

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulu

Jouni Gerres
Katariina Koivisto

Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun kehittäminen:
uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli

Opinnäytetyö
Joulukuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2016
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
p. 0504054816

Tekijät
Jouni Gerres
Katariina Koivisto

Nimeke
Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun kehittäminen: uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan pelastuslaitos

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda ensihoidon palvelun tuottajalle keinoja, joilla kyetään vastaamaan nyt ja tulevaisuudessa tarkoituksenmukaisemmin sosiaali- ja terveysalan muutuvaan toimintaympäristöön. Opinnäytetyöllä tavoitellaan myös ensihoitopalvelun toimintojen integroimista yhä tehokkaammin muuhun sosiaali- ja terveysalan toimintaan, kuitenkin unohtamatta sen päätehtävää.

Opinnäytetyö on tehty tutkimuksellisen kehittämistoiminnan viitekehyksessä. Kehittämisprosessissa hyödynnettiin tutkimuksellisuutta ja kehittämistä tukevia tiedonkeruumenetelmiä. Osana tiedonkeruuta suoritettiin Päijät-Hämeen ensihoitokeskukseen benchmark-vierailu. Osallistuvan havainnoinnin keinoin tutustuttiin yhden ensihoitajan yksikköön. Kehittämiseen osallistettiin asiantuntijaryhmä learning café -menetelmän ja sähköpostikyselyn avulla. Aineisto analysoitiin soveltaen sisällönanalyysiä.

Kehittämisprosessin tuotoksena on uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän käyttöön. Toimintamallin avulla kehitetään Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelua. Johtamisen näkökulmasta toimintamallin jalkauttamisessa hyödynnetään muutosjohtamisen keinoja. Tärkeimpänä jatkokehittämishaasteena voidaan pitää yksikön henkilöstön koulutuksen suunnittelua ja toteutusta.

Kieli
suomi

Sivuja 89
Liitteet 9
Liitesivumäärä 9

Asiasanat
ensihoitopalvelu, toimintamalli, hoidon tarpeen arviointi, tutkimuksellinen kehittämistoiminta

**THESIS****December 2016****Degree Programme in Development and Management of Social Services and Health Care (Master's Degree)**

Tikkariinne 9

FI 80220 JOENSUU

FINLAND

Tel. +358 50 40 54816

Authors

Jouni Gerres

Katariina Koivisto

Title

The Development of Emergency Care Services in North Karelia: A Strategy for an Un-traditional Emergency Care Unit

Commissioned by

North Karelia Rescue Department

Abstract

The aim of this thesis was to create ways for the provider of emergency care services to respond now and in the future more appropriately to the changing operational environment in the field of social services and health care. This study also aims to reach a more effective integration of emergency care services to other activities within social services and health care, without forgetting its main functions.

This study was conducted within the framework of research based development activity. Data collection methods that support research and development-oriented approach were used in the development process of this study. As a part of the data collection, a benchmark visit was paid to the Emergency Care Service Centre of Päijät-Häme. One unit was explored through participatory observation. A group of experts was involved in the development process through the learning café method and an e-mail survey. The data was analysed by applying the content analysis method.

The development process resulted in a strategy for an untraditional emergency care unit within the North Karelia Rescue Department, North Karelia Central Hospital and Honkalampi Centre. The strategy is used to develop emergency care services in North Karelia. From the perspective of management, the methods of change management are used in the implementation of the strategy. The planning and implementation of staff training in the unit can be considered as the main challenge for further development.

Language

Finnish

Pages 89

Appendices 9

Pages of Appendices 9

Keywords

Emergency care service, strategy, evaluation of the need of treatment, research based development activity

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Ensihoitopalvelu, käsitteitä ja lainsäädäntöä.....	7
2.1	Ensihoitopalvelu	7
2.2	Erityisvastuualueen ensihoitokeskus.....	8
2.3	Palvelutasopäätös	9
2.4	Paikallinen palvelutasopäätös	10
2.5	Ensihoitopalvelun lisäpalvelut.....	11
3	Ensihoitopalvelun yksiköt ja toimijat.....	12
3.1	Yleistä ensihoitopalvelun yksiköistä	12
3.2	Ensivasteyksikkö	12
3.3	Perustason yksikkö.....	13
3.4	Hoitotason yksikkö.....	13
3.5	Ensihoitopalvelun kenttäjohtaja	14
3.6	Päivystävä ensihoitolääkäri	14
3.7	Ensihoitopalvelun vastaava lääkäri	15
3.8	Alueellinen päivystävä lääkäri	15
4	Hätäkeskustoiminta ensihoitopalvelun näkökulmasta	16
4.1	Toiminnan perusteet.....	16
4.2	Porrastettu vaste	17
4.3	Tehtäväkiireellisyysluokat.....	17
5	Hoidon tarpeen arviointi	19
5.1	Hoidon tarpeen arviointi yleisesti.....	19
5.2	Hoidon tarpeen arviointia tekevän henkilön velvollisuudet	19
5.3	Hoidon tarpeen arviointi ensihoidossa.....	20
5.4	Kuljettamatta jättäminen	22
6	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus.....	26
6.1	Uudistus valtakunnan tasolla	26
6.2	Uudistus paikallisesti	26
7	Esimerkkejä ensihoitojärjestelmiä tukevista ja kehittävästä projekteista ja toiminnoista	27
7.1	Yleistä ensihoitojärjestelmiä tukevista toiminnoista	27
7.2	Kansainvälisiä esimerkkejä	28
7.2.1	EMSA, Kalifornia.....	29
7.2.2	Resource Access Program, San Diego	29
7.2.3	Advanced Practice Paramedic, Wake.....	30
7.2.4	SECamb community paramedic, Kent.....	31
7.2.5	Long and Brier island community paramedic program, Nova Scotia ..	32
7.2.6	Smart Ambulance: European Procurers Platform.....	33
7.3	Esimerkkejä Suomesta.....	33
7.3.1	Päivystys olohuoneessa, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.....	34

7.3.2	Ensihoitajan vastaanotto, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät	36
7.3.3	Alueellinen ensihoitaja, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	37
8	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät	39
9	Kehittämisen toteutus	39
9.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	39
9.2	Benchmark-vierailu ja osallistuva havainnointi	42
9.3	Benchmark-vierailua täydentävä sähköpostikeskustelu	47
9.4	Asiantuntijaryhmän kokoaminen	49
9.5	Kehittämispäivä	50
9.6	Kehittämispäivän aineiston luokittelu	53
9.7	Kehittämispäivän aineistoa tarkentava sähköpostikysely	54
9.8	Toimintamallin muodostuminen	56
10	Uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli	57
10.1	Toimintamallin havainnekuva	57
10.2	Pääteema I: Toiminnan tavoite ja toimenkuva	57
10.3	Pääteema II: Yhteistyötahot ja verkostoituminen	60
10.4	Pääteema III: Hallinnointi, työtehtävät ja työvälineet	63
10.5	Pääteema IV: Henkilöstö	69
11	Pohdinta	72
11.1	Kehittämisen arviointi	72
11.2	Toimintamallin merkitys ja hyödynnettävyys	76
11.3	Muutoksen johtaminen ja toiminnan jalkauttaminen	77
11.4	Opinnäytetyön eettisyys	80
11.5	Opinnäytetyön luotettavuus	82
11.6	Jatkokehittämisehdotukset	84
	Lähteet	86

Liitteet

Liite 1	Kehittämispäivän kutsukirje
Liite 2	Asiantuntijaryhmä
Liite 3	Kehittämispäivän aikataulu
Liite 4	Kehittämispäivän pöydät ja teemat
Liite 5	Toimintamallin käsittekartta
Liite 6	Esimerkkejä Webpropol –sähköpostikyselyn kysymysasettelusta
Liite 7	Sähköpostikyselyn saatekirje
Liite 8	Uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli
Liite 9	Opinnäytetyön prosessi

1 Johdanto

Ensihoitopalvelun nykyinen rakenne on suunniteltu tarjoamaan henkeä pelastavaa apua kriittisesti sairaille asiakkaille mahdollisimman lyhyessä ajassa. Ensihoitopalvelusta on samalla muodostunut merkittävä toimija osana paikallisia sosiaali- ja terveysalan (sote-alan) päivystyspalveluita. Käynnissä oleva sote-alan palveluiden valtakunnallinen uudistaminen edellyttää myös paikalliselta ensihoitopalvelua tarjoavalta organisaatiolta oman toiminnan tarkastelua ja toimintojen yhä tehokkaampaa integroimista muuhun sote-alan toimintaan (sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Jotta palveluiden tuottaminen potilasnäkökulmasta tarkasteltuna kohdistuisi oikein, tuleekin huolehtia ensihoitopalvelun ja sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluiden tuottajien keskinäisestä verkottumisesta (sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Pohjois-Karjalan pelastuslaitos toimii alueellaan ensihoitopalveluiden tuottajana. Pelastuslaitos on liittymässä osaksi tulevaa Siun sote -kuntayhtymän palvelutuottajaverkostoa. Liittymisellä tavoitellaan synergiaetuja tuovan yhteistoiminnan jatkumista sairaanhoitopiiriin, pelastustoimen ja kuntatason terveydenhuollon välillä. Yhteistoiminnan tukemiseksi on tarkoitus luoda uusia palvelumalleja, joilla turvataan tuloksellinen yhteistoiminta (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2016).

Potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja palvelutarpeen kiireellisyyden arviointi ovat muodostuneet merkittäväksi osaksi ensihoitopalvelun toimintaa. Tarve tällaiselle toiminnalle tulee jatkossa entisestään korostumaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita uudelleen järjestettäessä. Ensihoitopalvelun suunnittelussa tulisikin jatkossa huomioida tehtävävolyymien muuttuminen kohti laajempaa päivystyspotilaiden arviointia ja hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Tässä suunnittelussa on syytä pohtia, millä keinoin ensihoitopalvelu kykenee vastaamaan tehtäväkentän muutoksiin, unohtamatta kuitenkaan sen pääasiallista tehtävää.

Ensihoitopalvelun operatiivisista tehtävistä suuri osa on hätäkeskuksen toimesta matalariskisiksi luokiteltuja tehtäviä, joihin kuitenkin nykyisin hälytetään kah-

den ensihoitajan miehittämä ensihoitoyksikkö. Sen pääasiallinen käyttötarkoitus ensihoitopalvelun resursseja määriteltäessä on ollut alueellisen ensihoitovalmiuden ylläpito alueellaan, hätätilapotilaiden nopea tavoittaminen, hoitaminen ja tarvittaessa kuljettaminen jatkohoitopaikkaan.

Onko perinteinen ensihoitoyksikkö soveltuvin ja tarkoituksenmukaisin sote-alan toimija näihin kiireettömiin, mutta monella tapaa haasteellisiin tehtäviin? Palvelun tarve kaikille asiakkaille, sekä hätätapauksille että kiireettömille, on kuitenkin olemassa. He joutuvat turvautumaan hätäkeskukseen tai esimerkiksi soittavat terveystoimen puhelinneuvontaan ja aktivoivat näin sosiaali- ja terveystoimen palveluiden tuottajan. Sosiaali- ja terveystoimen järjestäjän, palvelun tuottajan ja viime kädessä asiakkaan yhteinen etu on, että asiakkaan palvelutarpeeseen voidaan vastata tehokkaasti niillä rajallisilla resursseilla, joita sote-alan toimijoilla on käytössä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda ensihoidon palvelutuottajalle keinoja, joilla kyetään vastaamaan nyt ja tulevaisuudessa tarkoituksenmukaisemmin muuttuvaan toimintaympäristöön. Opinnäytetyöllä tavoitellaan myös ensihoitopalvelun toimintojen integroitumista yhä tehokkaammin muuhun sote-alan toimintaan, kuitenkin unohtamatta sen päätehtävää. Tämän edistämiseksi luodaan opinnäytetyön tuotoksena uudenlaisen hoidon tarpeen arviointia ja hoitoja toteuttavan ensihoitoyksikön toimintamalli Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelulle. Opinnäytetyö tehdään Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK:n) käyttöön.

2 Ensihoitopalvelu, käsitteitä ja lainsäädäntöä

2.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtäväksi voidaan määritellä äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhriksi jou-

tuneen tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana. Varsinainen ensihoitopalvelun toiminta tapahtuu kodeissa, työpaikoilla ja julkisilla paikoilla. Tällöin työn luonne muistuttaa muiden turvallisuustoimijoiden, kuten esimerkiksi poliisin ja pelastustoimen, työtehtäviä. Kaiken toiminnan lähtökohtana kuitenkin on terveydenhuollon arvojen ja lainsäädännön sekä potilaan oikeuksien kunnioittaminen. (Määttä 2013, 14.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee ensihoidon järjestämiseen liittyvät sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvoitteet. Lain 39. § velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän järjestämään alueensa ensihoitopalvelu. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on erilaisia mahdollisuuksia järjestää toiminta. Ensihoitopalvelu voidaan järjestää omana toimintanaan, yhteistoiminnassa alueen pelastuslaitoksen kanssa, toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa tai hankkimalla palvelut muulta palvelun tuottajalta. Kyseisessä terveydenhuoltolain pykälässä todetaan lisäksi, että ensihoitopalvelun suunnittelu ja toteutus on tehtävä yhteistyössä alueellisten päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa niin, että ne yhdessä muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

Myös ensihoitopalvelun sisältö määritellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 40. §). Sen mukaan ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito, ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, tarvittaessa psykososiaalisen tuen järjestäminen, osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle muiden viranomaisten kanssa ja virka-avun antaminen poliisille, pelastus-, raja- ja meripelastusviranomaisille.

2.2 Erityisvastuualueen ensihoitokeskus

Erikoissairaanhoito järjestetään lähtökohtaisesti sairaanhoitopiirien tuottamana palveluna. Jotkut palvelut on kuitenkin keskitetty erityisvastuualueisiin (erva). Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista (812/2012) jakaa maan viiteen erityisvastuualueeseen yliopistosairaaloitten yh-

teyteen. Asetus liittää esimerkiksi PKSSK:n osaksi Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualuetta.

Ensihoitokeskuksen tehtävänä on mm. ohjeistamalla sovittaa yhteen alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalveluiden toimintaa, vastata sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista ja sovittaa yhteen hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet (Määttä 2013, 15). Ensihoitokeskuksella on myös selkeästi toiminnallinen tehtävä. Sen on järjestettävä ympärivuorokautinen ensihoitolääkärin päivystys alueellaan vähintään yhteen toimipisteeseen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011, 9. §). PKSSK:n osalta päivystävän ensihoitolääkärin palvelut on keskitetty Kuopion yliopistosairaalan yhteyteen.

2.3 Palvelutasopäätös

Ensihoitopalvelun toiminnan perustana terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä, että sen on tehtävä ensihoidon palvelutasopäätös. Edelleen lain 39. § velvoittaa, että palvelutasopäätöksen on sisällettävä mm. määrittely ensihoidon järjestämistavasta, palvelun sisällöstä, sekä ensihoitopalvelun henkilöstön koulutuksesta ja tavoitteet potilaan tavoittamisajasta. Tavoittamisajalla tarkoitetaan aikaa, joka ensihoitoyksiköllä kuluu kohteeseen saapumiseen hätäkeskuksen antamasta hälytyksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011, 7. §). Terveydenhuoltolaki edellyttää ensihoidon palvelutasopäätökseltä myös tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta ja mainitsee erikseen ensihoidon ruuhkatilanteiden huomioon ottamisen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) määrittelee sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ensihoidon palvelutasopäätöksen sisällön. Palvelutasopäätöksessä tulee mainita ensihoitopalvelun saatavuus, taso ja sisältö ensihoitopalvelun toiminta-alueella. Lisäksi asetuksessa edellytetään, että palvelutasopäätös tulee perustua riskianalyysiin, erilaisiin sairastumis- ja onnet-

tomuusuhkiin ja muihin paikallisesti ensihoidon tarpeeseen vaikuttaviin tekijöihin.

Palvelutasopäätöksen on sisällettävä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueellinen jako viiteen riskialueluokkaan. Riskialueluokitukseen vaikuttavat alueelle muodostuvien keskimääräisten ensihoitotehtävien määrä. Palvelutasopäätöksessä tulee asettaa ohjeelliset tavoittamisajat riskiluokittain kussakin tehtäväkii-reellisyyssluokassa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

2.4 Paikallinen palvelutasopäätös

PKSSK on päättänyt toteuttaa ensihoidon järjestämisen alueellaan yhteistoinnassa Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen kanssa ja on tehnyt viimeisimmän ensihoidon palvelutasopäätöksen ajalle 1.1.2013–31.12.2016. Pelastuslaitos vastaa kokonaisuudessaan ensihoitopalvelun tuottamisesta. Tähän sisältyy ensivastetoiminta, perus- ja hoitotason toiminta sekä ensihoidon kenttäjohtaminen. Ensivastetoinnassa pelastuslaitos voi vastuulääkärin hyväksynnällä ja sopimusperusteisesti käyttää yhteistyökumppaneita, esimerkiksi rajavartiolaitosta ja tullia. Päivystävän ensihoitolääkärin palvelut tuottaa alueelle Kuopion yliopistolaisen sairaalan erityisvastuualueen ensihoitokeskus. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2013.)

PKSSK:n ensihoidon palvelutasopäätöksessä tarkennetaan henkilöstön kelpoisuusvaatimuksia siitä, mitä ensihoitoasetus määrää. Kuntayhtymä edellyttää, että perustason ambulanssin henkilöstöstä ainakin toisella hoitajalla tulee olla paikallisesti hyväksyty lupa lääkehoidon toteuttamiseen. Lisäksi perustason henkilöstön tulee suorittaa erityisvastuualueen ensihoitokuulustelu hyväksytysti. Palvelutasopäätöksessä esitetään myös tavoitteeksi, että koko perustason henkilöstön tulisi olla terveydenhuollon ammattihenkilöitä. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2013, 2.)

2.5 Ensihoitopalvelun lisäpalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) veloitetaan ensihoitopalvelua tuottamaan myös muita ensihoitopalvelun toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisia terveydenhuollon palveluja siten, kuin alueellisessa järjestämissopimuksessa tai palvelutasopäätöksessä on sovittu. Asetuksen perustelumuistiossa mainitaan mm. kotisairaanhoidon liittyvät hoitotoimenpiteet, jotka voidaan katsoa ensihoitohenkilöstölle sopiviksi. Etenkin harvaan asutuilla alueilla ensihoitopalvelun toteuttamiseen voidaan sisällyttää lisätehtäviä. Tämä mahdollinen lisäpalvelujen tuottaminen perustellaan etenkin ikääntyvän väestön kotona pärjäämisen tukemisella. Muistiossa kuitenkin korostetaan, että lisätehtävät eivät saisi aiheuttaa haittaa varsinaisten ensihoitotehtävien suorittamiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Ensihoitopalveluiden tehtävät ovat nousseet esille yhtenä kehittämiskohteena osana sosiaali- ja terveyspalveluiden uudelleenjärjestämisestä käytävää keskustelua. On todettu, että ensihoitopalvelun tehtävät ovat lisääntyneet usean vuoden ajan, ne koskevat useasti vanhusväestöä ja painottuvat yhä enemmän subakuutteihin ja matalariskisiin tehtäviin. Perinteisen ambulanssin lähettäminen jokaiseen näistä tehtävistä nähdään kyseenalaisena resurssien käyttönä. Ensihoitopalveluiden tulevaisuuden sisältö tulisikin mahdollisesti tässä tärkeässä kehitysvaiheessa linjata uudelleen. Voimakkaasti korostetaan ensihoitopalvelun ja sosiaalitoimen nykyistä parempaa integraatiota sekä nykyistä parempaa yhteistyötä kotihoidon ja kotisairaanhoidon kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Paikalliset ensihoitopalvelua ohjaavat eriasteiset normit ottavat myös kantaa mahdollisiin ensihoitopalvelun järjestämiin lisäpalveluihin. PKSSK:n ensihoitopalvelun strategiassa todetaan yleisesti organisaatiota koskevana yhtenä päämääränä, että kunnille tuotetaan terveydenhuollon alueellisen järjestämissuunnitelman mukaisesti sovittuja palveluja korvaamaan päivystyspisteiden keskittymistä. Strategia toteaa henkilöstön toimintamallin osalta, että ensihoitopalve-

lua käytetään hoidon tarpeen arvioinnissa myös hoitolaitoksissa. Lisäksi päämääräksi on kirjattu, että ensihoitopalvelua käytetään avustamaan kotihoidossa olevien ihmisten sairaanhoidollisissa tarpeissa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013b.)

Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu toteuttaa tällä hetkellä tiettyjä lisäpalveluita sopimusperusteisesti toiminta-alueellaan. Ensihoitopalvelu vastaa alueen hoitolaitossiirroista, toteuttaa palliatiivista kotihoitoa yhteistyössä Pohjois-Karjalan keskussairaalan kanssa ja vastaa turvapuhelinhälytysten hoitamisesta osassa toiminta-alueitaan.

3 Ensihoitopalvelun yksiköt ja toimijat

3.1 Yleistä ensihoitopalvelun yksiköistä

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011, 8.§) määrittelee suurpiirteisesti ensihoitopalvelun yksikkö-käsitteen. Sen mukaan sillä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ambulanssin lisäksi asetuksessa mainitaan johto- ja lääkäri-autot esimerkkinä myös muunlaisesta soveltuvasta yksiköstä. Ensihoitopalvelun yksikön henkilöstöllä on tehtävänkuvasta ja ammatillisista vaatimuksista johtuen erilaiset koulutusvaatimukset. On huomattava, että tässä kohtaa asetuksessa mainitaan ensihoitopalvelun henkilöstöksi myös ensivasteyksikön henkilöstö.

3.2 Ensivasteyksikkö

Ensivasteyksiköllä tarkoitetaan muita kuin varsinaisesti potilaan kuljettamiseen tarkoitettuja, erillisen sopimuksen perusteella toimivia yksiköitä, joiden henkilöstöllä vähintään kahdella tulee olla ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Ensivastetoiminnalla täydennetään ensihoitopalvelun resurssia. Ensivasteyksiköiden käytöllä pyritään lyhentämään potilaiden tavoittamisviivettä etenkin kiireellisissä

ensihoitotehtävissä. Lisäksi ensivasteyksikköä voidaan käyttää toisen ensihoitopalvelun yksikön avustamisessa. Ensivasteyksikkönä käytetään esim. pelastustoimen ja rajavartiolaitoksen yksiköitä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Ekman 2015, 214.)

3.3 Perustason yksikkö

Perustason ensihoidon yksikön henkilöstönä on oltava vähintään kaksi ensihoitajaa, joista ainakin toisen on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettussa laissa (559/1994) tarkoitettu ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus. Lisäksi toisen ensihoitajan tulee vaihtoehtoisesti olla myös terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai aiemman vastaavan tutkinnon omaava henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

Perustasolla toimivien tehtäviä selvennetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen perustelumuihistiossa, jossa mm. potilaan peruselintoimintojen tilanarvio, välittömät henkeä uhkaavien tilojen yksinkertaiset hoitotoimet ja tietyt lääkehoidot kuuluvat perustason yksikön henkilöstön tehtäviin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 10-11.)

3.4 Hoitotason yksikkö

Hoitotason ensihoidon yksikkö tulee olla miehitettynä kahdella ensihoitajalla, joista vähintään toisella tulee olla ensihoitaja AMK-tutkinto tai jonka tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) tarkoittama laillistettu sairaanhoitaja, jolla on ensihoitoon suuntautuva lisäkoulutus. Toiselta henkilöltä vaaditaan vähintään terveydenhuollon ammattihenkilön tai pelastajan tutkinto. Hoitotasolla toimivien henkilöiden tulee perustason tehtävien lisäksi hallita mm. potilaasta tehtävä tarkennettu tilanarvio, kohdennetut oireenmukaiset ja löydösperusteiset tutkimukset, vaativammat hoitotoimenpiteet ja suonensisäi-

sen lääkityksen annostelu. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11-12.)

3.5 Ensihoitopalvelun kenttäjohtaja

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) säädetään, että sairaanhoitopiirillä on oltava ympäri vuorokauden toimivat ensihoidon kenttäjohtajat. Kenttäjohtajalta edellytetään hoitotason ensihoitajan pätevyyden lisäksi riittävää ensihoidon hallinnollista ja operatiivista osaamista ja kokemusta.

Ensihoitopalvelun kenttäjohtaja osallistuu ensihoidotehtävien hoitamiseen ja toimii ensihoitopalvelun tilannejohtajana ensihoitopalvelun vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa. Hänen tehtävänä on ylläpitää jatkuvaa alueellista ensihoidon valmiutta toiminta-alueellaan määräämällä toiminta-alueensa ensihoitoyksiköiden käytöstä. Näin hänen myös tulee tukea häätäkeskusta ennalta sovituissa päivittäistoiminnasta poikkeavissa tilanteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Ekman 2015, 214.)

3.6 Päivystävä ensihoitolääkäri

Erityisalueen ensihoidokeskus järjestää alueellaan ensihoitolääkärin ympärivuorokautisen päivystyksen. Päivystävä ensihoitolääkäri johtaa toiminta-alueellaan tilannekohtaista lääketieteellistä toimintaa sairaanhoitopiirien kuntayhtymien vahvistamien toimintaperiaatteiden mukaisesti. Päivystävällä ensihoitolääkärillä on useasti vahvasti toiminnallinen tehtävä. Hän toimii kenttäjohtajien ja ensihoitopalvelun henkilöstön toiminnallisena esimiehenä ja pystyy tuottamaan lääkäritasoisien, jopa teho-hoitotasoisien hoidon ensihoidon suuririskisille potilaille. Hänen tehtäviinsä kuuluu lisäksi hoito-ohjeiden antaminen ensihoitopalvelun henkilöstölle ja tarvittaessa ensihoidon potilaan ohjaaminen tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan. Päivystävä ensihoitolääkäri liikkuu toiminta-alueellaan tar-

vittaessa maitse liikkuvalla yksiköllä tai helikopterilla. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 13–14; Ekman 2015, 215.)

3.7 Ensihoitopalvelun vastaava lääkäri

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri. Hän johtaa alueen ensihoitopalvelua ja sen toimintaa. Hänen tulee noudattaa asetuksen määrittämiä vaatimuksia ensihoitopalvelun järjestämisestä ja ensihoidon palvelutasopäätöstä. (Silfvast 2016, 371.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) ei yksityiskohtaisemmin erittele vastaavan lääkärin tehtäviä. Ensihoitopalvelusta vastaavalla lääkärillä on usein keskeisiä ensihoitopalvelun järjestämiseen liittyviä tehtäviä. Hän saattaa toimia ensihoitohenkilöstön lääketieteellisenä esimiehenä, palvelutasopäätöksen valmistelijana ja esittelijänä, tuottaa ensihoitopalvelun toimintaa kuvaavia tunnuslukuja, seurata palvelutasopäätöksen toteutumista, sopia yhteistyöstä muiden viranomaisten kanssa, laatia hälytysohjeet hätäkeskukselle ja hoito-ohjeet ensihoitohenkilöstölle sekä vastata ensihoitotoiminnan valvonnasta ja kehityksestä. (Silfvast 2016, 371–372.)

3.8 Alueellinen päivystävä lääkäri

Päivystävän ensihoitolääkärin tehtävänkuvaa on useassa ensihoitojärjestelmässä vahvasti operatiivinen. Näin ollen on eri sairaanhoitopiireissä päätetty jakaa vastuu ensihoitoyksiköiden lääkärikonsultaatiosta ensihoitolääkärin ja alueellisten päivystävien lääkäreiden kesken. Näin toimitaan myös PKSSK:n alueella.

PKSSK:n alueella konsultoitava päivystävä lääkäri on merkittävä osa potilaan hoitoketjua. Alueella toimiva ensihoitohenkilöstö on veloitettu pyytämään hoito-ohjetta joko päivystävältä ensihoitolääkäriltä tai PKSSK:n päivystäviltä lääkäreiltä. Hoito-ohjeen pyytämisen syy määrittelee, keneltä ensihoitohenkilöstön tulee ohjetta pyytää. Lääkemääräyksen tai potilaan peruselintoiminnon häiriön ollessa

kyseessä hoito-ohjetta pyydetään ensihoitolääkäriltä. Sairauteen, hoitopaikan valintaan, tiettyyn erikoisalaan tai kuljettamatta jättämisiin liittyvissä kysymyksissä hoito-ohjetta pyydetään PKSSK:n päivystäviltä lääkäreiltä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2013a.)

4 Hätäkeskustoiminta ensihoitopalvelun näkökulmasta

4.1 Toiminnan perusteet

Hätäkeskuslaitos on sisäasiainministeriön alainen laitos, jonka toiminnallisesta ohjauksesta vastaavat sisäministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö. Hätäkeskukset, joita on tällä hetkellä Suomessa kuusi, ovat hätäkeskuslaitoksen alueellisia toimipaikkoja. (Hopearuoho & Seppälä 2016, 350.)

Hätäkeskukset ovat viesti- ja hälytyskeskuksia, joihin kaikki yleiseen hätänumeroon 112 soitetut hätäpuhelut ohjautuvat. Hätäkeskuksiin on keskitetty poliisi-, pelastus-, terveys-, ja sosiaaliviranomaisille tulevien hälytystehtävien käsittely. Hätäkeskuspäivystäjä käsittelee hätäpuhelut ja riskinarvioon pohjautuen välittää tehtävän niille viranomaisille, joille tehtävä lainsäädännön mukaan kuuluu. Terveystoimen piiriin kuuluvan hätäpuhelun kohdalla hän noudattaa sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa ohjeistusta. Riskinarvion ja ohjeistuksen perusteella hätäkeskuspäivystäjä voi myös olla välittämättä tehtävää eri toimijoille. (Määttä 2013, 22.)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on laadittava paikalliset hälytysohjeet hätäkeskukselle (340/2011). Hälytysohje määrittelee suunnitellun tehtäväkohtaisen vastteen, jolla paikallinen ensihoitopalvelu vastaa palvelutarpeeseen. Hälyttämisen jälkeen tehtävän johtaminen ja hoitaminen siirretään kulloisestakin tehtävästä vastaavalle viranomaiselle. Ensihoitokeskuksen tehtävänä taas on oman alueensa eri sairaanhoitopiirien hälytysohjeiden yhteensovittaminen, jolla pyritään yhdenmukaisiin toimintamalleihin koko maassa. (Vastamäki 2015, 200–202.)

4.2 Porrastettu vaste

Ensihoitopalvelun tarkoituksenmukaista käyttöä ajatellen hätäkeskus on ohjeistettu hälyttämään ensihoitopalvelun yksiköt niin sanotun porrastetun vasteen mukaisesti. Hälytysohjeet määrittelevät kullekin ensihoidon tehtävälajille hälytysvasteen, jolla pyritään potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseen ja ensihoitopalveluiden tarkoituksenmukaiseen resurssien käyttöön. (Ekman 2015, 214; Valli 2016, 364.)

4.3 Tehtäväkiireellisyysluokat

Hätäkeskus välittämät ensihoidon hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehtävän riskinarvioinnin perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan (taulukko 1). Riskinarvioinnissa noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön antamaa riskinarvio-ohjeistusta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) velvoittaa 7. §:ssä sairaanhoitopiiriä tuottamaan yhdenvertaisen palvelun saman riskialueen väestölle järjestämistavasta riippumatta.

Taulukko 1. Ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokat (mukaihen Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Tehtäväkiireellisyysluokka	Määritelmä
A	Korkeariskiseksi arvioitu tehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietoihin perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna
B	Todennäköisesti korkeariskinen ensihoidotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta
C	Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia
D	Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi

Sosiaali- ja terveysministeriö tarkentaa asetuksen perustelumuistiossaan, että A-, B-, ja C-luokan tehtävät ovat kiireellisiksi katsottavia tehtäviä. Näistä A- ja B-tehtävät ovat hälytystehtäviä ja C-tehtävä on muu kiireellinen tehtävä. D-tehtävän luokitellaan muistiossa ei-kiireelliseksi ensihoidon tehtäväksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän palvelutasopäätöksessä tulee olla määritelty, kuinka suuri osuus väestöstä tulee olla tavoitettavissa eritasoisella ensihoitopalvelun yksiköllä kussakin eri tehtäväkiireellisyysluokassa. A- ja B-luokan tehtävät ovat korkeariskisiä tehtäviä, ja niissä potilaiden tavoittamisaika tilastoidaan kahdeksan ja 15 minuutin jakoryhmiä noudattaen. C-luokan tehtävien tavoittamisaika tilastoidaan 30 minuutin ja D-luokan tehtävä kahden tunnin tavoittamisaikojen täyttymisen perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011, 7. §.)

Kiireellisyysluokkien C- ja D-tehtävät ovat ensihoitopalvelun yleisimmät tehtäväluokat, eikä muutoksia suhteellisissa osuuksissa ole juurikaan tapahtunut viime vuosina. Hätäkeskuksessa tehdyn arvion mukaan C- ja D-tehtävissä potilaalla ei ole välitöntä hengenvaaraa, ja tehtävä on tarkistusluonteinen erityisesti D-tehtävien osalta (ohjeellinen tavoitteellinen vasteaika 2 tuntia). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 34.)

Noin 90 %:ssa C- ja D-kiireellisyysluokan tehtävissä hälytetään yksi ambulanssi ja tehtävissä on lähes aina vain yksi potilas. Ensihoitopalvelun palvelutarpeessa korostuu hoidon tarpeen arviointi. Riskinarviossa pääasiallisesti riskiä useammin yliarvioidaan kuin aliarvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 35.)

On varsin todennäköistä, että soittaja hätäilmoitusta tehdessään on epätietoinen siitä, mihin tulisi soittaa, jotta tilannetta voitaisiin arvioida. On mahdollista, että useat hätäkeskuksen C- ja D- tehtäviksi arvioidut tilanteet pystyttäisiin hoitamaan puhelinneuvonnalla, erityisesti mikäli käytettävissä olisivat potilaiden aikaisemmat potilaskertomukset. On myös todennäköistä, että merkittävä osa C- ja D-tehtävistä ei johda kuljetukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 42.)

5 Hoidon tarpeen arviointi

5.1 Hoidon tarpeen arviointi yleisesti

Terveydenhuollon eri prosesseissa mainitaan hyvin usein hoidon tarpeen arviointi. Käsitettä käytetään tosin yleisesti melko väljästi. On hyvä huomioida, että lainsäädäntö linjaa hoidon tarpeen arvioinnin tärkeäksi vaiheeksi terveydenhuollon asiakkaan hoitoon pääsyssä ja sitä säätelevät monet lainsäädännöllinen normit. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) määritellään hoidon tarpeen arviointi ensihoitopalvelun tehtäväksi, vaikka hätäkeskuksen toimesta tehtävän kiireellisyysluokaksi olisikin määriteltä kiireetön D-luokan tehtävä.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee hoidon tarpeen arviointi -käsitettä. Laissa käsitellään laajemmin ihmisen hoitoon pääsyä. Sen mukaan hoidon tarpeen arviointia tulee tehdä riippumatta siitä, onko kyseessä perusterveydenhuollon vai erikoissairaanhoidon toimipaikka. Lain pakottavat kriteerit hoidon tarpeen arviointia tehtäessä vaihtelevat näiden kahden välillä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta tietyssä määräajassa siitä lukien, kun potilaan yhteydenotto perusterveydenhuollon yksikköön on tapahtunut. Erikoissairaanhoidon ollessa kyseessä arviointi on tehtävä tarvittaessa erikoislääkäritasoisesti, jolloin siihen myös liitetään määräaika sekä itse arvioinnille että siihen kuuluville tutkimuksille.

5.2 Hoidon tarpeen arviointia tekevän henkilön velvollisuudet

Lähtökohtaisesti terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet, samoin kuin oikeudet ja vastuu, perustuvat lainsäädäntöön sekä henkilön pätevyYTEEN. Ei kuitenkaan ole yksityiskohtaisesti kerrottu, mitkä terveydenhuollon tehtävät nimienomaisesti kuuluvat tai eivät kuulu hänelle. Esimerkiksi työnantajan myöntämä työpaikkakohtainen lisäkoulutus voi antaa ammattihenkilöille lisävalmiuk-

sia. (Syväoja & Äijälä 2009, 35.) Terveydenhuollon ammattihenkilön vastuusta Syväoja ja Äijälä (2009, 35) toteavat seuraavaa: ”Vastuun pääperiaate on, että kukin terveydenhuollon ammattihenkilö on itse vastuussa siitä, mitä tekee tai mitä jättää tekemättä.”

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004, 2. §) määrittelee hoidon tarpeen arvioinnin tekijäksi terveydenhuollon ammattihenkilön. Samassa asetuksessa myös todetaan, että arvioijalla on oltava riittävä työkokemus, yhteys potilasasiakirjoihin sekä yhteys hoitoa antavaan yksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin tekijää taas velvoittavat yleisesti useat keskeiset säädökset, mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (726/2003).

On huomioitavaa, että lainsäädäntö ei automaattisesti takaa potilaalle subjektiivista oikeutta päästä hoitoon. Tässä nimenomaisesti terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi on avainasemassa potilaan hoitoon pääsyssä. Hoidon tarpeen arviointia tekevä hoitaja tai lääkäri ottaakin eräänlaisen portinvartijan roolin, joka määrittelee potilaan hoitoon pääsyn ja hoidon kiireellisyyden. (Syväoja & Äijälä 2009, 25).

5.3 Hoidon tarpeen arviointi ensihoidossa

Hoidon tarpeen arviointi sairaalan ulkopuolella on monin tavoin haasteellista. Ensihoidossa on perinteisesti pyritty työdiagnoosin tekemiseen, jolloin selvitetään taudin vakavuus ja hoitotoimenpiteiden kiireellisyys. Ensihoitajat joutuvat tekemään merkittäviä päätöksiä, jotka koskevat mm. arvioita potilaan tilan vakavuudesta, hoitomuodon valintaa ja kuljettamatta jättämistä. On muistettava, että lääkäri vastaa Suomessa taudin määrittämisestä ja hoidosta. Käytännössä ensihoidon kentän toimijat ovat lähes kaikki hoitajia. Näin ollen on päädytty toi-

mintamalliin, jossa hoitajat toteuttavat lääkäreiden antamia pysyväisohjeita tai hyödyntävät lääkärikonsultaatiota. Hoitaja tekee merkittäviä ratkaisuja hoito-ohjeiden soveltamisessa ja hoito-ohjeen pyytämisessä. Onkin arvioitu, että etenkin ensihoidon toimintaympäristössä on suuri riski päätöksenteon virheisiin. (Nurmi 2013, 110.)

Ensihoitajien koulutuksessa on kiinnitetty erityisesti huomiota potilaan systemaattiseen tutkimiseen ja tilan arviointiin. Potilaan hoitamiseen ja tutkimiseen on syntynyt toimintamalleja ja ohjeita, joilla pyritään parantamaan hoitotilanteen turvallisuutta jokaisen osallisen kannalta. On huomioitavaa, että iso osa tutkimisesta tapahtuu ilman välineitä. Hoitajan huomiokyky, kommunikaatiotaidot, kokemus, potilaan haastattelu ja taustatietojen selvittäminen ovat kukin tärkeitä tekijöitä potilaan kokonaistilannetta selvittäessä (Alanen, Jormakka, Kosonen, Nyssönen & Saikko 2016, 20–21).

Potilasta hoidettaessa riittävän ja tarkoituksenmukaisen tiedon kerääminen on erittäin tärkeää koko hoitoprosessin onnistumisen kannalta. Sen avulla voidaan toteuttaa turvallinen ja tarpeenmukainen hoito. Hoitopäätös, joka on tehty riittävästi perusteiden, vaarantaa potilasturvallisuuden. (Alanen, Jormakka, Kosonen, Saikko & Seppälä 2016, 10.) Sairaalan ulkopuolella toimivien hoitajien mukana kuljetettava vieridiagnostiikkalaitteisto mahdollistaa omalta osaltaan oikean hoitopäätöksen syntymisen. Laitteiden käyttökelpoisuus ja mittaustarkkuus ovat kehittyneet riittäviksi ja mahdollistavat näin entistä tarkempien ja luotettavien tutkimusten tekemisen (Alanen ym. 2016, 25).

Vieridiagnostiikan kehitys vaikuttaa keskeisesti sairaalan ulkopuolella toteutettavan hoidon lisääntyviin mahdollisuuksiin ja potilaan hoidon tarpeen arviointiin. Esimerkiksi ensihoidossa on jo pitkään ja vakiintuneesti tehty potilaalle tietyt perusmittaukset, joita ovat mm. verenpaineen, pulssin, happisaturaation, verensokeerin ja lämpötilan mittaus (Alanen ym. 2016, 24–25). Sydänfilmin rekisteröinti, analysointi ja lähettäminen esim. lääkärille ja/tai potilasarkistoon on myös vakiintunut käytäntö tietyissä potilasryhmissä. Nykyaikaiset monitoimilaitteet yhdistävät useat toiminnot samaan laitteeseen ja laitteista on tullut entistä älykkäämpiä.

Näiden ensihoidossa vakiintuneiden mittausmenetelmien rinnalle jotkut ensihoidon toimijat ovat halunneet tuoda lisää informaatiota tuottavia menetelmiä. Tällä on pääasiassa pyritty nopeuttamaan tarpeelliseksi todettujen hoitojen käynnistämistä silloin, kun siitä on todettu olevan hyötyä. Lisäksi on otettu käyttöön välineitä, jotka pystyvät täydentämään potilaalle tehtäviä tutkimuksia paikan päällä, jolloin ei yksinkertaista tutkimusta varten potilasta tarvitse lähettää terveydenhuollon päivystykseen. Näin voidaan tarpeelliset tutkimukset ja hoidon tarpeen arviointi tehdä paikan päällä, lääkäri saa tarpeellisen tiedon diagnoosin tekoon ja hoito voidaan aloittaa.

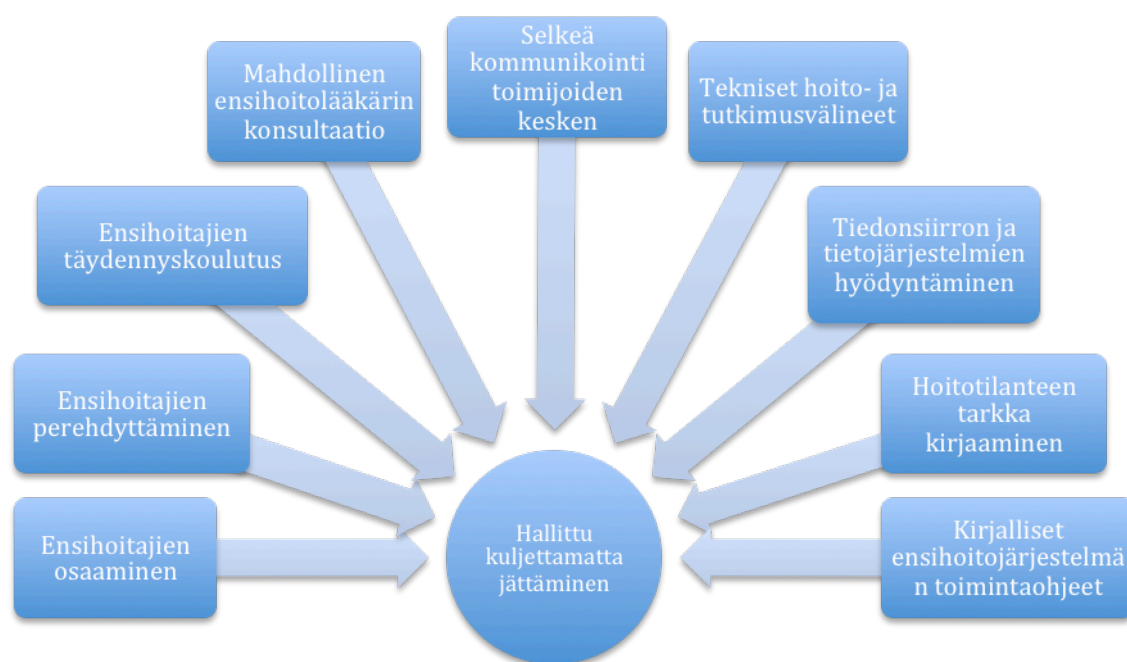
Ensihoidon toimijoiden toteuttama vierianalytiikka vaihtelee ensihoitojärjestelmästä ja toimijoiden koulutustasosta riippuen. Sairaalan ulkopuolella tehdään esim. crp-pikatestejä, ultraäänitutkimuksia, valtimoverikaasuanalyysejä ja lähi-infrapunaspektoskoppioita (Saikko 2016, 80). Eri ensihoitojärjestelmät ovat lisänneet sairaalan ulkopuolella toteutettavaa vierianalytiikkaa pääasiassa parantaakseen hätätilapotilaan hoidon tasoa. Toisaalta eräillä paikkakunnilla on myös otettu huomioon ensihoitojärjestelmän kehittyminen kohti kokonaisvaltaisempaa kotiin vietävien palvelujen kokonaisuutta ja näin mahdollistettu asiakkaan laajamittaisempi tutkiminen ja hoidon tarpeen arviointi. Tällöin ensihoitoyksikön tehtäväksi on esimerkiksi lisätty erilaisten laboratorionäytteiden ottaminen ja analysointi.

5.4 Kuljettamatta jättäminen

Ensihoitopalvelun hälytystehtävistä suuri määrä päättyy tilanteeseen, jossa potilas jätetään kuljettamatta ensihoitopalvelun yksikön toimesta sosiaali- ja terveystoimen päivystyspisteeseen. Tähän tilanteeseen päätyneiden ensihoidotehtävien määrä vaihtelee paikallisesti hieman ensihoitojärjestelmien, toimintaympäristön ja hoito-ohjeiden erojen takia. Kyseisiä tehtäviä kuvataan ensihoitopalvelun ja hätäkeskuksen viestinnässä x-tehtäviksi. Näitä tehtäväluokituksessa x-koodiin johtavia tehtäviä on esimerkiksi Helsingin alueella noin 40 % kaikista kiireellisistä hälytystehtävistä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee poti-

laan kuljettamisen ensihoitopalvelun tehtäväksi, mutta vain tarvittaessa, ei automaattisesti. Ensihoitoyksikön mahdollisuus jättää potilas kuljettamatta on yhteiskunnallinen, terveydenhuollon ja potilaankin etu, ja toimintamallia pidetään yleisesti järkevänä. (Määttä 2013, 51–62.)

Kuljettamatta jättäminen vaatii suurta tilannekohtaista harkintaa ja vastuullisuutta, jolloin on otettava huomioon potilaan, läheisten sekä ensihoidon henkilöstön oikeusturva. Kuljettamatta jättäminen onkin johtanut hoidon viivästymisiin, kanteluihin ja korvausvaatimuksiin. Turvallinen ja hallittu päätös kuljettamatta jättämisestä syntyy usean tekijän summana (kuvio 1). Päätöksen taustalla tulee aina olla potilaan lakisääteisen aseman ymmärtäminen, terveydenhuollon arvot ja hyvä ammattietiikka. (Määttä 2013, 51–62.)



Kuvio 1. Hallitun kuljettamatta jättämisen tekijät (mukaillen Määttä 2013).

Ensihoitoyksikön jättäessä potilaan kuljettamatta tehtävä kirjataan suoritetuksi jollakin x-koodilla. Mahdolliset x-koodit on jaettu kymmeneen luokkaan, joissa suurpiirteisesti luokitellaan syy kuljettamatta jättämiselle. Tilanne hälytystehtävällä määrittelee oikean x-koodin valintaa. X-koodien varsinaiselle käytettävyydelle ei löydy tyhjentävää selitystä lainsäädännöstä. Jopa taulukossa 2 esitetyt x-koodien selitteet vaihtelevat lähteestä riippuen. Kriteerit kuljettamatta jättämi-

selle määräytyvätkin hyvin vahvasti alalla yleisesti hyväksytyjen linjausten mukaan. Selkeiden kriteereiden luominen jää näin mm. valtakunnallisesti tunnistettujen ensihoidon asiantuntijoiden, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (valvira) ja paikallisten ensihoidosta vastaavien viranomaisten vastuulle.

Taulukko 2. Ensihoidon x-koodit (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

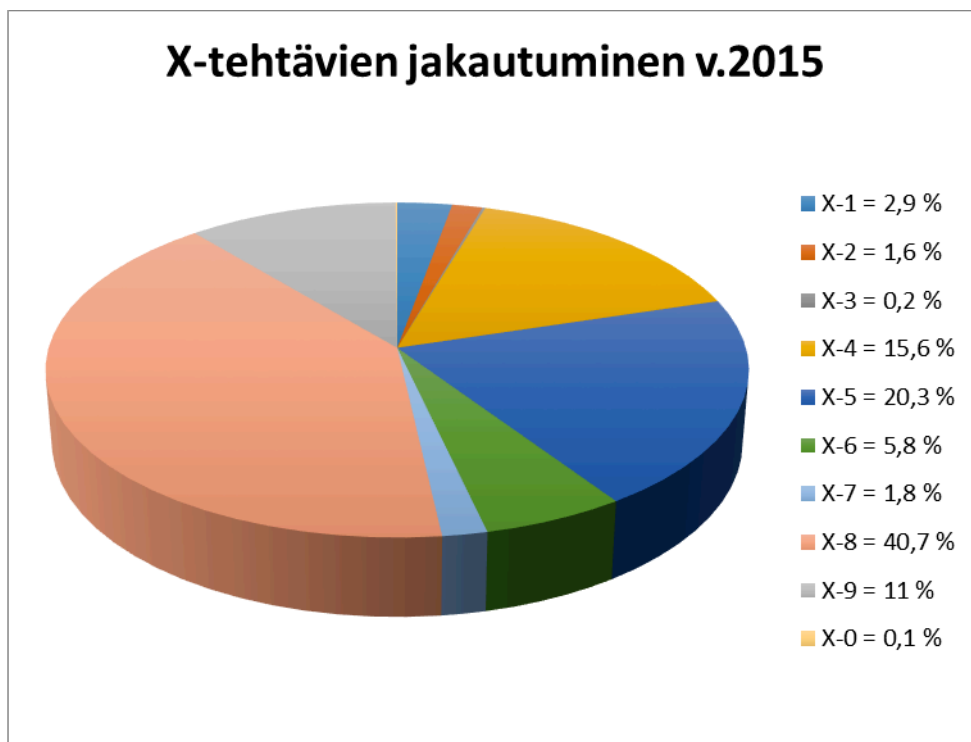
X-0	Tekninen este
X-1	Kuollut
X-2	Terveydentila määritelty, ohjattu poliisin suojaan
X-3	Pyydetty kohteeseen muuta apua
X-4	Muu kuljetus
X-5	Terveydentila määritelty, ei tarvetta ensihoitoon
X-6	Potilas kieltäytyi
X-7	Potilasta ei löydy
X-8	Potilas hoidettu kohteessa
X-9	Tehtävän peruutus

Sairaanhoitopiirit ja erityisalueiden ensihoitokeskukset ovatkin omalla toimialueellaan luoneet ensihoitajia velvoittavia toimintaohjeita päätöksenteon tueksi. Valvira on myös ottanut kantaa epäselviin ohjeistuksiin esille tulleiden potilasvahinkotapausten johdosta ja pyrkinyt näin selkeyttämään kuljettamatta jättämiseen johtavaa päätöksentekoa.

Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu tukeutuu kuljettamatta jättämisen ohjeistuksissaan vahvasti Ensihoito-oppaan (Duodecim-kustanne) internetversion hoitolinjauksiin. Näitä täydennetään ja tarkennetaan paikallisen ensihoidon vastuulääkärin velvoittavilla ohjeilla. Ensihoitopalvelulla on tätä kirjoittaessa tekeillä uusi protokolla tarkentamaan kuljettamatta jättämisen kriteereitä ja toimenpiteitä.

Pohjois-Karjalan pelastuslaitos suoritti vuonna 2015 n. 30 600 hätäkeskuksen välittämää ensihoitotehtävää. Näistä noin 13 000 päättyi potilaan kuljettamatta

jättämiseen. X-koodiin päätyneiden tehtävien prosenttiosuus kaikista suoritetuista ensihoitotehtävistä oli näin n. 42 prosenttia. Ensihoitopalveluita keskenään vertailtaessa tämä luku noudattaa valtakunnallista tasoa. Kuviossa 2 on esitetty eri x-koodien osuus kaikista x-koodiin päätyneistä tehtävistä Pohjois-Karjalassa vuonna 2015. (Logica 2016.)



Kuvio 2. X-koodien osuus kaikista x-koodiin päätyneistä ensihoitotehtävistä Pohjois-Karjalassa vuonna 2015 (Logica 2016).

Pohjois-Karjalassa ensihoitopalvelun yksiköiden vuosittaista tehtävämäärää tarkasteltaessa on otettava huomioon myös ensihoitoyksiköiden suorittamat sopimusperusteiset lisäpalvelut. Valtaosa on hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja. Näitä kertyi vuonna 2015 noin 8 000 kpl. Näin kokonaistehtävämäärä nousee yli 38 000 tehtävään.(Logica 2016.) Kuljettamatta jättämistä tarkemmin tarkasteltaessa nämä on syytä jättää huomioimatta, koska ne luonnollisesti lähes aina johtavat potilaan kuljettamiseen ja vääristävät näin varsinaisten ensihoitotehtävien kuljettamatta jättämisen analysointia.

6 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

6.1 Uudistus valtakunnan tasolla

Suomessa on käynnissä laaja sosiaali- ja terveystalouden uudistus. Uudistus liittyy nykyiseen Sipilän hallituksen toimiin, joilla muun muassa pyritään turvaamaan julkisten palveluiden ja sosiaaliturvan rahoitus julkista taloutta vahvistavilla säästöillä ja rakenneuudistuksilla. Maan hallitus on hallitusohjelmassaan nimenyt viisi strategista painopistealuetta, joista yksi on terveys ja hyvinvointi. Tässä kohtaa ohjelmassa painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työotetta ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallinnonrajojen. Hallitus listaa myös tavoitteekseen, että ikääntyvien kotona pärjäämistä tuetaan ja korostaa kotiin saatavien palveluiden painottamista. Keinoja tavoitteeseen pääsemiseksi ovat mm. vanhuspalveluissa työskentelevien työnjaon uudistaminen, omaishoidon tukeminen ja palveluketjujen parantaminen yli hallintorajojen. (Valtioneuvoston kanslia 2015.)

Valtakunnallinen sote-uudistus liittyy suureen toteutettavaan alueelliseen hallintouudistukseen. Tämän yhteydessä määritellään uudelleen tehtävien järjestämistä ja hoitamista toteuttavat toimijat. Hallitus on linjannut, että tehtävien uudelleenjärjestämisessä ensihoidon järjestäminen osoitetaan viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän maakunnan tehtäväksi maakuntien yhteistyöalueittain. Yksittäiset maakunnat hoitavat toimintaan liittyviä tehtäviä, kunhan sopivat järjestämisvastuussa olevan maakunnan kanssa muun muassa rahoituksesta. (Valtioneuvosto 2016.)

6.2 Uudistus paikallisesti

Hallituksen tulevaa sote-uudistusta mukailleen Pohjois-Karjalan kunnat ja Heinävesi ovat perustaneet uuden sosiaali- ja terveystalouden tuottavan kuntayhtymän vuoden 2015 lopussa. Perussopimus ottaa joustavasti huomioon mahdolliset valtion asettamat tulevat muutokset toiminnassa ja rahoituksessa. Siun sote

-valmistelunimellä tunnettu kuntayhtymä yhdistää kuntien perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelut, Pohjois-Karjalan keskussairaalan ja kehitysvammaisten erityishuollon samaan organisaatioon. Toiminta on suunniteltu alkavaksi vuonna 2017. Ratkaisun keskeisimpänä tavoitteena on turvata lähipalvelut ja osaaminen kunnissa, asukaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti. (Siun sote 2015.)

Pohjois-Karjalan pelastuslaitos on päätetty liittää osaksi maakunnallista Siun sote-kuntayhtymää. On nähty, että hallituksen valmistelussa olevat ensihoitopalvelua koskevat linjaukset johtaisivat toteutuessaan paikallisesti ensihoitopalveluiden tuottamisen hajanaisuuteen muun muassa siirtokuljetusten osalta. Tavoitteena on säilyttää paikallinen sairaanhoitopiirin, kunnallisen terveydenhuollon ja pelastustoimen yhteisiä synergiaetuja tuottava yhteistoimintamalli, jossa tuloksellinen toiminta yhteispäivystyksen ja kuntatason terveydenhuollon kanssa turvataan ja luodaan uusia palvelumalleja. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2016.)

7 Esimerkkejä ensihoitojärjestelmiä tukevista ja kehittäväistä projekteista ja toiminnoista

7.1 Yleistä ensihoitojärjestelmiä tukevista toiminnoista

Useassa maassa, kuten Suomessakin, on viime vuosina pyritty uudistamaan paikallista ensihoitojärjestelmää palvelemaan eri toimintatavoilla, kuin mihin on perinteisesti totuttu. Useasti näissä kokeiluissa, projekteissa, uusissa käytännöissä ja koulutusohjelmissä esitetään kehittämisen syyksi ensihoitojärjestelmän tarve integroitua paremmin muuhun paikalliseen terveydenhuoltosektoriin ja näin omalta osaltaan helpottaa palveluiden kysyntään kohdistuvaa kuormaa. Lisäksi ensihoitojärjestelmien kyky reagoida jatkuvasti lisääntyviin kiireettömiin tehtäviin on useasti ollut kehittämisen kohteena. Seuraavassa luodaan katsaus eri yhteiskunnissa toteutettuihin tai suunnitteilla oleviin ensihoitojärjestelmää kehittäviin projekteihin. Tässä esitellyillä toteutuneilla projekteilla on tuloksek-

kaasti onnistuttu ensihoitojärjestelmän kehittämisessä ja integroinnissa muuhun palveluverkostoon.

7.2 Kansainvälisiä esimerkkejä

Yhdysvalloissa ja Kanadassa on tehty useita paikallisia ensihoitojärjestelmän sovelluksia ensihoitojärjestelmän integroimiseksi muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja tehtävien uudistamiseksi. Uudistamista on tehty laajasti eri osavaltioissa. Community paramedicine näyttää muodostuneen tämänkaltaisen toiminnan yleiseksi käsitteeksi. Yhteistä useille näille projekteille on, että niissä pyritään tehostamaan harvaan asuttujen alueiden terveyspalveluita. Muiden toimijoiden, kuten esimerkiksi lääkäri- tai sairaanhoitajapäivystyksen puuttuessa, paikallisella ensihoitopalvelun resurssilla on onnistuttu paikkaamaan tätä palvelun tarvetta. (Nolan, Hillier & D'Angelo 2012.)

Huolimatta erilaisten kokeilujen eroista, niiden tulokset ovat olleet kaiken kaikkiaan hyvin positiivisia (kuvio 3). Kokonaistaloudelliset säästöt ovat olleet merkittäviä. Erikoista on, että paikoin hyvinkin tuottoisista ja yhteisöä hyödyntävistä community paramedic -sovelluksista ei ole tehty suuria maanlaajuisia tutkimuksia, jotka selkeästi osoittaisivat toiminnan kannattavuuden. (Nolan, Hillier & D'Angelo 2012.)



Kuvio 3. Ensihoitojärjestelmää kehittävien ja tukevien toimintojen saavutettuja hyötyjä (mukailien Nolan, Hillier & D'Angelo 2012).

7.2.1 EMSA, Kalifornia

Esimerkkinä ensihoidon integroitumiseen ja palveluiden kehittämiseen tähtäävästä suuresta ensihoidon toimijasta voidaan mainita California Emergency Medical Services Authority (EMSA). EMSA vastaa Kalifornian osavaltion ensihoitojärjestelmien kehittämisestä ja on vuoden 2015 alusta käynnistänyt osavaltion eri osissa hankkeita, joissa ensihoitajien toimenkuvaa laajentamalla pyritään ensihoitoon varattujen resurssien tehokkaampaan käyttöön. EMSA pilotoi erilaisia paikallisiin olosuhteisiin soveltuvia community paramedicine -projekteja kuudella eri paikkakunnalla. Tästä laajasta projektista valmistuu loppuraportti heinäkuussa 2017. (Kizer, Shore & Moulin 2013; California emergency medical services authority 2015.)

7.2.2 Resource Access Program, San Diego

Kalifornian San Diegon kaupungissa on paikallisen ensihoitopalvelun toimesta kerätty jo vuodesta 2006 tietoa ensihoitopalveluiden suurkäyttäjistä. Näiden

suurkäyttäjien on todettu tarvitsevan pääosin toisenlaista apua, kuin mitä ensihoitopalvelu ja sairaalan ensiapupäivystys pystyvät tarjoamaan. Näiden asiakkaiden kohdalla hoidon koordinointi on huonoa ja he tuottavat vastaavasti yhteiskunnalle suuria kuluja. Ensihoitopalvelun community paramedic -projektityöntekijät pyrkivät puuttumaan asiakkaan ongelmiin ja ohjamaan hänet kulloinkin sopivan sosiaali- ja terveystoimen yhteistyökumppanin asiakkaaksi. Toiminnalla pyritään koordinoimaan asiakkaan hoitopolkua asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaiseksi ja vähentämään ensihoitopalvelun ja ensiapupäivystysten resurssien käyttöä, minkä vastaavasti odotetaan tuovan yhteiskunnalle säästöjä. Toiminnasta tehty tutkimus osoittikin hätäkeskuksen välittämien ensihoitotehtävien ja varsinaisten hoitoon kuljetusten merkittävää vähenemistä kohderyhmän kohdalla. (Tadros, Castillo, Chan, Jensen, Patel, Watts & Dunford 2012; California emergency medical services authority 2015.)

7.2.3 Advanced Practice Paramedic, Wake

Waken piirikunta Yhdysvaltojen Pohjois-Carolinan osavaltiossa on vuodesta 2009 toteuttanut omissa ensihoitopalvelussaan ohjelmaa, jolla täydennetään piirikunnan vastuulla olevaa perinteistä ambulanssitoimintaa. Ohjelmasta ja sen piirissä olevista ensihoitajista käytetään nimitystä ”Advanced Practice Paramedic (APP)”. (Wake county government 2015.)

APP-ohjelmalla on kolme päätarkoitusta:

1. **Pyrkii ennaltaehkäisemään tiettyyn potilasryhmään kuuluvan asiakkaan yleisen hyvinvoinnin heikkenemistä, jolloin ennaltaehkäistään myös hänen vakavampaa sairastumistaan.** Potilasryhmiksi on valittu sellaiset, joissa tutkimusten perusteella esiintyy useasti toistuvan avuntarpeen johdosta ensihoitopalvelua ja ensiapupäivystystä kuormittavia potilaita. Käytännössä näihin potilasryhmiin kohdistetaan ensihoitopalvelun toimesta kotikäyntejä, joissa yleisen terveydentilan tarkkailun lisäksi kartoitetaan yhdessä muiden toimijoiden kanssa potilaan yleistä selviytymistä.

2. **Ohjata ensihoitopalvelun mielenterveysasiakkaiden ja päihteiden väärinkäyttäjien hoitopolkua.** Tämä tapahtuu osallistumalla ambulanssihenkilökunnan päätöksentekoon hoitopaikkaa valitessa. Näin ehkäistään turhia potilaskuljetuksia, vähennetään päivystyspisteen kuormitusta ja ohjataan potilas suoraan hänelle sopivaan hoitopaikkaan.

3. **Täydentää ensihoitopalvelun resursseja vaativissa ensihoitotehtävissä.** APP-ohjelman hoitajat ovat kokeneita ensihoitajia, jolloin heidän osaamistaan ja kokemustaan voidaan hyödyntää varsinaisen ambulanssihenkilökunnan avustamisessa. APP-ohjelman ensihoitajat eivät toteuta vaativampia tai pidemmälle vietyjä hoitoja, vaan toimivat samoilla edellytyksillä kuin ambulanssihenkilöstö. (Wake county government 2015.)

APP-hoitajat liikkuvat yksin henkilöautolla, joka on varustettu ensihoitovälineillä ja toimii hälytysajoneuvona. Piirikunta on kouluttanut 17 ensihoitajaa omalla 328 tuntia kestäväällä koulutusohjelmalla. Hoitajat miehittävät piirikunnassa päiväsai-kaan viisi, yöaikaan ainakin kaksi yksikköä. (Wake county government 2015.)

7.2.4 SECamb community paramedic, Kent

Kentin kreivikunnassa Isossa Britanniassa paikallinen ensihoitopalvelusta vastaava toimija, South East Coast Ambulance Service NHS Foundation Trust (SECamb), on vuoden 2016 alusta käynnistänyt Community Paramedic – ohjelman. Ohjelman tarkoituksena on vähentää sairaalakäyntejä ja potilaskuljetuksia hoitamalla potilaita joko kotona tai soveltuvissa paikallisissa hoitolaitoksissa. Ohjelman parissa olevat ensihoitajat toteuttavat oman päätehtävänsä ohella kotikäyntejä, joita paikallinen lääkäri on heille antanut tehtäväksi. He toteuttavat näitä kotikäyntejä joko yksin, potilaan hoidosta vastaavan lääkärin tai paikallisen kotihoidon kanssa. Ensihoitaja ottaa työvuoronsa aikana edelleen vastaan alueensa kiireellisiä ensihoitotehtäviä. (South east coast ambulance service NHS foundation trust 2016.)

SECAmbin community paramedic–ohjelmassa korostuu ensihoitajien tiivis yhteistoiminta muiden paikallisten terveystoimijoiden kanssa. Paikallinen yhteistoiminta, pääsy potilastietokantoihin ja lisääntyneet potilaan tutkimusmahdollisuudet kotona ovat ohjelman ensimmäisten kuukausien aikana tuoneet hyvin positiivisia tuloksia. Lääkäreiden kotikäyntien tarve on pienentynyt ja kuljetukset ensiapupäivystykseen vähentyneet. (South east coast ambulance service NHS foundation trust 2016.)

7.2.5 Long and Brier island community paramedic program, Nova Scotia

Harvaan asutut alueet tuottavat terveystalveluiden järjestäjille suuria haasteita myös Kanadassa. Nova Scotian osavaltiossa Long ja Brier –saarten asukkaat muodostavat yhteisön, jolle terveystalveluiden tuottaminen on ollut haasteellista . Saarilla on suhteellisen vähän asukkaita ja ne sijaitsevat lauttamatkojen päässä mantereesta, jossa päivystävät sairaalat ja lähimmät lääkäriasemat sijaitsevat. Saarilla käynnistettiin terveydenhuollon projekti, jonka terveystalvelut ja kulusäästöt ovat olleet merkittäviä. (Misner 2005).

Projektin ensimmäisessä vaiheessa yhdelle saarista sijoitettiin yksi ambulanssi jatkuvaan valmiuteen. Toisessa vaiheessa ambulanssissa työskenteleville ensihoitajille annettiin tehtäväksi väestön rokottaminen, vastaanottojen pitäminen ja väestön verenpaineiden tarkastaminen. Lisäksi ensihoitajat ottivat vastaan asukkaiden kiireettömiä palvelupyyntöjä puhelimitse, kuten esimerkiksi verensokerin tarkastusmittauspyyntöjä. Hankkeen kolmannessa vaiheessa ensihoitajien lisäksi saarella aloitti toimintansa kliininen asiantuntija (engl. Nurse practitioner). Hoitajat toimivat mantereella sijaitsevan lääkärin ohjeistuksella. Kliinisen asiantuntijan tulon myötä myös ensihoitajien tiedot ja taidot karttuivat ja he osallistuivat muun muassa haavahoitoihin, vastaanottojen pitämiseen ja terveystalveluita ehkäisevään kouluttamiseen. Projektista saatujen myönteisten kokemusten johdosta ensihoitajien toimenkuvaa kasvatettiin lisää. Hoitovalikoimaan tulivat mm. verikokeiden otto, antibiootin anto, haavanhoidot, ompeleiden poisto ja määrätyn lääkehoidon toteutumisen valvonta. (Misner 2005.)

Projektia analysoitaessa todettiin muun muassa, että asukkaiden keskimääräiset sairaanhoitokulut olivat pudonneet selvästi, hoidon saaminen oli selvästi helpottunut ja saarten terveystoimijoiden yhteistyö oli merkittävästi parantunut. Projektin loppupäätelmänä oli, että etenkin harvaan asutuilla, vaikeasti tavoitettavilla seuduilla ensihoitajien toimenkuvan rohkea innovatiivinen muuttaminen ja yhteistyö kliinisen asiantuntijan ja etälääkärin kanssa tuottavat taloudellisesti kannattavan ja onnistuneen terveystalouden tuottamismallin. (Nolan, Hillier & D'Angelo 2012.)

7.2.6 Smart Ambulance: European Procurers Platform

Smart ambulance: European Procurers Platform (SAEPP) on hanke, jossa kuuden EU-maan yhteistyöllä kehitetään uusia toimintamalleja, tekniikkaa ja tietotekniikkaa ensihoidon ja sen rajapintojen käyttöön. Suomesta hankkeeseen osallistuvat Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ja Saimaan ammattikorkeakoulu.

Hankkeen tavoitteena on kehittää ensihoidon tieto- ja viestintäteknologiaa, jonka avulla potilaan hoito on nopeampaa ja tehokkaampaa. Näin terveystaloudessa saavutettaisiin taloudellisia säästöjä vähentämällä tarpeettomia sairaaläkäyntejä. On oletettu, että pelkästään Iso-Britanniassa paikan päällä annettava hoito voi vähentää turhia päivystyskäyntejä jopa 40 prosenttia. (Community research and development information service 2016.)

7.3 Esimerkkejä Suomesta

Ensihoitopalvelu on nykyisin voimakkaiden kehityspaineiden alla myös Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen mukaan ensihoitopalvelun suunnittelussa tulee hätätilapotilaiden tunnistamisen lisäksi huomioida tehtävävolyymien muuttuminen kohti laajempaa päivystyspotilaiden arviointia ja hoitoa. Ensihoitopalvelun tehtävistä jo nykyisin merkittävä osa näyttää kohdistuvan hoito- tai hoivalaitoksiin tai tehostettujen palvelujen piirissä oleviin poti-

lasiin, jotka asuvat kotona. Suunnittelussa tulee huolehtia verkottumisesta muihin sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluihin, jotta palveluiden tuottaminen potilasnäkökulmasta tarkasteltuna kohdistuu oikein. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan vuosien 2012–2014 aikana sairaanhoitopiirien yksikkökohtainen tehtävämäärä on kasvanut keskimäärin 5,5 % ja kokonaistehtävämäärä 4,3 %. X-tehtävien osuus kokonaistehtävämäärästä on kasvussa, ja erityisesti X-8-tehtävien (hoidettu kohteessa -tehtävien) osuus on kasvanut. Kasvu on ainakin ajallisessa yhteydessä palvelun järjestämisvastuun siirtymiseen sairaanhoitopiireille. Joka tapauksessa todettuna suuntaukseksi on, että ensihoitopalvelu on muuttumassa aiempaa enemmän kotona annettavan ja järjestettävän hoidon suuntaan sen sijaan, että potilaat pääsääntöisesti kuljetettaisiin terveydenhuollon toimipisteeseen lääkärin arvioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 20–27.)

Tähän ensihoitopalvelun sisällön muutostarpeeseen on jo pyritty vastaamaan esim. Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä. Samansuuntainen ensihoitopalvelun kehittämisprosessi on käynnissä laajemminkin Suomessa. Seuraavat esimerkit havainnollistavat kehityksen suuntaa.

7.3.1 Päivystys olohuoneessa, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto (Eksote) on Etelä-Karjalan kuntien muodostama sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Eksotella on käynnissä Päivystys olohuoneessa –hanke, jossa kehitetään uudenlaista kotona asumista tukevaa toimintamallia. Hanke pohjautuu nykyisen hallitusohjelman tavoitteeseen kehittää ikäihmisten kotihoitoa, yhdistää palveluprosesseja ja järjestää toiminta asiakaskeskeiseksi. Hankkeessa kehitetään kotiin vietävien palveluiden toimintatapoja, hoitoprosesseja ja tietojärjestelmiä. Eksoten oma strategia tukee myös muutosta, jolla pyritään siirtymään organisaatiokeskeisestä toiminnasta

kansalaisen tarpeista lähteväksi palvelujärjestelmäksi. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2014–2018.)

Eksotessa, kuten Suomen terveydenhuollossa yleisesti, on käynnissä selkeä palvelurakenteen muutos, jossa laitosvaltaista palvelurakennetta muutetaan avopainotteiseksi vahvistamalla kotiin vietäviä palveluita. Päivystys olohuoneessa –hankkeella pyritään kehittämään potilaiden turvallista ja kustannustehokasta kotona tapahtuvaa hoitoa. Tavoitteena on myös vähentää potilaiden kuljetustarvetta päivystykseen ja ehkäistä tarkoituksettomia päivystyskäyntejä. Tavallisesti laitoshoidossa tehtäviä toimintoja pyritään siirtämään kotiin ja potilaiden kotiutumisprosessiin kiinnitetään huomiota. Tavoitteisiin toivotaan päästävän palveluketjun eri toimijoita yhdistävällä toiminnan ohjauksella, hoitovälineillä ja –toimenpiteillä. Tällä tarkoituksenmukaisella resurssien koordinoinnilla yhdistetään eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt toimimaan yhteisesti potilaan kotona pärjäämisen edistämiseksi. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

Päivystys olohuoneessa –hankkeen osana on maaliskuussa 2016 käynnistetty yhden hengen liikkuvan päivystysyksikön toiminta. Yksikkö miehitetään yhdellä ensihoitajalla ja se on valmiudessa ympäri vuorokauden. Yksikölle ohjataan tehtäviä, joissa potilas ei välttämättä tarvitse päivystyskäyntiä ja kuljetusta päivystyspisteeseen, vaan potilas pystytään hoitamaan uuden yksikön toimesta. Uuden yksikön varustus, ensihoitajan laaja ammattitaito ja uudet sovitut toimintamallit mahdollistavat hoidon tarpeen arvioinnin tekemisen, oikein kohdennetun hoitoonohjauksen ja erilaisten hoitojen toteuttamisen kotona päivystyksen sijasta. Hoitaja voi toteuttaa myös ennalta sovittuja sidosryhmien tehtäviä. Esimerkiksi alun perin tehostetulle kotisairaanhoidolle tehtäväksi annettu antibiootin suonensisäinen annostelu voidaan resurssien säästämiseksi toteuttaa ensihoitajan toimesta. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016; Suomalainen 2016.)

Yksikön miehittää kokenut lisäkoulutettu ensihoitaja, jolla on myös sairaanhoitajan pätevyys. Yksikössä on varustettu monipuolisilla tutkimus- ja mittausvälineillä, jotka tukevat hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä. Hoitajalla on yhteys poti-

lastietojärjestelmään ja hän toteuttaa hoitoa yhteistyössä hoidosta päättävän konsultoitavan lääkärin kanssa. Tässä voidaan käyttää apuna myös videoyhteyttä. Tarkoituksena on mahdollistaa diagnoosin tekeminen, tarvittavan lääkityksen määrääminen ja antaminen, lääkityksen muuttaminen, toimenpiteiden tekeminen ja jatkohoitosuunnitelman tekeminen potilaan kotona. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.)

7.3.2 Ensihoitajan vastaanotto, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Ensihoitajan vastaanotto - yksikkö (EVA) on aloittanut toimintansa nykyisellä toimintamallilla vuoden 2016 maaliskuun alusta. Aiemmin Päijät-Hämeen alueella kokeiltiin yhden ensihoitajan yksikköä hieman toisenlaisella toimintamallilla. NOVA eli nopean vasteen yksikön tehtäviä olivat muun muassa niin sanottujen alueellisten tyhjiöiden paikkaaminen alueilla, joissa alueen oma ambulanssi oli jo tehtävällä sekä suonensisäisen antibiootin antaminen potilaan kotona. NOVA-yksikkö sai toiminnastaan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän vuosittaisen laatu- ja kehittämispalkinnon. (Paju 2015.)

NOVA-yksikön toimintaa kehitettiin vastaamaan vielä paremmin tämän päivän ensihoitopalvelun tarpeita. Nykyisin EVA-yksikön nimellä toimivan yksikön tavoitteena on kattavasti kotona tutkittu, hoidettu ja tarvittaessa tarkoituksenmukaiseen jatkohoitopaikkaan ohjattu potilas. EVA-yksikkö on yhden ensihoitajan yksikkö, joka työskentelee tiiviissä yhteistyössä kenttäjohtajan sekä päivystävän akuuttilääkärin kanssa. Vieridiagnostiikkamahdollisuudet ovat terveyskeskuspäivystyksen tasoa. Hoidontarpeen määrittelyyn käytettäviä välineitä ovat verikaasuanalysaattori, CRP-mittari ja virtsan analysointiin tarkoitettu välineistö. Lisäksi ensihoitajat tarvittaessa kertakatetroivat ja liimaavat pieniä haavoja. EVA:sta löytyy niin sanottu kotisairaalaaläkelaukku, joka sisältää muun muassa yleisimpien antibioottien aloitusannoksia, suun kautta otettavia kipulääkkeitä sekä ripuli- ja pahoinvointilääkkeitä. (Turva 2016.)

EVA on yksi Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kärkihankkeista. On arvioitu, että tulevaisuudessa Päijät-Hämeen alueella operoi kolmesta viiteen EVA-yksikköä. (Hämäläinen 2016a.)

7.3.3 Alueellinen ensihoitaja, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ensihoidon lehtori Marko Toloselta Savonia-ammattikorkeakoulusta pyydettiin sähköpostitse tietoja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin suunnitelmista yhden ensihoitajan yksikön toimintamallin osalta. Tolosen mukaan tällä hetkellä voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä on merkittävässä muutoksessa ja sosiaali- ja terveysministeriön tasolta on kehoitettu ideoimaan, suunnittelemaan ja kehittämään palveluja asiakaslähtöiseksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Pohjois-Savossa sairaanhoitopiiri on suunnitellut yhden ensihoitajan yksikön toiminnan käynnistämistä yhteistyössä Savonia-ammattikorkeakoulun kanssa. Ylemmän ammattikorkeakoulun opintoihin sisältyvällä Ensihoidon kehittyminen ja tulevaisuusnäkymät -opintojaksolla on tarkoituksena suunnitella Pohjois-Savossa jalkautettavaa yksikön toimintaa vastaamaan alueellisesti järkevää ja tarkoituksenmukaista toimintamallia. (Tolonen 2016.)

Uuden toimintamallin suunnitteluun ja jalkauttamiseen liittyy paljon pohdintaa. On tarkoin mietittävä, mikä on tämän yksikön perustamisen tarkoitus ja millä tavoin siihen pyritään. Mikä on tavoite tämän yhden ensihoitajayksikön toiminnalle? Onko tulevaisuudessa toiminta masters-tason toimintaa, kuten operatiivinen johtaminenkin? Lakiluonnoksissa kehoitetaan entistä tiiviimpään yhteistyöhön kaikkien sairaalan ulkopuolella toimivien sidosryhmien ja myös yksityisten palvelun tuottajien kanssa, ja tähän yhteistyöhön tulee myös suunnittelu- ja toteutusvaiheessa keskittyä. Tällä hetkellä sairaalan ulkopuolella esimerkiksi kotihoivossa ja ensihoitopalvelussa tehdään aika ajoin päällekkäistä työtä. On tärkeää saada näidenkin toimijoiden yhteistyötä parannettua, jotta päällekkäisyydeltä vältytään. (Tolonen 2016.)

Tolosen mukaan yksikkö on tarkoitus pilotoida Pohjois-Savon läntiselle alueelle, ns. Nilakan alueelle, johon kuuluvat Pielavesi, Keitele, Vesanto ja Tervo. Alueen

perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon palveluja tarjoaa Kysterin liikelaitos, mutta kotihoidosta ja kotisairaanhoidosta vastaavat kunnat. Uuden hallintomallin jalkautuessa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät maakunnan vastuulle, joten hallinnollisesti saadaan yhtenäinen vastuutaho terveyspalvelujen järjestämiselle. Näin ollen on järkevääkin jo tässä vaiheessa kehittää yhä enemmän tiivistä yhteistyötä. (Tolonen 2016.)

Tolonen näkee asian niin, että tulevaisuudessa puhuttaisiin ensihoidosta sairaalan ulkopuolisen terveydenhuollon osana siten, että kiireellinen ensihoito olisi vain kokonaisuuden osana. Tulevaisuudessa nykyinen ensihoito ja muu sosiaali- ja terveydenhuolto olisivat integroituneet yhteiseksi organisaatioksi ja toimintaa ohjaisivat niihin määritetyt tehtäväroolit, joita ei vielä ole olemassa. (Tolonen 2016.)

Tolonen avaa tulevaisuuden mahdollisia toimintamalleja kolmen esimerkin avulla. Esimerkkien tapaukset ovat todellisia ja niihin on lisätty tulevaisuuden näkökulmaa tilanteen ratkaisusta.

Esimerkki 1. Alueellinen ensihoitaja

Tulevaisuudessa kun yksin asuva 80-vuotias vanhus sairastuu kotonaan, hän voi soittaa paikalle potilaan tilan arviointiin erikoistuneen ensihoitajan, joka liikkuu itsenäisesti omalla yksiköllään. Ensihoitaja on kokenut, korkeakoulutettu arvioitsija, joka on tiiviisti yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Hänellä on tieto mm. mahdollisista terveyskeskuksen vuodepaikoista tai kotihoidon tuen mahdollisuuksista ym. Alueellinen ensihoitaja kykenee tutkimaan ja konsultoimaan tai määrittämään hoidon tarpeen itsenäisesti hoitoketjun lyhentyessä merkittävästi. (Tolonen 2016.)

Esimerkki 2. Kotisairaanhoidaja

Kotisairaanhoidaja huomaa vanhuksen sekavuuden päivittäisellä käynnillään. Hänellä on mahdollisuus tutkia potilaan virtsatieinfektion poissulkemiseksi. Hän voi olla yhteydessä alueelliseen ensihoitajaan, joka arvioi tilanteen tietojen mukaisesti ja auttaa järjestelyissä. (Tolonen 2016.)

Esimerkki 3. Terveystoimen riskien ennaltaehkäisy

Ensihoitoyksikön hoitajat huomaavat, ettei potilaan lääkitys ole kontrollissa. Alueellinen ensihoitaja voi suunnitella kotikäynnin yksikön viestin perusteella ja arvioida hoidon tarpeen sekä olla yhteydessä hoitavaan lääkäriin. (Tolonen 2016.)

8 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelua vastaamaan ensihoitopalvelun muutoksessa olevaan tehtäväkuvaan.

Opinnäytetyön kehittämistehtävät olivat seuraavat:

1. todentaa olemassa olevan tiedon avulla ensihoitopalvelun muuttuvaa tehtäväkuvaa
2. toteuttaa kehittämisprosessi kehittävän vertaiskäynnin ja osallistavan asiantuntijayhteistyön avulla
3. luoda kehittämisprosessin tuotoksena uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli.

9 Kehittämisprosessin toteutus

9.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Opinnäytetyössämme on kysymys tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta sijoittuu työelämän kehittämistoiminnan ja tutkimuksen välimaastoon. Siinä yhdistyvät konkreettinen kehittämistoiminta ja tutkimuksellinen lähestymistapa. Toikon ja Rantasen (2009, 21) mukaan tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaa-

vat tiedontuotantoa. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tavoitteena ei ole objektiivisesti tutkia kehittämisen kohdetta, kuten tässä opinnäytetyössä ensihoitopalvelua, vaan myös vaikuttaa siihen ja tavoitella konkreettista muutosta. Kysymykset nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista ja niiden ratkaisuis- sa on olennaista käyttökelpoisuus. Tällöin tutkimus on avustavassa roolissa ja tutkimukselliset asetelmat ovat alisteisia kehittämisprosessille.

Tietoa tuotetaan aidoissa käytännön toimintaympäristöissä ja tutkimukselliset asetelmat ja menetelmät toimivat apuna tässä. Tällöin voidaan korostaa kehittämistoiminnan tutkimuksellista luonnetta. Pääpaino on kehittämistoiminnassa, mutta prosessissa pyritään hyödyntämään tutkimuksellisia periaatteita. Konkreettinen kehittämistoiminta määrittelee tutkimuksen reunaehdot, joten tutkimusasetelmat ovat kehittämistoiminnalle alisteisessa asemassa. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tavoitellaan konkreettista muutosta, mutta samalla siinä pyritään perusteltuun tiedon tuottamiseen. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta kohdentuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikkaan. (Toikko & Rantanen 2009, 21–23.)

Toikon ja Rantasen (2009, 16–17) mukaan kehittämistoiminnan tarkoituksena on kehittää parempi ja käytännöllisempi toimintataparakenne tai -prosessi. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voi olla nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelmat tai näky jostain paremmasta. Kehittämistoiminta voi kohdistua yksittäisiin työntekijöihin tai heidän ammatilliseen osaamiseensa. Tällöin kehittämistoiminnan tavoitteena on saada muutosta työtapoihin tai menetelmiin. Asiantuntija-ammatteihin kuuluu jatkuva osaamisen kehittäminen. Ensihoitopalvelu edustaa oman alansa asiantuntijaorganisaatiota, jonka tärkeänä sote-alan toimijana voidaan odottaa kehittävän jatkuvasti omaa toimintaansa.

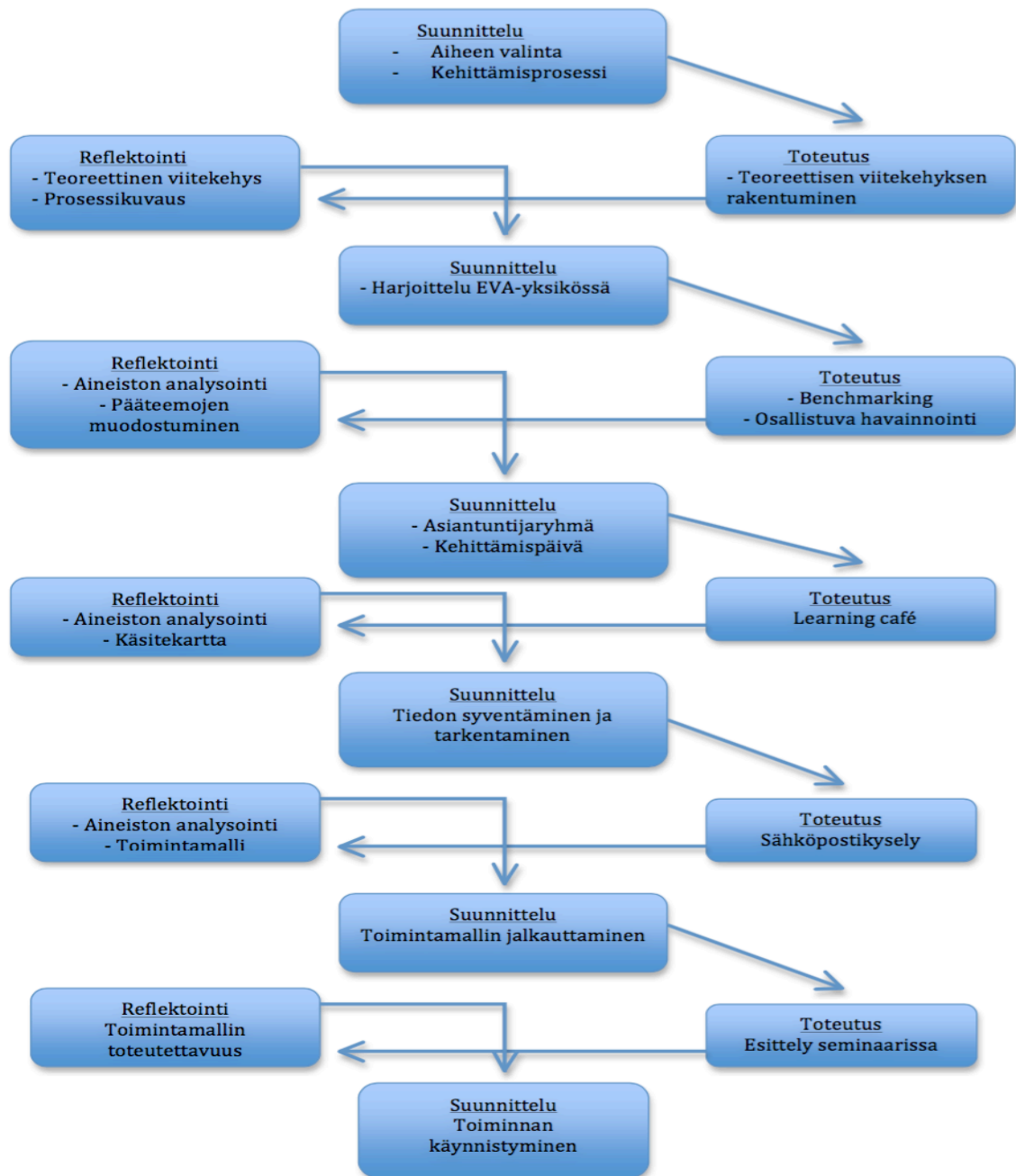
Monissa ammateissa tarvitaan ennen kaikkea käytännöstä nousevaa tietoa, joka ei noudata tieteenalaperusteisen tutkimuksen periaatteita. Esimerkiksi hoitotyö on vahvasti tilanne- ja tapauskohtaista. Asiantuntijatehtäviä on vaikea ohjata vain teoreettisten lähestymistapojen tai teoriasta johdettujen tutkimustulosten perusteella. (Toikko & Rantanen 2009, 21.) Tavoitteena on kehittää uudenlainen ensihoitoyksikön toimintamalli, joka palvelee ensihoidon muuttuvaa toimen-

kuvaa ja edesauttaa toimeksiantajan ja sidosryhmien välistä yhteistyötä ottamalla sidosryhmien edustajat mukaan kehittämisprosessiin. Kehittämisprosessi tähtää samanaikaisesti sekä kehitettävän ilmiön ymmärtämiseen että konkreettiseen muutokseen. Toiminta ja kriittinen reflektio vuorottelevat prosessissa. Uutta tietoa kehittämistyön kohteena olevasta ensihoitopalvelusta tuotetaan osallistuvan havainnoinnin ja osallistavien tiedonkeruumenetelmien avulla. Kehittämistyöhön osallistetaan asiantuntijoita yli organisaatorajojen.

Toikko & Rantanen (2009, 56–57) kuvaavat kehittämistoiminnan viisi tehtävää. Kehittäminen edellyttää perusteluja eli otetaan kantaa siihen, mitä ja miksi kehitetään. Toiseksi kehittäminen vaatii toiminnan organisointia, jolloin otetaan kantaa siihen, kuka tekee mitäkin ja millä resursseilla. Kolmanneksi kehittäminen edellyttää luonnollisesti myös varsinaista kehitävää toimintaa. Neljänneksi kehittämiseen liittyy olennaisesti toiminnan arviointi. Viidenneksi kehittämisellä pyritään myös uusien palveluiden ja tuotteiden levittämiseen.

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa yhdistyvät Toikon ja Rantasen (2009) esittämät kehittämistoiminnan tehtävät (perustelu, organisointi, toteutus, arviointi sekä tuotokset ja niiden levittäminen), tutkimuksellinen tiedontuotanto ja toiminnan prosessin spiraalimainen eteneminen. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessissa tutkimus ja kehittäminen kulkevat rinnakkain spiraalimaisesti. Kuhunkin vaiheeseen sisältyy sekä kehittämisen että tutkimuksen näkökulmasta omia tehtäviä. (Arola & Suhonen 2014, 4–5.) Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toteutus ja reflektointi. Kehittäminen tapahtuu osallistavien menetelmien kautta ja jatkuvan prosessiarvioinnin ohjaamana. Toikon ja Rantasen (2009, 61) mukaan prosessiarviointi korostaa kehittämisprosessin sekä sen erilaisten taitekohtien, onnistumisten ja epäonnistumisten, erilaisten oppimisprosessien ja eri näkökulmien näkyväksi tekemistä.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellinen kehittämistoiminta ilmenee tutkimuksellisuutta ja kehittämistä tukevien (benchmark-vierailu ja osallistuva havainnointi) ja kehittämiseen osallistavien (learning café ja sähköpostikysely) menetelmien kautta. Kuviossa 4 havainnollistetaan tutkimuksellisen kehittämisprosessin eteneminen.



Kuvio 4. Opinnäytetyön tutkimuksellinen kehittämisprosessi.

9.2 Benchmark-vierailu ja osallistuva havainnointi

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri on vastannut ensihoidon muuttuneeseen tehtäväprofiiliin perustamalla kokeiluluonteisesti yhdellä ensihoitajalla miehitetyn,

henkilöautolla operoivan yksikön. Tämän ensihoitajan vastaanotto - yksikön (EVA) tavoitteena on kattavasti kotona tutkittu, hoidettu ja tarvittaessa tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon ohjattu potilas. (Turva 2016, 24.) Toinen opinnäytetyön tekijöistä suoritti opintoihin kuuluvan johtamisen harjoittelujakson maaliskuussa 2016 Lahden ensihoitokeskuksessa ja pääsi perehtymään EVA:n toimintaan osallistuvan havainnoinnin avulla. Lahti valittiin tarkoituksella harjoittelupaikaksi, koska Päijät-Hämeessä on jo aiemmin pilotoitu ambulanssin toteuttamaa turvallista potilaan kotiin jättämistä. Yhden ensihoitajan yksikön toiminta on palkittu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön vuosittaisella laatu- ja kehittämispalkinnolla.

Päijät-Hämeen ensihoitokeskuksessa suoritettu harjoittelujakso toimi myös benchmark-vierailuna. Benchmarkkaus voidaan määritellä myös vertailukehittämiseksi, vuorovaikutteiseksi toisilta oppimiseksi. Se on systemaattista vertailua, arviointia ja oppimista erinomaisilta yrityksiltä ja organisaatioilta toimialasta tai maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Tavoitteena on saada tietoa ja näkemystä, joita soveltamalla kehitetään omaa toimintaa. (Strömmer 2012, 3.)

Benchmarkingin käyttö kehittämistyötä tukevana menetelmänä auttaa oppimaan toisilta ja kyseenalaistamaan omaa toimintaa. Siinä ei ainoastaan etsitä parhaita käytänteitä muista organisaatiosta, vaan pyritään ottamaan niitä luovasti ja sovelletusti käyttöön omassa tulevassa toiminnassa. Benchmarking on käyttökelpoinen menetelmä mm. toimintaprosessien ja työtapojen kehittämisessä. Benchmarking voidaan toteuttaa vierailulla toiseen organisaatioon. Tällöin vierailusta parhaan hyödyn saamisen edellytyksenä on selkeä tavoitteen asettelu ja valmiin tarkan havainnointi- ja kysymyslistan laatiminen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 43–44.)

Tärkeimpänä tavoitteena Lahden harjoittelujaksolle oli etsiä EVA-yksikön toiminnasta käytänteitä, joita voisi soveltaa Pohjois-Karjalan ensihoitopalveluun. Tiedonkeruu haluttiin viedä mahdollisimman syvälliselle tasolle. Konkreettinen työskentely EVA-yksikössä mahdollistaisi osallistuvan havainnoinnin mahdollisimman syvällisesti.

EVA-yksikön toimintaan perehdyttiin konkreettisesti kolmessa työvuorossa osallistuvan havainnoinnin avulla. Osallistuvasta havainnoinnista voidaan puhua silloin, kun tutkija on fyysisesti läsnä tutkimustilanteessa. Osallistuvassa havainnoinnissa voidaan erottaa eri asteita tutkijan roolin mukaan. Pääsääntöisesti osallistuvassa havainnoinnissa tutkija itse osallistuu toimintaan, vaikka jotkut katsovat jo pelkän läsnäolon osallistuvaksi havainnoinniksi. Osallistuvan havainnoinnin etuna on, että tutkija pääsee syvälle kiinni tutkittavan ilmiön olemukseen, vaikka hän itse ei ole työyhteisön jäsen. (Kananen, 2014, 80.)

Havainnoitavasta ilmiöstä ja siitä johdetusta tutkimusongelmasta riippuvat havainnoinnin tiedonkeruumenetelmien työkalut. Jos tiedetään havainnoinnin tarkoitus, voidaan havainnoinnissa kiinnittää huomio tähän. (Kananen 2012, 97.) EVA-yksikön toimintaa havainnoitiin todellisilla työtehtävillä ja ennakkoon suunnitelluista näkökulmista käsin: kuka teki päätöksen yksikön aktivoimisesta, millaisille ensihoitotehtäville EVA-yksikkö aktivoitiin, miten asiakkaan hoidon tarpeen arviointi toteutui ja millaisia ensihoidollisia toimenpiteitä tehtävällä suoritettiin. Havainnoista tehtiin muistiinpanoja ja niitä täydennettiin haastattelemalla yksikön ensihoitajia.

Peruslähtökohta havainnoinnissakin on tutkimuspäiväkirja, johon kirjataan ilmiötä koskevat havainnot tutkimusjakson avulla. Havainnot kirjoitetaan mahdollisimman tarkasti ylös ja suoritetaan jatkuvaa aineiston analyysia. (Kananen 2012, 97.) Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että havainnointipäivän jälkeen perehdyttiin päivän aineistoon. Aineistosta tehtiin tiivistelmä ja yritettiin ratkaista peruskysymys: mitä aineisto haluaa kertoa, mitä sieltä löytyy.

Harjoittelujakso sijoittui maaliskuun toiselle viikolle ja EVA-yksikön toiminta sen hetkiselällä toimintamallilla oli aloitettu juuri edellisellä viikolla. Tarkoitus oli kerätä haastattelun avulla ensihoitajien kokemuksia ja ajatuksia EVA-yksikön onnistuneista ja hyvistä käytännöistä ja toimintamalleista. Toisaalta kokemukset toimimattomista käytännteistä olisivat myös olleet arvokkaita. Kaksi kolmesta harjoittelun ohjaajista oli ensimmäistä työvuoroa yksikössä. Heidän oli luonnollisesti vaikea arvioida yksikön toimintaa. Kolmas ohjaaja oli mukana työryhmässä, joka kehittää yksikön toimintaa, ja hän pystyi antamaan enemmän tietoa, jota ha-

ettiin. Lisäksi häneen oltiin jälkikäteen sähköpostiyhteydessä jotta saatiin tietoa yksikön toiminnasta pidemmältä aikaväliltä.

EVA:n toiminnassa oltiin osallisena kolme 13 tunnin työvuoroa. Kolmessa työvuorossa EVA-yksikkö osallistui yhteensä yhdeksään kenttäjohtajan välittämään ensihoitotehtävään. Kolme näistä tehtävistä oli ennalta sovittuja asiakkaan kotona annettavia suonensisäisiä antibioottihoidon toteutuksia. Muihin tehtäviin liittyi hoidon tarpeen arviointia, joka oli yksi tärkeimmistä teemoista, joita haluttiin havainnoida. Yhdellä tehtävällä asiakas kieltäytyi hoidosta, kaksi tehtävää johti kuljetuspäätökseen ja kuljettavan yksikön paikalle pyytämiseen ja lopuilla kolmella tehtävällä asiakas sai tarvitsemansa avun EVA-yksiköltä ja pystyi jäämään kotiin. EVA-yksikön yksi selkeä tavoite on vähentää turhia päivystyspoliikkikäyntejä. Havainnointiin ja ensihoitajien kanssa käytyihin keskusteluihin perustuen voidaan sanoa, että yksi ydinasioista tämän tyyppisen yksikön toiminnassa on oikeanlainen ensihoitotehtävien haarukointi. Erään ensihoitajan sanoin: ”tarkoituksenmukaisia yksiköitä tarkoituksenmukaisille keikoille.”

Yksikön toiminta oli havainnointijakson aikana vasta alkanut. Tämän vuoksi oli helppo huomata, mihin asioihin olisi jatkossa panostettava tavoitteiden saavuttamiseksi. Sen lisäksi, että EVA:lle onnistutaan yhä enenevässä määrin ohjaamaan juuri oikeanlaisia tehtäviä, on yksikön työkuvan tarkentuminen ja yhteistyön lisääminen sidosryhmien kanssa erittäin tärkeää.

Yhden ensihoitajan konkreettinen keino yhteistyön lisäämiseksi oli mennä fyysisesti paikan päälle sidosryhmän edustajan toimipisteelle. Tässä tapauksessa kyseessä oli koordinoiva hoitaja. Tavoitteena oli tulla tutuiksi yhteistyötä tekevien ihmisten kanssa ja madalta näin kynnystä yhteistyöhön. Koordinoivan hoitajan toimipisteellä Päijät-Hämeen keskussairaalassa keskusteltiin molempien työkuvaista ja pohdittiin keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi yhteistyön avulla. Seuraavassa konkreettinen esimerkki vanhuksen palveluketjun lyhentämisestä ja turhan päivystyskäynnin vähentämisestä: EVA:ssa työskentelevä ensihoitaja soittaa työvuoronsa alussa koordinoivalle hoitajalle ja saa häneltä tiedon maakunnassa olevista vapaista terveyskeskusten vuodepaikoista. Kun kyseisellä alueella asuvan vanhuksen yleiskunto laskee niin, ettei hän pärjää enää kotona,

voi hän ensihoitajan arvion ja lääkärin konsultaation jälkeen siirtyä suoraan tiedossa olevalle vapaalle terveystieteiden vuodeosastopaikalle, ilman ylimääräistä päivystyspoliklinikkakäyntiä.

Toinen konkreettinen esimerkki yhteistyön rakentamisesta ja lisäämisestä oli verkostoituminen kotisairaanhoidon kanssa. Verkostoitumisen aloittaminen vaati yhteystietojen hankkimista ja aktivoitumista työvuorojen alussa tehtäviin soittoihin kotisairaanhoidon eri alueiden tiimivastaaville. Näiden soittojen tavoitteena oli kartoittaa ne asiakkaat, joiden hoidossa pystyttäisiin hyödyntämään EVA-yksikön palveluita. EVA:n palvelut sisälsivät muun muassa tukea hoidon tarpeen arvioinnissa kotona tai hoivalaitoksessa, tehostetun kotiutusprosessin tukea, laboratoriopalveluiden tukea (näytteenotot), pientoimenpiteitä (katetrit, haavanhoidot, kipupumput) ja lääkähoidot potilaan kotona (antibiootit, tehostettu ravitsemus, ihon alaiset (sc.) pistokset).

EVA-yksikön tavallista ensihoitoyksikköä kattavammat palvelut ja vieridiagnostiikka pystyttiin tarjoamaan riittävän ammattitaitoisella henkilöstöllä ja tarkoituksen mukaisella välineistöllä. EVA-yksiköstä löytyi muun muassa verikäsianalyytikööri, CRP- eli tulehdusarvomittari ja virtsanäytteen otto ja analysointia varten tarvittavat välineet. Lisäksi EVA-yksikön varusteisiin kuului erityinen kotisairaalaaläkelaukku. Erään asiakkaan kohdalla läkelaukusta löytyvä suun kautta otettava beetasalpaaja riitti tuomaan tarvittavan avun ja asiakas pystyi jäämään lääkärin konsultaation jälkeen kotiin.

Eräällä tehtävällä jouduttiin pyytämään virka-apua poliisilta, koska kohteessa oli useita epämääräisesti käyttäytyviä humalaisia. EVA-yksikölle onkin tehty oma työturvallisuusohje, jossa yksin työskentelevän ensihoitajan työturvallisuuteen on kiinnitetty erityistä huomiota. Tämä on asia, joka on julkisuudessa noussut esille yhden ensihoitajan yksiköstä käydyissä keskusteluissa ja joka olisi otettava huomioon myös tulevassa ensihoitoyksikön toimintamallissa.

Havainnoissa ensihoitajien työtä EVA-yksikössä huomio kiinnittyi tiettyihin asioihin. Tätä huomion kiinnittymistä ohjasi toisaalta kehittämistyömme tehtävät ja tarkoitus ja toisaalta toisen opinnäytetyön tekijän omat kokemukset ja työhö-

toria ensihoitajana. Näiden havaintojen ja kokemusten analysoinnin pohjalta muodostuivat tulevan ensihoitoyksikön toimintamallin neljä pääteemaa. Pääteemoiksi muodostuivat yksikön toiminnan tavoite ja toimenkuva, yksikön yhteistyötahot ja verkostoituminen, yksikön hallinnointi, työtehtävät ja työvälineet sekä yksikön henkilöstö.

9.3 Benchmark-vierailua täydentävä sähköpostikeskustelu

Päijät-Hämeen ensihoitokeskuksen ensihoitaja Jouni Hämäläistä lähestyttiin sähköpostitse kesäkuussa 2016. Hämäläinen valikoitui kysymysten vastaajaksi, koska hän on vahvasti mukana EVA- yksikön pilotoinnissa. Sen lisäksi että hän työskentelee yksikössä, hän myös tekee omaa opinnäytetyötään EVA:n toiminnasta. Lyhyen sähköpostihaastattelun tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaisia kokemuksia EVA-yksikön toiminnasta oli tullut maaliskuisen aloituksen jälkeen. Erityisen kiinnostuksen kohteena oli yksikön mahdollisesti tarkentunut toimenkuva sekä yksikölle osoitettujen tehtävien haarukointi.

Hämäläiseltä kysyttiin, mikä on hänen mielestään yksikön tärkein tehtävä tällä hetkellä. Lisäksi kysyttiin, ovatko yksikössä työskentelevät henkilöt osoittautuneet sopiviksi tehtävään (koulutus, taidot, motivaatio), onko yksikön optimaalinen työaika löytynyt, onko yhteistyö sidosryhmien kanssa lisääntynyt ja kuinka hyvin se hänen mielestään nyt toimii sekä kuinka paljon yksiköllä on ollut sille soveltuvia/tarkoituksenmukaisia tehtäviä.

Hämäläinen vastasi kysymyksiin sähköpostitse elokuun alussa. Hänen mukaansa yksikön toimenkuva ja toiminta eivät ole suuremmin tarkentuneet tai muuttuneet. Heinäkuun alusta lähtien yksikkö on ollut suoraan hätäkeskuksen hälytettävissä tietyille alemman riskiluokan kiireettömille tehtäville sekä ensivastetehtäville. Molempiin hälyttäminen tapahtuu lähimmän yksikön periaatteella. Tehtävämäärät ovat tästä syystä jonkin verran lisääntyneet, mutta eivät kovin radikaalisti. Kokonaistehtävämäärä jää keskimäärin alle kahdeksan/työvuoro. (Hämäläinen 2016b.)

Tehtävien haarukointi oli käytännössä osoittautunut erittäin hankalaksi. Tämän vuoksi oli päädytty Etelä-Karjalan malliin: hätäkeskus hälyttää yksikön suoraan. Lisäksi yksikkö voi tarvittaessa liittyä tehtävään oman harkinnan mukaan. Hämmäläisen mukaan yksikköä voisi rohkeammin käyttää ensihoidon tehtävissä muiden ensihoitoyksiköiden tukiyksikkönä. (Hämäläinen 2016b.)

Yksikön tärkein tehtävä oli vielä tarkentumatta. Toiminta-ajatuksena oli edelleen ensihoitokentän, päivystyksen ja kotisairaanhoidon palveluiden parempi yhteensovittaminen. Yhteistyön luominen vei aikaa, koska siihen ei ole resursoitu työaikaa. Yhteistyöstä oli jouduttu sopimaan työvuoron aikana. Toiminta sidosryhmien kanssa oli kuitenkin koko ajan parantunut. Yksikön tehtävien kannalta tämä on ollut tärkein prioriteetti: saada yhteistyö toimimaan ja luoda tätä kautta hoidon tarpeen arviointi-tehtäviä. Tukitehtävät olivat pääsääntöisesti jääneet antibioottitipuksiin. Pilottijakson aikana yksikön työaika on ollut kello 13-01. Hämmäläinen kokee, että yksikkö tulisi olla käytössä vuorokauden ympäri viikon jokaisena päivänä. (Hämäläinen 2016b.)

Hämmäläisen oli vaikea kommentoida henkilöstön sopivuutta yksikköön, koska EVA toimi suoraan kenttäjohtajan alaisuudessa eikä yksikön henkilöstölle ollut juurikaan annettu vaikutusmahdollisuuksia omaan työnkuvaan. Tämän hän arveli heijastuvan negatiivisesti myös henkilöstön jatkoajatuksiin, eli aika moni harkitsi, jatkaako yksikössä vai ei. Henkilöstön koulutuksen tarpeen arviointi jää pilottijakson yhdeksi tehtäväksi. Lisäkoulutuksella Hämmäläinen näki kuitenkin saatavan lisää tehoja yksiköstä. (Hämäläinen 2016b.)

Yhteenvetona Hämmäläinen toteaa, että toimintamallin onnistumiseen vaikuttavat hyvä henkilöstövalinta ja heihin luottaminen yksikön toimenkuvaa luotaessa. Henkilöstön itsenäisen toiminnan tukeminen on tärkeää. Lisäksi Hämmäläinen nostaa esille yhteistyön merkityksen sidosryhmien kanssa. Yhteispalavereille ja yhteistoimintamallien luomiseen olisi varattava riittävästi aikaa. (Hämäläinen 2016b.)

9.4 Asiantuntijaryhmän kokoaminen

Kehittämistyön asiantuntijaryhmään haluttiin saada asiantuntijoita monipuolisesti paikallisen ensihoitopalvelun sidosryhmistä. Kehitysryhmään kutsuttiin edustajia Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen lisäksi Pohjois-Karjalan keskussairaalan päivystyspoliklinikasta, Joensuun kaupungin kotisairaanhoidosta sekä Savonia-ammattikorkeakoulusta, jossa toteutetaan ensihoitaja-amk ja ensihoitaja yamk-koulutusta. Tavoitteena oli myös saada jäseniksi näiden organisaatioiden sisältä erilaisten ammattiryhmien edustajia monipuolisen näkökannan saamiseksi. Terveystieteiden organisaatioissa kehittämistoiminta on usein luonteeltaan kokemuksellista: käytännön osaajat muuttavat tutkimus- ja kokemustiedon avulla ympäristöään tai asiantilaa jollakin tavalla paremmaksi ja sitoutuvat itse toimijoiksi ja osallistujiksi kehittämistyöhön (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55).

Kehittämiseen liittyvät oleellisesti myös yhteistoiminnallisuus ja sosiaalinen näkökulma, sillä kehittäminen koskettaa ja siinä on osallisena useita keskenään vuorovaikutuksessa olevia ja eri ammattiryhmiä edustavia ihmisiä. Puhutaankin moniammatillisesta kehittämisestä. Moniammatillisessa kehittämisessä korostuu sellainen eri ammattiryhmien välinen yhteistyö, joka mahdollistaa kunkin toimijan osaamisen käyttämisen parhaalla mahdollisella tavalla yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.)

Joensuun kaupungin kotisairaanhoidosta asiantuntijaryhmään pyydettiin kolmea edustajaa. Ryhmän jäseniksi ilmoittautuivat kotihoidon aluevastaava, sairaanhoitaja ja hyvinvointiteknologia-asiantuntija. Pohjois-Karjalan keskussairaalan päivystyspoliklinikalta ryhmään kutsuttiin päivystyksen ylilääkäri, joka toimii myös ensihoidon vastuulääkärinä, yksi akuuttilääkäri, kaksi päivystyksessä työskentelevää sairaanhoitajaa sekä yksi asiantuntijahoitaja. Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta kutsuttiin jäseneksi ensihoitopäällikkö, kaksi ensihoidon kenttäjohtajaa sekä neljä ensihoitajaa. Savonia-ammattikorkeakoulusta ryhmään kutsuttiin ensihoidon lehtori. Kutsuista asiantuntijoista akuuttilääkäri oli estynyt osallistumasta, jolloin kehittämisryhmän jäsenmääräksi muodostui lopulta 15 asiantuntijaa.

Yhtenä tärkeimmistä tavoitteista opinnäytetyössä oli sidosryhmien välisen yhteistyön kehittäminen. Tämän vuoksi koettiin erittäin tärkeäksi kutsua päivystyspoliklinikan edustajien lisäksi myös kotisairaanhoidon edustajia mukaan asiantuntijaryhmään. Lisäksi tärkeänä tavoitteena oli toimintamallin toteutuminen käytännössä. Esimiesten sitouttaminen alusta asti kehittämistyöhön edesauttaa toimintamallin jalkauttamista jatkossa. Ensihoitajien valintaan vaikuttivat pitkä työkokemus ja kyseisen ensihoitajan tietynlainen sanavalmius. Tiedossamme oli, että Pohjois-Savossa on kehitteillä vastaavanlaista toimintaa ja siitä saimme ajatuksen kutsua heidän edustajansa mukaan kehittämään Pohjois-Karjalan toimintamallia. Tämä tukisi myös erva-alueen yhteistyötä.

9.5 Kehittämispäivä

Moniammatillinen asiantuntijaryhmä haluttiin osallistaa kehittämään ensihoitoa ja luomaan yhdessä uudenlainen ensihoitoyksikön toimintamalli. Toimintamallin luominen yhdessä asiantuntijoiden kanssa on tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ydin. Arolan ja Suhosen (2014, 11) mukaan tutkimuksellisessa kehittämisprosessissa on mahdollista tehdä näkyväksi työyhteisöön sitoutunutta hiljaista tietoa, jolloin koko työntekijäpotentiaalia voidaan hyödyntää paremmin. Myös kehitettyjen uusien toimintakäytänteiden, välineiden tai rakenteiden juurruttaminen on helpompaa ja nopeampaa, kun työntekijät ovat itse mukana niiden kehittämisprosessissa. Näin on mahdollista päästä pitkäkestoisempaan, jatkuvaan kehittämiseen ja toiminnan arviointiin lyhytkestoisten irrallisten hankkeiden sijaan.

Kehittämispäivän ideointi ja suunnittelu aloitettiin helmikuussa 2016. Kehittämispäivä päätettiin toteuttaa 13.5.2016. Kutsukirjeet (liite 1) lähetettiin sähköpostitse asiantuntijaryhmän jäsenille 18.4.2016. Kutsuttuja oli 16 ja heistä yksi ilmoitti olevansa estynyt osallistumaan asiantuntijapäivään. Näin muodostui lopullinen asiantuntijaryhmä (liite 2).

Kehittämispäivänä osallistavana tiedonkeruumenetelmänä käytettiin learning cafe -menetelmää. Myös oppimiskahvilana tunnettu yhteistoimintamenetelmä

soveltuu hyvin keskusteluun, tiedon luomiseen sekä sen siirtämiseen noin 12 hengen ja sitä suuremmalle osallistujaryhmälle. Tavoitteena on saada uusia ideoita, ajatuksia, näkökulmia ja ehdotuksia sekä tuoda faktatietoa esille valitusta aiheesta eri näkökulmista tarkastellen. (Innokylä 2016.)

Learning cafe -menetelmän käytössä korostuu konsensuksen eli ryhmän yhteisen mielipiteen löytyminen. Se opettaa yhteisten ratkaisujen tekemistä. Keskustelu on menetelmässä tärkeässä asemassa. Menetelmä pyrkii nostamaan keskusteluun osallistujien henkilökohtaisia näkemyksiä aiheesta. Näkemyksiä voi osallistujien kesken kommentoida ja kyseenalaistaa, joskin tärkeätä on osallistujaryhmän yhteisen mielipiteen löytyminen. Learning cafe -menetelmällä ajatellaan olevan useita etuja. Menetelmä kannustaa tehokkaaseen ryhmätyöskentelyyn. Käsiteltävä aihe tulee käsiteltyä laajasti ja syvällisesti ja teoria kietoutuu yhteen käytännön kanssa. Lisäksi se soveltuu käytettäväksi eri kohderyhmille, ja oppiminen toisilta kehittämisryhmän jäseniltä on tehokasta. (Innokylä 2016.)

Learning cafe –menetelmän käytössä on useita haasteita. Osallistujat voivat joutua liian suuren informaation rasittamaksi, jolloin myös tuotetusta tiedosta uhkaa tulla sekava ja hajanainen. Menetelmässä käytettävien pienryhmien keskustelua ohjaavat pöytien puheenjohtajat ovat tärkeässä asemassa. Puheenjohtajan vastuulla on pitää keskustelu sovitussa aiheessa. Hän myös kokoaa ideat ja ajatukset ymmärrettävään muotoon jatkokäsittelyä varten. Learning cafe –menetelmän haasteena on osallistujien mahdollinen kiinnostuksen katoaminen ja väsymys, jos käsiteltäviä aihekokonaisuuksia on liikaa. Lisäksi haasteeksi voivat muodostua kilpailuhenkiset lähtökohdat asiantuntijaryhmän osallistujien kesken. (Innokylä 2016.)

Kehittämispäivän ohjelma aikatauluineen suunniteltiin huolellisesti (liite 3). Lisäksi pohdittiin tarkasti asiantuntijoiden roolituksia: ketkä ovat pöytien puheenjohtajia ja kuinka pöydissä kiertävät ryhmät muodostetaan. Tavoitteena oli herättää vilkasta keskustelua ja näkemyksien vaihtoa eri ammattiryhmien edustajien kesken.

Kehittämispäivää varten varattu tila järjestettiin edellisenä iltana. EVA- yksiköstä tehtyjen havaintojen perusteella muodostui neljä pääteemaa (kuvio 5). Näiden pääteemojen mukaisesti neljään pöytään jaettiin erilliset paperit, joissa esiteltiin kyseessä olevan pöydän teema. Pääteemojen tueksi luotiin tarkentavia kysymyksiä (liite 4). Kysymysten tarkoitus oli helpottaa asiantuntijaryhmien keskustelun käynnistymistä ja kohdentaa keskustelu aihepiireihin, joihin haettiin vastauksia.



Kuvio 5. Toimintamallin pääteemat.

Päivän toteutus onnistui ohjelmarungon mukaisesti. Lyhyen Powerpoint-esityksen avulla esiteltiin kolmen eri sairaanhoitopiirin malleja uusista ensihoidon toimintatavoista. Tavoite oli haastaa asiantuntijat miettimään ja kehittämään vastaavanlaista toimintaa Pohjois-Karjalaan. Learning cafe- menetelmän esittelyn jälkeen asiantuntijat jaettiin ennalta sovittuihin pienryhmiin. Pääteemojen mukaiset keskustelut lähtivät pöydissä vilkkaina käyntiin. Puheenjohtajat kirjasiivat asiantuntijoiden näkemykset suurille paperiarkeille. Kun jokainen ryhmä oli kiertänyt kaikki pöydät, pidettiin yhteinen keskusteluhetki. Tässä purkutilanteessa asiantuntijoiden näkemykset pääteemoista käytiin läpi puheenjohtajien toimesta. Asiantuntijat saivat vielä esittää täydentäviä kommentteja aiheisiin.

Päivän aikana havainnoitiin prosessin etenemistä ja päivän päätteeksi pohdittiin, missä onnistuttiin ja mitä olisi voinut tehdä toisin. Tehtävän anto olisi pitänyt olla tarkempi ja rajatumpi. Kun asiantuntijoita ohjeistettiin vapaaseen visiointiin, heille olisi pitänyt painottaa, että tarkoitus on kehittää oikeasti toteutettavissa oleva toimintamalli ja nimenomaan lähitulevaisuudessa. Visioita saatiin esimerkiksi sote-alan yhteisen tilannekeskukseen liittyen, vaikka tilannekeskuksiin liittyvä suunnittelu on koko maassa vasta alkuvaiheessa.

Myös osa pääteemojen tarkentavista kysymyksistä oli muotoiltu niin, että vastaukset jäivät osin pinnallisiksi. Tämä koski lähinnä yhteistyö -teemaa. Keskustelu jäi melko yleiselle tasolle, jossa todettiin yhteistyön olevan erittäin tärkeää. Asiantuntijoilta olisi toivottu enemmän konkreettisia ehdotuksia, kuinka yhteistyötä toteutetaan ja parannetaan eri organisaatioiden välillä.

Asiantuntijaryhmä oli kooltaan sopiva ja niin ikään pienryhmien koot olivat sopivat. Asiantuntijuutta oli hienosti edustettuna eri organisaatioista ja toimijatahoilta. Ajankäytön suunnittelu ja toteutus onnistuivat hyvin. Keskustelu ja kommentointi pöydissä ja purkutilanteessa oli vilkasta.

9.6 Kehittämispäivän aineiston luokittelu

Kehittämispäivän tuotoksena saatiin asiantuntijoiden näkemyksiä neljästä eri pääteemasta. Asiantuntijoiden vastauksista neljääntoista pääteemoja tarkentavaan kysymykseen muodostui tulevan toimintamallin pohja-aineisto. Aineistoa selkiytettiin sisällönanalyysia soveltaen. Sisällönanalyysi on tutkimuksellinen menettelytapa, jolla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus mahdollisimman tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sen avulla saadaan kerätty aineisto jäsenneiltyä johtopäätösten tekemistä varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Aineisto luettiin systemaattisesti läpi. Joidenkin pääteemojen kohdalla pyydettiin tarkentavia kommentteja teemojen puheenjohtajilta. Tällä pyrittiin välttämään aineiston käsittelyssä vääriä tulkintoja asiantuntijoiden näkemyksistä. Näke-

mykset pelkistettiin avainsanoiksi ja –lauseiksi. Jokainen asiantuntijan näkemys luokiteltiin tässä vaiheessa yhtä merkittäväksi.

Seuraava konkreettinen vaihe kehittämisprosessissa oli asiantuntijoiden pelkistettyjen näkemysten eli avainsanojen ja –lauseiden kirjoittaminen yhdelle isolle paperille. Avainsanat ja -lauseet ryhmiteltiin pääteemojen ja niitä tarkentavien osioiden mukaisesti (liite 5). Tuomen ja Sarajärven (2009, 96-98) teorialähtöisessä ja teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Analyysin luokittelu perustuu johonkin teoriaan tai käsitejärjestelmään. Teoriasta tai käsitejärjestelmästä muodostetaan analyysirunko, joka ohjaa analyysia. Kehittämispäivän aineiston analyysi perustui pääteemoihin ja niitä tarkentaviin osioihin, eli eräänlaiseen käsitejärjestelmään, joka oli luotu osallistuvan havainnoinnin pohjalta. Analyysin tuloksena muodostui tulevan toimintamallin käsitekartta.

Aineistoa tarkasteltiin ja arvioitiin kriittisesti. Tämän reflektiovaiheen jälkeen ensihoitoyksikön toimintamallin muodostuminen edellytti aineiston jatkokäsittelyä. Asiantuntijoille haluttiin antaa vielä tilaisuus kommentoida ja tarvittaessa luoda uusia merkityksiä ja painotuksia toimintamalliin liittyen. Kehittämisprosessin seuraava vaihe oli kehittämispäivän tuotoksia tarkentavan asiantuntijoille tehtävän sähköpostikyselyn suunnittelu ja toteutus.

9.7 Kehittämispäivän aineistoa tarkentava sähköpostikysely

Learning cafe-tilaisuuden jälkeen haluttiin saada asiantuntijaryhmältä tarkentavaa arviointia ja heidän toivomiaan painotuksia kehittämispäivänä kerätystä ja sen jälkeen käsitellystä aineistosta. Toikon ja Rantasen (2009, 82–83) mukaan arviointia suoritetaan jatkuvana prosessiarviointina. Arvioinnilla ohjataan ja suunnataan kehittämisprosessin eri vaiheita sekä sitoutetaan osalliset kehittämishankkeeseen.

Asiantuntijoille haluttiin luoda helppo ja suhteellisen nopea keino mielipiteiden antamiseksi ja näin mahdollistaa heille aktiivinen rooli kehittämistyön etenemi-

sessä. Lisäksi tavoiteltiin myös saatujen vastausten helppoa kokoamista ja analysointia. Kysely päätettiin toteuttaa sähköisenä kyselynä. Ojasalon, Moilaisen ja Ritalahden (2014, 128) mukaan sähköisen tiedonkeruun vahvuuksia ovat edullisuus, nopeus ja vaivattomuus. Kysely toteutettiin Webpropol-internetsovelluksella. Webpropol mahdollistaa monipuolisesti erilaisten kyselyiden laatimisen. Ohjelma on Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen käytössä ja kyselyn toteuttamisessa hyödynnettiin pelastuslaitoksen projektipäällikön asiantuntemusta.

Kyselyn muodoksi valittiin avoimet kysymykset. Hirsjärven, Remeksen ja Saja-vaaran (2009, 201) mukaan avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista todellisen mielipiteensä sen sijaan, että hän joutuisi vastaamaan valmiiksi kahlittuihin vaihtoehtoihin, joita esiintyy esimerkiksi monivalintakysymyksissä. Ojasalo ym. (2014, 132) mukaan avoimia kysymyksiä on suositeltava käyttää ainoastaan silloin, kun sille on painava syy. Toisaalta Ojasalo ym. (2014, 132) toteavat, että jos vastaajajoukko tiedetään aktiiviseksi ja helposti kantaa ottavaksi, avointen kysymysten käyttö voi olla hyvinkin aiheellista.

Kyselyn kysymykset muodostuivat 14 osiosta ja osioiden aihepiiriä käsittelevistä avainlauseista ja –sanoista. Jokaisen osion yhteyteen oli sijoitettu vapaamuotoinen tekstikenttä asiantuntijoiden kommenteille (liite 6). Kyselyn muokkaaminen helposti tulkittavaan ja vastattavaan muotoon oli haasteellista johtuen suuresta informaation määrästä, joka haluttiin välittää vastaajille. Kyselyllä haettiin tarkentavia ja täydentäviä asiantuntijoiden mielipiteitä heidän kehittämispäivänä tuottamastaan ja opinnäytetyön tekijöiden analysoimasta aineistosta. Monisainen aiheiden esittely oli siksi säilytettävä asiayhteyden selventämiseksi ja se perusteli avoimien kysymysten käyttöä.

Ojasalon ym.(2014, 133) mukaan saatekirje on erittäin tärkeä kyselyn onnistumisen kannalta ja se usein ratkaisee, osallistuuko vastaaja ylipäätään kyselyyn. Saatekirjeessä (liite 7) pyrittiin selkeään aiheen esittelyyn, vastaajien motivointiin ja selkeiden vastausohjeiden esittämiseen. Vastaaminen pyrittiin tekemään helpoksi. Saatekirjeeseen liitettiin internet-linkki, jolla varsinainen kysely Webpropol –sovelluksessa avautui.

Kyselylomakkeen testaaminen tavalla tai toisella ennen sen lähettämistä on välttämätöntä (Ojasalo 2014,133). Kyselyä testattiin kahdella asiantuntijaryhmään kuuluvalla henkilöllä. Kyselyn testauksella pyrittiin lähinnä selvittämään teknisen toteutuksen toimivuus, kyselyn ulkoasun miellyttävyys ja saatekirjeen ymmärrettävyys. Varsinaisesti kyselyn kysymysten asetteluun ja muuhun tekstisisältöön testaajat eivät vaikuttaneet. Toimivan kyselyn luominen edellyttikin pieniä teknisiä muutoksia, joten testaaminen osoittautui tärkeäksi.

Valmis ja testattu sähköinen kysely lähetettiin asiantuntijaryhmälle 16.9.2016. Vastaukset pyydettiin palauttamaan 23.9.2016 mennessä. Vastausten palautuksista seurattiin ja kyselystä lähetettiin asiantuntijoille yksi muistutusviesti, jonka jälkeen kysely suljettiin 3.10.2016. Tuolloin vastaukset tulostettiin ja tallennettiin opinnäytetyön tekijöille analysoitavaksi. Kehittämisyhmän 15:sta asiantuntijasta vastauksensa kyselyyn jätti yhdeksän asiantuntijaa.

9.8 Toimintamallin muodostuminen

Kehittämisyhmälle lähetetyn sähköpostikyselyn tuloksena saatiin asiantuntijoiden kommentteja heidän kehittämispäivänä tuottamaansa ja opinnäytetyön tekijöiden analysoimaan aineistoon. Jokaisen osion vastaukset käytiin läpi etsien aiempia avainsanoja ja -lauseita vastaavia merkityksiä ja niitä vahvistavia painotuksia. Asiantuntijoiden vastaukset vahvistivat useita jo aiemmin muodostuneita avainsanoja ja -lauseita. Vastaavasti uusia toimintamallin kannalta merkittäviä avainsanoja ja -lauseita ei noussut vastauksista esille.

Saatuja vastauksia pohdittiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta tulevan toimintamallin toimivuuden ja toteutettavuuden kannalta. Tällä perusteella vastauksista jätettiin huomioimatta esim. kauas tulevaisuuteen visioivia näkemyksiä.

Toimintamallin muodostamista jatkettiin luomalla visuaalinen malli, jossa 14 osiota olivat selkeästi esillä. Analysoidusta aineistosta sijoitettiin osioihin niiden sisältöjä kuvaavat avainsanat ja -lauseet. Tässäkin vaiheessa tehtiin sisällön

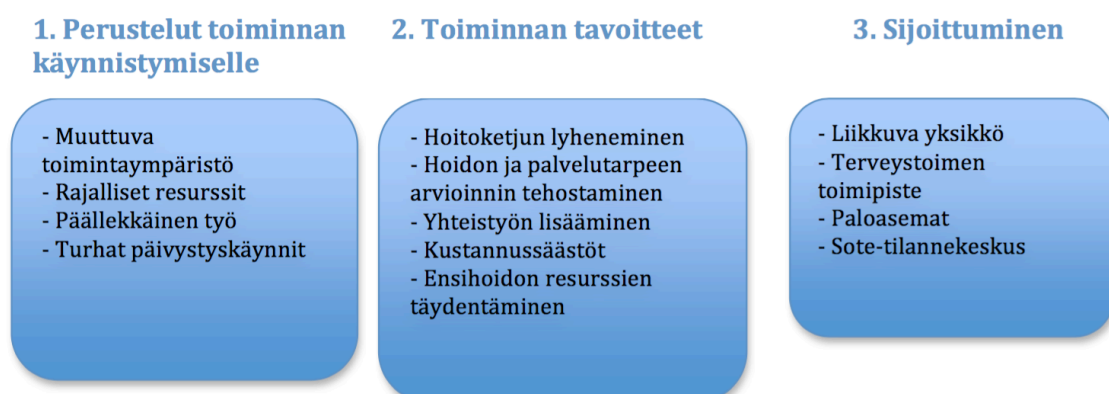
analyysia soveltaen avainsanojen ja –lauseiden pelkistämistä ja ryhmittelyä. Näiden vaiheiden tuotoksena muodostui uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli, joka koostui neljästä pääteemasta ja niitä kuvailevista 14 osiosta, joiden sisällöt oli tuotettu kehittämistyönä asiantuntijaryhmän kanssa.

10 Uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli

10.1 Toimintamallin havainnekuva

Kehittämisen prosessin tuotoksena syntyi ensihoitoyksikön toimintamalli. Toimintamallin havainnekuvasssa (liite 8) havainnollistuu toimintamallin neljä pääteemaa, niitä täydentävät 14 osiota ja osioiden avainsanat ja -lauseet. Osioiden sisältö on asiantuntijaryhmän kehittämispäivänä ja sitä tarkentavalla sähköpostikyselyllä tuottamaa aineistoa. Aineisto on analysoitu sisällön analyysiä soveltaen. Seuraavassa avataan osioiden sisältöjä tarkemmin. Avainsanat ja –lauseet esitetään tekstissä tummennettuna. Osioiden yhteyteen on nostettu niiden sisältöjä kuvailevia suoria lainauksia aineistosta.

10.2 Pääteema I: Toiminnan tavoite ja toimenkuva



Kuvio 6. Pääteema I:n osiot ja avainsanat ja –lauseet.

Osio 1: Perustelut toiminnan käynnistämiseksi

Yhtenä tärkeimmistä perusteluista yksikön toiminnan käynnistämiseksi on ensihoidon muuttunut ja jatkossakin **muuttuva toimintaympäristö**. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että kiireettömiä tehtävien määrä on kasvanut ja tehtävien sisältö on yhä enemmän hoidonohjausta. Palvelujen kysynnän kasvu koettelee ensihoitopalvelun käytössä olevia **rajallisia resursseja**. Sote-alan toimijat, esim. kotihoito, ensihoitopalvelu ja perusterveydenhuollon päivystys, tekevät osittain **päällekkäistä työtä**. Lisäksi **turhia päivystyskäyntejä** on liikaa. Palvelun tarve ja palvelun tarjonta eivät kohtaa oikealla tavalla.

” Nykymuotoinen toiminta ei enää täysin vastaa muuttuneeseen kysyntään. Säästöjä pitäisi saada, mutta moni instanssi tekee päällekkäin samoja asioita ja kuitenkin hieman vajavaisesti. Nykypäivänä kaikkien toimijoiden resurssit ovat rajalliset, joten tehtäväkuvia tulisi laajentaa sekä erityisesti rajapintoja loiventaa eri toimijoiden välillä.”

” Päällekkäistä työtä tehdään paljon ja turhia päivystyskäyntejäkin on. Asioita voitaisiin hoitaa tehokkaasti jo hoitoketjun alkupäässä. Tämä palvelisi niin potilasta, kuin organisaatioitakin.”

Osio 2: Toiminnan tavoitteet

Toiminnan tavoitteena on sote-asiakkaan kokonaisvaltaisempi palveleminen, **hoitoketjun lyheneminen** ja turhien päivystyskäyntien väheneminen. Nämä mahdollistuvat esim. oikeanlaisten kotiin vietävien palveluiden avulla ja **hoidon tarpeen ja palvelutarpeen arviointia tehostamalla** sekä eri sote-toimijoiden **yhteistyötä lisäämällä**. Yhteistyön kehittyminen puolestaan vähentää eri organisaatioiden toimintojen päällekkäisyyttä. Yksikön toiminnalla tavoitellaan myös kustannussäästöjä, jotka voidaan saavuttaa edellä kuvattujen prosessien onnistuttua.

Yksikön toiminnan tavoitteena on tukea yhteistyötahoja asiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa ja laajentaa kotiin vietävien palveluiden tarjontaa. Näin mahdollistetaan asiakkaalle annettu tarpeenmukainen hoito ja tuetaan asiakkaan kotona pärjäämistä. Lisäksi yksiköllä tavoitellaan **ensihoitopalvelun käytössä**

olevien operatiivisten resurssien täydentämistä sekä toiminnallisesti, että alueellisesti.

” Kotihoidon sairaanhoitajat ovat töissä ma-pe päivävuoroissa, kotisairaala toimii 24/7, mutta pääosin kotisairaalan resurssi menee omien akuutti- ja saattohoitopotilaiden hoitoon. Kotihoidossa auttaisi, mikäli "ei virka-aikaan" olisi konsultoitavissa/käytettävissä akuutti-/ensihoidon erikoistuneita henkilöitä tukemassa kotihoidon henkilökunnan hoidon arviointia kotona. Kotihoidon henkilökunnan koulutustaso vielä tällä hetkellä osassa alueita aika vaihteleva. Yksiköissä työskentelee vielä jonkin verran kotiavustajia ja kodinhoitajia. Eli viikonloppuun ja iltoihin tulisi saada kotihoitoon erityisosaamista hoidon tarpeen arviointiin, jolloin voitaisiin vähentää ensihoidon/päivystyksen käyntejä?”

” Yksikön toiminnalla voitaisiin poistaa päällekkäisyyksiä. Tämä toisi säästöjä pitkällä aikavälillä. Lisäksi potilaan asema helpottuisi, pompottelu vähenisi ja ihminen voisi ohjautua helpommin suoraan sen toimijan avun piiriin, mihin oikeasti kuuluisi.”

” Päällekkäisyyksien poistaminen ja yhteistyön lisääminen erityisen tärkeää...”

Osio 3: Sijoittuminen

Lähtökohtaisesti yksikkö suunnitellaan laajasti **liikkuvaksi**. Ensisijainen yksikön päivystysasemapaikka on **terveystoimen toimipiste**. Paikkana voi näin olla toimia esim. keskussairaalan päivystyspiste. Yksikkö tukeutuu tarvittaessa huollon ja operatiivisen sijoittumisen osalta muiden ensihoidoyksiköiden asemapaikkoihin. Nämä ovat käytännössä nykyisin maakunnan **paloasemat**. Mahdollisesti luotavaa alueellista **sosiaali- ja terveystoimen tilannekeskusta** pidetään tulevaisuudessa yksikön luonnollisena sijoituspaikkana.

” Yksikön sijaintipaikkana näen päivystyksen tai Sote tiken.”

” Yksikkö mielestäni tulee työaikansa liikkumaan ympäri toimintakenttää, mutta päivän voisi aloittaa ja lopettaa muualle kuin paloasemalle, esimerkiksi sote keskuksen.”

10.3 Pääteema II: Yhteistyötahot ja verkostoituminen



Kuvio 7. Pääteema II:n osiot ja avainsanat ja –lauseet.

Osio 4: Tärkeimmät yhteistyötahot

Hätäkeskus nousee merkitykselliseksi yhteistyötahoksi, koska yksikkö toimii liikkueksaan ensivasteyksikkönä sekä muiden ensihoitoyksiköiden tukiyksikkönä täydentäen näin ensihoitopalvelun resursseja. Näitä toimintoja ajatellen yksikön tulee olla hätäkeskuksessa paikannettavissa ja hälytettävissä. **Kotihoidon** rooli yhteistyötahona on erittäin merkittävä. Tältä toimialueelta löytyy useita toimintoja, joita voidaan yhteistyöllä ja yksikön toiminnan avulla tukea ja tehostaa.

Pelastustoimi on perinteinen ja läheinen ensihoitopalvelun yhteistyötaho. Sen rooli korostuu viranomaisyhteistyössä, jossa molemmilla toimijoilla on kansallista turvallisuutta edistävä rooli. Ensihoitopalvelu kytkeytyy isossa osassa maata samaan organisaatioon paikallisen pelastuslaitoksen kanssa. Samassa organisaatiossa ne usein saattavat jakaa hallintojärjestelyt, toimitilat, kaluston ja henkilöstöresurssit. Pelastuslaitos tuottaa näin suuren osan Suomen ensihoidon palveluista. Pelastustoimen ja ensihoitopalvelun läheiseksi muodostunut yhteistyö pohjautuu molempia toimijoita usein yhdistävään tehtäväkenttään. Riippumatta siitä, kuka toimii varsinaisesti ensihoitopalveluiden tuottajana, pelastustoimella on ratkaisevan suuri rooli ensivastetoiminnan ylläpitäjänä ja avustavana viranomaisena ensihoitopalvelun päivittäistehtävillä.

Terveystoimen päivystystoiminnan merkitys yksikön yhteistyötahona korostuu tietyillä päivystystoiminnan osa-alueilla. Terveystoimen puhelinneuvonnan kautta voidaan mahdollisesti osoittaa tehtäviä suoraan yksikölle. Yksikön tehokkaan toiminnan edellytyksenä on yksikön hoitajan ja terveystoimen päivystävien lääkäreiden toimiva yhteistyö. Terveystoimen päivystyspisteet muodostavat niihin sijoittuvien lääkäripäivystyspalveluiden lisäksi tärkeän yhteistyötahon. **Sosi-aalitoimella** ei ole tähän mennessä ollut yhteistyökumppanina kovin suurta roolia ensihoitopalvelun kanssa. Näiden kahden toimijan yhteistyön kehittyessä asiakkaan kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi tehostuu.

Osio 5: Muut merkitykselliset yhteistyötahot

Poliisin ja ensihoitopalvelun yhteistoiminta on vakiintunut osaksi päivittäistehävien suorittamista. Yhteistyö näiden toimijoiden välillä rakentuu viranomaisyhteistyön pohjalle, jossa molemmilla on merkittävä rooli kansallisen turvallisuuden ylläpitäjänä.

Ympäri vuorokauden hoitoa tarjoavia **hoitolaitoksia**, esim. terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoja ja hoivakoteja, voidaan tukea hoidontarpeen arvioinnissa. Lisäksi voidaan täydentää hoitolaitosten osaamista toimenpiteiden ja tutkimusten muodossa sekä mahdollistaa monipuolisemman lääkärin konsultoinnin. Hoidon tarpeen arvioinnin ja lääkärin konsultaation jälkeen terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoille voidaan ohjata potilaita ja heidät voidaan mahdollisesti jättää lähettämättä jatkotutkimuksiin.

Erilaisille **tuetun asumisen yksiköille** voidaan tarjota hoidollista tukea ja yksiköitä tuetaan myös hoidon tarpeen ja palvelutarpeen arvioinnissa.

Ensihoitopalvelun asiakasprofiili muodostuu enenevässä määrin moniongelmaisista asiakkaista. Palvelun tarve edellyttää usein kokonaisvaltaisen arvioinnin niin fyysiseen, psyykkiseen kuin elämänhallintaan liittyvissä seikoissa. Psykkisistä ongelmista kärsivä asiakas ohjautuu terveystoimessa psykiatrisen hoidon piiriin. Näiden asiakkaiden hoito toteutetaan pääsääntöisesti avohoitona ja tätä

tukevat sairaanhoitopiirien alueelleen järjestämät akuuttiryhmät. Ensihoitopalvelun asiakas on siis myös usein **psykiatrisen avohoidon** asiakas. Yksikkö voisi mahdollistaa läheisemmän yhteistyön syntymisen psykiatrisen avohoidon kanssa. Näin yhteisen asiakkaan montaa eri sote-toimijaa työllistävään tilanteeseen voitaisiin perehtyä moniammatillisesti syvemmin, jolloin voitaisiin mahdollistaa asiakkaalle oikea sote-palveluiden hoitopolku.

Tulevaisuudessa kolmannen sektorin toiminta sote-toimijoiden tukena vahvistuu. Yksiköiden ja **kolmannen sektorin** välisellä yhteistyöllä voidaan tukea mm. iäkkäiden kotona pärjäämistä. Yksikön ja esim. SPR:n ystäväpalvelun yhteistyö voi olla ratkaisevassa merkityksessä vailla sosiaalisen verkoston tukea olevan vanhuksen elämää. Vanhusväestön siirtyessä laitospaisesta asumisesta yhä enemmän tuetun avohoidon piiriin sitä tukevien toimintojen merkitys korostuu. Tästä esimerkkinä voidaan mainita esim. erilaiset turvapuhelinpalvelut, jotka mahdollistavat omalta osaltaan iäkkäiden ihmisten asumisen omassa kotiympäristössään. Turvapuhelin- ja turva-auttajapalvelut tarvitsevat ajoittain oman asiakkaansa kunnon ja palvelutarpeen arviointia, johon yksikkö voi tarjota tukea.

Yksikön ja **omaisten** välinen yhteistyö on merkityksellistä asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoitoprosessissa. Omaiset tulisi ottaa aktiivisesti asiakkaan hoidontarpeen ja palveluntarpeen arviointiin. He ovat usein parhaita asiantuntijoita läheisensä senhetkisen kunnon ja kotona pärjäämisen selvittämisessä. Yksikön toiminnan avulla voidaan tukea myös omaisten ja omaishoitajien jaksamista.

Osio 6: Verkostoitumista ja yhteistyötä tukevat tekijät

Yksikön ja sidosryhmien välisen yhteistyön käynnistyminen ja ylläpito vaatii **yhteisen kontaktiverkoston** luomista. Sidosryhmille olisi nimettävä kontaktihenkilöt, joiden tehtävänä on osallistua yksikön kehittämiseen omasta organisaation näkökulmasta katsoen. Lisäksi kontaktihenkilöiden tehtävänä on **aktiivisesti tiedottaa** yksikön toiminnasta ja toiminnan muutoksista. Toiminnalla on oltava **yhteinen visio** ja sen pohjalta luodut **toimintaohjeet** ja tavoitteet, jotka ohjaavat toimintaa. Sidosryhmien välisen **yhteisen sisäisen koulutuksen** hyödyn-

täminen henkilöstön kouluttamisessa mahdollistaa tietopääoman jakautumisen verkoston eri organisaatioiden kesken.

”Kun luodaan visio, voidaan tämän pohjalta luoda yhteiset toimintamallit, jotta toimintamallit saadaan toimimaan tarvitaan yhteisiä koulutuksia ja tuntemus toisen organisaation työnkuvasta. Ja jotta tämä paketti saadaan toimimaan, tarvitaan joku henkilö tai taho pyörittämään, ohjaamaan ja valvomaan tätä yhteistyötä. Jos ollaan luomassa jotain näin suurta, niin olisi todella tärkeää, että siihen myös panostettaisiin, että koko ajatus ei jää vain puhelinnumeroiden vaihtamiseksi, ja ns. ” soitellaan jos tulee kysyttävää”

”Yhteiset toimintaohjeet puuttuu ja helpottaisi kyllä kotihoidon henkilöstöä huomattavasti, kun olisi selkeä ohjeistus, miten muuttuvissa tilanteissa toimitaan. Kotihoidon henkilöstö kokee olevansa aika yksin vaikeissa tilanteissa, jolloin helpoin tapa saattaa olla päivystykseen lähettäminen ja vastuun jakaminen ensihoidon/terveydenhuollon kanssa.”

”Yhteinen näkemys siitä, mitä ollaan tekemässä ja miksi, on aika olennainen asia. Toimintamallin tulee olla selvä kaikille, ettei potilasta pompotella.”

10.4 Pääteema III: Hallinnointi, työtehtävät ja työvälineet



Kuvio 8. Pääteema III:n osiot ja avainsanat ja –lauseet.

Osio 7: Hallinnointi

Yksikkö toimii osana Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun organisaatiota. **Ensihoidon kenttäjohtaja** vastaa yksikön hallinnollisesta ja operatiivisesta johtamisesta. Tulevaisuudessa yksikön hallinnointi keskitettäisiin sosiaali- ja terveystoimelle mahdollisesti luotavaan **tilannekeskukseen**. Yksikön toimintaa kehittävä ja **koordinoiva lääkäri** on erityisen merkittävä yksikön toiminnan kannalta.

” Kenttäjohtaja varmasti hyvä ratkaisu ainakin alkuvaiheessa.”

”Tämä sote-tilannekeskus olisi hyvä ja toivottavasti toteutuu.”

”Yksikössä toimivalla henkilöstöllä voisi olla oma "vastuulääkäri", jonka kanssa tiivis yhteistyö. Henkilöstö tulee tarvitsemaan päivittäisestä eh-kentästä poikkeavia työohjeita, kuten vaikka näyteenotto jne.”

Osio 8: Aktivointi tehtäville

Yksikön aktivointi operatiivisille tehtäville voi tapahtua usean eri tahon toimesta. **Hätäkeskuksen** rooli yksikön aktivoinnissa rajoittuu alkuvaiheessa yksikön mahdolliseen käyttöön ensivasteyksikkönä. Hätäkeskus toimii ensihoitoyksiköitä hälytettäessä erillisen hälytysohjeen mukaan. Ohjeistus tämän yksikön kohdalla tarkentuu toiminnan vakiinnuttua. **Ensihoidon kenttäjohtajan** rooli yksikön aktivoinnissa on etenkin toiminnan alkuvaiheessa merkittävä. Hänellä on tieto yksikön toimintamahdollisuuksista ja resursseista, jolloin hän kykenee ohjaamaan yksikölle soveltuvia tehtäviä.

Toiminnan kehittyessä yksikön hoitajan rooli tehtäville aktivoitumisessa korostuu. Hän voi enenevässä määrin itsenäisesti vaikuttaa siihen, mitä tehtäviä yksikkö suorittaa. Tähän vaikuttaa mm. verkostoituminen ja yhteistyön kehittyminen muiden toimijoiden kanssa. Myös **yhteistyötahoille** luodaan mahdollisuus ottaa suoraan yhteyttä yksikköön. Tätä edesauttaa yksikön toimintamahdollisuuksien tiedostaminen ja työnkuvan selkiytyminen. Tämä lisää yhteistyötahojen rohkeutta, kykyä ja valmiutta ottaa yhteyttä suoraan yksikköön.

” Kenttäjohtajalla päävastuu työnjohdosta ja yksiköllä mahdollisuus toimia myös itsenäisesti.”

” Kenttäjohtaja voisi alkuun koordinoida yksikön lähettämistä. Eli jos tulee tilanne, että joku toimijoista haluaa selvittää potilaan tilannetta paremmin esim. puhelun perusteella, niin ottaa yhteyttä kenttäjohtajaan, joka sitten laittaa yksikön liikkeelle.”

” Ennalta sovitut, yhteistyökumppaneilta saadut tehtävät.”

Osio 9: Työkuva

Terveystoimessa tehtävällä asiakkaan **hoidontarpeen arvioinnilla** on ratkaiseva merkitys hoitoprosessin alkuvaiheessa. Yksikön toiminnalla pyritään monipuolistamaan ensihoitopalvelun tekemää hoidontarpeen arviointiprosessia. **Palvelutarpeen arviointi** on asiakkaan senhetkisen elämäntilanteen kokonaisvaltaista arviointia. Arvioinnin avulla voidaan esimerkiksi kartoittaa, millaisia tukitoimia iäkäs ihminen tarvitsee pärjätäkseen kotona. Yksikkö voi **tukea yhteistyötahoja** näissä prosesseissa. Yksikkö monipuolistaa perinteisen ensihoitopalvelun tarjoamia palveluita mahdollistamalla asiakkaan kotona toteutettavat **näytteenotot ja analysoinnit**. Yksikön välineistöllä voidaan toteuttaa virtsa-, nielu-, bakteeri- ja verinäytteiden otto ja analysointi. Tämä mahdollistaa asiakkaan tarkemman tutkimisen ja antaa tukea asiakkaan hoidon tarpeen arviointiin.

”Näytteiden ottoon voisi lisätä bakteeriviljelyt haavoilta tai muista ihorikoista. Tällaisten näytteiden ottaminen voidaan tehdä myös potilaan kotona jos henkilöstö on siihen koulutettu ja mukana on tarvittava välineistö”

Tehokkaan hoitoprosessin kannalta olisi järkevää mahdollistaa yksikön hoitajille **sote-palveluiden ajanvarausjärjestelmien** käyttö, jolla voidaan myös edesauttaa asiakkaan tarkoituksenmukaisen hoidon aloitusta. Tällä tarkoitetaan esim. kiireettömän lääkäriajan varaamista sekä esim. tarvittavan laboratoriotutkimuksen ajan varaamista.

Yksikön toimesta asiakkaan kotona voidaan toteuttaa **hoidollisia pientoimenpiteitä**. Näitä voivat olla esim. virtsateiden katetrointi ja pidemmälle viety haa- vanhoito. Kuva- ja videomateriaalia hyödyntävä lääkärin konsultaatio mahdollis-

taisi joidenkin pientoimenpiteiden, esim. edellä mainitun haavanhoidon, hallitun suorittamisen lääkärin ohjaamana ja valvomana.

”Yksiköllä tulisi ehdottomasti olla mahdollisuus tilata perusverinäytteitä seuraavalle päivälle, tai viikonlopun jälkeen maanantaille. Miksi ei jopa kiireetöntä lääkärin vastaanottoaika. Tämä helpottaisi päivystyksen taakkaa, mutta se pitäisi toteuttaa siten, että yksiköstä ei tulisi liikkuva ajanvarauspiste.”

Perinteiselle ensihoitoyksikölle usein annettava nenäverenvuototehtävä on esimerkki tehtävälajista, joka pientoimenpiteellä ja oikeanlaisella lääkehoidolla johdattaa yleensä potilaan kuljettamatta jättämiseen ja olisi ollut hoidettavissa myös yhden hoitajan yksikön toimesta. Tämän kaltainen tehtävä, jolla on saavutettavissa samanlainen sekä potilasta että järjestelmää palveleva lopputulos, on myös esim. selkäkipupotilaan kivunhoito. Tähän päästään mm. tehokkaan oikeanlaisen **lääkehoidon** toteuttamisella.

Ensihoitoyksikössä on pääsääntöisesti akuuttitilanteiden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Tätä lääkevalikoimaa laajennetaan, jolloin mahdollistetaan asiakkaalle paremmat edellytykset hoidon toteuttamiseksi kotona. Esimerkiksi tähän yksikköön suunnitellut ja perinteisestä ensihoitoyksiköstä puuttuvat suonensisäiset ja suun kautta annosteltavat antibiootit, suun kautta annosteltavat kipulääkkeet, tietyt allergialääkkeet sekä ripuli- ja pahoinvointilääkkeet mahdollistavat monipuolisemman lääkehoidon toteuttamisen. Yksikön laajennetun lääkeainevalikoiman sisältö, käytön ohjeistus ja koulutus suunnitellaan ja toteutetaan lääkärijohtoisesti.

Yhteistyötahojen monipuolinen tukeminen on merkittävä osa yksikön työnkuvaa. Yksikön toimesta voidaan toteuttaa jo tälläkin hetkellä paikallisin sopimuksin ensihoitopalvelun tehtäväksi annettu poliisivankilan asiakkaiden lääkkeiden jako. Lisäksi yksikön oma laajennettu lääkevalikoima lisää yksikön kykyä täydentää yhteistyötahojen toteuttamaa potilaiden hoitoa. Laajennettu lääkevalikoima mahdollistaa esim. potilaan kotona annettavan suonensisäisen antibioottihoidon. Lisäksi yhteistyötahoja voidaan tukea mm. **saattohoidon** toteuttamisessa.

Yksiköllä on valmiudet saattohoitopotilaan asiantuntevaan kivunhoitoon mm. kipupumppujen käytön osalta. **Omaisten tukeminen** on osa saattohoitoa ja palliatiivista hoitotyötä. Yksikön yhtenä tehtävänä voidaankin nähdä omaishoitajien ja asiakkaan läheisten tukeminen ja ohjaus. Omaishoitajan työtä voidaan tukea kokonaisvaltaisemmin esim. palvelutarpeen uudelleen arvioinnilla, jolloin varsinaisen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi kiinnitetään huomiota myös omaishoitajan jaksamiseen. Konkreettisena esimerkkinä tästä yksikön hoitaja voi olla aloitteen tekijänä prosessissa, jossa omaishoitajan väsyminen tunnustetaan ja tilanteeseen järjestetään tarvittavaa apua.

Moniammatillisen asiakaskäynnin toteuttaminen voidaan suunnitella yhdeksi yksikön työkuvaan osaksi verkostoitumisen kehityttyä. Yhteistyötahojen edustajien kanssa toteutettavat asiakaskäynnit mahdollistavat omalta osaltaan asiakkaan tarkoituksenmukaisen avun saamisen. Moniammatillisen asiakaskäynnin toteuttamisella voidaan pyrkiä esimerkiksi sosiaali- ja terveystalveluiden suurkäyttäjien tehokkaampaan hallintaan. Tämä voisi toteutua yksikön hoitajan ja esim. sosiaalitoimen edustajan yhteisesti toteuttamalla asiakaskäynnillä, jolloin yhteistyönä arvioidaan asiakkaan palvelutarvetta.

Ensihoitotoiminnan tukeminen voidaan nähdä osana yksikön työkuvaan. Tämä pitää sisällään muiden ensihoitoyksiköiden avustamista operatiivisilla tehtävillä, ensivasteyksikkönä toimimista sekä ensihoitovalmiuden alueellista täydentämistä. Ensihoitoyksiköiden operatiivisella tuella tarkoitetaan vaativiin ensihoitotilanteisiin osallistumista sekä muiden ensihoitoyksiköiden hoidon tarpeen arviointia helpottavaa ja täydentävää toimintaa.

Yksikkö täydentää vaativaan tilanteeseen kohdennettua ensihoitoresurssia tuomalla tilanteeseen yhden hoitotasoisien ensihoitajan työpanoksen. Mahdollisesti yksikön hoitajille voidaan tulevaisuudessa kouluttaa vaativien tehtävien hoitamista edellyttävää erityisosaamista, joilla annettavan hoidon tasoa parannetaan. Tämän kaltaista erityisosaamista tulee olla esim. sairaalan ulkopuolelle vietävien kuvantamislaitteiden, esim. mobiilin ultraäänilaitteen, käytössä ja tulosten tulkitsemisessä. Näitä ominaisuuksia voidaan hyödyntää myös toisen en-

sihoitoyksikön tekemän hoidon tarpeen arvioinnin täydentämisessä, jolloin täydennetään arviota esim. kotiin vietävillä näytteenottomahdollisuuksilla.

Yksikön suunnittelussa ei ole muutettu ensihoitopalvelun olemassa olevaa alueellisen valmiuden suunnitelmaa. Tämän myötä yksikkö siis lisää ensihoitopalvelun määrällisiä yksikköresursseja. Ruuhkatilanteessa, muiden ensihoitoyksiköiden ollessa tehtävillä, uudella yksiköllä voidaan paikata alueellisia tyhjiöitä. Tällöin yksikkö voidaan sijoittaa resurssipulasta kärsivälle alueelle, jolloin se toimii siellä ensivasteyksikkönä. Näin voidaan ratkaisevasti lyhentää potilaiden tavoittamisviiveitä ja vaikuttaa ensihoidon palvelutasopäätöksen vaatimusten toteutumiseen.

Osio 10: Välineistö

Yksikkö **varustetaan hoitotason ensihoitoyksiköksi** ensihoitopalvelun voimassa olevien ohjeiden mukaisesti. Hoitotason lääkevalikoiman lisäksi yksikköön suunnitellaan kotona toteutettavaa hoitoa täydentävä lääkevalikoima. **Laa-jennettu lääkevalikoima** sisältää mm. antibiootit, erilaiset kipu-, ripuli-, pahoinvointi-, allergia- ja närästyslääkkeet.

Haavanhoitovälineistö on yksikössä monipuolisempi kuin perinteisessä ensihoitoyksikössä. Välineistö mahdollistaa pidemmälle viedyn haavanhoidon, esim. haavan liimaamisen, suturoinnin ja revidoinnin. Monipuolisemman hoidontarpeen tukena ovat yksikön välineistöön suunniteltavat **verikaasuanalysaattori** ja **pikaCRP-laite** sekä erilaiset **näytteenotto- ja analysointivälineet**. Lääkärin konsultaation mahdollisuuksia lisätään sijoittamalla yksikköön **kuva- ja videovälitteisen konsultoinnin** mahdollistava välineistö. Tämä tarkoittaa tarvittavilla lisälaitteilla ja sovelluksilla varustettua älypuhelinta. Tämä tuo luotettavuutta hoitolinjausten valintaan ja mahdollistaa tehokkaamman hoitajan ja lääkärin välisen yhteistyön. Älypuhelimien merkitys on suuri myös päivittäisessä kommunikoinnissa ensihoitopalvelun organisaation sisällä sekä yhteistyötahojen että asiakkaiden kanssa kommunikoidessa.

”Videokonsultaatiivälineiden lisäksi olisi hyvä olla mahdollisuus ottaa ihan tavallisia kuvia, jotka voidaan sitten tallentaa digiarkistoon

osaksi potilaan sairaskertomusta. Tämä olisi hyvä esimerkiksi ihotuman hoidossa”

Yksikön hoitajalle mahdollistetaan pääsy **potilastietojärjestelmiin** ja yksikkö varustetaan siihen soveltuvilla välineillä. Potilastietojen kirjaaminen sekä esim. tarvittavien terveystietojen tarkastelu voidaan tulevaisuudessa toteuttaa sähköisesti tehtävällä mukana olevalla mobiilikäyttöön soveltuvalla päätelaitteella.

”Potilastietojärjestelmään pääsy on tärkeää. Silloin paikan päällä kirjattu tieto on lääkärin ja tarvittaessa myös hoitolaitosten käytettävissä ja samoin myös potilaasta aikaisemmin kirjattu tieto on yksikön käytössä. Tämän merkitys korostuu erityisesti silloin kun potilas on juuri kotiutunut sairaalasta tai terveyskeskuksen osastolta.”

Viranomaisverkon päätelaitteet kuuluvat yksikön merkittävimpiin viestintävälineisiin ja ovat luontaisesti osa yksikön varustusta. Nämä ovat rutiininomaisessa käytössä ensihoitopalvelun sisäisessä viestinnässä ja ovat merkittävin väline viranomaisten välisessä kommunikoinnissa ja tiedonkulussa. Perinteisen puhe- ja tekstiviestiliikenteen lisäksi verkossa toimitetaan tietoa mm. yksikön sijainnista ja tehtävän etenemisestä. Laitteet ovat myös merkittävä tekijä yksikön henkilöstön työturvallisuudessa.

10.5 Pääteema IV: Henkilöstö



Kuvio 9. Pääteema IV:n osiot ja avainsanat ja –lauseet.

Osio 11: Pätevyys

Yksikön työntekijällä tulee olla **hoitotason ensihoitajan** pätevyys. Ensihoidollisen osaamisen lisäksi työntekijältä toivotaan laaja-alaista hoitotyön osaamista. **Sairaanhoitaja, jolla on kokemusta akuuttihoitotyöstä**, voidaan mahdollisesti pitää soveltuvana yksikköön. Tällöin on selkeästi huomioitava yksikön rajoitetumpi käyttö ensihoitotehtävissä. Yksikön hoitaja työskentelee pääasiassa yksin. Tarvittaessa yksikköä voidaan täydentää tehtäväkohtaisesti soveltuvalla yhteistyötahon edustajalla. Ammatillisen koulutusjärjestelmän kehittyminen saattaa tulevaisuudessa mahdollistaa suoran pätevöitymisen tämänkaltaiseen tehtävään. Kyseeseen voisi tulla ylempi amk-tutkinto, joka antaisi valmiudet kliinisenä asiantuntijana toimimiseen.

Osio 12: Valinta

Henkilöstö valitaan pääsääntöisesti ensihoitopalvelun työntekijöistä organisaation **sisäisellä rekrytoinnilla**. Rekrytoinnissa huomioidaan mahdollisesti myös akuuttihoitotyöhön perehtyneet sairaanhoitajat esimerkiksi päivystyspoliklinikalta. Rekrytointi perustuu työntekijän **vapaaehtoisuuteen** ja motivoituneisuuteen. Valintaprosessissa voidaan käyttää **haastatteluja**, keskusteluja ja **soveltuvia testauksia**.

”Henkilön tulee olla motivoitunut ja ammattitaitoinen. Siinä mielessä vapaaehtoisuus on hyvä asia. Kiinnostusta tehtävään varmasti löytyisi niin ensihoidon, kuin päivystyksen henkilöstönkin keskuudesta.”

”Pelkkä tieto soveltuvuudesta ei mielestäni riitä, valinta pitäisi toteuttaa haastatteluiden perusteella.”

Osio 13: Ammatilliset ominaisuudet

Yksikön hoitajan ammatillisista ominaisuuksista korostuu **vahva ja laaja-alainen työkokemus** hoitotyöstä, erityisesti akuuttihoidon osalta. Hoitajalla tulisi olla **hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot**. Nämä edesauttavat mm. verkostoitumista ja asiakaslähtöistä hoitotyötä. **Kyky tunnistaa ja arvioida asiak-**

kaan hoidon ja palvelun tarve on tärkeä edellytys oikeanlaisen hoitoprosessin käynnistymiselle. Tähän vaaditaan myös **palvelurakenteiden tuntemista**. Kyky **itsenäiseen työskentelyyn ja päätöksentekoon** sekä **hyvät organisointitaidot** ovat oleellisia koko toiminnan onnistumisen ja sujuvuuden kannalta. Kaiken perusta on hoitajan oma motivaatio. Tämän kaltaisessa yksikössä työskentely edellyttää jatkuvaa **halua kehittää yksikön toimintaa** ja pitää omaa ammattitaitoaan yllä itseopiskelun ja kouluttautumisen avulla.

”Toiminta vaatii työkokemusta ja laaja-alaista osaamista, vastuullisuutta ja kykyä työskennellä itsenäisesti. Sitä, mikä on oikea työkokemus, lienee hankala yksiselitteisesti määritellä. Ensihoidosta tai päivystyshoitotyöstä on varmasti hyötyä.”

” Henkilöstöllä oltava palveluohjauksellinen työote ja hyvät yhteistyötaidot sekä erittäin laaja organisaation tuntemus.”

Osio 14: Koulutus

Henkilöstön tulee selkeästi ymmärtää yksikön toiminnan tarkoitus ja omaksua yksikön toiminta-ajatus ja toimintamalli. Tämä on yksikön **toiminnan juurruttamista** osaksi organisaation toimintaa. Yksikön toimenkuva poikkeaa totutusta ensihoitoyksikön toimenkuvasta ja esimerkiksi henkilöstön työturvallisuuteen liittyvät ohjeet täytyy laatia ja kouluttaa erikseen. Kouluttaminen uuteen tehtävään tapahtuu ennen yksikön toiminnan käynnistymistä ja jatkuu vahvana toiminnan ollessa käynnissä. **Erityisosaamista vaativien tehtävien kouluttaminen** henkilöstölle suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä asiantuntijoiden kanssa toiminnan käynnistyessä. Esimerkiksi lääkeaineoppi, laiteteknologia ja tietyt pienoi-
menpiteet edellyttävät kunkin alan asiantuntijan toteuttamaa koulutusta.

Koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen osallistetaan yhteistyötahojen asiantuntijoita esim. sosiaalitoimesta tai kotihoidosta. Näin yhteistyötahoja voidaan hyödyntää aktiivisesti yksikön toimenkuvan kehittämisessä ja oman asiantuntijuuden jakamisessa. Tavoitteena on oppia tuntemaan yhteistyötahojen toisistaan eroavat työkuvat. Henkilöstön koulutus sisältää tavoitteellista **käytännön harjoittelua** eri sote—toimijoiden toimipaikoissa. Henkilöstö tutustuu konkreettisesti yhteistyötahon työn sisältöön ja löytää niiden toimintojen rajapinnat, joissa yhteistyötä voidaan toteuttaa. Vastavuoroisesti myös yhteistyötaho-

jen edustajille mahdollistetaan käytännön harjoittelu yksikössä. Yksikön toimintaa arvioidaan kriittisesti ja säännöllisesti ja henkilöstölle järjestetään lisäkoulutusta tämän arvioinnin pohjalta.

”Yksi isommista asioista, vaatii suunnitellun koulutuksen johon oikeasti panostetaan.”

”Alkuun hyväksyttävä fakta, että uuden resursointi maksaa, säästöt kertyvät kyllä myöhemmin, toimenkuvan määrittäminen ja kehittäminen kriittisesti ja kokoajan, työturvallisuus huomioitava tarkkaan...”

” Alkuun varmasti karkea toimenkuvan määrittäminen ja pilottijakso. Tehtäväkuva tarkentunee toiminnan kehittyessä ja jatkuessa.”

”Tehtävään tuleville hoitajille, pitäisi olla jatkuva koulutus (pari kertaa vuodessa). Pelkkä kertaluonteinen koulutus asiakokonaisuutta kohti ei riitä. Näiden henkilöiden toimenkuva tulee olemaan niin paljon laajempi kuin tavallisen ensihoitajan, joten koulutuksen tulee olla säännöllistä ja järjestelmällistä ja ennen kaikkea pakollista.”

11 Pohdinta

11.1 Kehittämisprosessin arviointi

Kehittämisprosessin eteneminen voidaan hahmottaa jatkuvana syklinä. Tässä opinnäytetyössä kehittämisprosessi kuvataan spiraalina. Kehittämistoiminnan tehtävät, suunnittelu, toteutus ja reflektointi muodostavat kehän. Prosessi jatkuu ensimmäisen kehän jälkeen, jolloin sitä seuraa uusia kehiä, jossa kehittämistehtävät toistuvat. Spiraalimallissa kehittämisprosessin tulokset asetetaan uudelleen arvioitaviksi. Reflektiovaihe on se keskeinen solmukohta, jossa kehittymistä tapahtuu. (Toikko & Rantanen 2009, 66-67) Kehittämistoiminta on jatkuva prosessi ja sen jokaisen vaiheeseen liittyvä prosessiarviointi ohjaa toimintaa. Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessi toteutettiin edellä kuvatun syklin mukaisesti (kuviot 4).

Kehittämisprosessin ensimmäinen vaihe oli huolellinen aiheen valinta. Opinnäytetyön aiheen valinta perustui työn tekijöiden omaan haluun kehittää ensihoito-

palvelun toimintaa. Kehittämistoiminnan merkittävyyteen vaikuttaa olennaisesti myös kehittämisteeman ajankohtaisuus (Toikko & Rantanen 2009, 57-58). Ensihoitoyksikön perinteisen roolin uudistaminen paremmin tehtäväkenttää vastaavaksi mainitaan toistuvasti kehittämisen tarpeeksi ensihoidon toimijoiden keskuudessa. Pääosin toimijat ovat keskittyneet pohtimaan tehtäväkentän muutoksia ja reagointi tähän tapahtuneeseen muutokseen on ollut vähäistä. Osin syynä voidaan pitää eri sote-toimijoiden välillä vallitsevia jyrkkiä tehtäväjakoja. Uuden toimintamallin rakentamisen myötä haluttiin tuoda näitä toimijoita yhteen ja mahdollistaa ensihoitopalvelun kehittyminen tehtäväkenttensä mukana.

Tehtäväkentän muuttumisen ohella myös tämän hetken suuret sote-alaan kohdistuvat muutostarpeet olivat aiheen valinnan taustalla. Alan organisaatioilta toivotaan ja jopa edellytetään tällä hetkellä yhteistyökykyä, oman toiminnan kriittistä tarkastelua ja sen kehittämistä kohti tehokasta sote-alan palveluverkostoa. Asiakkaan kotiin vietävien palveluiden tehostaminen, hoitopolun nopeuttaminen ja ensihoitopalvelun resurssien oikeanlainen kohdentaminen olivat tavoitteita, joihin uuden toimintamallin kehittämisellä toivottiin voitavan vaikuttaa.

Tiedossa oli, että samantyyppistä kehitystyötä on tehty osassa maata. Toimintamallit eivät kuitenkaan ole suoraan kopioitavissa paikallisesti suuresti toisistaan eroavien olosuhteiden vuoksi. Uuden toimintamallin luomisella haluttiin mahdollistaa erityisesti paikallisiin olosuhteisiin sopiva uuden palvelumuodon käyttöönotto. Samalla toimintamalli täydentäisi omalta osaltaan muita maassa jo olemassa olevia malleja ja mahdollistaisi näin luotavan toimintamallin hyödynnettävyyden myös muille ensihoidon toimijoille. Toikko ja Rantanen (2009, 57-58) toteavatkin, että onnistuneella kehittämistoiminnan lopputuloksella on todennäköisesti kysyntää myös laajemmin.

Pohjois-Karjalan pelastuslaitos toimii molempien opinnäytetyön tekijöiden työnantajana sekä myös opinnäytetyön toimeksiantajana. Toimeksiantajan roolissa pelastuslaitos ei asettanut rajoituksia kehittämistyölle. Tiedossa oli, että syntyvä toimintamalli ei automaattisesti käynnistäisi uutta toimintaa. Toimintamalli otettaisiin tarkasteluun pelastuslaitoksen pohtiessa omaa tulevaisuuden palvelu- tuotantorakennettaan ja sitä hyödynnettäisiin strategisten linjausten ja käytettä-

vissä olevien resurssien niin salliessa. Pelastuslaitos tuki opinnäytetyötä tarjoamalla kehittämistyötä varten työtiloja opinnäytetyön tekijöiden käyttöön sekä mahdollisti ensihoitopalvelun tilastojen käytön ja avusti niiden tulkitsemisessa. Ensihoitopalvelun johto, esimiestaso ja työntekijät osallistuivat pyydettyä aktiivisesti ja ansiokkaasti asiantuntijatyöryhmän työskentelyyn.

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli todentaa olemassa olevan tiedon avulla ensihoitopalvelun muuttuvaa tehtäväkuvaa. Tätä varten haettiin tietoa ensihoitopalvelun perustoimintaa täydentävistä toiminnoista, joilla ensihoitopalvelun toimenkuvaa muuttamalla oltiin kehitetty ensihoitopalvelua palvelemaan paremmin asiakasta, sidosryhmiä ja sikäläistä yhteiskuntaa. Tätä tiedonhankintaa tehtiin niin suomalaisista, kuin ulkomaalaisistakin ensihoitojärjestelmistä. Selvisi pian, että projekteja oli ajan mittaan toteutettu melko laajasti, mutta laajalaisempi tutkimustieto projektien onnistumisista puuttui. Etenkin kirjallisia tuoksia aiheesta oli vaikea löytää. Tiedon hankinta etenkin ulkomaistista ensihoitojärjestelmistä toteutettiin pääosin internetin avulla.

Toteutettuja projekteja oli analysoitu osin hyvinkin selkeästi, mutta laajempi tarkastelu osoittautui hyvin haastavaksi. Tämän voidaan olettaa johtuvan ensihoitojärjestelmien hyvin suurista perustavanlaatuisista eroista, jolloin selkeää yhteenvedoa on ollut hyvin haastavaa tehdä. Ensihoitotoiminta on usein selkeästi paikallisesti johdettua ja normitettua toimintaa, jolloin toiminnan kehittämisen intressit ovat myös selkeästi paikallisen ensihoitopalvelun toimintaympäristöön sidottuja.

Tietoa etenkin englanninkielissä maissa vaikuttavista ensihoitojärjestelmien projekteista oli saatavilla. Tässä opinnäytetyössä esitellyt ensihoitopalveluja täydentävät toiminnot olivat kukin omalla tahollaan onnistuneet tehostamaan alueensa palveluiden tarjontaa ja vahvistamaan ensihoitopalveluiden roolia niissä. Tärkeää on myös huomata, ettei minkään esitellyn mallin kohdalla todettu, että ensihoitopalvelun perustehtävä olisi vaarantunut uuden toiminnan käynnissä ollessa.

Muuttunutta tehtäväkuvaa selvennettiin tutustumalla ja esittämällä hätäkeskukseen, sosiaali- ja terveysministeriön ja paikallisen ensihoitopalvelun ensihoitotehtävien tilastoja ja raportteja. Suuri painoarvo ensihoitopalvelun tehtäväkuvan muutoksessa on myös annettava valtiovallan suunnitelmille vahvistaa etenkin ikäihmisten kotiin vietäviä palveluita ja muuttaa sote-toimijoiden toimenkuvia palvelemaan asiakkaita yhtenäisemmin ja tarkoituksenmukaisemmin. Nämä suunnitelmat arvoettiin merkittäväksi opinnäytetyötä tehdessä.

Koska molemmat opinnäytetyön tekijät työskentelevät ensihoitopalvelussa, heidän kokemusperäinen tietonsa aiheesta myös todentaa muuttuvaa tehtäväkuvaa. Heidän kokemuksensa ensihoitopalvelun tehtäväkuvan osittaisesta epämääräisyydestä ja sote-toimijoiden resurssien kohdentamisesta on ollut suuri tekijä opinnäytetyön aiheen valinnassa.

Opinnäytetyön toisena kehittämistehtävä oli kehittämisprosessin toteuttaminen kehittävän vertaiskäynnin ja osallistavan asiantuntijayhteistyön avulla. Tämän tavoitteen saavuttaminen onnistui hyvin. Opinnäytetyössä käytetyt tiedonkeruumenetelmät tuottivat tietoa, joka vastasi kehittämistehtävistä nouseviin kysymyksiin. Osallistuvan havainnoinnin etuna oli kokemusperäisen tiedon hankkiminen, joka auttoi ymmärtämään kehitettävää ilmiötä syvällisemmin kuin esimerkiksi kirjallisuudesta hankittu tieto. Osallistuva havainnointi olisi ollut vielä hedelmällisempää, jos benchmark-vierailu olisi voinut olla kestoaltaan pidempi ja EVA-yksikön toiminta ei olisi ollut niin alkuvaiheessa. Tätä vajetta haluttiin täydentää lisätiedon hankkimisella sähköpostihaastattelun avulla.

Kehittämispäivänä käytetty learning café-menetelmä soveltui hyvin halutun tiedon hankkimiseen. Tämän menetelmän avulla eri organisaatioiden asiantuntijat saatiin tasapuolisesti osallistettua toimintamallin kehittämiseen. Moniammatillisen asiantuntijaryhmän tuottama tieto toi esille eri näkökulmia kehitettävästä aiheesta ja tuki näin kehittämisprosessia. Menetelmän etuna voidaan nähdä myös tutkimukselliseen kehittämistoimintaan soveltuva dialogisuus kehittäjien ja toimijoiden välillä. Yhteistyön kehittymisen näkökulmasta koko kehittämispäivän merkitys eri toimijoille, joita kehittämisprosessiin osallistettiin, oli merkittävä. Toimintamallin kehittäminen konkreettisesti yhdessä loi hyvän perustan tulevalle

yhteistyölle. Asiantuntijoille lähetetty sähköpostikysely toimi hyvänä keinona esitellä asiantuntijoille kehittämispäivän tulokset, antoi heille mahdollisuuden arvioida uudelleen saatuja tuloksia ja näin vaikuttaa lopulliseen tuotokseen.

Opinnäytetyöprosessi kesti ajallisesti reilun vuoden. Tämä prosessi kuvataan liitteessä 9. Oman haasteensa prosessiin on tuonut opinnäytetyön tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla. Se on vaatinut molemmilta vahvaa kykyä itsenäiseen työskentelyyn ja opinnäytetyön kokonaisuuden hahmottamista. Parityöskentely on kuitenkin ollut välttämätöntä useissa kehittämisprosessin vaiheissa ja se on pystytty aina mahdollistamaan. Parityöskentely on ollut suuri voimavara koko prosessin ajan. Tukea opinnäytetyöprosessiin on saatu oppilaitoksen tarjoaman ohjauksen muodossa. Ohjaus koettiin varsinkin prosessin alkuvaiheessa erittäin merkitykselliseksi, koska kumpikaan opinnäytetyön tekijöistä ei ollut aiemmin konkreettisesti osallistunut tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. Prosessin edetessä opinnäytetyön tekijöiden ymmärrys tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta kasvoi ja tämä mahdollisti itseohjautuvamman työskentelyn.

Ajoittain opinnäytetyöprosessin hallitseminen ja määrätietoinen eteenpäin vieminen tuntui haasteelliselta mm. siksi, että prosessi koostui niin monesta erilaisesta vaiheesta. Vaiheiden huolellinen suunnittelu, toteutus ja arviointi auttoivat etenemisessä. Prosessin hallintaa auttoivat myös tarpeeksi tiheästi toistuvat opinnäytetyön tekijöiden yhteispalaverit ja niistä tehdyt muistiot. Muistioiden avulla prosessissa voitiin palata tarvittaessa edellisiin vaiheisiin ja tarkentaa prosessin etenemistä. Erittäin tärkeänä voimavarana koko prosessin ajan on ollut valitun aiheen mielenkiintoisuus, ajankohtaisuus ja merkittävyys. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat kokeneet kehittämistyön erittäin merkitykselliseksi sekä oman oppimisen, että organisaation oppimisen ja kehittymisen kannalta.

11.2 Toimintamallin merkitys ja hyödynnettävyys

Opinnäytetyön kolmantena kehittämistehtävänä oli luoda kehittämisprosessin tuotoksena uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli. Toimintamalli luotiin yhdessä asiantuntijaryhmän kanssa osallistavien menetelmien avulla. Toiminta-

mallin tarkoituksena on kehittää Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelua. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät esittämään luodun toimintamallin niin selkeästi ja käytännönläheisesti, että sen hyödyntäminen olisi mahdollisimman vaivatonta. Toimintamalli on luotu siinä merkityksessä, että se ohjaa uudenlaisen ensihoitoyksikön toiminnan käynnistymistä ja itse toimintaa

Toimintamalli on tehty Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen käyttöön ja se toimii myös opinnäytetyön toimeksiantajana. Tavoitteena on, että toimintamallin mukainen toiminta pystytään käynnistämään ja saavuttamaan paras mahdollinen hyöty tehdystä kehittämistyöstä. Toimintamallin ja sen ohjaavan toiminnan merkitys Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun kehittymiselle voidaan nähdä erittäin merkityksellisenä. Toimintamallin mukainen uudenlainen ensihoitoyksikkö ja sen mukanaan tuomat palvelut vastaisivat ensihoitopalvelun muuttuvaan tehtäväkuvaan tämänhetkisen tiedon mukaan hyvin. Toimintamallin merkityksen ja hyödynnettävyyden kannalta huomionarvoista on myös se, että toimintamalli on mukautettavissa toiminnan kehittymisen myötä. Opinnäytetyön tekijöiden ajatus on alunperinkin ollut, että toiminnan käynnistyessä suoritetaan jatkuvaa toiminnan arviointia ja toimintamalli kehittyy arvioinnin perusteella.

Yhtenä kriteerinä toimintamallin merkittävyyden kannalta voidaan nähdä myös sen huomioiminen laajemmin. Opinnäytetyömme on mainittu ensihoitoalan julkaisussa ensihoitopalvelua kehittävien mallien yhteydessä. Toimintamallin laajempi hyödynnettävyys on mahdollista. Toimintamalli on tehty nimenomaan Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun viitekehyksessä, mutta se on tarvittaessa muokattavissa myös muiden alueiden käyttöön. Olisikin toivottavaa, että hyvistä käytänteistä ja niiden jakamisesta sekä yhteisestä kehittämisestä tulisi yleinen toimintatapa ensihoitopalveluiden kesken valtakunnallisella tasolla.

11.3 Muutoksen johtaminen ja toiminnan jalkauttaminen

Tulosten levittäminen, juurruttaminen, edellyttää usein omaa erillistä prosessiaan, joten se ei välttämättä nivelly ongelmitta varsinaisen kehittämisprosessin sisälle (Tuominen, Paananen & Virtanen 2005, Toikko & Rantanen 2009, 62

mukaan). Uudenlaisen toiminnan käynnistämiseksi tarvittavan muutoksen johtamisen voidaan nähdä alkavan varsinaisesti vasta sitten, kun uuden yksikön toiminnan käynnistämisestä tehdään todellinen päätös. Tähän voidaan kuitenkin varautua pohtimalla muutosjohtamisen keinoja käynnistämisen helpottamiseksi ja näin varautua muutoksen haasteelliseen käsittelemiseen organisaation sisällä.

Uudenlaisen ensihoitoyksikön toiminnan käynnistäminen merkitsee muutosta perinteiseksi koettuun ensihoitopalvelun tehtäväkuvaan. Toimintamalli poikkeaa monella tapaa totutusta ja haastaa työntekijät ja organisaation kehittymään uudenlaiseen suuntaan. Lähdettäessä toteuttamaan uudistuksia työpaikalla tulisi ymmärtää, että muutos on ihmisten mielikuvussa aina hyvin ristiriitainen ilmiö (Järvinen 2001, 53).

Opinnäytetyön tuotoksena organisaatiolle on luotu uuteen operatiiviseen toimintaan tähtäävä toimintamalli, jonka avulla organisaation sisäinen kehittämistyö sidotaan vahvasti valittuun strategiaan. Tämä vahvistaa organisaation johdon luottamusta strategisten linjausten noudattamisesta ja strategian sisäistämistä niin esimies- kuin työntekijäportaassakin. Mattila (2007, 155) toteaa, että ylimmän johdon motiivit kannattaa muutosta kytkeytyvät usein strategiseen näkemykseen ja oikein suunnatulla ja ajoitetulla muutoksella voidaan strategian toteutumista tukea.

Muutoksen, eli tässä tapauksessa uuden toiminnan, käynnistäminen kiteytyy usein toiminnan julkistamiseen koko organisaatiolle. Muutoksen julkistamiseen tulee panostaa riittävästi, sillä organisaation suurella yleisöllä on usein hyvin hajanainen ja huhujen perusteella muodostunut kuva uudesta toiminnasta. Olenaisista on yhtä aikaa jakaa informaatiota uudesta toiminnasta ja luoda innostusta toimintaa kohtaan. (Mattila 2007, 160-161).

Muutos edellyttää aina joiltakin osin vanhasta luopumista ja uuteen astumista. On otettava huomioon, että muutokseen sisältyy aina jonkinlaista riskinottoa sekä työntekijä- että organisaatiotasolla. Muutos edellyttääkin epävarmuuden sietämistä. Tämä sietokyky vaihtelee ja siihen vaikuttavat esimerkiksi työntekijöi-

den koulutus, elämäkokemukset ja persoonallisuus. (Järvinen 2001, 53.) Uuden yksikön henkilöstön kohdalla suurin muutos kohdistuu siihen, että heidän perinteinen ensihoitajan työkuva osittain muuttuu. Tätä työkuvan muutosta ja muutoksen johtamista helpottaa työntekijöiden oma halu ja kiinnostus tehtävää kohtaan. Vaikka tässä kohtaa voidaankin ajatella työkuvan muutoksen tapahtuvan myös työntekijöiden omasta halusta, Järvinen (2001, 54) toteaa, että alun perin positiiviseksi koetut muutokset eivät aina olekaan työyhteisölle helppoja ja mukavia.

Muutoksen operatiivinen johto pitää nimetä hyvin selvästi (Mattila 2007, 156). Organisaation johto ja esimiehet luovat suunnan muutokselle ja tukevat muutosta kannustamalla työntekijöitä ja olemalla aktiivisesti selvillä uuden toiminnan vaiheista. Onkin tarpeellista siirtää vastuuta toiminnasta organisaatiossa alemmas ylimmän johdon keskittyessä linjauksiin ja kokonaisarviointiin. Tällä päätösvallan siirtämisellä voidaan edistää luottamusta, motivoida ihmisiä ja sitouttaa heitä muutokseen. (Lämsä & Hautala 2004, 188.)

Mattila (2007, 158-159) toteaa, että pilottiprojektit ovat kätevä tapa aloittaa muutoshanke nopeasti hyvissä tunnelmissa ja niissä hyväksytään helpommin haparointi ja virheetkin. Pilotoinnin käynnistymisvaiheessa tulisi olla selvillä, missä toiminnan ensimmäiset tulokset tulisi näkyä. On huomioitava, että pilotoinnin aloitusta seurataan usein kriittisesti. Tällöin onkin perusteltua nostaa toiminnan alkuvaiheessa esille muita kuin kaikkein kriittisimpiä, vaikeimmin saavutettavissa olevia tavoitteita, vaikka niihin kohdistuisikin koko uuden projektin suurimmat onnistumisen paineet.

Kun toiminnan suunnittelu etenee kohti toteutusta, tullaan organisaatiolta vaatimaan erityishuomiota toimintamallin käyttöönoton johtamisessa ja jalkauttamisessa. Jalkauttaminen tulee tehdä vahvasti esimiesten tuella ja ohjauksella. Toiminnan käynnistäminen vaatii onnistuakseen vastuuhenkilöt. Ei riitä, että käynnistämistä johdetaan ainoastaan perinteisellä autoritäärisellä linjaorganisaation johtamisella. Vastuuhenkilöiltä vaaditaan myös organisaatioiden rajat ylittävää projektin johtamistaitoa heidän johtaessaan ensihoitopalvelun ja sidos-

ryhmien välistä toiminnan suunnittelutyötä. Tavoitteellista suunnittelun johtamista tuleekin toteuttaa yli organisaatorajojen.

Työn tekemisen mahdollistamiseksi tulee alkuvaiheessa kiinnittää huomio työntekijöiden motivointiin, heidän tukemiseen uuden oppimisessa ja työn tekemisen olosuhteisiin. Esimiehillä on tärkeä rooli toiminnan käynnistämisen, mutta toiminnan jatkokehittämisessä odotetaan työntekijöiltä lisääntyvää oma-aloitteista kehittämistyötä. Uuden projektin toteuttajia innostaa usein ennen muuta mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä sisältöön sekä mahdollisuus toimia asiantuntijaroolissa (Mattila 2007, 157). Toimintamallin tehokas juurruttaminen uuden toiminnan käynnistyttyä on erittäin tärkeä toiminnan jatkuvuuden kannalta ja tämä ei onnistu ilman työntekijöiden vahvaa tukea.

Muutoksessa onnistuminen edellyttää arviointia uudenlaisen toiminnan ja itse muutosprosessin onnistumisesta. Arvioinnin onnistumiseksi on välttämätöntä saada palautetietoa ja arviointikriteerit tulee valita tarkasti. Arviointi on olennainen osa suunnitelmallista muutosprosessia ja se on syytä rakentaa tärkeäksi osaksi muutosprosessia onnistuneen muutoksen takaamiseksi. (Lämsä & Hautala 2004, 189)

11.4 Opinnäytetyön eettisyys

Kehittämistoiminnan eettisyyttä on ennen tutkivan kehittämistoiminnan aloittamista mietittävä tarkoin. Erityisesti terveydenhuollossa on eettinen näkökulma kehittämistehtävän määrittelyssä ja rajaamisessa otettava vahvasti huomioon ja kehittämistoimintaa on ensisijaisesti pyrittävä tekemään potilaiden parhaaksi. (Heikkilä ym. 2008, 44.)

Ensihoitopalvelun kehittäminen uuden ensihoitoyksikön toimintamallin avulla on eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna kaikkien toimijoiden kannalta palkitsevaa. Kehittämistyö on tehty pitäen mielessä sekä sote-toimijoiden, että asiakkaiden etu. Ensihoitotyön perustehtävä on perinteisesti ollut äkillisesti sairastuneen asiakkaan auttaminen. Nykyisin asiakkaiden ongelmien ollessa moninaisia on

auttaminenkin ensihoitopalvelun toimesta laajentunut henkeä pelastavasta työstä asiakkaiden kokonaisvaltaisemmaksi auttamiseksi. Tämä synnyttää luonnollisen eettisen veloitteen yhteiskunnan toimijana myös kehittää omaa toimintaa ja näin sopeutua muuttuvaan toimintaympäristöön.

Terveydenhuollon parissa tehtävä kehitystyö edellyttää yleensä erillisiä terveydenhuollon organisaation myöntämiä tutkimuslupia. Lupakäytännöt vaihtelevat organisaatioittain. (Heikkilä ym. 2008, 45.) Vaikka kehittämistyön aihe koskettaa terveydenhuollon toimintaa monelta kannalta, työtä varten ei ollut tarvetta perehtyä yksittäisen potilaan tietoihin. Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen käytössä olevan tilastointiohjelman avulla haettiin tietoa ensihoitopalvelun potilaskuljetuksista ja kuljettamatta päätyneistä tehtävistä. Tässä yhteydessä aineistoon tutustuttiin ja sitä hyödynnettiin niin, ettei siitä ilmennyt potilaiden henkilö-, terveys- tai osoitetietoja. Näitä ensihoitopalvelun toiminnan tunnuslukuja käytetään julkisissa selonteissa osana toiminnasta tehtäviä raportteja. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos toimii opinnäytetyön toimeksiantajana, joten tunnuslukujen hyödyntäminen oli tässä yhteydessä luonnollista ja esim. ensihoitopäällikkö avusti niiden tuottamisessa.

Kehittämistoiminta ei tässä prosessissa suunniteltu pohjautuvan suoraan potilailta tai potilaista saataviin tietoihin. Kehittäminen nojasi vahvasti terveydenhuollon asiantuntijoiden käyttämiseen lähteinä. Heitä ei pyydetty paljastamaan mitään sellaista tietoa, joka kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilön salassapitovelvollisuuden piiriin. Koska asiantuntijaryhmä koostui poikkeuksetta terveydenhuollon ammattihenkilöistä, heidän voitiin myös olettaa noudattavan oman alansa ammattieettisiä periaatteita.

Kehittämispäivään ja sitä tarkentavaan sähköpostikyselyyn osallistuminen perustui asiantuntijoiden vapaaehtoisuuteen. Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet tuotiin asiantuntijoille selkeästi esille.

Asiantuntijaryhmän kokoaminen aiheutti omalta osaltaan eettistä pohdintaa. Ryhmään haluttiin asiantuntijoita monelta organisaatiotasolta mahdollisimman monipuolisen tiedon tuottamiseksi. Tämä johti siihen, että usean ryhmän edus-

tajan välillä vallitsi esimies-alaissuhde. Asiantuntijoita kannustettiin avoimuuteen, tasapuolisuuteen ja vapaaseen keskusteluun ryhmän kesken. Huomiota oli kehittämisprosessin eettisyyden kannalta myös kiinnitettävä siihen, että opinnäytetyön tekijöillä ja osalla asiantuntijaryhmän jäsenillä vallitsi myös keskenään esimies-alaissuhde. Tässä kohtaa huomioitiin ryhmän jäsenien sekä heidän tuottamansa aineiston tasapuolinen kohtelu joka tilanteessa.

Benchmark-vierailuun ja osallistuvan havainnoinnin suorittamiseen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmässä haettiin lupa yhtymän tutkimuskordinaattorilta. Osallistuvaa havainnointia suoritettiin EVA-yksikössä niin, ettei havainnointimateriaaleihin päätynyt mitään henkilötietoja asiakkaista. Havainnoista raportoituihin, etteivät asiakkaat olleet tunnistettavissa. Opinnäytetyön tekijä kertoi EVA-yksikön työntekijöille suorittavansa osallistuvaa havainnointia harjoittelujakson aikana ja käyttävänsä havaintoja oman työnsä kehittämisprosessissa. Niin ikään työntekijöiltä kysyttiin lupa heidän näkemystensä käyttämiseen opinnäytetyössä. Myös ensihoitaja Jouni Hämäläisen ja lehtori Marko Tolosen sähköpostihaastatteluiden vastausten hyödyntämiseen opinnäytetyössä kysyttiin asianomaisilta lupa.

Kehittämistä koskevan aineiston analyysi ja luotettavuuden arviointi ovat eettisyyden toteutumiseksi keskeisiä. Aineisto on analysoitava huolellisesti ja sen kaikki osat on käytävä läpi. (Heikkilä ym. 2008, 45.) Kehittämisprosessissa tuotettujen aineistojen analysointi suoritettiin tarkasti ja rehellisesti. Tarvittaessa myös pyydettiin asiantuntijoita tarkentamaan näkemyksiään väärin tulkintojen ja johtopäätöksien välttämiseksi.

11.5 Opinnäytetyön luotettavuus

Kehittämistoiminnassakin luotettavuuden kriteerit ovat tieteellisen luotettavuuden kriteerejä niiltä osin, kun kehittämistoimintaan liittyy selkeitä tutkimuksellisia asetelmia. Laadullisen tutkimuksen tavoin selvitämme ihmisten kokemuksia ja ilmiöitä. Validiteetti eli pätevyys viittaa käsitteenä siihen, että tutkimuksessa mitataan sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Validiteetti

tässä kehitystyössä on enemmänkin sitä, kuinka hyvin aineiston analysointimenetelmä vastaa tutkimusaineistoa. Sisältövaliditeetin arviointi kuuluu varsinkin laadullisen tutkimuksen moniin erilaisiin sisällönanalyysin menetelmiin. (Hiltunen 2009.)

Tutkimusprosessin on oltava arvioitavissa ja arvioijan on kyettävä seuraamaan tutkijan päättelyä. Hänen on kyettävä näkemään, etteivät tulokset perustu pelkästään tutkijan henkilökohtaiseen intuitioon. Siksi tutkijan tulee mahdollisimman selvästi kuvata aineistonsa, tekemänsä tulkinnat sekä ratkaisu- ja tulkintatavat. (Hiltunen 2009.) Kehittämisprosessin jokainen vaihe on kuvattu sanallisesti ja kuvioiden avulla. Aineistot on analysoitu soveltaen teoriapohjaista sisällönanalyysia ja analyysipolku on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja selkeästi ja osoittamaan, että johtopäätökset pohjautuvat asiantuntijoiden näkemyksiin. Kehittämisprosessin tuotos, eli toimintamalli, on kuvattu sekä visuaalisesti, että sanallisesti. Analyysin luotettavuutta vahvistettiin käyttämällä sanallisessa osiossa suoria lainauksia asiantuntijoiden näkemyksistä. Käyttämällä suoria lainauksia omien tulkintojen vahvistamiseksi autetaan lukijaa ymmärtämään aineistosta tehtyjä tulkintoja.

Validiteetti on hyvä silloin, kun tutkimuksen kohderyhmä ja kysymykset ovat oikeat. Validiteetin arviointi kohdistaa yleensä huomionsa kysymykseen, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat sitä ilmiötä, mitä halutaan tutkia. (Hiltunen 2009.) Opinnäytetyön kehittämisprosessia tukevat tutkimukselliset menetelmät osoittautuivat soveltuviksi kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta. Tiedonkeruumenetelminä käytetyt osallistuva havainnointi ja learning café tuottivat tarvittavan pohjatiedon toimintamallin rakentumiseksi. Asiantuntijoiden tuottaman tiedon analysointi ja kehittämisprosessiin liittyvä reflektointi suuntasivat prosessia tiedon syventämiseen. Saatuja aineistoja haluttiin tarkentaa sähköpostikyselyjen avulla tiedon syventämisen ja luotettavuuden lisäämiseksi. Materiaali, joka saatiin lopullisen analysoinnin tuloksena, kuvasi hyvin tutkittavana olevaa ilmiötä (ensihoitopalvelu), sen kehittämisen kohteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi.

Luotettavuutta lisää myös triangulaation käyttö. Sillä tarkoitetaan erilaisten aineistojen yhdistämistä. Aineistotriangulaatiossa käytetään useaa eri aineistoa saman tutkimuskysymyksen ratkaisemiseksi. Mikäli eri aineistoja analysoimalla päästään samoihin tuloksiin, voidaan sitä pitää tulosten luotettavuutta osoittavana seikkana. (Toikko & Rantanen 2009, 124). Opinnäytetyön kehittämisprosessi tuotti aineistoa useasta lähteestä. Aiheesta hankittu ajankohtainen taustatieto, benchmark-vierailu ja asiantuntijaryhmän tuottama aineisto tukivat samoja elementtejä, joiden varaan myös toimintamalli jatkossa luotiin. Aineistotriangulaatio lisäsi näin osaltaan luotettavuutta saatujen tulosten suhteen.

Toikon ja Rantasen (2009, 121-122) mukaan luotettavuus on tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta ja toiminnassa syntyvän tiedon tulee olla todenmukaista sekä hyödyllistä. Kehittämistoiminnalla ei ole varsinaista merkitystä, ellei sen seurauksena synny jotain käyttökelpoista. (Toikko & Rantanen 2009, 159.) Toimintamallissa ja opinnäytetyön raportissa tulee kattavasti ilmi, mihin asiantuntijoiden mielestä ensihoitopalvelun kehittävää toimintaa jatkossa tulee suunnata. Prosessin aikana syntynyt tieto on asiantuntijoiden tuottamaa ja opinnäytetyön tekijöiden asiallisesti analysoimaa ja näin tuotettua tietoa voidaan pitää todenmukaisena. Opinnäytetyön tuloksena syntynyttä toimintamallia voidaan pitää käyttökelpoisena ja hyödyllisenä välineenä täysin uudenlaisen toiminnan suunnittelussa ja käynnistämisessä. Se tuo luotettavuutta suunnitteluprosessiin antamalla selkeitä moniammatillisen asiantuntijaryhmän tuottamia suuntaviivoja suunnittelun jatkamiseksi.

11.6 Jatkokehittämis ehdotukset

Uudenlaisen ensihoitoyksikön toiminnan suunnitellaan käynnistyvän pilotointijaksolla. Tämän jakson tarkoitus on jatkuvan toiminnan arvioinnin avulla tarkentaa yksikön toimenkuvaa. Jo nyt pystytään ennakoimaan, että ensihoitoyksikön toiminnan on kehityttävä sote-alan tulevien suurten rakennemuutosten mukana.

Toimintamallin tarkoituksena onkin nimenomaan käynnistää toiminta ja antaa raamit toiminnan alkuvaiheelle.

Tärkeimpänä jatkokehittämissuunnitelmana nähdään yksikön henkilöstön koulutuksen suunnittelu ja toteutus. Huolella suunniteltu uuden yksikön henkilöstön koulutusohjelma on elintärkeää toiminnan jatkuvuudelle ja kehitykselle. Onnistunut koulutustoiminta edellyttää sitä, että koulutukselle on varattu riittävästi resursseja ja vastuu siitä on selkeästi osoitettu jollekin taholle. Tulevaisuudessa ammattikoulutus tulee mahdollisesti tarjoamaan eräänlaista kliinisen asiantuntijan laaja-alaista koulutuspolkua, jolla opiskelijoita voidaan valmistaa uudenlaisen ensihoitoyksikön edellyttämään työkuvaan.

Yksikön toiminnan kehittämisen kannalta yksi tärkeimmistä näkökulmista on asiakkaiden osallistaminen sen kehittämiseen. Heiltä saatava aktiivisesti kerätty ja analysoitu palaute auttaa ohjaamaan toimintaa tavoiteltuun suuntaan. Jatkokehittämissuunnitelmana voidaankin nähdä sellaisen välineen kehittäminen, jolla asiakkaat saadaan mukaan toiminnan kehittämiseen. Yksikön toiminnan kehittämisessä on tärkeää hyödyntää myös muita jo olemassa olevia laadun varmistamiseksi kehitettyjä mittareita.

Yhteistyön kehittyminen sote-toimijoiden välillä tulee jatkossakin olemaan merkityksellistä. Yksikön optimaalinen toiminta edellyttää vahvaa verkostoitumista sidosryhmien kanssa. Jatkokehittämissuunnitelmana nähdään niiden keinojen ja toimintamallien kehittäminen, joilla verkostoituminen konkreettisesti tapahtuu. Verkostoituminen on toimivan yhteistyön edellytys. Yhteistyön avulla palveluita kehitetään asiakkaan parhaaksi muuttamalla perinteisiä palvelutuotannon prosesseja ja integroimalla ensihoitopalvelu tehokkaasti muuhun sote-toimintaan. Ensihoitopalvelu osallistuu näin omalla toiminnallaan sote-alalla toivottujen muutosten edistämiseen.

Lähteet

- Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A., Nyysönen, T. & Saikko, S. 2016. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. Oireista työdiagnosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 19–62.
- Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A., Saikko, S. & Seppälä, J. 2016. Potilaan tutkimisen perusteet. Teoksessa Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. Oireista työdiagnosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 8–18.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta teoksessa Tiainen, Arja-Irene (toim.) 2014. YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:25, 14–22.
- California emergency medical services authority. 2015. Introduction to community paramedicine. http://www.emsa.ca.gov/Community_Paramedicine. 7.6.2016.
- California emergency medical services authority. City of San Diego, Community paramedic team. http://www.emsa.ca.gov/san_diego_CP. 7.6.2016.
- Community research and development information service. 2016. Smart ambulance: European procurers platform. http://cordis.europa.eu/project/rcn/194189_en.html. 13.7.2016.
- Ekman, S. 2015. Ensihoitopalvelun tasot. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Ruuska, R. & Silfvast, T. (toim.). Suuronnettomuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 214–215.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2014–2018. <http://www.eksote.fi/eksote/strategia-ja-johtaminen/Documents/Eksoten%20strategia%202014–2018.pdf>. 9.6.2016.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän työryhmä. 2016. ”Päivystys olohuoneessa”- hankesuunnitelma
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piiri. 2015. Toimintakykyisenä kotona. <http://www.eksote.fi/eksote/strategia-ja-johtaminen/Documents/Eksoten%20esittely.pdf>. 28.9.2016.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piiri. 2016. Yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö aloittaa Eksotessa. <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2016/Sivut/Yhden-hengen-liikkuva-paivystysyksikko-aloittaa-Eksotessa.aspx>. 9.6.2016.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hopearuoho T. & Seppälä J. 2016. Hätäkeskustoiminta. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J. & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 350–351.
- Hämäläinen, J. 2016a. Suullinen tiedonanto. 17.3.2016.
- Hämäläinen, J. 2016b. Sähköpostikeskustelu. 8.8.2016.
- Järvinen, P. 2001. Esimies ja työyhteisön kehittäminen. Porvoo: WS Bookwell Oy.

- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja.
- Kizer, KW., Shore, K. & Moulin, A. 2013. Community paramedicine: A promising model for integrating emergency and primary care. Institute for population health improvement.
<http://www.emsa.ca.gov/Media/Default/PDF/CPRReport.pdf>. 7.6.2016.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Logica 2016. Logica Merlot Reporting System.
- Lämsä, A.-M. & Hautala, T. 2004. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Helsinki: Edita Prima Oy
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Misner D. Community Paramedicine: A part of an integrated health care system.
http://communityparamedic.ca/site/media/download_gallery/Community%20Paramedicine%20Article%20NS.pdf. 9.6.2016.
- Mälkiä, H. 2016. Yhden hengen päivystyksikkö alkaa liikkua Etelä-Karjalassa ensimmäisenä Suomessa. Yle- uutiset 29.2.2016.
http://yle.fi/uutiset/yhden_hengen_paivystyksikko_alkaa_liikkua_etal-karjalassa_ensimmaisena_suomessa/8707047 luettu 4.7.2016
- Määttä T. 2013. Kuljettamatta jättäminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 51–62.
- Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14–22.
- Niiranen, P. 2016. Ambulanssin rinnalle on tulossa kevyempiä vaihtoehtoja – ensihoitaja voi lähteä apuun myös yksin. Yle- uutiset 18.2.2016.
http://yle.fi/uutiset/ambulanssin_rinnalle_on_tulossa_kevyempia_vaihtoetoja__ensihoitaja_voi_lahtea_apuun_myos_yksin/86795471. 4.7.2016
- Nolan, M., Hillier, T. & D'Angelo. 2012. Community paramedicine in Canada.
<https://www.nasemso.org/Projects/RuralEMS/documents/CommunityParamedicineCanada.pdf>. 9.6.2016.
- Nolan, M., Hillier, T. & D'Angelo C. 2012. Community paramedicine in Canada. Emergency medical chiefs of Canada.
<https://www.nasemso.org/Projects/RuralEMS/documents/CommunityParamedicineCanada.pdf>. 10.6.2016.
- Nurmi J. 2016. Potilaan tutkiminen, seuranta ja hoitotekniikat. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen T. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 110–118.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Paju, P. 2015. Yhden hoitajan ensihoitoyksikölle laatupalkinto. Uusi Lahti 5.12.2015.
<http://www.e-pages.dk/uusilahti/287/11>. 21.6.2016
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätös.
<http://www.pkpelastuslaitos.fi/documents/564174/582150/Ensihoidon>

- +palvelutasopäätös+2013-2016/df0d869c-0318-481e-8323-d8dee155e097. 15.3.2016.
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. 2016. Pelastustoimen uudistamishanke. <http://webdynasty.jns.fi/djulkaisu/kokous/2016882-6.PDF>. 25.5.2016.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013a. PKSSK:n alueella toimivan ensihoitohenkilöstön hoito-ohjeiden ja määräysten pyytäminen.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013b. Strategia, ensihoito.
- Saikko, S. 2016. Sairastuneen potilaan tutkiminen. Teoksessa Alanen, P., Jorukka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 63–87.
- Silfvast, T. 2016. Sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärin toimenkuva. Teoksessa Silfvast, T., Castén, M., Kurola, J. & Martikainen, M. (toim.). Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 371–372.
- Siun sote. 2015. Siun sote toteutuu: Pohjois-Karjalaan perustetaan uusi alueellinen sote-tuotantokuntayhtymä. <http://www.siunsote.fi/siun-sote-toteutuu-pohjois-karjalaan-perustetaan-uusi-alueellinen-sote-tuotantokuntayhtyma/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Perustelumuihistio.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Ensihoidon valtakunnallinen seminaari 2015. <http://stm.fi/documents/1271139/1885619/Muistio+Ensihoidon+valtakunnallinen+seminaari+6.10.2015.pdf/924ff5c7-854d-45e3-9eae-670eb8dba11a>. 16.5.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 726/2003.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:40. 2016. Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Väliraportti 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75105/Rap_2016_40.pdf?sequence=1. 5.7.2016.
- South east coast ambulance service NHS foundation trust. 2016. http://www.secamb.nhs.uk/about_us/news/2015/community_paramedics.aspx. 10.6.2016.
- Strömmer, P. 2012. Toiminnan ja tulosten kuvaaminen EFQM-mallin mukaisesti –ryhmäbenchmarkinginfo. Laatuokeskus. http://www.laatuokeskus.fi/content/Area727/Ajankohtaista/Tietoa_benchmarkingista.pdf 25.11.2015
- Suomalainen, T. 2016. Yksin kentällä. Tehy-lehti 5, 40–45.
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tadros AS., Castillo EM., Chan, TC., Jensen AM., Patel, E., Watts & K., Dunford, JV. 2012. Effects of an emergency medical services-based resource access program on frequent users of health services. University of California, School of Medicine. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22712694>. 7.6.2016.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Tolonen, M. 2016 Sähköpostikeskustelu. 10.8.2016
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turva, J. 2016. Yksi ensihoitaja riittää D- tehtävälle *Systole* 30 (1), 24–28.
- Wake County Government. Advanced Practice Paramedics. 2015.
<http://www.wakegov.com/ems/about/staff/Pages/advancedpracticeparamedics.aspx>. 5.6.2016.
- Valli, J. 2016. Porrastettu vaste. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J. & Martikainen, M. (toim.). *Ensihoito-opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 364.
- Valtioneuvosto. 2016. Hallituksen linjaus maakunnille siirrettävistä tehtävistä.
<http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Hallituksen+linjaus+maakuntahallinnon+tehtävät+5.4.2016/101bc0ea-ca53-43a8-9252-c66e073bfe80>. 10.5.2016.
- Valtioneuvoston asetus eritystason sairaanhoidon eritysvastuualueista 812/2012.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. 2004.
- Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi, pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015.
http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_nettili.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. 18.5.2016.
- Vastamäki, P. 2015. Valtakunnalliset tehtävänkäsittelyohjeet ja alueelliset hälytysohjeet. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Ruuska, R. & Silfvast, T. (toim.). *Suuronnettomuusopas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 200-202.
- Väisänen, R. 2016. Yle- uutiset 27.6.2016. Yksin liikkuva ensihoitaja arvioi potilaan terveydentilan pian myös Imatran seudulla.
http://yle.fi/uutiset/yksin_liikkuva_ensihoitaja_arvioi_potilaan_terveydentilan_pian_myos_imatran_seudulla/8987072. 4.7.2016.

Kehittämispäivän kutsukirje

Joensuussa 15.04.2016

Arvoisa asiantuntija

Osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoa tuotamme opinnäytetyönä toimintamallin uudenlaisen hoidon tarpeen arviointia ja hoitoja toteuttavan ensihoitoyksikön käynnistämiseksi. Opinnäytetyö tehdään Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ja Pohjois-Karjalan sosiaali- ja sairaanhoitopalvelujen kuntayhtymän käyttöön. Suoritamme ylemmän amk-tutkinnon Karelia-amk:ssa sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa.

Kutsumme Teidät osallistumaan oman toimialanne asiantuntijana kehittämistyöryhmän jäseneksi, joka kokoontuu **13.05.2016 Joensuun paloasemalla klo 9-12**. Asiantuntijajoukko koostuu ensihoidon toimijoista ja sidosryhmien edustajista. Tilaisuudessa käytetään osallistavaa tiedonkeruumenetelmää. Sen tarkoituksena on kerätä Teiltä näkemyksiä siitä, millainen suunnitteilla olevan ensihoitoyksikön tulisi olla. Tilaisuudessa kerätty asiantuntijatieto toimii osana opinnäytetyön tiedonkeruuta, jonka pohjalta muodostetaan ensihoitoyksikön toimintamalli. Toimintamalli jaetaan jokaiselle osallistuneelle asiantuntijalle kommentoitavaksi syksyllä 2016.

Opinnäytetyömme pyrkii kartoittamaan tarkoituksenmukaisia keinoja, joilla voidaan mahdollisesti täydentää ensihoitoyksikön hoidon tarpeen arviointia, monipuolistaa toteutettavia hoitoja paikan päällä, sekä lisätä ja parantaa konsultointi- ja dokumentointimahdollisuuksia Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella. Lisäksi pyritään selvittämään keinoja parantaa eri sosiaali- ja terveystieteiden toimijoiden yhteistyötä, jolloin tavoitteena on asiakkaan tehokas ja tarkoituksenmukainen palveleminen, unohtamatta kuitenkin ensihoitopalvelun operatiivisen yksikön perinteistä roolia toimialueellaan.

Toivomme, että vastaatte kutsuumme myöntävästi ja saamme asiantuntijaosaamisenne tältä osin käyttöömmä kehittämistyötä varten. Pyydämme vahvistamaan osallistumisenne sähköpostitse tai puhelimitse 30.04.2016 mennessä. Annamme mielellämme lisätietoa aiheesta.

Ystävällisin terveisin

Jouni Gerres
ensihoidon kenttäjohtaja
Pohjois-Karjalan pelastuslaitos/
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaali-
palvelujen kuntayhtymä
jouni.gerres@pkpelastuslaitos.fi
044-0901578

Katariina Koivisto
ensihoitaja
Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
katariina.koivisto2@gmail.com
040-7267608

Asiantuntijaryhmä

Kurki Sari	kotihoidon aluevastaava, Joensuun kaupunki
Nykänen Jaana	Hyvinvointiteknologia-asiantuntija, Joensuun kaupunki
Nykänen Matias	sairaanhoitaja, kotihoito Joensuun kaupunki
Saarelainen Tomi	sairaanhoitaja, Pkks päivystyspoliklinikka
Savolainen Mari	asiantuntijahoitaja, Pkks päivystyspoliklinikka
Tirronen Riikka	sairaanhoitaja, Pkks päivystyspoliklinikka
Wilén Susanna	ylilääkäri, ensihoidon vastuulääkäri , Pkks päivystyspoliklinikka
Tolonen Marko	ensihoidon lehtori, Savonia amk
Hakkarainen Petteri	ensihoitopäällikkö, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Jeskanen Petri	ensihoitaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Koskinen Arttu	ensihoitaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Laakkonen Tero	ensihoidon kenttäjohtaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Pesonen Juha	ensihoitaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Ronkainen Petri	ensihoidon kenttäjohtaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Ryynänen Niina	ensihoitaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos

Kehittämispäivän aikataulu

Oppimiskahvila 13.5.2016 klo 9-12

9.05 Asiantuntijaryhmän jäsenten esittäytyminen

9.10 Tervetuloa- puhe (Jouni Gerres)

9.15 Alustus aiheeseen (Katariina Koivisto)

9.25 Pohjois-Savon edustajan esitys heidän visiostaan (Marko Tolonen)

9.30 Learning cafe- menetelmän esittely

9.40 Tauko

9.45 Ryhmiin ja pöytiin järjestäytyminen ja pöytien teemojen esittely

10.00 Ryhmätyöskentelyä

11.00 Tuotetun tiedon purkaminen ja aiheesta keskustelua

12.00 Tilaisuuden päättäminen

Kehittämispäivän pöydät ja teemat

1. Pöytä

Toiminnan tavoite ja toimenkuva

- Mikä on mielestänne tulevan ensihoitoyksikön tärkein tavoite?
- Mitä muita tavoitteita voidaan luetella?
- Miksi tällainen yksikkö on syytä perustaa?
(kiireettömät ensihoidolle välitetyt tehtävät, kiireelliset ensihoidon tehtävät tuki- tai ensivasteyksikkönä, varsinaisen toimialan rajat ylittävät tehtävät)
- Minne yksikkö sijoittuu?
(paloasemasidonnaisuus, tukikohtana päivystys, erittäin liikkuva rooli toimialueen sisällä, muu paikka mikä?)

2. Pöytä

Työtehtävät ja työvälineet

- Mitkä ovat mielestänne yksikön konkreettiset työtehtävät?
(kiireelliset ensihoidotehtävät ehkä yksilöidysti, kiireettömät ensihoidon tehtävät ehkä yksilöidysti, lääkehuolto esim. poliisivankila + muu, sidosryhmän edustajan kanssa yhteisesti hoidettavat tehtävät)
- Millä välineillä työtehtäviä voidaan hoitaa tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti?
(autokalusto, hoitotason ensihoitoyksikön välineet, vierianalytiikka, kommunikointivälineet, tietoliikenne ratkaisut, tehostetut konsultointimahdollisuudet esim. kuvayhteys)
- Kenen työjohdon ja ohjeistuksen alla työtehtävät suoritetaan?
(hätäkeskus, ensihoidon kenttäjohto, päivystyksen puhelinpalvelu/lääkärit, muut sidosryhmät)

3. Pöytä

Yhteistyötahot ja verkostoituminen

- Mitkä ovat yksikön välttämättömät yhteistyötahot?
- Mitkä muut yhteistyötahot ovat merkittäviä?
- Kuinka yhteistyötä yhteistyötahojen kanssa toteutetaan?
(tk/sairaalapäivystys, kotihoito, pkks mielenterveys, Finnhems, pelastustoimi, poliisi, sosiaalitoimi)
(yhteinen operointi kentällä, yhteiset tietyn välein toteutettavat palaverit, yhteiset koulutukset, eri toimijoiden esimiestason / työntekijätason palaverit, yhteinen tietojärjestelmä, yhteiset viestintäkanavat)

4. Pöytä

Henkilöstö

- Kuka/ketkä yksikössä työskentelevät?
(pela:n hoitajat hoitotaso/perustaso, ensihoidon kenttäjohto, päivystyksen hoitajat, päivystyksen lääkärit, kotisairaalan / kotihoidon henkilöstö, sosiaalitoimi, akuuttityöryhmän hoitaja?)
- Mitkä ovat yksikössä työskentelevien tärkeimmät ammatilliset ominaisuudet?
(ensihoidon hoitotaso, lisäkoulutettavat taidot, kokemusta tk/sairaalan päivystystyöstä, kokemus kotihoitosta, työkokemuksen määrä ja laatu)
- Kuinka henkilöstö koulutetaan uuteen tehtävään?
(koulutus sisäisesti, koulutus yhteistyössä päivystyksen ja muiden sidosryhmien kanssa, oppilaitokset, arvioitu tarvittava koulutusaika)

Esimerkkejä Webpropol –sähköpostikyselyn kysymysasettelusta.

Lueteltuna osion aihe ja siitä kehittämispäivänä esille nousseet avainsanat ja – lauseet. Osion jälkeen Webpropol-sovelluksessa kyselyssä seurasi vapaa kommenttiruutu asiantuntijoiden kommentteille. Asiantuntijoilta pyydettiin tarkentavia kommentteja osioiden sisällöstä.

Osio 3. Yksikön välttämättömät yhteistyötahot

- hätäkeskus
- päivystys
- kotihoito
- sosiaalitoimi

Osio 4. Yksikön muut merkitykselliset yhteistyötahot

- poliisi
- pelastustoimi
- erikoissairaanhoido
- hoitokodit
- kolmas sektori
- terveyskeskusten vuodeosastot
- omaiset

Osio 5. Yksikön verkostoitumista ja yhteistyötä tukevat tekijät

- yhteinen visio eri toimijoiden kesken
- yhteinen protokolla eri toimijoiden kesken
- matalan kynnyksen konsultaatio
- yhteistyötahojen kesken moniammatillinen yhteistyö osaksi ammatillista koulutusta
- yhteistyötahojen yhteinen sisäinen koulutus (tavoitteena toisen ammattiryhmän työnkuvan tunteminen)
- yhteisen kontaktiverkoston luominen

Sähköpostikyselyn saatekirje

Kehittämispäivää tarkentava kysely

Arvoisa asiantuntija,

toukokuisen kehittämispäivän tuotoksena saimme teiltä arvokkaita mielipiteitä ja näkemyksiä tulevasta uudenlaisesta ensihoitoyksiköstä. Olemme koonneet ja analysoineet Teiltä saatujen tietojen pohjalta yksikön tulevan toimintamallin avainsanat ja -lauseet. Tarkoitus on, että kommentoisitte ja esittäisitte kehittämissuhteita näistä, jolloin toimintamallia varten teiltä koottu aineisto tarkentuu. Teidän kommentitne ovat erittäin merkityksellisiä, sillä niiden pohjalta luomme lopullisen toimintamallin. Esitämme, että toimintamallin mukainen ensihoitoyksikkö aloittaisi toimintansa pilotointijaksolla vuoden 2017 aikana.

Oljeita aineiston tulkitsemiseen ja kommentointiin:

Lähetämme Teille tämän saatekirjeen yhteydessä kyselyn. Kysely avautuu oheisesta nettilinkistä. Kyselyyn on koottu pääteemoja, joiden alle on ryhmitelty avainsanoja ja -lauseita kuhunkin aihepiiriin liittyen. Sanat ja lauseet voivat täydentää toisiaan, toisaalta ne voivat olla ristiriidassa keskenään. Otsikoidut kokonaisuudet ovat muodostuneet kehittämispäivänä esillä olleiden teemojen pohjalta. Osioiden sisällöt on analysoitu teidän tuottamastanne aineistosta. Toivomme teidän kommentoivan jokaista osiota kyselyssä osioiden alla oleviin kommentitruutuihin. Kerro, miltä osion sisältö kokonaisuudessaan näyttää? Puuttuuko osiosta mielestänne jotakin? Onko jokin osion kohta epäolennainen tai mahdoton toteuttaa? Mille osion avainsanalle/avainlauseelle annatte suurimman painoarvon?

Itse painotamme yhteistyön merkitystä sidosryhmien kesken ja tähän osioon toivoisimme erityisesti kommentteja. Haemme ehdotuksia, kuinka verkostoituminen ja yhteistyö konkreettisesti käynnistetään ja kuinka sitä toteutetaan.

Mikäli ette saa toimivaa kyselyä sähköpostiinne, pyydämme, että olisitte yhteydessä meihin osoitteeseen jouni.gerres@pkpelastuslaitos.fi tai puh. 0440901578. Pyydämme, että palautatte kyselyn 23.9.2016 mennessä samaan sähköpostiosoitteeseen.

Ystävällisin terveisin, Katariina Koivisto ja Jouni Gerres

Linkki kyselyyn: <https://www.webropolsurveys.com/S/A491538F3D089D8E.par>

Uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli

Uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli

I Toiminnan tavoite ja toimenkuva	II Yhteistyötahot ja verkostoituminen	III Hallinnointi, työtehtävät ja työvälineet	IV Henkilöstö
<p>1. Perustelut toiminnan käynnistymiselle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muuttuva toimintaympäristö - Rajalliset resurssit - Päällekkäinen työ - Turhat päivityskäynnit 	<p>4. Tärkeimmät yhteistyötahot</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häätakeskus - Kotihoito - Pelastustoimi - Terveystoimen päivitys - Sosiaalitoimi 	<p>7. Hallinnointi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensihoidon kenttäjohtaja - Sote-tilannekeskus - Koordinoiva lääkäri 	<p>11. Pätevyys</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoitotason ensihoitaja - Sairaanhoitaja, jolla on kokemusta akuuttihoitosta
<p>2. Toiminnan tavoitteet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoitokehjen lyheneminen - Hoidon ja palvelutarpeen arvioinnin tehostaminen - Yhteistyön lisääminen - Kustannussäästöt - Ensihoidon resurssien täydentäminen 	<p>5. Muut merkitykselliset yhteistyötahot</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poliisi - Hoitolaitokset - Tuetun asumisen yksiköt - Psykiatrisen avohoidon - Kolmas sektori - Omaiset 	<p>8. Aktiivointi tehtäville</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häätakeskus - Ensihoidon kenttäjohtaja - Yhteistyötahot 	<p>12. Valinta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sisäinen rekrytointi - Perustuu vapaaehtoisuuteen - Haastattelut - Soveltuvat testaukset
<p>3. Sijoittuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liikkuva yksikkö - Terveystoimen toimipiste - Paloasemat - Sote-tilannekeskus 	<p>9. Työkuva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoidon tarpeen arviointi - Palvelutarpeen arviointi - Yhteistyötahojen tukeminen - Näytteenotot ja -analysoinnit - Sote-palveluiden ajanvaraus - Hoidolliset pientoimenpiteet - Lääkehoito - Saattohoito - Omaisten tukeminen - Moniammatillinen asiakaskäynti - Ensihoidon tukeminen 	<p>10. Välineistö</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoitotason ensihoitoyksikön välineistö - Laajennettu lääkevalikoima - Haavanhoitovälineistö - Verikaasuanalyysaattori - Pika-CRP -laite - Näytteenotto- ja analysointivälineet - Kuva- ja videokonsultaatiotvälineet - Potilastietojärjestelmän päätteite - Viranomaisverkon päätelaitteet 	<p>13. Ammatilliset ominaisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vahva ja laaja-alainen työkokemus - Hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot - Kyky tunnistaa ja arvioida hoidon ja palvelun tarve - Tuntee palvelurakenteen - Kyky itsenäiseen työskentelyyn - Hyvät organisoitaidot - Halu kehittää toimintaa
<p>6. Verkostoitumista ja yhteistyötä tukevat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yhteinen kontaktiverkosto - Aktiivinen tiedottaminen - Yhteinen visio - Yhteiset toimintaohjeet - Yhteinen sisäinen koulutus 	<p>14. Koulutus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toiminnan juurruttaminen - Erityisosaamista vaativien tehtävien kouluttaminen - Yhteistyötahojen kanssa suunniteltu ja toteutettu koulutus - Käytännön harjoittelu 		

Opinnäytetyön prosessi

AIKATAULU	KEHITTÄMISTYÖ	TOIMIJAT	MENETELMÄT	TUOTOKSET
SYKSY 2015	Aiheen valinta ja toimeksiannon sopiminen	Opinnäytetyön tekijät ja ensihoitopalvelu		Kehittämistyön tarkoitus ja tuotos selvillä
ALKUVUOSI 2016	Ideointia kehittämistyön etenemisestä	Opinnäytetyön tekijät	Mind map-keskustelua	Prosessikuvaus
HELMIKUU 2016	Keskeisten käsitteiden määrittely ja aihetta käsitteleviin aiempiin tutkimuksiin ja samankaltaisiin malleihin perehtyminen	Opinnäytetyön tekijät	Kirjallisuuden lukeminen ja aihetta käsitteleviin ajankohtaisiin uutisiin perehtyminen	Teoreettinen viitekehys
MAALISKUU 2016	Benchmark-vierailu Päijät-Hämeen ensihoitokeskukseen	Opinnäytetyön tekijä ja Päijät-Hämeen ensihoitokeskuksen kenttäjohtajat ja ensihoitajat	Osallistuva havainnointi ja haastattelu	Tulevan ensihoitomallin pääteemojen hahmottuminen
HUHTIKUU 2016	Asiantuntijaryhmän muodostuminen, kutsukirjeiden laatiminen ja lähettäminen ja asiantuntijapäivän ohjelman suunnittelu	Opinnäytetyön tekijät	Mind map-työskentelyä	Asiantuntijapäivän ohjelma valmis
TOUKOKUU 2016	Asiantuntijapäivän toteuttaminen ja sen tuotosten purkaminen	Opinnäytetyön tekijät ja asiantuntijaryhmä	Learning cafe-menetelmä ja sisällön analyysi	Tulevan ensihoitoyksikön toimintamallin pohjan muodostuminen
SYYSKUU 2016	Tulevan ensihoitoyksikön toimintamallin tarkentuminen	Opinnäytetyön tekijät ja asiantuntijaryhmä	Sähköpostikysely asiantuntijoille	Kyselyn vastaukset
LOKAKUU 2016	Asiantuntijaryhmän kyselyn vastausten analysointi	Opinnäytetyön tekijät	Sisällönanalyysi	Tulevan ensihoitoyksikön toimintamalli valmis
MARRASKUU 2016	Opinnäytetyön ja valmiin toimintamallin viimeistely	Opinnäytetyön tekijät		
JOULUKUU 2016	Opinnäytetyö valmis, työn lopetus ja valmiin tuotoksen esittely	Opinnäytetyön tekijät ja ensihoitohenkilöstö	Seminaari	Valmis tuotos