



Karelia-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämisen malli Kainuun Sotessa

Marjut Kolehmainen

Opinnäytetyö, Huhtikuu 2022

www.karelia.fi

**OPINNÄYTETYÖ****Huhtikuu 2022**

Sosiaali- ja terveystalouden ylempi ammattikorkeakoulututkinto kehittäminen ja johtaminen

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)Tekijä
Marjut KolehmainenNimeke
Kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämisen malli Kainuun SotessaToimeksiantaja
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä - ensihoitopalvelut

Tiivistelmä

Uusia palvelumalleja terveydenhuoltoon ja ensihoitoon tarvitaan tulevina vuosikymmeninä, koska väestörakenne muuttuu ja keski-ikä nousee. Uusia palvelumalleja tarvitaan, jotta palvelujen saatavuus, riittävyys ja saavutettavuus edistävät kansallisen kotihoidon tavoitteen saavuttamista. Kansallisesti ensihoitopalvelun malleihin vaikuttaa väestörakenteen muutokset, joten ensihoitopalveluiden rooli terveydenhuollon mukautuvana toimijana kotiin vietävien palvelujen kehittämisessä on kiistaton. Ikäihmisten tarvitsemien palvelujen kokonaisuus tulisi olla organisoitu hyvin, jolloin muodostuu toimiva ja kustannussäästöjä tuova kokonaisuus. Ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnin parantamisen keskeisimpänä tavoitteena Suomessa on vähentää laitoshuoltoa ja tukea kotona asumista.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtävien järjestämisen malli Kainuun Sotelle. Kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämisen malli laadittiin kolmesta näkökulmasta Kainuun Sote organisaationa, ensihoitopalvelut työyhteisönä ja ensihoitajat henkilöstönä. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana Delfoi menetelmällä ja rekisteritutkimuksella. Aineisto kerättiin rekisteritutkimuksella, laadullisella kyselytutkimuksella sähköisesti ja tutkimustuloksia syvennettiin asiantuntijaraadissa.

Terveydenhuollossa ensihoitopalvelut muuttuvat rakenteellisesti osaksi hyvinvointialueiden organisaatiota, joten kiireettömiä ensihoitotehtäviä tarkastellessa tulisi kiinnittää huomiota niiden organisoimiseen osaksi muita kiireettömiä sote-hoidon tarpeita. Jatkossa on tarpeen selvittää vaikuttavuutta sekä kustannussäästöjä, joita mallilla voidaan saada.

Kieli
suomiSivuja 68
Liitteet 6
Liitesivumäärä 8Asiasanat
ensihoito, kiireettömät tehtävät, mallinnus, valmentava johtaminen



THESIS
April 2022
Master's Programme in Development and Management of Health Care and Social Services
Tikkariinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Author
Marjut Kolehmainen

Title
A model for Organizing in Non- Urgent Emergency Medical Missions In Kainuu Social and Health Care Joint Authority

Commissioned by
Kainuu Social and Health Care Joint Authority

Abstract

New service models are needed for healthcare and emergency medical services (EMS) in the next decades because the demographic structure is changing, and the average age is on the rise. New approaches are needed availability, adequacy, and accessibility of services promote the achievement of national homecare standards. The aforementioned are affect the EMS models at the national level, therefore their role as an adaptable actor in services indelivered home is undisputed. The entirety of older people services should be organized well, in order to be functional and cost-effective. The main objectives of improving the well-being of older people are to reduce institutional care and support living at home.

The aim of this thesis was to develop a model for organizing non-urgent EMS-missions in Kainuu Social and Health Care Joint Authority. The three perspectives of this model are the joint authority as an organization, EMS as a work community, and paramedics as personnel. The thesis was implemented out as a developmental research activity using the Delphi method and register survey. The material was collected through a register survey, a qualitative electronic survey, and the results were expanded in an expert panel.

In healthcare, the EMS will form a structural part of the organization that provides well-being services counties, therefore, attention should be paid to organizing nonurgent EMS missions as part of the other non-urgent social and healthcare needs. In the future, it is necessary to explore the effectiveness of this model, and what cost savings it can induce.

Language
Finnish

Pages 68
Appendices 6
Pages of Appendices 8

Keywords
emergency medical services (EMS), non-urgent EMS-missions, modelling, coaching leadership

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Soten kotiin vietävät palvelupolut Suomessa	7
2.1	Palvelupolut sotessa	8
2.2	Palvelupolut Kainuun Sotessa	10
2.3	Ensihoitopalvelut ja kehittyminen Suomessa	12
2.4	Ensihoitopalveluiden kehittyminen Kainuun Sotessa	16
3	Valmentava johtaminen kehittämisen tukena	18
3.1	Valmentava johtaminen	19
3.2	Valmentava johtaminen hoitotyössä	20
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja opinnäytetyön kysymykset	21
5	Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi	22
6	Menetelmälliset valinnat	24
6.1	Alkukartoitus rekisteritiedoilla	25
6.2	Delfoi-tutkimus osallistavilla menetelmillä	26
6.2.1	Laadullinen kyselytutkimus	27
6.2.2	Asiantuntijapaneeli	27
6.3	Aineiston analyysi sisällönanalyysillä teemoitellen	28
7	Opinnäytetyön toteutus	29
7.1	Rekisteritutkimuksen toteutus ja aineiston analyysi	30
7.2	Delfoi - laadullinen kysely ja aineiston analyysi	33
7.3	Delfoi - asiantuntijapaneeli ja aineiston analyysi	34
8	Opinnäytetyön tutkimustulokset	35
8.1	Rekisteritutkimuksen tulokset ja mallinnus tukitehtävistä	35
8.1.1	Hoidon tarpeen arviointi ja kotiin vietävien palveluiden tuki	36
8.1.2	Toimenpiteet ja lääke- ja nestehoito	37
8.1.3	Saatto- ja palliatiivinen hoito	38
8.1.4	Moniammatillinen tiimi ja tukipalvelut	38
8.1.5	Palveluiden tuottajat	39
8.2	Laadullisen kyselyn ja asiantuntijaraadin tulokset sekä mallinnus	40
8.2.1	Tarve ja organisointi	41
8.2.2	Päätöksien avulla malliin pääseminen	43
8.2.3	Tarvittavat muutokset, haasteet ja mahdollisuudet	44
8.3	Valmentavan johtajuuden mallinnus kehittämisen osana	46
8.3.1	Päivittäinen hyödyntäminen ja tukeminen	47
8.3.2	Mahdollisuudet ja haasteet	48
9	Pohdinta	49
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu	49
9.2	Kehittämisen prosessin arviointi	52
9.3	Luotettavuus ja eettisyys	53
9.4	Opinnäytetyön prosessin pohdintaa	58
9.5	Jatkokehittämisehdotukset	60
	Lähteet	62

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje sähköinen kysely
Liite 2 Laadullinen kyselylomake ja mallinnus tukitehtävät

- Liite 3 Mallinnus järjestäminen laadullisen kyselyn jälkeen
- Liite 4 Mallinnus valmentava johtaminen laadullisen kyselyn jälkeen
- Liite 5 Kirjallinen arviointi
- Liite 6 Aineiston teemoittelun esimerkit X-8 tehtävät ja asiantuntijapaneeli

1 Johdanto

Väestö vanhenee tulevina vuosikymmeninä tarvitsemme enemmän uusia palvelumalleja, jolloin palvelujen saatavuus, riittävyys ja saavutettavuus edistävät kansallisen kotihoidon tavoitteen saavuttamista. Ikäihmisen tarvitsemien palvelujen kokonaisuus tulisi olla organisoitu hyvin, jolloin muodostuisi toimiva ja kustannussäästöjä tuova kokonaisuus. (Terveysten - ja hyvinvoinnin laitos 2019). Ikääntyneiden ihmisten palveluiden keskeisimpänä tavoitteena Suomessa on kauan aikaa ollut hyvinvoinnin lisääminen laitoshoitopaikkojen määrää supistamalla ja kotiin vietävien palveluiden tukemisella. Kotona asumista voidaan tukea kotiin annettavilla palveluilla. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 271.)

Väestörakenteen ikääntyminen on muokannut ja muokkaa ensihoitopalvelua, minkä vuoksi ensihoitopalvelu ja sen rakenne ovat kehittyneet merkittävästi menneiden vuosikymmenien aikana. Terveystieteiden toimintojen muutokset kuten päivystystoimintojen yhdistyminen, hoitoaikojen lyhentyminen ja avohoitoon resurssointi selittävät osaltaan kehittymistä. (Määttä 2015, 14.) Pieni osa väestöstä käyttää kansallisten ja kansainvälisten tutkimuksien mukaan suurimman osuuden terveystieteiden palveluista. Tällöin on merkityksellistä ihmisten hyvinvoinnin ja terveystieteiden kustannusten kannalta, hoidetaanko terveystieteiden suurkuluttajat ja pitkäaikaiset perussairaudet ennakoivasti terveystieteiden perusterveystieteidenhuollossa vai joudutaanko heidän palvelutarpeeseensa vastaamaan ongelmien ilmaantuttua päivystys- ja sairaalapalveluissa. (Muurinen & Mäntyranta 2012, 38.)

Ensihoidon kuormituksen vähentämiseksi kotiin vietäviä päivystyksellisiä palveluita tulisi kehittää ja vahvistaa vaihtoehtoisilla keinoilla kuten ammattilaisen antamalla puhelinohjauksella tai kotisairaanhoidollisilla toimenpiteillä. (Pekanoja, Hoikka, Kyngäs & Elo 2017, 8; Hoikka, Silfvast & Ala-Kokko 2015, 48). Kotiin vietäviä päivystyksellisiä palveluita tulisi vahvistaa, koska suurimmassa osassa D- kiireellisyysluokan tehtävissä syynä olivat vanhat terveyteen liittyvät ongelmat, kuten yleistilan lasku, tukiranka peräiset ongelmat sekä muut määrittelemättömät oireet mukaan lukien mielenterveysongelmat. (Roivainen, Hoikka, Raatiniemi, Ala-Kokko, Silfvast & Kääriäinen 2020, 3.)

Ensihoidon on kehitettävä toimintoja ja palvelumalleja siihen suuntaan, että potilaan hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoito voidaan turvata kotona ilman kuluista päivystyspalveluihin. Kokonaisvaltaisen hoidon tarpeen arvioinnin, jatkohoitohjeiden ja neuvonnan avulla yli 40 % ensihoitotehtävissä potilas voidaan hoitaa kotiin, jolla voidaan vähentää päivystys- ja ensihoitopalveluiden kuormaa. Potilasturvallisuus tulee varmentaa suunnittelemalla toiminnot ja palvelumallit huolellisesti. (Paulin, Kurola, Salanterä, Moen, Guragain, Koivisto, Käyhkö, Aaltonen & Iiro 2020, 13.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana ovat ensihoitopalveluissa havaitut ongelmat kiireettömien ensihoitotehtävien organisoimisessa. Uuden mallinnuksen soveltuvuutta ja käyttökelpoisuutta käytännön työssä vahvistetaan opinnäytetyön tietoperustaan haetulla tutkitulla tiedolla. Kehittämisen tarkoituksena on muutoksen alkuun paneminen. Kiireettömien ensihoitotehtävien mallinnuksella voidaan edistää palveluprosessien sisällä asiakaslähtöisyyttä oikeanlaisten palvelupolkujen kehittämisellä ja potilasturvallisuutta sekä palveluiden kustannustehokkuutta.

Tämä opinnäytetyö keskittyi Kainuun kuntiin Hyrynsalmi, Ristijärvi ja Paltamo, jotka ovat osa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon toimijoiden näkemys, kuinka tulevaisuudessa tarpeen mukaiset, oikea-aikaiset ja potilaslähtöiset kiireettömät ensihoitotehtävät järjestetään kustannustehokkaasti ja kuka ne tuottavat. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kehittää ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtävien järjestämisen ihannelähtöisen mallin HY-RI-PA alueelle Kainuussa. Tutkimuksessa selvitettiin kuinka HY-RI-PA-alueen kiireettömät potilaat voidaan hoitaa kotona, kun perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on haasteita ja erikoissairaanhoidolle ei ole tarvetta.

2 Soten kotiin vietävät palvelupolut Suomessa

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (28.12.2012/980) tarkoituksena on tukea ikäihmisten toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä sekä itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Ikäihmiselle luodaan mahdollisuus osallistua palveluiden kehittämiseen ja saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvueluita. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 28.12.2012/980.)

Kotiin vietävissä palveluissa kotihoito määritellään kotisairaanhoidon ja kotitalvelun työtehtävien muodostamaksi kokonaisuudeksi, jolla kotona selviytymistä ja asumista voidaan tukea yksilöllisesti. Kunnalla on vastuu kotihoidon järjestämisestä alueensa asukkaille. Kotisairaanhoido on moniammatillista potilaan asuinpaikassa suoritettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua. (Sosiaalihoitolaiki 1301/2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi tarkentaa ja tukee lakia ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista. Palvelujen tuottamista ohjaa asiakaslähtöinen ajattelumalli. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että palvelusuunnitelma on tehty iäkkään ihmisen ja potilaan tarpeita vastaavaksi, jolloin palvelut ja hoito ovat helppokäyttöisiä, lähellä olevia ja kestäväää hoito- ja palvelusuhdetta tukevia. Asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa tarvitaan erilaisten näkemysten ja kokemusten yhteen sovittamista, kuten omaisen huomioimista. Asiakkaan on oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 43.)

Tärkeimpänä tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollossa on asiakkaan palveluiden yhteensovittaminen. Palveluiden linkittämistä yhteen voidaan määritellä moniammatillisesti sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden yksilöllisesti toteuttavana suunnitelmallisena palveluiden kokonaisuutena. (Taskinen & Hujala 2020, 67–68). Samanaikaisesti toteutuvien palveluiden yhtenäistä prosessia voidaan kuvata organisaatiossa järjestämisen näkökulmasta palvelupolulla.

Tällä prosessilla haetaan asiakkaan elämäntilanteessa tai terveydentilassa toivottua muutosta asiakasryhmälle määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti. Yksilöllisesti tarkasteltuna sotessa palvelupolulla tarkoitetaan palveluprosessia alusta loppuun. Tämä prosessi muodostuu monimuotoisista palveluhetkistä käyden läpi asiakkaan kulkeman matkan hoitoprosessin organisoinnista ja yhteistä päätöksenteon kautta päätepisteeseen. (Koivisto, Liukko, Tiirinki & Lyytikäinen 2020, 8–10).

2.1 Palvelupolut sotessa

Palvelupolkumallin tavoitteena on tarjota asiakkaalle hänen sillä hetkellä tarpeita vastaava tarkoituksenmukainen laadukas ja potilas turvallinen palvelu ja/tai hoito ja tarpeenmukainen jatkohoito. Terveystieteissä on tutkittu, että palvelupolku on organisoitu ja toteutettu palvelun organisoijan näkökulmasta, jolloin se ei ota huomioon potilaan kokemusta saamasta palvelusta. Palvelukeskeisyydestä tulisi suunnata ajattelumalli kohti asiakaskeskeisempää ajattelumallia. (Niemelä & Kivipelto 2019, 11.) Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan palvelupolussa yleensä yhteistyötä, jonka varaan hoitopolku rakentuu. Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyyden yhteistyön prosessiin liittyvät vahvasti käsitteet jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus ja valta. Parhaimmillaan moniammatillinen yhteistyö on strategista kumppanuutta. (Pärnä 2012, 183,203.)

Sipilän hallituksen kärkihankkeessa vuosina 2016–2018 Palvelut asiakaslähtöisiksi kokeiltiin vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa asiakaslähtöiset ja moniammatilliset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa Toimintatapojen kehittämisen lähtökohdina toimivat osallistuminen ja kokemukset asiakkailta. Saatujen kokemusten ja palautteiden avulla lopulliset palvelupolut muodostuivat maakunnissa tehtyjen vaihtoehtoisten erilaisten työskentelytapojen myötä ajasta ja paikasta riippumatta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2018.)

Ikäihmisten toivomia yksinkertaisia asioita voi olla vaikeaa toteuttaa kunnan näkökulmasta. Ikäihmiset haluavat asua kotona, tutussa ja turvallisessa ympäristössä mielellään lähellä omaisia ja ystäviä. Peruspalvelut kotona asumisen

mahdollistamiseen sekä liikkumisen onnistuminen tulisi olla tavoitettavissa. Palvelujärjestelmän tulisi mahdollistaa nämä palvelut ikäihmisille ja näin tuottaa tunne turvallisuudesta, jotta apu on tarvittaessa saatavissa. (Hämäläinen, Lanne, Jännes, Hanski, Rytönen & Reisbacka 2014, 83.)

Jokaisena vuoden päivänä ja vuorokauden tuntina sairaanhoitopiirin palliatiivinen hoitopolku on vastuussa palliatiivisesta ja elämän loppuvaiheen saattohoidosta, mutta kehittämällä ensihoidon palveluja voidaan parantaa kotona asuvien palliatiivisten ja elämän loppuvaiheessa olevien potilaiden palveluja virka-ajan ulkopuolella. Palliatiivisen hoidon suosituksessa todetaan, että keskeistä on huolehtia hoitavassa yksikössä elämän loppuvaiheen potilaille helposti saatavilla ja luettavissa olevat asianmukaiset ja ajantasaiset hoitosuunnitelmat ja hoitolinjaukset. Esitetyn suosituksen mukaan yhteistyöllä päivystyksen ja ensihoidon kanssa kolmea toimintamallia kehittämällä voidaan parantaa oireenmukaisen ja saattohoidossa olevien potilaiden hoitotyötä virka-ajan ulkopuolella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 82.)

Palliatiivisen hoidon tilasta ja saattohoidosta on valmistunut vuonna (2019) kansallinen raportti. Raportin tuloksista on nähtävissä, että palliatiivisen- ja saattohoidon laadussa ja sen järjestämisessä on suuria eroja alueiden välillä ja näin ollen ne nousivat raportissa kehittämiskohteiksi. Palliatiivisen hoidonsaaminen on ihmisoikeus ja tulee turvata kaikille. Sen järjestäminen tulee yhdistää osaksi muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Palliatiivisen- ja saattohoidon saaminen tulee turvata, jolloin yhdenvertainen palvelujen saatavuus edellyttää palvelupolkujen luomista. Osaavan ja riittävän henkilöstön turvaaminen luovat edellytykset moniammatillisen ja riittävän yhteistyön lisäksi turvaamaan palliatiivisen ja saattohoidon kansallisella tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 184.)

Suosituksessa yhdeksi malliksi on esitetty kehittää ensihoidon osallisuutta kotisaattohoitopotilaan hoitoketjussa, koska potilaan ja omaisten tilaisuus saada apua ja tukea hoitotyön ammattilaisilta ympäri vuorokauden on perusedellytys onnistuneelle elämän loppuvaiheen hoidolle. Hoitovastuussa olevan palliatiivisella yksiköllä on rajalliset mahdollisuudet virka-ajan ulkopuolella järjestää käyntejä pitkien matkojen päähän, joten Siun sotessa Pohjois-Karjalan

ensihoitopalvelulle on kehitetty Paletti-hankkeessa 2013–2015 vuosina kotisaattohoitopotilaan protokolla. Kotisaattohoitopotilaiden hoitoa varten oma ohjeistus eli saattohoitoprotokollassa on erikseen ohjeistettu kuolevan potilaan keskeisten oireiden hoito, jotta oireita voitaisiin lievittää kotona ja näin vähentää kuljetuksia päivystykseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 82–83.)

2.2 Palvelupolut Kainuun Sotessa

Kainuu on väestömäärältään pieni maakunta, mutta pinta-alaltaan suuri, jonka maakuntakeskuksena on Kajaani. Kainuussa on kahdeksan kuntaa; Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Ristijärvi, Sotkamo sekä Suomussalmi. (Kainuun liitto 2021.) Puolangan kunnassa sosiaali- ja terveystalot tuottaa Terveystalo Kuntaturva Oy. Puolanka kuuluu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään ja sairaanhoitopiiriin sekä erityishuoltopiiriin ympäristöterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä järjestää, erityishuollon sekä ympäristöterveydenhuollon palvelut Puolangan kunnalle. (Puolangan kunta 2020.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän alueella on asukkaita noin 73 000. Kainuun asukasluku on viime vuosien aikana pienentynyt alhaisen syntyvyys ja muuttotappion vuoksi, joka on johtanut keski-ikäen nousemiseen. (Kuntaliitto 2019.) Suhteellinen väestönlisäys uhkaa jäädä kaikista Suomen maakunnista heikoimmaksi Kainuussa. Koko Kainuun asukasluku painuu hiukan yli 60 000 asukkaan vuonna 2040. Kajaanin kaupungin väkiluku laskee 12,5 prosentilla ja muun Kainuun väkiluku laskee yli neljänneksellä. Ja työikäinen väestö vähenee jopa 40 prosentilla, joten vuonna 2040 ennusteen mukaan Kainuun asukkaista yli 65-vuotiaita on lähes 40 %. (Kainuun liitto 2022.)

Vuonna 2018 Kainuun sairastavuusindeksi oli 140,8 % ja kansantauti-indeksi 145,1 %. Uudellamaalla vastaavat lukemat ovat 86,9 % ja 84,3 %, %. Alueiden välisessä vertailussa Kainuun indeksi näyttyy poikkeuksellisen korkeana. (Kansanterveyslaitos, 2018.) Näiden indeksien poikkeuksellisen korkeaa eroa voidaan selittää väestörakenteen eroilla, muuttovoitolla ja syntyvyyden nousulla (Kainuun liitto 2022).

Hyrnsalmi, Ristijärvi ja Paltamon alueen väestömäärä oli 31.12.2019 noin 6 800, josta Hyrnsalmella yli 65-vuotiaita täyttäneitä asukkaita väestöstä on yli 40 %, Paltamossa 33 % ja Ristijärvellä 38 % näin ollen alueen asukkaista 37 %, eli 2 500 on täyttänyt 65 vuotta vuoden 2019 lopussa. Keski-ikä alueella oli lähes 55 vuotta, kun koko Kainuussa vastaava luku on hieman yli 47 vuotta. Alueena se on 2 900 neliökilometrin kokoinen. (Kainuun liitto 2021a.)

Ikääntyneiden palvelukokonaisuudet Kainuussa muodostuvat kolmesta vastuualueesta. Kotona asumista tukevien palvelujen vastuualue muodostuu kotihoidosta, omaishoidosta, tukipalveluista, jotka ovat sosiaalihuoltoasetuksen mukaiset sekä palveluseteli pohjalla tuotettavasta ostopalvelusta. Kotiin vietävä palvelu on harkinnanvaraista, asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa kotona tapahtuvaa henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa sekä terveyden- ja sairaanhoitoa. Ympäri vuorokautisiin hoivapalveluihin kuuluvat laitoshoido, tehostettu palveluasuminen sekä palveluohjaus- ja ostopalvelut. Saatavuudeltaan vanhuspalvelut ovat suurelta osin lähipalveluja, jolloin ikääntyneiden palvelujen perusta muodostuu keskitetystä asiakasohjauksesta sekä maakunnan jokaisen kunnan alueella 24/7 toimivasta kotihoidosta. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2018.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat Kainuussa keskitettyinä joko terveysasemille tai yhä useammin palvelut ovat Kainuun keskussairaalassa. Maakunnan terveysasemien palvelutaso vaihtelee. Vastaanotto- ja terveyskeskussairaalatoiminnan sekä ennaltaehkäisevät perusterveydenhuollon palvelut tuottavat Kainuun maakunnan asukkaille terveyden- ja sairaanhoitopalvelut. Terveyden- ja sairaanhoitopalveluihin kuuluvat (lääkäri- ja hoitaja) vastaanotto toiminta, terveyskeskussairaalatasoinen hoito sekä kuntoutus. Akuutti terveyskeskussairaalahoito on keskitetty Kajaaniin, Kuhmoon, Sotkamoon ja Suomussalmelle, jossa on yhteensä noin 100 potilaspaikkaa. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021a.)

Kainuussa on terveysasemat Hyrnsalmella, Kuhmossa, Sotkamossa, Suomussalmella, Paltamossa, Ristijärvellä ja Kajaanin Vuolijoella sekä Kajaanissa

yleislääketieteen poliklinikka Kainuun keskussairaalan yhteydessä. Palvelujen saatavuudessa on terveysasemien välillä eroja, jolloin näiden toiminta poikkeaa toisistaan. Palvelujen saatavuudessa on erityisiä haasteita HY-RI-PA alueella, joissa terveysasemien vastaanotto aikojen saaminen on rajallista. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021b.) HY-RI-PA- alueella ainoastaan Hyrynsalmella on saatavilla virka-aikaan perusterveydenhuollon päivystyspalveluita. Paltamossa ja Ristijärvellä terveysaseman sairaanhoitaja voi antaa potilaalle viitteellisen ajan Kajaanin keskussairaalan yhteispäivystykseen. Ristijärvellä lääkäri käy vain kerran viikossa hoitamassa tehostetun palveluasumisen yksiköiden asukkaiden tarpeet. Paltamossa ja Hyrynsalmella kiireettömiä lääkärin vastaanottoaikoja on saatavilla rajoitetusti. Hyrynsalmella lääkäri hoitaa terveysaseman ohessa työterveyden ja kotihoidon asiakkaat. (Kempainen 2021; Luokkanen 2021.)

Jokaisella Kainuun Soten terveysasemalla on vähintään sairaanhoitaja ja kansanterveyshoitaja, mutta suuremmissa yksiköissä hoitotyön ammattilaisia on enemmän. Sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu yksilöllisen puhelinohjauksen ja neuvonnan antaminen sekä hoidon tarpeen arviointi sekä päivystysvastaanoton pitäminen joillakin terveysasemilla resurssien puitteissa. Terveysasemien sairaanhoitajien perustehtävään kuuluu terveydentilan kiireellisuuden arviointi sekä tarkkailupotilaiden seuranta ja hoito. Lääkärin etävastaanotto ja fysioterapeutin suoravastaanotolle pääsy on mahdollista terveysasemilla. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021a.)

2.3 Ensihoitopalvelut ja kehittyminen Suomessa

Ensihoitopalvelun sisältö on säädetty terveydenhuoltolaissa. Siihen sisältyvät nopeasti sairastuneen tai loukkaantuneen ihmisen hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoitaminen hoitolaitoksen ulkopuolella sekä tarvittaessa kaikkien ensihoito yksiköiden tehtävänä on potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan. "Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista." Kunnan tai kuntayhtymän tehtävänä on

huolehtia siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla ympäri vuorokauden. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 782/2014.)

Koskien asetusta ensihoitopalvelusta (340/2011) sosiaali- ja terveysministeriön perustelumuistiossa on maininta, että alueen ensihoidon palvelutasopäätöksessä voidaan päättää myös muista kuin ensihoitotehtävien suorittamisesta. Perustelumuistion mukaan kyseiset tehtävät voisivat olla tukitehtäviä kotiin vietäville palveluille, kuten kotisairaanhoidollisia tehtäviä. Ensihoitohenkilöstön tulisi pystyä osaamisensa ja välineistönsä puolesta suorittamaan. Kyseiset tehtävät eivät saa vaarantaa ensihoitotehtävien suorittamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 6–7.)

Ensihoidossa Suomessa on huomattu monipuolisten palvelupolkujen mahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalvelun asetuksessa, jonka mukaan ensihoidon yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Kulkuneuvona voi olla ambulanssin lisäksi erilaiset ensihoitoajoneuvot, helikopteri tai muut tarpeelliset kulkuneuvot. Asetus ottaa huomioon yhden ensihoitajan muodostaman yksikön mahdollisuuden, jossa hoitotason velvoitteet omaava ensihoitaja voi toimia myös yksin ensihoitoyksikössä, koska kaikilla ensihoidon yksiköillä ei tarvitse kuljettaa potilaita asetuksen mukaan. Yhden ensihoitajan yksikössä tehtäviin kuuluu hoidon tarpeen arviointi, henkeä pelastavan hoidon antaminen sekä muiden ensihoitopalvelun yksiköiden tukeminen, mutta asetuksessa on rajattu pois hoitolaitoksiin kuljettaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017 6–7§.)

Hätäkeskuksen ensihoidolle välittämät tehtävät luokitellaan riskinarvioinnin perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan. D-luokan tehtävässä avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi. D-tehtävillä tavoiteaika potilaan kohtaamiseksi on alle 2 tuntia, joka määritellään siitä, kun potilas on soittanut hätäkeskukseen ja riskinarvio tehdään. (Kirves & Castren 2016, 356.)

Tilantarvion perusteella, kun ensihoidossa oire on matalariskinen, käytetään silloin X-4 koodia. Ensihoitajat ovat tutkineet potilaan ja todenneet tarvitsevan lääkärin arviota. Tällöin potilas ohjataan menemään muulla kyydillä lääkärin arviointiin kuten taksilla. X-8 koodia käytetään ensihoidossa tilanteissa, joissa ensihoito on hoitanut potilaan kohteessa tutkimuksilla tai hoitotoimenpiteillä, joitten avulla ja lääkärin antaman hoito-ohjeeseen perustuen on korvattu lääkärin arviointiin hakeutuminen. (Kirves & Castren 2016, 316–317; 321–322.)

Sote-uudistuksen myötä Suomessa on aloitettu kartoittamaan sitä, kuinka päivystyksellinen puhelinneuvonta ja palvelutarpeen arviointi sosiaali- ja terveydenhuollossa voitaisiin toteuttaa hätäkeskusrakenteen kanssa yhdessä tavoitellen oikea aikaisten ja tarpeellisten resurssien kohdentamista. Sen avulla olisi mahdollisuus ohjata potilaat tarkoituksenmukaisimmalle palvelupolulle ja toisaalta välttää tehtävien siirtoa muille organisaatioille. (Kurola, Ilkka, Ekstrand, Laukkanen-Nevala, Olkinuora, Pappinen, Riihimäki, Silfvast & Virkkunen 2016, 9–16.)

Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla 2016–2018 hanke, eli AVOT-hanke oli yksi edellisen hallituksen kärkihankkeista, jossa AVOT-hankkeen avulla esimerkiksi kehitettiin kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä, lisättiin ikäihmisten perhehoitoa sekä luotiin ikäihmisten palveluille uusia toimintamalleja sekä pilotoitiin yhden hengen yksikön toimintaa. (AVOT-hankkeen loppuraportti 2018; Noro & Karppanen 2019, 57.) AVOT-hankkeessa Siun sotella on kehitetty malli, jossa kotihoitoa saatavilla on viikon jokaisena päivänä kellon ympäri. Moniammatillisia kehittämiskokeiluja AVOT-hankkeessa ovat tehostetun kotihoidon malli, akuuttitilanteiden hoitomalli, kiireettömän hoidon tarpeen arviointi sekä ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminta. Moniammatillisella kehittämiskokeilulla on pyritty mahdollistamaan ja turvaamaan kotiin vietävät palvelut mahdollisimman pitkään. Keinoja kotiin vietävien palveluiden tarkoituksenmukaiseen turvaamiseen on tehty lisäämällä palvelujärjestelmän monimuotoisuutta hyödyntämällä hyvinvointitekniologiaa, täydentämällä kotiin vietäviä palveluita ensihoidon tuottamilla palveluilla. (AVOT-hankkeen loppuraportti 2018; Noro & Karppanen 2019, 22.)

Osana Etelä- Karjalan sairaanhoitopiirin kotona asumista tukevia toimintamalleja ovat olleet hankkeet Mallu- Kylillä 1 ja 2. Nämä hankkeet ovat saaneet EU:n rahoitusta vuosina 2010–2014. Mallu-auto on Eksoten liikkuva sairaanhoitajan vastaanotto, joka liikkuu ympäri Etelä- Karjalaa ennalta suunnitellun ja ilmoitetun aikataulujen puitteissa. Mallu- autosta on mahdollista saada myös ennaltaehkäiseviä suun terveydenhuollon palveluja mukaan lukien peruslaboratoriopalveluita. (Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2011, 2014.) Ensihoidossa yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö aloitti toiminnan maaliskuussa 2016 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessä. Yksikkö on osa Päivystys olohuoneessa -hanketta, jossa kehitetään kotona asumista tukevaa toimintamallia osana ensihoidon palvelumalleja. Päivystys olohuoneessa hankkeessa ensihoidotajan työtehtävät ovat muodostuneet hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi ennalta määritellyt hoitotoimenpiteet sekä tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen ja järjestäminen. (Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2016.)

Tutkimus iäkkäiden terveyttä heikentävistä riskeistä on osa professori Castrénin (2021) aloittamaa hanketta ensihoidon mahdollisuuksista tehdä erityyppisiä riskikartoituksia. Iäkkäiden yleiset riskit kaatumiseen, kognitiivisiin toimintojen heikentymiseen ja vajaaravitsemukseen ensihoitaja voi kartoittaa silloin, kun hälytys on kiireetön. Näiden yleisten riskien seurauksena sairastaminen usein pitkittyy ja niiden vaikutuksesta terveydenhuollon kustannukset nousevat. Riskien tunnistaminen voi vähentää huomattavasti iäkkäiden sairastumiskierteitä. Tutkimuksen aineistona oli ensihoidon kohtaamia vuonna 2018- 2019 (n=488) kotona hoidettavia yli 70-vuotiaita kotona asuvia ja kiireettömiä ensihoidon tehtäviä Espoossa. Tutkimuksen potilaista peräti 60 prosentilla oli ainakin yksi riskitekijä kolmesta. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kiireettömässä tapauksissa ensihoito voi suorittaa kartoituksen ja sen voi ottaa ensihoidon päivittäiseen toimintaan mukaan. (Saario, Mäkinen, Jämsen, Nikander & Castren 2021)

2.4 Ensihoitopalveluiden kehittyminen Kainuun Sotessa

Ensihoidossa toteutettiin 1.1.2019 organisaatiomuutos ja Kainuun sote alkoi tuottaa ensihoitopalveluita omana toimintanaan. Se on osana terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden tulosaluetta, jolloin ensihoito yhdistyi muutoksen yhteydessä akuuttihoitojen palveluiden vastuualueeksi päivystyspalveluiden, sekä teho- ja valvontaosaston kanssa. Kainuun ensihoito pyrkii toimimaan omassa roolissaan osana päivittäisiä terveydenhuollon palveluita. (Laatukäsikirja 2019a.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ensihoito toimii Kainuun sairaanhoitopiirin alueella, joka kuuluu Oulun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen. Joissakin tapauksissa palveluita käytetään myös Kuopion erityisvastuualueelta. Kainuun jokaisessa kunnassa ja Vuolijoen asutuskeskuksessa on 24 tuntia vuorokaudessa valmiudessa vähintään yksi ensihoitoyksikkö. Kajaanissa, Sotkamossa, Kuhmossa ja Suomussalmella on valmiudessa 24 tuntia vuorokaudessa kaksi ensihoitoyksikköä sekä Kajaanissa tämän lisäksi kenttäjohtoyksikkö. (Laatukäsikirja 2019b.) Ensihoitopalvelu voi olla ainoa akuuttihoitoa tuottava yksikkö joissakin kunnissa, koska terveydenhuollon päivystyspisteitä on vähennetty. Virka-ajan ulkopuolella ensihoito on terveydenhuollon ainoa päivystysyksikkö lukuun ottamatta Kajaania. (Laatukäsikirja 2019c)

Kuntaliitto on tehnyt vuonna 2016 selvityksen sairaanhoitopiirien ensihoidosta. Vuonna 2016 Kainuussa ensihoidolla oli yhteensä noin 21 000 tehtävää. Asukaslukuun suhteutettuna tehtäviä oli 10 000 asukasta kohti 2 809 kappaletta. Koko Suomessa oli vuonna 2016 keskimäärin ensihoidon tehtäviä 1 421 kappaletta 10 000 asukasta kohti. Asukaslukuun suhteutettuna Kainuun tehtävämäärä oli Suomen suurin, koska ensihoidolla oli tehtäviä jokaista yksikköä kohti 1 401, kun vastaava luku koko Suomessa oli 1 706. Muuhun Suomeen verrattuna Kainuussa on kaksinkertainen maa-alue yhtä ensihoitoyksikköä kohti, kun Kainuussa 1000 neliökilometriä kohden on 0,7 ambulanssia kun koko maan luke-
man ollessa 1,5 ambulanssia. (Kuntaliitto 2018.)

Keväällä 2018 Kainuussa tutkittiin osana sosiaali- ja terveysministeriön päivystysapu 116117-hanketta sairaanhoitajien puhelimesta suorittaman hoidon tarpeen arvioinnin vähentävien kiireettömiä ensihoidon tehtäviä. Tutkimuksessa tutkittiin puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin vaikutusta kiireettömiin ensihoitotehtäviin, koska taustalla on kansainvälisestäkin nähtävissä oleva kiireettömien ensihoitotehtävien lisääntynyt kuormitus terveydenhuollossa. Sairaanhoidajan puhelimitse tekemää hoidon tarpeen arviointia on ehdotettu keinoksi vähentää lisääntyvää ensihoitopalveluiden kuormitusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää voisiko puhelimesta tehtävä sairaanhoitajan hoidontarpeen arviointi ohjata potilaita muihin tarkoituksenmukaisempiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Tutkimuksessa sairaanhoitajat käsitelivät puhelimesta 700 kiireettömää tehtävää, joista melkein yksi viidesosa ohjattiin muihin sosiaali- ja terveystalouteihin ja toinen viidesosa voitiin hoitaa hoitajan puhelimesta antamalla ohjauksella ja neuvonnalla. Tutkimustulokset viittasivat siihen, että hoidon tarpeen arviointi puhelimitse on käyttökelpoinen malli kiireettömille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeille. (Roivainen, Hoikka, Ala-Kokko & Kääriäinen 2021).

Vuodesta 2013 alkaen Ristijärvellä on toiminut perustason ensihoitoyksikkö Kainuun soten tuottamana. Ristijärven yksikkö EKA 325 muuttui hoitotason yksiköksi helmikuussa 2020, kuten kaikki muutkin Kainuun ensihoitoyksiköt. Ristijärven ensihoitoyksikön EKA 325 henkilöstö aloitti tuottamaan kotisairaalapalveluja Ristijärven, Paltamon ja Hyrynsalmen alueella omien hätäkeskuksen välittämien lakisääteisten tehtävien ohessa toukokuussa 2020. Kotisairaaloiminta tuotetaan vaarantamatta kuitenkaan hoitotason ensihoitopalvelun valmiutta. Kainuussa Aliisa toimii Sotkamossa, Kuhmossa, Suomussalmella ja Kajaanissa, ja Aliisa nimi tulee sanoista akuutti liikkuva sairaanhoito. Oma Aliisa toimintaa ei ole ollut Paltamossa, Ristijärvellä ja Hyrynsalmella aikaisemmin vaan se on toteutettu naapurikuntien Aliisojen resurssien puitteissa ja on siten ollut rajallista. (Väisänen 2020).

Kotisairaaloiminta on kotiin vietävää kokonaisvaltaista yksilöllisesti suunniteltua sairaanhoitoa, joka on vaatinut aiemmin HY-RI-PA alueen asukailta

sairaalakäyntiä ennen kotisairaaloiminnan aloittamista. Aliisa toiminnassa yksikön tehtäviin on muotoutunut mikrobilääkkeiden antaminen, haavanhoidot, näytteiden ottaminen, puhelinkonsultaatiot, ja palliatiivinen - ja saattohoitotyö. Yksikön käytössä on myös hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon tukena: vierianalytiikkalaitteet pika CRP sekä EPOC. Vuonna 2021 kotisairaaloiminnan tehtäviä Ristijärven Allisalla oli 683 kappaletta. Tämä tarkoittaa noin 57 tehtävää kuukaudessa. Tehtävämääristä voidaan päätellä kotisairaaloiminnan tarpeellisuus alueen väestölle ja sen tuomat kustannussäästöt, kun terveydenhuollon palveluiden saatavuuden rajallisuuden ja terveysasemien toiminnan supistumisen perusterveydenhuollossa on nähtävissä tehtävämäärissä. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2022).

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymähallitus teki päätöksen tammikuussa 2021 aloittaa yhteistoimintaneuvottelut, joilla haetaan vuosittaisia noin 20 miljoonan euron säästöjä. Säästöjen syntyminen tulee edellyttämään myös rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021a). Rakenteellisten ja toiminnallisten muutoksien tarvetta tukee joulukuussa 2021 valmistunut ensihoidon johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Opinnäytetyössä tarkasteltu dokumenttianalyysin aineisto sisälsi ensihoitotehtäviä (n=48616) 1.1.2019-28.2.2021 väliseltä ajalta Kainuun Sotessa. Dokumenttianalyysissä tarkasteltiin ensihoidokertomuksista vaativien ensihoidotilanteiden esiintyvyyttä ja hoidon toteutumista. Kaikista tehtävistä 149 kappaletta sisälsi vaativan ensihoidotilanteen eli vain 0,31 %. Opinnäytetyön tuloksissa todetaan, että vaativien tilanteiden esiintyvyys on suuntaa antava suhteessa ensihoidon tehtävämäärään koko Suomessa. (Ridell & Penttonen, 2021, 2).

3 Valmentava johtaminen kehittämisen tukena

Demokraattisen yhteiskunnan pitkät perinteet omaavassa Suomessa johtamisen laatu on etu, jossa yksilöä arvostetaan ja hierarkiat eri organisaation portaiden välillä on matalampia (Hiltunen 2014, 18). Toiminnan läpinäkyvyys ja itseohjautuvuuden tukeminen, syrjäyttävät johtajien suorittaman hierarkkisen

seurannan ja valvonnan. Näin ollen nousee esille johtamismalli, jossa keskiössä on auttaa ja poistaa tiimien välisiä sisäisiä ja ulkoisia esteitä arjen toiminnasta. Tällöin tärkeintä ovat asioiden mahdolliseksi tekeminen, haastaa ajattelemaan löytäen ratkaisut ja valmentaa suorittamaan työnsä mahdollisimman hyvin. Näiden tekijöiden summana voidaan ajatella niiden motivoivan myös työntekijää. Vastuu työstä, työympäristöstä, ihmissuhteista ja mahdollisista ongelmista valmentavan johtamisen mallissa jää työyhteisölle ja yksilöille, johtaja omalla toiminnallaan antaa palikoita niiden ratkaisuun ja luoden annetut raamit toiminnalle. (Törmälä, Markkanen & Kadeius 2015, 88–92.)

3.1 Valmentava johtaminen

Valmentavassa johtamisessa keskiössä on kyvykkyyden tukeminen ja johtaminen, jolla tarkoitetaan työn tekemisen mahdollistamista ja tavoitteiden asettamista. Johtajan tulee pitää huoli siitä, että toiminta osaamisen suhteen pysyy ylärajalla ja antaa palautetta yksilökohtaisesti dialogisesti työn sekä toiminnan kehittymisestä. Valmentavaan johtamiseen mielletään lisäksi kannustaminen, tsemppaaminen ja innostaminen, miksi valmentavan johtamisen voidaan katsoa olevan etenkin motivoivaa. (Martela & Jarenko 2017, 116.)

Valmentavan johtamisen perustana pidetään ajatusta, jossa työntekijöitä innostetaan kohti ammatillista kasvua ja kehittymistä mahdollisuuksien antamisen ja niihin oma-aloitteisesti ratkaisujen etsimisen kautta. Tällöin mahdollistetaan valmentavan johtajuuden avulla ammatillinen kasvu ja kehittyminen, jonka taustalla on kiinnostus ja oma-aloitteisuus. Valmentavassa johtajuudessa päätöksiä tekeminen ja luottamuksen rakentumisen dialogisesti edesauttaa kompetenssien toteutumisen. Tehtäviin osallistaminen ja niiden siirtäminen työntekijöille mahdollistuu valmentavassa johtamismallissa, jossa työntekijät nähdään oman alansa asiantuntijoina. Johtaja ohjaa työntekijöitä ja resurssien käyttämistä organisaation tarpeiden ja toiveiden täyttämiseen valmentavassa johtamismallissa. Tämä vaatii työntekijöiltä itseohjautuvuutta ja rohkeutta tehdä päätöksiä itsenäisesti. Organisaation strategian ja vision mukaisesti johtaja luotsaa työntekijöitä oikeaan suuntaan antaen ammatillista palautetta. (Vesterinen 2013, 51–55.)

Johtaminen ja johtajuus liittyvät itseohjautuvuuteen merkittävästi, jolloin johtajuutta tarvitaan itseohjautuvissa organisaatioissa. Itseohjautuvat organisaatiot eivät tarvitse johtajia. Sanana itseohjautuvuus voi olla väärille urille ajattelua johtava. Ilman johtajuutta työyhteisön jäsenet voivat itseohjautua tiimin sisällä työskentelemään. Itseohjautuvuus ei kuitenkaan itsessään riitä organisaation toimintaperiaatteeksi. (Kostamo, Vuori & Vääntinen 2020, 7–8.) Itseohjautuvuus tarvitsee tukipylvääksi valmentavaa johtajuutta, jotta se voisi taata organisaation kilpailukyvyn ja tehokkuuden. Johtamisessa ja valmentamisessa asioita saateen päätepisteeseen, jolloin niiden voidaan ajatella tarkoittavan samoja asioita. Valmentavan johtajuuden tasoja ovat organisaation sisäinen- tai ulkoinen sekä esimiestaso riippuen siitä kuka toimii valmentajana. (Uutela 2019, 27–29.)

Pilarimallia voidaan käyttää apuna keskusteluissa, joissa valmennettavaa halutaan tukea asetettuihin tavoitteisiin siirtymisessä. Valmentavan johtamisen pilarimallissa houkutellaan ratkaisukeskeiseen oppimiskäsitykseen tukeutuen yksilöä tekemään motivoivan tavoitteen avulla ratkaisuja muutokseen pääsemiseksi. Pilarimallin avulla kysymällä ja haastamalla menneisyyden ongelman ydin haetaan ratkaisua tulevaisuuden haasteisiin yksikön tasolla, jolloin tavoitteen asettamisen kautta sitoutetaan toivottuun toimintaan. Tavoitteiden asettamisen ja sitouttamisen kautta voidaan päästä toimintaan, jolla voidaan päästä toivottuihin ratkaisuihin. (Ristikangas ja Ristikangas 2013, 113–114.)

3.2 Valmentava johtaminen hoitotyössä

Vesterisen tutkimuksessa (2013) tuli esille, että valmentavaa johtamistyyliä käyttävät osastonhoitajat motivoivat työntekijöiden ammatillista kehittymistä ja kasvua, motivoimalla ja kannustamalla opiskelemaan uutta ja ylläpitämään ammatillista osaamistaan kouluttautumalla. Tutkimuksessa osastonhoitajat luottivat työntekijöihinsä ja antoivat heidän tehdä itsenäisiä päätöksiä ja joille osastonhoitaja delegoi tehtäviä. Työntekijöiden resursseja hyödynnettiin ja heidät nähtiin asiantuntijoina ottaen huomioon yksilölliset valmiudet työskentelyyn ja tarve saada ohjausta. (Vesterinen 2013, 51–55.)

Tutkiva hoitotyö lehdessä julkaistussa tutkimuksessa (2019) käsiteltiin ensihoitajien käsityksiä ensihoidon turvallisuuskulttuuriin vaikuttavista tekijöistä. Aineisto tutkimukseen oli kerätty vuonna 2015 (n=34) ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittavilta opiskelijoilta ja analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä. Tuloksien perusteella ensihoitajien turvallisuuskulttuuriin muodostumiseen vaikuttavat yhteiskunnallinen toimintaympäristö, organisaation tuki ja ohjaus sekä ensihoitajan rooli työyhteisössä, mutta merkittävä rooli ensihoidon turvallisuuskulttuurin muodostumisella on organisaation johtamisella ja lähiesimiestyöllä. Tutkimuksessa todettiin, että ensihoidon esimiesten koulutuksessa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota henkilöstöjohtamiseen valmentavan johtamisen näkökulmasta työhyvinvoinnin parantamisen näkökulmasta. Työhyvinvoinnilla nähtiin olevan merkittävä rooli turvallisuuden parantamiseen. (Venesoja, Windahl, Hänninen & Nurkka 2019, 3–9.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja opinnäytetyön kysymykset

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena selvittää terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemys, miten tulevaisuudessa järjestetään ensihoidon kiireettömät palvelut, niiden tuottajat sekä millaisia tarpeita nousee esille tehtävien hoitamiseen. Tehtävien hoitamiseen liittyen on tutkimuksellisen osallistavan kehittämistyön kautta tarkoitus luoda malli ihannelilannetta kuvaavasta tavasta järjestää tarpeen mukaiset, oikea-aikaiset ja potilaslähtöiset ensihoitopalveluiden kiireettömät tehtävät.

Tutkimuskysymyksiä ovat

1. Millaisia tukitehtävien tarpeita kiireettömät ensihoitotehtävät edellyttävät, jotta potilas voidaan hoitaa kotiin?
2. Millaisia terveystarpeiden tarpeita, muita tarpeita ja mahdollisia palveluiden tuottajia nousee tutkimuksessa esille?
3. Millä tavalla organisoidaan kiireettömät ensihoitotehtävät asiantuntijoiden mukaan ihannelilanteessa?
4. Miten valmentava johtajuutta voidaan hyödyntää kehittämisessä?

5 Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta sijaitsee tutkimuksen ja kehittämistoiminnan rajoilla tällöin kehittämistoiminnan menetelmiä sovelletaan kirjallisuuden avulla. Menetelmillä haetaan vuorovaikutteista osallistumista, ja tutkimuksellisuutta edistävää kehittämisprosessia. Kehittämistoiminnassa tavoitteellisuus ja käytännöllisyys ovat keskiössä ja päämäärä on suunniteltu. Tavoitteena on asioiden korjaaminen, parantaminen ja edistäminen. Kehittäminen voi kohdistua eri tavoin rajautumalla yksikkökohtaisiin uudistuksiin tai olla jatkuvaa kehittämistoimintaa koko organisaatiotasolla. Kehittämisellä voi olla useita eri syitä, kuten palveluiden laadun ja saatavuuden parantaminen, sisäiset tekijät ja kykyä toimia muuttuvissa tilanteissa. Kehittämistoiminnassa tarvitaan prosessin hallintaa, osallistumista, tutkimusta sekä menetelmää, joka on kokonaisuuden osa. Menetelmät jäsennetään sen perusteella, että käytetäänkö niitä kartoittamiseen, vertailuun vai analysointiin. (Toikko & Rantanen 2009, 14–17;157–160.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä etsitään parempia ratkaisuja ja viedään niitä käytännössä eteenpäin, ei kuvailla tai selitetä asioita (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19). Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan erot tieteellisen tutkimuksen verrattuna ovat niiden päämäärissä: tuotetaanko ilmiöstä uutta teoreettista tietoa vai halutaanko aikaan saada käytännön toimintamallien muutoksia ja uusia ratkaisuja, jolloin tutkimuksen avulla tuotettua tietoa voidaan soveltaa kehittämisessä. (Toikko & Rantanen 2009, 18–19.)

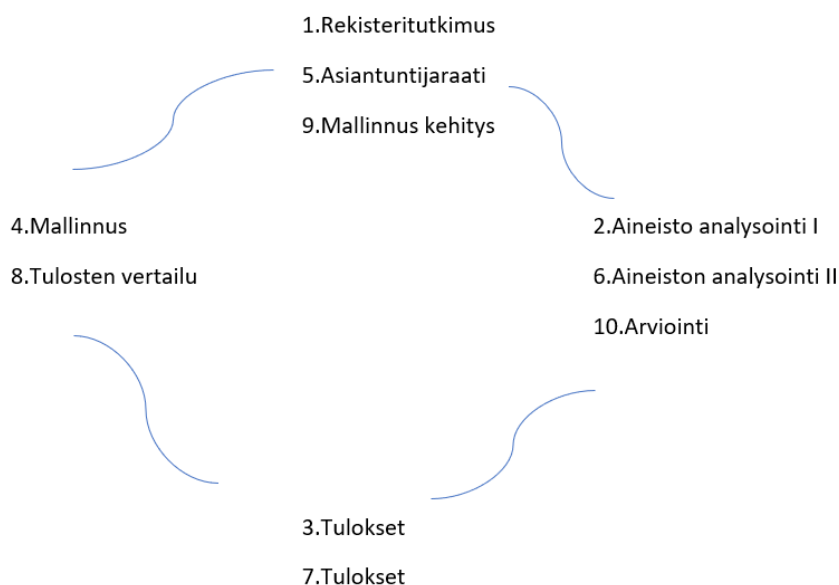
Perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen ovat tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tehtäviä, joista muodostuva lineaarinen suora voidaan kuvata etenevänä prosessina. Tehtävän määrittelyssä se etenee suunnitteluun kautta toteutukseen ja lopussa kehittämisprosessi päätetään ja arvioidaan, mutta toimintatutkimuksissa on yleisesti noussut esille spiraalinen mallinnus prosessista. Spiraalisessa mallissa edetään kehittämisprosessin tehtävien mukaan, mutta prosessia arvioidaan ja muutetaan kehittämisprosessin suuntaa arvioinnin mukaan. (Toikka & Rantanen 2009, 64–66.)

Salonen (2013) on kuvannut kehittämistehtävän prosessimallin, konstruktivistiseksi prosessimalliksi. Malli korostaa yhteisöllistä ja osallistavaa näkökulmaa ja sopii opinnäytetyöhön osallistavuuden näkökulmasta sekä toiminnassa ja toimissa oppimisen vuoksi. Mallissa onnistumisen kannalta keskeistä on tasaver-taisuus ja vuorovaikutuksellisuus. Moniammatillista osallistumista, yhteistyötä ja laajaa vuorovaikutuksellista työtettä edellytetään kehittämistyön tekemiseen, koska konstruktivistinen mallissa tärkeässä osassa ovat täsmällinen suunnittelu, kehittämistehtävän osittamista vaiheisiin, osallisuutta, tutkimuksellista kehittä-misotetta sekä monipuolista menetelmä osaamisen hyödyntämistä. Kehittämis-työtä arvioitaessa vaaditaan pysähtymistä, arviointia ja eteenpäin suuntautu-mista prosessin eri vaiheissa tehtyjen havaintojen pohjalta. (Salonen 2013, 16.)

Mallinnuksen ideasta ja sen työstämisestä aloitetaan konstruktivistinen toimin-nallinen kehittämismalli, jossa aloitusvaiheessa hankeen suuntaa linjataan mää-rittelemällä tarve ja tehtävä kehittämiselle, toimintaympäristö sekä toimijat ja heidän roolinsa. Aloitusvaiheessa on tehtävän onnistumisen kannalta tärkeää puhua aiheesta, siihen liittyvistä asioista sekä vastuista ja sitoutumisesta tehtä-vän tekemiseen. Suunnitteluvaiheessa tehdään kirjallinen kehittämistyön suun-nitelma, jossa aiheen rajaaminen korostuu. Toisaalta kehittämistyötä tehdessä on myös varauduttava siihen, ettei se toteudu suunnitelman mukaisesti. (Salo-nen 2013, 16–19.)

Esivaiheessa luetaan suunnitelma läpi ja organisoidaan tulevaa työskentelyä käytännön työssä. Työstämisvaihe on suunnitteluvaiheen jälkeen toiseksi tär-kein ja vaativin, koska tällöin työskennellään yhdessä sovittua tavoitetta kohti. Työstämisvaiheessa on tarpeellista saada ohjausta ja vertaistukea prosessin etenemiseen, koska kaikki kehittämishankkeen muodostavat osatekijät ovat to-dentuneet. Ohjauksessa erilaisten mielipiteiden ja näkökantojen saaminen ke-hittämishankkeen toteutuksen eri vaiheista sekä vertaistuki auttavat jäsentä-mään mitä tietoa tarvitaan, millaisia menetelmiä käytetään, miten tuotetut ai-neistot dokumentoidaan, keitä on mukana, mitä he tekevät sekä heidän roolinsa ja vastuut. (Salonen 2013, 16.) Tarkistusvaiheessa arvioidaan siirrytäänkö vii-meistelyvaiheeseen vai palataanko työstövaiheeseen työn arvioinnin mukaan.

Tutkimuksellinen kehittämistehtävä muodostuu tuotoksesta sekä kehittämisraportista, jotka hiotaan lopulliseen muotoon viimeistelyvaiheessa. Malli, kuvaus, opas, kirja tai esite voivat olla konkreettinen tuotos kehittämistehtävässä. Viimeisessä vaiheessa valmis tuotos esitetään, julkaistaan ja juurrutetaan käytäntöön. (Salonen 2013, 16–19.)



Kuvio 1. Spiraalimalli (mukaiillen Toikko & Rantanen 2009, 67).

Kuvio 1 kuvaa opinnäytetyön vaiheet spiraalimallin mukaisesti. Tutkimuksellinen kehittämistoiminnan spiraalimaisen ajattelun mukaisesti kehittämistyön ensimmäinen spiraali sisältää rekisteritutkimuksen, aineiston analysoinnin ja tulosten auki kirjoituksen ja mallinnuksen. Toinen spiraali sähköisen kyselyn, asiantuntijaraadin ryhmähaastattelusta, aineiston analysoinnista sekä tulosten auki kirjoituksesta. Viimeinen sykli muodostui tulosten yhteen sovittamisessa, mallinnuksien muutoksen kautta loppuarviointiin.

6 Menetelmälliset valinnat

Tiedon laadun pohjalta tehdään valinta tutkimusmenetelmästä. Keskeinen osa kehittämisprosessin onnistumisesta on menetelmän valinta, koska sen avulla tuotetaan tietoa kehittämistyöhön. Valitun menetelmän noudattaminen on avain

asemassa tutkimuksen tekemisessä ja onnistumisessa, koska menetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista ja mistä tietoa on tarkoitus etsiä ja keneltä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 184). Menetelmän avulla tulisi löytää oikeat avaimet vastata tutkimusaineiston pohjalta tutkimuskysymyksiin ja edetä kohti kehittämistoiminnan tavoitteita. Menetelmälliset valinnat ovat työskentelyn keinoja tai tapoja, joita voidaan hyödyntää joko kehittämistoiminnan tietyissä syklissä tai useammassa syklissä (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 55–56).

6.1 Alkukartoitus rekisteritiedoilla

Rekisteritutkimuksesta puhutaan käytettäessä rekisteritietoja yhtenä tai ainoana tieteellisen tutkimuksen aineistona. Tärkein edellytys rekisteritietojen tutkimuskäytölle on niiden kattavuus ja laatu, joka on Suomessa todettu hyväksi. (Gissler & Räisänen 2012, 3.) Hoitotieteissä tulisi käyttää näyttöön perustuvaa tietojärjestelmistä helposti saatavaa tietoa tutkimusaineistona, koska se on helposti sovellettavaa käytäntöön. Johtajat ja terveydenhuollon poliittiset päätöksentekijät voivat käyttää sitä rajallisten resurssien tehokkaaseen hyödyntämiseen ja päätöksenteon tueksi. (Sund, Nylander & Palonen 2004, 372–379).

Sähköisiin tietojärjestelmiin tallennetun tiedon määrä on suuri, jolloin tiedon hyödyntäminen on mahdollista tutkittavan kohteen määrittelyllä ja rajauksella. Näillä keinoin isoja tietokantoja voidaan tutkia, ryhmitellä ja jäsentää eri menetelmin ja saada aikaan tarkkaa tietoa tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Tarkka tutkittavan kohteen määrittely ja rajaus on välttämätöntä, koska rekisteritiedot on kerätty usein hallinnollisiin ja tilastollisiin käyttötarkoituksiin. Rekisteritietojen käyttö tutkimuksessa vaatii aina aineiston huolellista läpi käymistä ja käsitteiden määrittelyä sekä uudelleen luokittelua tutkittava kohteen mukaisesti. Tästä huolimatta haasteita tutkimukselle ja rekisteriaineiston hyödyntämiselle voi tuoda puutteelliset merkinnät ja erilaiset kirjaamiskäytännöt. (Hirviheimo, Kivekäs & Kinnunen 2015.)

6.2 Delfoi-tutkimus osallistavilla menetelmillä

Delfoi-menetelmä on tulevaisuudentutkimusta, jota hyödyntämällä saadaan esille uusia näkökulmia ja arvauksia, perusteltuja mielipiteitä ja hiljaisen tiedon näkymätöntä pääomaa tutkimuksen tulevaisuuden näkymistä. Menetelmä ei kerro mitään suoraa ennustetta tulevaisuudesta, vaan se rakentaa tuottaen tietoa, millainen tulevaisuuden näkymä asiantuntijoiden mielestä olisi. Pohjimmallaan ajatuksena Delfoi-menetelmässä on, että sen avulla voidaan kommunikoida dialogisien kohtaamisien kautta. Tutkimusmenetelmäksi tämä sopii erityisesti silloin, kun tulevaisuuden näkymät ovat avoimia ja tutkimuksen kohde tai ilmiö on nivoutunut yhteen monista eri palasista, on laaja-alainen ja vaikeasti hahmotettava kokonaisuus. (Rubin 2012, 8.)

Ilmiön asiantuntijat tuottavat tiedon tulevaisuuden tutkimuksessa. Menetelmäoppia voidaan hyödyntää asiantuntijamenetelmissä, jolloin hyödyntäminen edellyttää tutkijan ja asiantuntijoiden tietämystä ja kykyä tulevaisuuden kuvaamisesta. (Metsämuuronen 2001, 28.) Delfoi-menetelmä on tulevaisuudentutkimuksen menetelmä, joka jaetaan useampaan tutkimuskierrokseen, ja siinä kehityksen ”ennustajina” toimivat asiantuntijapaneelin valitut, joissa asiantuntijat subjektiivisesti ottavat kantaa tulevaisuuden näkymään (Kuusi 2013, 248–249).

Kehittämistoiminnassa on tärkeää ottaa toimintaan mukaan toimijat, joita kehittämistyö koskee. Toimijoiden tunteminen ja mukaan ottaminen on tärkeää, koska tiimioppimisen mallilla muodostetaan hiljaisesta tiedosta näkyvää kehittämistyön eteenpäin viemiseksi ja käytänteiden muuttamiseksi. Näillä keinoilla voidaan vaikuttaa motivoivasti toimintaan sekä vastarinta muutokseen voi laimeta. (Summa & Tuominen 2009, 8.)

Tutkimuskierroksien merkitys tiedon jalostumisen kannalta on merkittävä, koska tutkimuskierroksien aikana kerätään mielipiteitä asiantuntijoilta. Tämän jälkeen seuraavilla tutkimuskierroksilla asiantuntijat pääsevät tarkastelemaan toistensa näkemyksiä. (Metsämuuronen 2001, 53.) Delfoi-menetelmänä antaa mahdollisuuden asiantuntijoiden syventää, jäsentää ja korjata kannanottojaan dialogisen

menetelmin, anonymiteetin säilyessä. Onnistuessaan menetelmä voi olla kommunikaation ja dialogisuuden avulla oppimisprosessi. (Rubin 2012, 8–9.)

6.2.1 Laadullinen kyselytutkimus

Laadullisen kyselytutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen (Metsämuuronen 2001, 14). Laadullisessa tutkimuksessa ilmiöitä yritetään tutkia kaikenkattavasti (Hirsjärvi ym. 2013, 160–164). Laadullisessa tutkimuksessa uskotaan löytyvän useampia totuuksia ja näkökulmia, joten se on eri tavoilla ymmärtävää, kuvailevaa ja havainnoivaa. Laadullisessa tutkimuksessa kokonaisuus on tärkeämpää kuin palaset, ja siinä tutkija on osa tutkimusprosessia. Tulkinnallisuus ja rikas kertovuus ovat ominaista laadullisella kyselytutkimuksella, joten parhaimmillaan kvalitatiivisella kyselytutkimuksella saadaan esiin monisyisiä ilmiöitä aidosti kuvaavia tuloksia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 8).

Kyselytutkimuksen tiedon keruussa voidaan käyttää paperisia kyselylomakkeita, haastatteluja tai sähköisiä kyselyjä. Tiedon keruumenetelmää pohdittaessa täytyy miettiä käytettävissä olevia resursseja ja kuinka kohderyhmä saavutetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu on avainasemassa aineiston keruun ja tutkimuksen onnistumisen kannalta. Tutkijan tulisi kiinnittää huomiota kysymysten muotoiluun ja asetteluun, joten loogisesti samaan teemaan liittyvien kysymysten tulisi olla lomakkeessa peräkkäin ja ulkonäkö kysymyslomakkeessa tulisi olla selkeä ja asiallinen. (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2013.)

6.2.2 Asiantuntijapaneeli

Asiantuntijapaneeli pidetään, jotta tutkimusaineistoa voidaan syventää. Tutkija voi saada asiantuntijapaneelin avulla esiin uusia näkökantoja ja kulmia tutkittavasta asiasta. Uusien näkökulmien saadaan, kun asiantuntijapaneelin osanottajat kuunnellessaan muiden asiantuntijoiden mielipiteitä ja dialogista keskustelua saavat samalla uusia visiota omia ajatusmalleja silmällä pitäen lisäksi oppien muiden ajatuksista. Tutkimusmenetelmänä asiantuntijapaneeli toimii hyvin, jos asiantuntijoilla on yhteisiä ammatillisia kokemuksia, näkemyksiä ja ajatuksia. (Anttila 2014). Asiantuntijapaneelia käytettäessä on avainasemassa asiantuntijoiden määrän sijasta laatu. Jos asiantuntijapaneeliin ei saada koostettua

monipuolista asiantuntemusta, se tulisi ottaa huomioon tuloksien analysoinnissa. Asiantuntijoiden mahdollisuus ja motiivi osallistua Delfoi-tutkimukseen on suositeltavaa varmistaa etukäteen. (Kuusi 1999.) Delfoi -metodissa asiantuntijoiden määrä paneelissa voi vaihdella kymmenestä jopa tuhanteen, mutta jo 10–15 asiantuntijan paneelia pidetään riittävänä (Metsämuuronen 2000, 55).

6.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä teemoitellen

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleensä induktiivista sisällönanalyysiä, koska jos asiasta ei ole juuri olemassa olevaa tietoa tai tieto on repaleista sillä, voidaan tarkastella monipuolisesti ja yksityiskohtaisesti sanoja teoreettiselta pohjalta (Hirsjärvi ym. 2013, 164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167). Laadullista sisällönanalyysiä hyödynnetään useimmiten tekstimuotoisten aineistojen analysoinnissa. Analyysiin sisällytetään aineiston luokittelu eri aiheiden ja teemojen perusteella sekä tyypittelyä jakaen aineisto erityyppisiin ryhmiin, koska näin analyysin avulla pyritään saamaan esille tutkimusongelmien kannalta keskeisten seikkojen ilmeneminen ja esiintyminen käytettävissä olevasta tutkimuksellisesta tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 123–125.)

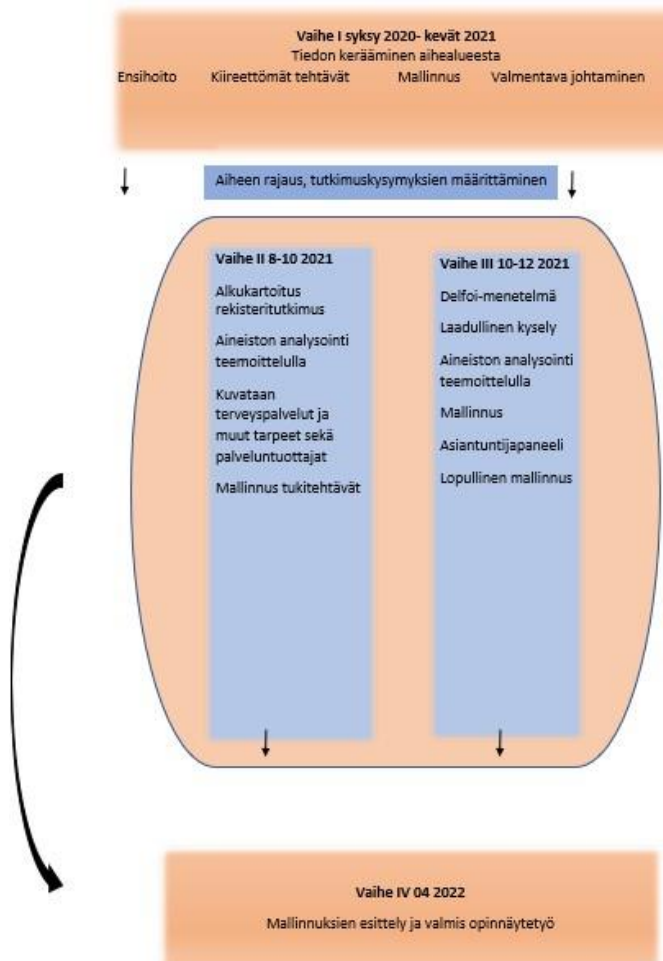
Aineiston analyysissä aineistoa luetaan, pohditaan, sisältöä järjestellään ja rakennetta hiotaan kokeilemisen kautta, hakien tutkimuksen kannalta vastauksia ratkaiseviin kysymyksiin. Joskaan niiden saaminen ei ole yksiselitteisen helppoa. Uudenlaiseksi kokonaisuudeksi tutkimusaineisto järjestetään jakamalla se pienempiin osien käsitteiden avulla. Lopuksi aineisto järjestetään johtopäätösten tekoa varten. (Hirsjärvi ym. 2013, 151–157, 184).

Tutkimuskysymyksiä vastaavia teemoja saadaan esille lähestyttäessä aineistoa teemoittelulla. Aineistosta saadaan nostettua teemoittelun avulla esille tiettyjen teemojen ylös nouseminen ja näkyminen sekä on mahdollisuus tarkastella niitä etsien yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia, joten voidaan löytää tutkimuksen kannalta olennaiset aiheet ja tämän jälkeen erotella nämä. (Eskola & Suoranta 2005, 174.) Teemoittelun avulla voi keskittyä aineiston sisältöön tiettyjen aihepiirien mukaan, jossa keskipisteenä on aineiston pilkkominen ja ryhmittely. Näiden toimintojen avulla voidaan vertailla ja seurata valittujen teemojen

esiintymistä aineistossa, jolloin teemoittelussa painotetaan sitä mitä kussakin teemassa nousee esille. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105–107.)

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tekemisessä etenin kehittämistehtävän aihevalinnan jälkeen määritellen opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteet sekä tutkimuskysymykset. Aloitin opinnäytetyön tiedon keräämisen aihealueesta syksyllä 2020 ja teoreettisen viitekehyksen koostamisen tammikuussa 2021, jolloin laadin opinnäytetyölle työvaiheet ja työskentelyaikataulun (kuvio 2).



Kuvio 2. Opinnäytetyön toteutus

Kuviossa aiheen, viitekehyksen ja tutkimuskysymysten rajauksen jälkeen tammikuussa 2021 perehdyin teoreettiseen tutkittuun tietoon laajasti avaten

opinnäytetyön keskeiset käsitteet sekä määrittäen tutkimuskysymykset. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2021. Tutkimuksellisen kehittämistehävän toisessa vaiheessa alkukartoitus tehtiin rekisteritutkimuksella elo-, ja syyskuussa 2021, jonka aineisto analysoitiin teemoitellen. Teemoittelulla määriteltiin ensihoidon tukitehtävät ja muut tarpeet sekä palveluiden tuottajat. Näiden perusteella muodostin tukitehtävien mallinnuksen. Kolmannessa vaiheessa lokakuusta joulukuuhun 2021 tulevaisuutta tutkivaa Delfoi- menetelmää käytettiin laadullisen kyselytutkimuksen menetelmänä keräten tietoa asiantuntijoilta tukitehtävien mallinnuksen käyttökelpoisuudesta kiireettömien tehtävien järjestämisessä. Terveystieteiden ammattilaisille tehdyn laadullisen kyselytutkimuksen aineiston perusteella koostin teemoitellen mallinnukset tehtävien järjestämisestä sekä valmentavan johtajuuden merkityksestä kehittämisen tukena. Mallinnukset esittelin asiantuntijapaneelissa joulukuussa 2021. Asiantuntijapaneelin perusteella mallinnukset täsmentyivät ja täydentyivät. Maaliskuussa 2022 valmis opinnäytetyö ja mallinnukset julkaistiin.

7.1 Rekisteritutkimuksen toteutus ja aineiston analyysi

Tutkimuksen alkukartoituksessa määriteltiin rekisteritietojen pohjalta tulevaisuuden ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtävien esille tuomia tarpeita ja mahdollisia palveluiden tuottajia hakemalla vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia tukitehtävien tarpeita kiireettömät ensihoidotehtävät edellyttävät, jotta potilas voidaan hoitaa kotiin?
2. Millaisia terveystieteiden tarpeita ja muita tarpeita sekä mahdollisia palveluiden tuottajia nousee tutkimuksessa esille?

Tukitehtävien mallin muodostuksessa käytettiin rekisteritutkimusta, jolla tutkittiin hätäkeskuksen välittämiä suoritettuja ensihoidotehtäviä HY-RI-PA- alueelta määrään, tehtäväkoodin, kuljetuskoodin ja x- koodin perusteella. Tutkimuksessa käytettävä aineisto saatiin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ensihoitokeskuksen rekisteriaineistosta. Tutkimukseen saatiin tutkimuslupa

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. Tehtäväkoodina tutkimuksessa käytettiin D774 ja niiden kohdentumista HY-RI-PA- alueelle 1.8.2020-30.1.2021 välisenä aikana. Hätäkeskuksen kiireellisyys luokituksessa se on kiireetön ja riskitön tehtävä, johon liittyy yleistilan lasku, mutta peruselintoimintojen häiriö on poissuljettu. Näin ollen perusterveydenhuollon kiireettömien palvelujen saatavuus voisi mahdollistaa muiden palveluiden kuin ensihoidon käyttämisen.

Merlot järjestelmän tilastoista HY-RI-PA- alueella D774- tehtävien määrä on ollut opinnäytetyön tarkastelujakson aikana 112 tehtävää. Näistä ensihoitotehtävästä 86 kappaletta täytti kriteerit. Kriteerit täyttävät ensihoitokertomukset jaoteltiin D774-kuljetuksiin, X-8 ja X-4 koodeihin. Kiireetön kuljetus D774 oli 39 tehtävässä, joista 25 kuljetusta kohdentui suoraan erikoissairaanhoidon ja loput 14 perusterveydenhuoltoon. Ensihoitotehtäviä, joissa suoritteena muu kuljetus X-4, oli 15 kappaletta. Näistä päätyi suoraan erikoissairaanhoidon kuusi. Ensihoitotehtäviä, joissa potilas hoidettiin kohteessa X-8, oli tarkastelujaksolla 32 kappaletta. Kuntien väkilukuun suhteutettuna kuljetukseen johtaneita tehtäviä oli eniten tilastojen valossa Ristijärvellä 1,5 tehtävää /100 asukasta kohti, kun Paltamossa ja Hyrynsalmella vastaava luku oli 1,2 tehtävää /100 asukasta kohti. Väkilukuun suhteutettuna Ristijärvellä on tilastoista luettavissa 2,15 tehtävää /100 asukasta kohden, kun vastaava luku oli Paltamossa 1,3 ja Hyrynsalmella 0,72. (Juntunen 2021.)

Aineiston analyysi vaiheessa päädyttiin yhdistämään tutkimuskysymyksistä ensimmäinen kysymys ja osa kysymyksestä kaksi, koska niiden rajaa on haastava eritellä ensihoitotehtävien sisällön analyysistä tehtävällä teemoittelulla. Laadullinen rekisteriaineisto sähköisestä Merlot kirjaamisjärjestelmässä analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä eli teemoittelulla. Opinnäytetyössä edettiin yksittäisestä havainnosta tulokseen, jolloin X- 8 tehtävien kuljettamatta johtaneiden ensihoitotehtävien aineisto kirjoitettiin auki ja perehdyttiin sisältöön lukemalla. Tämän jälkeen pelkistämällä etsin samaa tarkoittavat ilmaukset, jotka listattiin mahdollisimman sana tarkasti. Pelkistämällä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin 1 ja 2. Tämän jälkeen ryhmittelyn kautta yhdistettiin samankaltaiset asiat, joista muodostettiin alaluokat ja nimettiin sisältöjen mukaan. Samaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi terveystarpeet ja muut tarpeet sekä

palvelun tuottajat muodostaen kokoavan käsitteet nimeämään niitä. Yhdistelyn jälkeen havainnot kirjattiin ylös havaintotaulukoihin. Esimerkkinä opinnäytetyön aineiston teemoittamisesta X-8 tehtävillä (Liite 6), ja niistä esille nousseet kuljettamatta jättämisen perusteet, joista on poimittu terveystalvelut ja muut tarpeet, joista muodostettiin yhdistävä luokka ja määriteltiin kokoavaksi käsitteeksi tukitehtävät sekä palvelun tuottajat.

Laadullinen rekisteriaineisto sähköisestä Merlot kirjaamisjärjestelmässä analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä eli teemoittelulla. Opinnäytetyössä edettiin yksittäisestä havainnosta tulokseen, jolloin X- 4 tehtävien kuljettamatta johdaneiden ensihoitotehtävien aineisto kirjoitettiin auki ja perehdyttiin sisältöön lukemalla. Tämän jälkeen pelkistämällä etsin samaa tarkoittavat ilmaukset, jotka listattiin mahdollisimman sana tarkasti. Pelkistämällä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin 1 ja 2. Tämän jälkeen ryhmittelyn kautta yhdistettiin samankaltaiset asiat, joista muodostettiin alaluokat ja nimettiin sisältöjen mukaan. Samaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi terveystalvelut ja muut tarpeet, joista on muodostettu yhdistävä luokka ja määritelty kokoava käsitteeksi tukitehtävät sekä palvelun tuottajat omana pääluokkana. Yhdistelyn jälkeen havainnot kirjattiin ylös havaintotaulukoihin.

Laadullinen rekisteriaineisto sähköisestä Merlot kirjaamisjärjestelmässä analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä eli teemoittelulla. Opinnäytetyössä edettiin yksittäisestä havainnosta tulokseen, jolloin D774 tehtävien kuljetuksiin johtaneiden ensihoitotehtävien aineisto kirjoitettiin auki ja perehdyttiin sisältöön lukemalla. Tämän jälkeen pelkistämällä etsin samaa tarkoittavat ilmaukset, jotka listattiin mahdollisimman sana tarkasti. Pelkistämällä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin 1 ja 2. Tämän jälkeen ryhmittelyn kautta yhdistettiin samankaltaiset asiat, joista muodostettiin alaluokat ja nimettiin sisältöjen mukaan. Samaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi terveystalvelut ja muut tarpeet, joista kokoavan käsitteeksi muodostui tukitehtävät ja palvelun tuottajat. Yhdistelyn jälkeen havainnot kirjattiin ylös havaintotaulukoihin

7.2 Delfoi - laadullinen kysely ja aineiston analyysi

Tutkimuksellisen kehittämistehtävän kolmannessa vaiheessa laadullinen aineisto kerättiin asiantuntijoille sähköpostilla lähetetyllä laadullisella kyselyllä, jonka mukana oli saatekirje. (Liite 1) Avoimet kysymykset laadittiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla ja lähetettiin sähköisesti valikoituneille terveydenhuollon kuudelle asiantuntijalle, kyselyyn vastasi neljä. Terveydenhuollon asiantuntijoilla oli rekisteritutkimuksen tukitehtävien mallin pohjalta (Liite 2) mahdollisuus päästä arvioimaan mallin mahdollisuuksia tulevaisuudessa organisoitaessa ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtäviä. Tukitehtävien mallinnuksen perusteella asiantuntijat pääsivät arvioimaan tarvetta, organisointia, päätöksiä, kuinka malliin voidaan päästä, millaisia muutoksia, haasteita ja mahdollisuuksia malli voisi antaa tulevaisuuden kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämiselle. Osana kehittämistehtävän prosessia kyselyllä haluttiin selvittää kuinka valmentavaa johtamista, voidaan hyödyntää osana kehittämistä. Valmentavan johtajuuden osalta aihepiirit kyselyssä liittyivät päivittäiseen hyödyntämiseen, tukemiseen, haasteisiin ja mahdollisuuksiin.

Tutkimuksellisen kehittämistehtävän kolmannessa vaiheessa kyselylomakkeen avoimet laadulliset kysymykset (Liite 2) käsiteltiin aihepiirien mukaan. Aihepiirit kysymyksissä käsitelivät tarvetta, organisointia, päätöksiä, kuinka malliin voidaan päästä, millaisia muutoksia, haasteita ja mahdollisuuksia malli voisi antaa tulevaisuuden kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämiselle. Pelkistyksessä laadullisen kyselyn vastaukset kirjoitettiin auki yhdenmukaiseen muotoon kysymyksittäin, jolloin yhdenmukaisen tekstin lukeminen auttoi hahmottamaan kokonaisnäkömyksen aineistosta. Lukemisen ja aineistoon tutustumisen jälkeen kyselylomakkeen mukaan tekstistä yliviivattiin korostusväreillä samaan asiaan liittyvät ilmaukset, jotka listattiin aineiston tekstin kanssa sana tarkasti. Ryhmitteilyn kautta pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin kysymyksittäin ja muodostettiin alaluokkia, jotka nimettiin käsitteiden mukaan. Samankaltaiset alaluokat yhdistettiin, joista muodostettiin yläluokkia. Yläluokat muodostuivat laadullisen kyselylomakkeiden kysymysten mukaan teemoitellen aihepiirien mukaan; tarve, organisointi, päätökset, kuinka malliin voidaan päästä, muutokset, haasteet ja

mahdollisuudet. Valmentavan johtamisen mallin yläluokat muodostuivat päivittäisen hyödyntämisen, tukemisen, mahdollisuuksien ja haasteiden aihepiirien mukaan.

7.3 Delfoi - asiantuntijapaneeli ja aineiston analyysi

Eri toimijoiden rajapintojen havainnointi on merkityksellistä asiantuntijapaneelin osallistujien valinnassa, joten asiantuntijat valikoitiin mahdollisimman laajasti työkokemuksen, kehittämismyönteisyyden ja ammatillisen osaamisen sekä palveluverkkotuntemuksen vuoksi. Asiantuntijoilla oli näkemystä perusterveydenhuollon vastaanotolta, ensihoidosta, ikääntyneiden palveluista sekä kotisairaalaista, joka oli merkityksellistä työn luotettavuuden kannalta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada asiantuntijapaneeliin osallistumaan kaikki kyselyyn vastanneet. Neljän ensihoidon asiantuntijaan kutsumiseen päädyin siksi, koska paneelin koko tuli olla pieni. Pienen ryhmän kanssa keskustelu oli vastavuoroista, dialogista ja rikasta. Isomman asiantuntijajoukon kanssa keskustelun dokumentointi olisi ollut vaikeampaa, jonka lisäksi suuri määrä ihmisiä voi toimia keskustelun motivoinnin sijaan sen tukahduttajana. Asiantuntijapaneeli pidettiin 7.12.2021 ensihoitokeskuksella Kajaanissa. Aikaa paneelille oli varattu 1,5 tuntia. Hyödynsin ulkopuolista kirjaajaa paneelissa, joka teki muistiinpanot tekstimuotoon kirjoitettuna. Alkuperäinen ajatus asiantuntijapaneelin keskustelun litteroinnista olisi tutkimuksen kokonaiskuvaa katsoessa ollut liian laaja-alainen tehtävä ja aikaa vievä osa.

Tässä tutkimuksessa toisen tutkimuskierroksen asiantuntijapaneelin aineisto käsiteltiin kysymyksittäin mallinnuksen mukaan (Liite 3) etsien aineistosta eroavaisuuksia alkuperäiseen esitettyyn malliin. Vastaukset oli kirjoitettu auki yhdenmuokaiseen tekstin muotoon kysymyksittäin siinä muodossa, jossa ulkopuolinen sihteeri oli ne dokumentoinut. Perehdyin kirjoitettuun aineistoon lukemalla, joka auttoi hahmottamaan kokonaisnäkemystä aineistosta. Lukemisen jälkeen tekstistä yliviivattiin korostusväreillä eroavat pelkistetyt ilmaukset. Listasin pelkistetyt ilmaukset, jotka erosivat tehtävien järjestämisestä laadullisen kyselyn perusteella tehdystä mallista. Tämän jälkeen muodostin ryhmittelyn kautta pelkistetyt ilmaukset kysymyksittäin ja muodostin alaluokkia, jotka nimettiin käsitteiden

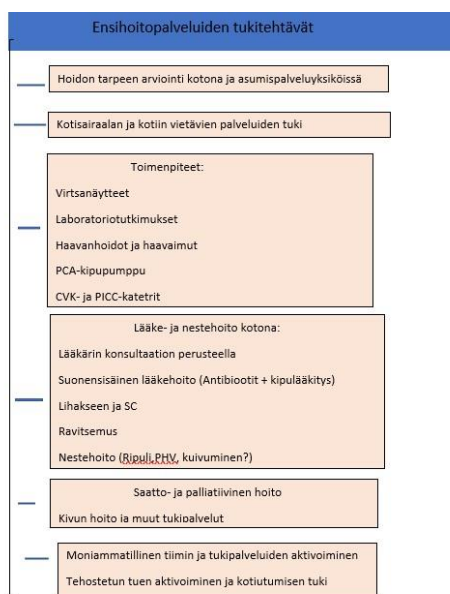
mukaan. Samankaltaiset alaluokat yhdistettiin, joista muodostuivat yläluokat aihepiirien mukaan tarve, organisointi, päätökset, kuinka malliin voidaan päästä, muutokset, haasteet ja mahdollisuudet. Valmentavan johtamisen mallin yläluokat muodostuivat päivittäisen hyödyntämisen, tukemisen, mahdollisuuksien ja haasteiden kyselylomakkeen ja mallin aihepiirien mukaan.

8 Opinnäytetyön tutkimustulokset

Tutkimuksellisen kehittämistyön tehtävänä oli tuottaa malli kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisesta Kainuussa ja vastata siihen, kuinka kehittämistä voidaan tukea valmentavalla johtajuudella. Mallin keskiössä on potilas, koska kiireettömät potilaat voidaan hoitaa kotona, kun perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on haasteita ja erikoissairaanhoidolle ei ole tarvetta. Ensihoitotyö on laajentunut viimeisten vuosien aikana osittain akuuttihoitotyöstä potilaan kokonaisvaltaiseen tilanarviointiin, hoitamiseen ja ohjaamiseen. Ensihoitotyö vaatii kykyä itsenäiseen hoidontarpeenarviointiin ja potilaan ohjaamiseen, laaja-alaisen lääkehoidon antamiseen lääkärinkonsultaation tai kirjallisen hoito-ohjeen mukaan.

8.1 Rekisteritutkimuksen tulokset ja mallinnus tukitehtävistä

Tutkimuksellisen kehittämistehtävän toisessa vaiheessa ensihoidon tukitehtävien malli (kuvio 3, löytyy liitteistä suurempana liite 2) koostettiin rekisteriaineistosta laadullisella sisällön analyysillä teemoitellen. Rekisteritutkimuksen analyysissä nousi esille kaksi eri pääluokkaa terveystalvet ja muut tarpeet sekä palveluiden tuottajat, jotka muodostavat tukitehtävien järjestämisen mallin ja vastaavat alla oleviin tutkimuskysymyksiin. Yhdistäväksi luokaksi terveystalvet ja muille tarpeille muodostui tukitehtävät.



Kuvio 3. Ensihoitopalveluiden tukitehtävät.

Millaisia tukitehtävien tarpeita kiireettömät ensihoitotehtävät edellyttävät, jotta potilas voidaan hoitaa kotiin ja

Millaisia tarpeita ja mahdollisia palveluiden tuottajia nousee tutkimuksessa esille

Terveyspalvelut ja muut tarpeet yläluokiksi D774 tehtävien alle muodostui lääkehoidon ohjeet, kattava tietojärjestelmä, hoitopolkujen kehitys, vierianalytiikka, konsultointimahdollisuus, moniammatillinen yhteistyöverkosto, kattava hoito- ja työohjeistus alueellisesti kotiin vietävät palvelut ja hoivakodit sekä perusterveydenhuollon palvelut.

8.1.1 Hoidon tarpeen arviointi ja kotiin vietävien palveluiden tuki

Hoidon tarpeen arviointi kotona ja asumispalveluyksiköissä nousi esille tutkimustuloksissa, kun perusterveydenhuollossa on resurssien puute lääkärin palvelujen saatavuudessa. Jolloin aineiston pohjalta voidaan päätellä, että resurssien puute nousee esille kotiin vietävien palveluiden ja asumispalveluyksiköiden tarpeesta kokonaisvaltaiseen tilanarviointiin, hoitamiseen ja ohjaamiseen sekä lääkärin konsultaatio mahdollisuuden puutteeseen. Päivystyksellisiin palveluihin ohjaa kokonaisvaltainen tilanarviointi, lääke-, ja nestehoito ja laboratoriotutkimukset. Päivystyksellisiltä tarpeilta tässä tapauksessa vältyttäisiin ja kotiin

hoitaminen olisi mahdollista kattavien saatavilla olevien konsultaatiomahdollisuuksien, tietojärjestelmien ja vierianalytiikan avulla.

Kotisairaalan ja kotiin vietävien palveluiden tuen tarve nousi tuloksissa esille tarpeena kotiin vietävien päivystyksellisten palveluiden kehittämisessä. Aineiston analyysin pohjalta voidaan päätellä, että tällä tavoin voidaan tukea potilaiden ohjautumista tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin. Tämä vähentäisi epätarkoituksen mukaisia päivystyksellisten palveluiden käyttöä sekä ensihoidon kuormitusta.

8.1.2 Toimenpiteet ja lääke- ja nestehoito

Terveyspalvelut ja muut tarpeet yläluokiksi X-8 tehtävien alle muodostui lääkehoito ja sen kattava ohjeistus, työvälaineet, omahoidon ohjaus, konsultointi ja yhteistyöverkosto sekä työ- ja hoito- ohjeet.

Tuloksien perusteella toimenpiteet kotiin hoidon saamisessa olivat monipuolisia, joissa ensihoitopalvelun tuki ympärivuorokautiseen kotisairaala toimintaan haja-asutusalueilla oli monipuolinen. Aineiston pohjalta voidaan päätellä, että virtsakokeet, laskimoverinäytteet, haavanhoidot ja haavaimujen osaaminen osana sairaanhoitajan työnkuvaa tekivät kotiin hoitamisen mahdolliseksi. Tulevaisuudessa palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen mahdollistaa PCA- kipupumppuosaamisen osana sairaanhoitajan työnkuvaa ensihoidossa koko Kainuussa. Tällä hetkellä PCA- kipupumppujen koordinointi Kainuussa klo 22–7.00 on Ristijärven Aliisalla.

Tuloksissa lääke- ja nestehoidon mahdollisuus kotiin hoitamisessa nousi esille selkeästi. Kokonaisvaltaisen hoidon tarpeen arvion mukaisesti konsultointi- ja yhteistyöverkostosta saatu kattava lääkehoidon mahdollisuus ja ohjeistus, lääkemuutoksien tekeminen, kipulääkityksen, antibioottihoidon sekä omahoidon tehostaminen, ohjaamiseen ja tukeminen olivat tärkeitä. Aineiston analyysin perusteella voidaan päätellä, että asumispalveluyksiköissä vältettiin päivystyksellistä palvelujen tarvetta, kun hoidon tarpeen arvion avulla nestehoidon tarpeen selvittäminen, konsultointi, suunnittelu, toteuttaminen ja jatkohoito sekä ravitsemushoidon toteutus osana kotisairaaloimintaa voitiin hoitaa kotona.

8.1.3 Saatto- ja palliatiivinen hoito

Tuloksissa nousivat esille saattohoito ja palliatiivisen hoidon tarpeet kotiin vietävien palveluiden ja asumispalveluyksiköiden palliatiivisen ja saattohoidon suunnitelmiin ja linjauksiin. Näihin liittyen tuloksissa nousi esille vaikuttavan perusterveydenhuollon palveluiden lääkäriresurssin puute. Aineiston analyysin perusteella voidaan ajatella, että palliatiivisen hoitoon siirryttäessä hoitosuunnitelmat ja hoidon linjaukset ovat puutteelliset tai puuttuvat hoitavan tahon osalta. Yksityisten hoitokotien ja asumispalveluyksiköiden lääkäri resurssien vaihtelun vuoksi näiden tekeminen on haasteellista. Päivystyksellisesti palliatiiviseen hoitolinjaan siirryttäessä haasteita aiheuttaa potilastietojen saatavuus linjausten ja päätösten pohjaksi. Päivystyksellisiltä käynneiltä välttyttäisiin näissä tapauksissa alueellisesti kattavilla hoito- ja työohjeistuksilla, hoitosuunnitelmien ja linjausten ennakoimisella lääkäriresurssia kohdentamalla näihin kotiin vietäville palveluille ja asumispalveluyksiköille.

8.1.4 Moniammatillinen tiimi ja tukipalvelut

Moniammatillisen tiimin ja tukipalveluiden aktivoitumisen tarve nähtiin tuloksien perusteella mielenterveys- ja päihdepotilaiden osalta selkeänä, joten aineiston analyysin pohjalta pääteltynä onkin ratkaisevaa, missä terveyspalveluiden suurkuluttajien ongelmiin vastataan. Päihde- ja alkoholi ongelmista ohjautuvat päivystyspalveluihin moniongelmaisten syiden vuoksi, joihin perusterveydenhuollossa ei pystytä vastaamaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmien pahenemisen taustalla on pääteltävissä aineistosta pandemian vaikutuksesta avohoidon lisääntyminen ja hoitoaikojen lyhentymisen. Tutkimustuloksissa on nähtävissä näiden vaikuttavan laajasti sosiaali- ekonomiseen tilanteeseen mielenterveys- ja päihdepotilailla. Uusia toimintamalleja mielenterveys- ja päihdehoitotyössä haastavat kehittämään digitaalisten palveluiden kehittyminen ja hoitovelka, jolloin päivystyksellisten palvelujen suurkuluttajien osalta ratkaisu voisi olla jalkautuvien palveluiden mahdollisuus, joissa palveluita viedään ihmisten luokse jalkautuvalla mallilla moniammatillisen tiimin ja tukipalveluiden aktivoitumisen avulla.

Tehostetun tuen aktivoituminen ja kotiutumisen tukien avulla voitaisiin taata tuen tarve sen lisääntyessä akuutisti. Aineiston pohjalta voidaan päätellä, että kotiin vietävien palveluiden ja perusterveydenhuollon resurssien puute yhdessä aiheuttaa palvelutarpeen vastaamisen hitauden, RAI- arvioinnin puutteen ja riittämättömän tuen tarpeen mitoituksen, jolloin kotona ei pärjätä. Tällöin ohjaututaan päivystyksellisiin palveluihin. Aineiston analyysin pohjalta pääättelemällä voidaan löytää ratkaisuja siihen, kuinka potilaan hoitaminen kotiin näissä tilanteissa mahdollistuisi kattavilla alueellisilla työ- ja hoito-ohjeilla, moniammatillisten konsultaatiomahdollisuuksien ja yhteistyöverkostojen sekä sairaanhoitajan-resurssin lisäyksellä. Sairaanhoitajanresurssi voitaisiin käyttää hoidon tarpeen ja palvelutarpeen sekä RAI- arviointiin, joten ennaltaehkäisevästi huomataan tuen tarpeen lisääntyminen. Moniammatillisen yhteistyöverkoston konsultoinnilla voitaisiin tehostetusti lisätä kotiin tukipalveluita tarvittaessa.

Terveyspalvelut ja muut tarpeet yläluokiksi X-4 tehtävien alle muodostui alueelliset hoito- ja työohjeet, työvälaineet, kattavat kotiutusohjeet, vierianalytiikka sekä kattava lääkehoito.

Päivystyksellisiin palveluihin ohjaavat syyt vahvistivat tukitehtävien mallin tarvetta X-4 tehtävien tuloksissa. Terveyspalveluja ja muita tarpeita analysoitaessa esiin nousi ensihoitopalveluiden vierianalytiikan ja lääkevalikoiman puutteet. Aineiston pohjalta voidaan päätellä, että potilaita päivystyksellisten palveluiden piiriin ohjasivat erikoissairaanhoidon puutteelliset ohjeet jatkohoidosta, kotiin vietävien palveluiden henkilöstön kokonaisvaltainen hoidon tarpeen arvioinnin osaamisvajae sekä resurssien niukkuus.

8.1.5 Palveluiden tuottajat

Palveluiden tuottajien yläluokkia D774-kuljetuksista ei ollut. Perusterveydenhuollon ja kotiin vietävien palveluiden tulosityksiköiden riittämättömät resurssit tekevät siitä mahdotonta. Ensihoitopalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden palvelurakenne Kainuussa eivät tällä hetkellä mahdollista potilaiden kotiin hoitamista ilman muutoksia organisaation rakenteissa.

Tutkimustuloksien mukaan kotiin hoitaminen voitiin mahdollistaa palveluiden tuottajien mukaan X-8 tehtävissä kolmessa yläluokassa: erikoissairaanhoido,

perusterveydenhuolto ja kotiin vietävät palvelut. Erikoissairaanhoidon puolelta kotiin hoitamisen mahdollisti akuuttihoidon palveluista päivystyspoliklinikka ja ensihoitopalvelut. Palliatiivisessa yksikössä syöpäpoliklinikka ja palliatiivinen osasto mahdollistivat kotiin hoitamisen. Kotiin vietävien palveluiden toimintojen tehostaminen ja yhteistyö nousi esille kotiin hoitamisen mahdollistavana palveluntuottajana. Perusterveydenhuollon osalta vaikuttavana tekijänä tutkimuksessa esille nousi kotisairaala Aliisan toiminta kotiin hoitamisen mahdollistajana kuntien terveysasemien ja vuodeosastojen tuella.

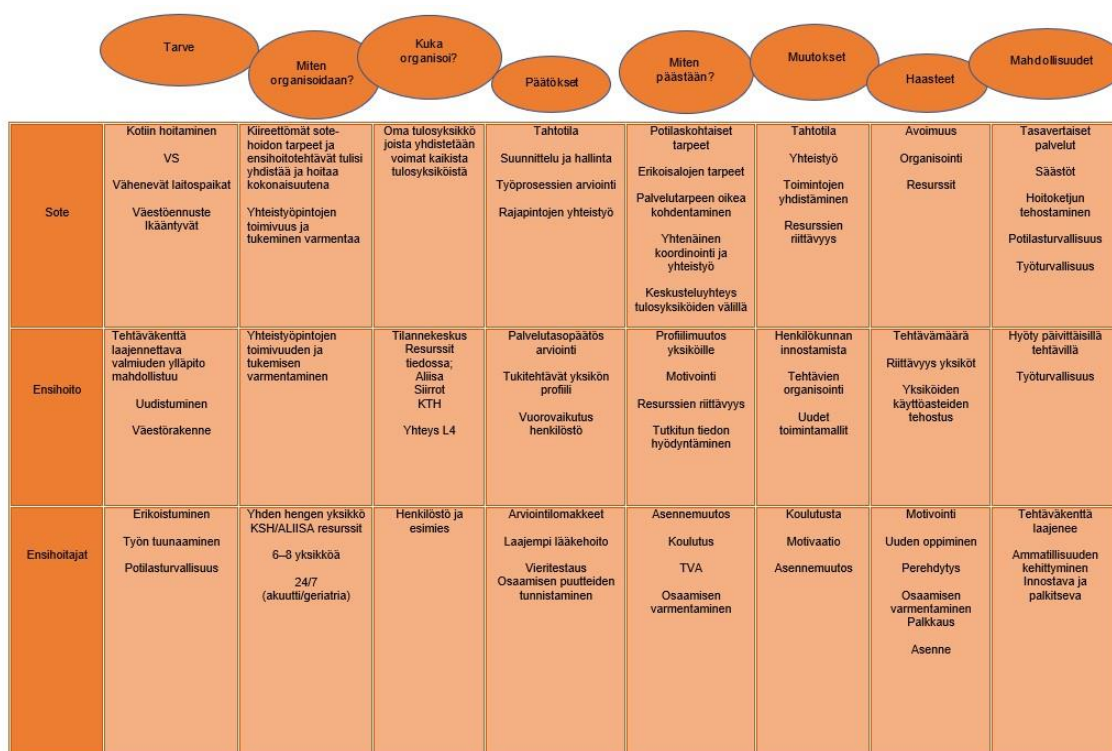
Tutkimustuloksien mukaan kotiin hoitaminen voitaisiin mahdollistaa palveluiden tuottajien mukaan X-4 tehtävissä kolmessa yläluokassa: perusterveydenhuollon palvelut, kotiin vietävät palvelut sekä ensihoitopalvelut. Perusterveydenhuollon palveluista kotiin hoitamisen mahdollistaisi kotisairaala Aliisa ja terveysasemien sekä etälääkärien resurssien lisäys. Hoitavan henkilökunnan sekä lääkäri resurssien lisäys kotiin vietävissä palveluissa mahdollistaisivat kotiin hoitamisen. Tutkimustuloksissa nousi esille se, että ensihoitopalveluiden toimintoja muokkaamalla ja tehostamalla Ristijärven Aliisan kaltainen toiminnan laajentaminen edes auttaisi kotiin hoitamista.

Tutkimustulosten mukaan tukitehtävien mallissa (kuvio 3, löytyy liitteistä 2) esitetyt tukitehtävät ovat nähtävissä muilta osin ensihoidon tämänhetkisessä tehtävärakenteessa paitsi protokolla hoidontarpeen arvioinnista kotona ja asumispalveluyksiköissä. Protokolla hoidontarpeen arvioinnista vaatii organisaation tulosyksiköiden yhtenäisen näkemyksen tarpeesta, tavoitteesta ja toteutuksesta. Tutkimustuloksissa mallin muut tehtäväalueet nousivat esille kotiin hoitamisen edistäjänä, mutta toisaalta nousivat esille tarpeesta vahvistaa toimintoja ja käytänteitä ensihoitopalveluissa.

8.2 Laadullisen kyselyn ja asiantuntijaraadin tulokset sekä mallinnus

Tutkimuksellisen kehittämistyön kolmannessa vaiheessa laadulliseen kyselyyn vastasi neljä terveydenhuollon asiantuntijaa ja asiantuntijaraatiin saapuivat kaikki kyselyyn vastanneet asiantuntijat. Laadullisen kyselyn perusteella

koostettu malli (Liite 3) toimi asiantuntijapaneelin keskustelun perustana. Malli (kuvio 4) on laadittu analysoiden laadullisen kyselytutkimuksen aineisto, joka on täydentynyt asiantuntijapaneelin aineistolla teemoitellen kysymyksittäin yläluokittain kolmen tasoisen Kainuun Sote organisaationa, ensihoitopalvelut työyhteisönä ja ensihoitajat henkilöstön näkökulmista katsottuna. Mallin yläluokat muodostuivat aineistosta teemoittelulla tarve, organisointi, päätökset, kuinka malliin voidaan päästä, muutokset, haasteet ja mahdollisuudet.



Kuvio 4. Malli kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämisestä.

8.2.1 Tarve ja organisointi

Tutkimustuloksissa tarve kiireettömien ensihoitotehtävien mallille nähtiin selkeänä kyselyssä asiantuntijoiden mielestä. Organisaation näkökulmasta haastavat laitospaikkojen väheneminen ja kustannussäästöjen hakeminen, joten potilaita hoidetaan enemmän kotiin. Ensihoitopalveluiden tasolla tukitehtäviä pidettiin nykyisen valmiuden ylläpitämisen vaihtoehtoisena mahdollistajana. Tukitehtävillä voidaan yksikön käyttöastetta saada korkeammaksi ja lisätä tuottavuutta sekä samalla saada säästöjä, jos vaihtoehtona on ensihoitoyksikön

lopettaminen. Henkilöstön tasolla kyselyssä esille nousi erikoistuminen ja oman työn tuunaaminen.

Asiantuntijapaneelissa tarve nähtiin organisaation kannalta selkeänä väestörakenteen muutoksen vuoksi, joka on edessä tulevan 20 vuoden aikana. Väestöennusteen mukaan vuonna 2040 lähes 40 % Kainuun asukkaista on yli 65-vuotiaita, jolloin kotiin vietävien palvelujen tarve tulee nousemaan. Ensihoitopalveluille perinteinen ensihoitopalvelumalli ei riitä tulevaisuudessa vaan tarvitaan hyvä kotisairaanhoidon ja ensihoidon yhdistelmä. Kansallisesti edellä mainitun kaltaista toimintaa on hyvällä menestyksellä pilotoitu. Henkilöstön tasolla erikoistuminen nähtiin tärkeänä, jolloin työn mielekkyys nousee. Kaikkien näiden mallissa esitettyjen alaluokkien nähtiin vaikuttavan potilasturvallisuuteen parantavasti.

Tutkimustuloksissa millä tavalla alueen kiireettömät ensihoitotehtävät organisoidaan tulevaisuudessa organisaation ja ensihoitopalveluiden tasoilta esille nousi onnistumisen kannalta yhteistyöpintojen toimivuus ja tukeminen. Akuutit sote-palveluiden tarpeet ja kiireettömät ensihoitotehtävät tulisi yhdistää ja hoitaa kokonaisuutena. Henkilöstön kannalta tutkimustuloksissa nousi esille 24/7 yhden hengen yksikön mahdollisuus hoitaa tehtäviä, jolloin osaaminen ja osaamisen varmentaminen akuuttihoidosta sekä geriatriasta olisi tehtävän hoitamisen kannalta tärkeää. Kiireettömät ensihoitotehtävät organisoitaisiin tulevaisuudessa asiantuntijoiden siten, että organisaatiolla on oma kotiin vietävien palveluiden tulosyksikkö, jonka toimintaa koordinoi tilannekeskus. Tilannekeskuksen tiedossa olisi ensihoidon, Aliisan ja kotihoidon resurssit sekä toiminta. Tällöin resurssien tarpeen mukainen siirtäminen Kainuussa mahdollistuisi.

Asiantuntijoiden mielipiteet paneelissa erosivat kyselyn perusteella laaditusta (liite 3) mallista millä tavalla alueen kiireettömät ensihoitotehtävät organisoidaan tulevaisuudessa. Asiantuntijoiden mukaan Kainuussa kiireettömien tehtävien hoitamiseen tarvitaan kuudesta kahdeksaan yhden hengen alueellista yksikköä, joissa yhdistettäisiin kotisairaanhoidon ja kotisairaala Aliisan resursseja. Nämä esitetyt yksiköt olisivat alueellisia liikkuvia yksiköitä, joiden toiminnan koordinoimisessa kuultiin erilaisia mielipiteitä. Hyvänä vaihtoehtona nähtiin kaikkien

terveydenhuollon organisaation tulosityksiköiden malli, jossa yhdistetään voimat. Voimien yhdistämisellä haetaan resursseja perustaen kotiin vietävien palvelujen tilannekeskuksen. Tilannekeskuksessa yhdistettäisiin kiireettömät siirrot, Aliisa, kotiin vietävät palvelut, jotka olisivat tiiviissä yhteistyössä ensihoidon tilannekeskuksen kanssa.

8.2.2 Päätöksien avulla malliin pääseminen

Tutkimustuloksissa organisaation tekemillä päätöksillä nähtiin suuri merkitys kiireettömien ensihoitotehtävien mallille. Organisaation tasolla tulisi löytää tahtotila kotiin vietävien palveluiden järjestämiselle, jolloin sisäisten työprosessien läpikäyminen ja arviointi helpottaisi palveluiden suunnittelua. Tällöin kotiin vietävien palveluiden organisointi olisi suunniteltua ja hallittua, sekä muiden rajapintojen kanssa tehtävällä yhteistyöllä saataisiin toimivimmat palvelut. Tuloksissa ensihoitopalveluiden tasolla mallilla otettiin kantaa palvelutasopäätöksen arviointiin ja sen sovittamista tukitehtävien malliin sekä yksiköiden profiloitumista tehtävien hoitamiseen. Uuden toimintamallin suunnittelussa nähtiin tärkeänä voimavarana ja luottamuksen herättäjänä vuorovaikutus henkilöstöön. Henkilöstön tasolla mallin käyttöönotto vaatisi eri arviointilomakkeiden, vieritestauksen lisääntyvää käyttöä ja mahdollisesti laajemman lääkevalikoiman.

Asiantuntijoiden mielipiteet täydentyivät paneelissa niiden päätöksien osalta, joita organisaatiossa tulisi tehdä. Asiantuntijat toivat esille sen, että ensihoitopalveluissa tulisi suunnata katse uudenlaiseen ajatusmalliin, jossa määritellään yksiköille osaamisalue, koska kaikille ei hätätilapotilaita riitä. Osaamisen kehittämisen ja ylläpitämisen kannalta tärkeänä pidettiin osaamispuutteiden tunnistamista ja tunnustamista. Työyhteisössä tulisi luoda ilmapiiri ja ajatusmalli, jossa mietitään, ketä varten olemme töissä.

Tutkimustuloksissa esille nousi että, malliin pääsemiseksi organisaation tasolla tulevaisuudessa tulisi ottaa huomioon väestön ikääntyminen sekä muut ympärillä olevat sote- palvelut, jolloin lähtökohtana palveluille olisi potilaslähtökohtaiset ja erikoisalojen tarpeet. Koko Kainuussa oma kotiin vietävien palveluiden tulosalue ottaisi nämä tarpeet huomioon. Eri tulosalueilla yhtenäisellä koordinoimisella ja yhteistyöllä voitaisiin edesauttaa rajapintojen yhteistyötä kuten

ensihoidossa, Aliisassa, kotihoidossa, vammaispalveluissa, mielenterveyspalveluissa ja sosiaalityössä. Yksin puurtamisessa ja raja-aitojen kaatamisessa eritulosalueiden yhtenäinen koordinointi helpottaisi työnkuormaa. Tuloksissa ensihoitopalveluiden tasolta esille nousivat resurssien riittävyyden arviointi, tehtävät yksikkömuutokset kuten yhden hengen yksikkö ja /tai joidenkin ensihoitoyksiköiden profiilien muutos kiireettömään hoitoon. Henkilöstön tasolla tärkeänä nähtiin henkilöstön ja organisaation käymä avoin vuorovaikutus, jossa motivointi tehtävän kuvan muutokseen nähtiin haasteena sen vaikutuksesta asenteeseen. Asenne kotiin hoitamisessa nähtiin myös potilaan ja hoitajan keskinäisessä kommunikaatiossa ja ymmärryksessä. Osaamisen varmentaminen ja työn vaativuuden arviointi korostuvat kiireettömässä hoidossa, jossa vaadittaisiin hätätilapotilaan hoidon ja kotisairaanhoidon toimintamallin yhdistämistä. Tarpeen mukaisen koulutuksen tarpeellisuus nähtiin pakollisena, muuten vaarana nähtiin jopa potilasvahingot.

Asiantuntijapaneelissa nähtiin malliin pääsemisen osalta organisaatiossa tasolla tärkeänä se, että kaikkiin organisaation tulosityksiköihin tulisi olla laaja keskusteluyhteys ja päätökset tulee perustua tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon puuttuminen päätöksien pohjaksi haastavat ensihoitopalveluiden tasolla malliin pääsemistä. Toisaalta asennemuutoksen vaikutus nähtiin selkeänä muutokseen osallistamisessa, mutta jos puuttuu ammattitaitoa, jätetäänkö helposti jotain tekemättä.

8.2.3 Tarvittavat muutokset, haasteet ja mahdollisuudet

Tutkimustuloksissa esille nousivat, että organisaation tasolla tarvittavat muutokset mallin hyödyntämiselle vaatisivat tahtotilaa laittaa kotiin vietävät palvelut kuntoon läpi Kainuun, yhteistyöllä ja koordinoinnilla. Ensihoitopalveluiden tasolla edellytetään henkilökunnan innostamista ja tehtävien organisointia mallin mukaisesti. Henkilöstön osalta mallinnuksen käyttöönotossa vaaditaan innostamista ja motivoimista sekä koulutusta uuteen työn kuvaan.

Asiantuntijat korostivat paneelissa tahtotilaa tehdä yhteistyötä, koska toimintoja on pakko yhdistää. Henkilöstön ja organisaation muutokset täytyy tehdä, jolloin tulosityksiköiden päälliköiden ”omasta pussista” kiinni pitämisen kulttuuri ei toimi

enää. Ensihoitopalveluissa nähtiin Ristijärven Aliisa toiminnan pilotoiminen keinona tehostaa kotisairaala Aliisan- toimintaa HY-RI-PA-alueella, josta se puuttui. Aliisa toiminta ontuu Kainuussa, pois lukien Kajaani ja HY-RI-PA alue, resurssipuutteiden vuoksi. Eriyttäminen nähtiin lisäävän ensihoidon työrauhaa. Oman työn mielekkyyteen vaikuttaminen lisää motivaatiota työhön, koska raadissa nähtiin ensihoitajien asenteen ontuvan. Raadin näkemys oli, että potilaita vartenhan työtä tehdään.

Tutkimustuloksissa haasteina mallin käyttöönottamiselle esiintyi organisaatiossa tarve avoimelle luottamukselliselle ilmapiirille sekä organisaatiolta, että johdolta jolla mahdollistettaisiin resurssit mallinnuksen kehittämiseksi. Haasteina ensihoitopalveluiden tasolla nähtiin tehtävien organisointi, resurssointi ja toisaalta itseohjautuvuus, kun arvioidaan resurssien käytettävyyttä. Mallin haasteiksi nähtiin yksiköiden tasapuolinen käyttöasteiden tehostus ja riittävyys. Henkilöstön tasolla motivoinnin ja uuden oppiminen voi saada aikaan sisäisiä ristiriitoja, jolloin työmotivaatio kärsii. Motivoituneiden ja ei-motivoituneiden ensihoitajien työyhteisöt eivät saavuta asetettuja tavoitteita, tai pahimmillaan uusi malli voidaan nähdä uhkana.

Haasteina paneelissa nostettiin esille ensihoitajien osaamisen varmentaminen, palkkaus ja asenne työn tekemiseen. Kulttuuri ja asenne ovat asemilla erilaisia, mutta yhden yksikön asemilla asenne työn tekemiseen nähtiin parempana. Töihin tullessa tulisi olla positiivinen, ”me selvitään mistä vaan”- asenteella. Raadin mukaan palkitsevan tunteen saaminen työstä edellyttää kaiken tulleen hoideksi viimeisen päälle.

Tutkimustuloksissa nähtiin mallin mahdollisuus tulevaisuudessa kehittää sotea, ensihoitopalvelua ja henkilöstöä. Organisaation tasolla malli nähtiin mahdollisuutena tasavertaisten palvelujen tarjoamiseen riippumatta asuinpaikkakunnasta, toisaalta toimintaprosessien ja palvelupolkujen kehittäminen potilaslähtöisestä näkökulmasta sekä uuden innovoiminen nähtiin mahdollisuutena saada säästöjä. Ensihoitopalveluiden tasolla hyötynä nähtiin tehtäväkentän laajeneminen päivittäisillä tehtävillä, jolloin osaaminen ja ammattitaito lisääntyvät. Taloudellisesta näkökulmasta ensihoitoyksiköiden käytön tehostaminen ja

kyvykkyyden lisääminen kiireettömien tehtävien hoitamiseen luovat mahdollisuuden saada tehtäväkuvasta innostava ja palkitseva henkilöstön näkökulmasta. Henkilöstön näkökulmasta mahdollisuutena nähtiin tehtäväkentän laajentaminen ja ammattitaidon kehittäminen innostavan ja palkitsevan työnkuvan kautta.

Asiantuntijoiden näkemyksen mukaan, läpi mallinnuksen kaikilla tasoilla mahdollisuutena nähtiin ammatillisen kehittymisen olevan suorassa yhteydessä parantavasti potilasturvallisuuteen ja työturvallisuuteen. Motivoivan palkkausmallin merkitys mahdollisuutena oman osaamisen kehittämisen motivaattorina nähtiin olevan tärkeää.

8.3 Valmentavan johtajuuden mallinnus kehittämisen osana

Tutkimuksellisen kehittämistyön kolmannessa vaiheessa laadulliseen kyselyyn vastasi neljä terveydenhuollon asiantuntijaa ja asiantuntijaraatiin saapuivat kaikki kyselyyn vastanneet asiantuntijat. Laadullisen kyselyn perusteella koostettu malli (Liite 4) toimi asiantuntijapaneelin keskustelun perustana. Malli (kuvio 5) on laadittu analysoiden laadullisen kyselytutkimuksen aineisto, joka on täydentynyt asiantuntijapaneelin aineistolla teemoitellen kysymyksittäin yläluokittein kolmen tasoisena Kainuun Sote organisaationa, ensihoitopalvelut työyhteisönä ja ensihoitajat henkilöstön näkökulmista katsottuna. Mallin yläluokat muodostuivat aineistosta teemoittelulla. Yläluokat olivat päivittäinen hyödynnys, tukeminen, haasteet ja mahdollisuudet.

Tarkemmin eriteltynä tutkimuskysymyksellä valmentavan johtajuudesta haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Miten hyödynnetään päivittäisessä työssä valmentavaa johtamista?
- Miten tuet henkilöstön itseohjautuvuutta valmentavan johtajuuden keinoin?
- Mitä mahdollisuuksia?
- Mitä haasteita?

	Hyödynnys päivittäin	Tukeminen	Mahdollisuudet	Haasteet
SOTE	Avoim vuorovaikutus Työprosessien kehittäminen	Osaamisen kehittäminen Kyvykkyyden lisääminen Palkkaus motivaattorina	Säästöt Tiedon jakaminen	Luottamuksellista ilmapiiriä
ENSIHOITO	Suunta ja raamit Resurssien kohdentaminen	Motivointi Vastuuttaminen opiskeluun	Työn merkityksellisyyden lisääminen Työhyvinvointi Osallistaminen	Organisointi Resurssitilanteen ylläpito
ENSIHOITAJAT	Tavoitteet työyhteisössä Työn tuunaaminen Käytännön läheisyys Persoonien erilaisuus	Tiimioppimisen malli Hiljaisen tiedon jakaminen Vastuuttaminen	Työprosessien kehittäminen Sitouttaminen Vaikuttaminen	Sisäiset ristiriidat Motivoituneet VS ei- motivoituneet Persoonien erilaisuus

Kuvio 5. Valmentava johtajuus mallinnus asiantuntijaraadin jälkeen.

8.3.1 Päivittäinen hyödyntäminen ja tukeminen

Tutkimustuloksissa valmentavan johtajuuden hyödyntäminen päivittäisessä työssä nähtiin organisaation tasolla avoimena vuorovaikutuksena, jolloin organisaation ympärillä tulisi mahdollistaa toimintamallin muokkaantuminen työprosessien kehittämisen näkökulmasta. Ensihoitopalveluissa esimiehen roolina nähtiin resurssien oikea-aikainen kohdentaminen sekä suunnan ja raamien antaminen toiminnalle, jolloin ensihoitajille mahdollistetaan oman työn mielekkäämmäksi tekeminen. Henkilöstön tasolla käytännönläheisyys työhön ja sen kehittämiseen saadaan henkilöstön toiminnan ja palautteiden avulla, ja työprosessien muokkaamiseksi mielekkäämmäksi voidaan mahdollistaa.

Asiantuntijoiden mielipiteet paneelissa valmentavan johtajuuden päivittäisestä hyödyntämisestä täydentyivät siten, että se näkyy avoimena vuorovaikutuksena työprosessien kehittämisessä ja resurssien oikealla kohdentamisella. Persoonien erilaisuutta voidaan hyödyntää päivittäisissä tehtävissä, jolloin työn kuvan laajentaminen ja työn mielekkäämmäksi tekeminen nähtiin tärkeänä.

Tutkimustuloksissa henkilöstön tukeminen valmentavan johtajuuden keinoin nähtiin organisaatiossa tasolla osaamisen kehittämisen tukemisena ja samalla kyvykkyyden lisääntymisenä työn suorittamiseen. Ensihoitopalveluiden tasolla motivointi ja vastuuttaminen osaamisen ylläpidosta uusiin käytänteisiin ja opiskeluun nähtiin ensiarvoisen tärkeänä. Henkilöstön tasolla tukeminen

valmentavan johtajuuden avulla nähtiin tiimioppimisen mallin hyödyntämisenä työprosessien ja toimintojen kehittämisessä. Tiimioppimisen mallin hyödyntäminen nähdään myös tärkeänä ammatillisen osaamisen kehittämisessä kouluttamulla. Hiljaisen tiedon jakaminen työyhteisössä ja vastuuttaminen kokonaisuuksien kehittämisessä nähtiin tutkimuksessa hyödyllisenä.

Asiantuntijaraadissa keskusteltiin siitä, että kuinka motivoida osaamisen ylläpitämiseen palkkauksen avulla, motivoivan palkkauksen mahdollisuutta sivuttiin keskusteluissa, mutta todettiin sen olevan mahdotonta.

8.3.2 Mahdollisuudet ja haasteet

Valmentavan johtajuuden mahdollisuudet mallinnuksen hyödyntämisessä nähtiin organisaatiossa taloudellisina säästöinä. Ensihoitopalveluissa mahdollisuutena nähtiin kokonaisuutena työhyvinvoinnin paraneminen, koska työn merkityksellisyden tukeminen lisää mahdollisuutta osallistuttaa henkilöstöä itse kehittämään itseään kohti uusia toimintoja. Henkilöstön mahdollisuuksina nähtiin ajatusmalliin muokkautumista kokoaikaiseen muutokseen ja ohjautumaan jatkuvaan tiedon hakuun ja työprosessien kehittämiseen. Tämän avulla sitoutetaan henkilöstöä jatkuvaan työn kehittämiseen ja lisätään samalla motivaatiota tehden työstä merkityksellistä.

Paneelissa asiantuntijat täydensivät näkemyksiä mallin tuomista mahdollisuuksista nykyisissä toimintamalleissa. Tärkeänä asiantuntijat näkivät tiedon jakamisen ruohonjuuritasolle esimerkiksi, tilastojen avulla ja asemapalavereissa työprosessien kehittämistä.

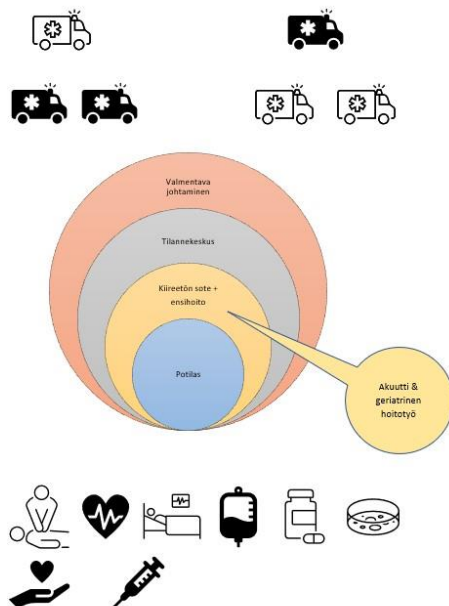
Tutkimustuloksissa valmentavasta johtajuudessa haasteina nähtiin organisaation tasolla luottamuksellisen ilmapiirin saavuttamista ja dialogista keskustelua. Ensihoitopalveluiden kannalta kriittisenä nähtiin toimintojen organisointia ja resurssien käytettävyyden arviointia, jos on liiallista itseohjautuvuutta. Henkilöstön tasolla haasteena nousi esille sisäisten ristiriitojen merkitys työmotivaatiolle, jolloin työyhteisön tavoitteiden eivät välttämättä täyty.

Paneelissa asiantuntijat näkivät valmentavan johtajuuden haasteeksi voimakkaiden persoonien negatiivisen vaikutuksen hiljaiseen ja ahkeraan. Toisaalta positiivisena nähtiin oman motivoinnin avulla toisen motivoinnin. Ristijärven Alisan pilotointi nähtiin hyvänä esimerkkinä vapaaehtoisesti yhteisellä tahtotilalla synnytetystä kotisairaaloiminnasta, jossa jokainen tekee työtä omalla tavallaan.

9 Pohdinta

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa (kuviot 6) on nähtävissä ihannetilanteen malli. Kiireettömien ensihoitotehtävien mallinnuksella on merkitystä potilaslähtöisen, potilasturvallisen hoidon saamisessa ja toteutumisessa, koska väestönusteen mukaan lähes 40 % Kainuun asukkaista vuonna 2040 on yli 65-vuotiaita (Kainuun liitto 2022) jolloin kotiin vietävien palvelujen tarve tulee lisääntymään, kun laitospaikat vähenevät. Väestörakenne huomioon ottaen perinteinen ensihoitopalveluiden malli ei tulevaisuudessa riitä kotiin vietävien palveluiden tuottamiseen, jolloin tarvitaan uusi ajatusmalli. Uudessa ajatusmallissa kiireettömät sote-hoidon tarpeet ja ensihoitotehtävät tulisi yhdistää ja hoitaa kokonaisuutena palvelupolkumallilla tavalla. Tutkimustuloksia vahvistavat väestön ikääntyminen ja palvelumallien kehittäminen, jotta palvelujen saatavuus, riittävyys ja saavutettavuus edistävät kansallisen kotihoidon tavoitteen saavuttamista. (Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos 2019).



Kuvio 6. Ihannetilanteen mallinnus.

Terveysthuollossa tapahtuneet toiminnalliset muutokset, kuten päivystyspalveluiden keskittäminen haastaa kotiin vietävien palveluiden kehittämiseen ja toimintojen yhdistämiseen. Erityisiä haasteita HY-RI-PA alueella tuottavat perusterveydenhuollon palveluiden saatavuus, koska terveysasemien vastaanotto aikojen saaminen on rajallista ja kotiin vietävien palveluiden kärsivät sairaanhoitaja resurssin puutteesta. Ensihoidon kuormituksen vähentämiseksi kotiin vietäviä päivystyksellisiä palveluita tulisi kehittää ja vahvistaa vaihtoehtoisilla keinoilla kuten kotisairaanhoitollisilla alueellisilla liikkuvilla yksiköillä. Tutkimustuloksia vahvistavat tutkimukset, joissa on todettu kotiin vietäviä päivystyksellisiä palveluita, tulisi kehittää ja vahvistaa vaihtoehtoisilla keinoilla kuten ammattilaisen antamalla puhelinohjauksella tai kotisairaanhoitollisilla toimenpiteillä (Pekanoja, Hoikka, Kyngäs & Elo 2017, 8; Hoikka, Silfvast & Ala-Kokko 2015,48).

Tutkimustuloksieni mukaan, jotta palvelut voidaan toteuttaa asiakaslähtöisesti ja moniammatillisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa on ensihoidon kehitettävä toimintoja ja palvelumalleja siihen suuntaan, että potilaan hoidon tarpeen arviointi ja jatkoahoito voidaan turvata kotona ilman kuljetusta päivystyspalveluihin. Yhtenäisen koordinoimisen ja toimintojen yhdistämisen avulla voidaan turvata resurssien riittävyys, jolloin turvataan tarpeen mukaiset, oikea-aikaiset ja potilaslähtöiset palvelupolut järjestetään kustannustehokkaasti. Tutkimustuloksiani

vahvistavat tutkimus, jossa hoidon tarpeen arvioinnin, jatkohoito- ohjeiden ja neuvonnan avulla yli 40 % ensihoitotehtävissä potilas voidaan hoitaa kotiin, jolla voidaan vähentää päivystys- ja ensihoitopalveluiden kuormaa. (Paulin, Kurola, Salanterä, Moen, Guragain, Koivisto, Käyhkö, Aaltonen & Iiro 2020, 13.)

Tutkimustuloksieni mukaan Kainuussa kiireettömien tehtävien hoitamiseen tarvitaan kuudesta kahdeksaan yhden hengen alueellista yksikköä, joissa yhdistettäisiin kotisairaanhoidon ja kotisairaala Aliisan resursseja. Nämä esitetyt yksiköt olisivat alueellisia liikkuvia yksiköitä. Raskun (2022) tuore väitöskirja tukee tutkimustuloksia. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että alue-ensihoito voi tuottaa helpotusta terveydenhuollon kuormitukseen ja tarjota potilaan luona ennaltaehkäisevää hoidon tarpeen tunnistamista. (Rasku 2022, 9).

Tutkimustuloksien mukaan, tilannekeskuksessa päivystyksellinen puhelinneuvonta ja palvelutarpeen arviointi sosiaali- ja terveydenhuollossa voitaisiin toteuttaa oikea aikaisten ja tarpeellisten resurssien kohdentamisella. Tilannekeskuksen kiireettömät sote- hoidon tarpeet ja ensihoitotehtävät hoidettaisiin kokonaisuutena, joten puhelimesta suorittaman hoidon tarpeen arviointi vähentäisi kiireettömiä ensihoidon tehtäviä ja vähentäisi kuormaa. Roivaisen ym. (2020) tutkimustulokset vahvistavat sitä, että kotiin vietäviä päivystyksellisiä palveluita tulisi vahvistaa, koska suurimmassa osassa D- kiireellisyysluokan tehtävissä syynä olivat vanhat terveyteen liittyvät ongelmat, kuten yleistilan lasku, tukiranka peräiset ongelmat sekä muut määrittelemättömät oireet mukaan lukien mielenterveysongelmat. Tutkimustuloksia vahvistaa tutkimus sairaanhoitajan puhelimitse tekemästä hoidon tarpeen arvioinnista vähentämässä kiireettömiä ensihoitotehtäviä. (Roivainen, Hoikka, Raatiniemi, Ala-Kokko & Kääriäinen 2020).

Tutkimustuloksien mukaan valmentavan johtamisen hyödyntäminen osana päivittäistä kehittämistä ja toiminnan tukemista nähtiin teoretietoon peilaten mallissa innostamisena avoimeen vuorovaikutukseen ja ammatillisen kasvun ja kehityksen tukemisena. Tehtäviin osallistamisen ja niiden siirtämisen kautta voidaan organisaation tarpeiden ja toiveiden täyttämiseen ohjata oman alansa asiantuntijoita. Valmentavan johtamisen mahdollisuudet työhyvinvoinnin

paranemisen kautta työn merkityksellisyyden lisäämiseen sekä turvallisuuskulttuurin paranemiseen ovat nähtävissä työntekijöiden työprosessien kehittämisen ja sitouttamisen näkökulmasta. Valmentavan johtajuuden haasteet osana kehittämistä mallissa liittyvät persoonien erilaisuuksien ohjaamiseen ja toiminnan organisoimiseen. Tutkimustuloksia vahvistavat Vesterisen (2013) tulokset valmentavan johtajuuden merkityksestä päivittäisessä hyödyntämisenä ammatillisen kehittymisen motivaattorina, tukemisessa uuden opiskelun ja kouluttautumiseen sekä mahdollisuutena itsenäisiin päätöksiin. Työntekijöiden resursseja hyödynnettiin ja heidät nähtiin asiantuntijoina ottaen huomioon yksilölliset valmiudet työskentelyyn ja tarve saada ohjausta sekä joille voitiin delegoida tehtäviä. Haasteena nähtiin yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen persoonan mukaan.

9.2 Kehittämisprosessin arviointi

Kehittämistyön arviointi tulee aloittaa prosessin alusta, jolloin arviointi toimii palautteena työskentelystä ja sen avulla voidaan suunnata kehittämistä oikeaan suuntaan. Kehittämistyön arvioinnissa pohdittiin suunnittelua, tavoitteiden yksinkertaistamista ja saavuttamista, käytettyjä menetelmällisiä valintoja, kehittämistyön toiminnan johdonmukaisuutta kohti tavoitteita sekä sitoutumista vuorovaikutukselliseen dialogiin. Kehittämistyön tuotosta ja lopputulosta arvioitaessa voidaan kriteerinä pitää työn helppokäyttöisyyttä, yksinkertaisuutta, merkittävyyttä, sovellettavuutta muuhun yhteyteen, toistettavuutta ja neutraalisuutta. (Ojasalo ym. 2014, 47.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon toimijoiden näkemys, kuinka tulevaisuudessa tarpeen mukaiset, oikea- aikaiset ja potilaslähtöiset kiireettömät ensihoitotehtävät järjestetään kustannustehokkaasti ja kuka ne tuottavat. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kehittää ensihoidon palveluiden kiireettömien tehtävien järjestämisen ihannetilanteen malli HY-RI-PA alueelle Kainuussa. Tutkimuksessa selvitettiin kuinka HY-RI-PA- alueen kiireettömät potilaat voidaan hoitaa kotona, kun perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on haasteita ja erikoissairaanhoidolle ei ole tarvetta.

Kehittämisessä arviointia voidaan miettiä kolmesta näkökulmasta. Arvioinnissa pyritään suuntaamaan kehittämistä oikeaan suuntaan, joka toimii risteyskohdaksi. Risteyskohdassa tulisi pystyä arvioimaan, onko tavoitteiden kautta päästy

käytännön toiminnan muuttumiseen ja onko toimintamallit kehittyneet. Tiedon tuottaminen kehitettävästä kohteesta sen toimivuudesta, siirrettävyydestä ja onko tavoitteeseen päästy voi ohjata päätöksentekoa organisaatio tasoilla tuottamalla hyödynnettävää tietoa. Toisaalta odotusten ja tavoitteiden näkökulmasta arviointia voidaan tehdä dialogisesti sisäisesti ja ulkoisesti. Tulosten juurruttaminen organisaation tasolla on oma sosiaalinen prosessi, tähän vaikuttaa suurelta osin sosiaalinen legitimointi. Työyhteisön hyväksyntä, kannatus vahvistavat toimintamallin hyväksyntää, sen toimivuuteen käytössä voidaan vaikuttaa koulutusten avulla. (Toikko & Rantanen 2009, 60—61.)

Tässä opinnäytetyössä arviointi soljui läpi koko kehittämisprosessin. Toimintaa arvioitiin ja puntaroitiin kirjallisen palautteen ja keskustelujen avulla ja tuella. Opinnäytetyötä kohdennettiin ja näkökulmia sekä lähestymistapaa muutettiin useamman kerran saadun palautteen mukaan. Opinnäytetyössä arviointia käytettiin palautteen saamisen ja tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ohjaamisessa oikeaan suuntaan. Väliarvioinnin aikana ensimmäisen tutkimuskierroksen rekisteriaineiston pohjalta luodun tukipalvelutehtävien mallinnuksen jälkeen mietittiin lähestymistapaa ja asiantuntijaraadin osallistujajoukkoa, jotta motivaatio ja kehittämismyönteisyys uusia toimintamalleja kohtaan voidaan turvata. Opinnäytetyön tutkimusta suunnattiin välipalautteista saatujen keskustelujen perusteella. Kehittämistyössä viimeinen vaihe oli loppuarviointi, vaikka arviointia tehtiin koko kehittämistehtävän ajan. Lopuksi kehittämistyöhön osallistuneelta työelämänohjaajalta pyydettiin kirjallista arviointia (Liite 5). Arvioinnin tavoitteena oli tuottaa tietoa mallinnuksen vaiheiden suunnittelusta, toteutuksesta ja käyttökelpoisuudesta ja kehittämisprosessin sujuvuudesta kokonaisuudessaan

9.3 Luotettavuus ja eettisyys

Virheiden tekemistä pyritään välttämään tutkimuksellisessa kehittämistyössä, minkä vuoksi kaikissa tutkimuksissa tulisi arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuus tarkoittaa sitä, että tutkittavan käsitteiksi vastaavat tutkijan käsitteellistäminen ja tutkijan tekemät tulkinnat. Tutkimuksen toteuttaminen ja luotettavuus kulkevat käsi kädessä ja tällöin niitä ei voi

pitää toisistaan erillisinä asioina. Tutkija itse ja rehellisyys ovat laadullisella tutkimusmetodilla tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri, jolloin tutkijan tutkimuksessaan tekemät valinnat, ratkaisut ja teot tulisi olla arvioinnin kohteena. (Hirsjärvi ym. 2013, 231.) Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti ja validiteetti tarkoittavat tutkimuksen luotettavuutta, täsmällisyyttä sekä laatua (Golafshani 2003, 604).

Opinnäytetyössä on sovellettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä on käytetty lähteitä asianmukaisesti tavalla ja viitattu niihin tarkasti ja täsmällisesti. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2013, 23–25).

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu liittyy aina tutkimusprosessiin ja laadullisen tutkimuksen arvioitaessa laadullista tutkimusta ei ole määritelty tarkkoja ohjeita luotettavuuden arviointiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 140). Guban ja Lincolnin (1985) neljän kriteerin mallia on käytetty laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden tarkasteluun ja tässä tutkimuksessa käytän käsitteistä Eskolan ja Suorannan (1998) suomennoksia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereiden pohjaksi ovat Lincoln & Guba (1985) sekä Suoranta (1998) esittäneet neljä kriteeriä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus sekä vahvistettavuus (Eskola & Suoranta 1998, 211–212; Lincoln & Guba 1985, 294–301).

Ensimmäinen luotettavuuden kriteeri on uskottavuus, jolla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, miten uskottavuus on muotoutunut tutkijan ja tiedonantajien välillä (Eskola & Suoranta 1998, 211). Kehittämistyössäni ensimmäisen tutkimuskierroksen rekisteriaineiston uskottavuuden kannalta oli haastavaa arvioida valmista asiakirja-aineistoa, koska ensihoitokertomuksia ei ollut tuotettu tutkimuskäyttöön. Uskottavuutta kehittämistyössäni vahvistaa taas se, että aineistonkeruumenetelmiä oli useita erilaisia, jotka menetelminä tukivat tutkivaa ilmiötä ja sieltä saatavaa tietoa.

Luotettavuuden toinen kriteeri on siirrettävyys. Tutkimustulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen organisaatioon (Eskola & Suoranta 1998, 211–212). Kehittämistyössä tehdyn laadullisen tutkimuksessa siirrettävyys on haasteellista, sillä tutkimus pyrki kuvaamaan ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Kolmiportaiset mallinnukset on luotu pienen terveydenhuollon ammattilaisten joukosta, jolloin siirrettävyys toiseen organisaation toimintaan ei välttämättä ole mahdollista. Erilaiset alueelliset tarpeet ja erityispiirteet sekä organisaatioiden rakenteiden erilaisuus heikentävät tulosten siirrettävyyttä. Toisaalta siirrettävyyttä Kainuun Sotelle vahvistaa asiantuntijoiden näkemykset organisaation, toimintojen ja henkilöstön tarpeesta kehittyä. Tämän kehittämistyön kyllästeisyys ilmenee erilaisten menetelmällisten valintojen hyödyntämisenä kehittämistyössä sekä osallistavien menetelmien käyttämisestä luotettavuuden lisäämiseksi. Osallistavien menetelmien hyödyntämisellä kehittämistyössä pyritään yhdistämään asiantuntijoiden näkemyksiä mallinnoista. Kehittämistyön tuloksia voidaan vertailla laajemmin Kainuussa, kuin HY-RI-PA alueella ja niiden siirrettävyys on Kainuussa mahdollista kunnissa, joissa perusterveydenhuollon palveluissa on haasteita ja erikoissairaanhoidolle ei ole tarvetta.

Varmuus on kriteereistä kolmas, joka luotettavuutta tarkastellessa merkitsee erilaisten tutkimukseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista prosessin aikana (Eskola & Suoranta 1998, 212). Tutkimusraporttiin olen pyrkinyt huomioimaan kehittämisprosessiin vaikuttavat tekijät raportoimalla niistä yksityiskohtaisesti koko prosessin ajalta, koska yksityiskohtainen kehittämisprosessin kuvaus vahvistaa myös tutkimuksen toistettavuutta. Tämän kehittämistyön toteuttamista helpotti huomattavasti se, että minulla tutkijana oli aiempaa kokemusta kotiin vietävien palveluiden kehittämisestä. Tutkimuksen aikana olen pyrkinyt unohtamaan enakoivat ajatukseni, käsitykseni ja ammatillisuuden kautta saadun informaation tutkivasta asiasta. Kotiin vietävien palveluiden hoitotyö oli minulle tuttua ja tunsin organisaation rakenteen sekä siinä toimivat ammattiryhmät, koska työskentelen Ristijärven Aliisa yksikössä. Tutkijana olen osa työyhteisöä, jota kehittämistyö kosketti läheisesti, jolloin nämä asiat helpottivat yhteistyötahojen kanssa työskentelyä, loivat näkemystä kehittämistarpeista sekä helpottivat työprosessien kehittämistä.

Neljäs luotettavuuden kriteeri on vahvistettavuus, jolla tarkoitetaan tutkimuksessa tehtyjen tulkintojen tukeen aiemmista tutkimuksista sekä tutkijaa liittämään kuvattuja tapahtumia ja toimintoja laajempaan ympäristöön (Eskola & Suoranta 1998, 212). Vahvistettavuus toteutui hyvin tässä tutkimuksessa, koska tutkimuksen tulokset saivat vahvistusta aiemmista tutkimuksista ja hankkeista, joista kotiin vietäviä palveluita on kehitetty kansallisesti. Kehittämistyö prosessin ajan olen arvioinut kriittisesti tutkimuksen aineistoa, analyysyjä sekä mallinnuksia. Jokaisessa kehittämistyön spiraalissa kehittämistyön tilaa on arvioitu: ensimmäisessä spiraalissa tukitehtävien mallinnusta, toisessa syklissä arvioitiin kolmentasoinen järjestämisen ja valmentavan johtamisen osallistamisen mallinnukset ja kolmannessa syklissä arvioitiin mallinnuksien käyttökelpoisuutta asiantuntijaraadissa. Kehittämistyö on sisältynyt jatkuvaa arviointia ja se on edennyt systemaattisesti eteenpäin täydentyen.

Sisäinen etiikka kaikissa tieteenaloissa sitoutuu vahvasti luotettavuuteen, jolloin se on myös ammattietiikkaa. Perusvaatimuksena ammattietiikalle on se, ettei tutkimusaineistoa ole väärennetty. Sisäiset säännöt työyhteisössä kuuluvat tähän alueeseen kuten kuinka kohdellaan kollegoita ammattieettisesti oikein. (Mäkinen 2006, 34.) Tällöin eettisyys on hoitotieteen perusta. Perusvaatimuksena eettisyydelle on, että toisen tekemää työtä kunnioitetaan. Tutkimukseen käytettävää aineistoa ei luoda tyhjästä eikä väärennetä. Tämä tarkoittaa sitä, että toisen työhön viitataan, lähdemerkinnät tehdään asian mukaisesti ja toisten tutkimustuloksia käytetään kunnioittavasti eikä niitä saa vähätellä tai vääristää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 164–166). Oman tutkimuksen tarkastelu eri näkökulmista parantaa tutkimuksen eettisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173). Tutkimustyössä tehtävistä valinnoista vastuun kantaa tutkija itse, mutta lakien, asetusten ja normien tuntemus auttavat ratkaisujen tekemisessä käytännön tasolla (Kuula 2006, 21).

Ammatillisesti tutkijaa velvoittavat tutkimuseettiset normit, joihin tutkijan uskotaan sitoutuvan. Nämä normit eivät velvoita tutkijaa laillisesti, jolloin tutkimuksen tekoa ja arvoja ilmaistaan sekä ohjallaan normien avulla. Eettiset normit pohjautuvat perustaltaan ihmistieteissä neljään lääketieteen kulmakiveen. Näitä ovat autonomian kunnioittamisen- ja oikeudenmukaisuuden periaatteet sekä ja

vahingon välttämisen – ja hyötyperiaatteet. Normit, jotka pohjautuvat ihmisarvon kunnioittamiseen ovat ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, psyykkisen ja fyysisen koskemattomuuden suojeleminen sekä ihmisten yksityisyyden suojeleminen ja kunnioittaminen. Edellä mainitut normit, jotka pohjautuvat neljään lääketieteen kulmakiveen, tutkimuseettiset- sekä ihmisarvon kunnioittamiseen ja suojelua normit määrittävät aineiston hankintaa ja tutkimusaineistoja koskevia normeja. (Kuula 2006, 58–64.)

Tässä kehittämistyössä ensisijaisina hyötyjinä näen kehittämistyössä kotiin vievät palvelut sekä kotiin vietävien palveluiden asiakkaat. Ensisijaista on, että kotiin vietävien palveluiden yhtenäisen koordinoimisen ja yhteistyön kautta tapahtuva potilaskohtaisten tarpeiden tunnistaminen ja oikean kohdentamisen avulla voidaan yhdistää toimintoja. Toimintojen yhdistämisen kautta voidaan taata resurssien riittävyys palveluiden tuottamiseksi. Hyöty kotiin vietävien palveluiden kehittämisessä nähdään potilasturvallisten tasavertaisten palveluiden saatavuudella sekä hoitoketjujen ja palveluprosessien tehostamisella.

Tämän kehittämistyön aineisto on kerätty erilaisia aineistonkeruukeinoja käyttäen. Tutkimukseen osallistuneille terveydenhuollon asiantuntijoille kerrottiin tutkimuksen kulusta ja sen aikana käytetyistä menetelmällisistä valinnoista, jotta heillä oli näkemys tutkimuksen kulusta sekä aineistojen käyttötarkoituksesta on kerrottu tutkimuksen aikana. Itsemääräämisoikeutta tai vapautta ei ole rajoitettu missään vaiheessa tutkimusta, jonka lisäksi eettisen ammattietiikan mukaisesti olen kohdellut kunnioittavasti ja dialogisesti terveydenhuollon asiantuntijoita tutkimuksen aikana. Käytettyjä aineistoja kehittämistyötä tehdessä en ole luovuttanut tutkimuksessa ulkopuolisille tahoille. Aineistonkeruusta tutkimuksen toisella kierroksella tiedotin hyvissä ajoin ja vastausajasta oli pyritty tekemään tarvittavan pitkä. Kyselylomakkeen saatekirjeeseen oli jäänyt virhe, jossa puhuttiin Webprol- kyselystä, mutta se olikin sähköinen sähköpostilla lähetetty kyselylomake. Tämä virhe aiheutti sekaannusta, mutta tiedotin asiasta kaikkia asiantuntijoita sähköpostin välityksellä. Aineistonkeruu onnistui tästä huolimatta, ja kehittämistyössä käytetystä aineistosta ei pysty tunnistamaan vastaajia, jolloin heidän henkilöllisyytensä pysyy suojassa. Kirjallisen kehittämistyön valmistuttua

tulen hävittämään kaiken tutkimukseen käyttämäni aineiston, jonka olen organisaatiolta ja terveydenhuollon asiantuntijoilta saanut.

9.4 Opinnäytetyön prosessin pohdintaa

Ammatillisen asiantuntijuuden kehittäminen on ammattikorkeakouluopetuksen perustana, jolloin opinnäytetyöprosessin kuluessa ammatillisen tiedon täydentäminen on mahdollista (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius & Sundqvist 2015). Tämän opinnäytetyön työstämisen aikana tutustuin laajasti kansallisesti ensihoitopalveluiden toimintoihin, kehittymiseen ja kotiin vietävien palveluiden erilaisten toimintamallien alueellisiin erilaisuuksiin, palvelupolkumallien kehittymiseen sekä kotiin vietävien palveluiden mahdollisuuksiin. Prosessin kuluessa ajatusmallini ensihoitopalveluiden mahdollisuuksista olla osana tulevien hyvinvointialueiden kotiin vietävien palveluiden prosessien kehittämistä konkretisoitui ja syveni. Tutkimuksen edetessä kykyä poimia, hahmottaa ja ymmärtää terveydenhuollon ja kehitettävän ilmiön kannalta keskeistä viikoittaisista uutisista ja tutkimuksista kasvoi. Yksilön kykyä havaita uutta, analysoida, tulkita ja yhdistää tietoa kutsutaan asiantuntijuudeksi (Lumme ym. 2015).

Opinnäytetyön suunnittelu käynnistyi joulukuussa 2020 aiheen ideoinnilla. Aloitusvaiheessa aiheesta käytiin useita keskusteluja työyhteisön edustajien ja opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa. Aiheen tarkennuttua tammi-helmikuussa edettiin suunnitellusti aiheen rajauksen ja teoreettisen viitekehystä rakentaen, vaikka Pohjois-Karjalassa ja Kainuussa epidemian vuoksi opiskelu tapahtui etänä ja kontaktit oli minimoitu. Tähän opinnäytetyöhön sisältyvä ohjaus toteutettiin TEAMS-välitteisesti koko prosessin ajan. Opinnäytetyön materiaalin hankinnassa hyödynnettiin laajasti koko prosessin ajan verkossa olevaa materiaalia muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Opinnäytetyö eteni suunnitellusti pandemiasta, huolimatta ja kevään aikana maaliskuussa 2021 tutkimussuunnitelma alkoi hahmottua ja menetelmälliset valinnat tarkentuivat.

Huhti- toukokuussa hioin tutkimussuunnitelmaa ja sain tutkimusluvan toukokuussa, jolloin kotiin vietävien palveluiden toimintaa tehostettiin ensihoidossa. Ristijärven Aliisa -yksikön toimintoja tehostettiin kotiin vietävien palveluiden

osalta ja kesällä 2021 koko Kainuun ensihoitopalvelut osallistuivat Aliisa kotisairaala toimintoihin, koska Kainuun Aliisa-toiminnot kärsivät henkilökunnan rekrytointiongelmista. Osa Kainuun kuntien Aliisoista toimi vajavaisella miehityksellä, jolloin opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen Kainuun ensihoidon kannalta.

Opinnäytetyön tekemisessä ja etenemisessä hyödynnettiin ohjausta osallistamalla muutamaa kertaa lukuun ottamatta ryhmäohjaukseen sekä loppuvaiheessa yksilöohjauksiin. Kesällä pidin reilun kuukauden mittaisen tauon työskentelyssä. Elokuun alusta alkaen jatkoin rekisteritutkimuksen sisällön analyysin ja ensihoidon tukitehtävien mallinnuksen parissa. Mallinnus tukitehtävistä valmistui syyskuussa. Loka- marraskuussa valmistelin toisen tutkimuskierroksen laadullista sähköistä kyselyä sekä valitsin yhteistyössä ohjaajani Mari Väisäsen kanssa asiantuntijoita tutkimuksen toiselle kierrokselle. Marraskuun lopussa työskentelin laadullisen sisällön analyysin parissa, jonka pohjalta laadin kolmentasoiset mallinnukset ensihoitotehtävien järjestämisestä sekä valmentavan johtajuudesta kehittämisen tukena. Asiantuntijapaneeli pidettiin joulukuussa 2021, jonka sisällön perusteella mallinnuksia on täydennetty.

Mielenkiinto opinnäytetyön kehittämistyön prosessiin säilyi koko ajan, koska tarkoitus ja tavoite osoittautuivat realistiseksi. Voimaannuttavina koin tutkimuksen vaiheiden ja tulosten analysoinnin jakamisen ohjaajani ensihoidon esimies Mari Väisäsen kanssa. Jokaisen mallinnuksen jakaminen oli erilainen siitä heräävien ajatusten ja kehittämiskohteiden vuoksi. Asiantuntijaraati oli herättelevä ja voimaannuttava, osallistujien aktiivisen läsnäolon ja keskusteluun osallistumisen vuoksi. Asiantuntija raadissa jaettiin, vaihdettiin ajatuksia ja opittiin. Tiedollisen oppimisen lisäksi merkityksellistä oli kuulla ja nähdä kiinnostus kehittämiseen. Kehittämisprosessin aikana kuluja syntyi niukasti, koska ohjaukset ja opiskelu tapahtui etänä sekä asiantuntijaraati toteutettiin työaikana. Olen saanut tutkimukselliseen kehittämistehtävään 1 000 euron stipendin Pyhäselän Oma Osuuskunnalta ja 350 euron stipendin Ensihoitajaliitosta. Näiden stipendien merkitys on suuri, jotta olen voinut kehittämistyötä tehdä.

Opinnäytetyöprosessin haastavuus ilmeni sen tekemisenä yksin yhdistettynä vuorotyöhön, pitkiin työmatkoihin sekä opiskeluun. Aikaa opinnäytetyön

tekemiseen löytyi vapaapäivinä, kun muu perhe oli arjen askareissa. Vapaapäivät kirjoitinkin aktiivisesti, jolloin arjen hallinnan merkitys, aikatauluttaminen sekä liikunnan merkitys jaksamiseen nousi prosessin aikana merkitykselliseksi työn etenemisen kannalta. Oman itsensä ja vuorokausirytmensä tunteminen oli prosessin onnistumisen, jaksamisen ja eteenpäin viemisen kannalta ensiarvoisen tärkeää.

9.5 Jatkokehittämissuhteet

Ensihoitopalvelua tulee tulevaisuudessa muokkaamaan terveydenhuollossa tapahtuva suuri rakenteellinen muutos sekä paineet kustannustehokkuuden parantamiseksi. Joten kehittämistyön mallinnukset hyödyttävät osana liikkuvien kotiin vietävien palveluiden akuuttitilanteiden toimintamallia ja tilannekeskuksen kehittämistä sekä perusterveydenhuollon palveluiden turvaamista ikäihmisille Kainuussa. Ensihoitopalvelut tulevat integroitumaan yhä vahvemmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupolkuja tulevilla hyvinvointialueilla. Ensihoidon kysyntää ja merkittävyyttä terveydenhuollon mukautuvana toimijana voivat lisätä entisestään päivystystoimintojen keskittäminen, terveydenhuollon lähipalveluiden huono saatavuus, pandemia sekä pirstaleiset palvelupolut.

Kuluneina vuosina lisääntynyt ensihoitoalan korkeakoulutus on lisännyt ensihoidosta saatavaa laadukasta näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Tutkittu näyttöön perustava tieto on tarpeen myös lähitulevaisuuden murroksessa kotiin vietävien palveluiden kehittämisessä. Väestöpohjan ikääntyminen yhdistettynä lähipalvelujen huonoon saatavuuteen sekä sote-palveluiden pirstaleisuus luovat haasteita kehittää, muokata, yhdistää ja innovoida rakenteita terveydenhuollon palveluissa alueellisten erityispiirteiden mukaan. Tieteellisesti tutkitun tiedon puute ensihoidossa vaikeuttaa vaikuttavuuden mittaamista, jolloin mallinnuksen vaikuttavuuden merkitys potilas keskiössä- ajattelumallille ja potilasturvallisuudelle olisi tulevaisuudessa merkityksellistä jatkotutkimuksella selvittää.

Hoidon tarpeen arviointimallin kehittäminen yhtenäiseksi koko organisaation kattavaksi toimintamalliksi sekä NEWS-mittarin käyttäminen hoidon tarpeen arvioinnin tukena on varsin kirjavaa Kainuun Soten alueella. Päivittäisessä

hoitotyössä hoidon tarpeen arviointi tulisi olla osana kliinistä päivittäistä hoitotyötä perustuen luotettavaan mittariin ja työprosessiin. Sairaaloiden ulkopuolella mittarin ja peruselintoimintojen pisteytyksen käyttö kotihoidossa ja hoivakodeissa on vähäistä. Kainuun Sotessa olisi hyvä ottaa yhdenmukainen ja systemaattinen pisteytysjärjestelmä laajempaan käyttöön kaikissa yksiköissä.

NEWS- pisteytysjärjestelmän käyttöön ottamisen tueksi voidaan kehittää hoidon tarpeen arvioinnin toimintamalli sairaalan ulkopuolelle, jolloin samaa pisteytysjärjestelmää käyttämällä voidaan potilaan tilaa arvioida yhdenmukaisesti eri hoitoyksiköissä. NEWS-mittarin avulla saadaan terveydenhuollon henkilöstön välille yhteinen kommunikaatioväline, koska häiriöt peruselintoiminnoissa vaikuttavat pistesummaan niin sairaalan sisällä kuin sen ulkopuolellakin. Jatkossa ideoina voisi kehittää NEWS- pisteytystä ja hoidon tarpeen arviointia osana mallinusta kiireettömien ensihoitotehtävien sekä hoidon tarpeen arvioinnin järjestämisessä.

Lähteet

- AVOT-hanke 2018. Loppuraportti. Teoksessa Jämsen, A. (toim.) Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 11–16. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161255/R_48_2018_AVOT_korj2.pdf. 11.9.2019.
- Anttila, P. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hallinta. Metodix. <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>.10.4.2021.
- Eskola, J. & Suoranta, H. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Ellibs Library.
- Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos 2011. Mallu kylillä. Esiselvitys liikkuvien palveluiden käytöstä. <https://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/paattyneet-kehittamishankkeet/Documents/Mallu%20kylilla%20selvitys%2031%208%202011.pdf>. 11.2.2022.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos 2014. Mallu kylillä 2 loppuraportti. <https://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/paattyneet-kehittamishankkeet/Documents/Mallu%20kylilla%2020loppuraportti%20sis%20liitteet.pdf>. 11.2.2022.
- Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos 2016. Yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö aloittaa Eksotessa. <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohdista/2016/Sivut/Yhden-hengen-liikkuvap%C3%A4ivystysyksikk%C3%B6-aloittaa-Eksotessa.aspx>. 11.2.2022.
- Gissler, K & Räisänen, S.2021. Hoitotiede 24 (1) 62–69. Rekisteritutkimus. mallisuus hoitotieteessä. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1551295.4.2.2021>.
- Golafshani, N. 2003. Understanding reliability and validity in Qualitative research. The Qualitative report. Volume 8, number 4 (597–604). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1870>. 4.2.2021.
- Guba, E. & Lincoln, Y. S. 2000. Competing Paradigms in Qualitative Research. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. Handbook of qualitative research. Sage Publications. Thousand Oaks. <https://ethnography-workshop.files.wordpress.com/2014/11/guba-lincoln-1994-competing-paradigms-in-qualitative-research-handbook-of-qualitative-research.pdf>.19.1.2022.
- Hiltunen, A. 2014. Johtamisen taito. Helsinki. Talentum.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirviheimo, M., Kivekäs, E & Kinnunen U-M. 2015. Tekonivelinfektioita aiheuttavien riskitekijöiden selittäminen tai ennustaminen potilaskertomukseen tallennetun tiedon avulla. Finnish Journal of eHealth and welfare 7(2-3), 75-52. <https://journal.fi/finjehew/article/view/50894>. 11.2.2022.
- Hoikka, M., Silfvast, T & Ala-Kokko, T. 2015. Ensihoitopalvelun kuljettamatta jättämiseen päätyneet ensihoitotehtävät (ns. X-tehtävät). Finnanest, 48 (4), 361. http://www.finnanest.fi/files/hoikka_silfvast_ala-kokko_ensihoitopalvelun_kuljettamatta_jattamiin_paattyneet_ensihoitotehtAvAt__ns._x-tehtAvAt_.pdf. 15.2.2022

- Hämäläinen P, Lanne M, Jännes J, Hanski J, Rytönen A & Reisbacka K 2014. Ikäihmisten tarvelähtöisten palveluiden kehittäminen yritysten ja julkisten toimijoiden yhteistyönä. Tupaturva- loppuraportti. VTT technology. Kopiojyvä Kuopio. <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2014/T155.pdf>. 27.1.2021
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Juntunen, H. 2021. Kenttäjohtaja. Kainuun- sosiaali ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Sähköposti haastattelu. Merlot- tilastot. 1.2.2021.
- Kainuun liitto 2021. Tietopalvelut tilastoina. Kainuu lukuina; Excel taulukko <https://kainuunliitto.fi/tietopalvelut/tilastot/>. 29.1.2021.
- Kainuun liitto 2021a. Tietopalvelut tilastoina. Kainuu lukuina; tunnuslukuja Kainuun väestöstä. Excel taulukko <https://kainuunliitto.fi/tietopalvelut/tilastot/>. 29.1.2021.
- Kainuun liitto 2022. Tietopalvelut tilastoina. Kainuu lukuina: väestö ja muutto- liike. <https://kainuunliitto.fi/tietopalvelut/tilastot/vaesto-ja-muutto-liike/>. 14.3.2022.
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2018. Iäkkäiden maakunnallinen palvelukokonaisuus. https://stm.fi/documents/1271139/12617122/Kainuu_Ik%25C3%25A4ihmisten%2Bpalvelukokonaisuussuunnitelma_041218.pdf/5a69dcda-9b04-9b19-e446-7ae04d954c3e/Kainuu_Ik%25C3%25A4ihmisten%2Bpalvelukokonaisuussuunnitelma_041218.pdf. 24.3.2021.
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021a. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymähallitus 27.1.2021. <https://sote.kainuu.fi/uutiset/kainuun-sosiaali-ja-terveydenhuollon-kuntayhtymän-yhtymähallitus-2712021.28.2021>.
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021b. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymähallitus <https://sote.kainuu.fi/index.php/uutiset/kainuun-sosiaali-ja-terveydenhuollon-kuntayhtymän-yhtymähallitus-2142021>. 14.4.2021.
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2022. Ensihoitopalvelut. Tilastot Aliisa tekevät. Vain sisäiseen käyttöön. 15.3.2022.
- Kansanterveyslaitos 2018. Terveyspuntari. Tilastot.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY pro Oy.
- Karvonen-Kälkäjä, A. 2012. Unohtuuko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2019/07/Unohtuuko_vanhus.pdf. 27.1.2021.
- Kempainen, P. 2021. Tulosityksikköpäällikkö. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Sähköpostiviesti. 2.2.2021.
- Kirves H & Castren M. 2016. X-tehtävä, ei kuljetusta. (316–322) Teoksessa Silfast T, Castren M, Kurola J, Lund V & Martikainen M. (toim.) Ensihoito-opas Duodecim. Helsinki.
- Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H & Lyytikäinen, M. 2020. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely, ohjauksen ja seurannan käsikirja. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-581-0>. 11.2.2022.

- Kostamo, T, Vuori, J & Vääntinen, N 2020. Itseohjautuvuus myyteistä todellisuuteen. Teoksessa: Einola-Pekkinen, V., Mäkelä, L, Pakarinen, T., Salo, M, Tammeaid, M, Vartiainen, M & Vuorenmaa, H 2020. Työn tuuli. Henkilöstö johdon ryhmä- Henry ry. https://www.henry.fi/media/ajankohtaista/tyon-tuuli/tyontuuli_022020_final.pdf. 7–13. 25.2.2021.
- Kuntaliitto 2018. Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta vuonna 2016. Exel-tiedosto sisältäen 16 taulukkoa. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/tilastot-ja-erillisselvitykset/selvitys-sairaanhoitopiirien-ensihoidosta-vuonna-2016>. 24.2.2021.
- Kuntaliitto 2019. Väestöennuste 2019–2040. Väestökato on voimakkainta pienissä kunnissa. <https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/vaestoennuste-2019-2040-vaestokato-voimakkainta-pienissa-kunnissa>. 26.3.2021.
- Kurola, J, Ilkka, L, Ekstrand, A, Laukkanen-Nevala, P, Olkinuora, A, Pappinen, J, Riihimäki J, Silfvast, T & Virkkunen, I. 2016. Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:67. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3849-6>. 8.2.2021.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuusi, O. 1999. Delfoi-metodi. <https://metodix.fi/2014/05/19/kuusi-delfoi-metodi/>. 29.3.2021.
- Kuusi, O. 2013. Delfoi-menetelmä. Teoksessa Kuusi, O., Bergman, T & Salmi, H (toim.) Miten tutkimme tulevaisuuksia? Sastamala. Vammalan kirjapaino.
- Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. 2013. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/intro.html>. 19.1.2022.
- Laatukäsikirja. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2019 a. Vain sisäiseen käyttöön. Ensihoidon laatukäsikirja. 3.2.2021
- Laatukäsikirja. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2019 b. Vain sisäiseen käyttöön. Ensihoidon laatukäsikirja. 3.2.2021
- Laatukäsikirja. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2019 c. Vain sisäiseen käyttöön. Ensihoidon laatukäsikirja. 3.2.2021
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.
- Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M., Sundqvist, L (toim.) 2015. Asiantuntijuuden kehittyminen. <https://www.oamk.fi/utills/open-doc.php?aWRfZG9rdW1lbnR0aT0xNDMwNzY0Njky>. 20.1.2022.
- Luokkanen, S. 2021. Tulosityksikönpäällikkö. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Sähköpostiviesti. 2.2.2021.
- Martela, F & Jarenko, K 2017. Draivi; voiko sisäistä motivaatiota johtaa. Helsinki. Alma Talent.
- Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu -miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki: Oy Edita Ab
- Metsämuuronen, J 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Metodologia sarja. Tulevaisuus sarja. International Methelp. Helsinki.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummeruksen kirjapaino.

- Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2012. Asiakasvastaava - vastuutyöntekijä moni-sairaille. *Pro Terveys*, 2012: 38–39.
- Määttä, T. 2015. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) *Ensihoito*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 14.
- Niemelä, J & Kivipelto, M. 2019. Asiakaslähtöinen palvelupolkumalli tulevaisuuden sote keskusten lähtökohdaksi. *Työpaperi 37*: 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-426-4.28.1.2021>
- Noro, A & Karppanen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Julkaisu: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät – uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Paulin, J., Kurola, J. Salanterä, S., Moen, H., Guragain, N., Koivisto, M., Käyhkö, N., Aaltonen, V., & Irola, T. 2020. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00741-w>. 22.2.2022.
- Pekanoja, S., Hoikka, M, Kyngäs, H & Elo, S. 2017. Non-transportation emergency medical service missions – a study based on medical charts and patient questionnaires. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 5 (62), 701-708. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019090226273>. 15.2.2022.
- Ridell, E. & Penttonen, J 2021. Ensihoidon vaativat tilanteet, Retrospektiivinen dokumenttianalyysi ensihoitokertomuksista. *Opinnäytetyö - ylempi ammattikorkeakoulututkinto sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala*. Savonia ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021112220961>. 11.2.2022.
- Puolangan kunta 2020. Sosiaali- ja terveystalvet. <https://www.puolanka.fi/palvelut/sosiaali-ja-terveystalvet.html>. 3.2.2021.
- Pärnä, K 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina- lapsiperheiden varhaisen tuen mahdollisuudet. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. 27.1.2021.
- Rasku, T. 2022. Community Paramedicine: An integrated care model in a Primary health care setting. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2286-1>. 14.3.2022.
- Roivainen, P., Hoikka, M., Ala-Kokko, T. & Kääriäinen, M. 2021. Patient satisfaction with telephone care assessment among patients with non-urgent prehospital emergency care issues: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 59, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101070>. 17.2.2022.
- Roivainen, P., Hoikka, M., Raatiniemi, L., Silfvast, T., Ala-Kokko, T & Kääriäinen M. 2020. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. Volume 64, issue 4. <https://doi.org/10.1111/aas.13542>. 11.2.2022.
- Ristikangas, V & Ristikangas M- R 2013. Valmentava johtajuus. Helsinki. Talentum.
- Rubin, A. 2012. Futurex. Future experts –projektin Delfoi-tutkimus. Turun yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Brahean julkaisu B:9. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4938-0>. 27.2.2021.

- Saario, E, Mäkinen M, Jämsen E, Nikander, P & Castren, M. 2021. Screening of community-dwelling older patients by the emergency medical. *International Emergency Nursing* 59 (2021).
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101078>. 11.2.2022.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Salonen, K, Eloranta, S, Hautala, T & Kinosaari, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>. 7.2.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Perustelumuuksio. <https://stm.fi/documents/1271139/1365282/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6n+asetus+ensihoitopalvelusta.pdf/7d49ed26-881d-46b0-80f1-b0be83b18703.6.3.2022>.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585>. 11.2.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Palvelut asiakaslähtöisiksi. <https://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>. 26.1.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>. 11.2.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>. 28.1.2021.
- Sund R, Nylander O & Palonen T. 2004. Raasta rekisteriaineistosta terveystoiminnasta relevanttiin informaatioon. *Julkari. Sosiaali- ja terveysministeriön avoin julkaisuarkisto. Yhteiskuntapolitiikka* 69 (4), 372–379. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117026>. 4.2.2021.
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorintyökirja. Menetelmiä sujuvaan työväyryyden kehittämiseen. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Keva ry. https://www.gloaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf. 8.2.2022
- Taskinen, H & Hujala, A. 2020. Integraatio – sosiaali- ja terveystoiminnallisten palvelujen uudistamisen ydintä. Hujala Anneli & Taskinen Helena 2020. (toim.), Uudistuva sosiaali- terveystoiminta. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>. 11.2.2022.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Muuttuvat asumispalvelut. Läkäs ihminen on oman elämänsä paras asiantuntija. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/muuttuvat-vanhuspalvelut>. 14.2.2021.
- Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

- Toikko, T & Rantanen, T 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino- Juvenes Print. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2.2.2021.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi: uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy. Laadullisen aineiston analyysi; sisällönanalyysi. LUMME- kirjastot. <https://www.elibslibrary.com/reader/9789520400118>. 27.2.2021.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Hyvä tieteellinen käytäntöohje. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinenkaytanto>. 4.2.2021.
- Törmälä, V., Markkanen, J., ja Kadeius, T 2015. Uusi ajattelu- uusi johtaminen. Saarijärvi. Offset Oy.
- Uutela, U 2019. Valmentava esimiestyö työhyvinvointia ja työssä oppimista tutkimassa Fenomenografinen tapaustutkimus esimiesten ja työntekijöiden käsityksistä. Väitöskirja. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Lapin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-144-6>. 25.2.2021
- Venesoja, A, Windahl, T, Hänninen, S & Nurkka, N. 2019. Ensiohittajien käsityksiä ensihoidon turvallisuuskulttuuriin vaikuttavista tekijöistä. Tutkiva hoitotyö 17(3) 2019 (2–9).
- Vesterinen, S 2013. Osastonhoitajien johtamistyyli osana johtamiskulttuuria. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526201245>. 25.2.2021.
- Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Väisänen, M. 2020. Aliisa-- projektisuunnitelma. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Word asiakirja. Vain sisäiseen käyttöön. 4.2.2021.

Arvoisa terveydenhuollon asiantuntija

Opiskelen Karelia ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Olen tekemässä tutkintooni liittyvää opinnäytetyötä aiheesta: ”Kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämisen mallinnus Kainuuseen”. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtävien järjestämisen ihannetilanteen mallinnus Kainuuseen. Tämän tutkimuksen asiantuntijapaneeliin on kutsuttu terveydenhuollon asiantuntijoita eri puolilta Kainuuta. Tutkimuksen aineistonkeruu tullaan toteuttamaan kahdella erillisellä tutkimuskierroksella. Ensimmäinen tutkimuskierroksen rekisteriaineisto on sähköisestä potilastietojärjestelmästä, jonka pohjalta on luotu mallinnus aineiston analyysillä. Mallinnus on luotu hakien vastauksia tutkimuskysymyksiin 2. ja 3.

Tutkimukseen osallistuvat terveydenhuollon asiantuntijat saavat sähköpostitse sekä saatekirjeen että linkin kyselylomakkeeseen. Toisen tutkimuskierroksen kyselylomake sisältää ensimmäisen kierroksen tutkimuskierroksen mallinnuksen, väittämiä ja avoimia kysymyksiä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Asiantuntijoiden henkilöllisyys ei käy ilmi missään vaiheessa tutkimusta ja kaikkia tutkimuksessa esille nousseita asioita ja ilmiöitä tullaan kuvaamaan siten, ettei kuvatuista teemoista ja väittämistä ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia.

Tutkimuksen toisen kierrokseen vastaaminen tapahtuu alla olevan linkin kautta sähköisesti. Toivon, että vastaat kyselyyn _____mennessä.

Kiittäen yhteistyöstänne,

Marjut Kolehmainen

Vastaan mielelläni lisäkysymyksiin tutkimusta koskien

WEBPROOL- kysely toinen tutkimuskierros**Taustatiedot**

Ammattinimike

Koulutus

Työkokemus

Toisella tutkimuskierroksella haetaan vastauksia1.Miten ja kuka kiireettömät ensihoitotehtävät organisoivat ihannetilanteessa alueella

-Miten ja kuka organisoii?

2.Liitteenä mallinnus tulevaisuudesta; organisointi ja järjestäminen

-Miten esitettyyn mallinukseen voidaan päästä ensihoitopalveluissa?

-Millaisia päätöksiä organisaatiossa tulisi tehdä, että tulevaisuuden ihannemalliin voidaan päätyä?

-Onko tarvetta mallinnuksen tukitehtäville?

-Mahdollisuudet?

-Haasteet?

-Uutena toimintana vai osana vanhaa, jaettu vastuu?

-Organisaatiossa tarvittavat muutokset, jotta palvelut voidaan tuottaa esitettyllä mallilla?

3. Mitä valmentavan johtajuuden keinoja esimiesasemassa olevilla on tukea henkilökuntaa uuden mallin käytäntöön otossa?

-Miten hyödynnetään päivittäisessä työssä valmentavaa johtamista?

-Miten tuet henkilöstön itseohjautuvuutta valmentavan johtajuuden keinoin?

-Mitä mahdollisuuksia

-Mitä Haasteita?

Ensihoitopalveluiden tukitehtävät

Hoidon tarpeen arviointi kotona ja asumispalveluyksiköissä

Kotisairaalan ja kotiin vietävien palveluiden tuki

Toimenpiteet:

Virtsanäytteet

Laboratoriotutkimukset

Haavanhoidot ja haavaimut

PCA-kipupumppu

CVK- ja PICC-katetrit

Lääke- ja nestehoito kotona:

Lääkärin konsultaation perusteella

Suonensisäinen lääkehoito (Antibiootit + kipulääkitys)

Lihakseen ja SC

Ravitsemus

Nestehoito (Ripuli, PHV, kuivuminen?)

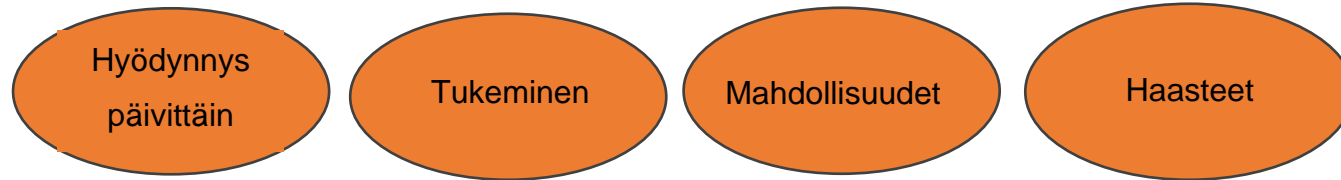
Saatto- ja palliatiivinen hoito

Kivun hoito ja muut tukipalvelut

Moniammatillinen tiimin ja tukipalveluiden aktivoiminen

Tehostetun tuen aktivoiminen ja kotiutumisen tuki

	Tarve	Miten organisoidaan?	Kuka organisoii	Päätökset	Miten päästään	Muutokset	Haaste	Mahdollisuudet
Sote	Kotiin hoitaminen VS Vähenevät laitospaikat	Kiireettömät sote-hoidon tarpeet ja ensihoitotehtävät tulisi yhdistää ja hoitaa kokonaisuutena Yhteistyöpintojen toimivuus ja tukeminen varmentaa	Oma tulosyksikkö	Tahtotila Suunnittelu ja hallinta Työprosessien arviointi Rajapintojen yhteistyö	Potilaskohtaiset tarpeet Erikosalojen tarpeet Palvelutarpeen oikea kohdentaminen Yhtenäinen koordinointi ja yhteistyö	Tahtotila Yhteistyö	Avoimuus Organisointi Resurssit	Tasavertaiset palvelut Säästöt Hoitoketjun tehostaminen
Ensihoito	Tehtäväkenttä laajennettava valmiuden ylläpito mahdollistuu	Yhteistyöpintojen toimivuuden ja tukemisen varmentaminen	Tilannekeskus	Palvelutasopäätös arviointi Tukitehtävät yksikön profiili Vuorovaikutus henkilöstö	Profiilimuutos yksiköille Motivointi Resurssien riittävyys	Henkilökunnan innostamista Tehtävien organisointi	Tehtävämäärä Riittävyys yksiköt Yksiköiden käyttöasteiden tehostus	Hyöty päivittäisillä tehtävillä
Ensihoitajat	Erikoistuminen Työn tuunaminen	Yhden hengen yksikkö 24/7 (akuutti/geriatria)	Henkilöstö ja esimies	Arviointilomakkeet Laajempi lääkehoito Vieritestaus	Asennemuutos Koulutus TVA Osaamisen varmentaminen	Koulutusta Motivaatio	Motivointi Uuden oppiminen Perehdytys	Tehtäväkenttä laajenee Ammatillisuuden kehittyminen Innostava ja palkitseva



SOTE	Avoin vuorovaikutus Työprosessien kehittäminen	Osaamisen kehittämisen Kyvykkyyden lisääminen	Säästöt	Luottamuksellista ilmapöytä
ENSIHOITO	Suunta ja raamit Resurssien kohdentaminen	Motivointi Vastuuttaminen opiskeluun	Työn merkityksellisuuden lisääminen Työhyvinvointi	Organisointi Resurssitilanteen ylläpito
ENSIHOITAJAT	Tavoitteet työyhteisössä Työn tuunaaminen Käytännön läheisyys	Tiimioppimisen malli Hiljaisen tiedon jakaminen Vastuuttaminen	Työprosessien kehittämisen Sitouttaminen	Sisäiset ristiriidat Motivoituneet VS ei-motivoituneet

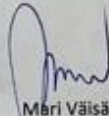
Arviointi opinnäytetyön ohjausprosessista

Toimin Marjut Kolehmainen opinnäytetyön työelämänohjaajana vuoden 2021. Opinnäytetyön aihe "Kiireettömien ensihoitotehtävien mallinnus Kainuuseen" on erittäin ajankohtainen aihe ja tutkimustyön tuloksia odotetaan innolla Kainuun ensihoidossa.

Marjut teki tutkimustyötään intohimoisesti ja tunnollisesti. Hänellä oli paljon omia ideoita ja ajatuksia, joita edesauttoi työskentely kotiin vietävien palveluiden etulinjassa. Lisäksi hän kehitti jatkuvasti omia sekä työyhteisön toimintatapoja tutkimustyöstään saaduilla tiedoilla ja taidoilla.

Kävimme useita antoisia keskusteluita palvelujen ja toiminnan kehittämistä, jotka kaikki osaltaan tukivat sekä hänen opinnäytetyöprosessiaan että työelämän kehittämistä. Marjut hallitsi opinnäytetyöprosessinsa hyvin ja toimitti riittävän usein tilannekatsauksen tutkimuksestaan myös työelämän edustajille.

Kajaanissa 1.2.2022



Mari Väisänen

Projektipäällikkö, Kainuun pelastuslaitos

Ilmaukset	Käsitteet	Teemat	Yhdistävä luokka
"Kipulääkityksen tehostamisella"	Lääkehoito	Terveyspalvelut ja muut tarpeet, joilla voidaan hoitaa kotiin X-8	Tukitehtävät
"Lääkehoidon ohjeistuksella oirekuva helpottui ja potilas voi jäädä kotiin"	Kattava lääkehoidon ohjeistus		
"Pika- crp kontrolloitu ja potilas voi jäädä kotiin, yhteys omaan tk:n arkipäivänä"	Työvälineet		
"Ohjataan seuraamaan verenpainetta 2x päivässä ja ottamaan yhteys omaan tk:hon arkipäivänä"	Oma hoidon tukeminen		
"Päivystävän lääkärin konsultation perusteella, vitaalit kunnossa ja järjestetään yöpartion käynnit, voi jäädä kotiin"	Yhteistyöverkosto ja konsultointi		

”Haava siisti ja lääkärin konsultaation perusteella voidaan liimata.”	Työohjeet		
---	-----------	--	--

Ilmaisu	Käsitteet	Teemat
<p>”Väestöennusteen mukaan vuonna 2040 2/3 Kainuun asukkaista on yli 70-vuotiaita, jolloin kotiin vietävien palvelujen tarve tulee nousemaan”</p> <p>”Perinteinen ensihoitopalvelumalli ei riitä vaan tarvitaan hyvä kotisairaanhoidon ja ensihoidon yhdistelmä.”</p> <p>”Esille nousi ensihoitajien kannalta erikoistuminen, jolloin työn mielekkyys nousee. Näiden kaikkien edellä mainittujen kompetenssien nähtiin suoraan vaikuttavan positiivisesti potilasturvallisuuteen.”</p>	<p>Ikääntyvät ja väestöennuste</p> <p>Väestörakenne ja uudistuminen</p> <p>Potilasturvallisuus</p>	<p>Tarve</p>

Toisen tutkimuskierroksen asiantuntijapaneelin eriyttävät asiat