

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Jessica Lindström

ASIAKASTYYTYVÄISYYS UUDENMAAN SAIRAANKULJETUS OY:N
PALVELUIHIN PEIJAKSEN SAIRAALAN ERIKOISSAIRAANHOIDON
PÄIVYSTYKSESSÄ

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

LINDSTRÖM, JESSICA	Asiakastyytyväisyys Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n palveluihin Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksessä
Opinnäytetyö	45 sivua +15 liitesivua
Työn ohjaaja	Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Toimeksiantaja	Uudenmaan sairaankuljetus Oy
Toukokuu 2014	
Avainsanat	asiakastyytyväisyys, laatu, sairaankuljetus, ensihoito

Tämä opinnäytetyö on tehty tilaustyönä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:lle. Työn tarkoituksena oli selvittää Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n palvelujen laatuun. Tutkimuksessa paneuduttiin tiedonkeruuseen, raportointiin, vuorovaikutukseen sekä yhteistyöhön. Työn tavoitteena oli lisätä tietoa ensihoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä.

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla 22.1. - 17.2.2014 välisenä aikana Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksessä. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki hoitotyöntekijät. Kyselylomakkeita jaettiin 44 kappaletta ja niitä palautui 25 kappaletta, joista yksi hylättiin. Vastausprosentti oli 57 %. Aineisto analysoitiin sekä Microsoft Office Excel -ohjelman sekä sisällönanalyysin avulla.

Keskeisinä tuloksina esiin nousivat seuraavat. Vastaajat olivat pääosin tyytymättömiä potilaiden kotilääkitysten sekä perussairauksien kirjaamiseen. Potilaiden mukana toivottiin tuotavan erikoislääkkeet, kotihoidon kansiot sekä tärkeimpiä tavaroita, kuten avaimet ja kengät. Raportointia pidettiin enimmäkseen hyvänä. Tyytyväisimpiä oltiin kirjatun tekstin asiallisuuteen ja vähiten tyytyväisiä käsialan selkeyteen. Avoimissa vastauksissa korostettiin riittävän ja spontaanin raportin tärkeyttä. Vastaajat olivat tyytyväisiä sairaankuljettajien ja vastaanottavien hoitajien väliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Hoitajat kokivat, että toiminta on ollut tasa-arvoista ja että heitä kuunneltiin potilaan luovutustilanteessa. He kokivat yhteistyön onnistuneeksi.

Kehittämisehdotuksina yritykselle voitaisiin nähdä säännöllisten uusintakyselyiden toteuttaminen, sairaankuljettajien osaamisen lisääminen tutkittaviin asioihin sekä yhteisten koulutusten tai kokosten järjestäminen päivystyksen henkilökunnan kanssa. Sairaankuljettajien kanssa tulisi käydä läpi tutkimustuloksista ilmenneet kehityskohdat.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Nursing

LINDSTRÖM, JESSICA

Client Satisfaction with Services of Uudenmaan
sairaankuljetus Oy in Emergency Department of Special-
ized Medical Care of Peijas Hospital

Bachelor's Thesis

45 pages + 15 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer, PhD

Commissioned by

Uudenmaan sairaankuljetus Oy/Ambulance Service of
Uusimaa Ltd

May 2014

Keywords

client satisfaction, quality, ambulance service, emergency
care

This Bachelor's thesis was commissioned by Uudenmaan sairaankuljetus Oy. The purpose of this thesis was to find out how satisfied the nursing staff of the emergency department of specialized medical care of Peijas hospital was with the quality of the services of Uudenmaan sairaankuljetus Oy. The survey focused on information collection, reporting, interaction and cooperation. The aim of this thesis was to increase knowledge about the factors affecting the quality of emergency care.

This thesis was based on quantitative research methods. The research material was collected by questionnaires from January 22th to February 17th 2014 in the emergency department of specialized medical care of Peijas hospital covering the entire nursing staff. 44 questionnaires were delivered and 25 of them returned. One of the returned questionnaires was disqualified. The response rate was 57 %. The material was analyzed using both Microsoft Office Excel –program and content analysis.

According to the main results the respondents were mainly dissatisfied with the documentation of home medication and the underlying conditions. Reporting was considered mostly as good. The respondents were most satisfied with the document sticking to facts and least satisfied with the clarity of the handwriting. They emphasized the importance of sufficient and spontaneous reporting in the open answers. The respondents were satisfied with the interaction and cooperation between the paramedics and the nurses.

Development suggestions to the company are the following. They should repeat surveys regularly, organize common meetings with the staff of the emergency department and go through the improvement areas arising in the results.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	SAIRAALAN ULKOPUOLINEN HOITO	7
	2.1 Ensihoitoa ohjaava lainsäädäntö	8
	2.2 Laatu ensihoidossa	9
	2.3 Tiedonkeruu ensihoidossa	11
	2.4 Raportointi ensihoidossa	14
	2.5 Vuorovaikutuksellinen yhteistyö ensihoidossa	15
3	ASIAKASTYYTYVÄISYYS KÄSITTEENÄ	19
4	UUDENMAAN SAIRAANKULJETUS OY	20
5	TUTKIMUSONGELMAT	21
6	TUTKIMUSMENETELMÄT	21
	6.1 Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä	21
	6.2 Kyselylomakkeen laadinta	22
	6.3 Luotettavuuden varmistaminen etukäteen	23
	6.4 Otanta ja aineiston hankinta	24
	6.5 Aineiston analysointi	25
	6.5.1 Kvantitatiivinen aineisto	25
	6.5.2 Kvalitatiivinen aineisto	27
7	TULOKSET	27
	7.1 Taustatiedot	27
	7.2 Tiedonkeruu	29
	7.3 Raportointi	32
	7.4 Vuorovaikutus	34
	7.5 Yhteenveto tuloksista	35
8	POHDINTA	36
	8.1 Tulosten tarkastelu	36

8.2 Johtopäätökset	38
8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	38
9 KEHITTÄMISEHDOTUKSET	40
LÄHTEET	42
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimuslupa / HYKS Medisiininen tulosyksikkö	
Liite 2. Sopimus opinnäytetyöstä	
Liite 3. Saatekirje	
Liite 4. Kyselylomake	
Liite 5. Muuttujataulukko	
Liite 6. Sisällönanalyysi	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Ensihoitopalvelut ovat mediassa jatkuvasti esillä ja kovan arvostelun alla, joten aihe on hyvinkin ajankohtainen. Myös uusi terveydenhuoltolaki on tuonut muutoksia ensihoitopalvelujen järjestämiseen. Vuoden 2013 alusta lukien on vastuu palvelujen järjestämisestä siirtynyt kunnilta sairaanhoitopiireille. Tämä on asettanut laatuvaatimukset entistä korkeammalle. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen ensihoitopalvelusta (2011/340) mukaan tavoittena on turvata mahdollisimman tasarvoinen palvelujen saanti. Tavoitteena on myös ensihoitopalvelujen mahdollisimman tehokas tuottaminen sekä valtaosan ensihoitopalvelua tarvitsevien potilaiden tavoittaminen tavanomaisesta elinympäristöstä enimmäisajassa, joka on määritelty alueellisesti. Lakiuudistuksen tavoitteena on vahvistaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja lisätä yhteistyötä eri terveydenhuollon, kunnan ja muiden toimijoiden välillä. (STM 2011a: 10, 12.)

Sairaanhoitopiiri voi valita tarkoituksenmukaisimmaksi katsomansa tavan järjestää ensihoitopalvelut. Sairaanhoitopiiri voi järjestää ensihoitopalvelun joko omana toimintanaan, yhteistoiminnassa toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tai pelastuslaitoksen kanssa tai tekemällä sopimuksen palvelujen tuottamisesta yksityisen palveluntuottajan kanssa. Erilaiset vaihtoehdot mahdollistavat ensihoitopalvelujen järjestämisen alueen väestöä parhaiten palvelemalla tavalla. (STM 2011a: 20–21.)
Terveydenhuoltolain mukaan ensihoito kuuluu terveydenhuollon päivystyspalveluihin ja se tulee suunnitella yhteistyössä terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa (Castrén ym. 2012: 133).

Sosiaali- ja terveystalouden uudistus tulee muuttamaan ensihoitopalvelujen järjestämistä entisestään. Kaikki sosiaali- ja terveysalan palvelut tullaan järjestämään viiden erityisvastuualueen toimesta. Nämä alueet tullaan rakentamaan viiden kaupungin ympärille: Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu. Tavoitteena on järjestää yhdenvertaiset palvelut kaikille kansalaisille asuinkunnasta riippumatta. Uuden suunnitelman on määrä astua voimaan vuoden 2017 alusta. (STM 2014.)

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n palvelujen laatuun. Uudenmaan sairaankuljetus Oy tekee tiivistä yhteistyötä Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikan kanssa. Yritys hoitaa

hätäkeskuksen välittämiä sairaankuljetustehtäviä sekä ennalta sovittuja sairaalasiirtoja ja potilaiden kotiutuksia.

Työn tavoitteena on lisätä tietoa ensihoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä. Työn tarkoituksena on tuottaa arvokasta tietoa toimeksiantajalle näiden tuottaman palvelun laadusta sekä työntekijöiden ammatillisesta osaamisesta. Työssä paneudutaan erityisesti tiedonkeräämiseen, -välitykseen, vuorovaikutukseen sekä yhteistyöhön.

2 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN HOITO

Ensihoitopalvelun hoitoketjulla tarkoitetaan toiminnallista palveluketjua, jonka maallikko aloittaa soittamalla omastaan tai toisen hädästä yleiseen hätänumeroon 112. Hätäkeskuksessa hätäkeskuspäivystäjä tekee riskiarvion tilanteesta, hälyttää avun ja ohjaa ensihoitopalvelun resurssien käyttöä. (Kuisma ym. 2013: 21; Castrén ym. 2012: 21.) Lain hätäkeskustoiminnasta (692/2010) 4. § määrittää hätäkeskuksen tehtäväksi hätäkeskuspalvelujen tuottamisen, näihin liittyvän pelastustoimen, poliisitoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen viranomaisten toiminnan tukemisen sekä hätäkeskuspalveluihin liittyvien tehtävien ja toimintatapojen kehittämisen ja valvonnan.

Nopea hälyttämistapa ja hyvä lähtövalmius ovat edellytyksiä potilaan mahdollisimman nopealle tavoittamiselle. Ensihoitopalvelussa hyödynnetään kaikkia auttamaan pystyviä käytettävissä olevia yksiköitä, joiden henkilöstö on saanut tarvittavan terveydenhuollon hätätilanteiden koulutuksen. Ensivasteyksiköiden avulla voidaan merkittävästi nopeuttaa hätätilapotilaan tavoittamista. (Castrén ym. 2012: 21–22.) Useimmiten ensivasteyksikkönä toimii pelastusyksikkö (Kuisma ym. 2013: 23).

Laadukkaan ensihoitojärjestelmän tunnusmerkeistä on syntynyt osittainen yksimielisyys. Yhteisen hätänumeron on todettu olevan nopean avunsaannin edellytys, sillä tilanne on huonompi monissa maissa, joissa on käytössä useita rinnakkaisia numeroita. Hoitoketju on yhtä vahva kuin sen heikoin lenkki, joten sujuvalla yhteistyöllä saadaan aikaan hyvät hoitotulokset. Kaksi- tai kolmiportaisen ensihoitojärjestelmän hoitotuloksien on todettu olevan parempia kuin yksiportaisen. Porrastetulla vasteella tarkoitetaan sitä, että korkeariskiseen tehtävään hälytetään samanaikaisesti useita eri yksiköitä: ensivasteyksikkö tavoittamisviiveen

minimoimiseksi sekä perus- tai hoitotason yksikkö ja jopa lääkäriyksikkö osaamisen varmistamiseksi. (Kuisma ym. 2013: 23, 28.)

Ensihoitopalvelun henkilöstön tavoitettaessa potilaan suorittavat he välittömästi potilaan ensiarvion, jonka tavoitteena on tunnistaa välittömästi hoitoa vaativat potilaat ja jokaisen kohdalla toimitaan potilaan tilan edellyttämällä tavalla. Tämän jälkeen suoritetaan tarkennettu arvio kliinisen tutkimuksen keinoin, eli haastattelemalla, havainnoimalla ja mittaamalla. Ensihoitajat joutuvat usein aloittamaan hoidon löydettyjen oireiden mukaisesti ja tarkentamaan hoitoa tilanteen rauhoituttua ja taustasyiden selvittyä. (Castrén ym. 2012: 22; Kuisma ym. 2013: 119.)

Kaikki potilaat eivät tarvitse päivystyksellisiä toimenpiteitä. Heidät voidaan jättää paikallisia hoito-ohjeita noudattaen kuljettamatta, suosittaa hoitoon jollain muulla tarkoituksenmukaisella kulkuvälineellä, esimerkiksi taksilla, tai ohjata ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaan virka-aikana. Osa potilaista tarvitsee hoitoa, jonka annon jälkeen kuljetusta ei enää tarvita. Osa potilaista tarvitsee ambulanssikuljetuksen hoitoon. Hoitopaikan valinnassa ei sen sijainnilla tai potilaan tahdolla ole vaikutusta, vaan valinnan ratkaisee potilaan lääketieteellinen hoidon tarve ja hoitopaikan resurssit. Potilaan hoito jatkuu kuljetuksen ajan hänen tilansa edellyttämässä laajuudessa. Ennakkovalmisteluja vaativista potilaista, esimerkiksi hätätilapotilaista, tehdään ennakkoilmoitus vastaanottavaan hoitolaitokseen. (Castrén 2012: 22.)

2.1 Ensihoitoa ohjaava lainsäädäntö

Ensihoitoa sekä yleisesti terveydenhuoltoa säätelee useita lakeja, jotka yhdessä muodostavat kokonaisuuden, jossa eri osat vaikuttavat toisiinsa. Keskeisenä tavoitteena on taata riittävä, laadukas ja turvallinen hoito potilaalle. Lait ovat sisällöltään konkreettisia ja perustuvat ihmis- ja perusoikeuksiin, jotka sisältävät muun muassa oikeuden ihmisarvoiseen kohteluun, elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen, turvallisuuteen sekä yhdenvertaisuuteen. (Castrén ym. 2012: 129.)

Terveydenhuoltolain pykälät 39–41 sekä 46 käsittelevät ensihoitopalvelua, vaikkakin laki soveltuu ensihoitopalveluun muiltakin osin. Ensihoitopalveluun kuuluu muun muassa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen

tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön, ensihoitovalmiuden ylläpitäminen sekä osallistuminen alueellisten valmiussuunnitelmien laatimiseen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 40. §.)

Asetusta ensihoitopalvelusta sovelletaan sekä ensihoitopalveluun, ensihoitokeskukseen sekä hoitolaitosten välisiin siirtokuljetuksiin, kun potilaan tila edellyttää ensihoitopalvelun tai muun toimintayksikön ambulanssia. Asetuksessa tarkennetaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun järjestämiseen liittyviä velvollisuuksia, esimerkkeinä operatiivisen toiminnan johtaminen, ohjeiden laatiminen, päivittäistoiminnasta vastaaminen sekä toimintamallien suunnittelu muiden viranomaisten kanssa. Asetuksessa määritellään tarkasti riskialueuokat, tehtäväkiireellisyysluokat sekä tavoittamisajat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011: 1. §, 5.-7. §.)

Asetuksessa ensihoitopalvelusta käsitellään myös henkilökunnalta vaadittua koulutusta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä tarkentaa tätä ja varmistaa sen, että henkilökunnan toiminta on lakiin perustuvaa, säänneltyä ja valvottua toimintaa. Tällä pyritään turvaamaan laadukas potilastyö ja varmistamaan ammattihenkilön ammatillinen koulutus, pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. (Castrén 2013: 131.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista korostaa oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun sekä hoitoon pääsyyn ja tiedonsaantiin. Potilaslaki määrittää tarkasti potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvät määräykset. Kyseinen laki on erikoislaki, jolloin sitä noudatetaan aina, jos samasta asiasta on ristiriitaisia määräyksiä. Ainoastaan perustuslaki kumoaa erikoislain. (Määttä 2013: 19.)

2.2 Laatu ensihoidossa

Laatu käsitteenä on erittäin monitulkintainen ja useimmiten riippuvainen asiayhteydestä. Yksinkertaisimmillaan sen voidaan kuitenkin todeta olevan tuotteen tai palvelun kykyä täyttää asiakkaan tarpeet tai vaatimukset tai toiminnan tulosten vastaavan tavoitteita. Laadukkaana terveydenhuoltona nähdään toiminta, joka on asiakaslähtöistä, turvallista ja käyttää resursseja eniten hoitoa tarvitsevien tarpeisiin tuhlamaatta. Hyvää hoitoa seuraa tyytyväinen potilas. (Koivuranta-Vaara 2011: 8–9.)

Laadukas ensihoito voidaan nähdä asiantuntijapalveluna, joka vastaa asiakkaan tarpeisiin sidosryhmät huomioivalla tavalla (Kuisma 2013: 69).

Terveydenhuoltolain 1. luvun 8. pykälän mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa. Terveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia suunnitelma laadunhallintaa varten. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8. §) Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää järjestämään potilaalle laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3. §).

Suomessa terveydenhuollon laadunhallintaa kehitetään edellä mainitun lainsäädännön avulla sekä tiedolla ohjaamisen keinoin. Keskeisin keino tiedolla ohjaamiseen ovat suosituksen. Vuonna 1995 tehtiin ensimmäinen valtakunnallinen laadunhallinnan suositus, jossa esiteltiin kolme peruseriaa. Laadunhallinnan on oltava osa jokapäiväistä työtä, asiakaslähtöisyyden tulee olla laadunhallinnan painopiste ja sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa toteutetaan tiedolla ohjaamisen keinoin. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013: 67.) Käytännössä laadunhallintaa toteutetaan jatkuvan laadun varmistuksen ja parantamisen sekä johtamisen keinoin. Johdon vastuulla on myös taata mahdollisuudet näyttöön perustuvalla toiminnalla. Laadunhallintasuunnittelussa tulee sopia menettelytavoista, joilla henkilöstö saa palautetta oman toimintansa laadusta sekä tavoista, joiden avulla huolehditaan henkilöstön aktiivisesta osallistumisesta laadunhallintaan. Suunniteltava on myös henkilöstön perehdytys, osaamisen varmistaminen, ylläpitäminen ja kehittäminen. (STM 2011b: 2, 4–5.)

Suunnitelmassa on myös sovittava yhteistyöstä muiden terveydenhuollon yksiköiden kanssa laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisestä. Vaaratilanteiden on todettu tapahtuvan usein potilaan hoitopaikan muuton yhteydessä. Suunnitelmassa tulisikin käsitellä yhteistyön tavoitteet ja keinot. Noudattamalla sovittuja käytäntöjä potilaan siirtotilanteissa voidaan turvallisuus taata estämällä tiedonkatkot. (STM 2011b: 5.)

ISO 9000 -laadunhallintajärjestelmässä ulkoinen valtuutettu asiantuntija tekee arvion organisaation laadusta (Kuisma 2013: 72). ISO 9001:2008 -standardi asettaa laadulle ja laadunhallinnalle kriteerit. Laadunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan suunnittelua, ylläpitämistä, arviointia ja parantamista asiakkaiden tarpeet sekä organisaatiossa asetetut laatuvaatimukset huomioiden. Laadunhallinnan suunnittelusta vastuussa on

organisaation johto, mutta toteutukseen osallistuvat yhdessä kaikki organisaation jäsenet. Näin ollen laadun edistäminen vaatii sekä yksilöllistä että yhteistä sitoutumista toiminnan kehittämiseen. (ISO 9001: 2008 laatukäsikirjan laatimismalli: 4; Koivuranta-Vaara 2011: 6.) Jos organisaatio osoittaa toimivansa järjestelmän kriteereiden mukaisesti, saa se siitä todistuksen (Kuisma 2013: 72).

Työntekijöiden laadukkaaseen työhön sitoutumiseen liittyen voidaan klinisen laadun osa-alueena nähdä henkilökunnan osaaminen. Terveystenhoitohenkilöstön on oltava koulutettu tehtävänsä ja jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus kehittää sekä ylläpitää osaamistaan. (Koivuranta-Vaara 2011: 11-12.) Terveystenhoitohenkilöstön osaamista ohjaa laki terveysthollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Ensihoidossa laadunhallinnalla tavoitellaan asiakaslähtöisempien palvelujen tuottamisen sekä turhien kustannusten vähentämisen lisäksi hoidon tulosten parantamista eri hoitoketjuissa (esimerkiksi sydäninfarktipotilaat) sekä henkilöstön työtyytyväisyyden lisäämistä. Virallinen laatujärjestelmä ensihoitopalveluissa ei ole välttämätön palvelun erityislaatuisuuden vuoksi, mutta se on suositeltavaa (Kuisma & Hakala 2013: 67, 69).

Ensihoitopalvelun laatuksiteerit ovat toistaiseksi jäljessä muista erikoissairaanhoidon aloista ja laatua on vaikeampi valvoa. Potilaan luona tapahtuvasta toiminnasta saadaan kuitenkin tietoa tarkastelemalla täytettyjä ensihoitokertomuksia. Yhtenä laadun mittarina käytetään ns. Utsteinin mallin mukaisesti raportoituja sairaalan ulkopuolella elvytettyjen potilaiden selviytymisiä. Laadukassa ensihoitopalvelussa näistä potilaista vähintään joka neljäs tulisi voida kotiutua sairaalasta. Vaatimuksena kuitenkin on, että apu on hälytetty heti potilaan mentyä elottomaksi ja että potilaan sydämen rytmi tavattaessa on kammiovärinä. (Castrén ym. 2012: 24.) Englannissa marraskuussa 2013 tehdyssä tutkimuksessa 25,4 % prosentilla potilaista spontaani verenkierto palautui sairaalaan saapuessa, mutta vain 9,5 % kotiutui sairaalasta (NHS England 2014).

2.3 Tiedonkeruu ensihoidossa

Sanonta ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole myöskään tehty” on varmasti jokaiselle terveysthollossa työskentelevälle tuttu. Potilasturvallisuuden lisäksi tällä on myös työntekijän oikeusturvan kannalta merkityksensä, sillä hyvin täytetystä

potilasdokumentista on hyötyä, jos tapahtuneesta tulee tiedusteluja tai selvityspyynnöitä jälkikäteen. Ensihoitokertomukseen kirjoitetun tekstin tulee olla asiallista, sillä henkilötietolain mukaan potilaalla on oikeus lukea itseään koskevat potilasasiakirjat. (Riihelä & Porthan 2013: 36, 39; Henkilötietolaki 523/1999: 26. §.)

Ensihoitokertomuksena pääsääntöisesti käytössä on Kansaneläkelaitoksen lomake Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta SV 210. Kyseinen lomake täytetään jokaisesta ensihoitotehtävästä. Se on laadittu rakenteeltaan ohjaamaan esitietojen hankintaa, potilaan tutkimista, peruselintoimintojen seurantaan sekä hoidon toteutusta sekä arviointia. Lomakkeessa on vain vähän tilaa, joten kirjatessa tulee olla ytimekäs ja hyödyntää yleisesti käytössä olevia lyhenteitä. (Riihelä & Porthan 2013: 37–39; Castrén ym. 2012: 83.)

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisen kannalta ensihoitokertomuksella on suuri merkitys potilaan siirtyessä jatkohoitoon hoitolaitokselle. Se on virallinen asiakirja ja liitetään potilaan sairauskertomukseen hoitolaitoksessa. Hyvin täytetyt tiedot tapahtuneesta ja potilaan taustoista auttavat tutkimusten ja hoidon suunnittelussa. (Castrén ym. 2012: 83.) Jos omaisten yhteystiedot ovat saatavilla, tulisi nämä merkitä ensihoitokertomuksen lisätietoja -kohtaan, jotta näille voidaan ilmoittaa potilaan olinpaikka, tila tai sen mahdolliset muutokset (Riihelä & Porthan 2013: 39).

Vastaanottavalle hoitolaitokselle oleellisia tietoja ovat:

- potilaan henkilötiedot ja kotiosoite
- tapahtumatiedot, vammamekanismi
- potilaan tila tavattaessa
- peruselintoimintojen arvot ennen hoitoa ja hoidon jälkeen
- annettu hoito ja sen vaste
- kotoa löytyneet lääkepurkit
- mahdolliset epikriisit, lääkelista, aiemmat EKG:t
- omaisten yhteystiedot, jos potilaalta ei saada tietoa (Castrén ym. 2012: 81).

Ilkka Erosen pro gradu –tutkielmassa ”Ensihoitokertomuksen käytettävyys – Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma” (2009: 41, 47) selvitettiin sairaalan ulkopuolisen ensihoidon kirjauksien käytettävyyttä päivystyksessä

tapahtuvassa päätöksenteossa. Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisella menetelmällä ja toteutettiin verkkokyselynä. Otoksena oli kohdepoliklinikoilla toukokuussa 2008 sairaanhoitajan tehtävissä toimineet henkilöt, N = 1144. Tuloksissa tuli ilmi huolestuttavia asioita tiedonkeruuseen liittyen, esimerkiksi potilaan kotilääkityksen kirjaamiseen tyytymättömiä oli 62 % vastaajista ja 70 % vastaajista löysi omaisten yhteystiedot kertomuksesta harvoin, hyvin harvoin tai ei koskaan.

Pertti Ahosen pro gradu –tutkielmassa ”Ensihoidon dokumentin käytettävyys” (2006: 44–45) selvitettiin ensihoidon toimijoiden näkemyksiä ensihoidon dokumentista. Käytettävyyden kriteereitä olivat ymmärrettävyys, luettavuus ja yhdenmukaisuus. Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla ja otoksena oli yhdeksän ensihoidon porrastetun vasteen toimijaa ympäri Suomea. Ensihoitokertomuksen ajateltiin olevan vastaanottavalle hoitolaitokselle epäselvä, mutta Erosen (2009: 52) tutkielmassa vastaajat pitivät kertomuksia pääosin tehokkaina ja miellyttävinä tiedon lähteinä. Esimerkiksi helppolukuisina niitä piti usein, lähes aina tai aina 88 % vastaajista.

Statusseurantaruudukkoon kirjataan löydökset, muun muassa peruselintoiminnot (Riihelä & Porthan 2013: 41). Sekä Ahosen (2006) että Erosen (2009) tutkielmissa ilmeni, että vastaajat toivoivat statusseurannan dokumentointiin muutosta. Huomattavaa onkin, että tämä on sekä sairaalan ulkopuolella työskentelevien ensihoitajien sekä vastaanottavassa hoitolaitoksessa työskentelevien sairaanhoitajien mielipide. Sairaanhoitajat kokivat, että potilaan elintoimintojen kirjaaminen taulukkomuotoon vaikeutti ymmärtämistä sekä tiedon hyödyntämistä. Myös ensihoidossa työskentelevät näkivät, että statusseuranta ei ole riittävän luettava ja toivoivat muutosta aikajatkumoon, joka muistuttaisi anestesia- ja tehohoidon dokumentointia. (Ahonen 2006: 41, 52; Eronen 2009: 51.)

Ensihoidossa työskentelevät ajattelivat, että ensihoitokertomuksessa lisätiedoilla ei ole suoranaista hoidollista merkitystä, vaan joidenkin haastateltavien mielestä niillä saattaa olla välillinen hoidollinen merkitys esimerkiksi kotisairaanhoidolle. Ensihoidossa työskentelevät olivat samaa mieltä siitä, että lyhenteiden ja merkitsemistapojen tulisi vastata sairaalayhteisössä käytettäviä lyhenteitä, jotta väärinymmärryksiä ei tapahtuisi. (Ahonen 2006: 42, 45.)

Suomessa on kehitetty yhtenäistä sähköistä potilaskertomusjärjestelmää 2000-luvun aikana. Tavoitteena on, että potilastiedot voidaan hakea ja palauttaa myös eri

järjestelmästä kuin sillä hetkellä käytössä oleva. (Iivanainen & Syväoja 2010: 13.) Ensihoidossa sähköinen johtamis- ja raportointijärjestelmä on ollut käytössä muutaman vuoden. Helsingin ja Uudenmaan alueella käytössä on Merlot Medi – järjestelmä. (Castrén ym. 2012: 89.)

Järjestelmän tärkeimpänä tehtävänä on sähköisen ensihoitokertomuksen luominen. Kertomukseen tallennetaan potilaan haastattelu-, mittaus- ja hoitotiedot. Järjestelmässä on eri oireille tai vammoille valmiita kysymyspohjia, jotka ohjaavat potilaan haastattelua. Järjestelmässä on mahdollista hakea potilaan henkilötiedot sairaalan tietojärjestelmistä sekä aiemmat hoitotiedot omasta järjestelmästä. (Castrén ym. 2012: 90.)

Sähköisen ensihoitokertomuksen keskeisimpinä hyötyinä pidetään muun muassa luettavuuden parantumista, kirjaamisen helpottumista, konsultoinnin sekä ennakoilmoitusten nopeutumista sekä tehtävien reaaliaikaisen seuraamisen mahdollistumista. Vastaanottava hoitolaitos voi yleensä tutustua ensihoitokertomukseen jo ennen potilaan saapumista. Sähköinen järjestelmä mahdollistaa myös paremman laadunseurannan sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan. (Riihelä & Porthan: 44–45, 96; Castren ym. 2012: 89).

2.4 Raportointi ensihoidossa

Ensihoitajien tuodessa potilaan päivystyspoliklinikalle siirtävät he potilaan hoitovastuun vastaanottavalle hoitohenkilökunnalle annettuaan raportin. Raportoinnin siirtämä tieto on tärkeä osa potilaan hoidon jatkuvuutta. Puutteet kommunikaatiossa voivat johtaa siihen, että jokin tärkeä tieto esimerkiksi potilaan tilasta jää siirtymättä. Ensihoitajilla usein on sellaista tietoa tapahtumista ja tapahtumapaikalta, joka on käytännössä mahdotonta selvittää päivystyksestä käsin. (Kempainen 2013: 96–97.)

Ongelmia raportointiin tuo päivystyspoliklinikoiden kiireisyys ja monimutkaisuus. Tämä saattaa johtaa raportin aktiivisen kuuntelun puuttumiseen tai keskittymisen häiriintymiseen raporttia vastaanotettaessa. Vastaavasti ensihoitajien raportin sisältö vaihtelee. Pahimmillaan nämä ongelmat johtavat tiedon puutteellisuuteen tai katoamiseen. Raportoinnin ensihoitajien ja päivystyksen hoitohenkilökunnan välillä tulisi olla selkeää ja järjestelmällistä. (Kempainen 2013: 97.)

Manserin ym. (2010) tutkimuksessa tarkoituksena oli kehittää ja testata arviointiväline raportoinnille potilaiden luovutustilanteissa. Tutkimusongelmana oli selvittää, mistä turvallinen ja tehokas raportointi muodostuu. Arviointivälinettä käytettiin yhteensä 126 raportointitilanteessa, jotka kuuluivat johonkin kolmesta eri tilanteesta: ensihoitajilta päivystyksen hoitajille, leikkaussalin hoitajilta heräämöhoitajille tai heräämöhoitajilta vuodeosaston hoitajille. Näiden perusteella saatiin muodostettua kolme raportointiin vaikuttavaa tekijää.

Ensimmäisenä tekijänä oli tiedonsiirto, johon vaikuttivat raportointitilanteen tekniset puolet: kliinisen informaation siirtäminen (sisältäen kaiken relevantin informaation, raportointidokumentin luovuttamisen, potilaan tilan arvion sekä potilaan jatkohoidon suunnitelman) sekä organisaation vaikutuksen ja tuen raportointitilanteeseen (käytettävien dokumenttien ja ajan mahdollistaminen sekä strukturoidun raportoinnin noudattaminen). (Manser ym. 2010.) Myös Kempainen (2013) puhuu strukturoidun raportoinnin, esimerkiksi ISBAR-raportointimenetelmän, puolesta. Strukturoidulla raportoinnilla tarkoitetaan yhteisesti sovittua mallia raportoinnin kulusta. Raportti etenee järjestelmällisesti: potilaan tunnistaminen, tapahtumatiedot, taustatiedot, nykyisen tilan arvio sekä toimintaehdotukset. Strukturoidusta raportoinnista on etua, sillä se vähentää inhimillisten erehdysten ja unohdusten määrää, mutta se vaatii molemmilta osapuolilta perehtymistä sekä sitoutumista. (Kempainen 2013: 96–97.)

Toisena tekijänä oli jaettu ymmärrys potilaan luovuttajan ja potilaan vastaanottavan ammattilaisen välillä. Sillä tarkoitettiin kommunikoinnin ongelmien ehkäisemistä, eli varmistamalla raportoinnin loppuunsaattaminen sekä aktiivisesti tarkentamalla kysymyksiä ja epäselvyyksiä. Tärkeää on keskustella mahdollisista riskeistä ja komplikaatioista. (Manser ym. 2010.)

Kolmantena tekijänä oli työilmapiiri. Siihen katsottiin kuuluvan tiimi, joka liittyy potilaan luovutustilanteeseen ja näiden jäsenten väliset jännitteet tai hyvän kontaktin ylläpito. (Manser ym. 2010.)

2.5 Vuorovaikutuksellinen yhteistyö ensihoidossa

Toimivan moniammatillisen yhteistyön aikaansaamiseksi vaaditaan vuorovaikutusosaamista sekä nykyisen vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista. Tällöin

tulisi myös tietoisesti pyrittävä sellaiseen vuorovaikutukseen, jotta tieto ja eri näkökulmat voidaan saattaa yhteen. (Kontio 2010: 6.)

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan ihmisten välistä viestintää ja vaikuttamista toisiinsa (Castrén ym. 2012: 74). Vuorovaikutuksen voidaan myös ajatella olevan ihmisten välistä tai eri yhteistyöverkostojen välistä (Rekola 2013: 766). Vuorovaikutus jaetaan verbaaliseen eli sanalliseen sekä nonverbaaliseen eli sanattomaan viestintään. Verbaalista viestintää on puhuminen, puhe ja siihen liittyen äänenpaino sekä -sävy. Nonverbaaliseen viestintään katsotaan kuuluvan muun muassa kuunteleminen, koskettaminen, kehon liikkeet sekä ilmeet ja eleet. Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä tukevat ja täydentävät toisiaan eivätkä ole toisistaan irrallisia. (Castrén ym. 2012: 74.)

Vuorovaikutusjärjestelmiä on esitetty olevan neljä. Ne eivät tänä päivänä ole useinkaan näkyvissä kovin irrallisina, vaan vuorovaikutuksessa ilmenee elementtejä eri järjestelmistä samanaikaisesti. Hierarkkisessa järjestelmässä vuorovaikutuksessa olijat ovat kilpailijoita ja puolustavat omaa asemaansa. Konformisuuteen perustuvassa järjestelmässä toiminta sopeutetaan tarkasti normeihin ja muiden käyttäytymistä valvotaan. Rationaalisessa järjestelmässä yhteistoiminnan järjestämisen tavoitteena on tehokkuus ja taloudellisuus. Keskustelu on yhteistoiminnallista ja yhteistä näkemystä ylläpidetään vuoropuhein. Vasta tässä järjestelmässä todellinen vuoropuhelu on mahdollista. Viimeisessä vapaan keskustelun järjestelmässä voidaan puhua mistä vain kenen kanssa tahansa, eikä keskustelua rajoittavia sääntöjä ole. Tämä olisi ideaali tilanne tasa-arvoiselle moniammatilliselle yhteistyölle. (Isoherranen 2005: 87–88.)

Ammattilainen toimii vuorovaikutuksessa potilaan hoitoon liittyvien muiden ammattilaisten kanssa tuoden esille omaa asiantuntijuuttaan, mutta myös tunnistaen oman asiantuntijuutensa rajat (Rekola 2013: 764–765). Dialogi on väline, jonka avulla rakennetaan yhteistä ymmärrystä ammattilaisten välillä. Dialogi eroaa keskustelusta siinä, että sen tavoitteena on ilmiön tutkiminen yhdessä. Keskustelun kohdetta tarkastellaan eri näkökulmista eikä ajattelutapojen eroja huomioida. Vaikka keskustelukumppanin näkökanta ei olisi mieluinen, sitä kuunnellaan ilman ennakoarviointia. Kuuntelun voidaan katsoa olevan onnistuneen dialogin ensimmäinen vaihe yhdessä kunnioituksen kanssa. Dialogi vaatii odotusta ja

kärsivällisyyttä, sillä ratkaisu ei välttämättä löydy hetkessä. Oma näkökulma tulee myös esittää avoimesti. (Isoherranen 2005: 25.)

Toisten vuorovaikutuksessa toimivien henkilöiden toimintaa on helpompi arvioida kuin omaansa. Oman tyylinsä tunnistaminen tai muuttaminen voi olla haasteellista. Olisi tärkeää osata erilaisia sosiaalisia suhtautumistapoja, joita voisi hyödyntää erilaisissa tilanteissa. Terveystieteiden ammattilaiselta vaaditaan vuorovaikutustilanteisiin liittyvää arviointitaitoa sekä joustavuutta. Akuutissa tilanteessa ei ole aikaa neuvottelulle, vaan silloin tietyssä roolissa olevalta vaaditaan autoritaarista johtajuutta ja muilta tiimin jäseniltä oman roolinsa ymmärrystä sekä suorittamista. Toisena hetkenä samojen asiantuntijoiden pitäisi kyetä muuttamaan vuorovaikutustaan neuvottelevaksi sekä tasa-arvoisen keskusteleväksi. (Isoherranen 2005: 88-89.)

Sari Kaakkolamman pro gradu -tutkielmassa ”Korkeakouluopiskelijoiden vuorovaikutusosaaminen kollaboratiivisessa ryhmässä” (2009: 67–68) tutkittiin opiskelijoiden vuorovaikutusosaamista ja asenteita ryhmätyöskentelyä kohtaan. Aineisto kerättiin videotallentein autenttisista ryhmäkeskusteluista, joissa työskenteli yhteensä 24 opiskelijaa kolmessa eri ryhmässä. Taidoiltaan hyväksi opiskelijoiksi katsottiin ne, jotka osallistuivat keskusteluun aktiivisesti ja pyrkivät ottamaan käyttöön yhteisiä toimintatapoja. Tämän katsottiin selkeyttävän ryhmäkeskustelua. Taidoiltaan heikommät opiskelijat eivät ottaneet vastuuta keskustelusta eivätkä pyrkineet toimimaan keskustelussa ilmenneiden toimintatapojen mukaan. Näin ollen he eivät näyttäneet osaavan mukauttaa käyttäytymistään keskusteluun ja muiden käyttäytymiseen sopivaksi.

Eräässä ryhmässä ongelmaksi muodostui se, että esitetyt ajatuksia ei pyritty arvioimaan tai täsmentämään, toisten sanomisia ei kuunneltu tarkasti ja katsekontaktia välteltiin. Toisessa ryhmässä positiivisia huomioita tuottivat kaikkien ajatusten huomioiminen sekä epäselvien asiansanojen avaaminen kaikille ymmärrettävämpään muotoon. (Kaakkolammi 2009: 69, 73.)

Käsitteenä yhteistyöllä tarkoitetaan ihmisten kesken suoritettavaa yhteistä työtä, tehtävää, ongelmaa tai päätöstä tai uusien näkökulmien etsimistä yhdessä keskustellen. Moniammatillisuuden tarkoituksena on liittää yhteistyöhön useiden eri asiantuntijoiden tiedon ja osaamisen näkökulmia. Haasteena on kaiken tiedon ja

osaamisen kokoaminen yhteen kokonaisvaltaisen käsityksen saavuttamiseksi. (Isoherranen 2005: 14.)

Moniammatillisen yhteistyön ajatellaan oleva nykyisiin ja tuleviin haasteisiin vastaamisen väline. Jotta moniammatillinen yhteistyö kehittyisi, tarvitaan muutoksia yksilö-, ryhmä-, organisaatio- sekä yhteiskuntatasolla. Yksilötasolla vaatimukset ovat koventuneet sosiaalisten taitojen suhteen. Ryhmätasolla pyritään vaikuttamaan aidosti keskustelevalle toiminnalle vuorovaikutukseen sekä johtajuuteen. Organisaatioiden tulisi tehdä tarvittavia rakenteellisia muutoksia mahdollistaakseen tiedon kokoamisen sekä prosessoinnin, yhteiskunnan puolestaan tulisi suunnata resurssit oikein sekä suorittaa lainsäädännöllisiä uudistuksia. (Isoherranen 2005: 8.)

Moniammatillinen yhteistyö on olennainen osa terveydenhuollon laatutyötä. Kuntaliiton laatutyön visiossa vuoteen 2015 on korostettu saumatonta yhteistyötä ja tiedonkulkua potilaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä. (Koivuranta-Vaara 2011: 12.) Ajatus siitä, että asiantuntijuus tietyltä ammattialalta olisi vain yksilön ominaisuus alkaa olla vanhentunut. Se on muuttumassa kohti tiimi- ja verkostoasiantuntijuutta ja on yhdistelmä usean henkilön osaamista. Yhteistyön tuomaa laajempaa asiantuntijuutta edellyttää se, että yksilöt jakavat osaamistaan ja kokemuksiaan toisilleen. (Rekola 2013: 764–766.) Terveystieteissä yhteistyön tavoitteena on huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Yhteisen tiedon prosessointi tapahtuu asiakaslähtöisesti. (Isoherranen 2005: 14–15.)

Moniammatilliseen yhteistyöhön saattaa syntyä jännitteitä, jos tieto toisten osapuolten koulutuksesta ja osaamisesta on riittämätön. Muita ongelmia saattavat tuoda sitoutumattomuus yhteistyöhön, riittämättömät tiedolliset ja taidolliset valmiudet sekä tuen ja palautteen puuttuminen. (Rekola 2013: 767–768.) Aina tilanteesta ei onnistuta muodostamaan yhteistä ymmärrystä, vaikka osapuolilla olisi hyvät keskustelu- ja vuorovaikutustaidot. Yhteisymmärrys saattaa painottua vain joihinkin näkökulmiin, jolloin kokonaisuus ja tavoite jäävät saavuttamatta. Toisaalta yksilöt eivät saata tunnista oman osaamisensa erityislaatuisuutta, eivätkä tällöin välttämättä jaa tietojaan ryhmälle. (Isoherranen 2005: 18.)

Sosiaali- ja terveystieteissä korostetaan moniammatillisessa yhteistyössä viittä asiaa: asiakaslähtöisyyttä, tiedon ja eri näkökulmien kokoamista yhteen, vuorovaikutustietoista yhteistyötä, rajojen ylityksiä sekä verkostojen huomioimista

(Isoherranen 2005: 14). Yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat yhteistyötä tukeva kulttuuri organisaatioissa ja näiden välillä, sitoutuminen yhteistyöhön, toisten kuunteleminen, tiedonkulun moninaisuus sekä yhteistyön, oman ja toisten ammattien arvostus (Rekola 2013: 767–768).

Arja Laakkosen väitöskirjassa ”Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa” (2004: 5, 168–171) tarkoituksena oli arvioida mahdollisuuksia hoitotyön asiantuntijuuteen kehittymiseen nykyisessä hoitokulttuurissa. Kohdeympäristönä oli pääkaupunkiseudulla sijaitseva erikoissairaanhoidon poliklinikka. ja tutkimus toteutettiin laadullisella sisällönanalyysillä useista eri kohteista, esimerkiksi vastaanotolta sekä koulutuksista. Hoitajien välisen yhteistyön nähtiin olevan toimivaa, mutta moniammatillinen yhteistyö oli sattumanvaraisempaa. Hoitajien vuorovaikutustyyli oli passiivinen ja rooli alisteinen. Näin ollen moniammatillisen asiantuntijaverkoston kehittyminen on hidasta, sillä yhteistyö oli ammattiryhmäkeskeistä. Laakkonen toteaa, että hierarkkisuus ei tue moniammatillisen yhteistyön toteutumista.

3 ASIAKASTYYTYVÄISYYS KÄSITTEENÄ

Terveystieteiden palveluissa asiakkaan tyytyväisyyttä tavoiteltaessa huomioidaan niin käyttäjäasiakas eli potilas kuin maksaja-asiakas eli palvelun tilaaja (Kuisma & Hakala 2013: 74). Tässä tutkimuksena asiakkaana nähdään palvelun tilaajan alaisuudessa toimivat työntekijät. Sujuva yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa osaltaan edistää potilasturvallisuutta.

Vain asiakkaansa tarpeet tunteva ja asiakassuhteensa hallitseva organisaatio voi menestyä. Tätä kutsutaan asiakassuuntautuneisuudeksi. (ISO 9001:2008 laatukäsikirjan laatimismalli: 5.) Asiakassuuntautuneisuuden osa-alueita ovat asiakaspalaute sekä asiakastyytyväisyys (Kuisma & Hakala 2013: 74).

Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan koko asiakaskunnan tai asiakaskuntaa edustavan otoksen tyytyväisyyttä palveluun (Kuisma & Hakala 2013: 74). Organisaation asiakastyytyväisyys on mitattavissa asiakaspalautteella sekä kyselyillä (ISO 9001: 2008 laatukäsikirjan laatimismalli: 26). Asiakastyytyväisyyttä selvitetessä erikseen jälkikäteen tehdyllä kyselyllä voidaan se toteuttaa kirjeitse, puhelimella tai haastattelulla. Asiakaspalaute on asiakkaan oma-aloitteisesti antamaa kirjallista tai

suullista tietoa siitä, miten hän on hoidon kokenut tai nähnyt. (Kuisma & Hakala 2013: 74.)

Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan palvelun soveltuvuutta asiakkaan tarpeeseen ja asiakkaan tyytyväisyyden saavuttamista. Ensihoitopalvelu on asiantuntijapalvelua, jolloin asiakas ei itse aina pysty objektiivisesti arvioimaan tarpeidensa toteutumista. Tätä voidaan kuitenkin mitata esimerkiksi hoidon vaikuttavuutta sekä virheettömyyttä arvioivilla mittareilla. Varsinaisen asiakastyytyväisyyden syntyminen on kuitenkin aina asiakkaan yksilöllinen kokemus. (Kuisma & Hakala 2013: 68.)

Asiakkaat jaetaan yleisesti sisäisiin sekä ulkoisiin asiakkaisiin. Terveystieteiden tutkimuksessa ja ensihoidossa sisäisellä asiakkaalla tarkoitetaan hoitoketjun seuraavaa asiakasta, tähän tutkimukseen liittyen esimerkkinä on päivystyspoliklinikka, joka on ensihoidon kenttätoiminnan sisäinen asiakas. Ilman toimivaa sisäistä asiakkuutta ei loppuasiakkaalle eli potilaalle voida tarjota optimaalista palvelua. Jos sisäinen asiakas ei saa täyttä palvelua prosessin edelliseltä vaiheelta, myöskään ulkoinen asiakas ei sitä saa. Vaikka ulkoisena asiakkaana voitaisiin pitää potilasta, ulkoisen asiakkaan määrittely ei terveydenhuollon piirissä ole niin yksinkertaista, sillä käyttäjäasiakas ja maksaja-asiakas ovat eri tahoja. Myös yksityiset palveluntuottajat saavat merkittävää tukea yhteiskunnalta muun muassa Kela-korvauksin. (Kuisma & Hakala 2013: 74–75.)

4 UUDENMAAN SAIRAANKULJETUS OY

Uudenmaan sairaankuljetus Oy on ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluja tarjoava yksityinen yritys, jonka toiminnan painopiste on pääkaupunkiseudun ja muun Uudenmaan kiireettömissä ensihoidotehtävissä. Yritys hoitaa hätäkeskuksen välittämiä ensihoidotehtäviä Vantaalla ja muualla Keski-Uudellamaalla sekä potilassiirtoja koko Suomen alueella. Hätäkeskuksen alaisia yksiköitä on neljä, joista kaksi on sijoitettu Vantaalle ja yksi Keravalle yhden toimiessa vara-autona. Siirtokuljetusyksiköt ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alaisia. Tehtävät välittää HUS Logistiikan välityskeskus. Sopimus koskee viittä yksikköä, joista neljä on perustason yksiköitä ja yksi hoitotason yksikkö. (Peisa 2014.)

Yrityksen asiakkaita ovat potilaat, Kela, Itä- ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitos sekä sairaanhoitopiirit. Sidosryhminä toimivat edellisten lisäksi hätäkeskus, poliisi, aluehallintovirasto sekä muut alan yrittäjät. (Peisa 2014.)

Yrityksessä työskentelee 80 aktiivista työntekijää. Yrityksen liikevaihto oli vuonna 2012 2,6 miljoonaa euroa ja vuonna 2013 se tulee olemaan 3,1 miljoonaa euroa. Yrityksen laadun takaa yritykselle myönnetty ISO 9001:2008 –laatustandardi. (Peisa 2014.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimusongelmat syntyivät pohtiessani mahdollisia ongelmakohtia sairaankuljettajien ammatillisessa osaamisessa. Tutkimusongelmat on kehitetty yrityksen tarpeiden pohjalta.

1. Millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on sairaankuljettajien ammatillisesta osaamisesta?
 - 1.1. Mitä mieltä hoitohenkilökunta on sairaankuljettajien tiedonkeruusta?
 - 1.2. Mitä mieltä hoitohenkilökunta on sairaankuljettajien raportoinnista?
 - 1.3. Mitä mieltä hoitohenkilökunta on sairaankuljettajien ja vastaanottavien hoitajien välisestä vuorovaikutuksellisesta yhteistyöstä?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä

Tässä tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan kutsua myös määrälliseksi sekä tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla selvitetään kysymyksiä, jotka voidaan esittää lukumäärien ja numeeristen suureiden avulla sekä havainnollistaa taulukoin sekä kuvioin. Se antaa yleisen kuvan mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Kvantitatiivisen tutkimuksen onnistunut toteutuminen vaatii riittävän suuren tutkimusongelmaa edustavan otoksen. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on avuksi olemassa olevan tilanteen kartoittamiseen, mutta sillä ei pystytä selvittämään riittävästi tilanteen syitä. Sillä vastataankin enemmän kysymyksiin kuinka paljon tai miten usein kuin esimerkiksi miksi tai millainen. (Heikkilä 2010: 16; Vilka 2007: 13.)

Tutkittavaa asiaa, esimerkiksi mielipidettä, sukupuolta tai ikää, kutsutaan muuttujaksi. Yksittäisiä väitteitä, jotka mittaavat vain yhtä asiaa, kutsutaan osioiksi. Mittari, jolla mitataan useita toisiinsa liittyviä asioita, koostuu osioista. Osioita kutsutaan avoimiksi tai suljetuiksi. Avoimiin osioihin vastataan vapaamuotoisesti ja suljettuihin on lomakkeessa valmiiksi vastausvaihtoehdot. Suljetut osiot selkeyttävät mittausta ja helpottavat aineiston analysointivaihetta. Toisaalta taas avoimista osioista saatetaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, joka muuten saattaisi jäädä huomioimatta tai havaitsematta. Avoimet osiot ovat välttämättömiä, jos vaihtoehtoja ei voida tai haluta luetella. (Vilka 2007: 16; Vehkalahti 2008: 23–24.)

Kyselytutkimuksen toteutukseen on useita vaihtoehtoja, kuten henkilökohtainen haastattelu, puhelinhaastattelu, postikysely ja www-kysely (Heikkilä 2010: 20). Tässä tutkimuksessa tutkimus suoritettiin henkilökunnan työpaikallaan täyttämän paperisen kyselylomakkeen avulla.

6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kvantitatiivinen aineistonkeruu on erittäin strukturoitua eli jäseneltyä. Tässä tutkimuksessa tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunniteltiin etukäteen ja vakioitiin. Kysymykset oli vakioitu, kun kysymysten aiheet olivat samat, ne oli kysytyt samalla tavalla ja asetettu samaan järjestykseen. Kaikkien tutkittavien tuli vastata samoihin kysymyksiin. Jokaiselle muuttujalle annettiin arvo, joka ilmaistiin kirjaimina tai numeroina. Tämän perusteella voitiin rakentaa mittari. (Ks. Vilka 2007: 15–16, 28.)

Tässä tutkimuksessa mittarina käytetään kyselylomaketta. Tällöin tutkijan suhde tutkittaviin säilyy etäisenä, sillä tutkija ei tapaa tutkittavia henkilökohtaisesti. Näin tulokset pysyvät puolueettomina. (Ks. Vilka 2007: 16.)

Useimmiten asennetyyppisissä kyselytutkimuksissa, kuten tässä tutkimuksessa, mittari muodostetaan järjestysasteikoksi (ks. Vehkalahti 2008: 23). Tässä tutkimuksessa käytetty kysely rakennettiin neliportaiseksi Likert-tyyppiseksi mittariksi, jolloin vastaukset sijoittuivat vaihtoehtojen ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä” väliselle akselille. Kyselyä rakentaessa oli tärkeää esittää väitteet yksinkertaisesti ja selkeästi sekä välttää eri tavalla tulkittavissa olevia kysymyksiä. (Ks. Metsämuuronen 2002: 17, 20–21.) Jos kysymykset olivat epäselviä, ei niihin voinut odottaa selkeitä vastauksia (ks. Heikkilä 2010: 48.)

Likert-asteikko on tyypillisesti viisiportainen, mutta aina viidettä vaihtoehtoa eli ”ei samaa eikä eri mieltä” -vaihtoehtoa ei tarvita (Vehkalahti 2008: 36). Tähän tutkimukseen vastaavat henkilöt ovat sairaankuljetusyrityksen kanssa päivittäin työskenteleviä hoitoalan ammattilaisia, joten voidaan olettaa vastaajien pystyvän ottamaan kantaa väittämiin. Kyselyn väittämät perustuvat aiemmin määriteltyihin tutkimusongelmiin sekä teoreettisiin lähtökohtiin, tästä prosessista muuttujataulukko liitteenä (liite 5).

Lomakkeen kysymykset numeroitiin juoksevasti ja teksti pyrittiin asettelemaan siististi. Lomakkeessa kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan, kysymykset etenivät loogisesti ja samaa aihetta koskevat kysymykset ryhmiteltiin kokonaisuuksiksi, jotka otsikoitiin tutkimusongelmien mukaisesti. Lomakkeen pituuteen kiinnitettiin huomiota. (Ks. Heikkilä 2010: 49.)

Onnistuneen kyselytutkimuksen laatiminen edellytti teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin perehtymistä sekä näiden pohjalta avainkäsitteiden ja alakäsitteiden määrittelyä. Tutkijan tuli varmistua siitä, että vastaajilla on mahdollisuus vastata kyselyyn ja että näillä on asiaa koskevaa tietoa. Vastausohjeiden tuli olla selkeitä ja yksiselitteisiä. (Ks. Heikkilä 2010: 47; Vilka 2007: 63.)

6.3 Luotettavuuden varmistaminen etukäteen

Tutkimus on onnistunut silloin, kun se avulla on saatu luotettavat vastaukset tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2010: 29). Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa voidaan hyödyntää kahta käsitettä: validiteetti ja reliabiliteetti.

Yksinkertaisimmillaan validiteettia voitaisiin kutsua pätevyudeksi ja reliabiliteettia luotettavuudeksi tai toistettavuudeksi. Pelkästään nämä määritelmät eivät kuitenkaan kuvaa kyseisiä käsitteitä tarpeeksi. (Vehkalahti 2008: 40.)

Tutkimuksen voidaan katsoa olevan validi, sillä sille oli asetettu täsmälliset tavoitteet ja mittari oli rakennettu selvittämään sitä, mitä oli tarkoituskin selvittää. Validiudella tarkoitetaan systemaattisten virheiden puuttumista. (Ks. Heikkilä 2010: 29.)

Mittareiden ajallisesta pysyvyydestä ei ole mitään takuita, joten ne saattavat pahimmassa tapauksessa mitata jotain muuta, kuin oli alun perin tarkoitettu (Vehkalahti 2008: 41). Validiteetti varmistettiin huolellisella etukäteissuunnittelulla tiedonkeruulla. Lomakkeen kysymysten tuli kattaa kaikki tutkimusongelmat ja mitata

oikeita asioita, perusjoukon tuli olla tarkkaan määritelty, otoksen edustava ja vastausprosentin korkea validin tutkimuksen toteutumiseksi. (Ks. Heikkilä 2010: 30.) Kyselytutkimuksissa validiteetin vaikuttaa olennaisesti kysymysten onnistuminen eli saadaanko niiden avulla ratkaisu tutkimusongelmaan (Heikkilä 2010: 186).

Validiteetti on ensisijainen peruste luotettavuudelle, sillä ilman oikean asian mittaamista ei reliabiliteetilla ole perusteita. Reliabiliteetti käytännössä on mittausvirheiden minimoimista sekä kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Vehkalahti 2008: 41; Heikkilä 2010: 187.) Tutkimuksen tulosten oli oltava tarkkoja ja tutkimuksen toistettavissa. Pientä otoskokoja seuraa sattumanvaraiset tulokset. Suunnitteluvaiheessa tuli huomioida mahdollisesti suurikin kato, eli lomakkeiden palauttamatta jättäneiden määrä. (Ks. Heikkilä 2010: 30.) Kyselyn ajankohta oli hyvä, sillä helmikuun alkupuolella ei ollut vielä varsinaista lomakautta, joten työntekijöistä paikalla oli mahdollisimman moni.

Kysymykset ja väittämät oli suunniteltava lomakkeeseen huolellisesti. Useimmiten virheitä aiheuttaa juuri kysymysten muoto. Suunnittelu edellytti aiempaan tutkittuun tietoon tutustumista, tutkimusongelman täsmentämistä sekä käsitteiden määrittelyä. Vastausvaihtoja suunnitellessa tuli huomioida aineiston käsittely ja kuinka tarkkoja vastauksia haluttiin. Kysymykset eivät saaneet olla johdattelevia. Kysymyksiin ei voinut vaikuttaa enää aineiston keruun jälkeen. (Ks. Vehkalahti 2008: 47.)

Työelämän yhteishenkilö pyrki olemaan tiiviisti yhteistyössä tutkimuksen teon ajan, mikä varmisti sen, että tutkimus vastaa työelämän tarpeita. Kyselylomake ja sen tarkoitus sekä tavoitteet esiteltiin päivystyksen henkilökunnalle osastotunnilla. Myös päivystyksen yhteishenkilön kanssa oltiin yhteydessä lomakkeiden vastausajan.

Kyselyn esitestaus suoritettiin kahdelle henkilölle, jotka työskentelevät päivystysympäristössä. Kyselylomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia tämän perusteella.

6.4 Otanta ja aineiston hankinta

Tutkittavien valinnassa käytettiin kokonaisotantaa, jolloin koko perusjoukko otettiin mukaan tutkimukseen (ks. Vilka 2007: 52). Kokonaisotanta kannatti tehdä, sillä perusjoukon yksiköiden määrä oli alle sata (ks. Heikkilä 2010: 33). Tässä yhteydessä

perusjoukolla tarkoitetaan Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon henkilökuntaa eli HUS:in alaisuudessa työskenteleviä eri ammattiryhmiä edustavia hoitajia. Kyselyyn osallistuvien määrää ei rajattu eri otantamenetelmillä, jotta saatiin mahdollisimman paljon vertailumateriaalia.

Kyselylomakkeet jätettiin saatekirjeen kera henkilökunnan kahvihuoneeseen, jotta ne olivat näkyvillä ja niihin oli mahdollisimman helppo vastata. Kyselylomakkeita toimitettiin hoitohenkilökunnalle sen hetkisten vakanssien mukaan 44 kappaletta. Aineiston suunniteltu keräämisaika oli 22.1–7.2.2014 välillä. Kyselyajan loputtua aineiston keruuaikaa jatkettiin 17.2.2014 saakka, sillä lomakkeita oli palautunut vain 20 kappaletta. Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen apulaisosastonhoitaja muistutti henkilökuntaa sähköpostitse kyselyyn vastaamisesta, jolloin lopulliseksi lomakkeita saatiin kokoon 25 kappaletta, joista yksi kappale jouduttiin karsimaan pois. Vastausprosentti oli 57 %.

6.5 Aineiston analysointi

6.5.1 Kvantitatiivinen aineisto

Kvantitatiivisen tutkimuksen analysointi on yksiselitteistä ja se jakautuu selkeisiin vaiheisiin. Tulkintoja voi tehdä vasta aineiston keruun ja käsittelyn jälkeen, kun taas kvalitatiivisessa eli laadullisessa aineiston tulkinta nivoutuu kaikkiin vaiheisiin. (Heikkilä 2010: 17.)

Analysointivaihe alkoi palautuneiden lomakkeiden tarkistuksella. Vastausten laatu arvioitiin ja asiattomasti täytetyt lomakkeet poistettiin. Tämän jälkeen laatu arvioitiin jokaisesta kysymyksestä yksitellen. Laadun arvioinnin jälkeen arvioitiin kato. Kadolla tarkoitetaan puuttuvien tietojen määrää tutkimuksessa. Jos merkittävä osa kysymyksistä on vastaamatta, voi olettaa, että perusjoukolla ei ole tietoa aiheesta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kadon laatu tulee arvioida pohtimalla muun muassa sitä, ketkä eivät ole vastanneet kyselyyn ja onko kato ollut systemaattista vai ei-systemaattista. Tätä kutsutaan katoanalyysiksi. (Ks. Vilkkä 2007: 106–105.) Tässä tutkimuksessa vain yksi lomake jouduttiin poistamaan, sillä vastaaja ei ollut vastannut taustatietojen jälkeen yhteenkään kysymykseen.

Lomakkeet, joille tieto oli kerätty, numeroitiin juoksevilla numerolla (ks. Vilka 2007: 111). Tutkimusaineiston voi käsitellä tietokoneella erilaisten ohjelmistojen avulla. Ohjelmistoja löytyy monipuolisista tilasto-ohjelmista yksinkertaisempiin taulukkolaskentaohjelmiin. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on esimerkki tilasto-ohjelmasta, jolla tilastollisten taulukoiden ja testien teko sujuu nopeammin ja vaivattomammin kuin esimerkiksi Excelillä, joka on taulukkolaskentaohjelma. Pienien muuttujamäärien käsittely kuitenkin onnistuu hyvin taulukkolaskentaohjelmillakin, eikä sen käyttö vaadi erityistä opettelua. (Heikkilä 2010: 121–122.) Tästä syystä työn analysointi toteutettiin Excelin avulla.

Lomakkeiden tiedot syötettiin havaintomatriisiin muotoon Excelin taulukkoon. Havaintomatriisilla tarkoitetaan taulukkoa, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä eli yhden henkilön antamia tietoja ja pysty rivit muuttujia eli yhden kysymyksen vastauksia. Muuttujia määriteltiin jokaista lomakkeen vastausta varten ja sen nimeämistapa oli vapaa. Tässä tutkimuksessa muuttujat nimettiin numeroin. Muuttujien nimet syötettiin sarakeotsikoiksi taulukon ensimmäiselle riville. Puuttuvat tiedot sai jättää tyhjiksi. (Ks. Heikkilä: 123, 127–128.)

Aineiston syötön jälkeen tuli tarkistaa, että muuttujien nimet ja arvot vastasivat kyselylomakkeessa olevia asioita. Virheiden ilmaantuessa oli havaintoyksikköä koskeva lomake etsittävä ja arvot korjattava oikeiksi. Jokaisen havaintoyksikön tiedot oli tarkistettava, sillä mittausvirheet aiheutuvat virheellisestä tietojen tallentamisesta ja se vuorostaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Ks. Vilka 2007: 113–114.)

Kun muuttujien arvot oli tarkistettu ja aineisto oli tallennettu, alkoi sen käsittely tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Aineiston käsittely aloitettiin kuvaamalla jokaisen muuttujan saamia arvoja tekstin ja kuvioiden avulla. Kuvioita pidetään nopean tiedonvälityksen välineenä. Tehdyt kuviot sisällytettiin tekstinkäsittelyohjelmaan raportointia varten. (Ks. Heikkilä 2010: 143–144, 149, 154.)

Analyysimenetelmän valitessa oli tärkeää muistaa se, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusongelmana oli selvittää vain hoitajien mielipiteitä toiminnasta, eikä näihin liittyviä taustatekijöitä. Tästä syystä käytettiin sijaintilukuja. Sijaintiluvuilla tarkoitetaan tunnuslukuja, jotka kuvaavat havaintoarvojen sijaintia. Tässä tutkimuksessa sijaintilukuna käytettiin keskiarvoa. Yksittäisestä muuttujasta tarkimman tiedon saa selvittämällä aina useamman muuttujaa kuvaavan tunnusluvun.

On suositeltavaa laskea muuttujasta sekä mediaani että keskiarvo. (Ks. Vilkka 2007: 119.) Tuloksia esitettäessä käytettiin sekä prosentteja että frekvenssejä, mutta koska aineisto on pieni, graafinen materiaali esitettiin frekvenssein tulosten selkeyttämiseksi.

6.5.2 Kvalitatiivinen aineisto

Kyselylomakkeessa oli suljettujen kysymyksien lisäksi avoimia kysymyksiä, joiden analysoinnissa käytettävää menetelmää kutsutaan laadullisen aineiston sisällönanalyysiksi. Sen lisäksi, että sitä tavallisesti käytetään yksittäisenä metodina, voidaan sitä hyödyntää liittämällä se erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan juuri esimerkiksi kirjoitettujen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009: 91.)

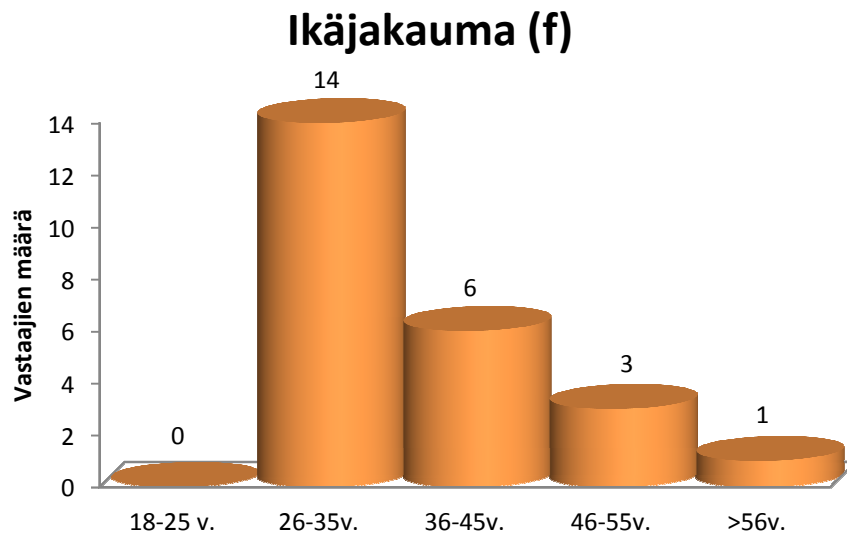
Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla analysoitiin dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla pyrittiin saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineisto pelkistettiin etsimällä tutkimusongelmien kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. Aineisto ryhmiteltiin samaa tarkoittavien asioiden ryhmiksi ja yhdisteltiin luokaksi, joka nimettiin sisältöä kuvaavaksi. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009: 103, 109-111.)

Aineiston käsittely aloitettiin kirjoittamalla kaikki kommentit ylös näille sopivien tutkimusongelmien alle. Kommenteista tehtiin pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin alakategorioihin näiden samanlaisuuden perusteella. Useimmista alakategorioista muodostettiin vielä yksi yhteinen pääkategoria tutkimusongelmaa kohden kuvaamaan hoitajien odotuksia ja kehittämiskohteita sairaankuljettajien toiminnasta. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009: 103, 109-111.)

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

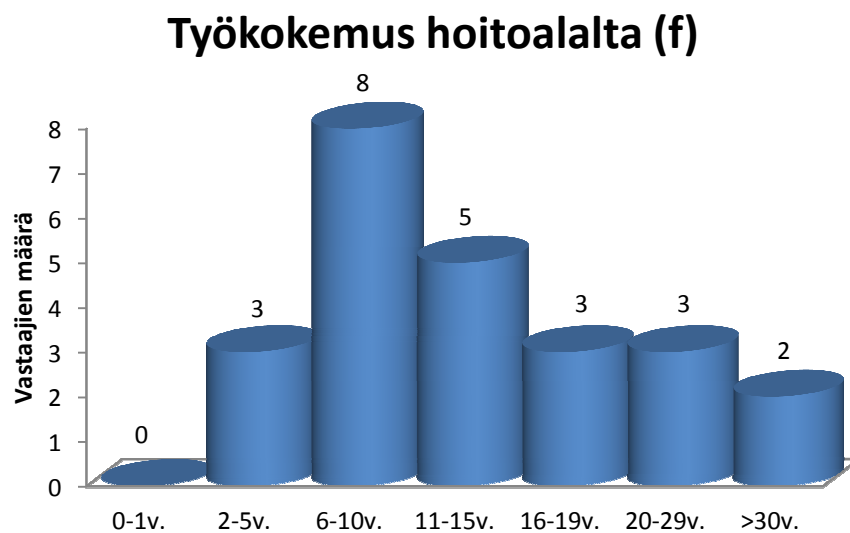
Yli puolet vastaajista (58 % / n=14) oli iältään 26–35-vuotiaita. Kuvasta 1 selviää tarkemmin vastaajien ikäjakauma.



Kuva 1. Vastaajien ikäjakauma (N=24)

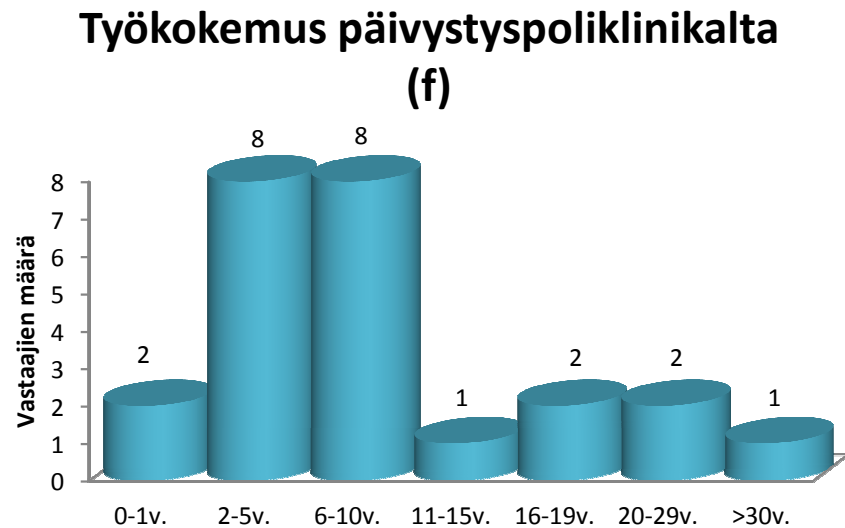
Sukupuoleltaan suurin osa vastaajista oli naisia (83 % / n=20), miehiä vastaajista oli 4 (17 %). Koulutukseltaan valtaosa vastaajista oli sairaanhoitajia (92 % / n=22).

Joukossa oli yksi perushoitaja ja yksi ensihoitaja. Hoitoalan työkokemusta kolmasosalla vastaajista oli 6–10 vuotta (33 % / n=8), kuten seuraavasta kuviosta näkyy.



Kuva 2. Vastaajien työkokemus hoitoalalta (N=24)

Työkokemus päivystyspoliklinikalta oli jakautunut suhteellisen tasaisesti. Suurimmat ryhmät olivat 2–5 vuotta (33% / n=8) ja 6-10 vuotta (33 % / n=8), mikä selviää kuvasta 3.



Kuva 3. Vastaajien työkokemus päivystyspoliklinikalta (N=24)

Seitsemällä vastaajalla oli kokemusta sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta, joten suurin osa vastaajista ei ollut työskennellyt sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa (71 % / n=17). Suurin osa vastaajista erotti Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n työntekijän muista sairaankuljettajista (71% / n=17).

7.2 Tiedonkeruu

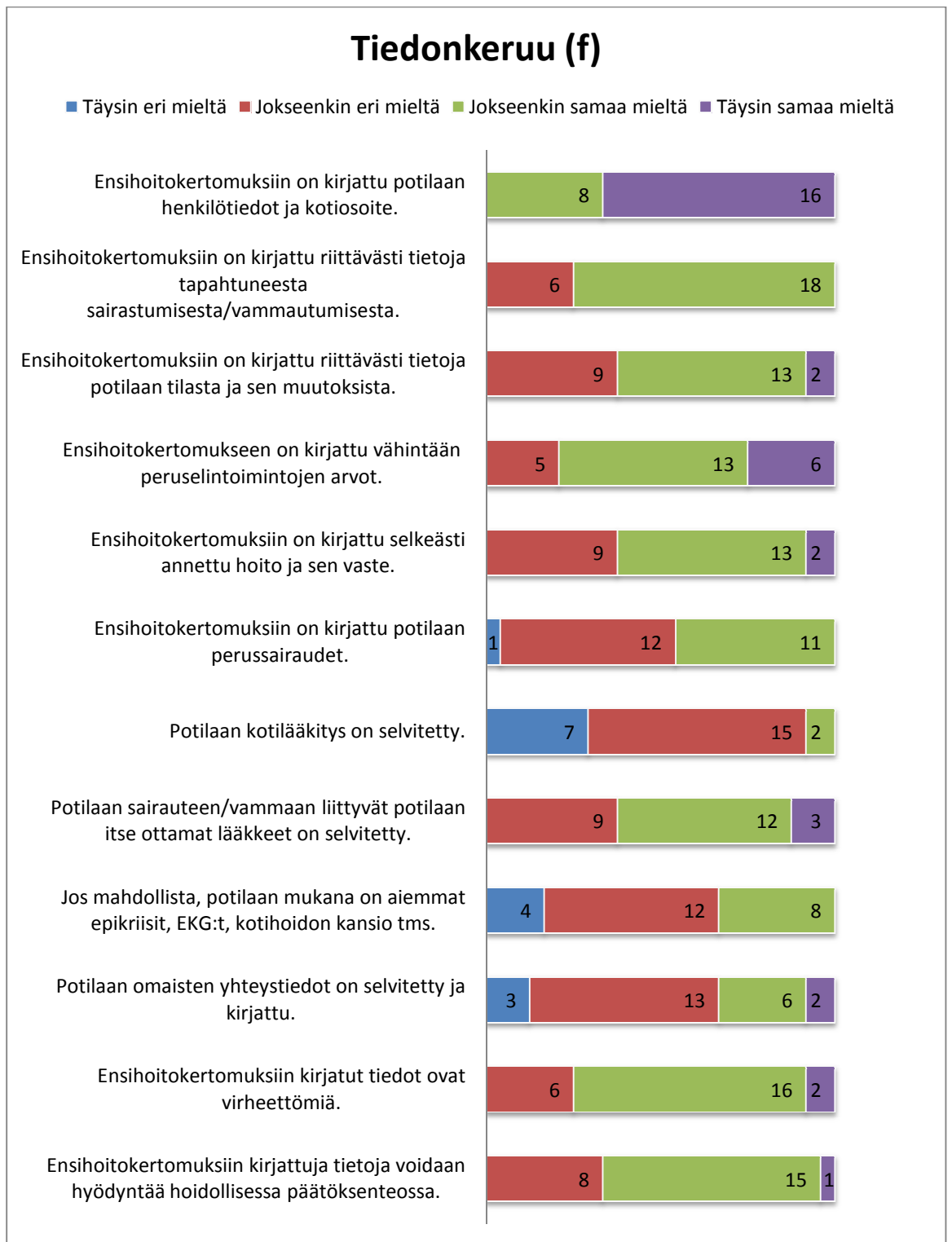
Suurimmat eroavaisuudet vastauksissa ilmenivät tiedonkeruuta mittaavissa kysymyksissä. Kysymykset oli laadittu väitteiksi, joiden vastausvaihtoehdot sijoittuivat ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä” välille. Muuttujina käytettiin 1–4 asteikkoa, jolloin 1 oli täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 jokseenkin samaa mieltä ja 4 täysin samaa mieltä. Näiden välistä jakaumaa kuvaavat myös vastausten keskiarvot.

Parhaiten sairaankuljettajat olivat menestyneet potilaan henkilötietojen ja kotiosoitteen hankinnassa, sillä kaksi kolmesta vastaajasta (67 % / n=16) oli täysin samaa mieltä siitä, että ne on aina selvitetty. Kolmannes vastaajista (33% / n=8) oli jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vastausten keskiarvoksi muodostui 3,67.

Hyvin oli pärjätty myös elintoimintojen kirjaamisessa. Vastaajista 6 (25 %) oli täysin samaa mieltä, 13 (54 %) jokseenkin samaa mieltä ja 5 (21 %) jokseenkin eri mieltä siitä, että vähintään peruselintoimintojen arvot on aina kirjattu. Keskiarvo oli 3,04.

Vastaajat olivat suurimmaksi osaksi eri mieltä potilaiden kotilääkityksen kirjaamisesta. Vastaajista yhteensä 22 oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä siitä, että potilaan kotilääkitys on aina selvitetty. Vain kaksi vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä eikä kukaan ollut täysin samaa mieltä. Keskiarvo oli 1,79.

Sairaankuljettajien nähtiin myös heikosti ottaneen mukaan potilaan aiemmat epikriisit, EKG:t sekä kotihoidon kansiot, jos ne olisi ollut mahdollista ottaa. Keskiarvo oli 2,17. Täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä asiasta oli yhteensä 16 vastaajaa. Loput kahdeksan vastaajaa (33 %) olivat jokseenkin samaa mieltä väitteestä. Yksikään vastaaja ei ollut täysin samaa mieltä, kuten kuvasta 4 selviää.



Kuva 4. Vastaajien mielipiteet sairaankuljettajien tiedonkeruusta (N=24)

Kyselylomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä, jotka käsiteltiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Vastaajat korostivat vielä sanallisesti kotilääkkeiden sekä lääkelistojen mukaan oton tärkeyttä. Varsinkin erikoislääkkeiden mukaan oton katsottiin olevan tärkeää, sillä päivystyksestä ei löydy esimerkiksi Parkinsonin taudin

hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Myös puhtaiden vaatteiden, kenkien, rahan, kotiavainten sekä kotihoidon kansion odotettiin tulevan aina mukaan. Tärkeää oli oikeanlaisen tiedon ja vitaalielintoimintojen kerääminen potilasryhmän mukaisesti, esimerkkinä EKG:n ottamisen muistaminen rytmihäiriöpotilailta.

”Tiedonkeruu ja info potilaasta ollut sopivan lyhyttä ja ytimekästä, taustatietoja ollut riittävästi. Potilaiden lääkelistat ja omat (erikois) lääkkeet olisi hyvä ottaa mukaan sairaalaan, kun ensiavusta ei välttämättä löydy tiettyjä lääkkeitä esim. parkinson-lääkkeet.”

”Potilaan oma lääkelista olisi syytä ottaa aina mukaan jos mahdollista + erikoislääkkeet ja astmasuihkeet + omat vaatteet ja kotiavaimet + rahaa.”

Vastauksista muodostui sisällön analyysin avulla taulukko hoitotyöntekijöiden odotuksista tiedonkeruuseen liittyen. Nämä on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Hoitajien odotukset sairaankuljettajien tiedonkeruusta

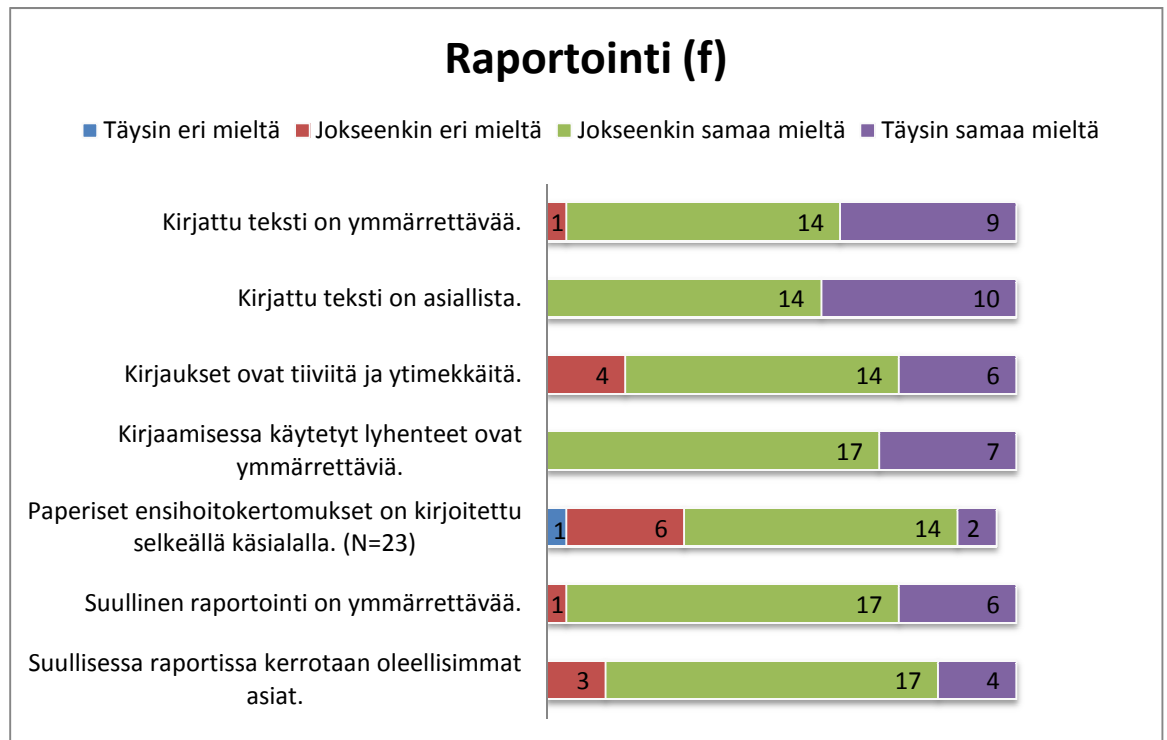
ALAKATEGORIAT	PÄÄKATEGORIA
Tarvittavien tavaroiden ja lääkkeiden mukaan otto Tiedonkeruu potilasryhmä huomioiden Tiedon ytimekkyys ja riittävyys	Riittävä tieto ja tarvittavien lääkkeiden mukaan otto potilasryhmä huomioiden

7.3 Raportointi

Mielipiteet sairaankuljettajien raportoinnista olivat jakautuneet tasaisesti. Raportointia pidettiin suurimmaksi osaksi hyvänä. Tyytyväisimpiä oltiin kirjatun tekstin asiallisuuteen. Vastaajista yli puolet (58 % / n=14) oli jokseenkin samaa mieltä ja loput vastaajista (42 % / n=10) oli täysin samaa mieltä väitteestä. Vastausten keskiarvo oli 3,42.

Heikoimmin oli menestytty paperisten ensihoitokertomusten käsialan selkeydessä. Tässä kysymyksessä N=23 muista kysymyksistä poiketen, sillä yksi oli vastannut, että

hänellä ei ollut kokemusta asiasta. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että erikoissairaanhoidon päivystykseen hyvin harvoin enää tuodaan käsin kirjattuja ensihoitokertomuksia, vaan ne on lähes poikkeuksetta kirjattu sähköisesti Merlot Medi-järjestelmään ja tulostettu. Käsialaan liittyvien vastausten keskiarvo oli 2,71. Seitsemän oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä käsialan siisteydestä. Vastaajista 16 oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä asiasta. Kaikkien kysymysten tulokset näkyvät kuvassa 5.



Kuva 5. Vastaajien mielipiteet sairaankuljettajien raportoinnista (N=24)

Avoimien kysymysten vastauksissa mainittiin muutamaan kertaan, että sairaankuljettajilta ei saa aina raporttia. Spontaanin raportin tärkeyttä korostettiin, vaikka tilanne olisi kiireinen. Joku koki raporttien olleen lyhyenlaisia ja toinen muistutti lyhyen ja ytimekkään raportoinnin tärkeydestä.

”Joskus on itse kyseltävä raporttia – tarkennusta tilanteesta”

Vastauksista muodostui sisällön analyysin avulla taulukko hoitotyöntekijöiden odotuksista raporttiin liittyen. Nämä on esitelty taulukossa 2.

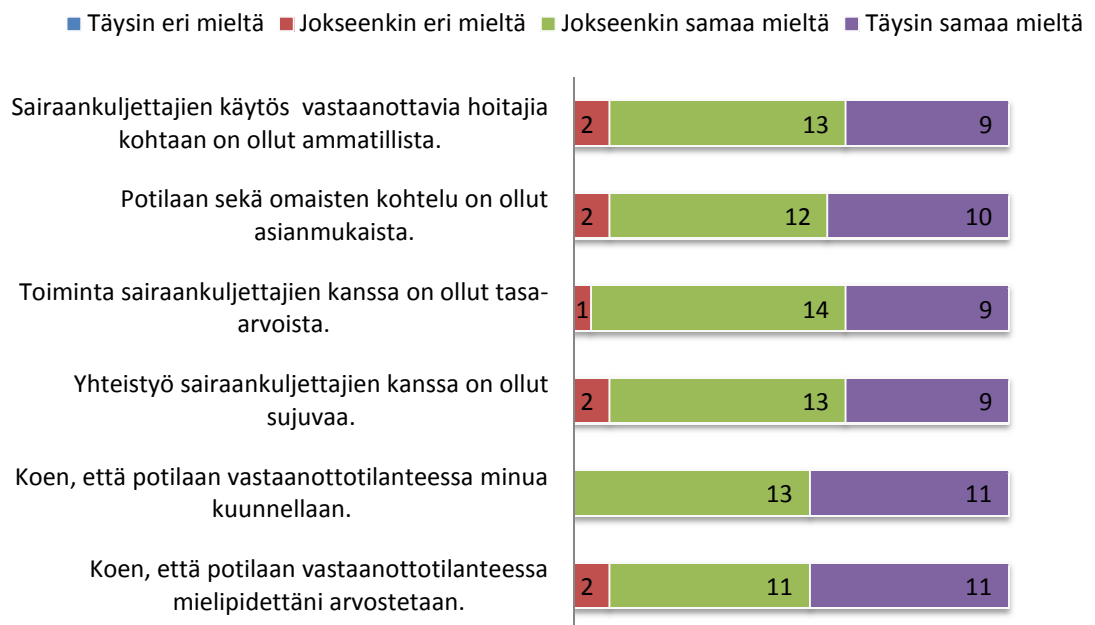
Taulukko 2. Hoitajien odotukset sairaankuljettajien raportoinnista

ALAKATEGORIAT	PÄÄKATEGORIA
Spontaani raportointi Tiedon ytimekkyys ja riittävyys	Riittävä ja spontaani raportointi

7.4 Vuorovaikutus

Vastaajien mielestä vuorovaikutusosiossa oli pärjätty kokonaisuudessaan hyvin. Kaikkien vastausten keskiarvot olivat poikkeuksetta yli 3. Parhaat tulokset tulivat hoitajien kokemuksesta siitä, että sairaankuljettajat kuuntelivat heitä raportointitilanteessa. Vastausten keskiarvo oli 3,46. Vastaajista reilu puolet (54 % / n=13) oli jokseenkin samaa mieltä ja vajaa puolet (46 % / n=11) täysin samaa mieltä asiasta. Asiasta enemmän kuvassa 6.

Vuorovaikutus ja yhteistyö (f)



Kuva 6. Vastaajien mielipiteet sairaankuljettajien vuorovaikutuksesta sekä yhteistyöstä näiden kanssa (N=24)

Vuorovaikutukseen liittyen avoimissa kysymyksissä oli vain vähän kommentteja. Suurimmaksi osaksi nämä kommentit liittyivät toiveisiin siirtolevyn käytöstä. Yhteistyön koettiin olevan poikkeuksetta hyvää.

”Yhteistyö sujuvaa. Joidenkin potilaiden kohdalla olisi toivonut jo tiputuksen aloittamista ja lääkitsemistä.”

Vastauksista muodostui sisällön analyysin avulla taulukko hoitotyöntekijöiden odotuksista vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön liittyen. Nämä on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Hoitajien odotukset sairaankuljettajien vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä

ALAKATEGORIAT	PÄÄKATEGORIA
Onnistunut yhteistyö Ergonomia	Onnistunut yhteistyö ergonomia huomioiden

7.5 Yhteenveto tuloksista

Erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitajat olivat pääosin tyytymättömiä potilaiden kotilääkitysten ja perussairauksien selvitykseen sekä kirjaamiseen. Avoimissa vastauksissa toivottiin, että potilaiden mukana tuotaisiin erikoislääkkeet, kotihoidon kansiot sekä tärkeimpiä tavaroita, kuten kengät ja avaimet. Raportointia pidettiin enimmäkseen onnistuneena. Avoimissa vastauksissa korostettiin sitä, että raportoinnin on oltava riittävää ja spontaania tilanteen kiireellisyydestä riippumatta.

Vastaajat olivat tyytyväisiä vastaanottavien hoitajien ja sairaankuljettajien väliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Toiminnan koettiin olleen tasa-arvoista ja hoitajat olivat sitä mieltä, että heitä kuunneltiin potilaan luovutustilanteessa. Yhteistyö koettiin kokonaisuudessaan onnistuneeksi.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimukseen osallistuneista naisia oli 83 % ja miehiä 17 %. Tämä on hyvin verrattavissa yleisesti Suomen terveydenhuoltohenkilöstön sukupuolijakaumaan, sillä miesten osuus sosiaali- ja terveystalveluiden henkilökunnasta oli 11,6 % vuonna 2011. Osuus on pysynyt tasaisena koko 2000-luvun. (Ks. THL 2001: 9.)

Vajaalla kolmasosalla vastaajista (29 % / n=7) oli kokemusta työskentelystä sairaalan ulkopuolisesta ensihoidossa. Samansuuntaisia tuloksia oli saanut Eronen (2009: 38) omassa pro gradu -tutkielmassaan, sillä hänen tutkimuksessaan 32 % vastaajista oli työskennellyt sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Tämä on mielenkiintoista siksi, että näillä vastaajilla on kokemusta myös potilaan luovuttamisesta päivystykseen, mikä voi osaltaan vaikuttaa heidän vastauksiinsa.

Tässä tutkimuksessa oli yksi päätutkimusongelma, jonka tarkoituksena oli selvittää, millaisena hoitotyöntekijät näkivät sairaankuljettajien ammatillisen osaamisen. Ammatillinen osaaminen oli jaettu tässä tutkimuksessa kolmeen alatutkimusongelmaan, joita olivat tiedonkeruu, raportointi sekä vuorovaikutus ja yhteistyö.

Tiedonkeruussa ilmeni eniten ongelmia. Ylivoimaisesti eniten tyytymättömyyttä ilmeni kotilääkkeiden selvityksessä. Lähes kaikki vastaajat olivat täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä siitä, että kotilääkitys oli aina selvitetty. Tulokset olivat jopa huonompia kuin Eronen (2009: 41) pro gradu -tutkielmassa, sillä potilaan kotilääkityksen kirjaamiseen oli usein, lähes aina tai aina tyytyväisiä 31 % (n=88) ja harvoin, hyvin harvoin tai ei koskaan 62 % (n=175). Ahosen (2006: 40) pro gradu -tutkielmassa ensihoidossa työskentelevät vastaajat totesivat, etteivät kokeneet tarpeelliseksi lääkelistojen systemaattista kopioimista ensihoitokertomukseen, vaan he dokumentoivat lähinnä nykytilaan vaikuttavat lääkkeet ja perussairaudet. Tämä voi vastata myös Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n työntekijöiden näkökantaa.

Tässä tutkimuksessa noin puolet (46 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaan perussairaudet oli kirjattu ja puolet (50 %) jokseenkin eri mieltä aiheesta. Yksi vastaaja (4 %) oli täysin eri mieltä. Myös Eronen (2009: 41) tutkielmassa tietoa

potilaiden perussairauksista koettiin löytyvän usein, lähes aina tai aina 47 % (n=130) tapauksista ja harvoin, hyvin harvoin tai ei koskaan 43 % (n=119) tapauksista.

Elintoimintojen kirjaamisessa oli onnistuttu. Vastaajista vain viisi oli jokseenkin eri mieltä eikä yksikään ollut täysin eri mieltä siitä, että elintoiminnot oli aina kirjattu. Ahosen (2006: 40) tutkielmassa ensihoidossa työskentelevät vastaajat nostivat poikkeuksetta elintoimintojen kirjaamisen luonnollisesti tärkeimmäksi kirjattavaksi asiaksi.

Toinen alatutkimusongelmista käsitteli raportointia. Sekä tässä tutkimuksessa että Erosen (2009: 45) tutkimuksessa hoitajat olivat sitä mieltä, että kirjallisen raportoinnin on oltava lyhyt ja ytimekäs. Samaa mieltä olivat Ahosen (2006: 44) tutkimuksen ensihoitajat.

Kaikki vastaajat olivat jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että kirjaamisessa käytettävät lyhenteet olivat ymmärrettäviä. Samantasoisia tuloksia oli myös Erosen (2009: 52) tutkimuksen hoitajilla, sillä vain 3 % (n=7) oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Myös Manser ym. (2010) korosti jaettua ymmärrystä potilaan luovuttajan ja potilaan vastaanottavan ammattilaisen välillä. Se varmistettiin esimerkiksi saattamalla raportointi loppuun asti ja selvittämällä kaikki epäselvyydet.

Kolmas alatutkimusongelma käsitti sekä vuorovaikutuksen että yhteistyön. Erittäin positiivista oli huomata, että sairaankuljettajien ja vastaanottavien hoitajien väliseen vuorovaikutukseen sekä yhteistyöhön oltiin lähes poikkeuksetta tyytyväisiä. Vuorovaikutustaitoihin ja asenteisiin vaikuttaminen koulutuksen avulla olisi kuitenkin haasteellisempaa kuin edellä mainittuihin puutteisiin muun muassa kotilääkityksen selvittämisessä.

Kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sairaankuljettajat kuuntelevat heitä. Tällä osa-alueella sairaankuljettajat ovat siis pärjänneet erittäinkin hyvin, jos verrataan aiempiin tutkimustuloksiin. Esimerkiksi Kaakkolammen (2009) tutkimuksessa yhdessä ryhmästä kolmesta oli ongelmia vuorovaikutuksessa, erityisesti juuri toisten kuuntelun osalta. (Kaakkolampi 2009: 69.) Manserin ym. (2010) tutkimuksessa onnistuneeseen potilaan luovutukseen katsottiin kuuluvaksi työilmapiiri, johon liittyi luovuttavan ja vastaanottavan ammattilaisen väliset jännitteet tai vaihtoehtoisesti hyvä kontakti. Voidaan olettaa, että

Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitajien ja Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n sairaankuljettajien välillä vallitsee yleisesti ottaen hyvä vuorovaikutus ja yhteistyö.

8.2 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitotyöntekijöiden asiakastyytyväisyyttä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n sairaankuljettajien tiedonkeruuseen, raportointiin, vuorovaikutukseen sekä yhteistyöhön. Työn tavoitteena oli myös lisätä tietoa ensihoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksen tulosten perusteella eniten kehittämiskohteita nähtiin tiedonkeruun eri osa-alueilla. Potilaan jatkohoidon tehokas toteutuminen vaatii tarkkoja tietoja potilaan taustoista, kuten juuri käytetystä lääkityksestä, perussairauksista, kotiooloista sekä omaisten yhteystiedoista. Akuutissa tilanteessa nämä kuitenkin helposti jäävät vähemmälle, sillä peruselintoimintojen turvaaminen ja näiden sekä tapahtumatietojen dokumentointi koetaan usein ensisijaisesti tärkeämmiksi.

Kaikkiin tutkimuksessa määriteltyihin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset, sillä kysymykset olivat tyypiltään vastaajien mielipiteitä hakevia. Vaikka tutkimusjoukko oli pienehkö, saatiin sillä suuntaa antavia tuloksia yrityksen laadun kehittämisen mahdollistamiseksi. Saadut tutkimustulokset saivat vahvistusta vastattuaan hyvinkin paljon aiemmissa tutkimuksissa ilmenneitä tuloksia.

Alun perin tarkoituksena oli tutkia koko yhteispäivystyksen henkilökuntaa, mutta se ei aikataulullisista syistä onnistunut. Terveyskeskuspäivystyksen henkilökunnan mielipiteet olisivat varmasti vielä tarkentaneet kehittämiskohteita ja antaneet enemmän vertailumateriaalia.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Saatekirjeessä vastaajille kerrottiin vastausten luottamuksellisesta käsittelystä. Tutkimusaineisto kerättiin ainoastaan tätä tutkimusta varten ja tutkimuslomakkeet hävitettiin aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen. Tutkimusraporttiin kirjoitettiin vain asioita, jotka eivät rikkoneet vaitiolo- tai salassapitovelvollisuutta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustuloksia ei kirjata yksilöittäin, joten yksittäisten henkilöiden tunnistamisriskiä ei ole. Sen sijaan eettisesti tärkeämpää oli se, mitä tutkittavista kirjoitettiin. (Ks. Vilka 2007: 164.)

Numerotietojen sanallinen esittämistapa tuli harkita tarkoin niin, ettei se vahingoita tutkittavien elämää tietona tai ilmaisutyylillään. Tutkimuskohdetta loukkaavia, tyyppitteleviä, epäkunnioittavia tai yksipuolisia ilmaisutapoja vältettiin. Kirjoittaessa tuli muistaa kirjoittavansa tutkijana, jolloin tutkija ei edusta vain itseään, vaan myös omaa oppiainettaan ja tiedeyhteisöään. (Ks. Vilka 2007: 164.)

Tutkimuksen ulkopuolisia lähteitä käytettiin asiallisesti ja toisen työtä kunnioitettiin merkitsemällä lähdeviitteet asianmukaisesti. Verkkoteksteihin viitattiin samalla tarkkuudella kuin painettuihin julkaisuihin. Tutkimusraportissa käytettiin lähdeviitettä ja viitattu teos mainittiin lähdeluettelossa. Toisen työn sisältöä selostettiin kunnioitettavasti. Heidän tuloksiaan ei esitetty yksipuolisesti tai tyyppittelevästi. (Ks. Vilka 2007: 165-166.)

Tutkimuslomakkeita toimitettiin 44 kappaletta, joista niitä palautui 25 kappaletta. Vastausprosentti oli näin ollen 57 %. Otanta jäi siis verrattain pieneksi, joka saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, sillä se edustaa vain reilua puolta erikoissairaanhoidon päivystysten henkilökunnasta. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, mutta saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen osallistumisen tärkeyttä yrityksen laadun varmistamiseksi ja edistämiseksi.

Erääksi tutkimuksen luotettavuuteen kriittisesti vaikuttavaksi tekijäksi muodostui yrityksen tunnistettavuus. Lähes kolmannes vastaajista (29 % / n=7) ei erottanut Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n sairaankuljettajaa muiden palveluntuottajien sairaankuljettajista. Näin ollen jää epäselväksi, ajattelevatko vastaajat mahdollisesti muiden palveluntuottajien työntekijöitä arvioidessaan sairaankuljettajien toimintaa. Näitä lomakkeita ei kuitenkaan voitu poistaa analysointivaiheessa, sillä otanta olisi jäänyt erittäin pieneksi.

Tutkimuksessa tutkittiin sitä, mitä pitikin tutkia. Tulokset on kerätty puolueettomasti eikä tuloksia vääristelty. Tutkimus säilyttää myös yrityksen ammatti- ja liikesalaisuudet. (Ks. Vilka 2007: 152, 154.) Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että vaikka tutkija työskenteli itse kyseisessä yrityksessä, ei tutkija pystynyt

kyselylomakkeen luonteen vuoksi vaikuttamaan alitajunteisesti vastaajien mielipiteisiin. Mittausvirheitä pyrittiin välttämään tarkistamalla kyselylomakkeiden ja havaintomatriisin arvot kahteen kertaan, kun ne oli syötetty Exceliin. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan ensikertalaisuus tutkimusten teossa.

9 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystys on Uudenmaan sairaankuljetus Oy:lle jokapäiväinen yhteistyökumppani, joten heidän tyytyväisyyttänsä olisi hyödyllistä mitata säännöllisesti, jotta mahdollisia muutoksia tyytyväisyydessä olisi mahdollista seurata. Yrityksen olisi hyvä miettiä tapoja lisätä tunnistettavuuttaan päivystyksessä tutkimustulosten luotettavuuden lisäämiseksi. Tutkimuksen voisi toteuttaa myös muissa terveydenhuollon yksiköissä, joissa yritys oletettavasti tunnetaan, esimerkiksi Peijaksen sairaalan vuodeosastoilla, terveyskeskuspäivystyksessä tai muissa alueen terveyskeskuspäivystyksissä.

Tutkittaviin asioihin voitaisiin lisätä sairaankuljettajien ammattitaito. Kysymykset voisivat liittyä hoitajien mielipiteisiin esimerkiksi sairaankuljettajien suorittamista hoitotoimenpiteistä ja kivunhoidosta. Yrityksessä aloitti hoitotason auto kesällä 2013, joten tulevaisuudessa voisi tutkia, koetaanko perus- ja hoitotason ensihoitajien osaamisessa olevan eroja.

Yrityksen henkilökunnan kanssa tulisi käydä läpi tutkimustuloksista ilmenneet kehityskohdat. Hoitohenkilökunnassa ilmeni eniten tyytymättömyyttä kotilääkityksen selvittämiseen, joten sen merkitystä tulisi sairaankuljettajia koulutettaessa korostaa. Sairaankuljettajia tulisi myös muistuttaa ottaa kaikki tarvittava potilaan kotoa mukaan, esimerkiksi kotihoidon kansio, avaimet sekä vaatteita.

Yhteistyötä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n ja Peijaksen erikoissairaanhoidon päivystyksen välillä voisi lisätä esimerkiksi yhteisten kokousten tai koulutusten muodossa. Näissä voisi suunnitella muun muassa yhteisen raportointimallin. Ergonomian toteutumista tulisi sekä sairaankuljettajien että päivystyksen hoitotyöntekijöiden yhdessä kehittää, esimerkiksi juuri ottamalla siirtolevyt aktiivisempaan käyttöön potilasta siirrettäessä luovutustilanteessa.

Yhteenvetona kehittämisehdotuksista:

1. Säännölliset mittaukset, jotta muutoksia tyytyväisyydessä voidaan seurata
2. Tunnistettavuuden lisääminen esimerkiksi yhteistyön myötä
3. Tutkimuksen toistaminen muissa terveydenhuollon yksiköissä
4. Sairaankuljettajien ammattitaidon lisääminen tutkittaviin asioihin
5. Perus- ja hoitotason ensihoitajien osaamisen erojen tutkiminen
6. Tuloksista ilmenneiden kehityskohteiden (kotilääkityksen ja perussairauksien kirjaaminen, tarvittavien tavaroiden kotoa mukana tuonti jne.) läpikäynti yrityksen henkilökunnan kanssa
7. Yhteisiä kokouksia tai koulutuksia erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa
8. Raportoinnin ja ergonomisen työskentelyn kehittäminen yhteistyössä erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa

LÄHTEET

Ahonen, P. 2006. Ensihoidon dokumentin käytettävyys. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

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

Eronen, I. 2009. Ensihoitokertomuksen käytettävyys – Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2010. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö – Välineitä koulutukseen ja työyhteisön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.

ISO 9001: 2008 laatukäsikirjan laatimismalli. Helsinki: Finanssialan keskusliitto.

Finanssialan keskusliiton internetsivut. Saatavissa:

http://www.fkl.fi/materiaalipankki/hakemukset/Dokumentit/ISO_9001_2008_Laatukasikirjan_laatimismalli_FK2009.pdf [viitattu 25.11.2013].

Kaakkolampi, S. 2009. Korkeakouluopiskelijoiden vuorovaikutusosaaminen kollaboratiivisessa ryhmässä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kemppainen, M. 2013. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa:

Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T.

Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, s. 92–109.

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveysthuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu.

Helsinki: Kuntaliitto. Kuntaliiton internetsivut. Saatavissa:

<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fshop.kunnat.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3Duplo>

ads%2Fterveydenhuollon_laatuopas.pdf&ei=IymTUpepI8-FyAP6lYCYAg&usg=AFQjCNFPg7bZ3f78vPEcdGIciBsQMs1fsQ&bvm=bv.56643336,d.bGQ&cad=rja [viitattu 25.11.2013].

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. THL:n julkaisuja. Oulu: TUKEVA-hanke.

Kuisma, M. & Hakala, T. 2013. Ensihoidon laadunhallinta. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, s. 66-84.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Laki hätäkeskustoiminnasta 20.8.2010/692.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Manser T., Foster S., Gisin S., Jaeckel D. & Ummenhofer W. 2010. Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. BMJ Quality and Safety internetsivut. Saatavissa: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/1.55.full> [viitattu 25.4.2014].

Metsämuuronen, J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Helsinki: International Methelp Ky.

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, s. 14–29.

NHS England. 2014. Ambulance Quality Indicators Data 2013-14. AQI Statistical Report, February 2014 AmbSYS and November 2013 AmbCO. Saatavissa: <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/ambulance-quality-indicators-data-2013-14/> [viitattu 24.4.2014].

Peisa, V. Toimitusjohtaja. Haastattelu 25.4.2014. Vantaa: Uudenmaan sairaankuljetus Oy.

Rekola, L. 2013. Asiantuntijuus ensihoitotyössä. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, s. 764–768.

Riihelä, J. & Porthan, K. 2013. Dokumentointi. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, s. 36–50.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.

STM. 2011a. Ensihoidon palvelutaso – Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16118.pdf [viitattu 25.11.2013]

STM. 2011b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnittelusta. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2954454&name=DLFE-14904.pdf [viitattu 24.4.2014].

STM. 2014. Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 22.4.2014. Saatavissa:
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos [viitattu 24.4.2014]

THL. 2011. Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/116033> [viitattu 5.5.2014]

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi.

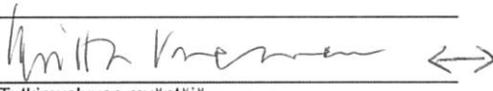
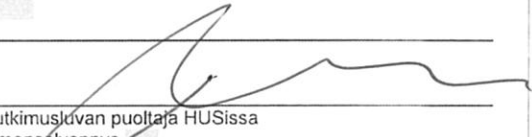
Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

**HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS**
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Lindström Jessica Charlotta	3/2014		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta opiskelija			
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm jessica.lindstrom@student.kyamk.fi /			
	Kotiosoite Uunilinnuntie 6 B 8, 48230 Kotka			
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Jylypyn toimipiste			
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Takojantie 1, 48220 Kotka			
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) yliopettaja Frilander-Paavilainen Eeva-Liisa eeva-liisa.frilander@kyamk.fi,			
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyö hyväksytty esitetyssä muodossa			
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Manninen-Kauppinen Eila			
	Työpaikan osoite Peijaksen sairaala, HYKS, PL 900			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm eila.manninen-kauppinen@hus.fi			
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Medisiininen tulosyksikkö			
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Asiakastytyväisyys Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n palveluihin Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä			
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Peijaksen sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n tuottaman sairaankuljetuksen laatuun, mm. tiedonkeruuseen, raportointiin sekä vuorovaikutukseen liittyen. Työ toteutetaan kyselylomakkeella henkilökunnalle. Tutkimus ei kohdistu potilaisiin tai HUS:in toimintaan.			
	Asiasanat (max 5 kpl) ensihoito, laatu, raportointi, vuorovaikutus, hoitohenkilökunta			
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 20.1.2014	Arvioitu päättämispvm. 7.2.2014	
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input checked="" type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidon tulosalue <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä N= 44
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot Uudenmaan sairaankuljetus Oy Nietostie 4, 01390 Vantaa info@usk.fi		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 8.1.2013  Jessica Lindström Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys _____		Päiväys 13.1.2013  Eila Manninen-Kauppinen HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys <u>EILA MANNINEN-KAUPPINEN</u>

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS 3/2014	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että _____ _____
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) _____ _____
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
	Tutkimusluvan alkamispäivä _____ 20.1.14
Tutkimusluvan päättymispäivä _____ 7.2.14	
Päiväys _____ 15.1.2014	Päiväys _____
 Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys _____ Riitta Vuorinen osastoryhmän päällikkö HYKS, Medisiininen tulosyksikkö	 Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys _____ Petri Koskinen tutk. ja opet. vastaava yli lääkäri. Hus Med ty

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Asiakastytytäväsyyys Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n palveluihin Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Selvittää Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n yleisimpien yhteistyökumppaneiden (erikoissairaanhoidon päivystys sekä terveyskeskuspäivystys) tyytyväisyys yrityksen tuottaman sairaankuljetuksen laatuun, mm. raportointiin, vuorovaikutustaitoihin, ammatillisuuteen jne. liittyen.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, toteutus kyselynä valitun yksikön henkilökunnalle.	
Opinnäytetyön aloitus 1.11.2013	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle 1.5.2014
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	


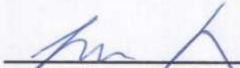
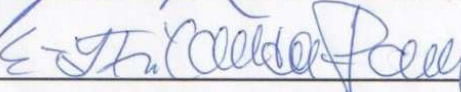
*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	
Vantaa	5.11.2013 
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	
Vantaa	3.11.2013 
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	
Kotka	11.11.2013 

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintiä varten.

Hyvä Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksen hoitotyöntekijä!

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n kanssa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää yhteispäivystyksessä työskentelevien hoitajien tyytyväisyyttä Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n palvelujen laatuun. Tutkimuksessa selvitetään kerätyn ja kirjatun tiedon laatua sekä käytettävyyttä. Tarkoituksena on myös kartoittaa kokemuksianne yhteistyöstä yrityksen sairaankuljettajien kanssa.

Tutkimukseen osallistutaan nimettömänä. Vastauksenne käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan kyseistä tutkimusta varten. Vastauslomakkeet hävitetään aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen.

Vastauksenne on tärkeä ja auttaa Uudenmaan sairaankuljetus Oy:tä arvioimaan sekä kehittämään toimintaansa.

Täyttämämme kyselylomakkeen voitte jättää kahvihuoneessa sijaitsevaan laatikkoon 7.2.2014 mennessä. Tutkimukseen liittyviin kysymyksiinne vastaa tutkimuksen tekijä sekä ohjaava opettaja, yhteystiedot alla.

Ystävällisin terveisin,

sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Jessica Lindström
jessica.lindstrom@student.kyamk.fi
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

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

KYSELYLOMAKE

Taustatiedot

Rastita sopivin vaihtoehto.

1. Ikänne

18-25

26-35

36-45

46-55

56-

2. Sukupuolenne

nainen

mies

3. Pohjakoulutuksenne

lähihoitaja

perushoitaja

lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja

sairaanhoitaja

ensihoitaja

Muu, mikä? _____

4. Työkokemuksenne hoitoalalla _____ vuotta

5. Työkokemuksenne päivystyspoliklinikalla _____ vuotta

6. Oletteko työskennellyt sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa?

kyllä

en

7. Tunnistatteko/erotatteko Uudenmaan sairaankuljetus Oy:n sairaankuljettajat muiden palveluntuottajien sairaankuljettajista?

kyllä

en

Seuraavassa väittämiä koskien tyytyväisyyttäne sairaankuljettajien tiedonkeruuseen.*Ympyröi sopivin vaihtoehto. Vastaa OMASTA näkökulmastasi.*

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
8. Ensihoitokertomukseen on kirjattu potilaan henkilötiedot ja kotiosoite.	1	2	3	4
9. Ensihoitokertomukseen on kirjattu riittävästi tietoja tapahtuneesta sairastumisesta/vammautumisesta.	1	2	3	4
10. Ensihoitokertomukseen on kirjattu riittävästi tietoja potilaan tilasta ja sen muutoksista.	1	2	3	4
11. Ensihoitokertomukseen on kirjattu vähintään peruselintoimintojen arvot.	1	2	3	4
12. Ensihoitokertomukseen on kirjattu selkeästi annettu hoito ja sen vaste.	1	2	3	4
13. Ensihoitokertomukseen on kirjattu potilaan perussairaudet.	1	2	3	4
14. Potilaan kotilääkitys on selvitetty.	1	2	3	4
15. Potilaan sairauteen/vammaan liittyvät potilaan itse ottamat lääkkeet on selvitetty (esim. kipulääkkeet tai intoksikaatiotilanteessa kotoa löytyneet purkit tms.)	1	2	3	4
16. Jos mahdollista, potilaan mukana on aiemmat epikriisit, EKG:t, kotihoidon kansio tms.	1	2	3	4
17. Potilaan omaisten yhteystiedot on selvitetty ja kirjattu.	1	2	3	4
18. Ensihoitokertomukseen kirjatut tiedot ovat virheettömiä.	1	2	3	4
19. Ensihoitokertomukseen kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää hoidollisessa päätöksenteossa.	1	2	3	4

Kertokaa vapaasti kokemuksistanne liittyen sairaankuljettajien tiedonkeruuseen. Onko jossain asiassa onnistuttu erityisesti tai onko jotain kehitettävää?

Seuraavassa väittämiä koskien tyytyväisyyttänne sairaankuljettajien raportointiin.*Ympyröi sopivin vaihtoehto. Vastaa OMASTA näkökulmastasi.*

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
20. Kirjattu teksti on ymmärrettävää.	1	2	3	4
21. Kirjattu teksti on asiallista.	1	2	3	4
22. Kirjaukset ovat tiiviitä ja ytimekkäitä.	1	2	3	4
23. Kirjaamisessa käytetyt lyhenteet ovat ymmärrettäviä.	1	2	3	4
24. Paperiset ensihoitokertomukset on kirjoitettu selkeällä käsialalla. <input type="checkbox"/> <i>Ei kokemusta asiasta</i>	1	2	3	4
25. Suullinen raportointi on ymmärrettävää.	1	2	3	4
26. Suullisessa raportissa kerrotaan oleellisimmat asiat.	1	2	3	4

Kertokaa vapaasti kokemuksistanne liittyen sairaankuljettajien raportointiin. Onko jossain asiassa onnistuttu erityisesti tai onko jotain kehitettävää?

Seuraavassa väittämiä koskien tyytyväisyyttänne yhteistyöhön sairaankuljettajien kanssa.*Ympyröi sopivin vaihtoehto. Vastaa OMASTA näkökulmastasi.*

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
27. Sairaankuljettajien käytös vastaanottavia hoitajia kohtaan on ollut ammatillista.	1	2	3	4
28. Potilaan sekä omaisten kohtelu on ollut asianmukaista.	1	2	3	4
29. Toiminta sairaankuljettajien kanssa on ollut tasa-arvoista.	1	2	3	4
30. Yhteistyö sairaankuljettajien kanssa on ollut sujuvaa.	1	2	3	4
31. Koen, että potilaan vastaanottotilanteessa minua kuunnellaan.	1	2	3	4
32. Koen, että potilaan vastaanottotilanteessa mielipidettäni arvostetaan.	1	2	3	4

Kertokaa vapaasti kokemuksistanne liittyen yhteistyöhönne sairaankuljettajien kanssa. Onko jossain asiassa onnistuttu erityisesti tai onko jotain kehitettävää?

Mitä vielä haluaisitte tuoda esille?

**KIITOS VASTAUKSISTANNE. PALAUTTAKAA TÄYTETTY KYSELYLOMAKE SILLE VARATTUUN
PAIKKAAN LAATIKKON 7.2.2014 MENNESSÄ.**

Mitä mieltä hoitohenkilökunta on sairaankuljettajien tiedonkeruusta?

Kysymys nro.	Kysymys	Aihe	Teoriaosuuden sivut
8	Ensihoitokertomuksiin on kirjattu potilaan henkilötiedot ja kotiosoite.	Tietojen riittävyys	12
9	Ensihoitokertomuksiin on kirjattu riittävästi tietoja tapahtuneesta sairastumisesta/vammautumisesta.	Tietojen riittävyys	12
10	Ensihoitokertomuksiin on kirjattu riittävästi tietoja potilaan tilasta ja sen muutoksista.	Tietojen riittävyys	12
11	Ensihoitokertomuksiin on kirjattu vähintään peruselintoimintojen arvot.	Tietojen riittävyys	12
12	Ensihoitokertomuksiin on kirjattu selkeästi annettu hoito ja sen vaste.	Tietojen riittävyys	12
13	Ensihoitokertomuksiin on kirjattu potilaan perussairaudet.	Tietojen riittävyys	12
14	Potilaan kotilääkitys on selvitetty.	Tietojen riittävyys	12
15	Potilaan sairauteen/vammaan liittyvät potilaan itse ottamat lääkkeet on selvitetty (esim. kipulääkkeet tai intoksikaatiotilanteessa kotoa löytyneet purkit tms.)	Tietojen riittävyys	12

Kysymys nro.	Kysymys	Aihe	Teoriaosuuden sivut
16	Jos mahdollista, potilaan mukana on aiemmat epikriisit, EKG:t, kotihoidon kansio tms.	Tietojen riittävyys	12
17	Potilaan omaisten yhteystiedot on selvitetty ja kirjattu.	Tietojen riittävyys	12
18	Ensihoitokertomuksiin kirjatut tiedot ovat virheettömiä.	Tietojen virheettömyys	12
19	Ensihoitokertomuksiin kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää hoidollisessa päätöksenteossa.	Tietojen käytettävyys	12

Mitä mieltä hoitohenkilökunta on sairaankuljettajien raportoinnista?

Kysymys nro.	Kysymys	Aihe	Teoriaosuuden sivut
20	Kirjattu teksti on ymmärrettävää.	Kirjaamisen ymmärrettävyys	12
21	Kirjattu teksti on asiallista.	Kirjaamisen asiallisuus	11
22	Kirjaukset ovat tiiviitä ja ytimekkäitä.	Kirjatun tekstin ytimekkyys	11
23	Kirjaamisessa käytetyt lyhenteet ovat ymmärrettäviä.	Lyhenteet	12
24	Paperiset ensihoitokertomukset on kirjoitettu selkeällä käsialalla.	Kirjatun tekstin käsiala	12
25	Suullinen raportointi on ymmärrettävää.	Suullinen raportointi	14
26	Suullisessa raportissa kerrotaan oleelliset asiat.	Suullinen raportointi	14

Mitä mieltä hoitohenkilökunta on sairaankuljettajien ja vastaanottavien hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta?

Kysymys nro.	Kysymys	Aihe	Teoriaosuuden sivut
27	Sairaankuljettajien käytös vastaanottavia hoitajia kohtaan on ollut ammatillista.	Käytös ja kohtelu	17
28	Potilaan sekä omaisten kohtelu on ollut asianmukaista.	Käytös ja kohtelu	17
29	Toiminta sairaankuljettajien kanssa on ollut tasa-arvoista.	Käytös ja kohtelu	17
30	Yhteistyö sairaankuljettajien kanssa on ollut sujuvaa.	Yhteistyö	16
31	Koen, että potilaan vastaanottotilanteessa minua kuunnellaan.	Nonverbaalinen viestintä	16–18
32	Koen, että potilaan vastaanottotilanteessa mielipidettäni arvostetaan.	Arvostus	17

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Pääkategoria
Tiedonkeruu	<p><i>Potilaan omat kotilääkkeet: lääkelista ja mahdollinen doseetti mielellään mukaan sairaalaan.</i></p> <p><i>Potilaan oma lääkelista olisi syytä ottaa aina mukaan jos mahdollista + erikoislääkkeet ja astmasuihkeet + omat vaatteet ja kotiavaimet + rahaa.</i></p> <p><i>Lääkelistat, kotiavaimet, kengät kotoa! + omat henk.koht. lääkkeet (tipat & hengitettävät)</i></p> <p><i>Lääkkeet olisi hyvä kirjata useammin/lääkelista mukaan</i></p> <p><i>Kotilääkkeet pitäisi selvittää mahdollisuuksien mukaan, lääkelistat mukaan! Kotihoidon kansio AINA mukaan.</i></p> <p><i>Pitäisi keskittyä oikeanlaiseen tiedonkeruuseen/vitaalien mittaamiseen esim. rytmihäiriöpotilaan EKG olisi ensiarvoisen tärkeä.</i></p> <p><i>Tiedonkeruu ja info potilaasta ollut sopivan lyhyttä ja ytimekästä, taustatietoja ollut riittävästi. Potilaiden lääkelistat ja omat (erikois) lääkkeet olisi hyvä ottaa mukaan sairaalaan, kun ensiavusta ei välttämättä löydy tiettyjä lääkkeitä esim. parkinson-lääkkeet.</i></p> <p><i>Potilaan kotiavaimet mukaan, erityislääkkeet (esim. parkinson)</i></p>	<p>Lääkelistan mukaan otto</p> <p>Kotilääkkeiden mukaan otto</p> <p>Vaatteiden mukaan otto</p> <p>Kotiavainten mukaan otto</p> <p>Rahan mukaan otto</p> <p>Kenkien mukaan otto</p> <p>Kotihoidon kansion mukaan otto</p> <p>Likaisten vaatteiden ja tavaroiden jättäminen kotiin</p> <p>Oikeanlainen tiedonkeruu ja vitaalien mittaaminen potilasryhmä huomioiden</p> <p>Tiedonkeruun ja tiedonannin</p>	<p>Tarvittavien tavaroiden ja lääkkeiden mukaan otto</p> <p>Tiedonkeruu potilasryhmä huomioiden</p> <p>Tiedon ytimekkyys ja riittävyys</p>	<p>Riittävä tieto ja tarvittavien lääkkeiden mukaan otto potilasryhmä huomioiden</p>

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Pääkategoria
	<p><i>ja/tai doseetti mukaan. Likaiset vaatteet ja tavarat VOI jättää KOTIIN.</i></p> <p><i>Muistakaa ottaa potilaan kotiavaimet ja vaatteet + kengät mukaan!</i></p> <p><i>Kun vanhuksia/muita potilaita tuodaan kotoa sairaalaan, olisi suotavaa että vanhuksilla olisivat jonkinlaiset kengät ja vaatteet mukana sekä KOTIAVAIMET!</i></p>	<p>ytimekkyys</p> <p>Taustatietojen riittävyys</p>		
Raportointi	<p><i>Joskus on itse kyseltävä raporttia – tarkennusta tilanteesta</i></p> <p><i>Aina ei saa raporttia</i></p> <p><i>Pitäisi löytää olennainen asia, kertoa se lyhyesti ja ytimekkäästi.</i></p> <p><i>Suullinen raportointi ollut hyvää, ajoittain ehkä lyhyenlaista</i></p> <p><i>Suullinen raportointi voisi tulla spontaanisti vaikka tilanne olisi kiireinen.</i></p>	<p>Raportin spontaani antaminen kiireestä huolimatta</p> <p>Tiedonkeruun ja tiedonannin ytimekkyys</p> <p>Suullisen raportoinnin onnistuminen</p> <p>Suullisen raportoinnin lyhyenlaisuus</p>	<p>Spontaani raportointi</p> <p>Tiedon ytimekkyys ja riittävyys</p>	Riittävä ja spontaani raportointi
Vuorovaikutus	<p><i>Yhteistyö hyvää.</i></p> <p><i>”Siirtolevyn käyttö</i></p>	<p>Onnistunut yhteistyö</p>	<p>Onnistunut yhteistyö</p>	<p>Onnistunut yhteistyö ergonomia huomioiden</p>

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Pääkategoria
	<p><i>siirtotilanteessa!!!”</i></p> <p><i>Yhteistyö sujuvaa. Joidenkin potilaiden kohdalla olisi toivonut jo tiputuksen aloittamista ja lääkitsemistä.</i></p> <p><i>Potilaiden siirtämisessä paareilta sängylle, voisi käyttää enemmän siirtolevyä</i></p>	<p>Siirtolevyn käyttö</p> <p>Tiputuksen aloittaminen ja lääkitseminen ennen potilaan luovutusta</p>	Ergonomia	