



Henri Heino

# Ensihoidon tilannekeskusten toiminta kiireettömissä ensihoitotehtävissä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja YAMK

Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

15.5.2022

Tekijä	Henri Heino
Otsikko	Ensihoidon tilannekeskusten toiminta kiireettömissä ensihoitotehtävissä
Sivumäärä	28 sivua + 2 liitettä
Aika	15.5.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Ensihoidon kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Yliopettaja Iira Lankinen Ensihoidon kenttäjohtaja Heikki Lampinen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ensihoidon tilannekeskusten toimintaa kiireettömissä ensihoitotehtävissä. Toisena tarkoituksena oli selvittää vaihtoehtoiset tavat hoitaa kiireettömät ensihoitotehtävät ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan ja selvittää, miten nykyistä toimintamallia voisi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa ensihoidon tilannekeskustoiminnan toteuttamiseen ja kehittämiseen. Lisäksi tavoitteena on kehittää suomalaista ensihoitojärjestelmää, edistää potilaiden tarkoituksenmukaista avunsaantia ja tukea ensihoitoressurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. Yhteistyötahona tässä opinnäytetyössä on Satakunnan sairaanhoitopiirin keskussairaalan (Satasairaala) ensihoitokeskus, jossa tilannekeskustoimintaa kehitetään parhaillaan.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin asiantuntijahaastatteluilla, jotka toteutettiin Zoom-sovellusta hyödyntäen. Tutkimuksen aineisto muodostui kuuden eri sairaanhoitopiirin ensihoidon asiantuntijoiden haastatteluista. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Tulosten mukaan kiireettömät ensihoitotehtävät hoidetaan sairaanhoitopiireissä eri tavoin ja niitä hoitavista yksiköistä käytetään eri nimikkeitä, kuten tilannekeskusta. Tilannekeskukset ovat auki eri kellonaikoina ja niissä toimii eri ammattiryhmiä. Tilannekeskuksiin ohjautuvissa tehtävissä ja käytännön toteutuksissa on eroja. Kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisessa korostuu moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen esimerkiksi kotisairaalan ja sosiaalipäivystyksen kanssa. Kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisen kehittämisessä tulisi tutkimuksen mukaan kiinnittää huomiota moniammatilliseen yhteistyöhön, tiedonsiirtoon, koulutukseen ja tilastointiin.</p> <p>Ensihoidon tilannekeskusten toiminnan tulisi olla organisoitua ja yhtenevää. Tutkimusta tämän aiheen parissa voisi jatkaa selvittämällä, kuinka paljon ensihoidon kiireettömiä tehtäviä ohjautuu muiden kuin ensihoidon hoidettavaksi ja miten ne jakautuvat eri toimijoille.</p>	
Avainsanat	ensihoito, kiireettömät ensihoitotehtävät, hoidon tarpeen arviointi, ensihoidon tilannekeskus

Author	Henri Heino
Title	EMS operation centers action in non-urgent EMS missions
Number of Pages	28 pages + 2 appendices
Date	15.5.2022
Degree	Master of Health Care (Emergency Care)
Degree Programme	Master's Degree Programme in the Development and Leadership of Emergency Care
Instructors	Iira Lankinen, Principal lecturer Heikki Lampinen, Ems field director
<p>The purpose of this thesis is to find out how the emergency medical services operation centers works with non-urgent EMS-missions. Secondly, it aims to explore alternative ways of handling non-urgent EMS-missions instead of calling an ambulance and see, how the current approach could be improved. The aim of this thesis is to provide information for the implementation and development of EMS operation centers. It also aims to develop the Finnish emergency care system, promote appropriate patient care, and support the appropriate use of EMS resources. The partner of this thesis is the emergency care center in central hospital of the Satakunta (Satasairaala), where an operation center is currently being developed.</p> <p>The research has been conducted as a qualitative study. The research data has been collected through specialist's interviews conducted using the Zoom application. The data consists of interviews with six EMS specialists working in different hospital districts. The data has been analysed using content analysis.</p> <p>The results show that non-urgent EMS-missions are managed differently in the hospital districts, and units are referred by different names, such as the EMS operation center. These operation centers are open at different times of the day and involve different professional groups. There are differences in the missions that are directed to them, as well as in their practical implementation. The management of non-urgent EMS-missions emphasises the use of multi-professional co-operation, for example with the home hospital and social emergency services. In developing the management of non-urgent EMS-missions, the study suggests that attention should be paid to multidisciplinary co-operation, information transfer, training and statistics.</p> <p>The activity of the EMS operation centers should be organised and convergent. Research on this topic could be continued by examining how many non-urgent EMS-missions are delegated to others than emergency medical services and how they are distributed among the different actors.</p>	
Keywords	emergency medical service (EMS), non-urgent EMS-missions, assessment on the need for treatment, EMS operation center

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen tausta	2
2.1	Ensihoito ja ensihoitopalvelu	2
2.2	Neliportainen ensihoitojärjestelmä	3
2.3	Ensihoitotehtävien organisointi ja hoidon tarpeen arviointi	6
2.4	Kansainvälisiä toimintatapoja hoidon tarpeen arvioinnissa	7
2.5	Moniammatillinen yhteistyö osana ensihoitojärjestelmää	8
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	10
4	Opinnäytetyön toteutus	10
4.1	Toimintaympäristön kuvaus	10
4.2	Tutkimusmenetelmä	11
4.3	Aineiston keruu	12
4.4	Aineiston analysointi	12
5	Tulokset	14
5.1	Tilannekeskuksen toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa	14
5.2	Vaihtoehtoiset tavat ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan kiireettömille ensihoitotehtäville	15
5.3	Kiireettömiin ensihoitotehtäviin liittyvien toimintamallien kehittäminen	16
6	Eettisyys ja luotettavuus	20
7	Johtopäätökset ja pohdinta	21
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	21
7.2	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset	24
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Asiantuntijahaastattelun runko	
	Liite 2. Tiedote tutkimuksesta	

# 1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä selvitetään kiireettömien ensihoitopalveluiden organisointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä eri sairaanhoitopiireissä. Kiireettömät tehtävät kuormittavat ensihoitopalvelua ja vievät ensihoitoresursseja kiireellisiltä tehtäviltä, jolloin avuntarvitsijat joutuvat odottamaan ensihoitoa. Olen työskennellyt ensihoitajana 10 vuotta ja huomannut kiireettömien ensihoidotehtävien usein päätyvän jonkun muun tahon kuten sosiaalitoimen tai kotihoidon hoidettavaksi, eikä varsinaista akuuttia hoitotyöntarvetta ole tehtävillä ilmennyt. Kiinnostukseni kiireettömien ensihoidotehtävien organisointiin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin on siis herännyt oman työkokemukseni kautta.

Vuonna 2019 valtiontalouden tarkastusvirasto julkaisi tarkastuskertomuksen, jossa selvitettiin, toimiiiko ensihoitopalvelu Suomessa tarkoituksenmukaisesti. Ensihoidon kokonaiskustannukset ovat vuodessa noin 300 miljoonaa ja sairaanhoitopiirit kustantavat siitä kaksi kolmasosaa. Valtiontalouden tarkastusvirasto suosittaa, että ensihoidon, päivystyksen ja kotihoidon välille luotaisiin uusia palveluita, jolloin ensihoidon kiireettömät tehtävät saataisi vähenemään. Kotihoidon tehostaminen ja tukitoimien kehittäminen tuo tarkastusviraston mukaan säästöjä ensihoitopalvelun käyttöön verrattuna. Tiedon jakamisen ja yhteistyön tiivistäminen ensihoidon, päivystyksen, sosiaalitoimen, kotihoidon ja kotisairaanhoidon välillä sekä tietojärjestelmien yhdenmukaisuus johtaisivat ensihoitopalvelun resurssien tehokkaampaan käyttöön. (Martikka & Männikkö 2019.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen keskittämisen ja kotipalvelujen käytön lisäämisen seurauksena ensihoidon kiireettömät tehtävät ovat lisääntyneet vuositasolla noin kaksi prosenttia (Ilkka 2018). Kansalaiset ovat tietoisia oikeuksistaan ja ensihoidon palveluista, jonka seurauksena ensihoitopalvelun kysyntä on kasvanut (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 16).

Satakunnassa oli ajalla 30.3.–31.8.2020 käytössä ensihoidon tilannekeskus, johon ensihoidon kiireettömät tehtävät eli D-kiireellisyysluokan tehtävät ohjautuivat hätäkeskuksen toimesta. Ensihoidon tilannekeskuksessa sairaanhoitajat ja ensihoitajat olivat yhteydessä potilaaseen puhelimitse ja tekivät hoidon tarpeen arvioinnin. Hoidon tarpeen arvioinnissa oli mahdollisuus konsultoida mobiililääkärinä tai ensihoitolääkärinä potilaan tilanteesta. Potilaaseen oltiin uudelleen yhteydessä puhelimitse joko hoitajan tai lääkärin toimesta ja hänelle annettiin kotihoito-ohjeita, tehtävä välitettiin tarkoituksenmukaisemmalle taholle, kuten kotisairaanhoidolle, potilas neuvottiin hakeutumaan terveyskeskukseen tai hänen luokseen hälytettiin ensihoitopalvelun yksikkö. Kyseisen ajanjak-

son aikana kiireettömistä ensihoitotehtävistä Satakunnassa noin 40 prosenttia hoidettiin muulla tavalla, kuin hälyttämällä kohteeseen ensihoidon yksikkö. Kyseinen toimintamalli todettiin tarkastelun perusteella tehokkaaksi Satakunnassa ja toimintaa jatkettiin vuoden 2021 alusta lähtien. (Lampinen 2020.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ensihoidon tilannekeskusten toimintaa kiireettömissä ensihoitotehtävissä. Toisena tarkoituksena on selvittää vaihtoehtoiset tavat hoitaa kiireettömät ensihoitotehtävät ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan ja selvittää, miten nykyistä toimintamallia voisi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa ensihoidon tilannekeskustoiminnan toteuttamiseen ja kehittämiseen. Lisäksi tavoitteena on kehittää suomalaista ensihoitojärjestelmää, edistää potilaiden tarkoituksenmukaista avunsaantia ja tukea ensihoitoressurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.

## **2 Tutkimuksen tausta**

### **2.1 Ensihoito ja ensihoitopalvelu**

Ensihoito tarkoittaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen hoitamista ja tarvittaessa kuljettamista hoitoa tarjoavaan terveydenhuollon päivystyspisteeseen (Sosiaali- ja terveysministeriö a). Ensihoitajat tutkivat potilaan kohteessa huolellisesti ja tekevät hoidon tarpeen arviointia. Potilaan tilan arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa potilaan hengitykseen, verenkierron riittävyyteen ja tajuntaan. Kriittisesti sairaan tai loukkaantuneen potilaan hoito pystytään aloittamaan jo tapahtumapaikalla tukemalla tarvittaessa potilaan elintoimintoja. Elintoimintojen turvaamiseksi voidaan hengitysteiden avoimuus varmistaa apuvälinein sekä verenkiertoa tukea nestehoidolla ja suonensisäisellä lääkityksellä. Kivuliaan potilaan lääkkeellinen hoito on myös keskeinen osa ensihoitoa. (Pelastustoimi.)

Ensihoitajilla on tarvittaessa mahdollisuus konsultoida lääkäriä potilaan tilanteesta ja saada ohjeita potilaan hoitoon liittyen. Potilas voidaan tutkimuksien ja hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen kuljettaa terveydentilan edellyttäessä tarkoituksenmukaisimpaan terveydenhuollon päivystyspisteeseen. Toisinaan kuljetus päivystykseen voi tapahtua esimerkiksi taksilla, jos terveydentila ei vaadi jatkuvaa seurantaa tai lääkahoitoa. Mahdollista on, että tutkimuksien ja hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen potilas voi jäädä kotiin. (Määttä & Länkimäki 2018: 60–61.)

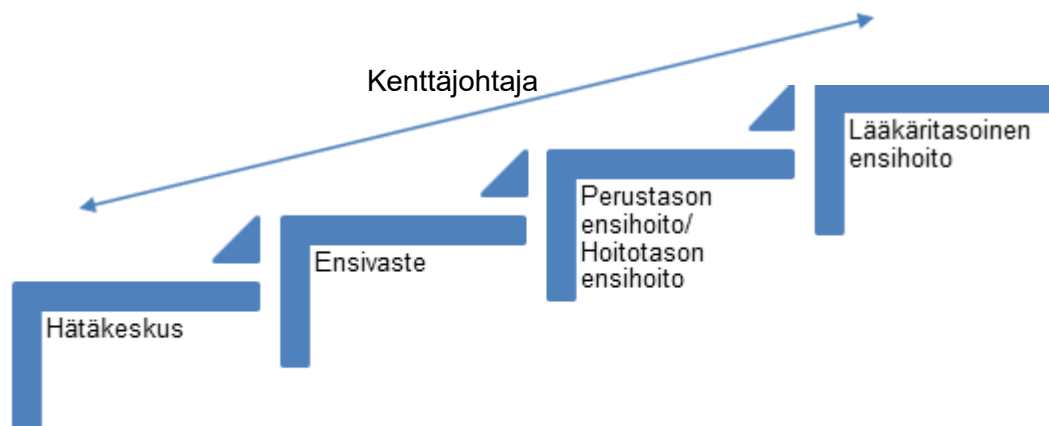
Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon peruspäivystyspalvelua, joka tapahtuu terveydenhuollon yksiköiden ulkopuolella. Ensihoitopalvelu perustuu lainsäädäntöön, terveydenhuollon arvoihin sekä potilaan oikeuksiin. Ensihoitopalvelu muistuttaa muun muassa poliisin ja pelastustoimen työtä ensihoitotyön luonteen ja toimintaympäristön vuoksi. Terveyspalvelut ovat muuttuneet viime vuosina paljon. Lisääntynyt avohoito, hoitoaikojen lyhentyminen, päivystyspalveluiden keskittyminen ja osaamisen pirstaloituminen ovat osaltaan vaikuttaneet ensihoidon tehtävämääriin ja tehtävien luonteeseen. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 16–17.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee ensihoitopalvelua organisoidessaan huolehtia ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johtaa alueensa ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja vastata ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta sekä niistä poikkeavista tilanteista ja huolehtia varautumisesta kyseisissä tilanteissa. Ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu laatia ohjeet potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon ohjauksesta terveydenhuollon järjestämissuunnitelman ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen mukaisesti. Ensihoitopalvelun vastuulla on laatia hälytysohjeet ja muut palvelua koskevat ohjeet, jotka erityisvastuualueen ensihoitokeskus sovittaa yhteen hätäkeskuslaitokselle annettaviksi ohjeiksi. Meripelastusviranomaisen kanssa tulee sopia toimintamalleista, joilla turvataan potilaan ensihoito meripelastusviranomaisen johtovastuulla olevissa tehtävissä ja poliisiviranomaisen kanssa sopia, miten ensihoito järjestetään poliisin johtamissa vaativissa tilanteissa. Ensihoitopalvelussa mukana olevien kulkuneuvojen ja erikoisvarusteiden käytöstä tulee sopia yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa sekä vastata siitä, että ensihoitopalvelussa olevat yksiköt ovat soveltuvia niille suunniteltuihin tehtäviin. Ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu alueensa väestön tiedottaminen ja neuvonta ensihoitopalveluun liittyvissä asioissa. Ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu myös seurata ja tuottaa tunnuslukuja palvelutasopäätöksen toteutumisesta ja toiminnan tuloksellisuudesta. Toiminnasta saatavat tunnusluvut tulee luovuttaa erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä Terveysministeriön ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017 § 2.)

## 2.2 Neliportainen ensihoitojärjestelmä

Suomessa ensihoitojärjestelmä voidaan jakaa neljään eri portaaseen, jotka käyvät ilmi seuraavasta kuviosta (Kuvio 1). Tässä yhteydessä esittelen prosessia, joka lähtee liikkeelle kansalaisen yhteydenotosta hätäkeskukseen.

Kuvio 1. Neliportainen ensihoitojärjestelmä



Ensihoitojärjestelmän ensimmäisenä portaana pidetään hätäkeskusta, jonne yhteyden saa hätänumeroon soittamalla. Suomessa on käytössä yksi yleinen hätänumero 112. Hätäkeskukseen on ohjattu suomessa kaikki pelastuksen-, poliisin-, terveystoimen- ja sosiaalitoimen hätäilmoitukset. Suomessa on tällä hetkellä kuusi eri hätäkeskusta, ja ne ovat verkostoituneita toisiinsa ja toimivat yhtenä kokonaisuutena Erica- tietojärjestelmän avulla. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 27.) Hätäkeskuslaitoksen mukaan verkostoituminen on parantanut hätäkeskuksen toimintavalmiutta. Vuonna 2021 hätäkeskus vastaanotti 2 782 980 hätäpuhelua ja näistä tehtävistä eri viranomaisille välitettiin 1 488 290 tehtävää. (Hätäkeskuslaitos 2021.)

Viime vuosien aikana hätäkeskus on tehostanut toimintatapojaan ja kehittänyt palvelun laatua. Hätäpuhelun alkaessa hätäkeskuspäivystäjä selvittää avun tarpeen ja laatii riskinarvion. Riskinarvion mukaiset ensihoitotehtävien kiireellisyysluokat kuvauksineen ovat kuvattuna seuraavassa taulukossa (Taulukko 1). Riskinarvion laatiminen on koko maassa yhteneväistä, mutta alueelliset hälytysohjeet ja riskinarvion mukainen hälytysvaste eroaa ensihoidon vastuulääkärin antamien hälytysohjeiden mukaisesti. Hätäkeskuksen tehtäväilmoitus ei aina johda avun hälyttämiseen paikalle, hätäkeskuspäivystäjä voi antaa yhteydenottajalle esimerkiksi ohjeen seurata vointia kotona ja tarvittaessa ottamaan uudelleen yhteyttä hätänumeroon. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 28.)



Taulukko 1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa määritellyt ensihoidon tehtävien kii-reellisyyssuokkien määritelmät (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopal-velusta 585/2017 § 6).

<b>A</b>	Korkeariskinen ensihoidotehtävä, jossa saatu- jen tietojen mukaan on syytä epäillä, että avun- tarvitsijan peruselintoiminnot ovat akuutisti uhattuna.
<b>B</b>	Todennäköisesti korkeariskinen tehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön ti- lasta ei ole varmuutta.
<b>C</b>	Tehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimin- not on arvioitu vakaiksi ja häiriö on lievä, mutta tila vaatii ensihoidon arvioinnin.
<b>D</b>	Tehtävä, jossa avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintoihin liittyvää häiriötä, mutta ensihoidon on tehtävä hoidon tarpeen arviointi.

Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan operatiivisessa toiminnassa mukana olevaa kulkuneuvoa ja sen henkilökuntaa. Ensihoitopalvelun yksikössä henkilökunnalla tulee olla lain vaatima koulutus. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/ 2017 § 8.) Ensihoitopalveluihin kuuluu ensivasteyksikkö, perustason ensihoitoyk-sikkö, hoitotason ensihoitoyksikkö, ensihoitopalvelun kenttäjohtaja ja lääkäriyksikkö. Toiselle portaalle sijoittuva ensivasteyksikkö toimii tilanteissa, joissa kohteessa tarvi-taan hätäensiapua tavoittamisviiveen lyhentämiseksi. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 21.) Vähintään kahdella ensivasteyksikössä toimivalla tulee olla ensivastetoimintaan soveltuva koulutus (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/ 2017 § 8).

Kolmannella portaalla toimivat perustason ja hoitotason ensihoitoyksiköt. Perustason ensihoitoyksikössä toisen ensihoitajan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensi-hoitoon suuntautuva koulutus ja toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuol-lon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/ 2017 § 8.)

Hoitotason ensihoitoyksikössä vähintään toisen ensihoitajan on oltava ensihoitaja AMK tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu laillistettu sairaan-hoitaja, jolla on suoritettuna hoitotason ensihoitoon suuntaava vähintään 30 opintopis-teen laajuinen opintokokonaisuus yhteistyössä sellaisen ammattikorkeakoulun kanssa,

jossa on opetus- ja kulttuuriministeriön päätöksen mukaisesti ensihoidon koulutusohjelma. Toisella hoitotason ensihoitoyksikössä työskentelevällä on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017 § 8.)

Neljännelle portaalle sijoitetaan jokaisella erityisvastuualueella toimiva lääkäriyksikkö. Erityisvastuualueesta riippuen ensihoitolääkärit hoitavat hälytystehtävien lisäksi myös konsultaatiota ja yleisjohtamista. Lääkäriyksiköiden operatiivisten tehtävien määrässä on alueellisia eroja ja niiden tekemä puhelinkonsultaatiotyö on viime vuosina lisääntynyt. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 29.)

Ensihoitopalvelun kenttäjohtajana toimii hoitotason ensihoitaja. Hänen tehtävänä on organisoida toiminta-alueensa ensihoitopalveluiden yksiköiden toimintaa. Kenttäjohtajan tulee huomioida useita yksiköitä vaativissa tilanteissa myös mahdolliset muilta alueilta tulleet ensihoitoyksiköt. Kenttäjohtaja tukee hätäkeskusta ja priorisoi ensihoitoyksiköiden käyttöä tilanteissa, joissa tarve ylittää olemassa olevan resurssin. Hänellä on oltava riittävä ensihoidon hallinnollinen ja operatiivinen osaaminen sekä tehtävän edellyttämä kokemus. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 31; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017 § 10.) Kenttäjohtaja osallistuu ensihoitotehtäville tarpeen mukaan ja toimii esimerkiksi tilannejohtajana paikan päällä tai vie hoitotason ensihoitoyksikköä laajemman lääkevalikoiman potilaan luokse (Pelastustoimi 2022).

### 2.3 Ensihoitotehtävien organisointi ja hoidon tarpeen arviointi

Ensihoidon tilannekeskusten kaltaisia kiireettömiä ensihoitotehtäviä organisoivia toimintamalleja esiintyy Suomessa erilaisin termein ja kokoonpanoin. Tässä opinnäytetyössä käytän kaikista näistä nimikettä tilannekeskus. Uusien alueellisten tilannekeskusten suunnittelussa ja perustamisessa tulisi huomioida eri organisaatioiden välinen yhteistyö ja yhteistoiminnan tarjoamat hyödyt. Yhteistoiminnalla saadaan koottua mahdollisimman kattava tilannekuva, ylläpidettyä riittävää viranomaisvalmiutta eri tilanteissa sekä koordinoitua viranomaisten välistä yhteistyötä. (Halmeslahti ym. 2019: 12–17.) Häätäkeskus on aloittanut enenevässä määrin keskittyä ydintehtäväänsä eli hätäilmoitusten vastaanottoon ja tehtävien välittämiseen eri viranomaisille. Tämän vuoksi eri viranomaiset ovat perustaneet tai ovat perustamassa omia tilannekeskuksiaan. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 28.)

Tilannekeskus tai muu vastaava taho toteuttaa hoidon tarpeen arvioinnin ja käytännössä sen tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tehtävän edellyttämä osaaminen, kokemus ja koulutus. Potilaan terveydentilan arvioimisessa käytetään erilaisia testejä, tutkimuksia sekä haastattelua ja se toteutetaan ennalta määritellyin kriteerein ja tiettyä mallia noudattaen. (Valvira 2017.) Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistuksen laatii kirjallisesti kunkin terveydenhuollon yksikön vastaava lääkäri. Hoidon tarpeen arviointia tekevällä hoitajalla tulee olla arviointia tehdessään mahdollisuus konsultoida riittävät taidot omaavaa lääkäriä. Tehty arviointi tulisi aina kirjata potilastietojärjestelmään, josta se on jälkikäteen luettavissa. (Soininen 2019.)

Suomessa on käytössä eri sairaanhoitopiirien alueilla toimiva Päivystysapu 116 117 neuvonta- ja ohjauspalvelu, johon kansalaisilla on mahdollisuus olla yhteydessä hoidon tarpeen arviointia tekevään hoitajaan. Palvelu on käytössä kaikkialla Suomessa, lukuun ottamatta Länsi-Pohjan-, Lapin- ja Ahvenanmaan sairaanhoitopiirejä. Palvelu on toiminnassa kaikkina vuorokauden aikoina ja kansalainen voi olla sinne yhteydessä äkillisistä terveydellisistä ongelmista. Palvelu on suunnattu erityisesti kiireellisiin terveyshuoliin, mutta ei henkeä uhkaaviin hätätilanteisiin. Palvelusta saa apua tilanteissa, jolloin tarvitaan ohjausta päivystyskäynnin tarpeellisuudesta, neuvontaa terveystietopalveluiden käytöstä ja kotihoito-ohjeita. Puheluihin vastaa alueelliset erityispiirteet tuntevat sairaanhoitajat, joilla on osaamista puhelimitse tehtävästä hoidon tarpeen arvioinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021; 116117 Päivystysapu.)

## 2.4 Kansainvälisiä toimintatapoja hoidon tarpeen arvioinnissa

Norjassa on Suomen tapaan käytössä puhelinnumero 116 117. Toiminta on käytännössä samanlaista kuin Suomessa; numeroon ollaan yhteydessä, kun omaan terveyskeskukseen ei saada yhteyttä ja tilanne vaatii kiireellistä avunsaantia. Norjassa terveydenhuollon hätänumero on 113. (Helsenorge 2021.) Tanskan pääkaupungissa Kööpenhaminassa on käytössä virka-ajan ulkopuolella toimiva lääkinnällinen neuvontanumero 1813. Neuvontanumeroon vastaavat hoitajat ja lääkärit, jotka määrittävät avuntarvetta. Neuvontanumerosta voi saada puhelimitse tapahtuvaa neuvontaa, lähetteen lääkärin arvioon, jatkotutkimuslähetteen tai kotikäynnin. (Lindskou ym. 2019.) Iso-Britanniassa on käytössä terveydenhuollon kiireellisiin tilanteisiin puhelinnumero 111. Puhelinnumerosta 111 saa myös edellisten esimerkkien kaltaista neuvontaa ja ohjausta. Isossa-Britanniassa terveydenhuollon hätätilanteissa tulisi soittaa puhelinnumeroon 999. (NHS 2021; NHS 2017.)

Australiassa hoidon tarpeen arviointiin ohjautuneista tehtävistä tehtiin kohorttitutkimus ja aineistoksi valittiin vuosien 2009–2012 kiireettömät tehtävät. Tutkimustulosten mukaan hieman alle 28 prosenttia tehtävistä välitettiin ensihoitopalvelulle ja näistä ensihoitopalvelulle välitetyistä tehtävistä hieman yli puolet johti hoitotoimenpiteisiin. Tutkimustulosten mukaan ensihoitoyksikön välittäminen näihin tehtäviin on ollut asianmukaista. (Eastwood ym. 2019.)

Australian ensihoitopalveluissa arviolta yli puolet hätänumeroon soittavista eivät vaadi ensihoitoyksikön palveluita, sillä kyseiset tehtävät olisivat paremmin hoidettavissa vaihtoehtoisin keinoin. Kiireettömien tehtävien osuus kaikista ensihoitotehtävistä on kasvussa ja tämä tilanne voi johtaa hätätilapotilaiden hoidon viivästymiseen. Australian toiseksi suurimmassa kaupungissa Melbournessa on käytössä järjestelmä, jossa kiireettömät tehtävät ohjataan puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviointiin. Tehtävään koulutetut, kokeneet ensihoitajat ja sairaanhoitajat tekevät tietokonepohjaisessa ohjelmassa potilaalle tilanarvion ja tämän perusteella potilaalle ohjataan tarkoituksenmukaisin apu. Vaihtoehtoja hoidon tarpeen arviointia tekevällä henkilöllä on antaa kotihoito-ohjeita tai ohjata potilas hakeutumaan päivystykseen, lähettää hänen luokseen kiireettömien palveluiden kautta lääkäri tai hoitaja. Vaihtoehtona on myös hälyttää hänen luokseen kiireetön tai kiireellinen ensihoitoyksikkö. (Eastwood & Morgans & Stoelwinder & Smith 2019.)

## 2.5 Moniammatillinen yhteistyö osana ensihoitojärjestelmää

Isoherrasen mukaan moniammatillisen yhteistyön käsite on niin sanottu sateenvarjokäsite, jonka alle mahtuu useita eri näkökulmista tulevia määritelmiä (Isoherranen 2012: 19). Tiimityö ja työn tehokkuus ovat pitkään olleet puheenaiheena, mutta eri ammattikuntien yhteistyötä, sen mahdollisuuksista, haasteista ja tehokkuudesta ei ole kovinkaan paljon tietoa. (Nikander 2004.) Moniammatillisen työn merkitys sosiaali- ja terveysalalla on korostunut ja samalla myös siihen liittyvä tutkimus on lisääntynyt. Moniulotteinen ja kehittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö edellyttää tiivistä yhteistyötä ja jaettua asiantuntijuutta eri toimijoiden välillä. Suomessa moniammatillisuudella tarkoitetaan hyvin erilaisia potilas- ja asiakastyön vuorovaikutustilanteita ja sitä tarkastellaan usein muun muassa yhteistoiminnan ja yhteisen tiedonmuodostuksen käsitteiden kautta. Kansainvälisesti moniammatillisuudesta käytetään yleisimmin käsitteitä multiprofessional, interprofessional, crossprofessional tai transprofessional. Moniammatillisuus voi olla eri verkostojen toimimista yhdessä, viranomaisten välistä yhteistyötä, organisaation sisäistä yhteistyötä ja organisaation ulkopuolelle suuntaavaa yhteistyötä. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen, Hirvonen 2019: 15–18.)

Moniammatillinen yhteistyö on merkityksellinen osa kiireettömien ensihoitotehtävien järjestämistä. Kiireettömissä ensihoitotehtävissä voidaan hyödyntää kotiin vietäviä palveluita ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan. Kotiin vietävillä palveluilla tuetaan asiakkaiden kotona selviytymistä ja mahdollistetaan joissakin tilanteissa hoito potilaan kotiympäristössä. Kyseisiä kotiin vietäviä palveluja ovat sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu ja terveydenhuoltolain mukainen kotisairaanhoito. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Joissakin kunnissa nämä palvelut on yhdistetty kotihoidon palvelukokonaisuudeksi. Palvelunsaanti on mahdollista ikäihmisille tai vammaisille sekä tilanteissa, joissa toimintakyky on heikentynyt vamman tai sairauden vuoksi. Lapsiperheellä on mahdollista saada palvelua, jos se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin kannalta. Palvelu voi olla tilapäistä tai jatkuvaa ja sitä on saatavilla päivisin ja iltaisin. Myös yöpartitotoiminta on yleistymässä. Palvelujen saamiseksi laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan ja kunnan edustajan kanssa. Palvelu on asiakkaalle maksullista. Maksu määräytyy kuntakohtaisesti ja siihen vaikuttaa palveluiden säännöllisyys. (Sosiaali- ja terveysministeriö b.)

Kotisairaanhoidon lisäksi on olemassa tehostettua kotisairaanhoitoa eli kotisairaalahoitoa. Kotisairaalahoito on määräaikaista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää palvelua. Kotisairaala tarkoittaa sairaalatasoisen palvelun viemistä potilaan kotiin ja se soveltuu käytettäväksi esimerkiksi saattohoitotilanteissa. (Kuntaliitto 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö c.) Esimerkiksi Porissa kotiin vietävät palvelut toimivat Akuutti kotikeskuksen alaisuudessa. Akuutti kotikeskukseen ovat yhdistettynä toiminnot kotisairaalasta, kotiuttamistiimistä, mobiilitoiminnasta, turvapuhelintoiminnasta ja akuutista geriatrisesta arvioinnista. Akuutti kotikeskuksen palveluihin kuuluvat muun muassa akuutissa tilanteessa tehdyt tutkimukset potilaan kotona, sairaalatasoinen hoito kotiympäristössä, turvapuhelinauttajapalvelu ja saattohoito. (Pori, akuutti kotikeskus.)

Vanhuspalvelulain mukaan iäkkäille henkilöille tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen tulee olla laadukkaita ja palvelujen tulee turvata hyvä hoito ja huolenpito (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012/980). Hyvin suunniteltu ja järjestetty kotihoito on geriatristen potilaiden kohdalla merkityksellistä. Resurssien kohdentaminen kotihoitopalvelun kehittämiseen on inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavaa. Jos kotihoidon toiminta on järjestetty laadukkaasti ja asiakkaan tarpeet huomioiden, ikääntynyt ihminen ei voinnin huonontuessa joudu kiireettömissä tilanteissa hakeutumaan päivystyspoliklinikalle. (Jylhä & Strandberg 2012.)

Laadukkaan kotihoidon järjestämisen edellytyksenä on henkilökunnan laaja-alainen tietämys eri sairauksista ja ammattitaito hoitaa monisairaita asiakkaita. Kotihoidon käytävissä olevan työajan tulee olla riittävää. (Suomen perus- ja lähihoitajaliitto Super 2017.)

### **3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ensihoidon tilannekeskusten toimintaa kiireettömissä ensihoitotehtävissä. Toisena tarkoituksena on selvittää vaihtoehtoiset tavat hoitaa kiireettömät ensihoitotehtävät ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan ja selvittää, miten nykyistä toimintamallia voisi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa ensihoidon tilannekeskustoiminnan toteuttamiseen ja kehittämiseen. Lisäksi tavoitteena on kehittää suomalaista ensihoitojärjestelmää, edistää potilaiden tarkoituksenmukaista avunsaantia ja tukea ensihoitoressurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.

Tutkimuskysymyksinä opinnäytetyössä ovat:

1. Minkälaista on tilannekeskuksen toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa kiireettömillä ensihoitotehtävillä?
2. Mitä vaihtoehtoisia tapoja on käytössä ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan kiireettömille ensihoitotehtäville?
3. Miten nykyistä toimintamallia voisi kehittää?

## **4 Opinnäytetyön toteutus**

### **4.1 Toimintaympäristön kuvaus**

Tutkimus on toteutettu yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin keskussairaalan (Satasairaalan) ensihoitokeskuksen kanssa. Ensihoitokeskus ohjaa ja tuottaa ensihoitopalvelua Satakunnan alueella. Ensihoitokeskuksessa sijaitsee Satakunnan lääkäriyksikkö, vaativan hoitotason ensihoitoyksikkö sekä hallinto. Lisäksi jokaiselle maakunnan ensihoitoalueelle on sijoitettuna vaativan hoitotason ensihoitoyksikkö. (Lund 2020.) Satakunnan sairaanhoitopiiri on yksi kolmesta TYKS erityisvastuualueeseen kuuluvista

sairaanhoidopiireistä. Satakunnan sairaanhoidopiirin alue kattaa 17 jäsenkuntaa ja asukkaita alueella on noin 223 000. Satakunnan sairaanhoidopiirissä työskentelee noin 3700 henkilöä. (Satakunnan sairaanhoidopiirin kuntayhtymä.)

Satakunnassa on moniviranomaisyhteistyössä toteutettu Maakunnan tilannekeskus (MAKU-TIKE). Tilannekeskus on sosiaali- ja terveystieteiden eri toimijoiden ja pelastuslaitoksen yhteinen tilannekeskus. Tilannekeskukseen on sijoitettuna ensihoidon kenttäjohto, päivystävä pelastusviranomainen, Satakunnan pelastuslaitoksen tilannekeskus, maakunnallinen sosiaalipäivystys, akuutin kotihoidon resurssien järjestäminen ja kiireettömien siirtokuljetusten sekä kiireettömien ensihoitotehtävien koordinaatio (ESA 071). Keskeisten turvallisuusviranomaisten sijoittaminen yhteisiin tiloihin on lisännyt viranomaisten välistä kommunikaatiota, viranomaisten välinen työtapojen tuntemus on lisääntynyt ja viranomaisten ollessa fyysisesti samoissa tiloissa tilannekuvan muodostaminen ja jakaminen on vaivatonta. Asiakkaat tai potilaat saavat yhteistyön ansiosta parhaan mahdollisen avun ja on välttytty muun muassa potilaiden epätarkoituksenmukaisilta kuljetuksilta päivystykseen. (Lund & Lähteenmäki & Leppäkoski & Pihlajamäki 2021: 1250–1251.) Ensihoidon tilannekeskuksessa ensihoidon D-kiireellisyysluokan tehtävät ohjautuvat hätäkeskuksesta tilannekeskukseen esikäsiteltäväksi, josta ne ohjataan tarkoituksenmukaisimmalle kenttätoimijalle, esimerkiksi kotihoidolle tai ensihoitoyksikölle. Kiireettömiä ensihoitotehtäviä koordinoiva yksikkö ESA 071 on miehitetty Satakunnan pelastuslaitoksen ensihoitajilla ja vähintään toisen henkilökunnasta tulee olla hoitotason ensihoitaja. (Lund 2020.)

## 4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on toteutettu laadullisena tutkimuksena. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden näkökulmasta, kuten tässä opinnäytetyössä tehtiin. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimuksen kohteena olevien ajatuksista ja kokemuksista sekä pyritään ymmärtämään niitä. Laadullinen tutkimus on tyypillisesti kokonaisuus teorian tietoa ja tutkimusaineistoa. Teoriatiedon on tarkoitus olla perustana ja luoda teoreettista viitekehystä tutkittavalle asialle, jota tutkimusaineisto tukee. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on, että tutkittavasta asiasta kysytään niiltä, jotka asiasta eniten tietävät, jolloin saadaan yksityiskohtaista ja tarkkaa tietoa tutkittavasta asiasta. Tässä opinnäytetyössä päädyttiin keräämään tutkimusaineisto asiantuntijahaastattelua hyödyntämällä. (Puusa & Juuti 2020: 9.) Toteutettiin haastattelut tutkimuskysymyksiini perustuvaa haastattelurunkoa hyödyntämällä (Liite 1). Tämä aineistonkeruumenetelmä mahdollisti täs-

mentävien kysymyksien käyttämistä ja se tuki tarkoituksenmukaisen aineiston saamista. Mikäli olisin toteuttanut aineistonkeruun esimerkiksi lomakekyselyllä, täydentäviä kysymyksiä ei olisi ollut mahdollista esittää.

### 4.3 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa toimi asiantuntijahaastattelu. Asiantuntijahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina etäyhteydellä Zoom-sovellusta hyödyntäen ja haastattelut taltioitiin. Asiantuntijahaastattelussa haastattelun kohteena on henkilö, jolla on erityistä tietoa tutkittavasta asiasta. Asiantuntijahaastatteluissa asiantuntijoiden tieto perustuu heidän instituutionaaliseen asemaansa, ammatilliseen tehtävään tai erikseen hankittuun erityistietämykseen tutkittavasta asiasta. (Alastalo & Åkerman & Vaitinen 2017: 181,185.)

Tutkimukseen valikoitui kuusi sairaanhoitopiiriä, joissa on käytössä hoidon tarpeen arviointi osana ensihoidon organisointia tai tilannekeskusten toimintaa. Asiantuntijahaastattelun kohteiksi valittiin kunkin sairaanhoitopiirin ensihoitopäällikkö tai vastaava ensihoidon asiantuntija, jolla on tutkittavasta asiasta laajaa tietämystä. Haastattelun runko mukaili tutkimuskysymyksiä ja apukysymykset toimivat keskustelua ohjaavina ja täydentävinä kysymyksinä (Liite 1). Ennen haastattelun toteuttamista haettiin tutkimukseen valituilta sairaanhoitopiireiltä tutkimusluvut ja tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitopiirien ensihoitopäälliköille tai vastaaville ensihoidon asiantuntijoille lähetettiin tiedote tutkimuksesta (Liite 2).

Haastattelut toteutettiin aikavälillä 5.-27.1.2022 ja haastatteluja oli kuusi kappaletta. Haastattelujen pituudet vaihtelivat 15 minuutista 90 minuuttiin ja haastatteluista muodostui litteroitua aineistoa 38 sivua (Arial-fontti, koko 12, riviväli 1, tasattu teksti). Haastattelutallenteet säilytettiin salasanasuojatussa Metropolia Ammattikorkeakoulun pilvitallennuspalvelussa.

### 4.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysissa tutkimusaineisto analysoidaan luokittelun, teemoituksen tai tyypittelyn avulla. Luokittelussa, teemoittelussa ja tyypittelyssä tutkimusaineisto pilkotaan osiin ja ryhmitellään aihepiirien mukaan. Tutkimuksesta etsitään yhteisiä asioita ja muodostetaan näistä yleinen käsitys aiheesta. Lopuksi tutkittavasta asiasta kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 103–



110.) Tämän tutkimuksen aineisto on analysoitu aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysi mahdollistaa tutkimusaineiston puolueettoman sekä järjestelmällisen analysoinnin (Tuomi & Sarajärvi 2018: 117).

Sisällönanalyysi muodostettiin kolmen vaiheen avulla. Aluksi kerätty aineisto redusoi-  
ttiin, eli pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen siirryttiin klusterointiin, eli ryhmittelyyn ja lo-  
puksi aineisto abstrahoitettiin, eli aineistosta luotiin teoreettiset käsitteet. Pelkistämisen  
yhteydessä tutkimusaineistosta karsittiin kaikki tutkimuksen kannalta epäoleellinen tieto  
pois. Ryhmittelyn yhteydessä pelkistetty tutkimusaineisto jaoteltiin esimerkiksi yhtäläi-  
syyksien ja eroavaisuuksien mukaisesti. Aineistosta muodostui ryhmittelyssä erilaisia  
luokkia, joista lopuksi luotiin teoreettisia käsitteitä, joita yhdistämällä saatiin tutkimusky-  
symyksiin vastaus. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123–127.)

Aloitin analyysin tekemisen kuuntelemalla haastatteluista muodostuneita tallenteita,  
jonka jälkeen siirryin tallenteiden litterointiin. Luin keräämäni litteroitua aineistoa läpi ja  
sen jälkeen siirryin tutkimusaineiston redusointiin eli pelkistämiseen. Tässä yhteydessä  
alleiviivasin aineistosta tutkimukseni kannalta merkityksellisen tiedon. Tämän jälkeen  
klusteroin eli ryhmittelin poimimani pelkistetyt aineistosta nousseet ilmaukset yhtäläi-  
syyksien ja eroavaisuuksien mukaan. Klusteroinnin yhteydessä muodostin pelkiste-  
tyistä ilmauksista alaluokkia ja nimesin ne sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Lopuksi abst-  
rahoin eli muodostin näistä alaluokista yläluokkia ja sen jälkeen pääluokkia, jotka vas-  
taavat tutkimuskysymyksiini. Seuraavasta taulukosta käy ilmi esimerkkejä aineistoni  
luokittelun etenemisestä alkuperäisestä ilmauksesta pääluokaksi (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkkejä aineiston analysoinnista

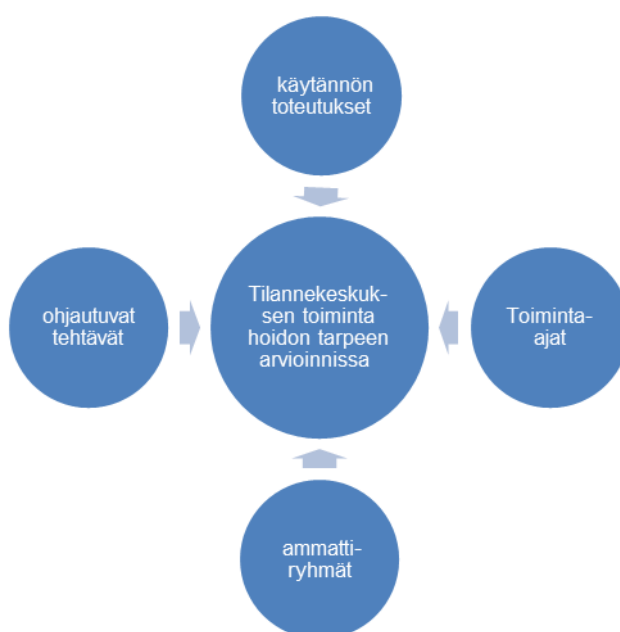
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Ongelma on, että alueella on käytössä kaksi potilastietojärjestelmää."	Ongelmana on kaksi potilastietojärjestelmää	Potilastietojärjestelmiin liittyvät haasteet	Tiedonsiirron kehittäminen	Kiireettömiin ensihoito- tehtäviin liittyvien toi- mintamallien kehittäminen
"Näkisin, että eri toimijoiden huomattavasti joustavampi käyttö olisi mahdollista sijaintitietoa käyttämällä."	Eri toimijoiden joustavampi käyttö sijaintitietoja hyödyntämällä	Sijaintitiedon käyttäminen	Tiedonsiirron kehittäminen	Kiireettömiin ensihoito- tehtäviin liittyvien toi- mintamallien kehittäminen
"Varsinaista koulutusta tike-työskentelyyn ei ole, mutta tarve sille olisi."	Ei koulutusta tike-työskentelyyn, tarve olisi	Koulutustarve tilanne- keskustyöskentelyyn	Koulutuksen kehittäminen	Kiireettömiin ensihoito- tehtäviin liittyvien toi- mintamallien kehittäminen

## 5 Tulokset

### 5.1 Tilannekeskuksen toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa

Tilannekeskusten toimintaa toteutetaan eri sairaanhoitopiireissä eri tavoin ja siihen vaikuttavat tekijät on kuvattu seuraavassa kuviossa (Kuvio 2). Tilannekeskukset ovat auki eri kellonaikoina, niissä työskentelee eri ammattiryhmiä, niihin ohjautuu erilaisia tehtäviä ja käytännön toteutuksissa on eroja.

Kuvio 2. Tilannekeskuksen toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa



Osassa sairaanhoitopiirejä toiminta on vakiintunut ympärivuorokautiseksi toiminnaksi ja osassa sitä toteutetaan esimerkiksi kello 8–20 välisenä aikana. Tilannekeskuksissa työskentelee hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien lisäksi muun muassa ensihoidon kenttäjohtaja, päivystävä sosiaalityöntekijä, päivystävä pelastusviranomainen, sairaalan toimintojen kenttäjohtaja ja kotiin vietävien palveluiden esihenkilö. Tilannekeskuksissa kiireettömiin ensihoitotehtäviin liittyvää hoidon tarpeen arviointia puhelimitse toteuttavat kokeneet ensihoitajat ja sairaanhoitajat.

Tilannekeskuksiin ohjautuu erilaisia tehtäviä. Esimerkiksi D-kiireellisyysluokan, eli kiireettömien ensihoitotehtävien ohjautuminen tilannekeskuksiin vaihtelee. Joissakin sairaanhoitopiireissä potilassiirtojen lisäksi muun muassa D-kiireellisyysluokan mielenterveystehtävät ja synnytystehtävät ohjautuvat tilannekeskuksen sijaan ensihoitoyksikölle.

”Jos hätäkeskus päätyy riskinarviossa D-luokan tehtävään, niin se ohjautuu ensihoidon virtuaaliyksikölle [tilannekeskukselle], pois lukien sairaalasiirrot.” (A6)

Hätäkeskus välittää tehtävän tilannekeskukseen, josta hoidon tarpeen arviointia tekevät ammattilaiset ovat puhelimitse yhteydessä hätäkeskuksen tehtävälmoituksessa näkyvään ilmoittajan puhelinumeroon selvittääkseen tilannetta. Hoidon tarpeen arvioinnissa hyödynnetään erilaisia apuvälineitä ja dokumentteja, potilastietojärjestelmästä löytyviä potilaan taustatietoja sekä hoidonperusteet.fi -sivustoa.

”Puhelu lähtee siitä, että tehdään ensiarvio ABCDE-mallin mukaisesti, jotta poissuljetaan hätätilapotilaat.” (A4)

Hoidon tarpeen arvioinnissa hyödynnetään myös muistilistaa, josta käy ilmi, mitkä asiat puhelussa tulee ottaa esiin. Joissakin sairaanhoitopiireissä potilastietojärjestelmään on luotu valmiiksi kirjauspohja, joka etenee hoidon tarpeen arvioinnin mukaisesti ja sieltä löytyy valmiit otsikot, joihin hoidon tarpeen arviointiin liittyvät tiedot voi kirjata. Hoidon tarpeen arvioinnissa hyödynnetään myös SV210-lomakkeen mukaisesti luotua kirjauspohjaa. Haastateltavien mukaan vakioitua toimintamallia hoidon tarpeen arviointiin voi olla mahdotonta rakentaa yksilöllisten tilanteiden vuoksi, tällöin hoidon tarpeen arviointia tehdessä korostuu niin sanottu ammattilaisen pelisilmä ja taito lukea eri tilanteita. Mikäli puhelussa selviääkin, että hoidon tarve on kiireellinen, tilannekeskuksella on mahdollisuus hälyttää kohteeseen ensihoidon yksikkö. Tilannekeskus voi olla yhteydessä myös ensihoidon kenttäjohtajaan, joka hälyttää kohteeseen ensihoidon yksikön.

## 5.2 Vaihtoehtoiset tavat ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan kiireettömille ensihoitotehtäville

Aineistossa korostui moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisessa. Seuraavasta kuvioista (Kuvio 3) käy ilmi aineistossani esiintyneet vaihtoehtoiset tavat ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan. Yhteistyötahoina ja vaihtoehtoisina tapoina kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisessa aineistosta nousivat esiin liikkuva sairaanhoitaja, turva-auttajat, kotisairaala, sosiaalipäivystys, kotihoito, kotipalvelu ja pelastustoimi.

”Meillä mukana näiden tehtävien hoitamisessa on esimerkiksi kotihoito, kotisairaala ja turva-auttajat, jotka voi olla myös pelastustoimen yksiköitä, joiden kanssa on yhteistoimintasopimus.” (A2)

Kuvio 3. Vaihtoehtoiset tavat ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan



Edellisestä kuvioista (Kuvio 3) käy ilmi käytössä olevat vaihtoehtoiset tavat ensihoitoyksikön hälyttämisen sijaan. Ympäri vuorokautisen sosiaalipäivystyksen saatavuus koettiin hyvänä. Kolmannen sektorin palveluja todettiin olevan jonkin verran saatavilla. Kolmas sektori toimii Suomessa hyvin eri tavoin ja sen tarjoamissa palveluissa on alueellisesti isoja eroja.

### 5.3 Kiireettömiin ensihoitotehtäviin liittyvien toimintamallien kehittäminen

Kiireettömiin ensihoitotehtäviin liittyvien toimintamallien kehittämiseksi haastattelussa ehdotettiin moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, koulutuksen kehittämistä, tiedonsiirron kehittämistä sekä tilastoinnin kehittämistä (Kuvio 4).

Kuvio 4. Kiireettömien ensihoitotehtävien toimintamallien kehittämiskohteet



Aineistoni perusteella ensimmäinen kehittämiskohde liittyy moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Kiireettömiä ensihoitotehtäviä hoitavilla eri ammattiryhmillä on erilaisia, omaan toimenkuvaan liittyviä tavoitteita ja perustehtäviä, jotka vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön tekemiseen. Esimerkiksi ensihoitajan työn tavoitteena on turvata potilaan terveydellinen tila ja sosiaalipäivystäjän työn tavoitteena on turvata potilaan sosiaalinen turvallisuus.

Haastatteluiden mukaan jokaisen ammattilaisen on tärkeä tiedostaa oma roolinsa ja tehtävänsä moniammatillista yhteistyötä tehdessä sekä ymmärtää sen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Moniammatillisessa yhteistyössä tavoite ja päämäärä tulisi olla kaikilla toimijoilla sama, jotta potilas saa oikein kohdenne-  
tun avun ja tuen omaan tilanteeseensa.

”Käsillä on huomattava väestön ikärakenteen muuttuminen, joten siihen on pakko reagoida...tarvitaan tehokasta yhteistyötä.” (A3)

”Muistettais, ketä varten me ollaan, palvellaan alueen väestöä ja ollaan tavallaan potilaalla töissä” (A2)

”...minkämoinen kaiku jollain D-tehtävällä on, niin se ei välttämättä kiinnostanut niinku ketään ensihoidon sisällä. Pointti ei oo siinä, että me varjel-  
tas niitä erinomasia ensihoitoyksiköitä joltain kammottavilta D-tehtäviltä, vaan se on aidosti se, että ne käydään yksitellen läpi ja katotaan mistä se potilas oikeesti hyötyy ja sitä palveluu sit tarjotaan...” (A6)

Haastattelujen mukaan virka-ajan ulkopuolista palveluntarjontaa tulisi kehittää ja sen uskotaan vähentävän ensihoitopalveluun kohdistuvaa kuormitusta. Yhteistyötahoiksi haastattelujen perusteella kaivataan ympärivuorokauden saatavilla olevaa psykiatriaa ja kotihoidon koordinaattoria. Myös kolmannen sektorin toimijoilta toivotaan ympärivuorokautista valmiutta ja yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen näiden tahojen kanssa on tekemieni haastattelujen mukaan tärkeää kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisessa.

Erään haastateltavan mukaan hoito- ja hoivalaitoksissa tulisi olla ympärivuorokautinen mahdollisuus konsultoida kotisairaalan henkilökuntaa. Hoito- ja hoivalaitosten kiireettömät ensihoitotehtävät voisi hoitaa kotisairaalan toimesta. Tärkeää olisi, että eri ammattilaiset tunsivat toistensa ydintehtävät ja osaisivat myös yhteistyössä pohtia, kenen toimialueelle tehtävä kuuluu. Hoidon tarpeen arviointia tekevä hoitaja pystyy konsultimaan tarvittaessa esimerkiksi toista hoitajaa, yhteispäivystyksen päivystävää lääkäriä, geriatrisen erityisosaamisen omaavaa lääkäriä, ensihoidon vastuulääkäriä tai sosiaali-

työntekijää. Tämä luo pohjaa hoidon jatkuvuuden turvaamiselle, sekä tukee eri toimijoiden välistä tiedonsiirtoa. Useassa haastattelussa ilmeni ammattilaisten keskinäisen vuorovaikutuksen, tiedonvälityksen ja yhteisen ongelmanratkaisun merkitys.

”Me tarvitaan ehdottomasti mukaan psykiatria ja kotihoidon koordinaattori 24/7 ja kolmas sektori.” (A6)

”Jos nuo muut liikkuvat yksiköt ja perusterveydenhuolto pystyy kehittään ja vastaamaan paremmin siihen virka-ajan ulkopuoliseen ihmisten avun tarpeeseen, niin se voisi itsessään ehkä vähentää sitä ensihoitopalvelun kuormaa tietyissä tilanteissa.” (A3)

Toinen kehittämiskohde liittyy tiedonsiirron kehittämiseen. Sujuvasta tiedonsiirrosta on hyötyä niin ammattilaisten kuin potilaankin näkökulmasta katsottuna. Haastateltavien mukaan hoidon tarpeen arviointia on mahdollisuus tehdä laadukkaasti, kun tiedonsiirto on sujuvaa ja näin myös potilas saa tarkoituksenmukaista apua. Tiedonsiirtoon liittyvään tieto- ja viestintäteknologian kehittämiseen tarvitaan resursseja. Ensihoidossa keskeinen tiedonsiirron väline on viranomaisverkossa toimiva VIRVE-päätelaite. Eräs haastateltava kertoi odottavansa tulossa olevaa uusilla ominaisuuksilla varusteltua uutta Viranomaisverkkoa (VIRVE 2.0). Viranomaisverkon rinnalle on luotu myös muita yhteydenpitomahdollisuuksia. Eräs haastateltava toi esiin SECAPP-järjestelmän ja koki sen olleen toimiva viestintäjärjestelmä, sillä sen avulla erilaisten puheluiden osuus on saatu vähenemään. SECAPP-järjestelmässä on mahdollista käydä myös videopuheluita eri toimijoiden välillä.

Aineistooni perustuen videopuhelut ovat yksi tapa sujuvoittaa ja kehittää tiedonsiirtoa. Videopuheluiden käytön lisääminen edistää potilasturvallisuutta, sillä sen avulla potilaaseen saadaan myös reaaliaikainen näköyhteys. Videopuhelun avulla esimerkiksi ensihoitaja voi konsultoida lääkäriä palovamma-alueen hoidosta, jolloin näköyhteys vamma-alueesta tukee potilaan tarkoituksenmukaista avunsaantia. Myös toisten liikkuvien yksiköiden reaaliaikaisen sijaintitiedon näkyminen muille tahoille voisi lisätä sujuvaa tiedonsiirtoa ja yhteistyötä.

”Videopuheluiden käyttö lisäisi potilasturvallisuutta.” (A1)

”Näkisin, että eri toimijoiden huomattavasti joustavampi käyttö olisi mahdollista sijaintitietoa käyttämällä.” (A3)

Erilaiset kirjaamisalustat ja tietojärjestelmät tai niiden puutteellisuus haastavat merkittävästi sujuvaa tiedonsiirtoa. Potilastietojärjestelmään kirjaamisen merkitys korostui haastatteluissa etenkin hoidon tarpeen arvioinnin näkökulmasta. Mikäli tilannekeskuk-

sesta ohjataan potilasta hakeutumaan esimerkiksi seuraavana päivänä omalle terveystasemalle, on hänestä jo heillä valmiiksi tietoa, jonka hoidon tarpeen arviointia tehnyt hoitaja on kirjannut.

”Ongelma on, että alueella on käytössä kaksi potilastietojärjestelmää...Se, että ensihoitopalvelu ei lähtökohtaisesti käytä potilastietojärjestelmää niin se on iso haaste.” (A6)

”Oleellista on, että kaikki kirjataan potilastietojärjestelmään.” (A6)

Kolmas kehittämiskohde liittyy koulutuksen kehittämisen tarpeeseen. Koulutuksen kehittämisen tarve liittyy etenkin tilannekeskustyoşkentelyyn ja kiireettömien ensihoitopalveluiden järjestämiseen liittyvään koulutukseen. Hoidon tarpeen arvioinnin koulutusta on ollut paremmin saatavilla. Joissakin tilannekeskuksissa on ollut hoidon tarpeen arviointia tekeville ensihoitajille perehdytyksen yhteydessä webinaarina järjestettyä lisäkoulutusta puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arviointiin.

”Varsinaista koulutusta tike-työskentelyyn ei ole, mutta tarve sille olisi. HTA [hoidon tarpeen arviointi] puhelimesta koulutusta on käyty...tekis mieli tarjota ammattilaisille koulutusta ja mahdollisuuksia kehittää sitä ammattitaitoa, mutta eihän koulutusta ole olemassa.” (A4)

Neljäntenä kehittämiskohteena esiin nousee tarve tilastoinnin kehittämiseksi. Tilastointia tulee aina tehdä ja siinä tulee tarkkaan miettiä, mikä tieto on tarpeellista toiminnan kehittämisessä ja seuraamisessa. Aineistoni mukaan eräässä sairaanhoitopiirissä D-kiireellisyysluokan tehtävistä noin 50 prosenttia on tilannekeskuksen toimesta ohjattu ensihoitoyksiköille ja 50 prosenttia on hoidettu tilannekeskuksen toimesta ilman ensihoitoyksikön hälyttämistä potilaan luokse. Kyseinen ensihoidon tilannekeskus on hoitanut näistä 16–17 prosenttia puhelinneuvonnalla, 16–17 prosenttia potilaista on ohjattu päivystyksiin ja vajaa 20 prosenttia on ohjattu muille toimijoille kuin ensihoidolle.

”D-tehtävistä yli 50 prosenttia hoitaa joku muu kuin ensihoito.” (A2)

”Tilannekeskuksella alkaa olla aika iso rooli valmiudessa ja varautumisessa.” (A4)

Edellä kuvatun tiedon kerääminen sekä tilastoinnin lisääminen ja kehittäminen ovat tärkeässä roolissa, jotta ensihoidon tilannekeskustoimintaa saadaan kehitettyä sekä sen tarvetta perusteltua.

## 6 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012), jonka mukaan hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat eli rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimusta ohjaavia periaatteita ovat vastuullisuus ja avoimuus. Opinnäytetyössä käytettävä materiaali on tieteellisesti hyväksyttävää, viittaukset ja lähdemerkinnät tehdään ohjeita noudattaen. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan vaatimusten mukaisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tarvittavat tutkimusluvut haetaan ja tarvittaessa tehdään eettinen ennakoarviointi. Tutkija on vastuussa tekemästään tutkimuksesta ja on velvollinen säilyttämään tutkimusaineiston hyväksytyllä tavalla. Tutkimuksessa käytettävät rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet tulee ilmoittaa asianosaisille, tutkimukseen osallistuville ja niistä tulee raportoida avoimesti tuloksia julkaistaessa. Mahdollinen esteellisyys tunnistetaan ja huomioidaan tutkimusprosessissa. Tutkija vastaa itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimusta tehdessä tulee kiinnittää huomiota sen luotettavuuteen ja uskottavuuteen. Luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida tutkimusmenetelmä, tutkimusprosessi ja tutkimustulokset. Kehittämistoiminnassa luotettavuus yhdistetään tutkimustulosten käyttökelpoisuuteen. (Toikko & Rantanen 2009: 121.) Puusan & Juutin (2020) mukaan tutkimuksen uskottavuutta arvioitaessa on käytävä ilmi, että tutkimus on laadittu oikeaoppisesti; aineisto on kerätty asianmukaisesti ja analysoitu huolellisesti. Uskottavuutta luo, että tutkimustulokset voidaan yleisesti hyväksyä ja esitetyt tulokset ovat linjassa tutkimusaineiston kanssa. Luotettavuuteen liittyy, että tutkija pystyy kertomaan luotettavasti sen mitä on tutkimuksensa eri vaiheissa tehnyt. Tutkimusongelma on kuvattu selkeästi ja tutkija on käyttänyt hyväksytyjä menetelmiä ongelman selvittämiseksi. Luotettavassa tutkimuksessa tulee käydä ilmi, että tutkija on perehtynyt tutkittavaan asiaan ja kuvaa asiat ammattitaitoisesti. Eettisyyttä arvioitaessa tutkimuksessa tulee käydä ilmi, että se on noudattanut hyviä eettisiä periaatteita koko tutkimuksen ajan. (Puusa & Juuti 2020: 175.)

Opinnäytetyöni noudattaa edellä esittelemiäni hyviä tieteellisiä käytäntöjä sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun ohjeistusta opinnäytetyöprosessin etenemisestä. Tutkimussuunnitelma on laadittu ohjeiden mukaisesti ja hyväksytty ohjaavan opettajan toimesta. Tutkimusluvut on haettu kohdeorganisaatioiden tutkimuslupakäytänteiden mukaisesti ja jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla lähetettiin etukäteen tiedote tutkimuksesta (Liite



2). Opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus on toteutettu tarkkaa yksityisyyden suojaa noudattaen, opinnäytetyössäni haastateltavista ja heidän taustaorganisaatioistaan ei käy ilmi yksilöiviä tietoja. Tutkimusaineisto on kerätty henkilöiltä, jotka ovat tutkimuskohteen asiantuntijoita. Jokaisen haastattelun alussa haastateltavalta kysyttiin lupa haastattelun tallentamiseen sekä ilmoitettiin aineiston tutkimuskäytöstä. Tutkimusaineisto on kerätty määrittelemieni tutkimuskysymysten mukaisesti. Haastatteluja tehdessäni kiinnitin erityistä huomiota kysymysten esittämiseen sekä omaan vuorovaikutukseeni, jotta haastattelun tekeminen ei ollut johdatteluvaa. Olen säilyttänyt keräämäni tutkimusaineiston tunnistautumisen vaativassa Metropolia Ammattikorkeakoulun pilvipalvelussa varmistukseni, että tutkimusaineistoa käytetään tarkoituksenmukaisesti. Opinnäytetyöprosessin valmistuttua poistin kaikki tallenteet pilvipalvelusta. Olen analysoinut tutkimusaineistoni rehellisesti, tutkimusaineistoon ei ole lisätty mitään tai siitä ei ole poistettu mitään. Saamani tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisessa ja tilannekeskustoiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyössä on käytetty luotettavia lähteitä, jotka olen merkinnyt asianmukaisesti tekstiviitteisiin ja lähdeluetteloon. Opinnäytetyö on tarkastettu Turnitin-ohjelmalla plagioinnin välttämiseksi.

## 7 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä luvussa käyn läpi saamiani tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä sekä peilaan niitä aiempaan tutkimukseen. Lopussa tuon esiin jatkotutkimus- ja kehittämissuhteita.

### 7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimukseni mukaan tilannekeskuksen toimintaan hoidon tarpeen arvioinnissa vaikuttavat käytännön toteutukset, toiminta-ajat, tilannekeskuksessa työskentelevät ammattiryhmät sekä niihin ohjautuvat tehtävät. Kerätyn aineiston perusteella kiireettömiä ensihoitotehtäviä organisoiville yksiköille ei ole yhteisesti jaettua termiä tai nimikettä. Joissakin sairaanhoitopiireissä tätä yksikköä kutsutaan ensihoidon tilannekeskukseksi, tätä termiä olen myös itse tässä opinnäytetyössä käyttänyt. Aineistoni mukaan tilannekeskustoiminnalle ei ole vakiintuneita valtakunnallisia toimintatapoja, sillä jokainen sairaanhoitopiiri toteuttaa sitä omalla tavallaan. Merkittävä ero oli siinä, että joissakin sairaanhoitopiireissä kiireettömiä ensihoitotehtäviä organisoitiin ainoastaan kello 8–20 välisenä aikana ja toisissa sairaanhoitopiireissä ympärivuorokautisesti. Tämä luo alueellisia eroja niin kansalaisten kuin terveydenhuollon ammattilaistenkin suhteen, eikä apu ja tuki ole tällöin tasavertaisesti saatavilla. Ensihoitotehtävät välittyvät ensihoitoyksiköille

hätäkeskuksen kautta ja hätäkeskuspäivystäjät tekevät riskinarvion sekä muut tarvittavat selvitykset tasavertaisesti riippumatta kansalaisen sijainnista tai yhteydenottoajasta. Tärkeää olisi saada tämä prosessi yhteneväiseksi myös hätäkeskuksen toiminnan jälkeen, eikä sen tulisi olla esimerkiksi sairaanhoitopiiristä tai kellonajasta riippuvaista.

Kerätyn aineiston perusteella kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamisessa korostui moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Mitä useampi taho pystyisi työskentelemään yhdessä, sitä vähemmän se kuormittaisi yhtä tiettyä tahoja. Aineistosta kävi ilmi, että yhteistyötä tehtiin usein sosiaalipäivystyksen kanssa ja yhteistyö koettiin toimivana. Yksi yhteistyötä tukeva elementti tässä yhteydessä oletettavasti on sosiaalipäivystyksen ympärivuorokautinen saatavuus. Näin ollen voidaan todeta, että eri palvelujen laajemmat saatavuusajat tukisivat moniammatillista yhteistyötä, sekä oikein kohdennetun hoidon ja tuen saamista myös kansalaisen näkökulmasta. Ympärivuorokautisille palveluille olisi tarvetta, jotta oikein kohdennettua palvelua voitaisiin tarjota myös niin sanotun virka-ajan ulkopuolella. Hujala & Lammintakanen (2018: 60) tuovat kunnallisanalan kehittämissäätiön julkaisussa esille ammattilaisten välisten pikakonsultaatioiden ja digitalisaation avulla tapahtuvan yhteydenpidon tuovan mahdollisuuksia moniammatilliseen yhteydenpitoon ja tiedonjakamiseen. Innovatiivisten yhteydenpitomahdollisuuksien avulla erityisesti paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat saavat tarvitsevansa tuen ilman hierarkisia rutiineja tarvittaessa nopeastikin. Uusien toimintatapojen myötä tarjoutuu mahdollisuus saavuttaa suuriakin muutoksia pienillä panostuksilla. (Hujala & Lammintakanen 2018: 60.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksen ja väestön ikääntymisen seurauksena ensihoitopalvelun palveluntarve on keräämäni aineiston ja kokemukseni mukaan muuttunut. Mikäli vaihtoehtoisia tapoja ensihoidon kiireettömien tehtävien hoitamiseksi olisi enemmän, myös ensihoidon resurssit keskittyisivät ja kohdentuisivat tarkoituksenmukaisemmin ja esimerkiksi hoitotason ensihoitoa olisi sitä tarvitseville saatavilla. Martikka & Männikkö (2019: 10) ovat tarkastuskertomuksessaan esittäneet, että kiireettömiä tilanteita varten tulisi kehittää uusia palvelumuotoja. Palvelumuotojen kehittämisen ansiosta ensihoidon ja kotihoidon resurssien käyttö olisi suunnitelmallisempaa ja palvelut kohdentuisivat oikein (Martikka & Männikkö 2019: 10).

Aineistooni perustuen moniammatillisen yhteistyön tekemisessä korostuu ammattilaisten keskinäinen tuntemus toistensa ammanteista ja ydintehtävistä, jolloin jokainen hahmottaisi myös toisten ammattilaisten rooleja ja heihin liittyviä odotuksia. Kiireettömien ensihoitotehtävien hoitoon liittyy melko usein tehtäviä, jotka eivät niin sanotusti kuulu kenellekään. Näissä tilanteissa olisi mielestäni tärkeä käydä yhteistä keskustelua eri

ammattilaisten ja toimijoiden kesken. Moniammatillinen yhteistyö muodostuu, kun eri tietämyksen ja taitopohjan omaavat ammattilaiset kokoontuvat yhteen tarjotakseen palveluita (Payne 2000, 9).

Aineistosta nousi esiin eri ammattilaisten välinen tiedonsiirto. Tiedonsiirtoon liitettiin sekä haasteita että toimivia käytäntöjä. Tässä yhteydessä esiin nousi eri potilastietojärjestelmät sekä niiden puutteellisuus. Ensihoitopalveluiden kehittämisessä keskeisessä roolissa on potilastietojärjestelmien saaminen osaksi ensihoitoa. Nykyään ensihoidon tekemät päätökset perustuvat pitkälti potilaan haastatteluun ja ensihoidon tekemiin tutkimuksiin, potilaaseen liittyvät aiemmat kirjaukset potilastietojärjestelmissä eivät ole kattavasti ensihoidon saatavilla. Lääkäreiden konsultaatiot ja joillakin alueilla olevat ensihoidon sähköiset potilastietojärjestelmät ovat parantaneet tilannetta, jolloin ensihoito saa tietoonsa reaaliaikaista tietoa potilaasta. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 35.) Myös Martikan ja Männikön (2019: 21–22) mukaan eri ammattilaisilla käytössä olevat kirjaimisjärjestelmät ja puutteellinen tiedonsaanti haastavat eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Potilaasta ei välity reaaliaikaista tietoa tai eri ammattilaisilla ei ole oikeutta lukea toistensa tekemiä kirjauksia (Martikka & Männikkö 2019: 21-22).

Aineiston perusteella voidaan todeta, ettei moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ole kyse pelkästään ensihoitopalveluiden kehittämistarpeesta. Kyseessä on hyvin merkittävä yhteistyön ja kehittämisen paikka koko yhteiskunnan palvelujärjestelmän näkökulmasta katsottuna. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen olisi tärkeää, jotta jokainen taho ja toimija tunnistaisi oman roolinsa eri tilanteissa. Kiireettömien ensihoidotehtävien hoitamisen kehittämisen yhteydessä nousi esiin myös koulutuksen tarve sekä tilastoinnin kehittäminen.

Kiireettömien ensihoidotehtävien hoitamiseen kuuluu tärkeänä osana hoidon tarpeen arviointi. Keräämäni aineiston perusteella hoidon tarpeen arviointia toteutetaan eri sairaanhoitopiireissä eri tavoin. Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi edetä jokaisessa sairaanhoitopiirissä samalla tavalla, jotta se olisi tasalaatuista ja tasa-arvoista. Saukkonen & Ålander (2021: 26) ovat hoidon tarpeen arvioinnin nykytilan selvityksessä tuoneet esille, että hoidon tarpeen arvioinnissa on käytössä erilaisia arviointityökaluja ja kirjaimiskäytännöt eivät ole yhdenmukaisia. Käytänteiden yhtenäistäminen, käytössä olevien tietojärjestelmien toteutus ja koulutusta hoidon tarpeen arviointiin tulisi kehittää palvelun laatua parantaen. (Saukkonen & Ålander 2021: 26.) Hoidon tarpeen arvioinnin laadukkaassa toteuttamisessa korostuu mahdollisuus käyttää potilastietojärjestelmää. Potilastietojärjestelmästä löytyy usein hyvin tärkeää tietoa esimerkiksi potilaan perus-

sairauksista ja lääkityksistä, joka on tärkeä perusta hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä. Hoidon tarpeen arvioinnissa myös konsultaatiomahdollisuus koettiin tärkeänä. Lääkäriyksiköiden kirjavat käytännöt kuitenkin heikentävät konsultaatiopalveluiden laatua (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 29). Näin ollen myös konsultaation hyödyntämiseen olisi tärkeä saada valtakunnallisia yhteneväisiä ohjeita ja käytäntöjä.

Kerätyn aineiston perusteella voidaan todeta, että kiireettömien ensihoitotehtävien organisoinnille ja yhteisesti jaetuille toimintatavoille on tarvetta. Toiminnan tulisi olla organisoitua ja yhtenevää, siinä tulisi kiinnittää huomiota erityisesti moniammatillisen yhteistyön tekemiseen ja kehittämiseen, tiedonsiirtoon, koulutukseen, sekä tilastointiin.

Tulevaisuuden ensihoitopalveluissa korostuu yksilöllinen hoito ja kohtaaminen, jossa potilaan lisäksi tulee kuunnella myös hänen läheisiään. Kehittäminen vaatii näyttöön perustuvaa tutkimusta, toiminnan ohjeistusta ja oman työn kriittistä arviointia. Neuvonta, ohjaus, palveluasenne, sekä tiedonsiirto sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kesken tulee olemaan keskeisessä osassa tulevaisuuden ensihoitopalvelua. (Määttä & Harve-Rytsälä 2021: 34.)

## 7.2 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tutkimusta tämän aiheen parissa olisi mielenkiintoista jatkaa selvittämällä potilastietojärjestelmien käytön hyödyntämisen vaikutuksia, moniammatillisen yhteistyön toteuttamista, sekä digitalisaation hyödyntämisen vaikutuksia osana kiireettömien ensihoitotehtävien hoitamista. Tutkimusta tämän aiheen parissa voisi jatkaa myös selvittämällä, kuinka paljon ensihoidon kiireettömiä tehtäviä ohjautuu muiden kuin ensihoidon hoidettavaksi ja miten niiden hoitaminen jakautuu eri toimijoille.

Tämän opinnäytetyön perusteella kiireettömien ensihoitotehtävien organisointi tulisi toteuttaa valtakunnallisesti yhtenevin toimintatavoin. Tässä tulisi ottaa huomioon tiedonsiirron sujuvoittaminen, yhteisesti jaetut käytännöt hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisessa, moniammatillisen työn ja koulutuksen lisääminen sekä digitalisaation hyödyntäminen.

## Lähteet

116117 Päivystysapu 2021. <<https://116117.fi/>>. Viitattu 15.3.2022.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria & Vaittinen, Tiina 2017. Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, Matti & Nikander, Pirjo & Ruusuvuori, Johann: Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Eastwood, Kathryn & Morgans, Ameer & Stoelwinder, Johannes & Smith, Karen 2019. The appropriateness of low-acuity cases referred for emergency ambulance dispatch following ambulance service secondary telephone triage: A retrospective cohort study. San Francisco: PLoS One. 14(8). Viitattu 15.3.2022.

Halmeslahti, Tuomo & Honkanen, Matti & Korkiamäki, Jari & Rahikainen, Jussi & Rajala, Juha & Vakkilainen, Ari 2019. Tilannekeskus- ja johtokeskuspalveluiden suorituskykyvaatimukset. Sisäministeriön julkaisuja 2019:7. Helsinki: sisäministeriö.< [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161323/SM\\_7\\_19\\_TIKE\\_ ja\\_JOKE.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161323/SM_7_19_TIKE_ ja_JOKE.pdf)>. Viitattu 17.3.2021.

Helsenorge 2019. Out-of-hours medical service. < <https://www.helsenorge.no/en/help-services-in-the-municipalities/out-of-hours-medical-service/>>. Viitattu 15.3.2022.

Hujala, Anneli & Lammintakanen, Johanna 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisan alan kehittämissäätö julkaisu 12. <<https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluita-tarvitset-ihmiset-keskioon.pdf>>. Viitattu 7.4.2022.

Hätäkeskuslaitos 2021. Tilinpäätös 2021 – tiivistelmä. <<https://112.fi/tilinpaatos-tiivistelma-2021>> Viitattu 14.3.2022.

Ilkka Lasse 2018. Ensihoitopalvelua saadaan erityisesti ydintaajamissa yhdenmukaisesti. Kolumni. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/-/ensihoitopalvelua-saad-an-erityisesti-ydintaajamissa-yhdenvertaisesti>>. Viitattu 29.10.2020.

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. <[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoher-ranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoher-ranen_vaitoskirja.pdf)>. Viitattu 6.2.2022.

Jylhä, Marja & Strandberg, Timo 2012. Kohti parempaa vanhuutta – ainakin parin aske-len verran. Duodecim. 201.2; 128(18):1833–4. <<https://www.duode-cim.lehti.fi/duo10518>>. Viitattu 18.11.2021.

Kekoni, Taru & Mönkkönen, Kaarina & Hujala, Anneli & Laulainen, Sanna & Hirvonen, Jukka 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini (toim.) Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus, 15–46.

Kuntaliitto 2021. Kotihoito. <<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-huolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>>. Viitattu 2.3.2021.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012.

Lampinen, Heikki 2020. Ensihoidon kenttäjohtaja. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Haastattelu 12.10.2020.

Lindskou, Tim & Mikkelsen, Søren & Christensen, Erika & Hansen, Poul & Jørgensen, Gitte & Hendriksen, Ole & Kirkegaard, Hans & Berlac, Peter & Søvsø, Morten 2019. The Danish prehospital emergency healthcare system and research possibilities. <<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-019-0676-5#Abs1>>. Viitattu 16.3.2022.

Lund, Vesa & Lähteenmäki, Katriina & Leppäkoski, Jyri & Pihlajamäki, Piia 2021. Maakunnallinen tilannekeskus ohjaa oikean avun oikeaan paikkaan. Lääkärilehti 19-20/2021, 1250-1251. <<https://www.laakarilehti.fi/tyossa/maakunnallinen-tilannekeskus-ohjaa-oikean-avun-oikeaan-paikkaan?public=20fed95342e03f0bde1f38b3aae703ec>>. Viitattu 17.3.2022.

Lund, Vesa 2020. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ensihoidon palvelutasopäätös ajalle 1.1.2021- 31.12.2021. Satasairaalan ensihoitokeskus.

Martikka, Nina & Männikkö, Marko 2019. Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusvirasto. <<https://www.vtv.fi/app/uploads/2019/06/VTV-Tarkastuskertomus-9-2019-Ohjauksen-vaikutus-ensihoitopalvelun-toimivuuteen1.pdf>>. Viitattu 29.10.2020.

Määttä, Teuvo & Harve-Rytsälä, Heini 2021. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, Markku & Holmström, Peter & Nurmi, Jouni & Porthan, Kari & Puolakka, Tuukka. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro. 15-35.

Määttä, Teuvo & Länkimäki, Sami 2018. Kuljettamatta jättäminen. Teoksessa Kuisma, Markku & Holmström, Peter & Nurmi, Jouni & Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2018. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

NHS 2017. When to use 111. <<https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/>>. Viitattu 15.3.2022.

NHS 2021. When to call 999. <<https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-call-999/>>. Viitattu 15.3.2022.

Nikander, Pirjo 2004. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40, 279–290. <<https://docplayer.fi/150081-Moniammatillinen-yhteistyö-sosiaali-ja-terveydenhuollon-haasteena-vuorovaikutuksellinen-nakokulma.html>>. Viitattu 15.2.2022.

Payne, Malcolm 2000. Teamwork in multiprofessional care. Basingstone: Palgrave.

Pelastustoimi. Sisäministeriö. <<https://pelastustoimi.fi/pelastustoimi/ensihoito#>>. Viitattu 23.2.2021, 11.4.2022.

Pori, akuutti kotikeskus. <<https://www.pori.fi/sosiaali-ja-terveys/terveys-ja-sairaalapalvelut/sairaalapalvelut/akuutti-kotikeskus>>. Viitattu 3.3.2021.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudeamus.

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Satasairaala. <<https://www.satasairaala.fi/satasairaala/satakunnan-sairaanhoitopiirin-kuntayhtyma>>. Viitattu 29.10.2020.

Saukkonen, Sanna-Mari & Ålander, Anne 2021. Hoidon tarpeen arviointi – nykytilan selvitys. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi\\_nykytilan%20selvitys%20\\_julkaisu.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi_nykytilan%20selvitys%20_julkaisu.pdf?sequence=1)>. Viitattu 6.4.2022.

Soininen, Leena 2019. Päivystysapu 116 117 – kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. Duodecim. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo14768>>. Viitattu 11.2.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Päivystysapu 116 117. <<https://stm.fi/116117fi>>. Viitattu 15.3.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö a. Ensihoito. Saatavana osoitteessa <<https://stm.fi/ensihoito>>. Viitattu 10.2.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö b. Kotihoito ja kotipalvelut. <<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>>. Viitattu 2.3.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö c. Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoito. <<https://stm.fi/kotisairaanhoito-kotisairaalahoito>>. Viitattu 2.3.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. Annettu Helsingissä 24.8.2017.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014.

Suomen perus- ja lähihoitajaliitto Super 2017. Mitä on hyvä kotihoito? Vastauksia ammatillisiin kysymyksiin. <[https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/kotihoidon\\_esite\\_super-liitto\\_lahihoitaja\\_16112017.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/kotihoidon_esite_super-liitto_lahihoitaja_16112017.pdf)>. Viitattu 7.4.2021.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Toikko, Timo & Rantanen Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta - Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. <[https://www.metropolia.fi/sites/default/files/images/TKI%20ja%20hankkeet/htk\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.metropolia.fi/sites/default/files/images/TKI%20ja%20hankkeet/htk_ohje_2012.pdf)>. Viitattu 29.10.2020.

Valvira 2017. Hoidon tarpeen arviointi. <[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon\\_tarpeen\\_arviointi](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi)>. Viitattu 10.2.2021.



## Asiantuntijahaastattelun runko

1. Miten ensihoidon tilannekeskus toteuttaa hoidon tarpeen arvioinnin kiireettömillä ensihoitotehtävillä?
  1. Mikä koulutustausta ja työkokemus hoidon tarpeen arviointia tekevällä henkilöllä on?
  2. Onko hoidon tarpeen arviointiin ennalta laadittu ohje tai toimintamalli? Jos ohje tai toimintamalli on laadittu, niin mitä se pitää sisällään?
  3. Onko hoidon tarpeen arviointia tekevällä henkilöllä mahdollisuus konsultaatioon? Jos konsultaatiomahdollisuus on, niin miten se toteutetaan ja ketä on mahdollista konsultoida?
2. Mitä vaihtoehtoisia tapoja on käytössä ensihoitopalvelun ambulanssin hälyttämisen sijaan kiireettömille ensihoitotehtäville?
  1. Mille eri toimijoille kiireettömiä ensihoitotehtäviä voidaan ohjata?
  2. Mikä kiireettömiä ensihoitotehtäviä suorittavien toiminta-aika on vuorokaudessa?
  3. Miten yhteydenpito eri toimijoiden välillä on järjestetty?
3. Miten nykyistä toimintamallia voisi kehittää?
  1. Mitkä ominaisuudet ja palvelut on koettu hyödyllisiksi?
  2. Olisiko nykyiseen toimintamalliin tarpeellista lisätä muita toimijoita?
  3. Järjestäisittekö hoidon tarpeen arvioinnin ja/ tai kiireettömien ensihoitotehtävien ohjaamisen jotenkin toisin nykyiseen toimintatapaan verrattuna? Miten kehittäisitte toimintamallia?

## **Tiedote tutkimuksesta**

### **Ensihoidon tilannekeskusten toiminta kiireettömissä ensihoitotehtävissä**

#### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan ensihoidon tilannekeskusten toimintaa kiireettömissä ensihoitotehtävissä. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska toimitte ensihoitopäällikkönä tai vastaavana ensihoidon asiantuntijahenkilönä yhdessä tutkimukseen valikoituneen sairaanhoitopiirin alueella. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

#### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

#### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ensihoidon tilannekeskusten toimintaa kiireettömissä ensihoitotehtävissä. Toisena tarkoituksena on selvittää vaihtoehtoiset tavat hoitaa kiireettömät ensihoitotehtävät ambulanssin hälyttämisen sijaan ja selvittää, miten nykyistä toimintamallia voisi kehittää.

#### **Tutkimuksen toteuttajat**

Tutkimus toteutetaan ensihoidon kehittämisen ja johtamisen YAMK- opinnäytetyönä. Tutkijana toimii Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelija Henri Heino. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Satasairaalan ensihoitokeskuksen kanssa. Tutkimuksessa ei ole ulkopuolista rahoitusta.

#### **Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet**

Tutkimus toteutetaan siten, että tutkimukseen osallistuvalla ensihoitopäällikölle tai vastaavalle ensihoidon asiantuntijalle sovitaan haastattelu-aika Zoom- viestintäalustalle. Arvioitu haastattelu-aika on noin yksi tunti. Haastateltavalle esitetään kysymyksiä, joiden avulla pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin.

#### **Kustannukset ja niiden korvaaminen**

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa osallistujalle mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

#### **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tutkimus on osa YAMK- opinnäytetyötä ja se tullaan julkaisemaan avoimesti Theseus- tietokannassa.

**Lisätiedot**

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

**Tutkijoiden yhteystiedot**

Tutkija / opinnäytetyöntekijä  
Nimi: Henri Heino  
Puh. xxx-xxxxx  
Sähköposti: henri.heino@metropolia.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja  
Titteli: Lehtori, Terveystieteiden tohtori  
Nimi: Iira Lankinen  
Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy / Myllypuron kampus  
Puh. xxx-xxxxx  
Sähköposti: iira.lankinen@metropolia.fi

**Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa**

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

**Tutkimuksen rekisterinpitäjä**

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on Metropolia Ammattikorkeakoulu ja opiskelija.

**Voitte kysyä lisätietoja henkilötietojenne käsittelystä rekisterinpitäjältä**

Rekisterinpitäjän yhteyshenkilön nimi: Henri Heino  
Organisaatio: Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Puh. 040-xxxxx  
Sähköposti: xxxxx

**Yhteisrekisterinpitäjien vastuut**

1. Opinnäytetyöntekijä vastaa henkilötietojen käsittelystä ja säilytyksestä koko niiden tutkimuksen ajan ja hävittää ne tutkimuksen päätyttyä.
2. Opinnäytetyöntekijä päättää henkilötietojen käsittelyssä käytettävistä työvälineistä ja vastaa henkilötietojen käsittelyssä käytettävien tallennus-  
alustojen tietoturvesta.
3. Henkilötiedot tallennetaan Henri Heinon henkilökohtaiselle Metropolia Ammattikorkeakoulun hallinnoimalle levyasemalle, jonne pääsee kirjautumaan vain Heinon omalla käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Tietojen rekisteröinnissä noudatetaan EU:n tietosuoja-asetusta (GDPR).

**Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja**

- Haastateltavan nimi
- Haastateltavan asema organisaatiossa

- Haastateltavan sähköpostiosoite

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

### **Henkilötietojenne suojausperiaatteet**

Tutkimuksessa kerätyt edellä mainitut henkilötiedot on opinnäytetyöntekijän tietokoneella suojattuna käyttäjätunnuksella ja salasanalla.

Yhteydenpito tapahtuu käyttäen Metropolian sähköpostijärjestelmää ja haastattelu toteutetaan käyttäen Zoom viestintäalustaa käyttäen.

### **Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus**

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus on kerätä tutkimusaineistoa ja tuottaa tietoa tutkittavasta aiheesta asiantuntijahaastattelua apuna käyttäen. Tuloksia raportoitaessa yksittäisen vastaajan mielipide tai vastaus asiasta ei tule esille.

### **Henkilötietojenne käsittelyperuste**

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste on antamanne suostumus.

### **Tutkimuksen kesto-aika (henkilötietojenne käsittelyaika)**

Tutkimuksen kesto-aika jatkuu opinnäytetyöprosessin loppuun saakka eli päättyy viimeistään toukokuussa 2022.

### **Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päättyttyä?**

Tutkimuksen aikana kerätyt henkilötiedot tullaan hävittämään.

### **Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä**

Tutkimuksen aikana kerätyt henkilötietoja ei tulla luovuttamaan tutkimusryhmän ulkopuolisille henkilöille.

### **Rekisteröitynä teillä on oikeus**

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

- saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä
- tarkastaa itseänne koskevat tiedot
- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilötietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

### **Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon**

### **Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa**

Opinnäytetyössä tutkimustuloksien raportoinnissa mainitaan ainoastaan haastateltavien ammattinimike. Tarkentavia henkilötietoja tai työskentelyorganisaatiota ei mainita.