumaan sairauteni vuoksi sairaankuljetuspalveluun ja olen tyytyväinen saamaani palveluun (hoitoon)”, kuvaa tyytyväisyyttä hoitotilanteessa. Mieli-pide antaa kuvaa siitä, että ambulanssin käyttö koetaan miellyttäväksi, kun tuntee tarvetta ensihoidon palveluihin. Vaikka muutos potilaiden tyytyväisyydessä oli kokonaisuudessaan vuosien 2008 ja 2011 välillä negatiivinen suljettujen kysymysten mukaan (kuva 4), nousi potilaiden vapaamuotoisissa palautteissa esiin se, että ensihoidon antamaan hoitoon oltiin tyytyväisiä pääpiirteittäin. Ambulanssipalveluiden käyttökertojen kertaantuessa, kokemukset olivat olleet positiivisia. Relevantimpaa palautetta pystyy antamaan potilas, joka oli käyttänyt palveluita useammin kuin kertaalleen.



Kuva 5. Diagrammi, joka kuvastaa suljettua kysymystä: ”Kokonaisarvio palvelusta.”

Potilailla, joilla oli jotain kritisoitavaa saamastaan palvelusta, kritisoivat he pääosin ambulanssin odotusaikoja tai odotusaikoja sairaalassa. Nämä asiat ovat riippuvaisia eritoten hätäkeskuspäivystäjän tekemästä kiireellisyyden arvioinnista, sekä silloisesta ambulanssien vapaana olosta kyseisellä alueella. Joskus tulee tilanteita, kun alueella kaikki ambulanssit ovat tehtävällä. Tällöin kiireellisyysluokka A-B – tehtävissä paloauto lähtee ensivasteeksi, mutta C-D–tehtävissä odotusajat saattavat venähtää. Mikäli tulee tilanteita, joissa kaikki ambulanssit ovat tehtävällä kiinni, tulee hätäkeskuksen tiedustella ambulansseilta mahdollisuutta irtautua tehtävästään kiireisemmälle tehtävälle. ”2 kertaa kesällä jouduin odottamaan ambulanssia yli 2 tuntia. 1.krt ranne murtuneena, 2. kerta pään lyötyäni kaatumisen johdosta.” Ensihoidossa ei pystytä vaikuttamaan hätäkeskuksen kiireellisyysluokitteluun kuten edellä mainituissa tapauksissa ja ambulanssi tulee kohteeseen heti, kun siihen kykenee.

Hoitopaikoissa potilaat olivat palautteiden perusteella joutuneet odottelemaan hoitoon pääsyä useissa tapauksissa mielestään kohtuuttoman paljon. Tähän ei kuitenkaan ensihoidon toimesta pystytä vaikuttamaan, sillä hoitopaikoissa on omat kiireellisyyskriteerinsä ja usein laboratoriokokeiden vastauksissa menee oma aikansa. ”Teette arvokasta työtä, saamamme hoito (nyt 91v) äidilleni on aina ollut ystävällistä, asiantuntevaa, rauhallista 10 pisteen arvoista. Kiitos siitä, samaa ei voi sanoa Hyvinkään sairaalan/tk palvelusta. T. tytär.”, kirjoittaa erään potilaan omainen vapaamuotoisessa palautteessaan. Samankaltaisia palautteita oli joukossa useita. Nämä nostimme esille lähinnä kuvastamaan sitä, että vaikka sairaankuljettajat hoitavat työnsä hyvin, täytyisi seuraavan askeleenkin pystyä olemaan eteenpäin vievää, sillä muuten se heijastuu hoidon kokonaistyytyväisyyteen.

## 9 TUTKIMUSEETTISET NÄKÖKOHDAT

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilaan potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. ”Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiantosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen.” (FINLEX, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 13§)

Kun suunnittelimme tutkimustamme, nousi esille edellä mainitut eettiset näkökulmat. Mietimme miten saisimme KUP:n potilaiden osoitetiedot ilman, että tarvitsee käydä läpi kaikki ensihoitokertomukset, ja niitä selailemalla etsimään potilaat jotka oli kuljetettu sairaalaan tai olivat saaneet hoitoa kohteessa. Otimme yhteyttä KUP:n laskutukseen, josta meille lähetettiin viidensadan potilaan nimet ja osoitteet, jotka olivat saaneet ambulanssi kuljetuksen KUP:n ensihoitoyksiköltä 15. elokuuta 2011 jälkeen. Näin ollen pystyimme pitämään potilaiden hoitotiedot ainoastaan KUP:n heitä hoitaneiden sairaankuljettajien tiedossa, emmekä eettisesti joutuneet ristiriitaan asian suhteen.

Varmistimme vielä HUS:n eettisen toimikunnan ylilääkäri Ari Lindqvistiltä, että tarvitseeko tutkimukseemme hakea erikseen eettistä tutkimuslupaa. Lindqvistin mukaan meidän tutkimuksemme ei liity lääketieteellisten tutkimusten joukkoon, jolloin erillistä eettistä lupaa ei tarvitse olla.

## 10 POHDINTA JA KRIITTINEN TARKASTELU

Hieman mietittäväksi jäi, miten hyvin potilaat itse muistivat saamansa ensihoidollisen tilanteen. Miettivätkö he yksittäistä ensihoidollista tilannetta vai kokonaisuudessaan saamaansa ensihoitoa ambulanssin saapumisesta hoitopaikkaan. Millaisia tulokset ja



vastausprosentti olisi ollut, jos olisimme tehneet kyselyn heti potilaan saavuttua sairaalaan tai olisimme valikoineet potilaat erilaisin kriteerein.

Kuolleiden potilaiden karsiminen tutkimuksesta jäi hieman haastavaksi, sillä meillä ei ollut mahdollisuutta tai edes eettisesti oikeutta tietää mitä potilaalle kävi sairaalaan kuljettamisen jälkeen. Tämän vuoksi vastauksista muutama tuli kuolleiden potilaiden omaisilta, vaikka hyvin ymmärtäväiseen sävyyn. Meidän oli myös palautuneista vastauksista välttämätön karsia pois vastaukset, jotka olivat epäasiallisia lähinnä liittyen, ei niinkään tyytyväisyyteen ja kysytyihin kysymyksiin, vaan yleisesti ambulanssitoimintaan ja ensihoitoon koko Suomen maassa. Tällaisia vastauksia tuli muutama kappale.

Ajankohdalla saattoi mahdollisesti olla vaikutusta palautuneiden vastausten määrään. Kyseessä oli vielä kesäaika ja ihmiset mahdollisesti lomailemassa. Osa kyselyistä ei löytänyt perille, sillä potilaan osoite oli vaihtunut tai kyseessä osalla lähetetyistä oli vain postilokero. Saattoi olla niin, että nämä potilaat eivät käyneet tarkistamassa postilokeroon säännöllisesti ja näin ollen kyselyyn vastaaminen ei onnistunut. Vastausaika oli nyt kaksi viikkoa. Vuonna 2008 Andersson KUP:lta antoi potilaille vastaus aikaa yhden kuukauden, siinä ajassa hän sai viidestäsadasta 160 vastausta eli vastausprosentti oli 32.0%. Me lyhensimme vastausaikaa, sillä Anderssonin mukaan 95% vastauksista palautui ensimmäisen viikon aikana. Saimme vastauksia 136 kappaletta 500:sta, jolloin vastausprosenttimme oli 27.2%. Tämän vuoksi mietimme, että suurin osa vastaa kyselyyn heti, ei enää kahden viikon jälkeen. Kysely unohtuu helposti, mikäli siihen ei heti vastaa. Vastausajan lyhentämisellä saattoi kuitenkin olla nyt huono vaikutus vastausten palautumiseen. Vastausaika oli siis mahdollisesti liian lyhyt. Me emme pystyneet mitenkään selvittämään mitä potilaille tapahtui sen jälkeen, kun heidät oli kuljetettu sairaalaan. Tämän vuoksi osa potilaista saattoi olla jo kyselyiden lähetys hetkellä kuolleet. Tämä saattoi vaikuttaa vastausprosenttiin.

Kyselyssä oli myös hätäkeskuksen toimintaan liittyviä kysymyksiä, joihin emme tutkimuksessamme ottaneet kantaa kuin ensihoidon kannalta oleellisissa palautteissa. Potilaat antoivat palautetta siitä, että olivat joutuneet odottamaan ambulanssia omasta mielestään kohtuuttoman kauan. Tarkastellessamme vapaamuotoisia palautteita tuli sellainen kuva, että potilaat eivät erota hätäkeskuksen ja ambulanssin rajapintoja. Ensihoidosta potilaalle on jäänyt negatiivinen mielikuva, juuri ulkoisen odottamisen takia. Näin he

tekivät negatiivisuuden tulkintaa omista päätelmistään. Hätäkeskuksen toiminta heijastuu suurelta osin suoraan sairaankuljetukseen ja sitä kautta potilaihin. Kun tässä ryhmässä heikoin lenkki katkeaa, vaikuttaa se kaikkien osien laatuun. Potilastyytyväisyyden kannalta on siis tärkeää, että kaikki lenkit ovat tarpeeksi vahvoja.

Kyseessä oli koko Keski- Uudenmaan alue, jossa on hyvin suuria alueellisia eroja etenkin ambulanssien määrässä, asukasmäärässä sekä etäisyyksissä hoitopaikkoihin. Tyytyväisyyteen vaikuttaa helposti avunsaannin nopeus, hoitopaikan läheisyys sekä joissain tapauksissa myös alueen ambulanssien määrä. Tämä voi heijastua eroavaisuuksiin ensihoidon laadussa. Mikäli alueella on sairaankuljetus tehtäviä paljon, on sairaankuljettajien jaksaminen ja sitä myötä mahdollisesti hoidon laatu heikompaa kuin hiljaisemmillä alueilla. Koska KUP:n alue on jaettu pohjoiseen sekä eteläiseen alueeseen ja pystyimme tutkimuksessamme käsittelemään ainoastaan koko aluetta, ei tutkimustulos anna täysin realistista kuvaa ensihoidon laadusta. Asiakas on sekä eettisesti että juridisesti oikeutettu avunsaantiin. Lisäksi jokainen asiakas on oikeutettu samantasoiseen hoitoon, eli palveluiden on oltava yhtä laadukasta kaikille. Palveluiden määrä ja sisältö ovat tärkeitä tyytyväisyyden kriteerit, mutta sisältö voi vaihdella voimavarojen mukaan. (FINLEX, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista)

Itse omasta kokemuksestamme ja miettien tilannetta, kun itsellä olisi akuutti ensihoidon tarve, niin toivoisi saavansa turvallista hoitoa, turvallisessa ympäristössä. Näin ollen mietimme, että mikäli ambulanssi on toimiva, saattaa se luoda turvallisen tunteen ja luottamuksen koko ensihoitoon. Ambulanssin toimivuus luo turvallisuuden tunnetta potilaalle ja sen myötä tiettyä luottamusta koko ensihoitoon.

Tutkimuksessa tuli esiin tärkeitä asioita, joihin ensihoidossa olisi hyvä kiinnittää huomiota, liittyen hyvin myös ajantasaiseen lainsäädäntöön potilaan oikeuksista. Vapaa- muotoisissa palautteissa nousi esille monessa kohtaa sairaankuljettajien käyttäytyminen potilasta ja hänen omaisiaan kohtaan. Mikäli omaista ei oteta huomioon, saattaa omainen kokea henkistä kärsimystä. Potilaalle on usein hyvin tärkeää, että omaiset ovat tietoisia hänen tilastaan. Osa potilaista oli kokenut sairaankuljettajien käyttäytymisen tökeröksi ja vähätteleväksi. Useissa tapauksissa näistä kyseessä on tilanne, joihin sairaankuljettaja törmää työssään lähes joka vuoro. Potilaalle tilanne on kuitenkin usein uusi, ja hän kokee tilanteensa ja olonsa turvattomaksi, minkä vuoksi hän on päätenyt soittamaan

hälytyskeskukseen. Frankl:n mukaan meidän on oltava tietoisia siitä että, vaikka sairaus antaa ihmiselle mahdollisuuden kärsiä, voi ihminen myös olla sairas kärsimättä siitä. (Frankl. 1995 s.137) Vaikka sairaankuljettajat kokisivat jonkin sairaankuljetustehtävän täysin turhaksi, niin hätäpuhelun soittaja on kokenut tilanteen akuutiksi. Sairaankuljettajien tulisi luoda potilaalle tunne, että on hyväksyttävää soittaa hätäkeskukseen seuraavallakin kerralla. Kärsimyksen tunteminen on toisin sanoen yksilöllistä ja toisen hätä tulisi ottaa todesta eikä vähätellä sitä. Sairaankuljettajien tulisi hoitaa tilanne käyttäytyen ammattimaisesti jokaista potilasta kohtaan, niin ettei hänen arvokkuuttaan loukata. Eriksson toteaa kirjassaan Kärsivä ihminen, että toisten ihmisten tuomitseminen aiheuttaa paljon kärsimystä ja se mitätöi ihmisen. Sietämätöntä kärsimystä voi aiheuttaa myös se, ettei tule otetuksi vakavasti, eikä kukaan ota huomioon. (Eriksson. 1996 s.21-24) Tässä tilanteessa esiintyy potilaan oikeudet, joita sairaankuljettajien tulisi muistaa noudattaa. Mikäli sairaankuljettajat kokevat esimerkiksi potilaan tilanteen sellaiseksi, ettei ole tarvetta välittömälle hoitoon lähdölle tai ensihoidollisesti potilaalle ei tarvitse aloittaa hoitotoimenpiteitä, tulisi sairaankuljettajien muistaa selkeästi kertoa potilaalle mihin heidän tekemänsä hoitopäätökset perustuvat. Potilas ei yleensä ole pätevä arvioimaan lääkärin ja hoitajan kliinistä tietotaitoa, mutta sen sijaan potilas on ensisijainen laadunarvioija kommunikointikyvyn, asenteiden, rehellisyyden ja itsemääräämisen kunnioittamisen suhteen. (Salo & Tähtinen. 1996. S. 130) Näin ollen potilas kokee tullessa kuulluksi, hänen olonsa tulee turvallisemmaksi ja hän saa selvemmin käsityksen siitä, miten hoidolliset protokollat menevät. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan seuraavaa: ”Potilaalla on täysi oikeus vaatia perusteluita hoidolle tai hoidotta jättämiselle. 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. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.” (FINLEX, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§).

Kuten jo aikaisemmin kappaleessa 4.3 Laadun määritelmä kerrotaan, on saadun hoidon laatu hyvin tärkeä osa terveydenhoitoa. Laatu ei ole kuitenkaan niin yksiselitteinen käsite, koska se voidaan kokea eri näkökulmista katsottuna hyvin erilaisena. Laadukkaalla hoidolla saadaan kuitenkin aikaan tyytyväisiä potilaita ja tämä on pyrkimys kaikessa

hoitotyössä. Näin ollen voidaan käsittää, että tyytyväisyys on yksi tärkeä osa laatua. Laadusta puhuttaessa pitää ottaa huomioon myös huono laatu ja näin ollen tyytymättömyys hoitoon. Vaikka terveydenhuollossa pyritään täydelliseen hoitotyöhön ja tyytyväisiin potilaisiin, esiintyy silti hoitokärsimystä. Hoidosta koetulla kärsimyksellä voidaan olettaa olevan yhteys tyytymättömyyteen ja näin ollen huonoon laatuun.

Viitaten kappaleeseen 4.1 Kärsivä ihminen, on hoitotyössä kolmenlaista kärsimystä. Sairaudesta johtuva kärsimys voi tuottaa potilaalle henkistä kärsimystä, mikäli häntä kohtaan ei käyttyädytä asiallisesti ja hänen kärsimystään vähätellään. Sairaankuljettajien tulisi kiinnittää huomiota hoitotoimenpiteisiin, sillä se voi tuottaa potilaalle häpeän tunnetta ja alentamista. Hoitajan asenne ja eettinen toiminta ratkaisee kokeeko potilas hoitokärsimystä. Kuten Eriksson kirjassaan Kärsivä ihminen toteaa, hoitajan suhtautumistapa sairauteen ja kärsimykseen vaikuttavat potilaan hoitokärsimykseen. Potilaan arvokkuuden tunnistaminen hoitotyössä merkitsee, että jokaiselle potilaalle annetaan yksilöllistä hoitoa. (Eriksson. 1996. S. 42-43)

## **11 ESIINNOUSSEITA KEHITTÄMISKOHTEITA**

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” (FINLEX, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3§).

Kuten äskeisessä kappaleessa käytiin läpi, on laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritelty miten potilaan hoito tulisi olla järjestetty. Se on merkityksellinen laatua ajatellen. Tutkimustuloksia analysoitaessa nousi esille selkeästi sairaankuljettajien käyttäytyminen potilasta kohtaan. Potilaat kokivat sairaankuljettajien käyttäytymisen menneen huonompaan suuntaan vuoteen 2008 verrattuna. Sairaankuljettajien olisi hyvä panostaa potilaan kliinisen hoitamisen lisäksi myös omaan käyttäytymiseensä hoitotilanteessa. Sairaankuljettajat ovat monesti ensimmäinen kontakti potilaan hoitoketjussa ja ensivaikutelmalla on hyvin suuri merkitys ihmiselle. Ensivaikutelmalla voi vaikuttaa lopulliseen paranemisprosessiin positiivisesti, luomalla tilanteesta positiivisen ja luotet-

tavan potilaalle.

Ymmärrettävästi joissain tilanteissa, kun on kyseessä hätätilapotilas, eivät sairaankuljettajat välttämättä kerkeä ottamaan juuri siinä tilanteessa omaisia huomioon. Omaisten huomioon ottaminen kuuluu myös yhtenä osana potilaan huomioon ottamista ja kohtelua. Potilas kokee kokonaishoidon helposti huonona, mikäli hänen omaisiaan ei ole hoidossa ajateltu tai heidät on jätetty täysin huomiotta. Kun tilanne on saatu stabiloitua tai lisäksi on tilanteeseen nähden tarpeeksi, olisi hyvä jonkun ensihoitoryhmästä ottaa pieni hetki aikaa selittää omaiselle miksi mitään tapahtuu. Usein sairaankuljettajat kiinnittävät kaiken mielenkiintonsa itse potilaan kliiniseen hoitoon, ottamatta huomioon potilasta yksilönä, joka on psyykkis-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus. Mikäli sairaankuljettajilla on ollut tehtäviä vuoron aikana useita, heijastuu se helposti sairaankuljettajien käyttäytymiseen negatiivisena potilasta kohtaan. Tällä tavoin saattaa esiintyä hoitokärsimystä, kun potilas ei koe saavansa tarpeeksi hyvää hoitoa, eikä häntä mahdollisesti kunnioiteta hänen mielestään tarpeeksi yksilönä.

## LÄHTEET

Alaspää A. ja Kuisma M. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Gummerrus Kirjapaino Osa-  
keyhtiö. Jyväskylä. ISBN 951-26-4982-9

Eriksson K. 1996. Kärsivä ihminen. Åbo Akademi. Samhälls- och vårdvetenskapliga  
fakulteten. Institutionen för vårdvetenskap.

FINLEX Meripelastuslaki: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011145>. Haettu  
29.02.2012

FINLEX Asetus sairaankuljetuksesta:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940565?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20sairaankuljetuksesta>. Haettu 28.2.2012.

FINLEX Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Haettu 29.2.2012.

FINLEX Terveystieteiden lakien muuttamisesta:  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Bpika%5D=potilas\\*](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Bpika%5D=potilas*). Ha-  
ettu 28.2.2012.

FINLEX Terveystieteiden lakien muuttamisesta 39§:  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuolto,39§](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuolto,39%5C). Haettu 28.2.2012.

FINLEX Terveystieteiden lakien muuttamisesta 40§:  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuolto,40§](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuolto,40%5C). Haettu 28.2.2012.

Frankl, V.1990. Psykiatern och själen. Bokförlaget Natur- och kultur. ISBN 91-27-  
01629-3.

Kehä, Hely; Martinmäki, Veijo; Ojala, Leenamajja; Sauri, Markku. Hen-  
kilöstön osaa-  
minen ratkaisee. Valtionvarainministeriö henkilöstöjaosto, henkilöstön kehittämishanke.

Painatuskeskus. 1995.

Nightingale F. 1960. Sairaanhoidosta. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Salo S. & Tähtinen H. 1996. Etiikan puutarhassa – Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto.

Vuori. H. 1993. Terveydenhuollon laadunvarmistus. Vammalan Kirjapaino Oy.

BN 951-8963-01-0.

# LIITTEET

## Liite 1 Asiakastyytyväisyyskyselykaavake sivu 1

### ENSIHOIDON LAATU: POTILAAN NÄKÖKULMA

Olkaa hyvä ja arvioikaa saamaanne ensihoitoa allaolevien asioiden suhteen

#### HÄTÄKESKUS

	Erittäin hyvä	Hyvä	Kohtalainen	Huono	Erittäin huono	Ei koske minua
1. VASTAUSAIKA HÄTÄPUHELUUN: Puheluun vastaamisen nopeus.....	5	4	3	2	1	0
2. AVUN LÄHETTÄMISEN NOPEUS: Aika, joka kului avun lähettämiseen .....	5	4	3	2	1	0
3. PUHELINOHJEET: Puhelimesta annettujen ensiapuohjeiden ja muiden ohjeiden riittävyys.....	5	4	3	2	1	0
4. KOHTELU: Hätäkeskuspäivystäjän käyttäytyminen ja kohtelu .....	5	4	3	2	1	0
5. TIEDON SAANTI: Hätäkeskuspäivystäjän kyky vastata tiedontarpeeseeni häätäpuhelun käsittelyn aikana .....	5	4	3	2	1	0

#### SAIRAANKULJETUS JA ENSIHOITO

6. AVUN SAAMISEN NOPEUS: Aika, joka kului avun (ambulanssi) saapumiseen .....	5	4	3	2	1	0
7. SAIRAANKULJETTAJIEN-AMMATTITAITO: Sairaankuljettajien kyky tunnistaa ongelmani ja taito tehdä hoitotoimenpiteet sujuvasti.....	5	4	3	2	1	0
8. JATKOHOITOPAIKAN VALINTA: Sairaankuljettajien kyky valita oikea hoitopaikka .....	5	4	3	2	1	0
9. YKSILÖLLISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN: Sairaankuljettajien kyky huomioida yksilölliset tarpeeni .....	5	4	3	2	1	0
10. TIEDON SAANTI: Sairaankuljettajien kyky vastata tiedontarpeeseeni tutkimuksen ja hoidon aikana .....	5	4	3	2	1	0
11. JATKOHOITO-OHJEET: Mikäli teitä ei kuljetettu sairaalaan, sairaankuljettajien antama ohjaus asiasta.....	5	4	3	2	1	0
12. KOHTELU: Sairaankuljettajien käyttäytyminen ja kohtelu.....	5	4	3	2	1	0
13. PUKEUTUMINEN: Sairaankuljettajien vaatetus ja olemuksen siisteys .....	5	4	3	2	1	0
14. TUNNISTAMINEN JA ESITTELY: Sairaankuljettajien tapa esitellä itsensä ja organisaationsa.....	5	4	3	2	1	0
15. TURVALLISUUDENTUNNE: Sairaankuljettajien kyky luoda turvallinen ilmapiiri .....	5	4	3	2	1	0
16. AMBULANSSIN VIIHTYISYYS JA TOIMIVUUS: Oli mielestäni .....	5	4	3	2	1	0

KYSELY JATKUU LOMAKKEEN TOISELLA PUOLELLA



**KYSELY JATKUU**

**17. OMAISTEN HUOMIOON OTTAMINEN:**

Sairaankuljettajien kyky huomioida omaiseni .....

**18. KIVUN HOITO:**

Kivun lievityksen riittävyys (mikäli teillä oli kipuja) .....

**19. ENSIHOIDON JA SAIRAANKULJETUKSEN VAIKUTUS:**

Kuinka hyvin saamanne palvelu auttoi teitä?.....

Erittäin hyvä	Hyvä	Kohtalainen	Huono	Erittäin huono	Ei koske minua
5	4	3	2	1	0
5	4	3	2	1	0
5	4	3	2	1	0
5	4	3	2	1	0

**KOKONAISARVIO PALVELUSTA**

20. Mikäli tulevaisuudessa tarvitsette kiireellistä ensihoito- tai sairaankuljetuspalvelua, mikä on halukkuutenne käyttää jatkossa organisaatiomme palveluita .....

Jos halukkuutenne on huono tai erittäin huono, kertoisitteko miksi

---



---



---



---

**VAPAAMUOTOINEN PALAUTE**

---



---



---



---

**TAUSTATIEDOT** (vain tilastollisiin tarkoituksiin)

**21. HÄTÄILMOITUKSEN TEKI**

Potilas itse  A Lähimainen/ystävä  B Ulkopuolinen  C

**22. TIESITTEKÖ YLEISEN HÄTÄNUMERON 112**

En tiennyt  A Tiesin  B

**23. SUKUPUOLENNE**

Mies  M Nainen  N

**24. SYNTYMÄVUOTENNE**

--	--	--	--

**25. KORKEIN TUTKINTONNE**

- A kansa- tai peruskoulu (tai vähemmän)  
 B ammattikoulutasoinen koulutus tai yo-tutkinto  
 C opistotasoinen koulutus tai ammattikorkeakoulututkinto  
 D yliopistotutkinto tai vastaava

**Henkilökunta täyttää!**

Tutkimusajankohta: 

k	k	v	v
---	---	---	---

Kuntakoodi: 

--	--	--

Lisäkoodi: 

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---





**Arvoisa asiakasimme!**

Teidät on valittu mukaan kyselyyn, jossa tutkitaan Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitokeskityksen kohtaan asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa ensihoitopalveleksi kohtaan. Kysely on osa tutkimusohjelmaa, josta liittyy Arcadan ammattikorkeakoulun kahden Ensihoitaja AMK opiskelijan lopputyöhön.

Toivomme että olennare voimret auttaa teitä parhaalla mahdollisella tavalla silloin kun olette palveluissare nautuussare.

Toivomme, että voitte jo paremmin ja jaksaisitte käyttää hetken aikaa ensihoitopalveleksi vastauksare.

Jos olette vielä niin nuori, että vastauksare on valitkaa yksin, voitte vastata kyselyssare yhdessä vanhempiessare kanssa.

Saamassare palvelus kokemissare tutkimissare on tärkeä osa ensihoitotoimintassare laadun kehittämistä ja valvontaa.

Haluamassare tietää missä te olette asiakkaissare kokemissare saamassare ensihoitopalveleksi laadun. Kokemussare asiakkaissare on meille erittäin tärkeä.

Suoritamassare ensihoidon tyytyväisyyssare kyselyn valitsemalla satunnaisittain 500 ensihoitopalveleksi asiakasta kullakin Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen toimialueella.

Antamassare tietoja käytetään vain käytännössä olemassare asiakastyytyväisyyssare kyselyn tekemissare, eikä siitä luovuteta kolmansare osapuolen käyttöön. Vastauksare palautuu meille nimettömänä, eikä sitä voida yhdistää yksittäissare henkilö- tai ensihoitopalveleksi tietoon. Tutkimussarella on Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen kirjallinen lupa.

Saite tässä saiteen mukassa kyselylomakkeessare, lomakkeessare täyttökkeessare, sekä lomakkeessare palautuskkeessare jonka postinumerus on valmiittain mukassa. Palautuskkeessare on läitessare postinumerus vain täytetty kyselylomakke.

**Ystävällissare terveisillä**

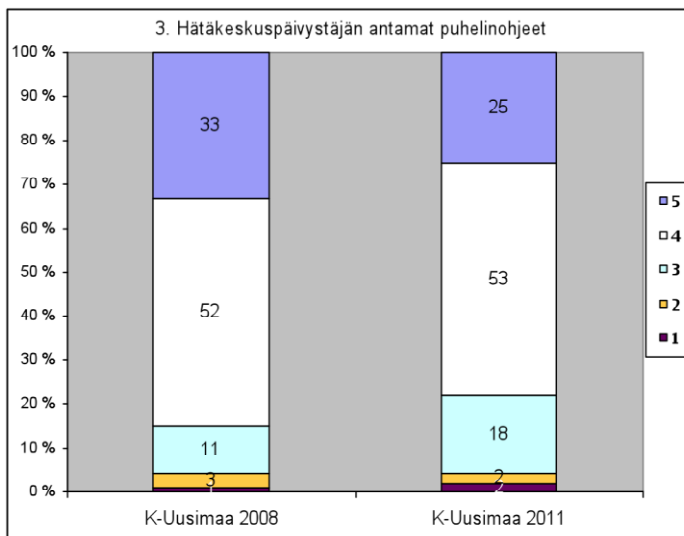
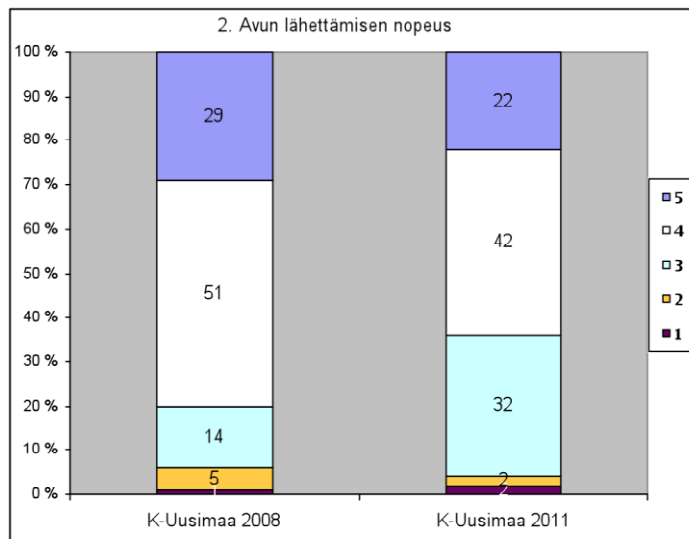
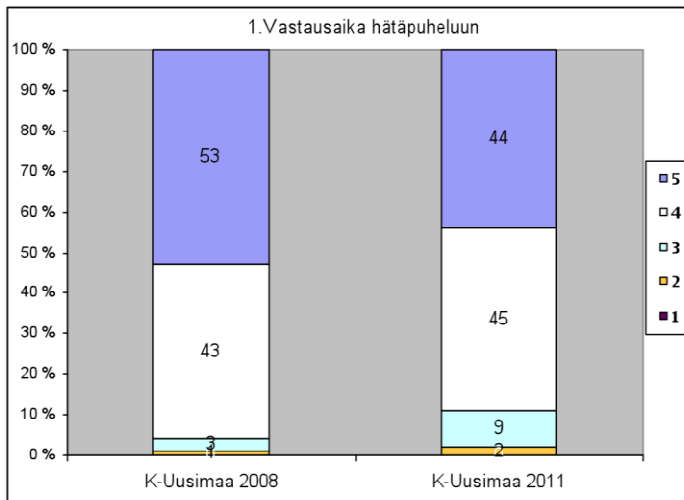
Arcada ammattikorkeakoulu  
Heidi Ahonen  
heidi.ahonen@arcada.fi

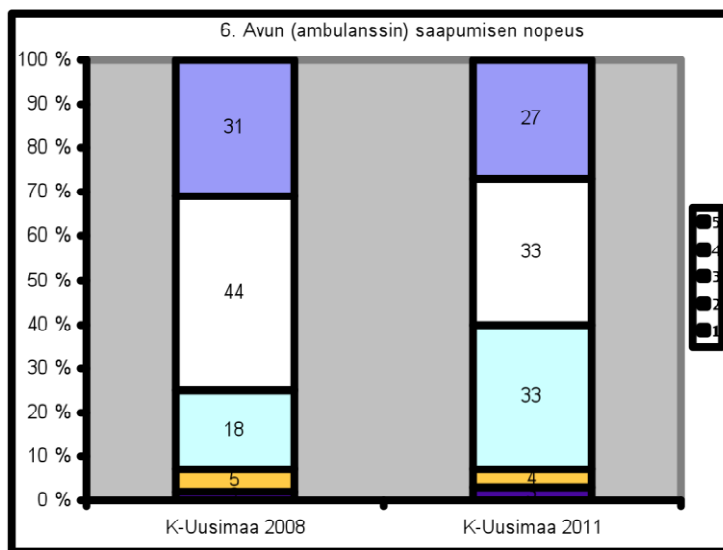
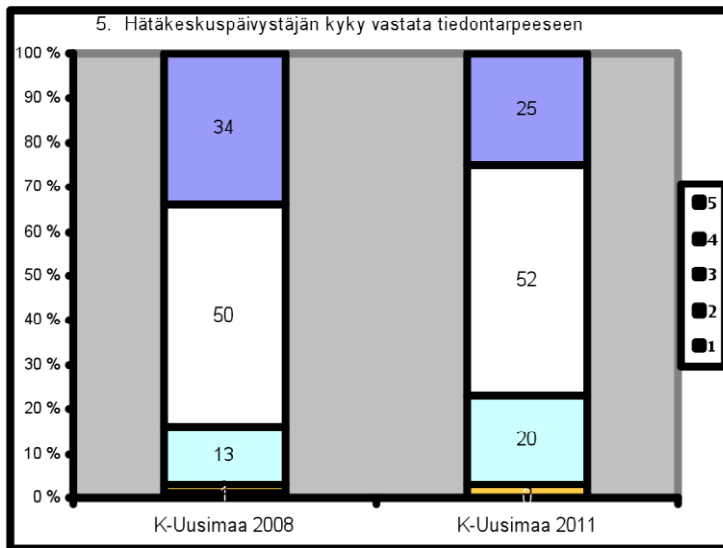
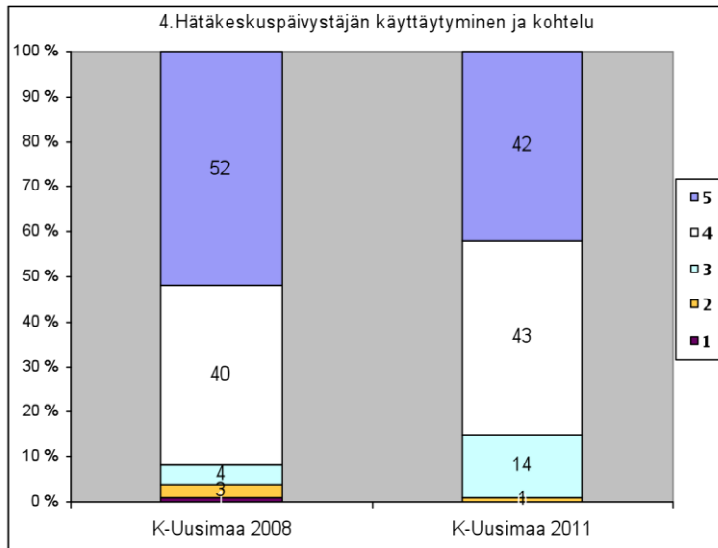
Arcada ammattikorkeakoulu  
Carolina Cederberg  
carolina.cederberg@arcada.fi

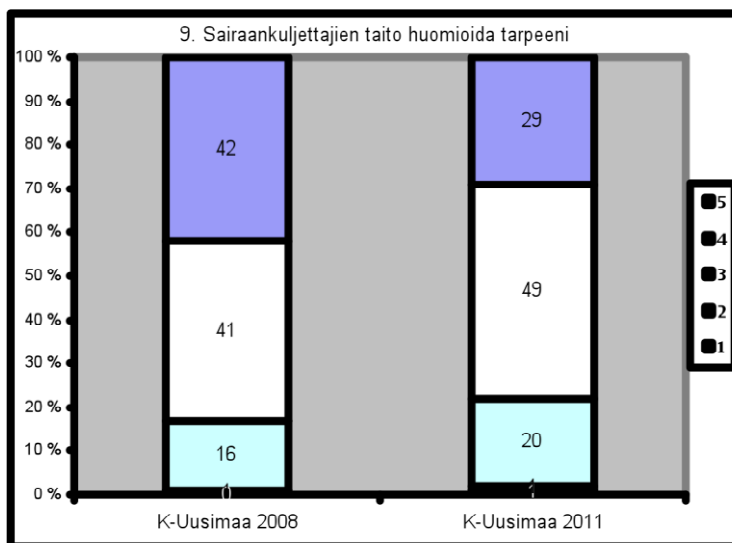
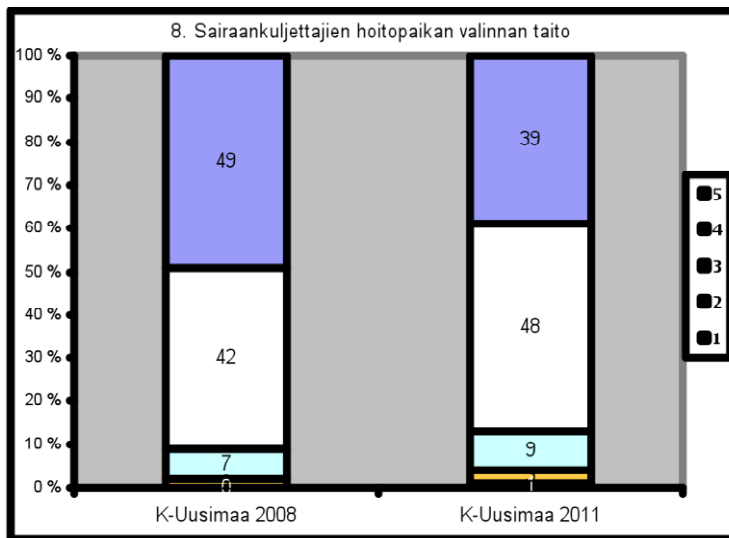
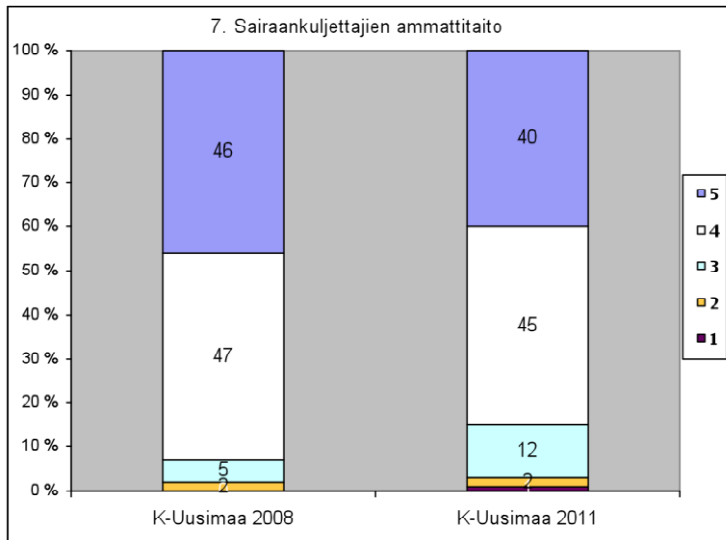
Keski-Uudenmaan pelastuslaitos  
Jarek Andersson  
Lääkintäesimies  
jarek.andersson@ku-pelastus.fi

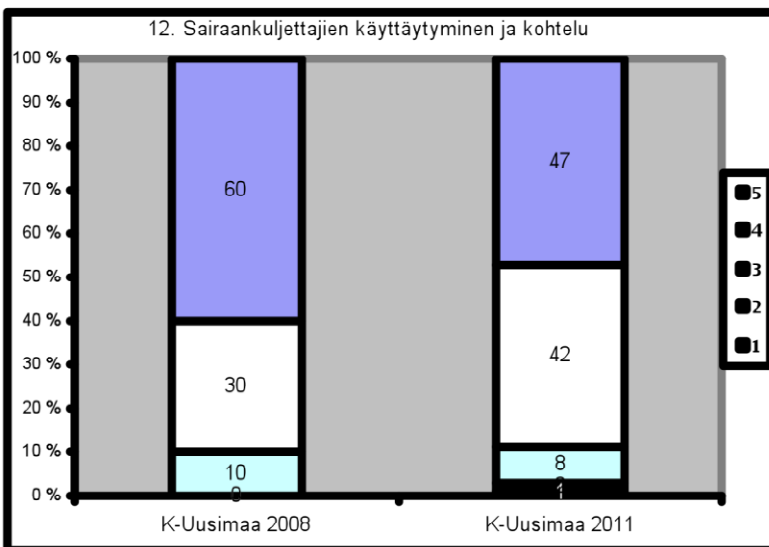
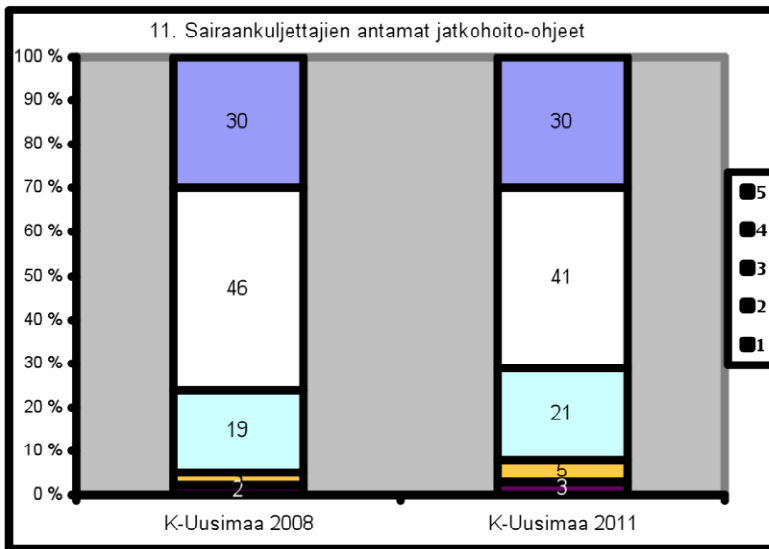
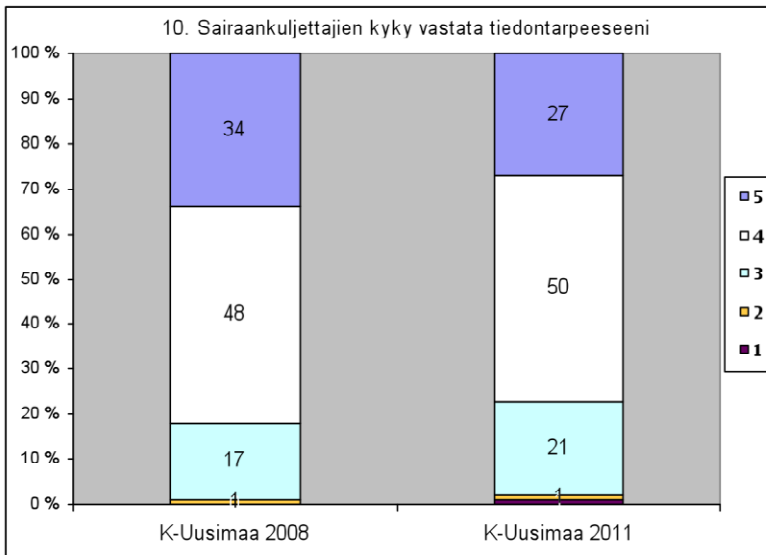
Arcada ammattikorkeakoulu  
Loppuyhteyshenkilö  
Christel Roberts THM  
christel.roberts@arcada.fi

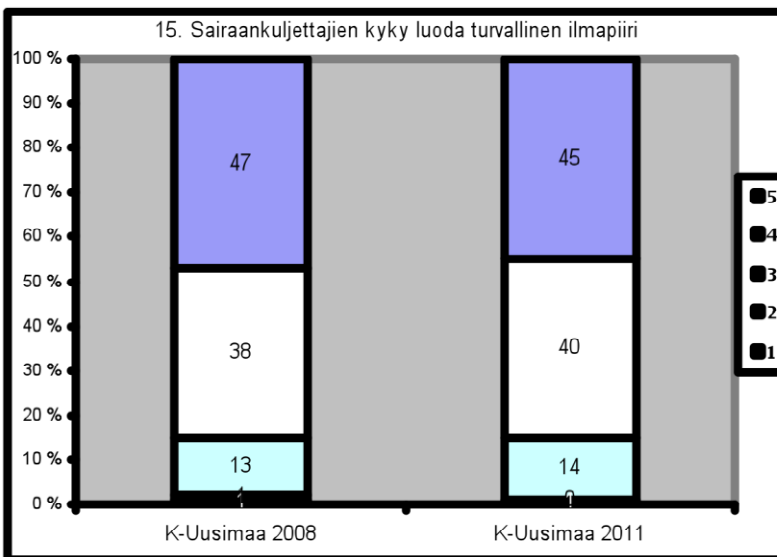
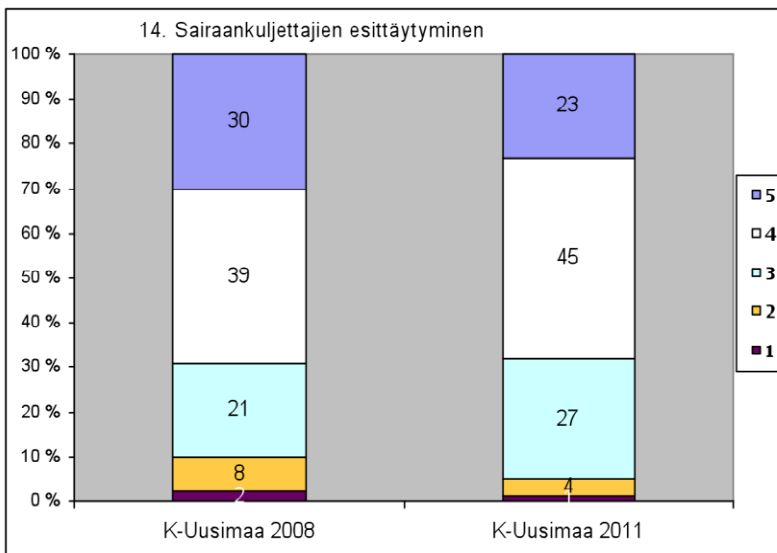
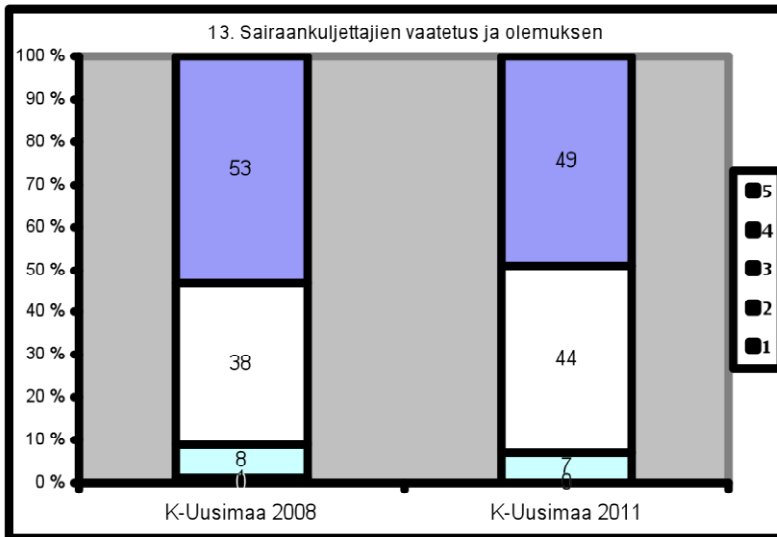
## Liite 5. Kaikki diagrammit vertaillen 2008 ja 2011



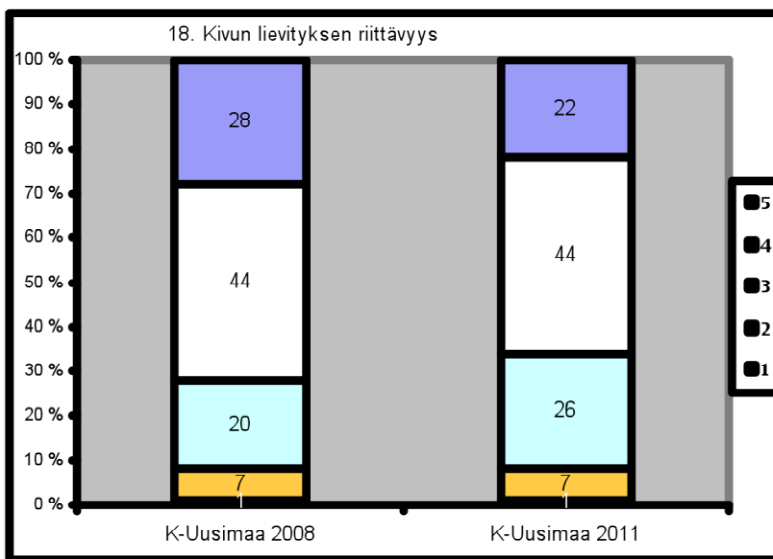
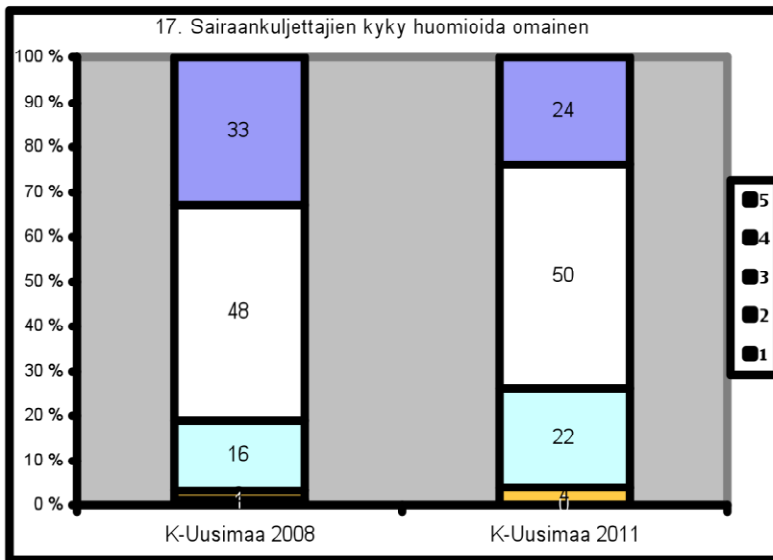
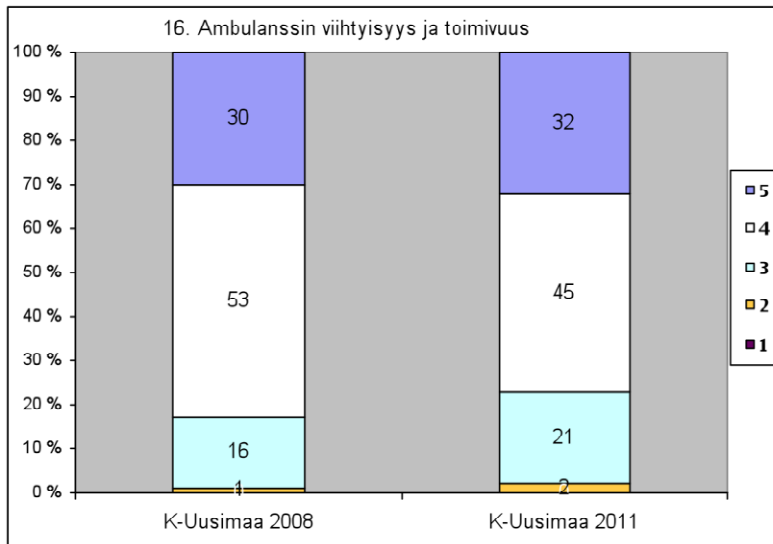


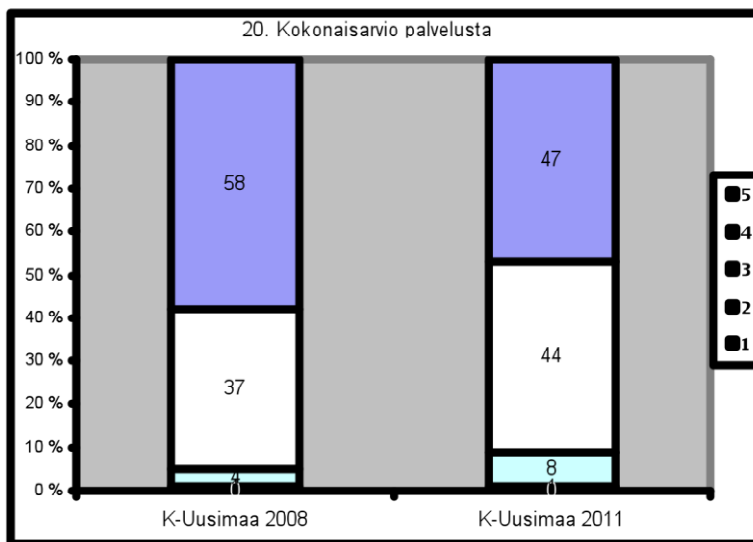
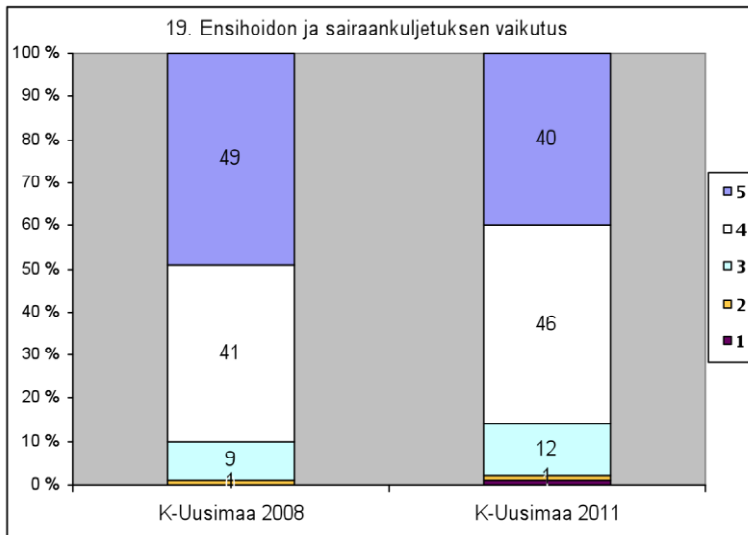












KYS 1. Vastausaika hätäpuheluun

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	0
2	1	2
3	3	9
4	43	45
5	53	44

KYS 2. Avun lähettämisen nopeus

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	2
2	5	2
3	14	32
4	51	42
5	29	22

KYS 3. Häätäkeskuspäivystäjän antamat puhelinohjeet

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	2
2	3	2
3	11	18
4	52	53
5	33	25

KYS 4. Häätäkeskuspäivystäjän käyttäytyminen ja kohtelu

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	0
2	3	1
3	4	14
4	40	43
5	52	42

KYS 5. Häätäkeskuspäivystäjän kyky vastata tiedontarpeeseen

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	0
2	2	3
3	13	20
4	50	52
5	34	25

KYS 6. Avun (ambulanssin) saapumisen nopeus

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	2	3
2	5	4
3	18	33
4	44	33
5	31	27

KYS 7. Sairaankuljettajien ammattitaito

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	1
2	2	2
3	5	12
4	47	45
5	46	40

KYS 8. Sairaankuljettajien hoitopaikan valinnan taito

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	1
2	2	3
3	7	9
4	42	48
5	49	39

KYS 9. Sairaankuljettajien taito huomioida tarpeeni

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	1
2	1	1
3	16	20
4	41	49
5	42	29

KYS 10. Sairaankuljettajien kyky vastata tiedontarpeeseeni

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	1
2	1	1
3	17	21
4	48	50
5	34	27

KYS 11. Sairaankuljettajien antamat jatkoahoito-ohjeet

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	2	3
2	3	5
3	19	21
4	46	41
5	30	30

KYS 12. Sairaankuljettajien käyttäytyminen ja kohtelu

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	1
2	0	2
3	10	8
4	30	42
5	60	47

KYS 13. Sairaankuljettajien vaatetus ja olemuksen siisteys

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	0
2	1	0
3	8	7
4	38	44
5	53	49

KYS 14. Sairaankuljettajien esittäytyminen

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	2	1
2	8	4
3	21	27
4	39	45
5	30	23

KYS 15. Sairaankuljettajien kyky luoda turvallinen ilmapiiri

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	1
2	1	0
3	13	14
4	38	40
5	47	45

KYS 16. Ambulanssin viihtyisyys ja toimivuus

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	0
2	1	2
3	16	21
4	53	45
5	30	32

KYS 17. Sairaankuljettajien kyky huomioida omainen

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	0
2	2	4
3	16	22
4	48	50
5	33	24

KYS 18. Kivun lievityksen riittävyys

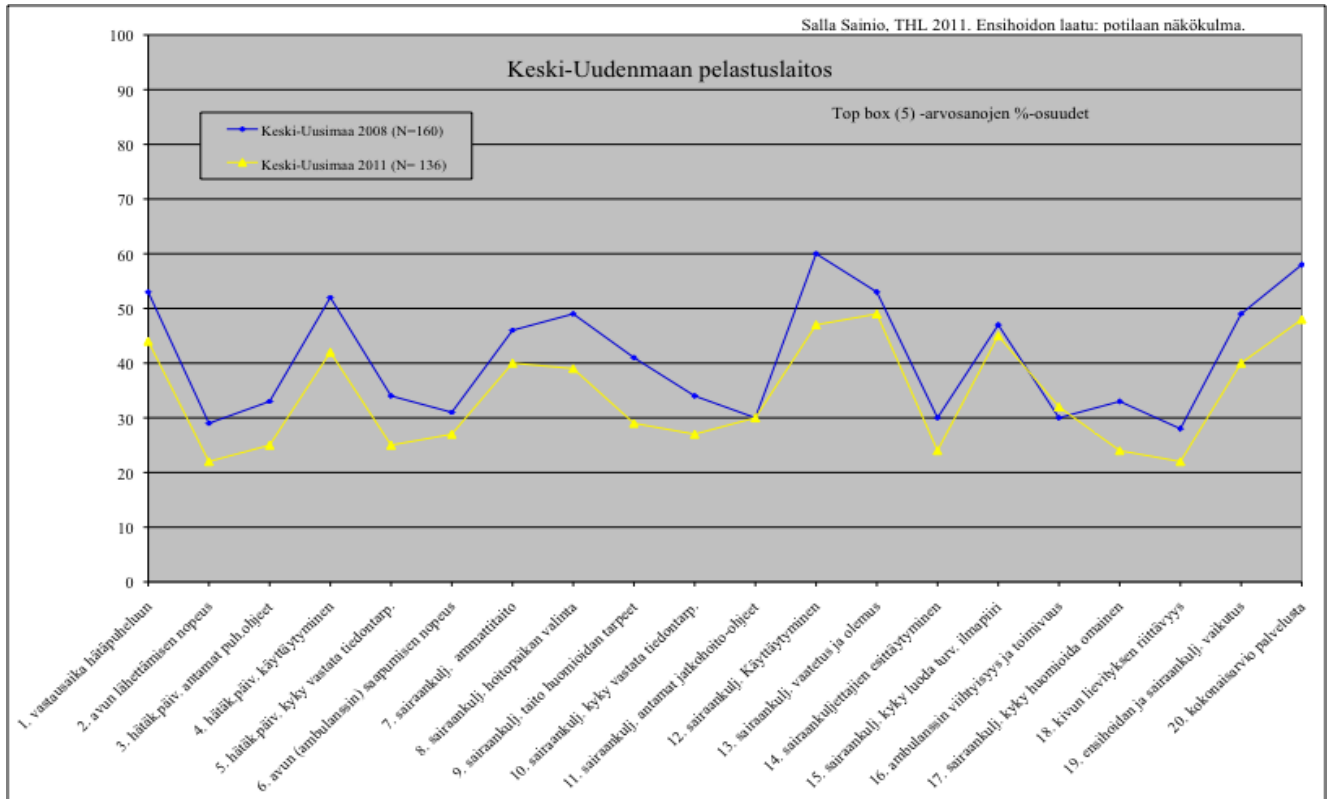
arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	1	1
2	7	7
3	20	26
4	44	44
5	28	22

KYS 19. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen vaikutus

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	1
2	1	1
3	9	12
4	41	46
5	49	40

KYS 20. Kokonaisarvio palvelusta

arvosana	K-Uusimaa 2008	K-Uusimaa 2011
1	0	0
2	1	1
3	4	8
4	37	44
5	58	47



	Keski-Uusimaa 2008 (N=160)	Keski-Uusimaa 2011 (N= 136)
1. vastausaika hätäpuheluun	53	44
2. avun lähettämisen nopeus	29	22
3. hätäk.päiv. antamat puh.ohjeet	33	25
4. hätäk.päiv. käyttäytyminen	52	42
5. hätäk.päiv. kyky vastata tiedontarp.	34	25
6. avun (ambulanssin) saapumisen nopeus	31	27
7. sairaankulj. ammattitaito	46	40
8. sairaankulj. hoitopaikan valinta	49	39
9. sairaankulj. taito huomioidan tarpeet	41	29
10. sairaankulj. kyky vastata tiedontarp.	34	27
11. sairaankulj. antamat jatkohoito-ohjeet	30	30
12. sairaankulj. Käyttäytyminen	60	47
13. sairaankulj. vaatetus ja olemus	53	49
14. sairaankuljettajien esittäytyminen	30	24
15. sairaankulj. kyky luoda turv. ilmapiiri	47	45
16. ambulanssin viihtyisyys ja toimivuus	30	32
17. sairaankulj. kyky huomioida omainen	33	24
18. kivun lievityksen riittävyys	28	22
19. ensihoidon ja sairaankulj. vaikutus	49	40
20. kokonaisarvio palvelusta	58	48