



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tom Smedlund

ENSIHOITOPALVELUN LAADUN KE-
HITTÄMINEN VAASAN SAIRAANHOI-
TOPIIRIN ALUEELLA

Itsearvioinnin suorittaminen

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tom Smedlund
Opinnäytetyön nimi	Ensihoitopalvelun kehittäminen Vaasan sairaanhoitopiirin alueella
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	119 + 2 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Sosiaali- ja terveydenhuolto on laajojen rakenteellisten muutosten edessä, jotka tulevat johtamaan koko toiminta- ja palvelukentän uudistamiseen. Sen tulee jatkossa olla vaikuttava, kustannustehokas ja yhdenvertainen. Laajan muutoksen keskellä yksittäisen toimintayksikön laadusta ja potilasturvallisuudesta ei saa tinkiä. Päinvastoin, niiden merkitys muutoksien jälkeen korostuvat. Pitkäjänteinen ja johdonmukainen laatujohtaminen sekä systemaattinen laadunmittaaminen ovat keskeisessä asemassa tätä kokonaisuutta.

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuoltoa ja sen päivystystoimintaa. Suunnitteilla olevat muutokset tulevat myös vaikuttamaan sen rakenteisiin, prosesseihin ja vaatimuksiin. Toimintaympäristö muuttuu ja tämän johdosta ensihoitopalvelun tulee olla joustava, suorituskykyinen ja asiakaskeskeinen.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli suorittaa Vaasan sairaanhoitopiirin alueella tuotetun ensihoitopalvelun toiminnan ja tuloksien itsearviointi sekä laatia tuloksien pohjalta kehittämissuunnitelma. Itsearviointi pohjautui EFQM-laatuportaalimallin rakenteeseen. Se toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön strukturoitua kyselylomaketta hyödyntäen. Tutkimusote oli lähestymistavaltaan kehittämissuunnitelma.

Tuloksista voidaan nähdä, että kehittymistä tulee tapahtua kaikissa arviointialueissa. Huomiota tulee erityisesti kiinnittää johtamiseen, strategiseen työskentelyyn, asiakaskeskeisyyteen ja hoidollisiin prosesseihin. Laadunvarmistamisessa tulee hyödyntää lisää rakenne-, prosessi-, lopputulos-, riskienhallinta- ja potilasturvallisuusmittareita. Toiminnan ja tuloksien järjestelmällistä mittaamista tulee ylipäättään suorittaa enemmän. Ensihoitopalvelun laadunhallinta tulee olla kokonaisuus, mikä koskettaa kaikkia organisaation yksilöitä.

Avainsanat	ensihoitopalvelu, laatu, laadunhallinta, laatujohtaminen, laadunmittaaminen, itsearviointi
------------	--

ABSTRACT

Author	Tom Smedlund
Title	Developing the Quality in Emergency Medical Services in Vaasa Hospital District – Carrying out Self-Evaluation
Year	2016
Language	Finnish
Pages	119 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

Social and health services are facing wide structural changes, which will lead to a reform on the whole operational- and service field. In the future they must be efficient, cost-effective and equal. In the middle of a major change you cannot haggle over the quality and patient safety in a single unit. On the contrary, the significance of quality and patient safety are emphasized after the changes. Long-term and consistent quality management and systematic quality measurement are in a key role.

Emergency medical services are a part of the health services and the emergency duty. The changes which are for a moment on a planning stage, will also affect the structure, processes and requirements of emergency medical services. The operational environment will change and therefore emergency medical services must be flexible, efficient and client-centered.

The purpose of this development assignment was to carry out self-evaluation of the actions and results in the emergency medical services Vaasa hospital district. The purpose was also to make a development plan based on the results. The self-evaluation was based on the EFQM-quality system. The data was collected using a structured questionnaire developed by the Ministry of Social Affairs and Health. The questionnaire will be attached in this paper. This was a development study.

The results confirm that development must take place in all of the evaluated areas. Management, strategic work, client-centeredness and nursing processes are specific areas to pay attention to. There is a need to increase the use of scales in the measurement of structures, processes, outcome, risk management and patient safety to secure the quality. Overall there is a larger need for systematic measurement of the actions and results. The quality control in emergency medical service must be more holistic affecting all the individuals in the organization.

Keywords	Emergency medical service, quality, quality control, quality management, quality measurement, self-evaluation
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3 ENSIHOITOPALVELU	10
3.1 Ensihoitopalvelun päätehtävät ja erityispiirteet	10
3.2 Ensihoitopalvelun keskeiset hoitotasot.....	12
3.3 Palvelutasopäätös.....	13
3.4 Ensihoidon organisointi Vaasan sairaanhoitopiirin alueella	15
3.5 Toimintaympäristön kuvaaminen.....	16
3.6 Ensihoito yhteiskunnallisissa muutoksissa	19
3.7 Ensihoitopalvelua ohjaava keskeinen lainsäädäntö.....	20
4 LAATU	23
4.1 Laadun käsitteitä ja lähestymistapoja	23
4.2 Laatujohtaminen	28
4.3 Laadun mittaaminen	32
4.4 Laatu ensihoitopalvelussa	35
4.4.1 Palvelun laatu	38
4.4.2 Kliininen laatu	39
4.4.3 Prosessien laatu	41
4.4.4 Vaikuttavuus	43
4.5 Laadunhallinta Vaasan sairaanhoitopiirissä.....	44
4.6 EFQM Excellence-malli	45
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	48
5.1 Tutkimusote.....	48
5.2 Tutkimuksen kohderyhmä.....	54
5.3 Tutkimusaineiston keruu.....	55
5.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	60
5.5 Kehittämistilaisuudet	62
6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	64

6.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	64
6.2 Itsearviointin konsensustulosten raportointi.....	66
6.2.1 Johtajuus	66
6.2.2 Strategia	71
6.2.3 Henkilöstö	74
6.2.4 Kumppanuudet ja resurssit.....	78
6.2.5 Prosessit, tuotteet ja palvelut.....	82
6.2.6 Asiakastulokset.....	85
6.2.7 Henkilöstötulokset.....	87
6.2.8 Yhteiskunnalliset tulokset.....	88
6.2.9 Keskeiset tulokset.....	90
7 POHDINTA.....	92
7.1 Tulosten tarkastelu.....	92
7.2 Kehittämistyön eettiset kysymykset	105
7.3 Kehittämistyön luotettavuus.....	106
7.4 Oman työn pohdintaa ja jatkotutkimusaiheet.....	110
LÄHTEET	113
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Vaasan sairaanhoitopiiri kartta	s. 17
Kuvio 2.	Laadun näkökulmat Paul Lillrankin mukaan	s. 24
Kuvio 3.	Demingin johtamismalli	s. 31
Kuvio 4.	Asiakkuus eri lähestymistavoista	s. 38
Kuvio 5.	EFQM 2012 arviointialueet	s. 46
Kuvio 6.	Kehittämistutkimuksen rakenne	s. 51
Kuvio 7.	Monimenetelmällisyyden käsitteellinen malli	s. 52
Kuvio 8.	Kehittämistutkimuksen prosessikuvaus	s. 53
Kuvio 9.	Prosessikuvaus tutkimusaineiston keruusta	s. 60
Kuvio 10.	Vastaajien suhdeluku Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelusta	s. 64
Kuvio 11.	Vastaajien suhdeluku Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren pelastuslaitoksen ensihoitopalvelussa	s. 65
Kuvio 12.	Vastaajien ensihoidon työkokemus k.a.	s. 65
Taulukko 1.	Ensihoitopalvelun hoitotasot	s. 13
Taulukko 2.	Riskialueluokkien kriteerit	s. 14
Taulukko 3.	Väestö sairaanhoitopiireittäin ja ikäryhmien % -osuudet 31.12.2014	s. 18
Taulukko 4.	Laadunhallinnan tavoitteita ensihoitopalvelussa	s. 38
Taulukko 5.	Kahdeksan eri monimenetelmä designia	s. 53
Taulukko 6.	Johtajuus 1A	s. 67
Taulukko 7.	Johtajuus 1B	s. 68
Taulukko 8.	Johtajuus 1C	s. 69
Taulukko 9.	Johtajuus 1D	s. 70

Taulukko 10. Johtajuus 1E	s. 71
Taulukko 11. Strategia 2A	s. 72
Taulukko 12. Strategia 2B	s. 73
Taulukko 13. Strategia 2C	s. 73
Taulukko 14. Strategia 2D	s. 74
Taulukko 15. Henkilöstö 3A	s. 75
Taulukko 16. Henkilöstö 3B	s. 76
Taulukko 17. Henkilöstö 3C	s. 76
Taulukko 18. Henkilöstö 3D	s. 77
Taulukko 19. Henkilöstö 3E	s. 78
Taulukko 20. Kumppanuudet ja resurssit 4A	s. 78
Taulukko 21. Kumppanuudet ja resurssit 4B	s. 79
Taulukko 22. Kumppanuudet ja resurssit 4C	s. 80
Taulukko 23. Kumppanuudet ja resurssit 4D	s. 81
Taulukko 24. Kumppanuudet ja resurssit 4E	s. 82
Taulukko 25. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5A	s. 83
Taulukko 26. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5B	s. 83
Taulukko 27. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5C	s. 84
Taulukko 28. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5D	s. 85
Taulukko 29. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5E	s. 85
Taulukko 30. Asiakastulokset 6A	s. 86
Taulukko 31. Asiakastulokset 6B	s. 87
Taulukko 32. Henkilöstötulokset 7A	s. 87
Taulukko 33. Henkilöstötulokset 7B	s. 88
Taulukko 34. Yhteiskunnalliset tulokset 8A	s. 89
Taulukko 35. Yhteiskunnalliset tulokset 8B	s. 89

Taulukko 36. Keskeiset tulokset 9A	s. 90
Taulukko 37. Keskeiset tulokset 9B	s. 91
Taulukko 38. Itsearviointi 2015 kokonaistulokset	s. 91

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Ensihoidon itsearviointilomake**LIITE 2.** Kehittämissuunnitelma (ei julkinen)

1 JOHDANTO

Laatu käsitteenä on erittäin monimuotoinen, ja miten se koetaan, riippuu suuresti siitä että mistä näkökulmasta sitä tarkastetaan. Yleisesti voidaan todeta että laatu kohdistuu toimintaan, asiakaspalveluun ja/tai tuotteeseen. Asiakkaitten odotusarvojen mieluinen tyydyttäminen on keskeistä laadun kehittämisessä. (Pesonen 2007, 35–36.) Silénin (2001, 15) mukaan laadunhallinta on olennaista organisaatioiden ja toimintojen johtamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Tavoitteena tulee olla tehokas ja kilpailukykyinen organisaatio.

Laadunhallinta koskee organisaation jokaista tasoa sekä sen tulee olla systemaattista ja pitkäjänteistä. Terveystieteiden ja ensihoidon toiminta tulee perustua näyttöön ja hyväksi koetuihin käytäntöihin. Oleellista organisaation laatutyössä on toiminnan integroiminen päivittäistyöhön. Tämä vaatii johdolta aktiivista johtamista ja ohjausta sekä koko työyhteisöltä laadunhallinnan ymmärtämistä ja sitoutumista. Terveystieteiden ja ensihoidon edustaa on asiakaskeskeistä palvelutehtävää ja tämän johdosta laatu yleisesti ymmärretään ja koetaan palvelun laaduna. (STM 2014, 8–26.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM) on julkaissut heinäkuussa 2014 suosituksen Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Suosituksen tavoitteena on informoida ja antaa voimavaroja organisaatioille toteuttaa ja parantaa laadunhallintaa. Laadunhallinta tulee pohjautua jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen. Ensihoito on terveydenhuollon toimintaa, josta löytyy selkeitä erityispiirteitä kuten nopeat yllättävät tilanteet, pienet resurssit ja haasteellinen toimintaympäristö. Ensihoito on myös juuri kokenut ison kansallisen muutoksen ja uusi muutos on tuloillaan. Näitä taustatekijöitä ajatellen suositus laadunvarmistamisesta on hyvin tarpeellinen. (STM 2014, 7–8.) Terveystieteiden ja ensihoidon toimintayksiköltä vaadittava suunnitelma laadunhallinnan täytäntöönpanosta on mainittu terveydenhuoltolaissa ja asetuksessa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (L30.12.2010/1326; A6.4.2011/341). Vaasan sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelut tuotetaan yhteistoiminnassa sairaanhoitopiirin ja

alueen kahden pelastuslaitoksen toimesta, jotka ovat Pohjanmaan pelastuslaitos sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitos.

Kehittämistyön tarkoituksena oli suorittaa sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukainen itsearviointi, jossa arvioitiin organisaatioiden rakenteita, toimintaa ja tuloksia. Tarkoituksena oli tunnistaa keskeiset vahvuudet ja kehittämistarpeet. Pääpaino tällä kertaa oli kehittämistarpeissa. Lisäksi tarkoitettiin tuloksien pohjalta tehdä priorisoiden realistinen kehittämissuunnitelma lyhyelle- ja keski-pitkälle aikavälille. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa laadunhallinnan jatkuva kehittäminen tapahtuu systemaattisen PDCA-laatuympyrän (Plan-Do-Check-Act) mukaisesti. Itsearviointi toteutettiin Pohjanmaan pelastuslaitoksen sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen henkilöstön toimesta. Otos oli harkinnanvaraisesti valittu. Kehittämistilaisuuksissa mukana oli myös Vaasan keskussairaalan akuuttilääketieteen yksikkö. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa esitetty itsearviointimalli ja tämä kehittäminen pohjautuvat EFQM-laatupalkintomalliin. (STM 2014, 8–10.)

Kehittämistyön tavoitteena oli laadunhallinnan kokonaisvaltainen kehittäminen kohdeorganisaatioissa, joissa itsearviointien tuloksien kautta ylläpidetään ja vahvistetaan ensihoitopalvelun keskeisiä menestystekijöitä ja parannetaan toimintaa. Tavoitteena oli myös lisäarvon tuottaminen ensihoitopalvelun toiminnan suunnitteluun ja raportointiin.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoitus oli suorittaa sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukainen itsearviointi, jossa arvioitiin Vaasan sairaanhoitopiiriin alueella järjestetävän ensihoitopalvelun rakenteita, toimintaa ja tuloksia. Tarkoituksena oli tunnistaa keskeiset vahvuudet ja kehittämistarpeet. Painopiste arvioinnissa oli tällä kertaa kehittämistarpeiden löytämisessä. Lisäksi tarkoitus oli itsearvioinnin tuloksien pohjalta suorittaa priorisoiden realistinen ja yksinkertainen kehittämissuunnitelma lyhyelle ja keskipitkälle aikavälille. (STM 2014, 8–10.)

Laadunhallinnan jatkuva kehittäminen tapahtuu systemaattisen PDCA-laatuympyrän (Plan-Do-Check-Act) mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä toteutettiin tästä Plan-vaihe eli kehittämissuunnitelman laatiminen. Itsearviointi toteutettiin Pohjanmaan pelastuslaitoksen sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen henkilöstön toimesta. Kehittämistilaisuudessa oli mukana myös Vaasan keskussairaalan akuuttilääketieteen yksikkö. Suosituksessa esitetty itsearviointi pohjautuu EFQM-laatupalkintomalliin. (STM 2014, 8–10.)

Kehittämistyön ensisijainen tavoite oli hyödyntää mahdollisemman laadukkaasti ja johdonmukaisesti itsearvioinnin kautta syntyneitä tuloksia ensihoitopalvelun kokonaisvaltaisassa laadunhallinnassa ja kehittämisessä. Tässä tavoitteena oli ylläpitää ja vahvistaa keskeisiä vahvuuksia ja parantaa toimintaa. Itsearviointi ja kehittäminen tulee olla jatkuvaa ja sen tulee integroitua päivittäiseen toimintaan. Kehittämissuunnitelmien tulee omalta osaltaan ohjata toimintavuoden suunnittelua ja tavoitteiden asettelua. Tavoitteena oli myös itsearvioinnin tuloksien avulla tuottaa laajempaa lisäarvoa ensihoitopalvelun tilanteesta olemassa olevien raporttien lisäksi Vaasan sairaanhoitopiirin johdolle ja päättävälle toimielimille.

Kehittämistehtävät ovat seuraavat:

1. Vaasan sairaanhoitopiiriin alueella tuotettavan ensihoitopalvelun itsearvioinnin suorittaminen sovelletusti hyödyntäen EFQM-laatupalkintomallin mukaista mittausvälinettä.
2. Kehittämissuunnitelman laatiminen itsearvioinnin tuloksien pohjalta.

3 ENSIHOITOPALVELU

Ensihoito ja ensihoitopalvelu, jotka aikaisemmin tunnettiin nimellä sairaankuljetus ja lääkinnällinen pelastustoiminta, ovat viimevuosien aikana läpikäyneet Suomessa merkittävän muutoksen. Ensihoidon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille vuosien 2012–2014 aikana. Samalla ensihoitopalvelusta tuli alueellinen järjestelmä. Muutoksen taustalla oli ensihoitopalvelun kehittämisen tarve tuottaa tasapuoliset ja laadukkaat riskikartoitukseen perustuvat palvelut asiakkaille sekä hyvin kirjavan käytännön yhdenmukaistaminen. Muutokseen vaikuttivat myös terveydenhuollon toimintaympäristön muuttuminen ja tulevaisuuden haasteet. Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuoltoa ja sen päivystystoimintaa, joka tulee suunnitella ja järjestää siten, että se muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden yhdessä keskeisten terveystoimen yksiköiden ja muiden viranomaisten kanssa. (STM 2011, 13; Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 14; Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 14.)

3.1 Ensihoitopalvelun päätehtävät ja erityispiirteet

Äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin mahdollisimman nopea ja laadukas hoito itsenäisesti sekä yhdessä muiden turvallisuusviranomaisten kanssa on ensihoitopalvelun perustehtävä. Se tapahtuu ensisijaisesti sairaalan ulkopuolella potilaan kotona, työssä tai yhteiskunnassa julkisesti. Potilaan kiireellinen tilan arviointi, ensihoito ja mahdollinen kuljetus tarkoituksenmukaisimpaan päivystysyksikköön muodostavat hoitoketjussa ensimmäisen keskeisen vaiheen yhdessä hätäilmoituksen ja hätäkeskuksen kanssa. Ensihoitopalvelun ydintehtäviin kuuluvat myös kiireelliset ambulanssilla suoritettavat hoitolaitosten väliset potilassiirrot ja ensivaste-toiminta. Ensihoidon ja koko hoitoketjun tavoitteena tulee olla potilaan toimintakyvyn palauttaminen edeltävään elämäntilanteeseen. Akuuttien sairauksien ja onnettomuuksien hoitoprosesseissa ensihoito on oleellinen osatekijä. Ensihoitopalvelun tehtävänä on myös terveydenhuollon järjestelmässä omalta osaltaan tukea ja ohjata potilaita käyttämään oikein päivystyspalveluita. Kaikki ensihoitopotilaat eivät suinkaan tarvitse esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluita. Oire ja peruselintoimintojen häiriö voidaan hoitaa kohteessa ja jättää potilas kotiin. Onnistuessaan tällä on

suuri merkitys päivystystoiminnan näkökulmasta mutta myös kansantaloudellises-tikin. (Kuisma ym. 2013, 14; Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paak-konen, Pousi & Väisänen 2012, 17–18; Ryytänen, Iirola, Reitala, Pälve & Malmi-vaara 2008, 8.)

Ensihoito on Suomessa ja kansainvälisesti muuttunut ja kehittynyt viimeisten vuo-sikymmenien aikana. Suomessa ja muualla maailmassa on ensihoitopalvelu pitkään muodostunut porrastetusta vasteesta, jossa potilaan luokse lähetetään tarvittaessa useita eritasoisia yksiköitä. Aikaisemmin tämä ei ollut normaali käytäntö, vaan sil-loin potilas pyrittiin heti kun mahdollista kuljettamaan lähimpään päivystysyksik-köön. Tällöin ei toteutunut potilaan kokonaisvaltainen tehostettu ja laadukas ensi-hoito jo potilaan luona. Suuressa osassa ensihoitotehtäviä tällä on iso merkitys po-tilaan eritasoisen selviytymisen näkökulmasta. Toki on olemassa tilanteita, joissa nopea kuljettaminen sairaalaan on ainut oikea vaihtoehto. Jatkuvasti kehittynyt lää-ke-tiede, hoitomenetelmät, laitetekniikka sekä digitaalinen viestintäteknologia edes-auttavat tehokasta hoitoa myös ensihoidossa. Osaamisen hallinnalla ja valmiuksilla on myös suuri merkitys. (Kuisma ym. 2013, 15–16; Suserud & Svensson 2009, 91; Caroline & American Academy of Orthopaedic Surgeons 2013, 5; Tintinalli, Stapczynski, Ma, Cline, Cydulka & Meckler 2011, 1.)

Terveysthuollon järjestelmässä ensihoitopalveluiden toimintaympäristö, luonne ja resurssit poikkeavat erityispiirteiltään hyvin paljon monesta muusta erikoisalasta. Ensihoitopalvelu on valmiusorganisaatio. Ensihoitajat joutuvat aina kohtaamaan potilaita äkillisesti sairauskohtauksien tai onnettomuuksien johdosta. Ensihoitotehtävä ja hoitosuhde eivät toteudu suunnitellusti. Haasteelliseksi tilanteen luo myös se, että ensihoitajat ja muut yhteistyöviranomaiset toimivat rajallisin resurssein. Useimmat ensihoitotehtävät suoritetaan kahden ensihoitajan turvin, ei suuressa tiimissä. Ensihoitajat joutuvat myös hoitamaan potilaita joidenka tehtäväkirjo on hy-vin laaja pienestä lapsesta vanhukseen, sydänpysähdyksestä lääkkeiden yliannos-tukseen, kaatumisesta pahoinpitelyyn, monivamma-potilaasta suuronnettomuuteen. Ensihoitajan tulee pystyä tekemään hyvin itsenäisesti työtä stressaavassa ja välillä riskialttiissakin toimintaympäristössä, missä potilaan tilanarviointi, ensihoito ja päätökset tulee tehdä nopeasti. Ensihoitoon perehtyneen lääkärin tai muun lääkärin

tuki ja turva ovat yleisesti ottaen kaukana. Suuressa osassa Suomea heidän roolinsa tulee esille lähinnä konsultoinnin yhteydessä, mikä sekin on tärkeä vaihe kokonaisuutta. (STM 2014, 21–22; Suserud & Svensson 2009, 13, 39; Kuisma ym. 2013, 14.)

Toimintaympäristö muodostuu potilaiden kodista, työpaikoista, julkisista tiloista, maanteistä, metsästä, rannikosta, merestä jne. Toimintaympäristö on aina ainutlaatuinen kuten myös itse tilanteet. Luonnonolosuhteet kuten kylmä, pimeä, lumi, rankkasade ja epätasainen maasto luovat omat haasteensa. Ensihoitajan työ on myös fyysisesti ja henkisesti raskasta. Erityispiirteinä voidaan myös pitää sitä, että he joutuvat toimimaan monessa eri roolissa ihmisten erilaisten huolien ja ongelmien takia. Ensihoitajan tulee myös hallita moniviranomaisyhteistyö ja hoitoryhmien johtaminen. (STM 2014, 21–22; Kuisma ym. 2013, 14.)

3.2 Ensihoitopalvelun keskeiset hoitotasot

Ensihoidon toteuttaminen Suomessa tapahtuu porrastetusti eri hoitotasojen toimesta. Järjestelmän eri hoitotasot ovat suoraan vasteessa hätäkeskuksessa sairaanhoitopiirin ennalta määriteltyjen hälytysohjeiden mukaisesti. Yleisimmin ensihoitotehtävälle hälytetään aina lähin vapaana oleva tarkoituksin mukaisin yksikkö. Ensihoitoyksiköt toteuttavat ensihoitoa porrastetun vasteen mukaisesti, mikä tarkoittaa sitä, että vaativalle tehtävälle voidaan hälyttää useita eri tason yksiköitä ensivasteyksiköstä aina lääkäriyksikköön asti, kun taas riskiltään matalavasteiselle tehtävälle osallistuu ainoastaan perustason ambulanssi. Malli edesauttaa resurssien oikeanlaista hyödyntämistä ja valmiuden ylläpitämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelussa määritellään henkilöstön kelpoisuusehdot eri hoitotasojen suhteen. Taulukossa 1 on kuvattuna yleisimmin käytössä olevat hoitotasot Suomessa. (Kuisma ym. 2013, 23.)

Taulukko 1. Ensihoitopalvelun hoitotasot (Silfvast, Castrén, Kurola, Lund & Martikainen 2010, 359–362; Castrén ym. 2012, 20).

Ensivasteyksikkö	<p>Ensivasteen tarkoituksena on lyhentää hätätilapotilaan hoidon alkamisviivettä suorittamalla välittömiä ensihoitotoimia ennen ambulanssin saapumista kohteeseen. Se ei kuitenkaan koskaan korvaa ambulanssia vaan tukee sitä.</p> <p>Ensivasteyksikön henkilöstö koostuu ensiauttajista jotka ovat saaneet toimintaa varten koulutuksen.</p>
Perustason ensihoitoyksikkö	<p>Perustason yksikön tehtävänä on hoitaa ja kuljettaa potilasta riittävällä tasolla siten, että hänen terveydentilansa ei odottamatta huonone. Voi suorittaa itsenäisesti yksinkertaisia henkeä pelastavia hoitotoimenpiteitä.</p> <p>Henkilöstö koostuu pääosin lähihoitajista, pelastajista ja sairaanhoitajista joilla ei ole hoitotason pätevyyttä.</p>
Hoitotason ensihoitoyksikkö	<p>Hoitotason yksikön tarkoituksena on itsenäisesti aloittaa potilaan hoitotoimenpiteet tehostetulla tasolla siten, että hänen terveydentilansa voidaan turvata.</p> <p>Henkilöstö koostuu pääosin ensihoitaja AMK-tutkinnon suorittaneista tai sairaanhoitaja AMK-tutkinnon jolla hoitotason erikoistumisopinnot suoritettuna.</p>
Kenttäjohtaja	<p>Hoitotason ensihoitaja jolla on johtamisosaamista. Toimivat koko sairaanhoitopiirin alueella ensihoidon tilannejohtajina päivittäistehtävissä ja moniviranomaistehtävissä päivystävän ensihoitolääkärin ja vastuulääkärin alaisuudessa. Tukevat tarvittaessa perus- ja hoitotason yksiköitä potilaan hoitamisessa. Kenttäjohtajan tehtävään kuuluu myös hätäkeskuksen tukeminen.</p>
Päivystävä ensihoitolääkäri	<p>Jokaisella erityisvastuualueella (ERVA) tulee olla vähintään yksi päivystävä ensihoitolääkäri. Lääkäri osallistuu tehtävälle vasteen mukaisesti lääkärihelikopterilla, maayksiköllä tai tukee toimintaa etäjohtamisen ja konsultaatiopalvelujen muodossa. Päivystävä ensihoitolääkäri toimii operatiivisesti kenttäjohtajan esimiehenä.</p>

3.3 Palvelutasopäätös

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee terveydenhuoltolain velvoituksen mukaan tehdä ja vahvistaa ensihoitopalvelun palvelutasopäätös. Mitä kaikkea sen tulee pitää sisällään, on sosiaali- ja terveysministeriö määritellyt sairaanhoitopiireille kohdenetussa ohjeessaan. Lähtökohta on, että sairaanhoitopiirit suunnittelevat ja rakentavat palvelutasopäätöksensä ohjeen raamien mukaisesti. Sairaanhoitopiirien kesken

palvelutason asteella toki on eroja. Toiset pystyvät järjestämään ensihoitopalvelun korkealla tasolla kun toiset taas matalammalla. Ensihoidon palvelutaso täytyy lähtökohtaisesti olla yhdenvertainen sairaanhoitopiirin väestölle eri riskialueilla. Palvelutasopäätöstä tulee päivittää, jos siinä esiintyy selkeitä puutteita, esimerkiksi juuri yhdenvertaisuuden periaatteella. Alueen väestön näkökulmasta tärkein laatu-kriteeri ensihoidon palvelutasopäätöksessä on, että kuinka nopeasti ja missä määrin potilaat tavoitetaan ensihoitoyksikön toimesta. Yhdenvertaisuuden periaatetta ei voida kuitenkaan edellyttää jokaisella alueella, kuten saaristossa ja tietttömiä tai paleiden maastossa. (STM 2011, 3, 12.)

Ensihoidon palvelutasopäätöksessä tulee terveydenhuoltolain mukaan määrittää ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, tavoitteet potilaan tavoittamisajoina, johtamisjärjestelmät, henkilöstön koulutus- ja pätevyysvaatimukset ynnä muu keskeinen sisältö. Palvelutasopäätöksen tavoitteena on turvata yhdenvertainen palvelu palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla, käyttää olemassa olevia resursseja mahdollisimman tehokkaasti hyväksi ja, että tavoitetaan valtaosa väestöstä määritellyssä enimmäisajassa eri riskialueilla yhdenvertaisuuden periaatteella. (STM 2011, 9, 12.)

Palvelutasopäätöksessä koko sairaanhoitopiiri jaetaan maantieteellisesti 1 km² suuruisiin riskialueisiin. Riskialueet määräytyvät eri indikaattoreista jotka ovat muun muassa 1 km² alueella vakinaisesti asuvan väestön ja kausivaihtelun väestön lukumäärä, ikärakenne, erityiskohteiden kuten sairaaloiden ja palvelutalojen lukumäärä, kanta- ja valtateiden olemassa olo ja toteutuneet aikaisemmat ensihoitotehtävät. Riskialueluokat koostuvat luokista 1-5 ja selittävät ensihoitotehtävien ennustettavuutta. Taulukossa 2 on esitetty riskialueluokkien määräytymisen kriteerit ja esimerkit.

Taulukko 2. Riskialueluokkien kriteerit (STM 2011, 15).

Riskialueluokka	Määritelmä	Esimerkki
Riskialueluokka 1	> 350 tehtävää vuodessa (yli 1 vuorokaudessa).	Suuren kaupungin keskusta.

Riskialuealuokka 2	50–350 tehtävää vuodessa (vähintään 1 viikossa mutta alle 1 vuorokaudessa).	Kaupungin asuinlähiö, pienen kaupungin keskusta.
Riskialuealuokka 3	10–50 tehtävää vuodessa (vähintään 1 kuukaudessa mutta alle 1 viikossa).	Maaseututaajama.
Riskialuealuokka 4	< 10 tehtävää vuodessa, mutta alueella on vakituista asutusta tai kanta- / valtatie.	Asuttu maaseutu.
Riskialuealuokka 5	Asumattomat tai tieverkon ulkopuolella olevat alueet.	Metsä, meri- tai järviolue, saari, johon ei mene tietä.

3.4 Ensihoidon organisointi Vaasan sairaanhoitopiirin alueella

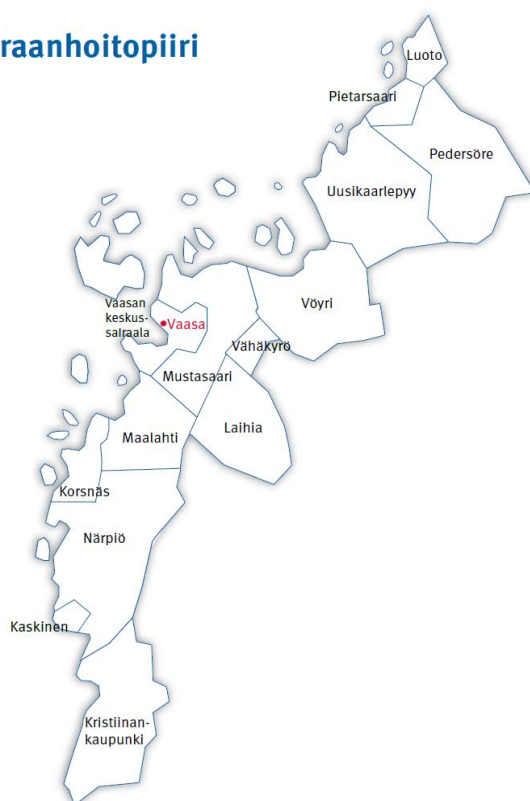
Vaasan sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelut tuotetaan yhteistoiminnassa alueen kahden pelastuslaitoksen kanssa. Pelastuslaitokset ovat Pohjanmaan pelastuslaitos sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitos. Yhteistyöstä sovitaan Vaasan sairaanhoitopiirin ja pelastuslaitoksen välisellä toistaiseksi voimassa olevalla sopimuksella, jossa määritellään ensihoitopalvelun tuottamisen toiminnalliset ja taloudelliset periaatteet. Vaasan sairaanhoitopiiri tuottaa kenttäjohtajatoiminnot ja pelastuslaitokset koko operatiivisen toiminnan muilta osin. (Vaasan keskussairaala 2013, 1.) Ensihoitopalvelun sisältö muodostuu päivittäistehtävien lisäksi hoitolaitosten välisistä ambulanssilla suoritettavista siirtokuljetuksista sekä ensivastetoiminnasta. Ensivasteessa turvaudutaan pelastustoimen yksiköihin alueella joita löytyy sairaanhoitopiirin jokaisesta kunnasta. (Vaasan keskussairaala 2012, 13.) Vaasan sairaanhoitopiirin alueella ei ole olemassa omia ensihoitolääkäriryksiköitä. Toiminta-alue ei myöskään nauti mitenkään Suomeen verovaroin sijoitettujen lääkihelikoptereiden tuottamasta korkean tason ensihoidosta. Tämä on puutteellinen asia potilaiden kannalta, mutta myös laadunhallinnan näkökulmasta. Ensihoitoon perehtyneiden lääkäreiden kautta kun ohjataan ja kehitetään ensihoitoa lääketieteellisestä näkökulmasta. Lääkit myös itse osallistuvat tutkimustyöhön.

Ensihoitopalvelun hallinto Vaasan sairaanhoitopiirissä muodostuvat ensihoidon vastuulääkäristä ja ensihoitopäälliköstä. Ylin lääketieteellinen johtovastuu ensihoitopalvelusta kuuluu ensihoidon vastuulääkärille. Ensihoitopäällikkö vastaa muun muassa toiminnan kehittämisestä ja hallinnollisesta johtamisesta. (Vaasan keskussairaala 2012, 10.) Pohjanmaan pelastuslaitoksessa hallinnon muodostavat ensihoitomestari, joka johtaa ja vastaa pelastuslaitoksen ensihoitopalvelusta sekä kolmesta alueellisesta ensihoitoesimiehestä. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen ensihoidon hallinnon muodostavat asemamestari ja ensihoitoesimies. Vaasan sairaanhoitopiiri on jaettu kolmeen ensihoitoalueeseen. Alueet ovat pohjoinen-, keskinen- ja eteläinen ensihoitoalue. Pääasemat löytyvät Närpiöstä etelässä, Vaasasta keskisellä alueella ja Pietarsaaresta pohjoisessa. Vaasan sairaanhoitopiiri on maantieteellisesti haastava hallita pitkän ja kapean sekä rannikkomaisen alueensa takia. Alue on yli 250 kilometriä pitkä. Alueelle on sijoitettu yhteensä 15 ambulanssia joista 13 on valmiudessa välittömästi ympäri vuorokauden. (Vaasan keskussairaala 2013, 6.)

3.5 Toimintaympäristön kuvaaminen

Vaasan sairaanhoitopiirissä ensihoitopalvelut toteutuvat 13 kunnan alueella. Kaikki 13 kuntaa kuuluvat Pohjanmaan maakuntaan. Sairaanhoitopiirin toimintaympäristö keskittyy selkeästi neljään seutukuntaan jotka ovat Vaasan seutukunta, Pietarsaaren seutukunta, Suupohjan rannikkoseutu ja Kyrönmaan seutukunta (pois lukien Isokyrö). Sairaanhoitopiiri rajoittuu etelässä Satakunnan sairaanhoitopiiriin, idässä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja pohjoisessa Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Toimintaympäristö on Suomelle tyypillistä aluetta missä kaupunkikeskukset yhdessä maakuntakeskusten sekä vesistöjen kanssa muodostavat kokonaisuuden. Vaasan sairaanhoitopiiri on maantieteellisesti yli 250 kilometriä pitkä ja kapea rannikkoalue jota kuvio 1 alla osoittaa. Suurta osaa aluetta rajaa meri lännessä. (Vaasan keskussairaala 2015 a.)

Vaasan sairaanhoitopiiri



Kuvio 1. Vaasan sairaanhoitopiiri kartta (Vaasan keskussairaala 2013).

Vaasan sairaanhoitopiirin maan pinta-ala on 6685,1 km². Väestötiheys alueella on 25,3 asukasta km². Suomen keskiarvo maakunnittain on 17,9 asukasta km². Toimintaympäristömme on harvaan asuttua aluetta Suomessa. Esimerkiksi Uudenmaan maakunnan väestötiheys 1.1.2015 oli 176 asukasta km². (Pohjanmaan liitto 2014 a, 5; Tilastokeskus 2015 a.)

Väkiluku Vaasan sairaanhoitopiirin alueella oli 31.12.2014 169 652 josta miehiä oli 50,3 % ja naisia oli 49,7 %. Se koostui ikäryhmittäin siten, että alle 14 vuotiaita oli 17,4 %, 15–64 vuotiaita 61,7 % ja yli 65 vuotiaita oli väestöstä 20,9 %. Taulukosta 3 näemme tilanteen kaikkien sairaanhoitopiirien osalta sekä koko maan keskiarvo. (Suomen Kuntaliitto 2015 a.)

Taulukko 3. Väestö sairaanhoitopiireittäin ja ikäryhmien % -osuudet 31.12.2014 (Suomen Kuntaliitto 2015 a).

	Yhteensä	0 - 14	15 - 64	65 -
Etelä-Karjalan shp	131 764	14,0	61,7	24,3
Etelä-Pohjanmaan shp	198 242	17,2	60,6	22,3
Etelä-Savon shp	103 873	13,6	60,3	26,1
Helsingin ja Uudenmaan shp	1 599 390	16,9	67,0	16,1
Itä-Savon shp	44 051	12,9	59,3	27,8
Kainuun shp	76 119	14,6	61,3	24,1
Kanta-Hämeen shp	175 350	16,3	61,9	21,8
Keski-Pohjanmaan shp	78 395	18,9	60,2	20,9
Keski-Suomen shp	251 178	16,8	63,1	20,1
Kymenlaakson shp	172 908	14,3	61,3	24,4
Lapin shp	118 145	15,0	63,4	21,6
Länsi-Pohjan shp	63 603	16,3	61,3	22,4
Pirkanmaan shp	524 447	16,3	63,6	20,1
Pohjois-Karjalan shp	168 896	14,6	62,4	23,0
Pohjois-Pohjanmaan shp	405 635	20,5	62,7	16,8
Pohjois-Savon shp	248 407	15,2	62,7	22,1
Päijät-Hämeen shp	212 957	15,2	61,6	23,2
Satakunnan shp	223 983	15,1	60,8	24,1
Vaasan shp	169 652	17,4	61,7	20,9
Varsinais-Suomen shp	475 842	15,4	63,4	21,2
Ahvenanmaa	28 916	16,2	63,4	20,4
Koko maa	5 471 753	16,4	63,7	19,9

Tilastokeskuksen (2015 b) väestömuutosennusteen mukaan Pohjanmaan maakunta tulee kasvamaan 13,2 % vuosina 2011–2040. Tämä on väestöennusteen mukaan viidenneksi eniten Suomen maakunnista. Koko maan keskiarvo on 10,8 % samalle aikajaksolle. Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien yhteenlaskettu väestönmuutos on myös positiivinen. Sairaanhoitopiirin väestömäärän arvioidaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä 20492 henkilöllä ollen 191100. (Pohjanmaan liitto 2014 b; Tilastokeskus 2015 b.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) avainindikaattorit osoittavat Vaasan sairaanhoitopiirin alueelle hyvinvointia ja terveyttä. Sairastavuusindeksi vuosien 2009–2011 aikana oli koko maan sairaanhoitopiireistä kolmanneksi paras arvolla 86,4. Positiivinen kehitys on jatkunut vuodesta 2011 eteenpäin. Ainoastaan Ahvenanmaalla sairastavuusindeksin lukema oli 67,2 ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella 84,7.

Vaasan sairaanhoitopiiri kuuluu TYKS ervaan. TYKS ervan muodostavat Vaasan sairaanhoitopiirin lisäksi Varsinais-Suomen- ja Satakunnan sairaanhoitopiirit. Väestöpohjaltaan TYKS erva on kolmanneksi suurin erityisvastuualueista. Sairaanhoitopiirin muodostaa hallinnollisesti yksi sairaala, Vaasan keskussairaala joka sijaitsee strategisesti hyvällä paikalla keskellä toiminta-alueita. (Vaasan keskussairaala 2015 b, 2; Suomen Kuntaliitto 2015 b.)

Pohjanmaan pelastuslaitos vastaa pelastuslain (379/2011) 27 §:n mukaisten tehtävien hoitamisesta Pohjanmaalla palvelutasopäätöksen ja toimintasäännön mukaisesti 12 kunnalle. Vaasa on alueen selkeä keskuskaupunki. Pelastuslaitos tarjoaa alueellaan kuntarajoista riippumatonta palvelua 148 500 asukkaalle. (Pohjanmaan pelastuslaitos 2013, 5–6.)

Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitos tuottaa pelastuslain (379/2011) 27 §:n mukaisten tehtävien hoitamisesta Keski-Pohjanmaalla sekä Pohjanmaan maakunnan alueella Pietarsaareissa, Luodossa ja Kruunupyysissä. Alueen väkilukumäärä on noin 100 000 asukasta. Kokkolan ja Pietarsaaren kaupungit ovat alueen selkeitä keskuksia. (Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitos 2015, 3–5.)

3.6 Ensihoito yhteiskunnallisissa muutoksissa

Ensihoitopalvelu on joutunut uudistumaan yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin siinä missä koko sosiaali- ja terveysalakin. Terveystieteiden tutkimusten mukaan rakennemuutokset merkitsevät ensihoidon näkökulmasta sitä, että harvaan asutussa Suomessa on alueita, missä ambulanssi on ainoa ympäri vuorokauden toimiva terveydenhuollon päivystysyksikkö. Perusterveydenhuollon palveluiden lakkauttaminen tai ylläpitäminen ainoastaan virka-aikana sekä toimintojen keskittäminen erikoissairaanhoitoyksiköihin ovat konkreettisia esimerkkejä jo toteutuneista rakennemuutoksista. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (782/2014) sekä työn alla oleva päivitetty asetus ohjaavat voimakkaasti myös ensihoitoa. Samanaikaisesti Suomessa väestön keski-ikä nousee ja iäkkäiden monisairaiden ihmisten määrä kasvaa.

Tämä johtaa myös ensihoidon tehtävien kasvuun. Ensihoitajilta vaaditaan yhä vahvempaa osaamista. Yhteiskunnallisena muutoksena voidaan esiin nostaa myös alueiden autioituminen ja voimakas keskittyminen kasvukeskuksiin. Yhteiskunnallinen muutos on myös monikulttuurillisuuden lisääntyminen. (Kuisma ym. 2013, 14; Kuisma 2007, 47–48.)

Ensihoitopalvelun näkökulmasta yllä mainitut rakenne- ja yhteiskunnalliset muutokset vaativat toiminnalta uudenlaista ajattelua ja suunnittelua, sekä yhä laadukkaampaa ja laajempaa palvelutuotantoa. Hallituksen tavoitteena ovat sote-uudistuksessa kokonaisvaltaisen horisontaalisen ja vertikaalisen palveluketjujen integroiminen. Oletettavaa on, että ensihoidon palvelut tulevat laajentumaan uusiin tehtäväalueisiin. Ensihoitajat tulevat esimerkiksi toteuttamaan nykyistä enemmän kotiin vietäviä terveydenhuollon palveluita ja asiakkaiden terveydentilan arviointitehtäviä tavoitteena ennaltaehkäistä ja rajoittaa päivystyskäyntejä. Tavoitteena tulee olla, että potilaat hoidetaan oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Tällä on merkittävä kansantaloudellinen vaikutus. (Valtioneuvosto 2015, 28; Kuisma 2007, 47.)

Laatukriteerit ja toimintamallit tulevat yhdenmukaistumaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kun toimintaa ohjataan jatkossa nykyistä voimakkaammin tulevien maakuntien, erityisvastuualueiden ja vastuuministeriön toimesta. (Valtioneuvosto 2015, 28). Hallituksen rahoitusmalliesitys, missä valtio rahoittaa koko sote-toiminnan, johtaa myös ensihoidon osalta siihen, että erityisvastuualueet ja ministeriö ohjaavat toimintaa voimakkaammin. Ensihoitopalvelun tulee olla tulevaisuudessa monipuolisempi ja vaikuttavampi sekä omalta osaltaan ennaltaehkäistä terveydenhuollon voimakasta kustannusnousua.

3.7 Ensihoitopalvelua ohjaava keskeinen lainsäädäntö

Perustuslaki määrittää, että terveydenhuollon julkisten palveluiden järjestämisessä tulee noudattaa yhdenvertaisuuden periaatetta. Kaikilla tulee olla oikeus julkisiin terveydenhuollon palveluihin sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vammaisuuden, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. (L11.6.1999/731.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa suunnitella terveydenhuollon toiminnot asiakaskeisestisesti ja toiminnoiltaan siten, että ne muodostavat kokonaisuuden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden keskeisten toimijoiden kanssa tasavertaisesti, kustannustehokkaasti, laadukkaasti ja potilasturvallisesti. Lain tarkoituksena on myös kaventaa väestön välisiä terveyseroja sekä ylläpitää ja edistää terveyttä. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää omalla alueellaan terveydenhuollon tasavertaiset palvelut. (L30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolaki määrittää ensihoitopalveluiden järjestämisvastuun sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle. Sairaanhoitopiirin tulee taata alueensa veronmaksajille ensihoidon näkökulmasta tasavertaiset palvelut eri riskialueilla. Ensihoitopalvelun suunnittelussa tulee ottaa huomioon terveydenhuollon päivystyspisteet ja toimintakokonaisuus. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi tuottaa ensihoitopalvelut kokonaan itse, yhdessä alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa tai kilpailuttamalla toiminnan ulkoisesti. Ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen tekee sairaanhoitopiiri. Terveydenhuoltolaki määrittää myös erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymän sopimaan ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä ja tehtävien sisällöstä. (L30.12.2010/1326.)

Sosiaali- ja terveysministeriön *asetuksessa ensihoitopalvelusta* määritellään terveydenhuoltolain asetuksenantovelvollisuuden mukaisesti hyvin tarkasti ensihoitopalvelun ja ensihoitokeskuksen sisältö. Asetuksessa määritetään soveltamisala missä sitä toteutetaan, sairaanhoitopiirin tehtävät ensihoitopalvelua järjestettäessä, palvelutasopäätöksen sisältö, ensihoitopalvelun riskialuekategoriat, ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokat ja tavoittamisaikojen määrittely. Asetuksessa määritetään myös ensihoitopalvelun yksiköt ja henkilöstön kelpoisuusehdot, johtamisjärjestelmät sekä asetuksen voimaantulo ja siirtymäsäännökset. (A6.4.2011/340.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja laatua. Tämä tapahtuu muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilön määrittämisellä, koulutusehtojen määrittämisellä sekä varmistamalla,

että henkilöllä on tehtävään nähden muu riittävä ammatillinen kokemus ja valmiudet. Lainmukaisuutta terveydenhuollossa valvoo sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. (L28.6.1994/559.)

Terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä turvataan potilaan asema ja oikeudet *lailla potilaan asemasta ja oikeuksista*. Lain tarkoituksena on muun muassa varmistaa potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Laissa määritetään myös potilaan hoitoon pääsy, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. (L17.8.1992/785.)

Terveydenhuollon toimintayksiköiltä edellytetään laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelmia. Niiden laatimista, toimeenpanoa ja seuranta ohjaa *sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta*. Suunnitelma edellyttää täytäntöönpanon kannalta vastuuhenkilöiden nimeämisen ja johdon vastuun sekä tehtävien määrittämisen. Tavoitteena on laadukas ja potilasturvallinen toiminta. Suunnitelman turvin autetaan toimintayksikköä avoimen turvallisuuskulttuurin luomisessa. (A6.4.2011/341.)

Ensihoitopalvelua ohjaavat lakien ja asetusten lisäksi monet eri suositukset ja ohjeet sekä asiakirjat. Tällaisia ovat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito-opas, Kuntaliiton Terveydenhuollon laatuopas, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Potilasturvallisuusopas, sosiaali- ja terveysministeriön suositus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta ensihoidossa ja päivystyksessä, sosiaali- ja terveysministeriön Potilasturvallisuusstrategiat, sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalvelun palvelutasopäätösohjeet.

4 LAATU

Yksi keskeisimpiä yritysten ja organisaatioiden puheenaiheita on tänä päivänä laatu. Laadulla ymmärretään yleisesti ottaen jotakin positiivista, hyvää mitä kannattaa tavoitella. Laatu on merkittävä kilpailutekijä ja yritysten arkipäiväistä todellisuutta. Mitä laadulla sitten tarkoitetaan ja mitä se on? Siihen ei ole olemassa helppoa ja yhtä oikeata vastausta. Tutkimuksen ja tietämyksen kautta on mahdoton kertoa laadun yleinen määritelmä mikä toimisi pohjana kaikelle ja olisi yksiselitteisesti määriteltävissä ja käsitteenä selkeä. Laatu on käsitteenä laaja, monimutkainen, epäselvä ja monivivahteinen. (Savolainen 1992, 1–3, 6.) Seuraavaksi käydään läpi laadun eri käsitteitä ja lähestymistapoja.

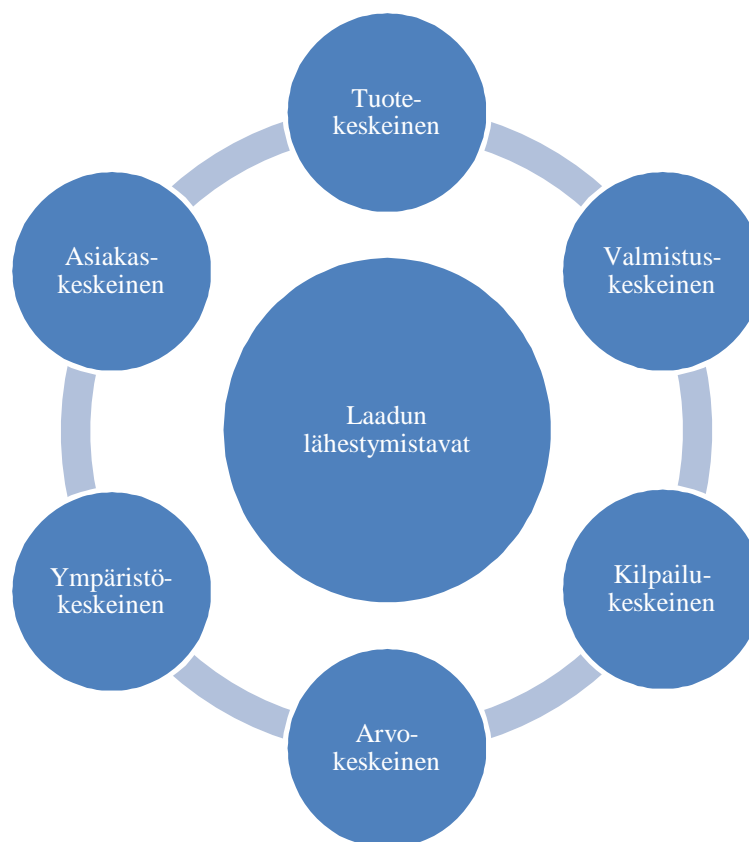
4.1 Laadun käsitteitä ja lähestymistapoja

Kokonaisvaltaisuus

Laatu käsitteenä on laaja eikä sitä voida kuvata yhdellä tavalla. Laatua voidaan määritellä useasta eri näkökulmasta. Laatu tarkoittaa myös jokaiselle eri asiaa minkä vaikuttaa yksilön aikaisemmat kokemukset sekä ennakkoluulot ja asenteet. Laadulla on alun perin tarkoitettu tuotteen virheettömyyttä. Nykyisin laatukäsite on muuttunut ja sillä ymmärretään kokonaisvaltaisesti laadukasta liikkeenjohtoa, johon sisältyvät asiakkaiden tyytyväisyys, liiketoiminnan kannattavuus, kilpailukykyyn säilyttäminen ja kasvattaminen. Laadun käsitteellä tarkoitetaan kaikkea yrityksen toimintaa aina tuotteen laadusta toimintaprosessien ja asiakasyhteyksien kehittämiseen asti. Laatu on kykyä täyttää asiakkaan tarpeet ja odotukset. (Silén 1998, 13.)

Laatua määriteltäessä sitä voidaan lähestyä monella eri tavalla. Savolainen (1992, 9) ottaa esille Garvinin tunnistamat viisi erilaista tieteen ja tiedehaarojen laatukäsitystä. Garvinin mukaan ne ovat; 1) filosofinen näkökulma, 2) tuotepohjainen näkökulma, 3) käyttäjäpohjainen näkökulma, 4) valmistuspohjainen näkökulma sekä 5) arvoperusteinen näkökulma. Garvinin teoriaan perustuu myös Lillrankin laadun lähestymistapa minkä Savolainen (1992, 12) ottaa esille sillä erolla, että Lillrank jätti

filosofisen näkökulman ulkopuolelle, mutta lisäsi viitekehykseen mukaan kilpailukeskeisen ja ympäristökeskeisen näkökulman kuvion 2 mukaisesti.



Kuvio 2. Laadun näkökulmat Paul Lillrankin mukaan (Hokkanen & Strömberg 2006, 20).

Laadukkaan tuotteen ulottuvuutta tarkisteltaessa erottuu se ominaisuuksiltaan sen mukaan, onko kyseessä fyysinen tuote, palvelu tai kaupallinen elämys. Laadukkaan esineen, koneen tai kulutustavaran ulottuvuuksia ovat muun muassa luotettavuus, suorituskyky, huollon vaivattomuus, turvallisuus ja kestävyys. Laadukas asiakaspalvelu ja sen parantaminen on noussut merkittävään asemaan laadunhallinnassa. Ulottuvuudet palveluiden laadussa ovat esimerkiksi tavoiteltavuus, vuorovaikutus, palaute, uskottavuus, empaattisuus ja kohteliaisuus. Uusi laadun ulottuvuus ovat kaupalliset elämyskokemukset. Ne tuottavat asiakkaalle ikimuistaisen kokemuksen ja eroavat perinteisestä palvelusta niiden vahvan tunne-elämyksen muodossa. (Bergman & Klefsjö 2014, 30–36.)

Laatu ei ole erillinen asia organisaatiossa vaan se on kokonaisuus. Toiminnan johtaminen, suunnitteleminen, arvioiminen ja parantaminen ovat laadunhallintaa. Laatu kytkeytyy koko organisaation toimintajärjestelmiin ja sitä ei tule kehittää erillään organisaation muusta toiminnasta. (Holma, Outinen, Idänpään-Heikkilä & Sainio 2001, 7–9.)

Laatua voidaan tarkistaa monesta eri teoriasta ja näkökulmasta. Yksi tapa on rajata se seuraavaan neljään osaan jotka muodostavat laadun kokonaisuuden; 1) tuotanto-keskeinen laatu, 2) suunnittelukeskeinen laatu, 3) asiakaskekeinen laatu ja 4) systeemikeskeinen laatu. Laadun kokonaisuus taas on riippuvainen laatujohtamisesta. (Lillrank 1998, 39.)

Virheettömyys / kustannustehokkuus

Demingin (2000, 1–3, 11) mukaan laatu on ensi sijaisesti tuotteen virheettömyyttä. Virheettömyys pohjautuu systemaattiseen ja tilastolliseen laadunvarmistamismenetelmiin minkä ansiosta tuotteen puutteet ja virheet minimoidaan. Tämä johtaa kustannustehokkaaseen valmistusprosessiin sekä toimitusaika asiakkaille lyhenee. Samalla yrityksen pääoma koneiden ja materiaalien muodossa voidaan hyödyntää maksimaalisesti. Laadukas tuote tuottaa voittoa mahdollisemman paljon. Laadunhallinta on kokonaisuus minkä johdosta tuotanto kasvaa, markkina-asema voimistuu paremman laadun ja alhaisemman hinnan johdosta sekä työpaikkoja syntyy lisää.

Laatu on ilmaista. Laatu on myös rehellistä. Se, mikä ei ole laatua, maksaa uudistuotannon muodossa. Laatua tulee täten pyrkiä saavuttamaan heti ensimmäisellä kerralla. Tämä tapahtuu muun muassa saamalla henkilöt tekemään kaiken sen paremmin minkä he tulisivat joka tapauksessa tehdä. Haaste laatujohtamisessa on se, että johdolla ei ole kokonaisvaltaista kuvaa organisaation laadunhallinnan tilasta. Organisaation laatuasiantuntijan tehtävä on tukea johtoa ymmärtämään laadunhallinnan kokonaisuus. (Crosby 1988, 11–13.)

Asiakaskeskeisyys

Juranin (1992, 5–9) ja Juranin ja Godfrey'n (1998, 2.1–2.2.) laatukirjoissa käsitellään kokonaisvaltaista laatua, jossa tuotteen virheettömyyden ja kustannustehokkuuden rinnalle nousevat asiakaskeskeisyys. Laadunhallinnassa on kaksi määrittystä useista jotka ovat muita kriittisempiä. Tuotteen ominaisuudet tulee vastata asiakkaiden tarpeita ja täten aiheuttaa asiakastyytyväisyyttä. Mitä tyytyväisempi asiakas, sitä korkeampaa laatu on. Toinen kriittinen elementti laadunhallinnassa on tuotteen heikkouksien ja virheiden puuttuminen. Puutteellinen tuote tulee valmistaa uudestaan mikä aiheuttaa lisäkustannuksia. Samaten se aiheuttaa asiakastyytymättömyyttä ja kysynnän laskua, joka taas johtaa tulojen laskuun.

Lecklinin (2006, 18) näkemyksen perusteella laadulla yleisesti on tarkoitettu asiakkaan tarpeiden täyttämistä siten, että yrityksen toiminta tarpeiden täyttämässä on tehokasta ja kannattavaa. Laadun kannalta asiakastyytyväisyys ei ole siis ainoa merkittävä tekijä, vaan samalla laatua tulee tarkastella myös yrityksen kannattavuuden näkökulmasta. Laatuun liittyy myös toiminnan jatkuva parantaminen ja kehittyminen. Laadulle asetettavat vaatimukset muuttuvat jatkuvasti uusien innovaatioiden, kilpailijoiden toiminnan ja yhteiskunnan sekä markkinoiden muutosten myötä.

Gloaalissa markkinataloudessa korkealla laadulla on aina ollut strategisesti tärkeä asema. Yrityksen menestyminen on suoraan yhteydessä korkeaan laatuun. Organisaatiot ympäri maailman ovat tämän johdosta omaksuneet ja ottaneet käytäntöön joukon erilaisia laadunparantamishjelmia ja kokonaisvaltaisia laatujärjestelmiä. Oli toimiala mikä tahansa, esimerkiksi rahoituslaitos, sairaala tai yliopisto, niin kaikilla on tavoitteena tavalla jos toisella kilpailla asiakkaista ja tyydyttää heidän tarpeensa laadukkaasti. Yritykset ja organisaatiot kilpailevat hyvin pitkälle asiakkaista heidän maineensa ja yrityskuvan avulla. (Oakland 2014, 3.)

Prosessimaisuus

Laatu liittyy hyvin keskeisesti prosesseihin. Prosesseja kehittämällä voimme varmistaa tuoteominaisuudet jotka täyttävät asiakkaiden tarpeet. Prosessin yleinen määritelmä on, että se on järjestelmällinen sarja toimenpiteitä osoitetun tavoitteen

saavuttamiseksi. Prosessit jaetaan yleisesti ydin- ja tukiprosesseihin. Prosessi muodostuu inhimillisistä ja fyysisistä ominaisuuksista ja sen kriteerejä ovat muun muassa tavoitteellisuus, järjestelmällisyys, realistisuus ja legitiimisyys. (Juran 1992, 218–221; Lillrank 1998, 26–27.)

Yhteiskunnallinen ulottuvuus

Yrityksen ympäristöpolitiikka missä huomioidaan liiketoiminnan vaikutukset ympäristöön, on uusi laadun ulottuvuus. Tämä on noussut tärkeään rooliin organisaation laatu- ja ympäristöpolitiikassa. Ympäristöstä huolehtiminen ja kestävä kehitys muodostuvat sekä yrityksen omista arvoista ja tavoitteista sekä ulkopuolisista vaatimuksista kuten lakisääteisistä direktiiveistä. (Finanssialan keskusliitto 2009, 4.)

Julkisten palveluiden laatu erottuu yksityisen sektorin laadusta neljän eri lähtökohdan perusteella. Ensinnäkin julkisessa sektorissa ei ole pääsääntöisesti palveluista maksavia asiakkaita, vaan verovaroin palveluista nauttavia kansalaisia. Toiseksi MITÄ ja MITEN palveluita suunnitellaan ja tuotetaan laadukkaasti julkisella sektorilla, ohjautuu erilaisista tarpeista kuin yksityisellä sektorilla, missä maksavat ja valikoivat asiakkaat asettavat laatukriteereihin toisenlaiset vaatimukset. Kolmanneksi oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo sekä niiden kautta johdettu normisto on julkisen sektorin ohjausperiaate, kun taas yksityisellä sektorilla ne ovat nettoarvo ja palveluiden valikoitavuus. Neljäs lähtökohta on, että julkiset palvelut suoritetaan budjettipohjaisissa organisaatioissa. (Lillrank 1998, 91–100.)

Lumijärvi ja Jylhäsaari (1999, 107–108) viittaavat teoksessaan Laatujohtaminen ja julkinen sektori Pfefferin ja Cooten näkemykseen, että julkista hallintoa tulisi laatujohtamisen näkökulmasta johtaa demokraattisella lähestymistavalla. Siinä käytetään monia muita näkökulmia kuitenkin siten, että erityispiirteet nimenomaan julkisella sektorilla huomioidaan. Kuluttajakeskeinen laadun näkökulma ei saa olla yksin vallitseva demokraattisessa lähestymistavassa, vaan siinä tulee huomioida poliittisten päätöksien kautta annetut raamit tuottaa julkisia palveluita. Palvelun taroituksessa pitää täytyä tasapaino julkisen tuottajan ja kuluttajan välillä. Asiakkaiden odotusarvot ja valinnat tulee täytyä suhteessa palveluiden vastaavuuteen ja sopivuuteen nähden.

4.2 Laatujohtaminen

Yrityksen johtamisessa laatujohtaminen on yksi osa sitä. Organisaatiossa laadunkehittäminen ja -johtaminen tulee viedä läpi koko yrityksen jos halutaan menestyä. Tämä tulee aloittaa yrityksen perusarvoista lähtien. Uskomukset ja periaatteet jotka vallitsevat yrityksessä ovat perusarvoja. Niiden ympärille rakennetaan koko yrityksen toiminta ja ovat sen selkäranka. (Lecklin 2006, 35–36.)

Perusarvojen ohella laadunjohtamisessa yksi keskeinen tekijä on ylimmän johdon toiminnalle asettama visio ja missio. Johdon vastuulla on määritellä selkeä, haasteellinen ja yhteinen visio eli tulevaisuuden kuva. Tulevaisuuden kuvassa asetetaan johdon toimesta yrityksen toiminnan keskipitkän- ja pitkänajan tavoitteet. Visiot ovat suuntaa näyttäviä eikä välttämättä aina niin tarkkoja sekä ne voivat muuttua. Laatuksymykset ovat keskeinen osa visiota. Yrityksen tavoitteena on visiossa usein olla markkinajohtaja jollakin osa-alueella tiedostaen korkean laadun merkityksen siinä. Missiolla yritys viestii sen tehtävästä ja päämäärästä yhteiskunnassa. Se kertoo miksi yritys on olemassa ja mikä on toiminnan tarkoitus. Missio muistuttaa hyvin läheisesti visiota ja muodostuu toiminta-ajatuksen ja liikeidean yhtälöstä. Missio toteutuu strategian avulla. (Bergman & Klefsjö 2014, 433–435; Lecklin 2006, 37–38; Lecklin & Laine 2009, 128.)

Laatujohtamisessa tulee toteuttaa laatu politiikkaa. Ylin johto rakentaa laatu politiikan yrityksen perusarvojen, vision, mission ja strategisten tavoitteiden sekä prosessien ympärille. Laatu politiikka on kattavaa ja sen täytyy johdon mukaisesti toteutua eri prosesseissa kohti laatu tavoitteita. Laatu tavoitteet ja strategia määritellään johdon toimesta. Johdolla on keskeinen asema sen toteutuksessa ja täten näyttää suuntaa ja uskottavuutta koko työyhteisölle. Asiakkaiden tarpeiden ja vaatimusten varmistaminen tulee huomioida laatu politiikassa. Laatu politiikassa organisaatio sitoutuu laadunparantamiseen ja sen tulee olla avointa. (Bergman & Klefsjö 2014, 441; Juran 1992, 303–304; Lecklin 2006, 40.)

Organisaatio- ja systeemikeskeisten laatuasioiden rinnalla yksilökohtaisilla ominaisuuksilla ja valinnoilla on suuri merkitys laatujohtamisessa sekä yrityksen menestymisessä. Ihmisten ja koneiden kehittäminen tulee olla johtajuuden tavoitteena,

kuten myös laadun ja tuotoksen kehittäminen. Hyvään johtajuuteen kuuluu osaksi yksilöiden ammattitaidon tuottaminen. (Deming 2000, 248.)

Ishikawan (1990, 55) mukaan laadunvalvonta voidaan määritellä järjestelmäksi metodeja, minkä tavoitteena on kustannustehokkaasti tuottaa tavaroita ja palveluita asiakkaille siten, että niiden laatu täyttää odotusvaatimukset. Laadunvalvonnan päämäärä on laadunvarmistaminen.

Oleellinen myötävaikuttava seuraus täydellisessä laadunhallinnassa on asiakaskesteisten laatuksien sisällyttäminen organisaatiossa niin myynnin, suunnittelun kuin myös tuotannon prosesseihin. Täten jokainen palkansaaja ylimmästä johdosta aina työntekijään saakka on henkilökohtaisesti osallisena laadun ohjauksessa. Tämä on ehto positiivisten laatuasenteiden luomiselle organisaatiossa. (Feigenbaum 1983, 13.)

Laatujohtamisessa tulee tietää keitä heidän asiakkaat ovat ymmärtääkseen asiakas- tarpeita. Kuluttajat joita myös tunnetaan nimeltä loppupään asiakkaat, ovat tärkeitä yksilöitä jotka loppupäässä ostavat ja käyttävät yrityksen tuotteita. Asiakkaita ovat myös niin sanotut ulkoiset asiakkaat. He ovat yksilöitä ja yrityksiä jotka ostavat tuotteita ja myyvät niitä eteenpäin loppupään kuluttajille. Sisäiset asiakkaat muodostuvat eri osastojen ja toimintojen henkilöistä jotka ovat mukana jossakin vaiheessa prosessia. Ylimmän johdon tehtävänä on tunnistaa asiakkaat, jotka vastaavat yrityksen missiota ja visiota. (Evans & Lindsay 2008, 160.)

Crosbyn (1988, 18–19) mielestä laatujohtamisessa ydinasia on, että johto on aidosti ja aktiivisesti itse osallisena siinä. Heidän tulee ennemmin osallistaa henkilökuntaa laadunparantamisessa sen sijaan, että he tukisivat heitä siinä. Johto on jatkuvasti henkilökunnan arvioinnin kohteena ja jos johtajien asenteet ja ymmärrys laatua kohtaan eivät ole oikealla tasolla, on se laadunparantamisen näkökulmasta haitallista. Henkilökunta ei ole sitoutunut siihen jos ei johtokaan ole. Lecklin (2006, 56, 59) näkee, että johdon sitoutuminen laatuun on perusedellytys sille, että yrityksestä voi tulla laatu yritys. Halu oppia ja ymmärtää kokonaisvaltaista laadunhallintaa on sitoutumista. Johdon henkilökohtainen toiminta on positiivinen viesti koko henkilökunnalle ja lisää uskottavuutta laadunkehittämisen puolesta.

Lecklinin (2006, 61) mukaan laatujohtamisessa tulee olla tavoitteena muuttaa organisaatio jäykistä funktionaalisista rakenteista joustavaan ja oppivaan organisaatioon, missä yksilöt osallistuvat aktiivisesti laadunparantamiseen ja ottavat työnjohdovastuun itselleen. Tämä kehittää organisaatiossa laatu-tietoisuutta.

Yrityksen kokonaisvaltainen laatu ja erinomaisuus pohjautuvat johtaviin käytäntöihin, jotka ovat yleispäteviä monessa eri johtamistavassa. Organisaation jokaisella tasolla johtamisen perustana strategisten painopistealueiden määrittämisessä ja tuottavuuden kasvattamisessa tulee olla asiakas- ja osakasarvon lisääminen. Laatu-arvot pitää integroida päivittäiseen johtamiseen sekä käydä laajaa vuorovaikutusta henkilöstön kanssa laadusta. (Evans & Lindsay 2008, 214–215.)

Evans ja Lindsay (2008, 217) nostavat johtajuuden laatu-järjestelmän keskeisimmäksi osa-alueeksi menestymisen kannalta. Ilman sitä täydellisen laadun saavuttaminen ei onnistu. Johtajuus pitää sisällään niin ihmisten johtamisen kuin myös laadunmittaamisen ja -arvioinnin. Järkevät organisaatorakenteet ja -teoriat mahdollistavat tehokkaan johtamisen.

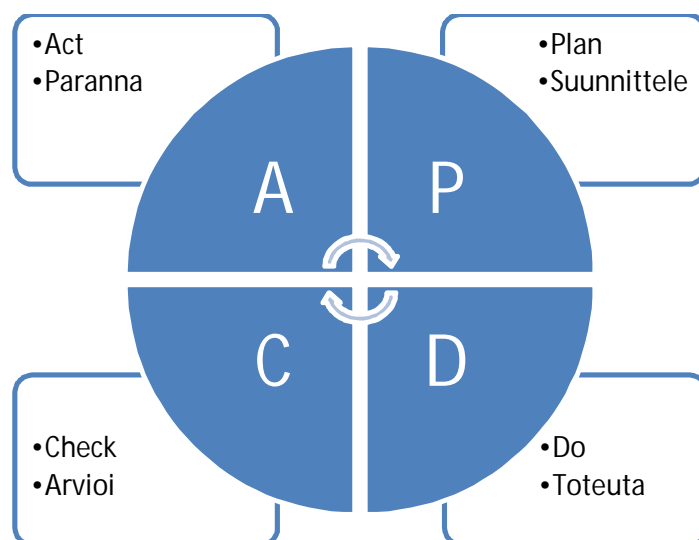
Kokonaisvaltainen laadunhallinta ei automaattisesti johda yrityksen menestymiseen. Syitä tähän voi olla useita, mutta yksi keskeinen tekijä on johdon heikko sitoutuminen pitkäjänteiseen laatu-työhön. Laatu-kulttuurin rakentaminen organisaatiossa vaatii aikaa ja kovaa työtä. Laadunhallinnassa tulee varmistaa, että johto ymmärtää laadun merkityksen yrityksen menestymisessä. (Bergman & Klefsjö 2014, 421.)

Käytössä oleva johtamisjärjestelmä määrittää organisaation laaduntuottamiskyvyn ja toimivuuden. Laatujohtaminen on järjestelmällistä kokonaisvaltaisen laadunhallinnan johtamista ja kehittämistä. Johtamisjärjestelmä muodostuu elementeistä ja viitekehyksestä. Elementtejä ovat muun muassa itse toiminta, laadunhallinta, ympäristöasiat, turvallisuus ja terveys, innovaatiot, yhteiskuntavastuu ja Demingin johtamisympyrä. Laadun viitekehyksiä ovat muun muassa eri laatu-järjestelmät ja -ohjelmat kuten ISO-standardit, toimialastandardit ja laatu-palkintomallit. (Lecklin & Laine 2009, 32–33.)

Ishikawan (1990, 2–3) mukaan täydellisen laadunhallinnan käyttöönottamisessa on tärkeää, että yrityksen jokainen osasto on siinä mukana. Osastonjohtaja ottaa vastuuta ja näyttää suunnan. Osastojen keskenään tulee myös tehdä yhteistyötä. Toinen keskeinen asia on, että yrityksen jokainen henkilö toimitusjohtajasta työntekijään ovat osallisena siinä. Kolmantena ja viimeisenä on tärkeää, että kokonaisvaltainen laadunvarmistaminen otetaan laajasti käyttöön.

Ishikawa (1990, 85) korostaa johdon ja varsinkin ylimmän johdon kuten toimitusjohtajan roolin merkittävään asemaan kokonaisvaltaisessa ja jatkuvassa laadunvarmistamisessa. Johdon asenteet ja johtamistaidot laatuksymyksissä määrittelevät miten laadunhallinta menestyy tai epäonnistuu.

Demingin (2000, 23) kuuluisa 14 kohdan laatuohjelma on yksi hyvä esimerkki johdon laatuohjelmasta. Sitä voidaan hyödyntää niin pieneen kuin isoon yritykseen. Samaten sitä voidaan käyttää niin asiakaspalvelussa kuin teollisuudessa. Ohjelmaan voidaan myös tukeutua organisaatioissa yksikkötasolla. Demingin (2013, 165) laatuympyrä, jota kuvio 3 esittää, on laatu työkalu jatkuvaan ja systemaattiseen parantamiseen. Laatu ympyrä on johdonmukainen ja prosessimainen johdon työkalu laadunhallinnassa ja -kehittämisessä.



Kuvio 3. Demingin johtamismalli (Lecklin & Laine 2009, 33).

Laatujohtamisessa hyödynnetään erilaisia laatutyökaluja. Ne voidaan karkeasti luokitella kuuteen eri luokkaan. Seuranta- ja mittausjärjestelmiä edustavat tilastolliset laadunvalvontamenetelmät, tuloskortit, ovat ensimmäinen luokka. Toinen ja kolmas luokka ovat kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset ongelmanratkaisumenetelmät. Tiimityö ja aloitetoiminta kuuluvat organisaatiomenetelmiin, mitkä muodostavat neljännen luokan. Viides laatutyökaluluokka on laatujärjestelmät ja kuudes kokonaisvaltaiset laadun kehittämismallit joita muun muassa laatupalkintokriteerit ovat. (Tuominen ym. 2000, 26.)

4.3 Laadun mittaaminen

Laatua tulee aina voida mitata ja arvioida. Mittaamisen avulla voidaan konkreettisesti erottaa hyvä laatu huonosta. Emme voi ylipäänsä puhua laadusta jos mittaamista ei toteudu. Mittalaitteen avulla suoritettava toistuva, automaattinen prosessi mikä antaa numeerisen suureen, on yleensä mittaamista. Laatua arvioitaessa on olemassa selkeä yhteys mittaustuloksen ja ilmiön kesken. (Lillrank 1998, 24–25.)

Mittaamista tapahtuu paljon erinomaisissa organisaatioissa, koska ne menettävät nopeasti elinvoimansa jos päätöksenteko on erillään organisaation reaali-ilmiöistä. Henkilöstön mielipiteet ja yleinen politikointi ohjaavat haitallisesti organisaation päätöksentekoa, jos mittausta ei tapahdu ja mittauksen tuottamat numerosuuret eivät ole päätöksenteon taustalla. (Laamanen, Laine, Pääkkönen, Vakkuri, Vallinoja & Väyrynen 1999, 7.)

Laamanen ym. (1999, 8) kertovat teoksessa Mittaamisen parantaminen, että suorituskykyä ei voi parantaa ilman mittaamista. Ongelmanratkaisukyky ja jatkuva prosessien parantaminen on erinomaisten organisaatioiden henkilöillä osaamispääomaa. Henkilöiden tilastollinen ajattelutapa on ongelmanratkaisutilanteissa yhtä lailla käytössä kuin eri tekniikat. Analyyttinen ja tilastollinen toimintatapa muuttaa organisaation johtamistapaa.

Mittaaminen on prosessimainen ketju, joka tukee liiketoimintaa. Prosessi muodostuu mittaamisen suunnittelusta, toteuttamisesta sekä parantamisesta. Mittaamisen

vaiheet muodostavat oman prosessikokonaisuuden tai kuuluvat osaksi muuta prosessia. (Laamanen ym. 1999, 37.)

Teollisuudessa monet eri laadulliset toiminnot ovat kokonaisuudessaan riippuvaisia keskinäisestä suhteestaan. Laatujohtaminen ja laadunvarmistaminen vaativat asianmukaista ja standardisoitua mittaamista sekä raportointia saadakseen keskeistä tietoa toimintojen kehityksestä ja kontrollista. Ilman kyseistä laadukasta mittaamista on tiedon vastaanottaminen tehotonta. Mittaamisessa muutamat osa-alueet ovat toisia tärkeämpiä. Niitä ovat kustannustehokkuusmittaukset, laadun eri ominaisuuksien mittaaminen, asiakastyytyväisyysmittaukset sekä mittaukset kuinka laatu järjestelmää noudatetaan. (Feigenbaum 1983, 102–103.)

Dokumentaatio on osa mittaamista ja arviointia. Sen avulla varmistetaan, että laitteet, joita käytetään esimerkiksi prosessien tarkkailuun, ovat kalibroidut ja oikeaoppisesti ylläpidetyt. Dokumentaatio ja mittaristo ovat keskeisiä työkaluja myös tuotekehityksessä. Muun muassa laatuasiakirjat, laatutallenteet ja yrityksen sisäinen tieto ovat luonteeltaan dokumentaatiota. (Finanssialan keskusliitto 2008, 7, 9.)

Ishikawa (1990, 24) korostaa laadunmittaamisesta seuraavaa;

”tunnistamalla pelkästään laadun vallitsevat ominaisuudet tuotteessa ei voida mahdollistaa laadun design, prosessien hallinta, tarkastukset tai laadunvarmistaminen. Laadun oikeat ominaisuudet tulee myös analysoida ja kehittää vastaamaan suunnittelijan tiettyjä määritettyjä ominaisuuksia. Tämä toteutuu hyödyntäen mittaamista laatutyökalujen kuten syy-seurauskaavion tai laadun käyttöönottoalustojen avulla.”

Jotta laatua voidaan määrittää, tulee sitä mitata kvantitatiivisesti. Asiakastarpeita ja –kokemuksia arvioitaessa ei voida mittaustuloksien pohjalta suoraan tehdä johtopäätöksiä laadun tilasta, vaan tulee nähdä niiden ohi. Tämä siksi, että asiakkaiden lausuntoja on vaikea mitata luotettavasti. Lausunnot tuotteesta tai palvelusta ovat usein hyvin yleismaallisia. (Ishikawa 1990, 26.)

Asiakkaiden ja tuotteiden toimittajien välinen täsmällinen vuorovaikutus on tärkeää hyvässä laadun suunnittelussa. Teollisessa yhteiskunnassa sanallinen vuorovaikutus on riittävää joltakin osin, mutta yhä täsmällisemmässä laatukeskeisessä kommunikaatiossa sanojen sijaan tulee puhua numeroilla. Numeroilla puhuminen on tarkkaa ja todellista eikä epämääräistä kuten sanallinen keskustelu. Tämä kuitenkin vaatii, että on mittausjärjestelmä olemassa. (Juran 1992, 116–117.)

Mittausjärjestelmä muodostuu mittayksiköstä ja tunnistimesta. Ideaalinen mittayksikkö on ymmärrettävä, tarjoaa sovitun lähtökohdan päätöksenteolle, sitä käytetään laajasti, edistää yhtenäistä tulkintaa, on taloudellinen ottaa käyttöön sekä on yhteensopiva olemassa olevien tunnistimien kanssa (Juran 1992, 117, 124–125).

Evans ja Lindsay (2008, 167, 174–178) näkevät, että liike-elämässä on tärkeitä mitata asiakastyytyväisyyttä. Mitenkä tyytyväisiä tai tyytymättömiä asiakkaat ovat yrityksen tuotteisiin ja palveluihin, tapahtuu asiakaspalautteen kautta. Tuotteiden ja palveluiden kehittämisessä tulee hyödyntää asiakaspalautteita ja reklamaatioita tehokkaammin hyväksi analysoimalla ne sen sijaan, että fokus kehittämisessä kohdentuu liaksi ongelman nopeaan poistamiseen. Valitukset tarjoavat hyvän alustan tuotteiden ja prosessien parantamiselle. Välillä mittauksen avulla saadaan myös tietoa kilpailijoiden tuotteista ja palveluista.

Evans ja Lindsay (2008, 384, 394) määrittelevät, että informaation ja suorituskyvyn mittaaminen on välttämätöntä organisaatioille. Tietoa tarvitaan johtamaan koko organisaatio määriteltyyn suuntaan strategian ja muutoksen avulla. Henkilöstövoimavarojen mittaaminen on keskeistä siitäkkin huolimatta, että monet organisaatiot eivät kiinnitä siihen riittävästi huomiota. Henkilöstön avulla tavoitetaan laatu- ja suorituskykytavoitteet. Työhyvinvoinnin ja tyytyväisyyden arvioiminen on henkilöstövoimavarojen mittaamista. Sitä on myös täydennyskoulutuksen ja kehittämistarpeiden sekä työturvallisuuden ja henkilöiden vaihtuvuuden mittaaminen. Yrityksen menestys ja suorituskyky on riippuvainen henkilöstön tehokkuudesta, motivaatiosta ja tyytyväisyydestä.

4.4 Laatu ensihoitopalvelussa

Sosiaali- ja terveydenhuolto on laajan rakenteellisen muutoksen edessä ja työ Sote-uudistuksen parissa on parhaillaan käynnissä. Sote-uudistuksella haetaan muun muassa kustannustehokkuutta ja järjestävien tahojen nykyistä parempaa taloudellista toimintakykyä sekä yhtäläisiä palveluita. Asiakkaan näkökulmasta uudistuksella pyritään järjestämään kattavat palveluketjut toimiviksi erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon osalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.) Ensihoitopalvelut ovat terveydenhuollon toimintaa ja sote-uudistus tulee myös vaikuttamaan sen rakenteeseen sekä järjestämiseen. Laajojen rakennemuutoksien jälkeen kokonaisvaltaisella laadunhallinnalla on suuri merkitys toimintayksiköiden tuottamille laadukkaille ja potilasturvallisille sekä yhdenvertaisille palveluille.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (2014, 3.) on teettänyt valtakunnallisen selvityksen ensihoidosta, jossa todetaan, että moni asia on parantunut sen jälkeen kun sairaanhoitopiireille määritettiin järjestämisvastuu, mutta kehitettävää on edelleen. Kehityskohteita ovat muun muassa systemaattinen omavalvonta, laadunhallinta ja potilasturvallisuus.

Kuisma ym. (2013, 67) ottavat esille, että järjestelmällinen laadunhallinta on edelleen vasta kehitymässä ensihoitopalvelussa missä se on toteutunut hyvin rajoitetusti. Terveydenhuoltolaki edellyttää terveydenhuollon yksiköiltä, että toiminnan tulee olla laadukasta, potilasturvallista ja asianmukaisesti järjestetty sekä perustua näyttöön. Osa-alueita löytyy ensihoitopalvelua, jossa laadun toteutumista on seurattu pitkään, kuten sydänpysähdyspotilaiden selviytyminen tai viiveseurannat, mutta tämä on kapea-alaista eikä voida puhua laajasta kokonaisvaltaisesta laadunhallinnasta. Eri toimijoiden välillä on myös suuria eroja missä määrin laadunhallinta toteutuu. Ensihoitopalvelussa voidaan hyödyntää laadunhallintajärjestelmiä, jotka toteutuvat teollisuudessa tai palvelusektoreilla, toki siten, että ensihoidon erityispiirteet asiantuntijaorganisaationa huomioidaan.

Laatu ensihoidossa on yleisesti asiakkaitten palveluiden tarpeen täyttämistä. Se tulee tapahtua kokonaisvaltaisesti, ammattimaisesti ja kustannustehokkaasti. Lait, asetukset ja määräykset tulee huomioida. Hoidon vaikuttavuuden arvioiminen on keskeinen asia laadussa. Tuottavuus näkökulma pätee myös terveydenhuollon laatutavoitteissa ja sen

tulee olla tasapainossa vaikuttavuuden kanssa. Laadun arviointiperuste asiakkaan näkökulmasta on hyvin todennäköisesti nopea hoitoon pääsy. Asiakasnäkökulma on ehdoton kun terveydenhuollon laatua hyvän hoidon osalta arvioidaan ja määritetään. Hoito ei voi olla hyvää ilman asiakkaan mielipidettä ja asiakaskeskeistä toimintaa. (Kuisma ym. 2013, 69.)

”Hyvälaatuinen terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin”. Yhteisiin tavoitteisiin sitoutuminen ja toimintayksiköiden välinen tiivis yhteistyö ovat terveydenhuollossa hyvän laadun edellytyksiä. (Suomen Kuntaliitto 2011, 8.)

Suomen Kuntaliiton (2011, 8) Terveydenhuollon laatuoppaassa määritellään laatutyön visiossa vuoteen 2015 mennessä hyvä hoito seuraavasti: ammattitaitoisen henkilökunnan toimesta tuotettavat potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiva, sekä yhteisymmärryksessä toteutuva hoito. Hoito on sujuvaa prosessimaista ja turvallista sekä se perustuu hyviin hoitokäytäntöihin ja vaikuttaviin menetelmiin. Hoitoon osallistuvien välillä toteutuu saumaton yhteistyö ja tiedon kulku. Parhaan mahdollisen hoidon ja terveyshyödyn lopputuloksena on tyytyväinen asiakas.

Asiakkaiden tarpeiden tyydyttäminen ja sidosryhmien huomioiminen on asiantuntijaorganisaation kuten ensihoitopalvelun laatua. Hoidon vaikuttavuus, asiakas- ja sidosryhmäkeskeiset palvelut sekä omistajien ja ympäristön huomioiminen tarkoituksenmukaisesti sisältyvät laatukriteereihin. Taulukko 4 määrittää ensihoitopalvelun viisi ydintekijää laadunhallinnassa.

Taulukko 4. Laadunhallinnan tavoitteita ensihoitopalvelussa (Kuisma ym. 2013, 70).

<p>sitoutuminen yhteisiin olemassa oleviin toimintamalleihin, arvoihin ja visioihin.</p>
<p>kokonaisvaltainen prosessinhallinta mikä muodostuu niiden kuvantamisesta, kehittämisestä ja tulostittareiden sekä vastuuhenkilöiden nimeämisestä.</p>
<p>asiakaskeskeisyys (tarpeiden tunnistaminen, potilastyytyväisyys ja potilaspalautteen seuranta).</p>

laadunarviointi (prosessit ja järjestelmä).
laadunhallinnan toteutuminen jokapäiväisessä tekemisessä.

Ensihoitopalvelun ja yleisesti ottaen koko sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa ja sen kehittämistä ohjataan Suomessa laajalti informaatio-ohjauksen eli tiedolla ohjaamisen avulla. Erilaiset laadunhallintasuositukset, kansalliset kehittämissuositukset ja muu kohdennettu laatumateriaali ovat esimerkkejä tiedolla ohjaamisesta. (Outinen, Mäki, Siikander & Liukko 2001, 5.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2014) julkaisema suositus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta ensihoidolle ja päivystykselle on ajankohtainen esimerkki tiedolla ohjaamisesta.

Esimerkkejä muista laatusuosituksista, jossa ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa tiedolla, ovat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Terveyden edistämisen laatusuositus (2006, 14), mikä pohjautui EFQM laatupalkintomallin ideologialle. Toinen esimerkki on Idänpää-Heikkilän, Outisen, Nordbladin, Päivärinnan ja Mäkelän (2000, 5) julkaisu LAATUKRITEERIT – Suunta- viivoja tekijöille ja käyttäjille, jossa keskityttiin laatukriteereiden määrittämiseen ja niiden soveltamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaohjelmissa yhdenvertaisen ja asiakaskeskeisen palvelun turvaamiseksi.

Tukia ja Wilksman (2011, 5) kertovat, että laadunhallinnan kehittämisen ja yhtiöläisten toimintatapojen näkökulmasta suositukset ovat kuitenkin melko tehottomia. Ne eivät ole ehdottomia ja voivat olla epäselviä sekä jäädä vähälle huomiolle. Tämän takia rinnalle tarvitaan aikaisempaa enemmän normi- ja talousohjausta, jotka ovat tutkitusti tehokkaita ohjauskeinoja. Kuisma ym. (2013, 67) mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta ovat esimerkkejä siitä, kuinka normiohjaus on tullut terveydenhuollossakin tiedolla ohjaamisen rinnalle.

Ensihoitopalvelun laadun ulottuvuudet voidaan määritellä, kuten terveydenhuollossa yleensäkin, Suomen Kuntaliiton (2011, 9–15) terveydenhuollon laatuoppaan mukaan palvelun laatuun, kliiniseen laatuun, prosessien laatuun ja vaikuttavuuteen.

Palvelun laatu muodostuu potilaskeskeisyydestä ja oikea-aikaisuudesta. Kliinisessä laadussa osaaminen ja potilasturvallisuus ovat keskeiset osa-alueet. Prosessien laadun tavoitteena on toiminta- ja palveluketjujen sujuvuus. Vaikuttavuus lähtee palvelun tuottavuuden seuraamisesta sekä tiedon hyödyntämisestä jatkuvan laadun parantamisen ja varmistamisen näkökulmasta. Jokaisessa neljässä laadun ulottuvuudessa voidaan edelleen tarkistaa sitä potilaan, työntekijän ja johdon perspektiivistä.

4.4.1 Palvelun laatu

Ensihoitopalvelu on nimensä mukaisesti asiakaspalvelua, jossa potilas tulee aina olla hoidon keskipisteenä. Asiakkaita ja potilaita varten ensihoitoyksiköt ovat valmiudessa. Outinen, Holma ja Lempinen (1994, 19–22) määrittävät asiakkaalla yleisesti maksavaa yksilöä, joka vastaanottaa tuotteen tai saa palvelua ja hyötyy käyttäessään kyseistä tuotetta tai saamastaan palvelusta.

Outinen ym. (1994, 19) näkevät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuden monitahoisena. Asiakas voi olla eri rooleissa palveluorganisaatiossa. Tuotteen tai palvelun välitön käyttäjä on asiakas, samoin asiakas on hyödynsaaja tai maksaja. Kuviossa 4 näkyy eri lähestymistavat asiakasta määritettäessä.



Kuvio 4. Asiakkuus eri lähestymistavoista (Outinen ym. 1994, 19).

Asiakaslähtöisyys on kokonaisvaltaista. Kilpailu- ja toimintaympäristö tulee aina ottaa huomioon. Asiakaskeskeisyys tulee toteutua kaikissa toiminnoissa missä asiakkaan tarpeet ja organisaation tarpeet, tavoitteet, periaatteet sekä resurssit muodostavat kokonaisuuden. Tämä tulee tapahtua kaikissa prosesseissa kuten markkinoinnissa, kehittämisessä ja tuotannossa. Viimeiseksi ei riitä, että asiakasta pelkätään kuunnellaan, vaan lopputuote tai palvelu tulee täyttää asiakkaan tarpeet yrityksen osaamista hyödyntäen. Asiantuntijaorganisaatiossa kuten ensihoitopalvelussa ja terveydenhuollossa vahvistuu hoitosuhteessa palvelun tuottajan rooli suhteessa potilaaseen. Potilaan toivomuksia ei saa huomioida täysimääräisesti, vaan asiantuntija määrittää hoitomenetelmät ja -suunnitelmat laadukkaita, turvallisia ja vaikuttavia palveluita hyödyntäen. (Vuokko 1997, 23–25.)

Asiakaspalvelussa potilaskeskeisyyden tavoitteena Suomen Kuntaliiton (2011, 9–10) Terveydenhuollon laatuoppaan mukaan tulee lopputuotteena olla asiakas joka on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja saanut oikeata apua terveysongelmaansa. Lopputulos muodostuu kokonaisuudesta, johon vaikuttavat muun muassa, että potilas on ohjattu oikean terveystalouden piiriin, potilaan lain mukainen valinnan vapaus tietyin rajaehdoin on toteutunut, potilas on päässyt tutkimuksiin ja hoitoon sujuvasti sekä häntä on hoidettu ammattitaitoisesti, yksilöllisesti sekä ystävällisesti tavalla, johon hän on itse voinut vaikuttaa ottamalla osaa hoitosuunnitelmaan. Potilaan hoidon oikea-aikaisuuden näkökulmasta keskeisintä on, että hän saa sairautensa lääketieteellisesti oikeaan aikaan hoidon.

4.4.2 Kliininen laatu

Potilaan hoito tulee olla kliinisesti laadukasta. Laatu tässä kohtaa muodostuu erityisesti kahdesta osa-alueesta, osaamisesta ja potilasturvallisuudesta. Potilaan tulee pystyä luottamaan, että terveydenhuollon henkilökunta, niin hoitohenkilökunta kuin myös lääkärit ovat asianmukaisesti koulutettuja, perehdytettyjä ja hyväksikäyttävät ajantasaista, lääketieteellisesti tutkittua tietoa toteuttaessaan hoitoa. Terveydenhuollon henkilökunta täydennyskoulutuu ja osallistuvat itsensä sekä toiminnan kehittämiseen tieteelliseen tutkimustyöhön osallistumalla. Ammattiryhmien ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö tulee olla tiivistä, ja he osaavat toimia

tiiminä. Asiantuntijaverkostojen hyödyntäminen kuuluu osaksi potilaan hoitoprosesseja. Laadunhallinta ja potilasturvallisuus sekä tieteelliseen näyttöön perustuva toiminta ovat kliinisen laadun perusteita. (Suomen Kuntaliitto 2011, 11–12.)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa laativat Käypä hoito-suosituksia. Käypä hoito-suositukset ovat kansallisia hoitosuosituksia jotka ovat riippumattomia ja perustuvat laajaan tutkimusnäyttöön. Kysymyksiä jotka liittyvät terveyden ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn ovat tärkeitä tavoitteita. Näyttöön perustuvat suositukset tukevat terveydenhuollon päätöksentekoa ja potilaan hoitoa sekä parantavat hoidon laatua ja vähentävät vaihtelua kansallisissa hoitokäytännöissä. Ensihoidon hoito-ohjeet perustuvat esimerkiksi Duodecimin Käypä hoito-suosituksiin ja kirjallisuuteen. (Käypähoito 2015.)

Potilaan kliinisen hoidon laatuun vaikuttaa keskeisesti potilasturvallisuus. Terveydenhuollon laatuksymykset ja potilasturvallisuus eivät voi olla erillään toisistaan, vaan muodostavat kokonaisuuden. Laadun- ja riskienhallinta sekä terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta muodostuvat osaksi potilasturvallisuuden edistämisestä. Potilasturvallisuuden kehittäminen ja laatujärjestelmät täydentävät ja tukevat toiminnallisesti toisiaan. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 15.)

Helovu ym. (2012, 13–14) ottavat esille, että potilasturvallisuutta määritettäessä vaihtelee sen ulottuvuus sen mukaan kuka sitä tarkastelee? Hoidon periaatteiden ja toiminnot tulevat terveydenhuollon yksiköissä ja organisaatioissa lähteä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mukaan siitä, että potilasturvallisuuden myötä varmistetaan potilaiden turvallisuus ja suojataan heitä vahingoittumasta. Potilas taas kokee potilasturvallisuuden siten, että hoidosta ei aiheutunut hänelle haittaa. Potilaan näkökulmassa hyväksytään, että toiminta ei välttämättä ole turvallista, mutta riski ei päässyt tällä kertaa toteutumaan.

Yksinkertainen määritelmä potilasturvallisuudelle on, että potilaalle aiheutuu mahdollisemman vähän haittaa tilanteessa, jossa hän saa tarvitsemaansa oikeata hoitoa. Potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuuden varmistaminen potilasturvallisuuden periaatteita ja toimintakäytäntöjä noudattaen on laajempi käsite. Tämä toteutuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja

organisaatioiden kautta. Sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoidon- ja kuntoutuksen turvallisuus sekä lääkitysturvallisuus sisältyvät potilaan hoidon laajaan potilasturvallisuuden ulottuvuuteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7.)

Hoidon-, lääkityksen- ja laitteiden turvallisuus muodostavat potilasturvallisuuden kokonaisuuden. Hoitomenetelmän ja sen toteuttamiseen liittyvän prosessin turvallisuus muodostavat hoidon turvallisuuden. Lääkityksen turvallisuudessa pyritään estämään lääkevalmisteiden haitallisia vaikutuksia tai varmistamaan mahdollisimman harvat poikkeavuudet. Poikkeavissa tilanteissa potilaan hoito kärsii, kun lääkehoito ei toteudu suunnitelman mukaisesti. Laitteiden turvallisuutta ovat esimerkiksi, ettei laitteiden käytöstä aiheudu vaaraa potilaalle. (Helovuori ym. 2012, 13.)

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuoltoyksikön on laadittava täytäntöönpanosuunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Hoidosta johtuvien haittojen ja hoitovirheiden vähentäminen organisaation kaikilla tasoilla on potilasturvallisuussuunnitelman tavoite. Se ei ole itsetarkoitus vaan väline tavoitteiden saavuttamiseksi. Organisaatiossa tämä edellyttää potilasturvallisuusjärjestelmän luomista ja tehokasta toimintaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10.)

4.4.3 Prosessien laatu

Prosessien laadulla tarkoitetaan Suomen Kuntaliiton (2011, 13) terveydenhuollon laatusuosituksen mukaan ensisijaisesti hoitoprosessien sujuvuutta. Siinä potilas saa ilman tarpeettomia viivytyksiä asianmukaisen hoidon ja täten hoidon tuloksellisuus ei vaarannu. Prosessien laatua ovat myös päällekkäisten ja aiheettomien tutkimuksien ja toimenpiteiden puuttuminen.

Laadullisesti ja määrällisesti riittävät resurssit jotka osallistuvat potilaiden hoitoprosesseihin ovat henkilökunnan näkökulmasta prosessien sujuvuutta. Resursseja tässä tapauksessa ovat ammattitaitoisen henkilökunnan lukumäärä ja asianmukaiset tilajärjestelyt, välineistö ja tutkimuksen, hoidon sekä kuntoutuksen muut voimavarat. Muita resursseja ovat muun muassa kuvantamis- ja laboratoriopalvelut. Prosessien sujuvuudessa keskeistä on, että hoitoprosessit on kuvattu, vastuutettu ja niiden

kehittämisestä on olemassa menettelytavat. Tavoitteena ovat yhdenmukaiset ja tehokkaat prosessit toiminnan tavoitteellisuutta ja läpinäkyvyyttä ajatellen. (Suomen Kuntaliitto 2011, 13.)

Hoidon sujuvuutta ovat esimerkiksi terveydenhuollon yksiköissä diagnoosista riippumatta ennalta määritetyt samankaltaiset toimintokohtaiset prosessit. Ne yhdenmukaistavat toimintaa ja selkeyttävät henkilökunnalle työnjakoa ja vastuita. Poikkeamat ja virheet vähenevät kyseistä menettelytapaa hyödyntäen sen lisäksi, että hoitopolku on sujuvaa. Hoitoprotokollat ovat terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja tieteelliseen näyttöön perustuvia toimintasääntöjä, joita käytetään yleisimpiä sairauksia hoidettaessa sekä myös tilanteissa, missä aikajana hoidon toteuttamisessa on kriittisen lyhyt. Terveydenhuollon ammattilaisten toimesta suoritettu oikea hoito ja hoidon oikea-aikaisuus sekä potilasturvallisuus parantuvat hoitoprotokollien ansioista. Hoitoprotokollissa esiintyy alueellisia eroja. (Suomen Kuntaliitto 2011, 13.)

Asiakkaalle suunnattu palvelu mikä tapahtuu sarjana toimenpiteitä, on prosessi. Prosessi voidaan myös määrittää toimenpiteiden ja resurssien sarjaksi mitkä loogisesti liittyvät toisiinsa ja aikaansaavat asiakkaalle tuotteen tai palvelun. Laadunhallinta liittyy keskeisesti prosessien hallintaan. (Kuisma ym. 2013, 78.)

Laamanen (2002, 19) kertoo, että prosessilla on monta eri merkitystä ja lähes mitä tahansa toimintaa voidaan kutsua siksi. Prosessina voidaan ymmärtää mitä tahansa muutosta ja kehitystä. Prosesseja ovat esimerkiksi muutos-, kehitys-, - oppimisprosessit. Prosessi voi myös olla oppimis-, ymmärtämis-, tai kasvuprosessi.

Toiminnot, jotka liittyvät loogisesti ja toistuvasti yhteen sekä saavat aikaan tuloksen, hyödyntäen toteuttamiseen tarvittavia resursseja, ovat toimintaprosesseja. Yksinomaan sarja toimenpiteitä ei riitä prosessiksi, vaan se vaatii ja muodostuu myös resursseista, tuotoksesta ja siihen liittyvä suorituskyky. Terveydenhuollon palvelut muodostuvat laajasti toimintaprosesseista kuten eri hoitoketjut. (Laamanen 2002, 20.)

Terveydenhuollon prosessit muodostuvat myös palveluprosesseista. Niissä omaleimaista on, että arvaamattomien asiakkaiden yksilökohtaiset odotusarvot ja tarpeet palvelun tuottajaa kohtaan johtavat siihen, että prosessit eivät etene siististi peräkkäisinä vaiheina. Toimintayksikön tulee hallita nämä haasteet ja täyttää asiakkaiden tarpeet ja aiheuttaa potilastyytyväisyyttä. (Laamanen 2002, 20–21.) Laamasen ja Tinnilän (2009, 19) mukaan asiakkaan prosessissa syntyy asiakkaalle arvo. Prosessit muodostuvat ydinprosesseista ja tukiprosesseista. Ydinprosesseissa tapahtuu asiakkaiden kohtaaminen. Asiakkaalle ja organisaatiolle muodostuu suhde – asiakas-suhde tämän kohtaamisen kautta. Asiakasprosessien onnistuminen on tiiviisti yhteydessä organisaation maineeseen, brändiin.

Ensihoitopalvelussa prosessit voidaan jakaa moneen eri tasoon. Laajassa mittakaavassa organisaatiotasolla ensihoitopalvelut on oma kehitysprosessinsa. Se voi toteutua siten esimerkiksi prosessiorganisaatiossa tai linjaorganisaatiossa. Ensihoitopalvelun kehitysprosessi rakentuu taas useasta päivittäisestä toiminta-, asiantuntija- ja palveluprosessista. Kuisma ym. (2013, 78–79) kuvaavat ensihoitotapahtuman kulkua prosessin omaisesti mikä käsittää vaiheet Hätäkeskuksessa toteutuvasta riskinarviosta potilaan luona tapahtuvaan ensihoitoon ja myöhemmin potilaan luovutukseen päivystyspoliklinikalle. Potilaan hoito kentällä voi myös päättyä kuljettamatta jättämiseen. Sairauskohtauksen saaneen potilaan tai vammapotilaan tutkiminen, hoitaminen ja jatkokuljettaminen tietyn ennalta määritetyn hoitoprotokollan mukaan on myös prosessi. Kuten aikaisemmin on tullut esille, prosesseja voidaan Laamasen (2002, 19) mukaan määrittää melkein mistä toiminnasta tahansa.

4.4.4 Vaikuttavuus

Terveydenhuollossa hoidon vaikuttavuutta tulee seurata, mitata ja arvioida. Tämä on edellytys sille, että voidaan varmistaa ja parantaa laatua. Tavoitteena tulee olla saavuttaa paras mahdollinen terveyshyöty. Hoidon vaikuttavuudessa pyritään esimerkiksi seuraamaan uutta hoitomenetelmää käyttöönottaessa sen todellisesta terveyshyödystä vallitsevissa toimintaympäristöissä. Uudet menetelmät voivat olla vaikuttavia ja niistä tiedetään laajasti, mutta tämä tapahtuu optimiolosuhteissa.

Siksi on tärkeää tutkia niitä myös laajemmin muissa olosuhteissa. (Suomen Kuntaliitto 2011, 14.)

Hoidon vaikuttavuutta seurattaessa eri mittarien kautta tulee johdon ja henkilökunnan lisäksi ottaa mukaan potilaiden omat henkilökohtaiset kokemukset terveyshyödyistä. Tämä mahdollistaa objektiivisuuden ja täten luotettavuuden. Potilaskeskeys on myös vaikuttavuuden seurannassa keskeinen asia. Terveystieteiden ammattilaisten näkökulmasta hoidon vaikuttavuus lähtee siitä, että päätavoitteena tulee olla vaikuttava terveydenhuolto, jossa potilaat saavat todellista hyötyä. Toisaalta työntekijöiden kohdalla on tärkeää, että he itse osallistuvat vaikuttavuuden tutkimiseen ja kehittämiseen eri mittausinstrumenttien avulla. Johdon lähestymistapa hoidon vaikuttavuudessa on, että potilaan saama paras mahdollinen vaikuttava terveyshyöty perustuu tutkittuun tietoon kuten Käypä hoito-suositukseen ja että ne ovat eettisesti sekä kustannustehokkaasti perusteltavissa. (Suomen Kuntaliitto 2011, 14–15.)

Kuisma ym. (2013, 82) ottavat esille, että terveydenhuollossa näyttöön perustuva toiminta on vaikuttavuuden näkökulmasta keskeistä. Tämä edellyttää, että potilaan hoito tapahtuu parhaan, ajantasaisen käytettävissä olevan tiedon kautta. Tieto tulee olla laajasti tutkittua, mutta se tulee myös rakentua tiedosta ja kokemuksista mitä saadaan eri organisaatioiden toiminnasta.

4.5 Laadunhallinta Vaasan sairaanhoitopiirissä

Vuodesta 2015 alkaen on Vaasan sairaanhoitopiirissä ollut käytössä Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatuohjelma, Social and Health Quality Service (SHQS). Laatuohjelman kriteerit täyttävä laaduntunnustus on voimassa 18.6.2016 asti. Vaasan sairaanhoitopiiri on aikaisemmin saanut laaduntunnustuksen laatujärjestelmäänsä kolmesti vuosina 2007, 2010 ja 2013. Laaduntunnustus haetaan kolmen vuoden välein. (Vaasan keskussairaala 2015 c.)

Organisaatio jolle myönnetään SHQS kriteeristön mukainen laaduntunnustus, sitoutuu laadunhallintaan ja kehittämistyöhön rakentaessa laatujärjestelmää. Tämä tarkoittaa jatkuvaa laadun seurantaa ja kehittämistä. Vaasan sairaanhoitopiirissä

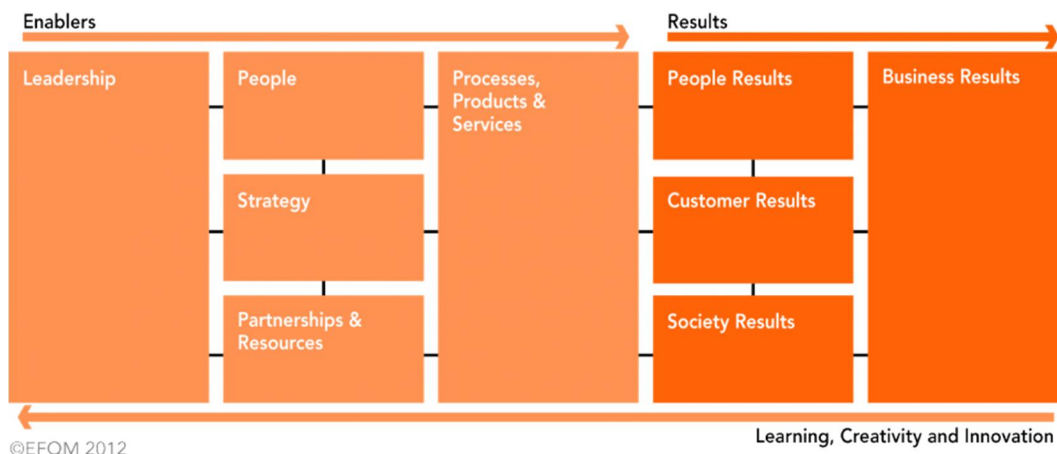
laatujärjestelmän arviointi tapahtuu ulkoisen auditoinnin toimesta. Tämän lisäksi turvaututaan sisäiseen arviointiin ja itsearviointiin. (Vaasan keskussairaala 2015 c.)

Kansainvälisen ISQua:n (International Society for Quality in Health Care) periaatteista ja auditoinneista sekä vaatimuksista laaduntunnustusta kohtaan pohjautuu Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatuohjelma SHQS. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, joissa laatuohjelma on käytössä, on yli 200.

Palvelujärjestelmän rakenteet, palveluprosessit ja vaikuttavuus tarkastetaan organisaation kehittämisessä järjestelmällisesti hyödyntäen itsearviointia, joka pohjautuu SHQS-arviointikriteeristöön. Arviointikriteeristö on rakennettu vastaamaan erityisesti suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tarvetta arvioida laadunhallintaa. Suomen lainsäädäntö, kansalliset suositukset ja hyvät hoitokäytännöt huomioidaan laatuohjelmassa. Keskeiset vaatimukset laatustandardi ISO9001:2008 sisältyvät arviointikriteeristöön. Nämä ovat lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon sovitettu. (Qualification 2016.)

4.6 EFQM Excellence-malli

Euroopan käytetyin laatupalkintomalli on EFQM Excellence-malli (European Foundation of Quality Management), joka perustuu Baldrige-malliin. Siinä arvioidaan yhdeksän eri osa-aluetta, josta viisi ensimmäistä kuvaa toimintaa ja neljä viimeisintä tuloksia. Arvioinnin tulee olla systemaattista ja jatkuvaa. Alla kuviossa 5 on kuvattu Eurooppalaisen laatupalkintomalli EFQM:n yhdeksän osa-alueen rakenne. EFQM-laatupalkintomallin tavoitteena on parantaa kilpailukykyä ja sitä käytetään usean Eurooppalaisen maan kansallisen laatupalkintokilpailujen arviointiperusteina. (Silvennoinen, Michelsen & Niemi 2008, 15–16.) Tässä kehittämisessä mittaaminen (itsearviointi) suoritettiin hyödyntäen EFQM-laatupalkintomallia.



Kuvio 5. EFQM 2012 arviointialueet (EFQM 2016).

EFQM Excellence-mallin avulla kokonaisvaltainen organisaation arvioiminen ja kehittäminen on mahdollista. EFQM-malli korostaa organisaatioiden erinomaisuutta ja laadunhallinnan ylläpitämistä ja kehittämistä siten, että toiminnan odotukset täyttyvät tai ylittävät sidosryhmien odotukset. EFQM-malli pitää sisällään kolme osaa jotka ovat erinomaisuuden tunnuspiirteet, arviointialueet ja itsearviointi sekä kehittäminen. Erinomaisuuden tunnuspiirteitä ovat muun muassa lisäarvon tuottaminen asiakkaille, ketteryys johtamisessa ja huipputulosten tekeminen. Toiminnan ja tuloksien arvioinnilla pyritään varmistamaan organisaation innovatiivisuus, oppiminen ja jatkuva parantaminen. EFQM-mallin hyödyntäminen on laadun johtamista koko organisaation tasolla ja se muodostaa keskeisesti johtamisjärjestelmän perustan. (EFQM Excellence-malli 2013, 2–4; Silvennoinen ym. 2008, 16–21.)

Excellence-laaturpalkintomallien itsearviointit ovat organisaatioissa systemaattisen kehittämisen työväline, jolla pyritään ohjaamaan toimintaa strategisiin tavoitteisiin. Organisaatio tai yksilö arvioi suorituskyyä itsearviointin avulla tavoitteena kilpailukyyn parantaminen tai, kuten julkisissa organisaatioissa, toiminnan vaikuttavuuden parantaminen. Toiminnan suunnitteleminen, suorituskyyyn seuraaminen ja toiminnan kehittämisen prosessit ovat osa itsearviointia. Itsearviointi kohdistuu organisaation kokonaisuuteen; toimintaan, strategiaan, päämääriin ja tavoitteisiin. Erinomaiset organisaatit tekevät oikeita asioita ja ne tehdään oikeilla menetelmillä. Tässä itsearviointi pyrkii johtamisen työkaluna peilaamaan toimintaa ja tuloksia

asetettuihin strategioihin, päämääriin ja tavoitteisiin. Itsearviointi tehdään johdon toimesta ryhmätyönä ja siihen voidaan ottaa mukaan lisää henkilöstöä eri tasolta ja eri toiminnoista. Myöhemmin itsearviointi voidaan toteuttaa ulkopuolisen henkilön ja organisaation toimesta osallistumalla laatupalkintokilpailuihin. (Silvennoinen ym. 2008, 47–51.)

Organisaation toiminnan parantaminen tunnistamalla vahvuudet ja parantamisalueet ovat itsearvioinnin tarkoitus. Valmius reagoida toimintaympäristön nopeisiin muutoksiin ja ylläpitää kilpailukyky ovat itsearvioinnin kautta saavutettavia merkittäviä hyötyjä. Organisaation hyvinvointi määritellään kilpailukyvyn perusteella. Laajan suosion saavuttaneet kansainväliset ja kansalliset laatupalkintokilpailut ovat muuttaneet positiivisesti yritysjohtajien asenteita itsearviointia kohtaan. Ne nähdään nyt osaksi organisaation laatujohtamista. (Laamanen 1997, 5–6.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön metodologista osuutta, joka on suppeampi käsite tutkimusstrategisten ratkaisumenetelmien kokonaisuutta (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2001, 120). Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 17) määrittävät pelkistetysti tutkimuksen metodologian eli menetelmäopin siten, että etsimämme tieto ja ymmärrys tavoitetaan ja saavutetaan sen turvin. Tässä opinnäytetyössä menetelmäoppi käsittää kehittämistyössä käytetyn tutkimusmenetelmän ja sen tieteenfilosofisen lähestymistavan sekä kehittämistyön työvaiheiden esittelyn. Luvussa kuvataan myös kehittämistyön kohderyhmä ja aineiston kerääminen sekä tutkimusaineiston analyysi.

5.1 Tutkimusote

Opinnäytetyön tutkimusote oli toteutustavaltaan ja tutkittavan ilmiön osalta kehittämistutkimus. Käytännönläheisyys eli pragmaattisuus on kehittämistutkimuksessa tyypillistä. Sitä se oli myös tässä kehittämistyössä. Kehittämistutkimuksen rakenteellinen kaava itse tutkimusprosessissa ei sinällään erotu muista tutkimustyypeistä, vaan ilmiön ymmärtäminen tai ongelman ratkaisu pohjautuu teorian ja empirian yhtälöön. Kehittämistutkimuksessa nojataan myös teoriaan. (Kananen 2012, 12–13, 20.)

Kehittämistutkimus erottuu selkeimmin esimerkiksi määrällisestä tai laadullisesta tutkimuksesta siinä, että se johtaa tutkimusongelman osalta konkreettiseen muutokseen, tutkimusongelmaan tulee pystyä vaikuttamaan. Se ei jää ainoastaan uuden tiedon varaan. Muutos voi olla esimerkiksi organisaatiossa jonkun ilmiön, prosessin, tuotteen tai asiantilan kehittäminen siten, että siinä tapahtuu mitattava käytännön parannus. (Kananen 2012, 13, 19–20.)

Kanasen (2012, 13) mukaan kehittämistutkimukset ovat usein työelämäsidonnaisia ja jopa ammattisidonnaisia. Tavallista on myös, että tutkija ja tutkimusongelma sekä tutkimuksen kohderyhmä tulevat samasta organisaatiosta. Tässä tutkimuk-

sessä opinnäytetyö lähti työelämän tarpeesta, ja tutkija on sidoksissa Vaasan sairaanhoitopiirin ensihoitojärjestelmään. Tutkimuksen lopputuloksena tapahtuvan muutoksen ja parantamisen kannalta on myös suositeltavaa, että aiheita tai ongelmia ei ole kyseisessä toimintaympäristössä aikaisemmin tutkittu. Tämä helpottaa tutkimusongelman ratkaisun viemistä käytäntöön. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 56) ottavat esille, että tutkimukset voivat olla pitkittäis- tai poikittaistutkimuksia. Tämä opinnäytetyö toteutettiin poikittaistutkimuksena eli aineisto kerättiin kertaluonteisesti. Mittauksia tosin tehtiin kaksi hyödyntäen samaa kyselylomaketta, mutta aikaväli niiden toteuttamisen välillä oli lyhyt ja ensimmäinen mitaus oli määrällinen ja toinen luonteeltaan laadullinen.

Kehittämistyön lähestymistapa aikaulottuvuuden perusteella oli retrospektiivinen, eli ilmiötä tarkasteltiin taaksepäin ajassa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57). Opinnäytetyön tarkoitus oli ensisijaisesti kuvailla vallitseva asiantila itsearviointia hyödyntäen. Tässä suhteessa kehittämistyö oli kuvaileva, mutta tutkimuksessa voi esiintyä useampikin tarkoitus. Toisessa itsearviointitilaisuudessa, jossa tarkoituksena oli päätyä konsensustuloksiin yhteisen keskustelun jälkeen, toteutui kuvailevan lähestymistavan rinnalla myös kartoittava ja selittävä lähestymistapa. (Hirsijärvi ym. 2001, 127–128.)

Hirsijärvi ym. (2001, 118) kuvailevat tutkimuksen filosofisessa viitekehyksessä ontologisen alueen suhteessa tutkimukseen siten, että siinä todellisuuden luonteesta esitetään kysymyksiä tavoitteena määrittää tutkittavan ilmiön luonne, todellisuutta ja mitä voidaan pitää todisteina. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 15–16) määrittävät ontologisen filosofian haaran siten, että siinä tarkoituksena on ymmärtää tutkimuksen kohde, olemus ja olemassaolo. Opinnäytetyöllä on tieteenfilosofisia lähtökohtia, jotka liittyvät ontologiaan (olennaisen perimmäinen olemus, mitä on olemassa?) ja epistemologiaan (tiedon luonne).

Tieteenfilosofisissa käsitteissä kehittämistyöni ei ole yksiselitteinen. Tämä johtuu hyvin todennäköisesti siitä, että kehittämistutkimus muodostuu eri tutkimusmetodeista, niin määrällisestä kuin laadullisestakin. Aineiston keruussa ensimmäinen

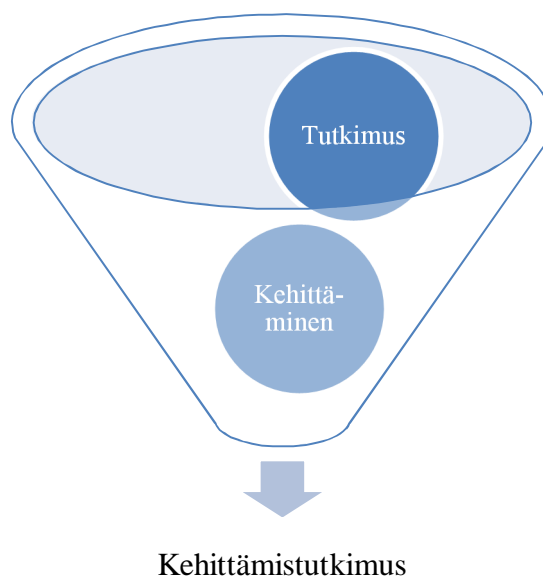
vaihe oli yksiselitteisesti kvantitatiivinen. Kohdehenkilöt suorittivat yksilöarvioinnin strukturoitua kyselylomaketta hyödyntäen. Päätöksentekoa on ohjannut vallitseva todellinen tieto ja havainnot henkilötasolla. Tutkija on myös ollut tässä vaiheessa ulkopuolinen. Tämä lähestymistapa sopii positivistisen otteen valintaan ja on tyypillistä määrällisessä tutkimuksessa. Mittauksen toinen vaihe oli sisällöltään ja tekniikaltaan enemmän laadullinen. Tässä yhteydessä toteutui myös piirteitä fenomenologisesta näkemyksestä missä yhdessä kohderyhmä ja tutkija tarkastivat väittämiä kokonaisvaltaisesti, kokemusperäisesti ja objektiivisemmin etsimällä tosiasiallista tilaa keskustelemalla uusien näkökulmien kautta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 16.)

Pragmaattisuus on keskeinen kehittämistutkimuksen filosofisessa lähestymistavassa. Määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän hyödyntämisessä yhdessä ja samassa tutkimuksessa nähdään käytännöllisyyden kannalta keskeiseksi. Se ei halua rajata toista metodologia ulkopuolelle, vaan se mikä merkitsee eniten, on tutkimuksen tulos. Pragmaattisessa tieteen filosofisessa näkökulmassa merkitystä on ainoastaan tutkimuksella mikä johtaa käytäntöön ja antaa toiminnallista lisäarvoa. (Ivankova 2015, 16.)

Kehittämistutkimus tutkimusotteena on melko nuori ja saavuttanut vasta viime vuosina selkeästi jalansijaa tutkijoiden keskuudessa. Toimintatutkimuksen tavoin se lisää suosiotaan jatkuvasti. Suosituksi siitä tekee nimenomaan sen pragmaattinen ja joustava lähestymistapa tutkimusmenetelmänä. Ongelmanratkaisukyky, tavoitteellisuus toiminnan ja yksilöiden parantamisessa sekä kehittämisessä tilanteissa, missä vaaditaan nopeata reagointia, ovat esimerkkejä kehittämistutkimuksen hyödyllisyydestä. (Ivankova 2015, 26–27.)

Kananen (2012, 19) viittaa Edelsoniin määrittäessään kehittämistutkimuksen rakennetta. Se muodostuu sanansa mukaisesti erillisistä syklisistä prosesseista kehittämisestä ja tutkimuksesta. Rakenne havainnollistetaan alla kuviossa 6. Kananen (2012, 21) ottaa esille, että organisaatioissa tapahtuu jatkuvasti erilaista kehittämistä ja kysyykin, että mikä sitten erottaa kehittämistyön kehittämistutkimuksesta? Tutkimuksessa tulee käyttää tieteellisiä metodeja päämääränä tuottaa uutta tietoa

mikä on luotettavaa. Uuden tiedon tuottaminen on selvä tieteen kriteeri. Kehittämistutkimus tulee myös dokumentoida.



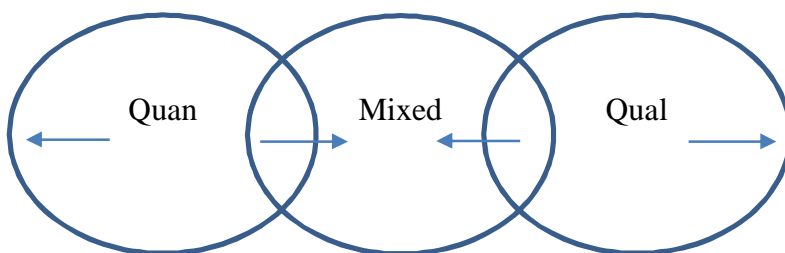
Kuvio 6. Kehittämistutkimuksen rakenne (Kananen 2012, 19).

Kehittämistutkimus muodostuu joukosta eri tutkimusmenetelmiä ja siitä käytetään nimitystä monimenetelmällinen tutkimusote. Englannin kielessä tavallinen termi monimenetelmällisyydelle on 'mixed methology'. Täten se ei ole itsenäinen tutkimusmenetelmänsä kuten kvantitatiivinen- tai kvalitatiivinen tutkimus. Kehittämistutkimus tosin pitää sisällään niin määrällisen tutkimuksen kuin myös laadullisen tutkimuksen metodeja. Käytettävät metodit ja niiden painoarvo sekä toteutuvatko ne tutkimusprosessissa rinnakkain tai perätysten riippuu tilanteesta ja kehittämis-kohteesta. (Kananen 2012, 19.)

Kanasen (2012, 19, 41) mukaan englanninkielinen termi kehittämistutkimukselle on 'action research' mikä käsittää kansainvälisessä tutkimuskentässä myös toimintatutkimuksen. Suomessa toimintatutkimus tunnetaan nimenomaan termillä 'action research' ja kehittämistutkimukselle ei ole olemassa Suomessa selkeätä käännöstä. Kehittämistutkimuksen ja toimintatutkimuksen ero on pieni ja molemmat keskittyvät parantamiseen ja kehittämiseen. Selkeimmin ero muodostuu siitä, että kehittämistutkimuksessa kohteena ovat pääsääntöisesti toiminta, palvelut, prosessit ja

tuotteet. Tässä opinnäytetyössä suoritettu itsearviointi kohdistui nimenomaan edellä mainittujen asioiden arviointiin. Toimintatutkimus taas kohdentuu enemmän inhimillisiin sosiaalisiin ilmiöihin missä kohteena on esimerkiksi ryhmän toiminnan parantaminen tietyssä prosessissa.

Morse ja Niehaus (2009, 9–10) korostavat monimenetelmällisen tutkimuksen käyttämistä tilanteissa, jossa yksittäisessä tutkimuksessa ei saavuteta päämäärää pelkästään yhtä perinteistä metodologiaa käyttäen, vaan siihen päästään parhaiten kahta tai useampaa menetelmää käyttäen. Kehittämistutkimus on tässä suhteessa luotettavampi ja täydellisempi kuin perinteiset tutkimusotteet, koska kehittämisiongelmaa on tarkistettu niin makro kuin mikro tasolla. Kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät kehittämistutkimuksessa pidetään erillään prosessissa. Kyseessä ei siis ole niiden sekoittamista. Kuvio 7 kuvaa kehittämistutkimuksen monimenetelmällisyyttä.



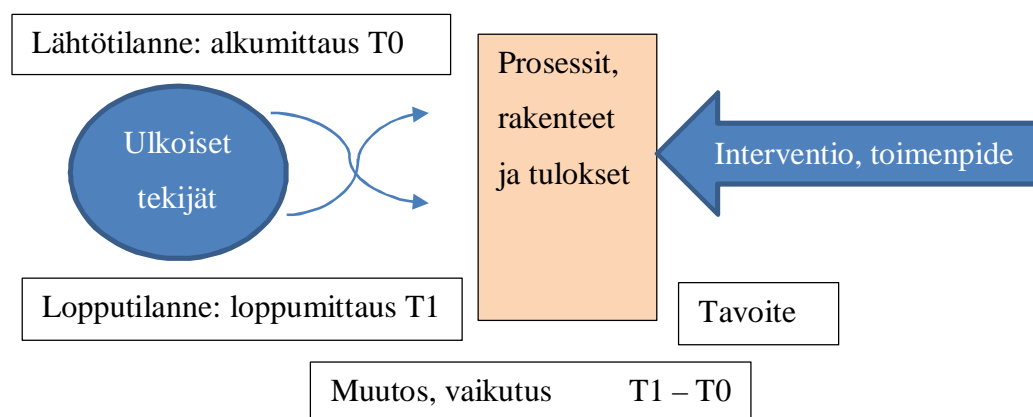
Kuvio 7. Monimenetelmällisyyden käsitteellinen malli (Ivankova 2015, 7).

Kehittämistutkimuksessa määrällinen ja laadullinen tutkimusmetodi muodostavat rakenteen, missä toinen on aina vallitseva ja toinen tätä täydentävä. Tämä voi toteutua kahdeksalla eri tavalla taulukon 5 mukaisesti. Ne voivat toteutua samanaikaisesti tai järjestyksessä. Kehittämistutkimuksessani ensiksi suoritettiin kvantitatiivinen mittaus minkä jälkeen se asettui lopulliseen muotoonsa kvalitatiivista menetelmää hyväksi käyttäen. Kvantitatiivinen menetelmä oli tutkimuksessani vallitseva ja kvalitatiivinen sitä täydentävä. Keskeistä on rakentaa vallitseva mittausväline siten, että jos täydentävä menetelmä ei toteudu tavoitteiden mukaisesti, voidaan jättäytyä ainoastaan ydinmenetelmään. Tällöin toki tutkimusote muuttuu kehittämistutkimuksesta toiseksi. (Morse & Niehaus 2009, 23–25.)

Taulukko 5. Kahdeksan eri monimenetelmä designia (Morse & Niehaus 2009, 25).

QUAL + quan	QUAL → quan
QUAL + qual	QUAL → qual
QUAN + qual	QUAN → qual
QUAN + quan	QUAN → quan

Kehittämistutkimuksessa täytyy tapahtua lähtötilanteen ja lopputilanteen välillä muutos sekä tavoitteiden saavuttaminen. Alkumittaus tässä opinnäytetyössä toteutui tiedostaen ja vahvistaen, että ensihoitopalvelulla ei ollut käytössä laadunvarmistamisen mittausvälinettä ja toimintamallia minkä avulla rakenteita, prosesseja ja tuloksia arviointiin. Loppumittaus toteutui kehittämisiongelmiin tavoitteiden saavuttamisessa. Loppumittauksessa arvioidaan vaikuttavuutta joten tavoite tulee olla mitattavissa. Interventio tässä tutkimuksessa tapahtui ulkoisena toimenpiteenä. Mittarin käyttöönotto ja suorittaminen sekä tuloksien analysointi ja kehittäminen edusti ulkoista toimenpidettä. Intervention ansioista muutos saatiin aikaiseksi. Prosessikuvaus on havainnollistettu alla kuviossa 8. (Kananen 2012, 22.)

**Kuvio 8.** Kehittämistutkimuksen prosessikuvaus (Kananen 2012, 22).

Laadullisesti täydellisemmän, pidemmän ajanjakson alku- ja loppumittaus kohdeorganisaatioissa toteutuu opinnäytetyön ulkopuolella. Tämä vaatii vähintäänkin

kahden samanlaisen itsearviointiprosessin suorittamista kokonaisuudessa, missä tuloksien pohjalta laadittu kehittämissuunnitelma lyhyelle ja keskipitkälle aikavälille on toteutunut. Alkuperäisen ja kehittämistoimenpiteiden jälkeen tapahtuvan itsearvioinnin tuloksia verrataan tämän jälkeen toisiinsa. Prosessi tulee olla jatkuvaa ja systemaattista. Täten saadaan hyödynnettäväksi pitkän aikavälin trendejä laadunvarmistamisessa.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kehittämistyön kohderyhmä muodostui Pohjanmaan pelastuslaitoksen sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen ensihoitajista (n=24), ensihoidon vastuuhoidajista (n=5) sekä ensihoitoesimiehistä (n=3). Tutkimuksen kohdeorganisaatioiden osalta suoritettiin omat erilliset itsearviointimittaukset. Molemmat pelastuslaitokset osallistuvat ensihoidon tuottamiseen Vaasan sairaanhoitopiirin alueella ja kehittämisen sekä kokonaisuhyödyn kannalta oli tarpeellista mitata molempia organisaatioita.

Opinnäytetyössä perusjoukoksi eli populaatioksi valittiin edellä mainitut kolme ammattiryhmää. Perusjoukon tulee vastata kysymykseen: Ketä tutkitaan? Tarkka ja rajattu populaation määrittely on keskeistä tutkimuksessa. Populaatiosta saatava tieto on tiedonkeruussa kriittisin vaihe. (Kananen 2011, 65.) Tutkitun ilmiön kannalta perusjoukon rajaaminen kolmeen eri ammattiryhmään oli riittävä antamaan luotettavaa tietoa itsearvioinnissa.

Kanasen (2011, 68–69) mukaan on tapauskohtaista mitä otantamenetelmää hyödynnetään otoksen valintaan perusjoukosta. Otantamenetelmä on ohjeisto tässä prosessinvaiheessa. Otantamenetelmät voidaan jakaa kahteen ryhmään mitkä ovat todennäköisyysotanta ja ei-todennäköisyysotanta. Tässä kehittämistyössä päädyttiin ei-todennäköisyysotantaan missä otos oli harkinnanvarainen.

Vilka (2007, 51–52) määrittelee otoksen joukoksi havaintoyksiköitä mitkä valitaan populaatiosta otantamenetelmää hyväksi käyttäen. Tärkeätä on, että otos edustaa perusjoukkoa. Havaintoyksiköstä voidaan myös käyttää nimeä tilastoyksikkö. Jokainen otokseen valittu henkilö edusti yhtä tilastoyksikköä.

Otos oli harkinnanvarainen ja siinä oli huomioitu kehittämistutkimuksen toteutumisen, laadun, luotettavuuden sekä edustettavuuden kannalta riittävä henkilömäärä suhteessa kohdeorganisaatioiden ensihoitopalvelun kokonaislukumäärää. Samaten otos edusti Pohjanmaan pelastuslaitoksen osalta kaikkia kolmea maantieteellistä ensihoitoaluetta. Tässä kehittämistyössä mittaustulokset muodostuivat numeerisesti kyselylomakkeesta ja edustivat tältä osin määrällistä tutkimusmenetelmää. Otoksen lukumäärällä ja suhteella perusjoukkoon nähden on keskeisesti merkitystä nimenomaan kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä sen yleistettävyyden kannalta. (Vilka 2007, 56–57; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.)

Kehittämistyössä harkinnanvarainen otos oli myös tietoisesti riittävän homogeeninen tutkittavia ilmiöitä vastaan. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 67, 110–112) ottavat esille, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään harkinnanvaraisella otannalla varmistamaan laatu siten, että kohdehenkilöillä on riittävä kokemus ja tieto tutkittavista asioista. Heidän tulee myös jakaa tätä tietoa tutkijalle avoimesti. Hirsijärvi ym. (2001, 152) mainitsevat, että todellisen elämän kuvaaminen on lähtökohta laadullisessa tutkimuksessa. Todellinen elämä on monimuotoinen ja täten tutkimusilmiötä tulee tarkastella kokonaisvaltaisesti. Edellä kuvattujen asioiden varmistaminen tässä kehittämistyössä, jossa ensimmäinen mittaus oli määrällinen ja toinen osaltaan myös laadullinen, toteutui tietoisesti homogeenisesti valituilla vastaajilla. Henkilöt tunsivat oman organisaationsa hyvin ja heillä oli riittävä ensihoidon työkokemus.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Kehittämistyössä turvauduttiin aineiston keräämisessä monimenetelmämalliin, mikä on kehittämistutkimukselle ominaista. Se käsittää niin määrällisen että laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä. (Kananen 2012, 19.) Kahden tiedonkeruumenetelmän käyttäminen tutkimuksessa täydentää toisiaan ja vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta (Morse & Niehaus 2009, 9, 25). Määrällinen tutkimusmenetelmä oli vallitseva tämän työn mittaamisessa missä itsearviointi tehtiin kyselylomaketta hyödyntäen.

Erilaisten muuttujien mittaaminen tilastollisia menetelmiä hyödyntäen toteutuu kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tarkoituksena on tarkastella erilaisten muuttujien välistä yhteyttä toisiinsa. Muuttujat voivat olla riippumattomia eli selittäviä, riippuvia eli selitettäviä tai väliin tulevia. Mitattavat muuttujat olivat tässä kehittämissä selitettäviä. Havaintoyksiköt, muuttujat ja arvo ovat kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä. Havaintoyksikkö tutkimuksessa oli yksilö, muuttuja itsearvioinnissa esitetty ominaisuus ja arvo oli ennalta määritetty vastausluokka. Tutkimusasetelma aikaulottuvuudeltaan oli retrospektiivinen eli ilmiöitä tarkasteltiin takautuvasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55, 57, 129.)

Vilkan (2007, 36, 45) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittaamista on kaikki se missä havaintoyksiköiden välille tehdään eroja ja joita sitten symbolien avulla määritellään. Mittaustasoja ovat asenneasteikot ja mitta-asteikot minkä turvin itse mittaus tehdään. Jotta tiedetään mitä määrällisessä tutkimuksessa mitataan, on hyvin keskeistä aina tietää mitä täsmällisesti tutkitaan.

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä pyrkii mittauksessa korostamaan ihmisten kokemuksia, tulkintoja ja käsityksiä sekä motivaatioita ja näkemyksiä mitattavasta ilmiöstä. Mahdollisuus tutkittavan ilmiön ymmärtämisen lisäämiseksi on myös olennainen osa laadullista tutkimusta. Se ei pyri yleistettävyyteen ja otos on harkinnanvarainen. Kokonaisvaltaisuus, tutkijan ja otannan läheinen suhde, rikkaus ja syvyys ovat muutamia esimerkkejä laadullisen tutkimusmenetelmän piirteistä. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään tavallisimmin havainnoiden tai haastattelemalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67, 73–74, 121.)

Edelleen on hyvä painottaa, että tässä kehittämissä ei suoritettu kvantitatiivisen mittauksen lisäksi erillistä kvalitatiivista mittausta, vaan itsearviointitilaisuudessa konsensusmittaus tukeutui myös osaksi laadullisen mittauksen menetelmiin. Ydinmittaus läpi prosessin oli määrällinen tilastollinen mittaus. Kyseessä ei esimerkiksi ollut metodologinen triangulaatio.

Kehittämissä mittaaminen suoritettiin kyselylomaketta hyväksi käyttäen. Se oli survey-tutkimus-tyyppinen, missä tietoa kerättiin kohderyhmältä standardoidussa muodossa. Kyselylomake oli rakenteeltaan strukturoitu eikä se pitänyt sisällään

taustakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Mittaus oli enimmäkseen kuvaileva. (Hirsijärvi ym. 2001, 122.) Kyselylomake oli paperinen ja rakenteeltaan johdonmukainen ja selkeä.

Kyselylomake lähetettiin Pohjanmaan pelastuslaitoksen kohdalla lähes kolmannekselle ensihoitajista (n=30). Ensimmäisen yksilöarvioinnin suoritti 24 (n=24) ensihoitajaa. Vastausprosentti oli 80 %. Konsensusarviointitilaisuuteen kutsuttiin ensihoitajat (n=24) jotka olivat suorittaneet yksilöarvioinnin. Tilaisuuteen osallistui lähes kaikki (n=21) osallistumisprosentin ollen täten 87,5 %. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen harkinnanvarainen otos oli kuusi (n=6) henkilöä. Kaikki kuusi suorittivat yksilöarvioinnin vastausprosentin ollessa täten 100 %. Konsensusarviointitilaisuuteen osallistui ainoastaan puolet (n=3) otoksesta. Osallistujaprosentiksi muodostui siten 50 %.

Kyselylomake oli Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen, Laatusuoritus- ja potilasturvallisuutta ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin, työryhmän tekemä. Kyselylomake oli muokattu ensihoidolle ja päivystykselle EFQM-laaturaporttomallin arviointialueista ja -kohdista. Kyselylomake muodostui yhdeksästä arviointialueesta. Arviointialueet taas muodostivat 32 arviointikohtaa. Kokonaisuudessaan kyselylomake sisälsi 189 muuttujaa. Arvioinnissa tarkasteltiin toimintaa ja toiminnan avulla saavutettuja tuloksia. Yhdessä nämä muodostavat organisaation suoritus- ja kilpailukyvyn. (STM 2014.)

Opinnäytetyössä välttyttiin kyselylomakkeen laatimiselta ja esitestaamiselta, mikä helpotti opinnäytetyön prosessia. Samaten se oli valmiiksi käännetty ruotsin kielelle. Toisaalta mittausväline oli hyvin laaja mikä aiheutti paljon työtä itsearviointitilaisuuksien läpiviemisessä, tuloksien koonnissa ja raportoinnissa sekä analysoinnissa. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 54, 114–115) ja Vilka (2007, 36–37) selvittävät, että määrällisessä tutkimuksessa kirjallisuuskatsaus ja käsitteiden määrittäminen ovat hyvin keskeisiä tilastollista mittauksia tehdessä. Tämä on ohjannut tutkimuksen keskeisten teoreettisten käsitteiden tarkastelua tässä kehittämistyössä. Tutkijan ei ole tarvinnut operationalisoida teoreettisia käsitteitä mitattavaan muotoon käyttäessään tutkimuksessa valmista mittausvälinettä.

Koska mittausväline käsitti yhteensä 189 muuttujaa ja itsearviointi tehtiin opinnäytetyön tekijän ja kohdeorganisaatioiden osalta ensimmäistä kertaa, hyödynnettiin pisteytyksessä kevyempää tekniikkaa, jossa muuttujat luokiteltiin arvoihin, Kyllä tai Ei. Molemmat vastaukset pisteytettiin yhdellä (1) pisteellä. EFQM-laatupalkintomallissa itsearviointi pisteytetään virallisesti hyödyntäen toista logiikkaa, jossa arvioitavat muuttujat pisteytetään laajemman kaavan mukaisesti. Ensimmäisellä kerralla oli hyvä hyödyntää kevyempää mallia huomioiden, että tulos oli hyvin suuntaa antava ja luotettava. Tämän mahdollisti otos mikä tunsu toiminnan ja tuloksien arviointialueet ja -kohdat sekä muuttujat hyvin.

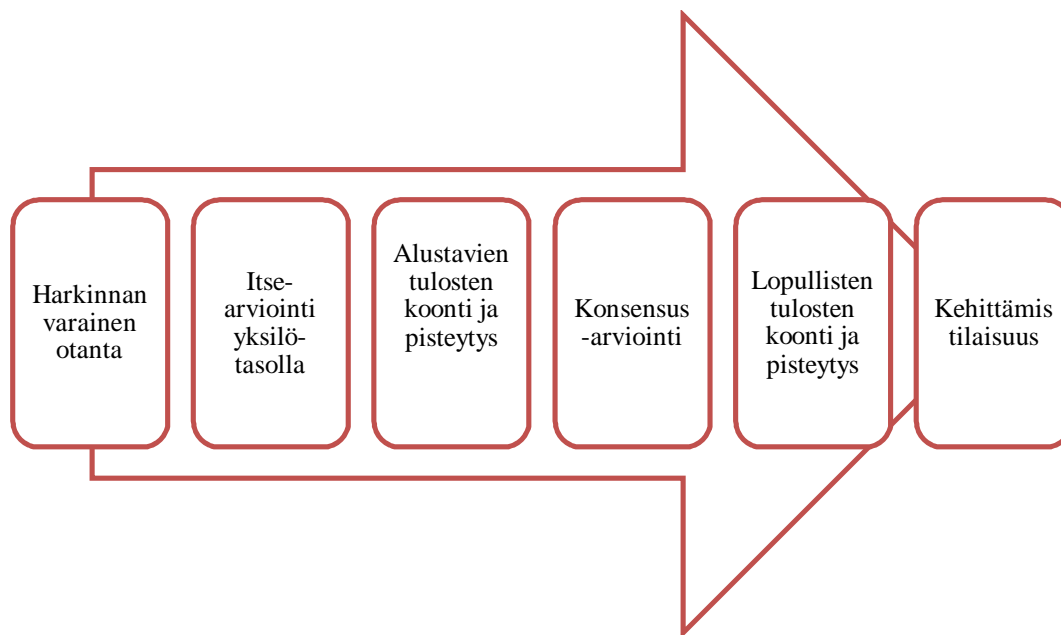
Kehittämistyössä itsearviointiprosessia edelsi kohdeorganisaatioiden koko perusjoukon tiedottaminen sähköpostitse tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja menettelytavasta. Lisäksi sähköpostiin liitettiin mukaan Sosiaali- ja terveysministeriön edellä mainittu suositus laajentamaan ilmiön taustaa. Seuraavassa vaiheessa suoritettiin harkinnanvaraisesti opinnäytetyön otoksen valitseminen tiettyjä aikaisemmin kuvattuja kriteereitä seuraten.

Otokselle lähetettiin sähköisesti tarkentava informaatio kehittämistutkimuksesta, jossa huomioitiin myös tutkimuseettiset periaatteet. Jokaiselle yksilölle lähetettiin postitse kotiin saatekirje, mittauksen tarkentava ohje sekä itse kyselylomake. Saatekirjeessä tuotiin esille muun muassa vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumisesta. Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja kyselylomake palautettiin joko postitse tai fyysisesti ennalta määritettyyn paikkaan. Havaintoyksikön eli yksilön anonymitteetti toteutui jatkuvasti. Mittauksen ensimmäisessä vaiheessa otos suoritti itsenäisesti ensihoitopalvelun itsearvioinnin.

Kehittämistyössä kyselylomakkeen aineisto kerättiin yksilöarvioinnin jälkeen Excel-taulukkoon. Aineisto esitettiin taulukossa numeerisesti huomioiden EFQM-laatupalkintomallin vuoden 2013 mukaiset painoarvokertoimet. Toisessa itsearviointitilaisuudessa suoritettiin yksilötuloksien pohjalta yhteinen itsearviointi samaa kyselylomaketta hyödyntäen. Toisessa vaiheessa tuli jokaisen 189 väittämän jälkeen päätyä konsensus tulokseen. Yksilöarvioinnin pisteet muodostivat rungon jatko-työlle ja ohjasivat konsensusarviointia. Toiseen itsearviointitilaisuuteen kutsuttiin

täsmälleen sama otos kuin ensimmäiseen. Paikalle saapui lähes sama lukumäärä informantteja. Luvussa 6.2 Tutkimuksen kohderyhmä esitetty otoksen lukumäärä on konsensusarviointitilaisuudesta. Konsensustulokset olivat itsearviointinissa lo-pullinen tulos.

Toisessa itsearviointitilaisuudessa tutkija osallistui aktiivisesti mukaan toimintaan. Kananen (2012, 28, 49) kertoo, että kehittämis- ja toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on toinen. Hän on osa tutkimuksen kohdetta osallistuen muutoksen organisointiin. Tutkija ei ole tässä kohtaa ulkoinen havainnoija vaan hänen ja tutkittavien välillä on läheinen yhteys. Yhteisessä itsearviointitilaisuudessa tutkija toimi aktiivisesti kysymysten ja tulosten alustajana sekä ohjaajana. Tutkija otti esille esimerkkejä toiminnasta tai tuloksista ja kyseenalaisti yksilöarvioinnin tuloksia eri näkökulmista. Kaikella tällä oli tarkoitus ohjata otosta arvioimaan kokonaisvaltaisesti muuttujia kyselylomakkeessa. Ennen konsensuspäätöstä edelsi aktiivinen hyvä keskustelu ryhmän jäsenten ja tutkijan kesken. Tutkija ei itse osallistunut päätöksen tekoon. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 124) mukaan ryhmäkeskustelu, jossa mittaus edeltää dialogi haastattelun sijaan, on yksi laadullisen menetelmän ominaisuus. Mittausvälineenä toimi edelleen strukturoitu kyselylomake. Kehittämistyössä käytetty toimintamalli edellyttää tutkijalta syvällistä kokemusta ja tietoa kohdeorganisaation toiminnasta ja tuloksista. Yksi konsensusarviointitilaisuus kesti kahdeksan tuntia. Kuvio 9 kuvaa prosessivaiheita mittaamisessa.



Kuvio 9. Prosessikuvaus tutkimusaineiston keruusta.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat määrittävät mitä tutkimusotetta käytetään. Tutkimuksen tarkoitus voi olla esimerkiksi kuvaileva ja selittävä kuten tässä kehittämistyössä, mutta myös muuttujien välistä yhteyttä kuvaava, kartoittava tai ennustava. Tässä opinnäytetyössä mittaaminen suoritettiin valmiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla mikä ei pitänyt sisällään taustakysymyksiä ja/tai avoimia kysymyksiä. Analyysimenetelmäksi valittiin tämän johdosta tilastollinen määrällinen menetelmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129.)

Tilastoyksiköt, muuttujat ja arvot ovat kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129). Kyselylomakkeessa muuttujat olivat valmiiksi luotuna. Arvojen käyttämisessä oli kaksi vaihtoehtoa: joko hyödyntää EFQM-laaturaporttomallin mukaisesti ennalta määritettyä prosenttiasteikkoa toiminnan ja tuloksien arvioinnissa tai kevyempää kyllä tai ei arvoja. Tässä työssä päädyttiin käyttämään jälkimmäistä kevyempää vaihtoehtoa. Muuttujia arvioitaessa havaintoyksikkö ei voinut päätyä muuhun arvoon kuin kyllä tai ei. Sama toteutui jokaisessa 189 kysymyksen kohdalla. Kanasen (2011, 59) mukaan kyseessä on dikotominen muuttuja kun se voi saada ainoastaan kaksi arvoa. Tässä

tapauksessa kyllä tai ei. Kananen (2011, 59) jatkaa, että kyllä vastaus tulee koodata arvoon 1 ja ei vastaus arvoon 0. Kyseessä on kahtiajako eli dikotomia mikä kuvaa tutkittavan ilmiön vastapuolia. Pisteytyksen ja selkeyden kannalta tässä työssä päädyttiin kuitenkin käyttämään arvoa 1 molempien vastausvaihtoehtojen kohdalla.

Tilastollisessa analyysissä tulee muuttujien arvot muuttaa aina numeroiksi. Tämä siksi, että aineistoa analysoitaessa hyödynnetään eri tilasto-ohjelmia kuten SPSS (Statistical Package for Social Sciences) tai Exceliä ja ne käsittelevät kaikkia muuttujia lukuina. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitta-asteikot voidaan ominaisuuksien mukaan jakaa neljään eri tyyppiin jotka ovat; nominaali-, ordinaali-, intervalli- ja suhdeasteikko. Nominaali- eli luokitteluasteikolla voidaan ainoastaan suorittaa tutkittavan ilmiön kahtiajakoa. Ordinaali- eli järjestysasteikolla voidaan muuttujien ominaisuudet asettaa järjestykseen. Intervalli- eli välimatka-asteikolla voidaan ilmoittaa mitattavan ominaisuuden luokkien välimatka. Suhde- eli absoluuttisella asteikolla on absoluuttinen nollakohta. (Kananen 2011, 61–62.)

Tässä kehittämistyössä voitiin hyödyntää tilastollisena menetelmänä ja mitta-asteikkona ainoastaan nominaali- eli luokitteluasteikkoa. Mittausvälineen rakenne ja siitä muodostuvat tunnusluvut johtivat tähän rajaukseen. Tämä taas määritteli mitä saaduista arvoista voitiin laskea. Nominaali-asteikko mitta-asteikkona on vähiten kehittynyt. Mitta-asteikko jakoi muuttujien arvot kahteen eri luokkaan. Tässä toteutui aikaisemmin esitetty dikotomia. Luokitteluasteikon avulla voitiin laskea määrää (frekvenssi) ja prosenttiosuutta. Monipuolisempia laskutoimituksia tai järjestystä nominaali-asteikolla ei voinut laskea. (Kananen 2011, 61–62.)

Aineiston analyysin kannalta mittausvälineessä oli vaan tilastomuuttujia. Tilastomuuttuja voi saada useamman arvon, mutta tässä tutkimuksessa vaan kaksi arvoa. Tilastomuuttuja tulee muuttaa numeroksi. Taustamuuttuja on arvo mikä antaa tietoa tilastomuuttujan ominaisuuksista tai rakenteesta. (Kananen 2011, 60.) Valmiissa kyselylomakkeessa ei ollut taustamuuttujia, mutta tutkija pystyi jälkeenpäin keräämään havaintoyksiköistä tietoa kuten sukupuoli, koulutustausta, ensihoidon työkokemus ja työkokemus kohdeorganisaatioissa. Tilasto- ja taustamuuttujat esitetään tuloksissa taulukoin ja sanallisesti.

Itsearviointitilaisuuksissa opinnäytetyön tekijä kirjasi arvon 1 oikean vastauksen kohdalle mittausvälineeseen, mikä oli rakennettu Exceliin. Tämän jälkeen arvot muokattiin numeeriseen muotoon, jotta sitä voitiin käsitellä tilastollisesti. Määrällinen analyysi johti ainoastaan tuloksien kuvaamiseen lukumääränä ja prosentteina. Tilastollinen tieto tarkistettiin ja tallennettiin Exceliin. Arvot laskettiin yhteen määrällisesti ja prosentuaalisesti arviointikohdittain ja lopulta arviointialueittain. Lopputuloksena saatiin kohdeorganisaatioiden itsearvioinnin nykytila frekvenssillä ja prosentuaalisesti jakautuen luokkien kyllä ja ei välillä. Laskutoimituksessa huomioitiin vuoden 2013 EFQM Excellence-mallin painopistekertoimet. Painopistekerroin oli puolitoistakertainen (1,5) asiakastuloksissa ja keskeisissä tuloksissa. Kyllä ja ei luokat kuvasivat missä määrin arviointialueiden ja –kohtien toiminnalliset ja tulokselliset muuttujat toteutuivat tai eivät toteutuneet tällä hetkellä kohdeorganisaatioiden ensihoitopalvelussa. Tulos antoi pääomaa kehittämissuunnitelmalle lyhyelle ja keskipitkälle aikavälille parantaa haasteita realisesti priorisoiden sekä tunnistaa ja ylläpitää voimavarat.

5.5 Kehittämistilaisuudet

Kehittämistilaisuudet eivät suoraan sisältyneet tutkimuksessa empiiriseen osuuteen, mutta olivat osa kehittämisiongelmaa. Kehittämistilaisuudet olivat luonnollinen jatkumo prosessissa tunnistaa vahvuudet ja kehittämishaasteet itsearviointituloksien pohjalta. Vahvuudet tulee pyrkiä ylläpitämään sekä vahvistamaan ja haasteet parantamaan. Tällä kertaa kehittämistilaisuuksissa keskityttiin nimenomaan esille tulleiden haasteiden korjaamiseen, joka tapahtuu lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä. Jatkossa kun itsearviointia ja kehittämistä ensihoitopalvelussa suoritetaan, tulee kehittämissuunnitelmissa huomioida myös vahvuudet. Nyt nämä jätettiin ulkopuolelle resurssi ja ajankäytön haasteesta johtuen.

Kehittämistilaisuuksissa kohderyhmän muodostivat Vaasan keskussairaalan ensihoidon ylilääkäri, ensihoitopäällikkö, osa ensihoidon kenttäjohtajista (n=2) sekä edellä mainittujen pelastuslaitoksien ensihoitoesimiehet (n=3), osa vastuuhoidajista (n=4) ja kokenut ensihoitaja joka on toiminut eri tehtävissä. Tällä kertaa kohderyhmään valittiin henkilöitä, jotka mahdollistavat ja päättävät kehittämistoimenpiteitä.

Kehittämistilaisuuksia pidettiin kohdeorganisaatioille kaksi erillistä. Opinnäytetyön tekijä toimi kehittämistilaisuuksissa alustajana, ohjaajana sekä kirjaajana. Kirjaus suoritettiin karkeasti ja viimeisteltiin myöhemmin tarkempaan muotoon. Kehittämissuunnitelmaan määritettiin myös vastuuhenkilö / -henkilöt.

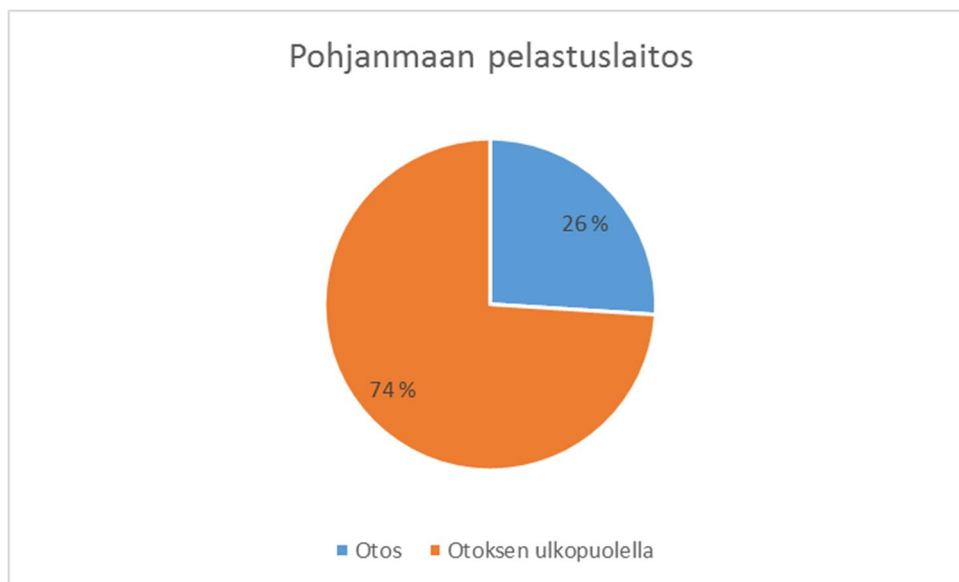
Kehittämistoimenpiteissä huomioitiin kokonaisuudessa Vaasan sairaanhoitopiirin järjestämisvastuussa olevan ensihoitopalvelun realistinen tilanne ja mahdollisuudet sekä resurssit. Kehittämissuunnitelmat tehtiin priorisoiden, tarkoituksena ei ollut parantaa kaikkia asioita kerralla, vaan suorittaa parantavat toimenpiteet haasteissa, joissa ensihoitopalvelu itse voi tehdä asialle jotakin. Kehittämissuunnitelma tehtiin lyhyelle aikavälille, jossa toimenpiteet tulee olla suoritettuna 31.12.2016 mennessä sekä keskipitkälle aikavälille 31.12.2018 mennessä. Ensihoitopalvelun itsearviointi suoritetaan seuraavan kerran vuonna 2017. Itsearviointi tullaan suorittamaan joka toinen vuosi. Kehittämissuunnitelma on esitetty opinnäytetyössä liitteenä 2. Kehittämissuunnitelma ei ole julkinen.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

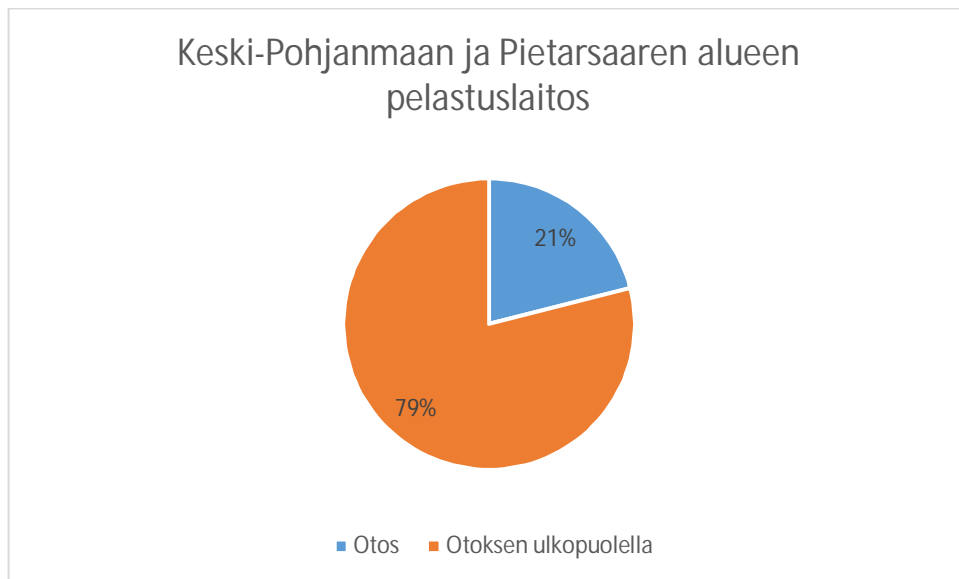
Tässä luvussa esitetään kehittämistutkimuksen tulokset. Ensiksi kuvataan itsearviointiin osallistuneiden vastaajien taustatietoja. Tämän jälkeen kuvataan frekvensseinä ja prosentteina itsearvioinnin konsensustulokset taulukoiden ja tekstin avulla. Yksilöarvioinnin tuloksia ei raportoida. Itsearvioinnin kyselylomake löytyy opinnäytetyön liitteistä (liite 1).

6.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Konsensusarviointitilaisuuteen osallistui Pohjanmaan pelastuslaitoksesta yhteensä 21 harkinnanvaraisesti valittua henkilöä päätoimisten ensihoitajien kokonaisvahvuuden ollessa 82. Arviointitilaisuuden vastaajat edustivat kuvion 10 mukaan hieman yli neljännestä (26 %) kokonaismäärästä. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen arviointitilaisuuteen osallistui neljä vastuuhoidtajaa (n=4). Ensihoitajien kokonaisvahvuus yksikössä oli 19. Vastaajat edustivat kuvion 11 mukaan hieman yli viidennestä (21 %) ensihoitopalvelun kokonaisvahvuudesta.

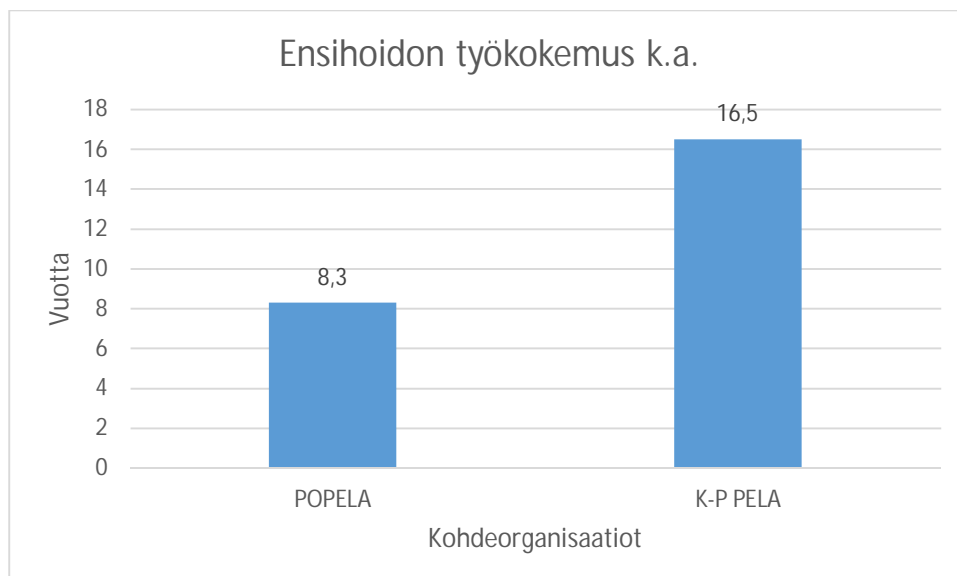


Kuvio 10. Vastaajien suhdeluku Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelusta.



Kuvio 11. Vastaajien suhdeluku Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren pelastuslaitoksen ensihoitopalvelussa.

Kuvion 12 mukaan Pohjanmaan pelastuslaitoksen harkinnanvaraisen otoksen ensihoidon työkokemuksen keski-arvo oli 8,3 vuotta. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen vastaajien kohdalla ensihoidon työkokemuksen keski-arvo oli 16,5 vuotta.



Kuvio 12. Otoksien ensihoidon työkokemus k.a.

6.2 Itsearviointien konsensustulosten raportointi

Seuraavaksi raportoidaan Pohjanmaan pelastuslaitoksen (jatkossa POPELA) sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen (jatkossa K-P PELA) suorittamien itsearviointitilaisuuksien konsensustulokset. Konsensustulos tarkoittaa, että kysymyksen osalta on päästy yhteiseen päätökseen kohdeorganisaation ensihoitopalvelun toiminnan tai tuloksen vallitsevasta tilasta.

Itsearviointien tulosten tarkastelu esitetään arviointialueittain ja arviointikohdittain frekvenssillä (lukumäärä) ja/tai suhdeluvulla (prosentti). Lopussa esitetään arviointialueiden 1–9 frekvenssit yhteensä huomioiden poikkeavat painokertoimet arviointikohdissa 6 Asiakastulokset ja kohdassa 9 Keskeiset tulokset. Arviointialueiden 1–5 ja 7–8 painokerroin on 1. Painokertoimet pohjautuvat vuoden 2013 EFQM Excellence malliin. Ennen taulukkoa tuodaan myös esille päätöstä edeltävän keskustelun aikana esiin tulleita kannanottoja.

Tulokset raportoidaan kohdeorganisaatiokohtaisesti. Kehittämistyön tarkoituksena ei ollut tehdä vertailevaa tutkimusta niiden välillä. Konsensuserviointien lähestymistapa oli arvioida kuinka muuttujan kysymys vastasi kohdeorganisaation tilannetta.

6.2.1 Johtajuus

Itsearvioinnissa ensimmäinen arviointialue käsitteli johtajuutta. Arviointialueessa ensimmäinen arviointikohta, joka esitetään alla taulukossa 6, kysyi otokselta miten esimiehet selkeyttävät toimintayksikölle sen perustehtävän ja edistävät organisaation toiminta-ajatuksen, vision ja arvojen toteutumista. Arviointikohdan tulokset määräytyivät siten, että molemmat organisaatiot täyttivät kohdan 1A kysymykset 33 % osuudella vastaten positiivisesti kahteen kysymykseen kuudesta. Todentakoon, että vastaajat totesivat osaan kysymyksistä seuraavasti:

”Pelastuslaitoksen palvelutasopäätöksessä on kuvattu pelastustoimen arvot ja visiot, mutta ne eivät ole ensihoitopalvelun omia”

”Ensihoidon palvelutasopäätös on ensihoidon strategia”

”Keskisellä ensihoitoalueella ei ole selkeä organisaatio, koska päiväesimies puuttuu tällä hetkellä”

Taulukko 6. Johtajuus 1A.

		POPELA		K-P PELA	
ENSIHOIDON ITSEARVIOINTI 2015		Konsensus (n=21)		Konsensus (n=4)	
1. JOHTAJUUS					
1 A. Miten esimiehet selkeyttävät toimintayksikölle sen perustehtävän ja edistävät organisaation toiminta-ajatuksen, vision ja arvojen toteutumista?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
	1 Onko organisaatiossa kirjattu ensihoidon arvot	0	1	0	1
	2 Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon visio	0	1	0	1
	3 Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon strategia	1	0	1	0
	4 Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon toimintasuunnitelma	1	0	0	1
	5 Onko organisaatiossa selkeä ensihoidon organisaatio	0	1	1	0
	6 Ensihoidon johto osallistuu henkilökohtaisesti toiminnan parantamiseen ja toimii esikuvana	0	1	0	1
	Arviointikohdan 1 A frekvenssi	2	4	2	4
	Arviointikohdan 1A prosentti	33 %	67 %	33 %	67 %

Arviointikohdassa 1B tiedusteltiin vastaajilta miten johtajat määrittävät, seuraavat, arvioivat ja edistävät organisaation johtamisjärjestelmän ja suorituskyvyn parantamista. (ks. taulukko 7). Pohjanmaan pelastuslaitoksen (POPELA) osalta otos päättyi 7/11 väittämän kohdalla positiiviseen konsensuspäätökseen mikä vastasi 64 % kysymyksistä. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen (K-P PELA) kohdalla vastaava luku oli 5/11 eli yhteensä 45 %. Vastaajat kuvasivat näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”Potilaan tavoittamisprosentit ovat yksi tulostittari, mutta ei voida sanoa, että meillä on niitä käytössä laajasti”

”Ei ole hirveän mielekäästä kehittää tulostittareita esimerkiksi sydänpysähdyspotilaiden kohdalla kun volyymit ovat vuositasolla sen verran pienet”

Taulukko 7. Johtajuus 1B.

1B Miten johtajat määrittävät , seuraavat, arvioivat ja edistävät organisaation johtamisjärjestelmän ja suorituskyvyn parantamista?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon käytössä on tulosmittareita	0	1	0	1
2	Ensihoidon päätöksenteko perustuu asiapohjaiseen luotettavaan tietoon	1	0	1	0
3	Ensihoidon johto analysoi omaa toimintaansa yhteistyössä palvelun tilaajan / järjestämisvastuussa olevan kanssa	1	0	1	0
4	Ensihoidon johto osallistuu palveluntuottajiensa strategiseen suunnitteluun	1	0	1	0
5	Ensihoidon johto arvioi säännöllisesti omaa toimintaansa (esim. 360 arvio)	1	0	0	1
6	Ensihoito suorittaa säännöllisesti sidosryhmätyytyväisyysmittauksia	0	1	0	1
7	Ensihoidon henkilöillä on selkeät tehtäväkuvat	1	0	1	0
8	Ensihoidon henkilöillä on selkeät tavoitteet	1	0	0	1
9	Ensihoidossa pidetään säännöllisesti kehittämisilaisuuksia	0	1	0	1
10	Ensihoito on varautunut normaaliolojen erityistilanteisiin	1	0	1	0
11	Ensihoito on varautunut poikkeusolojen toimintaan	0	1	0	1
	Arviointikohdan 1 B frekvenssi	7	4	5	6
	Arviointikohdan 1 B prosentti	64 %	36 %	45 %	55 %

Taulukossa 8 kuvataan tuloksia sidosryhmien kanssa toteutuvasta vuorovaikutuksesta. POPELA kohdalla neljään kysymykseen seitsemästä päädyttiin, että vuorovaikutusta tapahtui ulkoisten sidosryhmien kanssa. Vastaava näkemys K-P PELA kohdalla oli, että kahdessa kysymyksessä seitsemästä tämä piti paikkansa. Prosentuaalinen jakauma on 43 % POPELA ja 29 % K-P PELA. Seuraavassa konsensusnäkemystä keskustelussa ensihoidon kehittämistoiminnasta:

”Pienellä pelastuslaitoksella ei ole resursseja osallistua kansalliseen kehittämistoimintaan puhumattakaan kansainvälisestä toiminnasta”

”Kaikki aika kuluu rutiinitehtävien suorittamiseen ja siinäkin tulet koko ajan jäljessä”

Taulukko 8. Johtajuus 1C.

1 C Miten johtajat toimivat vuorovaikutuksessa ulkoisten sidosryhmien kanssa?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoito pitää säännöllisesti yhteyttä/palavereita palvelun tilaajan ja tuottajan kanssa	1	0	1	0
2	Ensihoito analysoi omaa toimintaansa yhteistyössä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa	1	0	0	1
3	Ensihoidolla on aktiivinen yhteistyö muiden viranomaisten kanssa (poliisi, hätäkeskus, pelastustoimi ym.)	1	0	1	0
4	Ensihoidon organisaatio osallistuu aktiivisesti kansalliseen kehittämistoimintaan (mm. työryhmät, seminaarit)	0	1	0	1
5	Ensihoidon organisaatio osallistuu aktiivisesti kansainväliseen kehittämistoimintaan (mm. työryhmät, seminaarit)	0	1	0	1
6	Ensihoidon organisaatio osallistuu aktiivisesti alan kansalliseen tuote- tai palvelukehitykseen	0	1	0	1
7	Ensihoito ottavat käyttöön toimintamalleja, joilla saadaan henkilöstö, kumppanit, asiakkaat ja yhteiskunta mukaan luomaan ideoita ja innovaatioita	0	1	0	1
Arviointikohdan 1 C frekvenssi		3	4	2	5
Arviointikohdan 1 C prosentti		43 %	57 %	29 %	71 %

Taulukko 9 kertoo otoksen näkemykset erinomaisuutta edistävästä kulttuurista mikä tapahtuu yhdessä johdon ja henkilöstön kanssa. POPELA kohdalla nähtiin, että puolet (50 %) väittämistä toteutui ja K-P PELA kohdalla 13 %. Kohderyhmä kuvasi näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”Olemme tottuneet siihen, että ensihoitoa ei johdeta ja kehitetä ylhäältä alaspäin, vaan olemme itse aina joutuneet ottamaan esille kehitysideoita ja suunnittelemaan toimintaa. Teillä on aina ollut selkeä hierarkia missä ylhäältä alaspäin on johdettu ensihoitoa”

”Olen käynyt kehityskeskustelut ehkä joka toinen vuosi”

Taulukko 9. Johtajuus 1D.

1D Miten johtajat vahvistavat erinomaisuutta edistävää kulttuuria yhdessä henkilöstön kanssa?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon johto tukee uusien ideoiden ja ajatusmallien synnyttämistä ja kehittämistä, joilla rohkaistaan innovointiin ja organisaation kehittämiseen	0	1	0	1
2	Ensihoidon johto varmistaa, että henkilöstö voi myötävaikuttaa omaan ja organisaation jatkuvaan menestykseen	0	1	0	1
3	Ensihoidossa pidetään kehityskeskustelut	0	1	0	1
4	Henkilöstön kehityskeskusteluissa otetaan huomioon ensihoidon asiat	1	0	0	1
5	Ensihoidon johto pitää henkilöstön ajan tasalla tärkeissä asioissa	1	0	1	0
6	Ensihoidon johto on henkilöstön tavoitettavissa ja vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa	1	0	0	1
7	Ensihoidon johto kannustaa henkilöstöä oman työn kehittämiseen	1	0	0	1
8	Ensihoidossa on käytössä kannustuslisä-, tulospalkkaus- tai muita palkitsemisen sekä tunnustuksen antamisen käytäntöjä	0	1	0	1
	Arviointikohdan 1 D frekvenssi	4	4	1	7
	Arviointikohdan 1 D prosentti	50 %	50 %	13 %	87 %

Arviointikohdassa 1E kysytään, että miten johtajat varmistavat, että organisaatio on joustava ja toteuttaa muutokset tehokkaasti ja vaikuttavasti. (ks. taulukko 10). POPELA arvioi kohdan siten, että yli puolet (60 %) väittämistä koettiin toteutuvan kun taas K-P PELA kohdalla otos päättyi 40 % myönteiseen tulokseen. Kokemuksia kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

”Ensihoitoesimies olisi pitänyt rekrytoida heti Keskiselle ensihoitoalueelle kun X irtisanoutui”

”Henkilöstötarpeita ja – suunnitelmaa arvioidaan jatkuvasti”

”Yksiköiden tehtävämääriä ja käyttöasteita seurataan”

Taulukosta 10 voidaan nähdä arviointialue Johtajuus kokonaistilanne siten, että POPELA täytti myönteisesti hieman yli puolet (51 %) kaikista kysymyksistä ja K-P PELA 27 %. Frekvensseissä esitettynä tulos oli POPELA kohdalla 19 kyllä vastausta ja 18 ei vastausta. Sama K-P PELA kohdalla oli 12 kyllä vastausta ja 25 ei vastausta.

Taulukko 10. Johtajuus 1E.

1EMiten johtajat varmistavat, että organisaatio on joustava ja toteuttaa muutokset tehokkaasti ja vaikuttavasti?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon johto osoittaa kykyään tehdä viisaita ja oikea-aikaisia päätöksiä saatavilla olevan tiedon ja aikaisemman kokemuksen perusteella sekä arvioimalla päätösten vaikutuksia	1	0	1	0
2	Ensihoidolla on käytössä työkalut, jolla tunnistetaan muutostarpeet (tilastointijärjestelmä, HaiPro, ym.)	1	0	1	0
3	Ensihoidossa tunnistetaan sisäiset tarpeet (esim. henkilöstötilanne tai toimintakäytäntöjen kehittäminen)	1	0	0	1
4	Ensihoito viestii henkilöstölle työnantajan koko organisaatiolle asettamat tavoitteet ja niiden perusteet	0	1	0	1
5	Ensihoidon johto kohdentaa resursseja pitkän aikavälin tarpeisiin	0	1	0	1
	Arviointikohdan 1 E frekvenssi	3	2	2	3
	Arviointikohdan 1 E prosentti	60 %	40 %	40 %	60 %
	Arviointialueen 1 frekvenssi yhteensä	19	18	12	25
	Arviointialueen 1 prosentti	51 %	49 %	27 %	73 %

6.2.2 Strategia

Seuraavaksi esitetään kohdeorganisaatioiden ensihoitopalvelun **strategiatulokset** mitkä muodostivat itsearviointinnissa arviointialueen kaksi. Arviointialue kaksi koostui neljästä arviointikohdasta.

Taulukossa 11 kuvataan miten strategia perustuu sekä sidosryhmien tarpeiden ja odotusten että toimintaympäristön ymmärtämiseen. Molempien pelastuslaitosten vastaajat näkivät, että ainoastaan yhdessä kysymyksessä kuudesta väittämä toteutui käytännössä. Oman alueen yhteiskunta- ja yhdyskuntarakenteen kehitystä seurattiin, mutta esimerkiksi säännöllisiä sidosryhmä- ja/tai potilastytyväisyysmittauksia ei suoritettu. Vastaajat ilmaisivat näkemyksiään keskustelussa ennen päätöksen tekoa seuraavasti:

”Ei ole olemassa yhtä virallista asiakaspalautejärjestelmää vaan palautetta tulee monella eri tavalla ja eri kanavia pitkin”

”Minun aikana ei ole tehty potilastytyväisyysmittausta”

Taulukko 11. Strategia 2A.

2. STRATEGIA					
2A Miten strategia perustuu sekä sidosryhmien tarpeiden ja odotusten että toimintaympäristön ymmärtämiseen?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoito kokoaa tietoa sidosryhmien tarpeista ja odotuksista sekä niissä tapahtuvista muutoksista strategian ja toimintaperiaatteiden kehittämisen lähtötiedoiksi	0	1	0	1
2	Ensihoito suorittaa säännöllisesti sidosryhmäytyvyysmittauksia	0	1	0	1
3	Ensihoito suorittaa säännöllisesti potilastyytyvyysmittauksia	0	1	0	1
4	Ensihoidolla on käytössä asiakaspalautejärjestelmä	0	1	0	1
5	Ensihoidossa on käytössä menetelmiä eri kansallisuus- ja kulttuuritaustaisten potilaiden kohtaamiseen	0	1	0	1
6	Ensihoito seuraa aktiivisesti oman alueen yhteiskunta- ja yhdyskuntarakenteen kehittymistä	1	0	1	0
Arviointikohdan 2 A frekvenssi		1	5	1	5
Arviointikohdan 2 A prosentti		17 %	83 %	17 %	83 %

Arviointikohta 2B taulukossa 12 kertoo mitenkä sisäinen suorituskyky ja kyvykkyyksien ymmärtäminen ohjaa ensihoitopalvelun strategian rakentamista kohdeorganisaatioissa. Molemmissa pelastuslaitoksissa tiedostettiin, että itsearviointia ei ole aikaisemmin tapahtunut ja että erilaisia suorituskyky-, ydinosaamis- ja tulosmittareita ei ole laajasti käytössä. Molemmat otokset näkivät, että ensihoidon kehitystä seurataan ja että hoito- sekä toimintaohjeet perustuivat lääketieteeseen ja että järjestämistä vastaava taho määrittä ne. Arviointikohta 2B toteutui positiivisesti molempien organisaatioiden osalta 60 % edestä. Kokemuksia kuvattiin seuraavasti:

”Potilaan tavoittamisprosentit ovat keskeisiä mittareita, mutta muita mittareita ei meillä paljon käytetä”

”Sara-ohjelmasta saisi dataa jos Saku-ohjelmaa täytettäisiin enemmän”

Taulukko 12. Strategia 2B.

2B Miten strategia perustuu sisäisen suorituskyvyn ja kyvykkyyksien ymmärtämiseen?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoito suorittaa säännöllisesti toiminnan itsearviointia	0	1	0	1
2	Ensihoito käyttää laajasti eri mittareita analysoidakseen operatiivisen suorituskyvyn kehityssuuntia, ydinosaamisia ja tuloksia	0	1	0	1
3	Ensihoito seuraa aktiivisesti oman alan kansainvälistä ja kansallista tutkimustoimintaa	1	0	1	0
4	Ensihoito seuraa lääketieteen kehitystä ja toteuttaa hoitokäytännöt sen mukaan	1	0	1	0
5	Ensihoidon toiminta perustuu palvelun tilaajan/järjestämistä vastuussa olevan antamiin lääketieteellisiin ja hoidollisiin ohjeisiin (kirjattu sopimuksiin ja ohjeet on kirjallisina ym.)	1	0	1	0
Arviointikohdan 2 B frekvenssi		3	2	3	2
Arviointikohdan 2 B prosentti		60 %	40 %	60 %	40 %

Kohdassa 2C kysyttiin, että miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita kehitetään, arvioidaan ja päivitetään. Taulukosta 13 voidaan nähdä, että POPELA kohderyhmä koki, että 40 % väitteistä toteutui kun taas K-P PELA kohdalla vastaava luku oli 0 %. Vastajaat ilmaisivat näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”Meillä on PTP (palvelutasopäätös) voimassa aina neljä vuotta kerrallaan”

Taulukko 13. Strategia 2C.

2C Miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita kehitetään, arvioidaan ja päivitetään?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoito luo ja ylläpitää strategiaa	1	0	0	1
2	Toimintasuunnitelma tehdään säännöllisesti yhdessä palvelun tilaajan/järjestämistä vastuussa olevan kanssa	0	1	0	1
3	Toimintasuunnitelma tehdään säännöllisesti yhdessä henkilöstön kanssa	0	1	0	1
4	Toimintasuunnitelmaa arvioidaan säännöllisesti	1	0	0	1
5	Toimintasuunnitelman eri tehtävät ja vastuut on jaettu eri henkilöille ja tehtävien valmistumista seurataan	0	1	0	1
Arviointikohdan 2 C frekvenssi		2	3	0	5
Arviointikohdan 2 C prosentti		40 %	60 %	0 %	100 %

Kohdassa 2D esitettiin kysymys, että miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita viestitään, toteutetaan ja seurataan. Taulukosta 14 voimme nähdä, että POPELA koki käytännön siten, että kolme kysymystä neljästä toteutui myöntävästi

prosenttijakauman ollessa täten 75 %. Vastaava tilanne K-P PELA osalta oli 50 %. Seuraavassa yksi lainaus ennen konsensuspäätöstä:

”Det finns ju en budget som ledningen följer”

Arviointialueen 2 strategia kokonaistulokset määräytyivät taulukon 14 mukaan siten, että POPELA kohderyhmä koki, että 45 % tai lukumäärältään 9/20 kysymyksistä täyttyi ensihoitopalvelun toiminnassa. Vastaavat luvut K-P PELA osalta olivat 25 % tai lukumäärältään 6/20 kysymystä.

Taulukko 14. Strategia 2D.

2D Miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita viestitään, toteutetaan ja seurataan?	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1 Ensihoito määrittelee tavoiteltavat tulokset ja niihin liittyvät suorituskyvyn tunnusluvut sekä asettavat päämäärät	1	0	1	0
2 Ensihoidossa on kuvattu osaamisenhallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan	0	1	0	1
3 Ensihoidossa on kuvattu materiaalihallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan	1	0	0	1
4 Ensihoidossa on kuvattu taloushallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan	1	0	1	0
Arviointikohdan 2D frekvenssi	3	1	2	2
Arviointikohdan 2D prosentti	75 %	25 %	50 %	50 %
Arviointialueen 2 frekvenssi yhteensä	9	11	6	14
Arviointialueen 2 prosentti	45 %	55 %	25 %	75 %

6.2.3 Henkilöstö

Ensihoitopalvelun itsearvioinnin kolmas arviointialue käsitti henkilöstöä. Henkilöstö osa-alue muodostui viidestä arviointikohdasta ja väittämiä oli yhteensä 31 kappaletta. Kohdassa 3A kysyttiin, että miten henkilöstösuunnitelmat tukevat organisaation strategiaa. Taulukosta 15 voimme nähdä, että POPELA koki arviointikohdan kysymykset täyttyvän toiminnassa positiivisesti 83 % osuudella. Sama luku K-P PELA kohdalla oli 67 %. Alla esimerkki vastaajan lainauksesta:

”Hoito-ohjeissa viitataan Ensihoito-oppaaseen”

Taulukko 15. Tulokset henkilöstö 3A.

3. HENKILÖSTÖ					
3A Miten henkilöstösuunnitelmat tukevat organisaation strategiaa?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidossa on kuvattu henkilöstöhallinnasuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan	1	0	1	0
2	Ensihoidossa on tehty työturvallisuussuunnitelma (vaaranarvio, ohjeistus, ym.)	1	0	1	0
3	Ensihoito ottaa henkilöstön ja sen edustajat mukaan kehittämään ja arvioimaan henkilöstöstrategiaa, toimintaperiaatteita ja -suunnitelmia	0	1	0	1
4	Ensihoidossa on käytössä hoidolliset ohjeet	1	0	1	0
5	Ensihoidossa on käytössä toiminnalliset ohjeet (viestiliikenne, työturvallisuus ym.)	1	0	1	0
6	Ensihoidolla on käytössä säännölliset henkilöstötyytyväisyysmittaukset	1	0	0	1
	Arviointikohdan 3 A frekvenssi	5	1	4	2
	Arviointikohdan 3 A prosentti	83 %	17 %	67 %	33 %

Arviointikohdassa 3B kysyttiin, että miten henkilöstön tietämystä ja osaamista kehitetään. Taulukko 16 kertoo, että molempien kohdeorganisaatioiden kohdalla päädyttiin siihen, että 33 % väittämistä toteutui käytännön toiminnassa. Toiminnassa taas ei toteutunut 67 % väittämistä.

Taulukko 16. Henkilöstö 3B.

3B Miten henkilöstön tietämystä ja osaamista kehitetään?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Osaamisenhallinnan suunnitelma tehdään yhdessä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa	1	0	0	1
2	Osaamisenhallinnan suunnitelma perustuu osaamistarveanalyysiin (testaus, poikkeamat, suoritteet, henkilöstön toiveet, ym.)	0	1	0	1
3	Ensihoidon perustason henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti	0	1	0	1
4	Ensihoidon hoitotason henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti	0	1	1	0
5	Ensihoidossa toteutetaan tai mahdollistetaan henkilöstön tehtäväkierto	0	1	0	1
6	Ensihoidossa järjestetään säännöllisesti työvuorokoulutusta	0	1	1	0
7	Ensihoidossa järjestetään säännöllisesti systemaattista täydennyskoulutusta	1	0	1	0
8	Ensihoito tukee oman henkilöstön ammatillista lisäkoulutusta (esim. ensihoitaja-AMK, YAMK)	0	1	0	1
9	Ensihoito järjestää uusille henkilöille perehdytyskoulutuksen perehdytysuunnitelman mukaisesti	1	0	0	1
10	Koulutukseen osallistumista seurataan	1	0	1	0
11	Henkilöstön suoritteita seurataan ja niitä käytetään osana ammatillista kehittymistä	0	1	0	1
12	Organisaatiossa on menetelmä, millä poikkeamat käsitellään ja viedään osaamisenhallinnan kautta henkilöstön tietoon	0	1	0	1
	Arviointikohdan 3 B frekvenssi	4	8	4	8
	Arviointikohdan 3 B prosentti	33 %	67 %	33 %	67 %

Arviointikohdassa 3C kysyttiin, että miten henkilöstöä ohjataan päämäärien suuntaan, osallistetaan ja valtuutetaan. Taulukko 17 havainnollistaa, ettei kumpikaan kysymyksistä toteutunut käytännön tasolla kohdeorganisaatioissa tuloksen ollen täten 0 %. Seuraavassa yksi näkemys ennen päätöksentekoa:

”Personalen själv på eget initiativ utvecklar nog system men initiativet borde ju komma från ledningen”

Taulukko 17. Henkilöstö 3C.

3C Miten henkilöstöä ohjataan päämäärien suuntaan, osallistetaan ja valtuutetaan?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon henkilöstölle on ideoiden ja aloitteiden kuulemista varten järjestelmä (sisäinen aloite ja palautejärjestelmä)	0	1	0	1
2	Ensihoidon henkilöstöä osallistetaan kehittämiseen, hankintoihin, projektiryhmiin jne.	0	1	0	1
	Arviointikohdan 3 C frekvenssi	0	2	0	2
	Arviointikohdan 3 C prosentti	0 %	100 %	0 %	100 %

Kohdassa 3D tiedusteltiin, että miten henkilöstö käy vaikuttavaa vuoropuhelua koko organisaatiossa. Taulukosta 18 nähdään, että POPELA kohdalla vastaajat päätyivät myönteiseen tulokseen 75 % kysymyksistä. K-P PELA kohdalla vastaajat arvioivat, että 25 % kohdan 3D kysymyksistä toteutuvat käytännössä. Alla esimerkki yhden vastaajan kokemuksesta:

”Vi har inga gemensamma möten kontinuerligt ur förstavårdens synvinkel. Nu är det bättre då XX finns till förfogande”

Taulukko 18. Henkilöstö 3D.

3D Miten henkilöstö käy vaikuttavaa vuoropuhelua koko organisaatiossa?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon johdolla on säännölliset kokouskäytännöt toiminnan kehittämiseen	1	0	0	1
2	Ensihoidon johto tiedottaa säännöllisesti ajankohtaisista asioista (esim. sisäinen tiedotuslehti, intranet ym.)	1	0	1	0
3	Ensihoidon johdolla on säännölliset kokouskäytännöt eri henkilösryhmien/ työpisteiden kanssa	1	0	0	1
4	Ensihoito luo edellytykset ja rohkaisevat tiedon, tietämyksen ja parhaiden käytäntöjen jakamiseen	0	1	0	1
Arviointikohdan 3 D frekvenssi		3	1	1	3
Arviointikohdan 3 D prosentti		75 %	25 %	25 %	75 %

Miten henkilöstöä palkitaan, henkilöstölle annetaan tunnustuksia ja siitä pidetään huolta, oli arviointikohdan 3E kysymys. Taulukon 19 mukaan kysymyksen asettelu toteutui POPELA kohdalla 71 % verran ja K-P PELA kohdalla 43 % verran. Seuraavassa esimerkki yhden vastaajan näkemyksestä ennen konsensuspäätöstä:

”Autot ja hoitovälineet eivät ole koskaan aikaisemmin olleet näin hyvällä mallilla”

Arviointialue 3 Henkilöstö itsearvioinnin tulos oli kokonaisuudessa myönteinen POPELA kohdalla 55 % osuudella ja K-P PELA kohdalla tulos oli myönteinen 39 % osuudella (ks. taulukko 19).

Taulukko 19. Henkilöstö 3E.

3E Miten henkilöstöä palkitaan, henkilöstölle annetaan tunnustuksia ja siitä pidetään huolta?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidolla on käytössä koordinoitu palautejärjestelmä	0	1	0	1
2	Ensihoidolla on käytössä osaamiseen/työtulokseen perustuva palkkiojärjestelmä	0	1	0	1
3	Ensihoito huomioi toiminnassa henkilöstön yksilöllisiä tarpeita (esim. tilapäiset työkuvan tai -ajan muutokset)	1	0	0	1
4	Ensihoidolla on suunnitelmat henkisen väkivallan, työssä kiusaamisen ja syrjinnän estämiseen, päihdeohjelma ym.	1	0	0	1
5	Ensihoidossa on järjestetty asianmukainen työterveyshuolto	1	0	1	0
6	Ensihoidossa on käytössä ajanmukaiset työvälineet ja kalusto	1	0	1	0
7	Ensihoidolla on käytössä ajanmukaiset tilat	1	0	1	0
Arviointikohdan 3 E frekvenssi		5	2	3	4
Arviointikohdan 3 E prosentti		71 %	29 %	43 %	57 %
Arviointialueen 3 frekvenssi yhteensä		17	14	12	19
Arviointialueen 3 prosentti		55 %	45 %	39 %	61 %

6.2.4 Kumppanuudet ja resurssit

Neljäs ensihoitopalvelun toiminnan osa-alue mitä konsensusarvioinnissa käsiteltiin, oli kumppanuudet ja resurssit. Arviointialue koostui viidestä arviointikohdasta käsittäen yhteensä 33 muuttujaa. Kohdassa 4A kysyttiin kohderyhmiltä, että miten kumppani- ja toimittajayhteistyötä hallitaan kestävän hyödyn aikaan saamiseksi. Taulukko 20 näyttää, että niin POPELA kuin myös K-P PELA kohdalla 50 % väitämistä toteutuu.

Taulukko 20. Kumppanuudet ja resurssit 4A.

4. KUMPPANUUDET JA RESURSSIT					
4A Miten kumppani- ja toimittajayhteistyötä hallitaan kestävän hyödyn aikaan saamiseksi?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidossa on tunnistettu ja määritelty toiminnan kannalta tärkeät kumppanit ja yhteistyömahdollisuudet	1	0	1	0
2	Ensihoito järjestää henkilöstön koulutusta ja motivointia yhteistyöhön kumppaneiden kanssa	0	1	0	1
3	Ensihoidon toiminta ja kehittämistyö on avointa ja läpinäkyvää	0	1	0	1
4	Ensihoito hoitaa aktiivisesti tiedottamista yhteistyökumppaneiden kanssa (molempiin suuntiin)	1	0	1	0
Arviointikohdan 4 A frekvenssi		2	2	2	2
Arviointikohdan 4 A prosentti		50 %	50 %	50 %	50 %

Kumppanuudet ja resurssit osa-alueen arviointikohdassa 4B tiedusteltiin, että miten taloutta johdetaan jatkuvan menestymisen turvaamiseksi. Taulukon 21 mukaan kohdeorganisaatioissa oli taloudenhoitaminen hallinnassa. Kaikki seitsemän kysymystä johtivat myönteiseen konsensusvastaukseen kyllä tuloksen ollen täten 100 %.

Taulukko 21. Kumppanuudet ja resurssit 4B.

4B Miten taloutta johdetaan jatkuvan menestymisen turvaamiseksi?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidossa taloudelliset voimavarat kohdennetaan tavoitteiden mukaisesti	1	0	1	0
2	Ensihoidossa tehdään lyhyen ja pitkän aikavälin taloussuunnitelma	1	0	1	0
3	Ensihoidon budjetin toteutumista seurataan säännöllisesti (esim. neljännesvuosittain)	1	0	1	0
4	Ensihoidossa suoritetaan hintaseurantaa (esim. päivittäistavaroiden säännöllistä kilpailuttamista ym.)	1	0	1	0
5	Ensihoidon investoinnit ja kilpailutuksen vaativat hankinnat toteutetaan hankintasäännösten mukaisesti	1	0	1	0
6	Ensihoidon keskeiset taloudelliset tunnusluvut ovat henkilöstön nähtävillä	1	0	1	0
7	Ensihoidon taloudelliset vastuut ja velvoitteet on määritelty	1	0	1	0
Arviointikohdan 4 B frekvenssi		7	0	7	0
Arviointikohdan 4 B prosentti		100 %	0 %	100 %	0 %

Kohdassa 4C kysyttiin otoksilta, että miten rakennuksia, laitteita, materiaaleja ja luonnonvaroja hallitaan kestäväällä tavalla. Taulukosta 22 voimme nähdä, että 56 % kysymyksistä johti kyllä vastaukseen POPELA kohdalla. K-P PELA kohdalla otos päätyi kyllä vastaukseen kolme kertaa yhdeksästä prosenttijakauman ollessa 33 % / 67 %. Vastajat ilmaisivat näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”Kiinteistöön liittyvät asiat kuuluvat Vaasan kaupungin talotoimen vastuulle”

”XX on pitänyt deffasta koulutusta mutta ei sitä kaikki ole saanut”

”Jatkossa tulee rauhassa kouluttaa kaikille uusi laite ennen kuin se sijoitetaan autoon”

Taulukko 22. Kumppanuudet ja resurssit 4C.

4C Miten rakennuksia, laitteita, materiaaleja ja luonnonvaroja hallitaan kestäväällä tavalla?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon irtaimen omaisuuden käyttöä hallitaan (kalustoluettelot, inventaariot, ym.)	1	0	0	1
2	Ensihoidon tarvikkeiden, aineiden ja materiaalien kulutus optimoidaan ja seurataan	1	0	1	0
3	Ensihoidon jätteiden vähentämistä ja kierrättämistä edistetään (suunnitelma asiasta)	0	1	0	1
4	Ensihoidolla on muita rakennusten, laitteistojen ja kiinteistöjen hallintakeinoja, mahdollisia sopimuksia ja niissä sovittujen asioiden seurantaa	1	0	1	0
5	Ensihoidon laitteille ja tietojärjestelmille on olemassa käyttöohjeet henkilöstön saatavilla	1	0	1	0
6	Ensihoidon lääkintälaitteille ja tietojärjestelmille annetaan käyttökoulutus ennen käyttöönottoa	0	1	0	1
7	Ensihoidolla on toimintamalli välineistön/laitteiston rikkoutuessa	1	0	1	0
8	Poikkeamat ja rikkoutumiset tilastoidaan	0	1	0	1
9	Ensihoidossa käytettävät laitteet ja kalusto ovat alueella yhtenäisiä	0	1	0	1
	Arviointikohdan 4 C frekvenssi	5	4	4	5
	Arviointikohdan 4 C prosentti	56 %	44 %	44 %	56 %

Arviointikohdassa 4D kysyttiin, että miten teknologian hallinnalla edistetään strategian toteutumista. Molemmissa pelastuslaitoksissa kysymyksen asettelu huomioidaan toiminnassa 44 % osuudella (ks. taulukko 23). Vastajat ilmaisivat näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”KEJOA odotellessa”

”Meillä on käytössä Sara-ohjelma”

”Simulaatiokoulutuksissa hyödynnetään teknologiaa”

Taulukko 23. Kumppanuudet ja resurssit 4D.

4D Miten teknologian hallinnalla edistetään strategian toteutumista?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidossa on käytössä sähköinen hoidon dokumentointijärjestelmä	0	1	0	1
2	Ensihoidossa on käytössä sähköinen toiminnan tilastointijärjestelmä	1	0	1	0
3	Henkilöstöllä on mahdollisuus ylläpitää tai kehittää omaa teknologian osaamistaan	0	1	0	1
4	Henkilöstö saa säännöllisesti viestiliikennekoulutusta (esim. Virve)	1	0	1	0
5	Henkilöstö saa säännöllisesti tietoturvakoulutusta	0	1	0	1
6	Teknologiaa hyödynnetään henkilöstön osaamisen ylläpidossa	1	0	1	0
7	Teknologiaa hyödynnetään henkilöstön osaamisen testaamisessa	1	0	1	0
8	Ensihoidossa seurataan aktiivisesti teknologian kehittymistä	0	1	0	1
9	Ensihoitopalvelu osallistuu aktiivisesti teknologian kehittämiseen kansallisesti	0	1	0	1
	Arviointikohdan 4D frekvenssi	4	5	4	5
	Arviointikohdan 4D prosentti	44 %	56 %	44 %	56 %

Arviointialueen viimeisessä arviointikohdassa 4E kysyttiin kohderyhmiltä, että miten tietoa ja tietämystä hallitaan tehokkaan päätöksenteon tukemiseksi ja organisaation kyvykkyyden rakentamiseksi. Molemmat kohderyhmät kokivat, että päätöksenteko ja organisaatioiden kyvykkyyden rakentaminen perustui tietoon ja tietämykseen. Jokaisen neljän kysymyksen kohdalla vastaus oli myönteinen kuten taulukko 24 alla osoittaa. Vastaajat ilmaisivat näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”Vi följer servicenivåbeslutet och de olika direktiven som kommer från VCS”

Pelastuslaitoksien otokset arvioivat ja päätyivät kokonaisuudessaan arviointialue 4 kumppanuudet ja resurssit kohdalla konsensuspäätökseen siten, että POPELA täytti taulukon 24 mukaisesti myönteisesti 22/33 (67 %) muuttujaa ja K-P PELA myönteisesti 21/33 (64 %) muuttujaa.

Taulukko 24. Kumppanuudet ja resurssit 4E.

4E Miten tietoa ja tietämystä hallitaan tehokkaan päätöksenteon tukemiseksi ja organisaation kyvykkyyden rakentamiseksi?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon palvelun tuottamiseen tarvittavat ohjeet on keskitetty ja henkilöstön saatavilla	1	0	1	0
2	Ensihoidon palvelun tuottamiseen tarvittavat ohjeita päivitetään	1	0	1	0
3	Ensihoidon tietämystä ja tietoa arvioidaan kriittisesti	1	0	1	0
4	Ensihoidolla on käytössä ATK tukipalvelu	1	0	1	0
	Arviointikohdan 4 E frekvenssi	4	0	4	0
	Arviointikohdan 4 E prosentti	100 %	0 %	100 %	0 %
	Arviointialueen 4 frekvenssi yhteensä	22	11	21	12
	Arviointialueen 4 prosentti	67 %	33 %	64 %	36 %

6.2.5 Prosessit, tuotteet ja palvelut

Vaasan sairaanhoitopiirin alueella tuotettavan ensihoitopalvelun viides ja viimeinen toiminnan itsearviointialue oli prosessit, tuotteet ja palvelut. Arviointialue koostui viidestä arviointikohdasta, mitkä käsittivät yhteensä 31 kysymystä.

Ensimmäisessä arviointikohdassa 5A kysyttiin, että miten prosesseja suunnitellaan ja hallitaan optimoimaan arvon tuottoa sidosryhmille. Taulukosta 25 voimme nähdä, että molemmat otokset kokivat, että kysymyksen asettelun mukaisesti toimintaa toteutui myönteisesti neljänneksen (25 %) verran. Vastaajat perustelivat näkemyksiään esimerkiksi seuraavasti:

”Ensihoitoprosessi on tiedossa mutta ei kuvattu missään”

”ST-nousu infarktin hoitoprosessi on kirjallisesti olemassa”

”Vieläkään ei ole olemassa kirjallisia hoito-ohjeita vaan viitataan Ensihoito-oppaaseen”

Taulukko 25. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5A.

5. PROSESSIT, TUOTTEET JA PALVELUT					
5A Miten prosesseja suunnitellaan ja hallitaan optimoimaan arvon tuottoa sidosryhmille?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoitoprosessi on määritelty ja kuvattu	0	1	0	1
2	Tukiprosessit on määritelty ja kuvattu	0	1	0	1
3	Ensihoidon keskeisimmät prosessit on kuvattu yhteistyökumppaneiden kanssa (esim. miten hoidetaan rintakipupotilas tai aivohalvauspotilas; hoitoketjut)	1	0	1	0
4	Ensihoidon hoidolliset prosessit on kuvattu ja niitä päivitetään säännöllisesti	0	1	0	1
	Arviointikohdan 5 A frekvenssi	1	3	1	3
	Arviointikohdan 5 A prosentti	25 %	75 %	25 %	75 %

Kohdassa 5B kysyttiin, että miten tuotteita ja palveluita kehitetään luomaan optimimaalista arvoa asiakkaille. Taulukko 26 havainnollistaa, että kysymyksistä 63 % kohdalla POPELA päätyi positiiviseen kyllä vastaukseen. K-P PELA vastaajat päätyivät kyllä tulokseen puolessa (50 %) muuttujista.

Taulukko 26. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5B.

5B Miten tuotteita ja palveluita kehitetään luomaan optimimaalista arvoa asiakkaille?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidossa tunnistetaan ja arvioidaan pienet parannus-, kehittämis- ja muutostarpeet	1	0	1	0
2	Ensihoidossa asetetaan tavoitteita ja asioita priorisoidaan	1	0	1	0
3	Ensihoidossa kokeillaan uusia toimintamalleja	1	0	0	1
4	Asetetaan tavoitteita uusille toimintatavoille ja arvioidaan	0	1	0	1
5	Hoitokäytännöt perustuvat tutkittuun ajantasaiseen lääketieteelliseen näyttöön	1	0	1	0
6	Ensihoitopalvelun arvioiminen ja parantaminen perustuu tutkittuun tietoon (tilastointijärjestelmän avulla saatu tieto, opinnäytetyöt ym.)	1	0	1	0
7	Ensihoito ottaa henkilöstön, asiakkaat, kumppanit ja toimittajat mukaan kehittämään uusia ja innovatiivisia tuotteita, palveluita	0	1	0	1
8	Ensihoito ottaa huomioon tuotteiden ja palveluiden elinkaaren vaikutukset taloudelliseen, yhteiskunnalliseen ja ympäristön kestävyys	0	1	0	1
	Arviointikohdan 5 B frekvenssi	5	3	4	4
	Arviointikohdan 5 B prosentti	63 %	37 %	50 %	50 %

Arviointikohdassa 5C (ks. taulukko 27) tiedusteltiin, että miten tuotteita ja palveluita edistetään ja markkinoidaan tehokkaasti. Kohta piti sisällään yhteensä 10 kysymystä ja myönteiseen konsensuspäätökseen päädyttiin puolessa (50 %) kysymyksistä POPELA kohdalla ja noin kolmannekseen (30 %) K-P PELA kohdalla.

Taulukko 27. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5C.

5C Miten tuotteita ja palveluita edistetään ja markkinoidaan tehokkaasti?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Asiakaspalautteita käsitellään sovitun mallin mukaisesti ja tarvittaessa niihin reagoidaan	1	0	1	0
2	Poikkeamiin puututaan ja viedään tieto myös kentälle ja laaditaan tarvittaessa lisäohjeistusta	1	0	0	1
3	Asiakaspalautejärjestelmän tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämiseen	0	1	0	1
4	Potilaiden tyytyväisyyttä mitataan (potilastyytyväisyysmittaus ym.)	0	1	0	1
5	Tehtävä/käyntimäärien lukumäärää seurataan ja niihin reagoidaan	1	0	0	1
6	Henkilöstön välityksellä tulleet asiakaspalautteet huomioidaan esim. materiaalihankinnoissa	0	1	0	1
7	Tuotteiden kehittäminen yhteistyökumppaneiden kanssa	0	1	0	1
8	Ensihoidossa seurataan alueellisesti väestön ja terveydentilan muutosten kehittymistä	0	1	0	1
9	Ensihoidossa on varauduttu maailmalla leviäviin poikkeuksellisiin tilanteisiin (esim. lintuinfluenssa, cyberhyökkäys)	1	0	1	0
10	Ensihoidossa seurataan alueen terveyspalveluiden muutoksia	1	0	1	0
	Arviointikohdan 5 C frekvenssi	5	5	3	7
	Arviointikohdan 5 C prosentti	50 %	50 %	30 %	70 %

Kohdassa 5D tiedusteltiin, että miten tuotteita ja palveluita tuotetaan, toimitetaan ja hallitaan. POPELA vastaajat päätyivät jokaisessa kolmessa kysymyksessä myönteiseen kyllä vastaukseen. Konsensuspäätös K-P PELA kohdalla oli, että 75 % kysymyksistä toteutuu ensihoitopalvelun toiminnassa. (ks. taulukko 28). Vastaajat kokivat nykytilanteen ennen konsensuspäätöstä esimerkiksi seuraavasti:

”Yhteistoimintasopimuksen mukaan toimitaan”

”Nog följer vi ju samarbetsavtalet”

Taulukko 28. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5D.

5D Miten tuotteita ja palveluita tuotetaan, toimitetaan ja hallitaan?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon välineiden, tarvikkeiden, laitteiden ym. Hankinta suoritetaan suunnitelman/budjetin mukaisesti	1	0	1	0
2	Ensihoito tuotetaan sopimusten mukaisesti	1	0	1	0
3	Ensihoidon palveluita tuotetaan tasalaatuisesti/yhdennäköisesti omalla alueella	1	0	1	0
4	Ensihoidon resursseja pystytään lisäämään kysynnän kasvaessa tilapäisesti (ruuhkatilanteiden hallinta)	1	0	0	1
	Arviointikohdan 5 D frekvenssi	4	0	3	1
	Arviointikohdan 5 D prosentti	100 %	0 %	75 %	25 %

Miten asiakassuhteita hallitaan ja vahvistetaan. Tämä oli arviointialueen 5 prosessit, tuotteet ja palvelut arviointikohdan 5E kysymys vastaajille. Taulukosta 29 näemme, että molempien organisaatioiden vastaajat määrittivät konsensuspäätökset siten, että 40 % kohdan 5E väitteistä toteutui ensihoidossa. Kokonaisuudessa arviointialue 5 toteutui pelastuslaitoksien toiminnassa siten, että suhdeluku POPELA:ssa oli 55 % ja K-P PELA:ssa 42 %.

Taulukko 29. Prosessit, tuotteet ja palvelut 5E.

5E Miten asiakassuhteita hallitaan ja vahvistetaan?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Henkilöstölle järjestetään säännöllisesti koulutusta potilaan kohtaamisesta	0	1	0	1
2	Ensihoidossa järjestetään alueen asukkaiden informaatiotilaisuuksia	0	1	0	1
3	Ensihoidossa järjestetään alueellisia väestön kuulemistilaisuuksia	0	1	0	1
4	Ensihoidossa potilaskontaktin aikana opastetaan ensihoito/päivystyspalvelun oikeaoppiseen käyttöön	1	0	1	0
5	Potilaille annetaan kirjallisia ohjeita (esim. X-koodi potilaat, kuolemantapaustilanteet, jatkohoito-ohjeet)	1	0	1	0
	Arviointikohdan 5 E frekvenssi	2	3	2	3
	Arviointikohdan 5 E prosentti	40 %	60 %	40 %	60 %
	Arviointialueen 5 frekvenssi yhteensä	17	14	13	18
	Arviointialueen 5 prosentti	55 %	45 %	42 %	58 %

6.2.6 Asiakastulokset

EFQM-laaturaportin arviointialueissa 6–9 tarkastetaan toiminnan avulla aikaan saatuja tuloksia. Ensihoitopalvelun itsearvioinnissa arviointialue kuusi muo-

dostuu asiakastuloksista. Asiakastulokset ovat keskeisten tuloksien ohella itsearviointialueita, missä alueen kokonaistuloksen frekvenssit kerrotaan 1,5 kertaisesti vuoden 2013 EFQM Excellence-mallin mukaan. Kerroin huomioidaan yhteenvedossa tuloksien loppupisteissä.

Asiakastulokset määräytyvät kahdesta arviointikohdasta. Arviointikohta 6A tiedustele asiakkaiden (potilaiden) näkemyksiä. Taulukosta 30 voidaan todeta, että kohdan 6A kolmesta kysymyksestä toteutui 33 % myönteisesti POPELA kohdalla. Vastava toteuma K-P PELA kohdalla oli 0 %.

Taulukko 30. Asiakastulokset 6A.

6. ASIAKASTULOKSET (*)					
6A Asiakkaiden (potilaiden) näkemykset?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidolla on käytössä mittareita (asiakaskyselyt ja -tutkimukset) joilla selvitetään asiakkaiden näkemykset	0	1	0	1
2	Asiakaspalautejärjestelmä on käytössä	0	1	0	1
3	Asiakkaiden yleisvaikutelmaa ensihoidosta mm. asiakaslähtöisyyttä, henkilöstön osaamista, tavoitettavuutta, joustavuutta, neuvontaa ja viestintää, oikeudenmukaista kohtelua, muutosvalmiutta ja asiointia omalla kielellään	1	0	0	1
Arviointikohdan 6 A frekvenssi		1	2	0	3
Arviointikohdan 6 A prosentti		33 %	67 %	0 %	100 %

Arviointikohdassa 6B tarkistetaan sisäistä suorituskkyä suhteessa asiakastuloksiin. Taulukosta 31 näemme, että arviointikohdan frekvenssit muodostuivat molempien organisaatioiden osalta kerran myönteisesti, mutta seitsemän kertaa konsensuspäättös oli negatiivinen. Arviointikohta 6B prosenttijakauma oli täten 13 % myönteinen ja 87 % negatiivinen. Seuraavassa esimerkki vastaajan näkemyksestä yhteisen keskustelun aikana:

”Ei voi seurata trendiä kun ei mitata potilastytyväisyyttä”

Asiakastulokset määräytyivät kokonaisuudessaan siten, että taulukon 31 mukaisesti POPELA täytti myönteisesti 18 % arviointikohtien 6A ja 6B kysymyksistä ja K-P PELA 9 % edestä.

Taulukko 31. Asiakastulokset 6B.

6B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon käyttämiin tuotteisiin tai palveluun liittyvien vikojen, virheiden, hylkäysten, positiivisen palautteen, valitusten, takuuaikaisten korvausten ja hyvitysten määrän positiivinen kehitys (esim. viimeisen 5 vuoden aikana)	0	1	0	1
2	Ensihoito on saanut palveluun liittyviä tunnustuksia/palkintoja	0	1	0	1
3	Potilastyytyväisyysmittauksen tulosten positiivinen kehittyminen	0	1	0	1
4	Asiakaspalautteiden positiivinen kehittyminen (negatiivisia vähemmän)	0	1	0	1
5	Hoidollisten mittareiden positiivinen kehitys	0	1	0	1
6	Ensihoidolla on käytössä potilasryhmäkohtaisia palvelun vaikuttavuuden seuranta- ja arviointitapoja	0	1	0	1
7	Vaikuttavuusmittareiden positiivinen kehittyminen	0	1	0	1
8	Ensihoito kykenee ohjaamaan potilaan oikean palvelun piiriin (ohjeistus asiasta, poikkeamat ym.)	1	0	1	0
	Arviointikohdan 6 B frekvenssi	1	7	1	7
	Arviointikohdan 6 B prosentti	13 %	87 %	13 %	87 %
	Arviointialueen 6 frekvenssi yhteensä	2	9	1	10
	Arviointialueen 6 prosentti	18 %	82 %	9 %	91 %

6.2.7 Henkilöstötulokset

Arviointialue 7 Henkilöstötulokset koostuivat kahdesta arviointikohdasta sekä yhteensä kahdeksasta kysymyksestä. Kohdassa 7A kartoitettiin henkilöstön näkemyksiä. Henkilöstön näkemykset toteutuivat taulukon 32 mukaan täydellisesti (100 %) POPELA:ssa. K-P PELA kohdalla henkilöstön näkemykset eivät toteutuneet yhdessäkään kolmesta muuttujasta. Alla esimerkki vastaajan mielipiteestä:

”Me täytetään Vaasan kaupungin työyhteisökysely”

Taulukko 32. Henkilöstötulokset 7A.

7A Henkilöstön näkemykset?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoidossa mitataan henkilöstötyytyväisyyttä	1	0	0	1
2	Ensihoidossa pidetään kehityskeskustelut	1	0	0	1
3	Ensihoidossa ryhdytään tarvittaviin toimenpiteisiin henkilöstötyytyväisyystutkimuksessa esille tulleiden puutteiden korjaamiseksi	1	0	0	1
	Arviointikohdan 7 A frekvenssi	3	0	0	3
	Arviointikohdan 7 A prosentti	100 %	0 %	0 %	100 %

Arviointikohdassa 7B arvioitiin sisäistä suorituskyykyä suhteessa henkilöstötulokset. Taulukosta 33 voidaan nähdä, että POPELA kohdalla vastaajat päätyivät myönteiseen konsensustulokseen vastaten kaikkiin viiteen kysymykseen kyllä. Kohdehenkilöt K-P PELA:ssa päätyivät myönteiseen kyllä vastaukseen kolme kertaa viidestä väittämästä.

Arviointialue 7 Henkilöstötulokset toteutuivat kokonaisuudessa taulukon 33 mukaan siten, että POPELA vastaajat kokivat myönteisesti kaikki (100 %) arviointialueen kahdeksan kysymystä. K-P PELA kohdalla suhdeluku oli 38 %.

Taulukko 33. Henkilöstötulokset 7B.

7B Sisäinen suorituskyyky?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoitoon liittyvät tulostavoitteet saavutetaan	1	0	1	0
2	Ensihoidossa seurataan sairauspoissaoloja/ työtatapaturmia ja niiden kehitystä	1	0	1	0
3	Ensihoidossa seurataan henkilöstön lähtövaihtuvuutta, sen kehitystä ja syitä	1	0	0	1
4	Työilmapiirin kehittymistä seurataan	1	0	0	1
5	Henkilöstön osaamistaso on tällä hetkellä hyvä (esim. kaikki läpäisseet osaamisen arvioinnin, hoidolliset tulokset hyvät)	1	0	1	0
	Arviointikohdan 7 B frekvenssi	5	0	3	2
	Arviointikohdan 7 B prosentti	100 %	0 %	60 %	40 %
	Arviointialueen 7 frekvenssi yhteensä	8	0	3	5
	Arviointialueen 7 prosentti	100 %	0 %	38 %	62 %

6.2.8 Yhteiskunnalliset tulokset

Ensihoitopalvelun itsearvioinnissa kahdeksas ja toiseksi viimeinen arviointialue käsittelee yhteiskunnallisia tuloksia. Arviointialue piti sisällään kaksi arviointikohtaa. Kohdassa 8A arvioitiin kohdeorganisaatioiden ensihoitopalvelun yhteiskunnallisia näkemyksiä. Taulukosta 34 voimme nähdä, että arviointikohdan 8A kuusi kysymystä toteutuivat konsensusvastauksien mukaan positiivisesti 33 % POPELA kohdalla ja 17 % K-P PELA kohdalla. Eräät vastaajat ilmaisivat näkemyksiään seuraavasti:

”Melkein läpi vuoden meillä on paljon harjoittelijoita ambulanssissa joten kyllä me autamme oppilaitoksia”

Taulukko 34. Yhteiskunnalliset tulokset 8A.

8. YHTEISKUNNALLISET TULOKSET					
8A Yhteiskunnan näkemykset?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Ensihoito osallistuu kansalaistoimintaan (mm. paikallisia yhteistyöfoorumeja asiakkaiden ja kuntalaisten kanssa)	0	1	0	1
2	Ensihoito pitää aktiivisesti yhteyttä kansalaisiin, potilasjärjestöihin ym.	0	1	0	1
3	Ensihoito pitää aktiivisesti yhteyttä sidosryhmiin	1	0	0	1
4	Ensihoidolla on tiedotussuunnitelma (yksikön näkyvyys lehdistössä, operatiiviset tilanteet yms.)	0	1	0	1
5	Ensihoitopalvelu tukee aktiivisesti oppilaitoksia käytännön harjoittelussa	1	0	0	1
6	Ensihoito toimii aktiivisesti terveydenhuollon oppilaitosten kanssa	0	1	1	0
	Arviointikohdan 8 A frekvenssi	2	4	1	5
	Arviointikohdan 8 A prosentti	33 %	67 %	17 %	83 %

Mikä on kohdeorganisaatioiden sisäinen suorituskky suhteessa yhteiskunnalliset tulokset? Tätä käsiteltiin kohdassa 8B. Sisäinen suorituskky toteutui taulukon 35 perusteella 0 % niin POPELA kuin myös K-P PELA kohdalla. Kokonaislukumäärältään arviointialue 8, Yhteiskunnalliset tulokset, toteutuivat pelastuslaitoksien ensihoitopalvelussa seuraavasti; POPELA 25 % ja K-P PELA 13 %.

Taulukko 35. Yhteiskunnalliset tulokset 8B.

8B Sisäinen suorituskky?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Toteuttaako ensihoito toiminnasta aiheutuvien haittavaikutusten vähentämistä ja ennaltaehkäisyä kestäväää kehitystä tukevaa toimintaa esim. kuljetusmuotojen valintaa, jätteiden ja pakkausmateriaalien vähentämistä, vaihtoehtoisten raaka-aineiden ja materiaalien käyttöä, aineiden ja materiaalin esim. polttoaineiden, veden, sähkön, uuden ja kierretyn materiaalin kulutusta.	0	1	0	1
2	Ensihoidolla on ympäristösuunnitelma	0	1	0	1
	Arviointikohdan 8 B frekvenssi	0	2	0	2
	Arviointikohdan 8 B prosentti	0 %	100 %	0 %	100 %
	Arviointialueen 8 frekvenssi yhteensä	2	6	1	7
	Arviointialueen 8 prosentti	25 %	75 %	13 %	88 %

6.2.9 Keskeiset tulokset

Viimeinen arviointialue oli **keskeiset tulokset**. Ensimmäisessä arviointikohdassa 9A tarkastettiin ensihoitopalvelun keskeisiä strategisia tuloksia molemmissa pelastuslaitoksissa. Taulukon 36 mukaan keskeiset strategiset tulokset saavutettiin täysin (100 %) POPELA:ssa. Vastaava suhdeluku oli K-P PELA:ssa 25 %.

Taulukko 36. Keskeiset tulokset 9A.

9. KESKEISET TULOKSET (*)					
9A Keskeiset strategiset tulokset?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Arvioidaanko toimintasuunnitelman ja toimintaperiaatteiden toteutumista	1	0	0	1
2	Onko käytössä mittareita, joilla toimintasuunnitelmaan liittyviä tavoitteiden saavuttamista seurataan	1	0	0	1
3	Onko käytössä mittareita ensihoitopalvelun- ja tukiprosesseihin liittyvien tavoitteiden toteutumisen seurantaan (esim. lähtöviive, toimintavalmiusaika, odotus/läpimenoaika, kuolleisuus, talousraportit, hankkeiden aikataulun pitävyys ym.)	1	0	1	0
4	Ovatko ensihoidon toimintatavat olleet tarkoituksenmukaisia tavoitteiden saavuttamiseksi	1	0	0	1
	Arviointikohdan 9 A frekvenssi	4	0	1	3
	Arviointikohdan 9 A prosentti	100 %	0 %	25 %	75 %

Keskeisten tuloksien sisäistä suorituskykyä käsiteltiin arviointikohdassa 9B. POPELA sekä K-P PELA vastaajat päätyivät molemmat taulukon 37 mukaan myönteiseen konsensusvastaukseen kolmannekseen muuttujista (33 %). Alla on esiteltynä erään vastaajan näkemys ennen konsensuspäätöstä:

”Situationen är fortfarande den samma, vi mäter inte vårdprocesserna på något vis. Förr hade vi instrument där vi kunde mäta det bättre än nu”

Arviointialue 9 Keskeiset tulokset määrytyivät kokonaisuudessaan seuraavasti; POPELA suhdeluku oli 60 % ja K-P PELA 30 % (ks. taulukko 37).

Taulukko 37. Keskeiset tulokset 9B.

9B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	Onko käytössä mittareita, joilla suorituskykyä seurataan palvelu- ja tukiprosesseissa (viiveet, parannuksia, tuottavuutta, käyttöastetta yms.) sekä niiden tulosten kehitystä	1	0	1	0
2	Talouden kehitystä seurataan: organisaation/osaston ja yksikön asettamien talouteen liittyvien tavoitteiden toteutumista mm. budjetin tavoitteiden toteutumista, yksikkökustannuksia, täyttö- ja käyttöastetta, suorituskustannuksia ja niiden kehitystä	1	0	1	0
3	Arvioidaanko kumppanuussuhteiden toimivuutta	0	1	0	1
4	Seurataanko rakennusten, laitteiden ja materiaalien osalta käyttöastetta, vikojen ja virheiden osuutta, aineiden ja materiaalien kulutusta, varaston kiertonopeutta seurataan	0	1	0	1
5	Seurataanko teknologian käytön kehitystä	0	1	0	1
6	Kerätäänkö säännöllisesti tietoa hoitoprosesseista	0	1	0	1
	Arviointikohdan 9 B frekvenssi	2	4	2	4
	Arviointikohdan 9 B prosentti	33 %	67 %	33 %	67 %
	Arviointialueen 9 frekvenssi yhteensä	6	4	3	7
	Arviointialueen 9 prosentti	60 %	40 %	30 %	70 %

Taulukosta 38 voidaan nähdä ensihoitopalvelun itsearviointin **lopputulos** vuonna 2015 Pohjanmaan pelastuslaitoksen sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluissa. Kokonaistuloksessa on huomioitu painokerroin 1,5 arviointialue 6, asiakastuloksien ja arviointialue 9, keskeisten tuloksien frekvenssien kohdalla. Tuloksen mukaan Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun toiminta ja toiminnan tulokset toteutuivat kokonaisuudessa kesäkuussa 2015 53 % laajuudella. Vastaava suhdeluku Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen osalta oli 37 %.

Taulukko 38. Itsearviointi 2015 kokonaistulokset.

	ARVIOINTIALUEIDEN 1-9 FREKVENSSI YHTEENSÄ	102	87	72	117
	ARVIOINTIALUEIDEN 1-9 FREKVENSSI YHTEENSÄ PAINOKERTOIMELLA	106	93,5	74	125,5
	ARVIOINTIALUEIDEN 1-9 PROSENTTI YHTEENSÄ	53 %	47 %	37 %	63 %
	<i>Lomakepohja on käytössä Helsingin ensihoitopalvelussa</i>				
	<i>(Kari Porthan, Helsingin kaupungin pelastuslaitos 2013).</i>				

7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan itsearviointien tuloksia, kehittämistyön eettisiä kysymyksiä ja kehittämistyön luotettavuutta. Itsearviointien tulosten tarkastelussa ei verrata kohdeorganisaatioiden tuloksia toisiinsa, vaan molemmat pelastuslaitokset tarkastetaan omanansa. Lopuksi käsitellään oman työn pohdintaa ja jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tulosten tarkastelu

Kehittämistyön tarkoituksena oli suorittaa sovelletusti EFQM-laaturaporttomallin mukainen toiminnan ja tulosten itsearviointi Pohjanmaan pelastuslaitoksen sekä Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelussa. Itsearviointi tapahtui hyödyntäen sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa mittausvälinettä. Itsearviointien tulosten pohjalta laadittiin erilliset kehittämissuunnitelmat yhdessä järjestämisvastuussa olevan tahon kanssa molempien pelastuslaitosten ensihoidon toimintaan.

Johtajuus

Johdolla ja esimiehillä on keskeinen asema ensihoitopalvelun toiminnassa. Johdonmukaisella ja laadukkaalla johtajuudella mahdollistetaan tavoitteet ja hyvät tulokset mitä jokapäiväinen toiminta tuottaa. Pohjanmaan pelastuslaitos täytti myönteisesti noin puolet (43 %) johtajuus osa-alueen kriteereistä ja Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren pelastuslaitos hieman yli neljänneksen (27 %). Molempien pelastuslaitosten osalta voitiin todeta, että ei ollut erikseen määritelty ensihoidon arvoja ja missiota. Menestyvän organisaation johtaminen ja kehittäminen tulee Lecklinin (2006, 35–36) mukaan alkaa sen perusarvoista, missiosta ja visioista jotka muodostavat selkärangan koko toiminnalle.

Ensihoidon palvelutasopäätös nähtiin molemmissa pelastuslaitoksissa keskeiseksi strategiaohjelmaksi. Pohjanmaan pelastuslaitoksen konsensuspäätöksessä todettiin, että Vaasan sairaanhoitopiirin ensihoidon toimintasuunnitelma sekä pelastuslaitoksen johtokuntaan nähden sitovat toiminnalliset tavoitteet muodostivat ensihoidon

toimintasuunnitelman. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen vastaajilla ei ollut tietoa kuinka ja missä määrin ensihoidon toimintasuunnitelmat ja tavoitteet pelastuslaitoksen lautakuntaan nähden olivat määriteltynä. Bergmanin ja Klefsjön (2014, 441) mukaan organisaation perusarvot, missiot, visiot ja strategiat sekä toimintasuunnitelmat muodostavat organisaation kokonaisvaltaisen laatu- ja politiikan. Kehittämistyön kohdeorganisaatioiden ensihoitopalvelun laatu- ja politiikasta puuttui osa tätä keskeistä sisältöä.

Tuloksista ilmeni, että johto yhteistyössä järjestämisvastuussa olevan tahon kanssa osallistui ensihoitojärjestelmän seurantaan ja arviointiin, ja että päätöksenteko pohjautui tiedolla johtamiseen, mutta suorituskyvyn parantamiseen vaadittavaa mittamista esimerkiksi tulostittareiden ja/tai sidosryhmätyytyväisyysmittauksia toteuttaen ei tapahtunut. Samaten voidaan tuloksista nähdä, että erillisiä ensihoitopalvelun kehittämistilaisuuksia ei järjestetty. Tämän kehittämistyön tavoitteena oli itsearvioinnin ja siitä seuraavan kehittämistilaisuuden kautta parantaa nimenomaan edellä mainittua puutetta nyt ja pitkällä aikavälillä.

Tuloksien mukaan ensihoidon johto molemmissa pelastuslaitoksissa koki, että pienellä pelastuslaitoksella ei ollut resurssia osallistua ensihoidon kansalliseen ja kansainväliseen kehittämistoimintaan. Resurssipula nähtiin myös syyksi, miksi johto ei aktiivisesti kannustanut kansalliseen tuote- ja palvelutoiminnan innovointiin ja kehittämiseen.

Konsensusarvioinnin perusteella nähdään, että pelastuslaitoksen ja ensihoidon johto edistivät erinomaisuuden kulttuuria yhdessä henkilöstön kanssa tyydyttävästi Pohjanmaan pelastuslaitoksessa. Johto ei riittävässä määrin kannustanut innovatiivisuuteen sekä osallistanut henkilöstöä toiminnan kehittämisessä. Kehityskeskustelut eivät olleet toteutuneet joka vuosi kaikkien osalta eikä ensihoitopalvelussa ollut käytössä palkitsemisjärjestelmää. Toisaalta voimme nähdä, että johto oli henkilöstön tavoitettavissa, informoi henkilökuntaa tärkeissä asioissa ja kannusti oman työn kehittämisessä.

Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksessa johdon aktiivinen vuorovaikutus ja yhteistyö ensihoidon kanssa sekä tavoitettavuus eivät toteutunut

edellä mainittujen haasteiden lisäksi. Syitä tähän olivat muun muassa, että koko johto ja päällystö ovat fyysisesti sijoitettuna toiseen kaupunkiin sekä, että Kokkolassa ei enää tuotettu ensihoitopalvelua pelastuslaitoksen toimesta. Edellinen aluepelastuslaitoksien uudistus vuonna 2004 oli myös johtanut erinäisiin haasteisiin mitkä näkyivät toiminnassa edelleen tänä päivänä muun muassa aktiivisen ja avoimen vuorovaikutuksen puuttumisena.

Kokonaisvaltaisessa laadunhallinnassa Evans ja Lindsay (2008 214–217) tuovat muun muassa esille, että johdon tulee varmistaa, että johtamisjärjestelmät luovat mahdollistamisen toimintaympäristön missä tuetaan innovatiivisuutta, ketteryyttä ja oppivaa organisaatiota sekä, että laatuarvot integroidaan päivittäiseen johtamiseen sekä käydään henkilöstön kanssa laajaa vuoropuhelua. Lecklin (2006, 56–63) taas viittaa menestyvässä laadunhallinnassa muun muassa johdon henkilökohtaiseen positiiviseen esimerkkiin ja rooliin laatujohtamisessa, henkilöstön kannustamiseen ja vastuuttamiseen oman työn kehittämisessä, johtamisen asemaan organisaation laututietoisuuden lisäämisessä sekä pitkäjänteiseen ihmisten johtamiseen. Pelkästään näitä kahta lähdettä tarkastellessa tulee kehittämistyön kohdeorganisaatioiden johtamisessa kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota aktiiviseen, avoimeen sekä kannustavaan vuoropuheluun ja fyysiseen ihmisten johtamiseen sekä läsnäoloon. Nämä ovat perusedellytyksiä jotta seuraavissa itsearvioinneissa tapahtuisi parannusta erinomaisuuden kulttuurin edistämiseksi yhdessä henkilöstön kanssa.

Arvioitaessa johdon roolia organisaation joustavuuden näkökulmasta ja miten he toteuttavat muutokset tehokkaasti ja vaikuttavasti, voidaan todeta, että johto perusti päätöksenteon molemmissa kohdeorganisaatioissa käytävissä olevaan tietoon, kokemuksiin ja vaikuttavuuteen. Vastaajat myös kokivat molempien yksiköiden kohdalla, että johdon tekemät päätökset olivat pääsääntöisesti perusteltuja ja oikea-aikaisia. Puutteena koettiin, että pelastuslaitoksien johto ei viestinyt henkilöstölle organisaation laajoja tavoitteita ja niiden perusteita sekä, että resurssien kohdentaminen tarpeisiin oli lyhytkantoista. Toisaalta selvää kaikille oli, että tilanteessa niin sosiaali- ja terveydenhuollon kuin myös pelastustoimen rakennemuutoksien alla ei voida suunnitella pitkäaikaista strategiaa.

Strategia

Tuloksien perusteella voidaan sanoa, että molempien pelastuslaitosten vastaajat kokivat selkeästi, että ensihoitopalvelun strategiassa ei huomioitu sidosryhmien tarpeita ja odotuksia toiminnan suunnittelussa eikä niitä mitattu. Toimintaympäristön ymmärtämisellä arviointikohdassa tarkoitettiin esimerkiksi potilaskeskeisyyttä, joka myös koettiin puutteelliseksi. Tässä eritoten järjestelmällisten potilastyytyväisyyksimittauksien puuttuminen johti negatiiviseen tulokseen. Positiiviseksi nähtiin, että molemmat kohdeorganisaatiot seurasivat yhteiskunnan rakenteellista kehitystä. Tämä voitaisiin ymmärtää makrotason muutoksina.

Edellisen kappaleen haasteet huomioiden ja niiden suhteuttaminen siihen, että ensihoito on asiakaspalveluorganisaatio, tulee kohdeorganisaatioiden jatkossa priorisoida ja kehittää asiakaskeskeistä toimintaa. Kuisma ym. (2013, 69–70) ilmaisevat, että ensihoitopalvelun tulee pyrkiä tyydyttämään asiakkaiden ja sidosryhmien palvelutarpeen asiakaskeskeisesti ja huomioimaan heidän mielipiteitään. Ilman tätä kokonaisuutta ei voida puhua hyvästä hoidosta. Suomen Kuntaliiton (2011) terveydenhuollon laatuoppaassa tuodaan ensimmäiseksi laatutavoitteeksi esille palvelun laadun, mikä muodostuu vahvasti asiakaskeskeisestä hoidosta. Vuokko (1997, 23–25) painottaa kuitenkin perustellusti ja tarkentavasti, että potilaan toivomuksia ei saa kuitenkaan huomioida täysimääräisesti potilaskeskeisessä hoidossa. Ensihoito on asiantuntijapalvelua haastavissa olosuhteissa ja yllättävissä tilanteissa rajallisin resurssein ja tämä tulee huomioida kun asiakaskeskeisyyttä arvioidaan.

Mitenkä kohdeorganisaatiot suoriutuivat strategisesti sisäisestä suorituskyvystä ja kyvykkyyksien ymmärtämisestä? Molempien organisaatioiden osalta voidaan todeta, että vastaajien mukaan tehokas sisäisen suorituskyvyn kehittyminen ja ymmärtäminen estyivät laajassa mittakaavassa, koska ei ollut käytössä riittävästi mittareita eikä mittaamista tapahtunut siinä määrin mitä se vaatisi. Vastaajien mukaan pelastuslaitoksien ensihoitopalvelu seurasi kyllä aktiivisesti oman alan ja lääketieteen sekä hoitokäytäntöjen kehittymistä. Operatiivinen toiminta pohjautui vastuuorganisaation kirjallisiin ohjeisiin jotka olivat määritettynä ensihoitopalvelun toi-

mintasuunnitelmassa. Laamanen ym. (1999, 8) kertovat yksiselitteisesti, että suorituskykyä ei voida parantaa ilman mittaamista. Lillrank (1998, 24) taas ilmaisee, että ei voida puhua laadusta jos mittaamista ei toteudu. Näitä kahta ajatusta peilaten olisi hyvin tarpeellista, että molemmat kohdeorganisaatiot ottaisivat käyttöön enemmän laatu- ja potilasturvallisuusmittareita hyödyntämällä esimerkiksi ydinmittareita, mitä sosiaali- ja terveysministeriön (2014) suosituksessa Laatua ja potilasturvallisuutta ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin esitetään.

Tulosten perusteella Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu loi ja ylläpiti strategiaa. Tämä tapahtui esimerkiksi sisäisen toimintasuunnitelman laatimisella ja arvioimisella sekä toiminnan vuosikelloa seuraamalla. Toimintasuunnitelma tehtiin vastaajien mukaan johdon toimesta eikä henkilöstö osallistunut sen laatimiseen. Tämä sekä se, että toimintasuunnitelmaa ei laadittu yhteistyössä vastuutahon kanssa, ovat kuitenkin puutteita.

Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen kohdalla vastaajat eivät tiedostaneet, että olisi olemassa erillinen ensihoitopalvelun toimintasuunnitelma. Täten henkilöstö ei myöskään luonnollisesti ole ollut sen laatimisessa osallisena. Tässäkin tapauksessa vastuutaho eli Vaasan keskussairaalan akuuttilääketieteen yksikkö oli ollut ulkopuolella. Ottaen huomioon, että ensihoitoa tuotetaan yhteistyössä vastuutahon kanssa, olisi hyvin toivottavaa, että toimintasuunnitelmat laaditaan jatkossa mahdollisemman pitkälle yhdessä. Samaten niiden seuraamista ja arvioimista tulisi toteuttaa yhdessä. Pelastuslaitoksien kesken strategiset ensihoidon tavoitteet tulisivat myös olla lähellä toisiaan tai identtiset. Toki niin, että toimintaympäristö ja resurssit huomioidaan.

Strategia osa-alueessa Pohjanmaan pelastuslaitos sai suhdeluvuksi 45 % ja Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitos 25 %. Strategia osa-aluetta kuten myös johtajuus osa-aluetta häiritsi se tosiasia, että vastaajat eivät olleet täysin tietoisia, kuinka eri väittämät toteutuivat organisaation ensihoitopalvelussa. Tämä asia korostui varsinkin Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen konsensusarvioinnissa.

Henkilöstö

Tuloksista ilmeni, että henkilöstösuunnitelmat tukevat hyvin organisaatioiden strategiaa. Toiminta on resurssienhallinnan osalta suunnitelmallista. Henkilöstön toimintaa myös ohjattiin ja tuettiin eri ohjeilla sekä informaatiolla. Asialliset ja ajantasaiset työturvallisuussuunnitelmat sekä -ohjeet löytyivät myös kohdeorganisaatioista. Molemmissa pelastuslaitoksissa tosin henkilöstöä ei otettu mukaan henkilöstöstrategioiden sekä toimintasuunnitelmien arviointiin ja kehittämiseen. Tämä toteutui ainoastaan esimiesten ja johdon keskuudessa. Henkilöstötyytyväisyysmittauksissa Pohjanmaan pelastuslaitos turvautui Vaasan kaupungin henkilöstötyytyväisyysmittauksiin jotka toteutuivat joka toinen vuosi. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksessa koettiin, että mittauksia ei ollut tehty säännöllisesti.

Henkilöstön osaamisen hallinta ja kehittäminen toteutuivat kohdeorganisaatioissa tyydyttävästi. Yleistä organisaatioissa oli, että osaamisen ylläpitämistä ja kehittämistä toteutui, mutta sen laadukasta seuranta ja arviointia ei toteutunut. Samaten kokonaisuutta ei hallittu kattavasti yhdessä ensihoitopalvelun vastuutahon kanssa. Osaamisen hallinnan laatuksiteereitä ei myöskään ollut kuvattu tai mitenkä yksilötasolla henkilöitä seurataan ja tuetaan. Tilasto-ohjelmissa ei myöskään ollut eri hoitosuoritteiden lukumääriä kirjattu ylös. Näitä kun voitaisiin hyödyntää täydennyskoulutustarvetta suunniteltaessa.

Pelastuslaitoksissa koettiin, että perustason ensihoitajille ja pelastajille ei tarjottu riittävästi koulutusta, vaan ensisijainen kohderyhmä oli aina vaativampi hoitotaso. Ylläpito- ja täydennyskoulutusta järjestettiin vastuutahon toimesta neljästi vuodessa mikä on hyvä määrä. Käytössä on myös ollut jo useamman vuoden ajan systemaattisia simulaatiopohjaisia osaamisen arviointi- ja opetustilaisuuksia. Samaten kaksi kertaa vuodessa järjestettiin ensihoidon teoriapäivät. Osaamisen arviointia ei testattu kirjallisia kuulusteluja toteuttaen. Työnantajien velvollisuus oli järjestää työvuorokoulutusta ensihoitajille sekä vastata ensivasteen täydennyskoulutuksesta. Selväksi kuitenkin arviointitilaisuudessa tuli, että kokonaisuus oli hieman sirpaleinen osaamisen hallinnassa eikä huomionnut henkilöitä yksilötasolla. Nimenomaan

yksilötason seuranta, tukemista ja vastuuttamista omasta osaamisen hallinnastaan tulisi kehittää.

Kuten aikaisemmin johtajuus-arviointialueessa tuli ilmi, henkilöstöä ei osallisteta laajassa mittakaavassa toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Projektityyppistä työskentelyä ei myöskään toteutunut kuin korkeintaan johdon ja esimiesten toimesta. Aktiivista ja monipuolista kommunikointia ja tiedottamista toteutui hyvin Pohjanmaan pelastuslaitoksessa, mutta Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksessa vähän. Tämäkin on jo noussut aikaisemmin esille johtajuus osiossa. Kaksisuuntainen kommunikointi on perusedellytys hyvälle ihmisten johtamiselle ja toiminnalliselle yhteistyölle sekä kehittämiselle.

Kumppanuudet ja resurssit

Tuloksien mukaan molempien pelastuslaitoksien ensihoitopalvelut tunnistivat selkeästi heidän keskeisimmät kumppaninsa ja yhteistyötahonsa. Vastaajat arvioivat myös, että vuorovaikutus ja tiedottaminen olivat aktiivista yhteistyökumppaneiden kanssa. Parantamisen varaa oli arviointityhmien mukaan siinä, että yhteistyö sidosryhmien kanssa tulisi olla läpinäkyvämpää ja avoimempaa. Nyt tämä toteutui pääsääntöisesti johdon toimesta yksinään.

Taloudenhallinta ja johtaminen olivat asiallista ja osaavaa. Molemmat otokset kokivat, että kaikki taloudenhallintaan liittyvät kysymykset olivat hallinnassa. Tämä antoi uskoa sille, että toimintaa ylläpidettiin ja kehitettiin kustannustehokkaasti ja maltillisesti sekä luotettavasti.

Miten rakennuksia, laitteita, materiaaleja ja luonnonvaroja hallitaan kestäväällä tavalla? Pohjanmaan pelastuslaitos hyödynsi sähköistä kalustonhallintaohjelmaa. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen otos ei tunnistanut kyseistä tai muuta vastaavaa ohjelmaa. Molemmissa organisaatioissa seurattiin ja optimoitiin kertakäyttömateriaalien kulutusta. Pelastuslaitoksien rakennukset ja kiinteistöt hallittiin kaupunkien ja kuntien toimesta. Ensihoidon lääkinnälliset laitteet ja kalusto olivat molemmissa organisaatioissa hyvällä tasolla. Työn alla oli yhteinäistä kaikkia laitteet, välineet sekä ambulanssit. Tätä varten oli olemassa erilliset

suunnitelmat ja ohjeet. Tämä työ oli edelleen kesken, mutta lähes valmiina. Laitteiden ja välineiden hankinta myös toteutui asiallisesti ja selkeästi. Selkeä puute molemmissa ensihoitopalveluissa oli, että henkilöstölle ei kohdennettu hallittua käyttökoulutusta kun uusi laite tai tietojärjestelmäohjelma otettiin vastaan. Tämä on selvä työturvallisuus ja potilasturvallisuusriski siitäkin huolimatta, että esimerkiksi lääkintälaitteet olivat samalta valmistajalta kuin jo käytössä olevat. Käyttökoulutus toteutui ainoastaan osalle henkilökuntaa jälleenmyyjän toimesta. Jatkokoulutus toteutui käytännössä sisäisesti ja työn ohella.

Ensihoitopalvelussa teknologiaa hallittiin ja hyödynnettiin vaihtelevasti molemmissa kohdeorganisaatioissa. Osaamisen hallinnassa sitä hyväksi käytettiin esimerkiksi simulaatiokoulutusten muodossa. Samaten viestiliikennevälineiden ja johtamisjärjestelmien käyttäminen perustui osaksi teknologiaan. Molemmat pelastuslaitokset turvautuivat samaan potilastieto-ohjelmaan minkä kautta laskutus ja tilastointi tapahtuivat. Pitkään kaivattua sähköistä potilaan hoidon dokumentointijärjestelmää ei ollut käytössä. Tämä koettiin selvänä puutteena. Kyseisen järjestelmän puuttuminen aiheutti turhaa työtä ja byrokratiaa eikä mahdollistanut laadukasta mitaamista eri tilastojen muodossa. Uusi kansallinen sähköinen potilaskertomuslomake on tuloillaan mikä integroituu uuteen johtamisjärjestelmään.

Mitä tulee uuden teknologian kansalliseen kehittämiseen tai kehittymisen aktiiviseen seurantaan kohderyhmät näkivät, että se ei ole ensihoitopalvelun ydintehtävää ja vaatisi osaamista sekä resursseja. Sitä pienissä organisaatioissa oli hyvin vaikea mahdollistaa. Yleisellä tasolla ensihoitopalvelussa oli viimeisten vuosien aikana lääkintälaitteiden teknologia ja digitalisoituminen kehittynyt merkittävästi mikä oli tuonut uusia ulottuvuuksia toimintaan. Lähitulevaisuudessa teknologian kehittymiseltä odotetaan vieläkin enemmän. Uusi teknologia ja digitalisoituminen tulevat ensihoidossakin muuttamaan ja laajentamaan ensihoitajien tehtäväkenttää tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Teknologia tulee nousemaan yhä tärkeämpään rooliin ja tätä vastaan olisi hyvä, että kehittämistyön kohdeorganisaatiot omalta osaltaan varmistaisivat tilannetietoisuuden sen parissa ja suhtautuisivat avoimesti ja positiivisesti uudistuksiin.

Molemmissa otoksissa koettiin, että ensihoitopalvelussa tehokasta päätöksentekoa ja organisaation kyvykkyyttä rakennettiin tiedolla johtamisen periaatteella. Päätöksentekoa ja toimintaa ohjasivat useat ohjeet joidenka tausta perustui tietoon ja hyviin käytäntöihin. Tiedolla ohjaaminen ja päätöksenteko toteutuivat niin työnantajan toimesta kuin myös paikallisesti ensihoidon vastuutahon toimesta. Kansallisesti ministeriöt ja eri työryhmät sekä kirjallisuus ohjasivat toimintaa ja suunnittelua sekä päätöksentekoa.

Prosessit, tuotteet ja palvelut

Tuloksista ilmenee, että molemmissa ensihoitopalveluissa eri ydin- ja tukiprosesseja ei ollut selkeästi määritelty ja kuvattu. Ensihoitopalvelun prosessi oli vastajilla tiedossa, mutta sitä ei ollut havainnollistettu kuvaamalla se esimerkiksi palvelutasopäätöksessä ja/tai organisaatioiden kotisivuilla. Prosessi oli kyllä molemmissa lähteissä kerrottu kirjallisesti. Kuviolla esitettynä se antaisi enemmän lisäarvoa niin sisäisesti kuin myös ulkoisesti sidosryhmille ja asiakkaille. Kehittämistyön kohdeorganisaatioissa ei myöskään ollut ensihoitopalvelun päätehtäviä kuvattu prosessikarttoja hyödyntäen.

Otokset tiedostivat, että keskeisimmät hoidolliset prosessit, kuten ST-nousu sydäninfarkti, olivat määriteltyinä kirjallisten hoitoprotokollien kautta, mutta läheskään kaikki hoidolliset prosessit ei ollut kirjallisesti määritelty. Vastuutaho perusteli tämän sillä, että ne löytyvät Duodecimin Ensihoito-oppaasta ja Vaasan sairaanhoitopiirin ensihoidon toimintasuunnitelmassa viitataan siihen. Samaten osassa hoitoprosesseja noudatettiin suoraan Käypä hoito-suosituksia. Suomen Kuntaliiton (2011, 13) terveydenhuollon laatuoppaassa tuodaan esille kirjallisten hoitoprotokollien tärkeys laadukkaan hoidon tuottamisessa yhdenmukaistamalla ja selkeyttämällä henkilökunnalle hoitovastuut ja työnjaon. Selkeiden ennalta määriteltyjen hoitoprosessien ansiosta potilaan hoitaminen on sujuvaa sekä vähentää virheitä ja poikkeamia.

Tuotteita ja palveluita arvioitaessa voidaan tuloksista vetää johtopäätökset, että molemmissa pelastuslaitoksissa tunnistettiin tilanteet jolloin oli tarpeellista arvioida

ensihoitopalvelua joiltakin osin uudelleen sisäisesti ja yhdessä Vaasan keskussairaalan akuuttilääketieteen yksikön kanssa. Tämä oli johtanut esimerkiksi toimintamallien sekä valmiuksien muutoksiin ja parannuksiin. Molemmat kohdeyksiköt myös ilmaisivat, että ensihoitopalvelussa asetetaan tavoitteita ja toimintaa priorisoidaan. Priorisointi kohdistui lakisääteisten perustehtävien ja yhteistoimintasopimuksen velvollisuuksien suoriutumiseen mahdollisemman hyvin olemassa olevin resurssein. Tavoitteita ei kuitenkaan asetettu siten, että olisi ennalta määritetty muutokset ja kehittämistarpeet, vaan ne toteutettiin toimintavuoden aikana silloin kuin ne olivat realisoituneet. Tämä osaltaan vahvistaa aikaisempaa näkemystä siitä, että toiminnan ennalta suunnittelua ja arviointia ei toteutunut riittävästi yhdessä vastuuorganisaation kanssa. Strategisten painopisteiden määrittelemisen yhdessä seuraavalle toimintavuodelle oli vähäistä.

Tuotteiden ja palveluiden innovatiivista kehittämistä ei tapahtunut molempien pelastuslaitosten kohdalla. Tätä ei koettu niin tärkeäksi kuten aikaisemmin on mainittu. Positiivista kuitenkin oli, että kokonaisuudessaan ensihoitopalvelun hoitokäytäntöjä ja rakenteellista toimintaa molemmissa kohdeyksiköissä kehitettiin lääketieteen näytön perusteella sekä kokemusperäisesti. Akuuttilääketieteen yksikkö oli tässä ohjausvastuussa. Toimintaa kehitettiin ensihoidon omien tarpeiden, käytäntöjen ja prioriteettien pohjalta. Tuloksista ilmeni myös, että ensihoitopalvelua tuotettiin ja hallittiin yhdenmukaisesti ja tasalaatuisesti omalla alueella.

Aikaisemmin on tullut jo esille, että asiakaskeskeisyyttä ei huomioitu tarpeeksi. Tämä näkyi potilaille muun muassa lisäarvon puuttumisena ensihoidon tuotteita ja palveluita ajatellen. Tuotteita ja palveluita ei kehitetty huomioiden potilaiden mielipiteitä ja palautteita koska potilastyytyväisyysmittaamista ei toteutunut. Samaten minkäänlaisia väestön kuulemistilaisuuksia tai asiakkaiden informaatiotilaisuuksia ei järjestetty. Arviointitilaisuuksissa keskusteltiin miten ennen ensihoitopalvelun kansallista uudistusta ja vielä sen alkukuukausina olisi pitänyt järjestää informaatiotilaisuuksia ja/tai hyödyntää paikallisia mediankanavia valistaakseen kansallisia muutoksen taustoista ja seurauksista. Tämä olisi ennaltaehkäissyt vääriä ennakkoluuloja ja olettamuksia sekä kaventanut kulttuurieroja Vaasan sairaanhoitopiirin

alueella. Potilasohjaus toteutui molempien otoksien mukaan asiallisesti ja ohjeiden mukaisesti hoitosuhteessa.

Asiakastulokset

Pelastuslaitoksien asiakastulokset olivat heikot. Syitä tähän on esitetty jo aikaisemmin eri arviointikohtien yhteydessä. Vaikka monessa suhteessa itse ensihoidon tuottamisessa ei ollut puutteita ja se noudatti yleisiä toimintatapoja, muodostuivat tulokset heikoksi koska minkäänlaista mittaamista ja arviointia ei tapahtunut. Kaikki ensihoitopalvelun organisaatiot, järjestämistä vastaava tahon mukaan luokiteltujen, olivat samassa tilanteessa. Suomen Kuntaliiton (2011, 9) terveydenhuollon laatuopas ilmaisee, että onnistuneessa asiakaskeskeisessä hoidossa tulee täytyä kaksi pääkriteeriä: hoitoonsa tyytyväinen asiakas ja terveysongelmaan on saatu apu. Mittauksen puutteena molemmat ensihoitopalvelut eivät voi tiedostaa mitenkä ensimmäinen laatukriteeri täyttyi.

Sisäinen suorituskyky oli myös heikko kun se suhteutettiin juuri asiakastuloksiin. Esimerkiksi erilaisia trendejä ja niiden kehittymistä ei voitu verrata koska taustalla ei ollut mittaamista. Vuoden 2013 EFQM Excellence-mallissa asiakastulokset tulee loppupisteissä kertoa puolitoistakertaisesti. Tämä kertoo niiden painopisteestä itsearvioinnissa ja koko ensihoitopalvelussa. Asiakkaita vartenhan ensihoitopalvelut ovat olemassa. Vaasan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelu tulee priorisoida kehittämistilaisuuksissa asiakastuloksien parantamista. Moni tämänhetkinen puute voidaan melko yksinkertaisesti saattaa kuntoon. Sitä kautta saadaan myös ensihoidon sisäistä suorituskykyä ajallaan parempaan tilaan.

Henkilöstötulokset

Jos asiakastulokset olivat heikot molempien pelastuslaitoksien ensihoitopalvelussa, olivat henkilöstötulokset taas huomattavasti paremmat. Pohjanmaan pelastuslaitoksen kohdalla vastaajat kokivat, että kaikki arviointialueessa esitetyt kysymykset toteutuivat. Henkilöstön tyytyväisyyttä mitattiin järjestelmällisesti joka toinen vuosi Vaasan kaupungin henkilöstöpalveluiden johdolla. Vastaajat määrittelivät, että ke-

hityskeskustelut toteutuvat vaikkakaan jokaisen kohdalla ei joka vuosi. Kokemukset kertoivat myös, että henkilöstötyytyväisyysmittauksissa esiin tulleita ongelmia oli huomioitu ja korjattu jatkotoimenpiteinä. Pohjanmaan pelastuslaitos seurasi eri henkilöstötuloksia hyväksi käyttäen isäntäkaupungin eri henkilöstöhallinnan ohjelmia sekä omia tilastoja.

Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksessa eivät aivan kaikki kriteerit täyttyneet otoksen mukaan. Henkilöstöasioiden sisäinen suorituskyky oli hallinnassa ja eri trendejä sekä tilastoja seurattiin työnantajan toimesta, mutta henkilöstön näkemyksiä ei huomioitu arviointikohdassa 7A esitetyllä tavalla. Henkilöstötyytyväisyysmittauksia ei suoritettu säännöllisesti eikä myöskään kehityskeskusteluja käyty laajassa mittakaavassa järjestelmällisesti. Jatkoa ajatellen olisi tarpeellista huomioida ja muuttaa menettelytavat juuri edellä mainituissa puutteissa. Tämä korostuu Pietarsaaren ensihoitoyksikön kohdalla, koska lähes koko organisaation johto ja päällystö ovat sijoitettuna Kokkolaan. Luonnollisesti tämä johtaa siihen, että välttämättä ei tiedosteta henkilöstön tarpeita ja kokemuksia tai mielentilannetta.

Henkilöstötyytyväisyysmittauksien ja kehityskeskusteluiden rinnalle tulee lisätä lähijohtamista. Tällöin henkilökunta kokee, että heitä kuunnellaan, nähdään ja tuetaan päivittäisissä toiminnoissa. Tämä myös lisää kahdensuuntaista dialogia ja avoimuutta. Evans ja Lindsay (2008, 394) painotti laatu- ja suorituskykytavoitteiden saavuttamisessa nimenomaan henkilöstövoimavarojen mittaamista. Henkilöstön avulla organisaatiot tavoittavat päämääränsä. Johdon tulee tämän takia tiedostaa tärkeimmän voimavaransa hyvinvoinnin, motivaation ja tehokkuuden.

Yhteiskunnalliset tulokset

Tuloksista ilmenee, että molemmat kohdeorganisaatiot suoriutuivat heikommin tehtävissä ja menettelytavoissa, joissa yhteiskunnan näkemyksiä huomioitiin ensihoitopalvelun kehittämisessä. Tämä toteutui käsi kädessä aikaisemmin esitettyjen haasteiden kanssa, joissa eri mittaamista ei toteutettu asiakkaille ja keskeisille sidosryhmille. Mittaaminen olisi voinut olla perinteistä asiakastytyväisyysmittaamista ja/tai kuulemis- ja informaatiotilaisuuksia. Ensihoitopalvelua arvioitiin ja ke-

hitettiin hyvin pitkälle sisäisten toimijoiden johdolla. Toisaalta ensihoito on asiantuntijapalvelua haasteellisissa toimintaympäristöissä ja tämä rajoittaa liian ulkopuolisen ohjauksen toiminnan kehittämisessä. Kehittämisen ydin tulee jatkossakin olla sisäiset arviointi- ja kehittämistilaisuudet.

Keskeiset tulokset

Keskeiset tulokset olivat asiakastuloksien rinnalla toinen arviointialue, joissa tulokset kerrottiin puolitoistakertaisesti. Tulokset osoittivat, että Pohjanmaan pelastuslaitoksessa keskeiset strategiset tulokset saavutettiin hyvin. Otos oli arvioinut, että kaikki neljä väittämää toteutuivat. Toimintasuunnitelman ja -periaatteiden toteutumisesta seurattiin ja tavat niiden saavuttamiseksi olivat olleet tarkoituksenmukaisia. Keskeiset strategiset tavoitteet olivat määritettynä ensihoitopalvelun toimintasuunnitelmassa johtokuntaan nähden. Prosessin omistaja suunnitteli ja arvioi tavoitteet vuosittain Pohjanmaan pelastuslaitoksen johtokunnalle sekä samalla sisäisesti.

Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen kohdalla otos koki tilanteen epävarmaksi eikä tunnistanut prosessia, missä ensihoitopalvelun toimintasuunnitelma oli laadittu organisaation sisällä sekä ulospäin pelastuslaitoksen lautakunnalle. Täten he eivät myöskään voineet tietää mitenkä seuranta ja arviointi toteutuivat. Todennäköistä oli, että tämä kokonaisuus oli huomioitu jollakin tasolla, mutta sitä ei voitu tässä itsearviointissa vahvistaa. Toisaalta se kuvaa aikaisemmin eteen otettua aktiivisen ja avoimen dialogin haastetta. Asioita eivät hyvin kokeneetkaan ensihoitajat tienneet.

Sisäistä suorituskykyä arvioitaessa tuloksista näkee, että molemmissa kohdeyksiköissä toteutuivat ja eivät toteutuneet samat asiat. Seuranta ja mittaamista toteutui jossakin määrin varsinkin palveluprosessien suorituskykyä arvioitaessa sekä taloushallinnassa. Kumppanuussuhteiden toimivuutta ei arvioitu, kuten ei myöskään hoitoprosesseja. Näitä varten ei ollut olemassa valmista mittaria. Teknologian käytön kehitystä ei millään tavalla huomioitu ja se koettiin vieraaksi asiaksi. Oletamus otoksilla oli, että rakennuksien ja laitteiden käyttöasteita, vikoja ynnä muita mitat-

tiin esimerkiksi kiinteistöjen omistajien toimesta, mutta ensihoitopalvelu ei sitä mitenkään itse suorittanut. Tämä päti myös päivittäistoiminnassa materiaalien ja aineiden hallinnassa.

Itsearviointien kokonaistulos kesäkuu 2015

Kesäkuussa 2015 suoritetuissa itsearviointitilaisuuksissa Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu sai suhdeluvuksi 53 %. Suhdeluku Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen kohdalla oli 37 %. Itsearvioitiin suoritetiin yksinkertaisella menetelmällä missä karkeasti arvioitiin, että toteutuivatko arviointialueiden ja -kohtien muuttujat kehittämistyön kohdeorganisaatioissa tietoon ja näyttöön perustuen. Itsearviointien luotettavuutta arvioidaan luvussa 8.3 tarkemmin.

7.2 Kehittämistyön eettiset kysymykset

Kehittämistyöhön osallistuminen pohjautui itsemääräämisoikeuteen. Kehittämistyössä noudatettiin kohdeorganisaatioiden otoksien kohdalla itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, vahingon välttämisen sekä integriteetin ja tietosuojan periaatteita. Kehittämistyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista eikä minkään asteista painostusta esiintynyt kehittämistyön prosessin aikana. Kehittämistyössä mukana olevat henkilöt saivat riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja menetelmistä. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen pystyi keskeyttämään koska tahansa niin halutessaan ilman seuraamuksia. Informantit antoivat tietoisesti suostumuksensa osallistumalla arviointitilaisuuksiin. (Kankkunen ym. 2009, 177; TENK 2009, 4–5.)

Kehittämistyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Kehittämistyötä tehtäessä, tallentaessa ja dokumentoitaessa sekä esitettäessä toteutui se rehellisesti, huolellisesti sekä tarkkaavaisesti. Kehittämistyössä kunnioitettiin muita aikaisempia tutkimuksia ja viitattiin asiallisesti heidän lähteisiinsä. Tiedonhankintamenetelmät, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat eettisesti kestäviä, avoimia ja vastuullisia. (TENK 2012, 6–7.) Kehittämistyössä oli aineiston anonymiteetin huomioiminen tärkeää. Kehittämisprosessin aikana kukaan ulkopuolinen taho ei saanut tietää tutkimustietoja. (Kankkunen ym. 2009, 179.)

Tutkimuslupa haettiin kaikista kolmesta kehittämistyön kannalta keskeisestä organisaatiosta. Tutkimusluvan myöntävät tahot saivat kaiken tarpeellisen tiedon avoimesti ja luotettavasti käyttöönsä tutkimussuunnitelman sekä liitteiden muodossa. Harkinnanvaraisia otoksia lähestyttiin ja tiedotettiin saatekirjeellä sekä perehdytettiin itsearviointimenetelmään. Kehittämistyössä ei puututtu tutkittavien fyysiseen koskemattomuuteen ja heidän perusoikeuksiaan kunnioitettiin. Otoksille ei missään vaiheessa kehittämistyötä aiheutunut vaaraa, haittaa, voimakkaita haitallisia ärsykeitä tai että he olisivat tunteneet tilanteen turvattomaksi. Kehittämistyössä ei ollut osallisena potilaita tai lapsia ja nuoria. Eettisen ennakoarvion tekemiselle ei tutkijan arvion mukaan ollut tarvetta. (TENK 2009, 4–6.)

Otokset suorittivat alustavan yksilöarvioinnin nimettömänä. Yksilöarvioinnin kyselylomakkeet palautettiin mukana olleessa kirjekuoressa suljettuna ennalta sovitun paikkaan. Palautuksesta ei aiheutunut kustannuksia vastaajille. Tutkija ei voinut missään vaiheessa yksilöarviointia tiedostaa ketä oli vastannut kyselyyn ja millä tavoin. Tutkija koosti alustavat yksilöarvioinnin tulokset Excel-taulukkoon.

Konsensusarviointitilaisuuksissa otoksien jäsenet yhdessä arvioivat nykytilaa ja muodostivat yhteisen konsensusvastauksen kyselylomakkeen väittämiin. Täten vastaukset eivät kohdentuneet tiettyyn yksilöön. Kukaan kehittämistyön ulkopuolinen henkilö ei ollut läsnä konsensusarvioinnissa. Tutkijaa koskitti ehdoton vaitiolovelvollisuus, ja kerätty aineisto säilytettiin asiallisesti sähköisen kirjautumisen takana ja hävitetään heti kun siihen on mahdollisuus. Opinnäytetyö tallennetaan sähköisessä muodossa Theseus-tietokantaan. Kehittämistyön julkaisussa huomioidaan yksilön integriteettisuoja ja kehittämistyön kohdeorganisaatioita kunnioitetaan kirjallisessa tuotoksessa. Kohdeorganisaatiot saivat esiintyä luvanvaraisesti tutkimusjulkaisussa nimellä. Tutkimuksessa ei ollut mukana ulkopuolista rahoitusta eikä siinä esiintynyt sidonnaisuuksia. (TENK 2009, 4–8, 11; TENK 2012, 6.)

7.3 Kehittämistyön luotettavuus

Mahdollisemman luotettavan ja totuudenmukaisen tiedon saaminen tulee olla tutkimuksen tarkoituksena (Kananen 2011, 118). Opinnäytetyöni oli tutkimusotteeltaan kehittämistutkimus missä kvantitatiivinen ote oli määräävä ja kvalitatiivinen

ote sitä täydentävä. Kehittämistyössä käytettävä mittari ja mittaaminen täyttivät kvantitatiivisen tutkimusotteen kriteerit. Kananen (2011, 118–119) kertoo, että tutkimuksen luotettavuuden arviointi on nimenomaan määrällisessä tutkimuksessa hyvin keskeistä ja se tulee huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Kankkunen ym. (2013, 189) määrittävät teoksessa Tutkimus hoitotieteessä, että määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Mittarini oli strukturoitu kyselylomake ja tämän johdosta olen valinnut kehittämistyöni luotettavuuden arviointiin juuri validiteetin ja reabiliteetin.

Kankkunen ym. (2013, 189) mukaan validiteetilla tarkoitetaan sitä, että onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli alun perinkin tavoitteena mitata. Mittarin kohdalla tämä vaatii sen, että on onnistuttu operationalisoimaan teoreettiset käsitteet luotettaviksi muuttujiksi. Kehittämistyössäni mittausväline oli valmiiksi olemassa ja sen avulla pystyttiin arvioimaan mittauksen kohteiden toimintaa ja tuloksia hyvin tarkasti ja laajasti. Teoreettinen viitekehys tuli luoda jälkeinpäin olemassa olevan mittarin pohjalta. Tämä päinvastainen menetelmä voi olla haasteellinen, mutta koen, että keskeisimmät käsitteet tulivat riittävällä laajuudella esille teoriassa. Toisaalta teorian käsitteitä ei tarvinnut operationalisoida muuttujiksi. Kehittämistyöni validiteetti toteutui kokonaisuudessaan mielestäni hyvin ottaen huomioon, että ensisijainen kehittämisiongelmani oli itsearviointin suorittaminen kyseistä valmista mittaria hyödyntäen.

Kananen (2011, 121) täsmentää, että validiteetissa voidaan erottaa alalajeja kuten onko kyseessä sisäinen validiteetti (syys-seuraus-suhde), face-validiteetti, ulkoinen validiteetti (yleistettävyys), sisältövaliditeetti (mittaa oikeaa asiaa), ennustevaliditeetti, käsitevaliditeetti (heijastavatko käytetyt muuttujat oikeaa asiaa?) tai kriteerivaliditeetti. Tässä kehittämistyön mittauksessa toteutuivat mielestäni selkeimmin sisäinen- ja ulkoinen validiteetti sekä sisältö- ja käsitevaliditeetti.

Sisäisen validiteettiin syys-seuraus-suhde toteutui mittauksessa yhteisen dialogin aikana ennen konsensuspäätöstä. Dialogin aikana tuli kaikille yhteinen mielikuva selväksi, että mistä syystä johtui, että jokin asia toteutui tai ei toteutunut. Ulkoisen

validiteetin ominaisuus eli yleistettävyys toteutui riittävällä luotettavuudella Pohjanmaan pelastuslaitoksen kohdalla. Otos edusti hieman yli neljänestä (26 %) ensihoidon henkilöstöstä ja ennen päätöksentekoa tapahtui edellä mainittu aktiivinen dialogi, jossa muuttujaa arvioitiin kokonaisvaltaisesti nykytilanteeseen verrattuna. Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen otos muodostui liian pieneksi (21 %) yleistettävyttä ajatellen. Tilanteen luotettavuutta paransi se, että yksilöarvioinnissa, joka muodosti konsensusarvioinnin pohjan, oli otos suurempi (n=6) ja edusti lähes kolmannesta (31,5 %) organisaation ensihoidon perusjoukkoa. Konsensusarvioinnin luotettavuutta kohensi myös hieman se, että otos (n=4) oli hyvin kokenut ja tunsu organisaation laajasti. Ulkoisen luotettavuuden kannalta otos oli kuitenkin mahdollisesti liian pieni Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen osalta. Kankkunen ym. (2013, 193) mainitsee, että ulkoiseen validiteettiin ei vaikuta pelkästään otoksen koko vaan myös sen suhde katoon. Jälkimmäisen otoksen kohdalla se laski kolmanneksen (33.3 %) yksilöarvioinnista konsensusarviointiin verrattuna.

Mittauksen luotettavuus kohdeorganisaatioissa erottuivat toisistaan myös siltä osin, että tutkija, joka kehittämistutkimuksessa on aktiivinen osallistuja, tunsu erittäin hyvin Pohjanmaan pelastuslaitoksen kokonaistilanteen, koska oli ollut siellä virkasuhteessa 17 vuotta mittausta tehdessä. Tutkija myös oli johtavassa asemassa organisaatiossa ja täten tiedosti laajemmin vallitsevan tilanteen, mitä tuli mittarin arviointialueisiin johtajuus ja strategia. Tämä ei toteutunut yhtä luotettavasti Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksen kohdalla, koska organisaation johtoa ei ollut otoksessa mukana. Loppujen arviointialueiden (n=7) kohdalla sillä ei ollut luotettavuuden kannalta merkitystä, että tutkija ei edustanut kyseistä yksikköä. Molemmissa kohdeorganisaatioissa toteutui tai jäi toteutumatta moni asia samalla tavalla, koska ne muodostivat yhdessä vastuuyksikön kanssa ensihoitopalvelun kokonaisuuden Vaasan sairaanhoitopiirin alueella.

Kyselylomake oli muokattu ja laadittu ministeriön työryhmän toimesta vastaamaan ensihoitopalvelun toimintaympäristöä ja sisältöä. Mittari oli myös hyvin laaja. Itsearviointia ajatellen mittausväline pohjautui Euroopassa eniten käytetyn laatupalkintomallin arviointialueista ja -kohdista. Teoreettiset käsitteet mukailivat mittarin

rakennetta ja sisältöä. Tämän johdosta mittauksen luotettavuus täytyi selkeästi sisältö- ja käsitevaliditeettien näkökulmasta. Toisin sanoen kehittämistyössä mitattiin oikeita asioita ja käytetyt muuttujat heijastuivat juuri haluttuihin asioihin. Kankkunen ym. (2013, 190) mukaan koko tutkimuksen luotettavuus muodostuu voimakkaimmin sisältövaliditeetista. Oikeiden asioiden mittaamisen lisäksi sisältövaliditeetissa on keskeistä, että valittu mittari on oikea, käsitteet ovat operationalisoitu luotettavasti ja että mittausvälineen teoreettinen rakenne on hyvä.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 189–190) tuovat esille, että tutkimuksen luotettavuudessa reliabiliteetti on toinen keskeinen käsite. Reliabiliteetti viittaa siihen, että kuinka pysyviä tutkimuksessa saavutetut tulokset ovat. Kysymys siis kuuluu, että onko tutkimus toistettavissa eri aineistossa samansuuntaisin tuloksin? Mittaamisen reliabiliteetissa mittausinstrumentin tulee tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia.

Kananen (2011, 119) täsmentää, että tutkimuksessa tulosten pysyvyys ei takaa validiteettia. Mittari voi olla reliabiliteetiltaan korkea sen ollessa kuitenkin validiteetiltaan väärä. Kehittämistyössä käyttämäni valmis kyselylomake sekä menettelytapa itsearviointeja toteuttaessa olivat reliabiliteetiltaan oletettavasti riittävän korkeita. En näe syytä miksi mittauksia toistettaessa ei päästäisi hyvin laajasti samaan pysyvyyteen hetkellä kun konsensusmittaus tehtiin. Tämä kylläkin voi toteutua ainoastaan kehittämistyön kohdeorganisaatioiden kohdalla. Ensihoitopalvelun itsearvioinnin tulos on organisaatiokohtainen. Selvää on myös, että korkea reliabiliteetti ei toteudu pitemmällä ajanjaksolla, koska tulosten jälkeen parannetaan ja kehitetään toimintaa esille tulleiden haasteiden pohjalta. Kananen (2011, 119) mukaan ilmiössä on kyse stabiliteetista. Stabiliteetti reliabiliteetissa kuvaa mittarin pysyvyyttä ajassa. Itsearviointia tehdessä tämä ei pysy vakiona ajan myötä.

Toinen osa-alue reliabiliteetissa on konsistenssi. Tämä tarkoittaa sitä, että samaan tulokseen päästään vaikka ilmiötä mitattaisiin kahdella eri mittarilla. Mitattavaa ilmiötä voidaan esimerkiksi kyselylomakkeessa kysyä kahdella eri tavalla tuloksen muodostuen samaksi. Konsistenssilla tarkoitetaan yhtenäisyyttä. (Kananen 2011,

120.) Tämä toteutui käyttämässäni mittarissa niin toimintaa kuin myös tuloksia arvioitaessa. Tulokset muodostuvat kaiken lisäksi toiminnasta.

7.4 Oman työn pohdintaa ja jatkotutkimusaiheet

Kehittämistyön tekeminen oli henkilökohtainen oppimisprosessi erilaisine vaiheineen. Se on selkeästi laajentanut käsityksiäni opinnäytetyön laatimisesta ja kehittämisen kokonaisuudessaan voimavarojani uudenaikaisessa roolissa ja tehtävässä. Kehittämistyö eteni pääsääntöisesti johdonmukaisesti ja jopa melko sujuvasti. Kehittämistyön prosessin aikana olen kasvanut ominaisuuksiltani vahvemmaksi mikä tulee määrätietoiseen ja pitkäjänteiseen tekemiseen, koska sitä tämä työ on vaatinut. Haasteellisinta ja raskainta on ollut löytää ja hallita aikaa vaativan työn ja perhe-elämän keskellä. Pääsääntöisesti koko prosessista on jäänyt positiivinen sekä hyvin opettavainen kokemus.

Opinnäytetyön aihepiiri ja lähestymistapa oli minulle melko selvä jo hyvissä ajoin opiskeluni. Halusin tehdä konkreettisen ja käytännönläheisen työn omaan organisaatiooni ja ensihoitopalveluun. Aihepiirin tuli käsittää laadunhallintaa ja – varmistamista ja sen tuli johtaa muutokseen. Tutkimusotteeltaan kehittämistyö oli täten minulle itsestään selvä valinta. Alkuvaiheessa kokonaisuuden hahmottaminen ja rajaaminen sekä tutkimuksellisen lähestymistavan toteuttaminen olivat kuitenkin hieman epäselviä.

Kehittämistyössäni kävi hyvä onni kun sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi kesäkuussa 2014 suosituksen Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Suosituksen tarkoituksena oli nimenomaan antaa valmiuksia organisaatioille arvioida omaa laadunhallintaansa itsearvioinnin ja jatkuvan kehittämisen muodossa. Suositus piti sisällään laajaan valmiinmittausvälineen itsearviointia ajatellen ja pystyin tässä työssäni hyödyntämään sitä täysimääräisesti. Samanaikaisesti laatuksymykset ja itsearviointi olivat pelastuslaitoksien kumppanuusverkostossa ensihoitopalvelun palvelualueessa yksi kärkihanke mitä käsitelimme. Kehittämistyöni motiivit olivat täten hyvin ajankohtaisia sekä tarpeellisia ja ohjasivat toimintaani eteenpäin.

Ensihoitopalvelun itsearviointi ja kehittäminen rajattiin lopulta koskemaan koko Vaasan sairaanhoitopiirin alueella tapahtuvaa palveluntuotantoa siten, että alueen molemmat pelastuslaitokset suorittivat itsearvioinnin. Työn tilaajaksi muodostui lopulta ensihoitopalvelun järjestämisvastuussa oleva taho eli Vaasan sairaanhoitopiirin akuuttilääketieteen yksikkö. Henkilökohtaisesti en ollut aikaisemmin suunnitellut ja toteuttanut kehittämistyön muotoista itsearviointia ja tämä oli tietynlainen oma haasteensa opinnäytetyön muiden haasteiden ohessa. Haasteelliseksi siitä teki myös se, että itsearviointi laadittiin kahdelle organisaatiolle ja niitä käsiteltiin kehittämistyössä omina tahoinaan. Kehittämistyön aikana toteutettiin myös erilliset kehittämistilaisuudet molemmille kohdeorganisaatioille. Niissä suunniteltiin ja kirjattiin parannustoimenpiteitä jotka pohjautuivat tuloksiin. Tästä muodostui ylimääräinen projektivaihe ja näin jälkeensä tiedostaen se olisi pitänyt rajata kokonaan opinnäytetyön ulkopuolelle. Kehittämissuunnitelmat eivät ole julkisia. Rehellisesti voin myös tässä vaiheessa opinnäytetyötä todeta, että paljon on vielä opittavaa miten itsearviointi- ja kehittämistilaisuuden johtaa ja vie läpi.

Kehittämistyöstäni tuli melko laaja. En täysin tässä vaiheessa vielä allekirjoita sitä ajatusta, että olisiko ollut hyvä rajata sitä vieläkin enemmän. Loogista oli ottaa työhön mukaan molemmat pelastuslaitokset kokonaishyödyn näkökulmasta. Samaten kyselylomake, joka oli hyvin laaja, oli mielestäni hyvä pitää ehjänä eikä rajata sitä koskemaan esimerkiksi vain toimintaa sen takia, että kyseessä oli opinnäytetyö. Samalla kuitenkin tehtiin ensihoitopalvelun itsearviointia. Laaja mittari johti toki siihen, että tuloksia tuli esittää ja tarkastella laajasti. Tämä teki varsinkin tuloksien raportoinnista yksipuolisen ja pitkän prosessin. Tämä korostui sen takia, koska mittari oli arviointitekniikaltaan samanlainen kaikkien 189 muuttujan kohdalla. Toisaalta mittausvälineen oli muokannut ja laatinut ministeriön asettama työryhmä ja se oli siltä osin laadukas ja luotettava, mutta tietenkin se oli suunnattu ensisijaisesti oikeaan toimintaan eikä empiirisessä mielessä opinnäytetyöhön. Tähän se kuitenkin mielestäni sopi hyvin.

Toivon, että kehittämistyöni kautta ensihoitopalvelun itsearviointi osana laadunvarmistamista ja jatkuvaa kehittämistä on tullut jäädäkseen Vaasan sairaanhoitopiirin alueella tapahtuvaan ensihoitopalveluun. Tavoite on, että se toteutuu ensi alkuun

joka toinen vuosi. Prosessia tulee kehittää ja tehdä osittain toisin jatkossa. Uskon sen myös sujuvan toisin seuraavalla kerralla. Tähän vaikuttaa positiivisesti muun muassa se, että kokonaisuutta ei tarvitse käsitellä opinnäytetyö pohjalta. Kehittämistyöni aikana yhteistyö kaikkien keskeisten osapuolten kanssa on sujunut hienosti ja toisia kunnioittaen.

Tätä pohdintaa kirjoittaessani on eilen tullut selväksi, että odotettu pelastustoimen alueellinen rakenneuudistus johtaa mahdollisesti siihen, että jatkossa pelastuslaitoksia on ainoastaan viisi Suomessa. Laadunvarmistaminen ja -hallinta tulevat tätkin näkökulmaa ajatellen merkittävään rooliin tiedostaen, että sitä toteutuu pelastuslaitoksissa melko suppeasti ja eri tavoin tänä päivänä. Toivottavasti uudessa organisaatioissani ensihoitopalvelun ja pelastustoimen laadunhallinta ovat keskeinen osa päivittäistä toimintaa sekä johtamista ja saan olla siinä osallisena.

Jatkotutkimusehdotukset

Kehittämistyön tuloksien perusteella esitetään seuraavia jatkotutkimusaiheita:

- Ensihoitopalvelussa vaadittavat johtamisen ja kehittämisen valmiudet.
- Asiakaskeskeinen ensihoitopalvelu – miten ja millä keinoin tämä toteutuu?

LÄHTEET

A 6.4.2011/340. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>

A 6.4.2011/341. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

A 29.8.2013/652. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.10.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>

Averås, K. 2015. Bedömningsbilen i Umeå frigör resurser till mer akuta uppdrag. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Viitattu 8.10.2015. <https://www.msb.se/sv/Produkter--tjanster/Rakel/Vara-kunder/Landsting-och-regioner/Sakra-din-kommunikation---for-dig-som-arbetar-inom-sjukvarden/Bedomningsbilen-i-Umea-frigor-resurser-till-mer-akuta-uppdrag/>

Bergman, B. & Klefsjö, B. 2014. Quality. From Customer Needs to Customer Satisfaction. Third ed. Lund. Studentlitteratur.

Caroline, L.N. & American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2013. Nancy Caroline's emergency care in the streets. Seventh ed. New York. Jones & Bartlett Learning.

Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. painos. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Crosby, B. P. 1988. Kvalitet är gratis. Hur man säkerställer kvalitet. Översättning Roland Dahl. Lund. Studentlitteratur.

Deming, W. E. 2000. Out of The Crisis. Third ed. Cambridge. The MIT Press.

Deming, W. E. 2013. The Essential Deming. Leadership Principles from the Father of Quality. Edited by Joyce Nilsson Orsini. New York. McGraw-Hill.

EFQM Excellence-malli 2013. 2012. Erinomaiset organisaatiot kehittävät toimintaansa ja ylläpitävät sitä tasolla, joka täyttää tai ylittää kaikkien sidosryhmien odotukset. EFQM Publications. Laatukeskus Excellence Finland. Espoo.

EFQM. 2016. Viitattu 28.4.2016. <http://www.efqm.org/efqm-model/efqm-model-in-action/processes-products-services>

Evans, R. J. & Lindsay, M. W. 2008. *The Management and Control of Quality*. Seventh ed. Mason. Thomson South-Western.

Feigenbaum, V. A. 1983. *Total Quality Control*. Third ed. New York. McGraw-Hill

Finanssialan Keskusliitto. 2009. ISO 9001:2008. Laatuksikirjan laatimismalli. Viitattu 1.2.2016. https://www.fkl.fi/materiaalipankki/hakemukset/Dokumentit/ISO_9001_2008_Laatuksikirjan_laatimismalli_FK2009.pdfSavolainen, T. 1992. *Laadun johtaminen: käsitteistö ja perusnäkökulmia*. N:o 126/92. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. *Potilasturvallisuus*. 2. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Holma, T., Outinen, M., Idänpää-Heikkilä, U. & Sainio, S. 2001. *Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehittä laatutalo: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille*. Helsinki. Suomen Kuntaliitto. Stakes.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. *Tutki ja kirjoita*. 6.-7. painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Idänpää-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. *Laatukriteerit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita- ja monistesarja 20/2000*. Stakes. Viitattu 1.3.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75158/Aiheita20-2000.pdf?sequence=1>

Ishikawa, K. 1989. *Introduction to Quality Control*. Third ed. Tokyo. JUSE Press.

Ivankova, V. N. 2015. *Mixed Methods Applications in Action Research. From Methods to Community Action*. Los Angeles. SAGE.

Juran, M. J. 1992. *Juran on Quality by Design. The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*. New York. The Free Press.

Juran, M. J. & Godfrey, A. B. 1999. *Juran's Quality Handbook*. Fifth ed. New York. McGraw-Hill.

Kananen, J. 2011. *Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3., uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Keski-Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitos. 2015. Palvelutasopäätös 2015–2018.

Kuisma, M. 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden kehittäminen. Selviytyshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:26. Helsinki. Yliopistopaino.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3.-4. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Käypähoito. 2015. Viitattu 5.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypahoito>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 11.6.1999/731. Perustuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Laamanen, K. 1997. Kohti huippusuorituksia. Organisaation itsearviointi. 2. painos. Lahti. Esa Print Oy.

Laamanen, K., Laine, O.R., Pääkkönen, J., Vakkuri, J., Vallinoja, V. & Väyrynen, P. 1999. Mittaamisen parantaminen. Laatu keskus. Helsinki. Edita.

Laamanen, K. 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön. 2. painos. Helsinki. Laatu keskus.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts of business process management. 4. uudistettu painos. Espoo. Teknologia teollisuus.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. 5. uud. painos. Helsinki. Talentum.

Lecklin, O. & Laine, O. R. 2009. Laadunkehittäjän työkalupakki. Innovatiivisen johtamisjärjestelmän rakentaminen. Helsinki. Talentum.

Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Keuruu. Otava.

- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. 1999. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Gaudeamus. Helsinki.
- Morse, M. J. & Niehaus, L. 2009. Mixed method design. Principles and procedures. Walnut Creek. Left Coast Press Inc.
- Oakland, S. J. 2014. Total Quality Management and Operational Excellence. Text with cases. Fourth ed. New York. Routledge.
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas. Laaturyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva.
- Outinen, M., Mäki, T., Siikander, S. & Liukko, M. 2001. Laatu kannattaa – mikä kannattaa laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiheita 8/2001. Stakes. Viitattu 19.10.2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/75153>
- Pesonen, Herkko. 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva. Infor Oy.
- Pohjanmaan liitto. 2014. Pohjanmaa lukuina. Viitattu 14.10.2015. <http://www.obotnia.fi/assets/1/Publikationer/Pohjanmaa-lukuina2014-web.pdf>
- Pohjanmaan liitto. 2014 b. Pohjanmaa lukuina. Väestöennuste. Viitattu 14.10.2015. <http://www.pohjanmaalukuina.fi/vaesto/vaestoennuste/>
- Pohjanmaan pelastuslaitos. 2013. Palvelutasopäätös 2014–2017. Perustelumuuisto. Viitattu 15.10.2015. <http://www.pohjanmaanpelastuslaitos.fi/Suomeksi/Yleista/Palvelutasopaatos>
- Qualification. 2016. SHQS-laatuohjelma. Viitattu 7.3.2016. <http://www.qualification.fi/palvelut/shqs-laatuohjelma/>
- Ryynänen, O-P., Irola, T., Reitala, J., Pälve, H. & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 2008; 32. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.
- Silén, T. 1998. Laatujohtaminen – menetelmiä kilpailukyvyn vahvistamiseksi. Helsinki. WSOY.
- Silén, Timo. 2001. Laatu, brandi ja kilpailukyky. Helsinki. WSOY.
- Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2010. Ensihoitoparas 2009. 4.-5. painos. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim.
- Silvennoinen, K., Michelsen, T. & Niemi, H. 2008. Business pilviin. Kehitä systemaattisesti organisaatiosi toimintaa. Business Excellence-sarja. Laatuokeskus Excellence Finland. Tampere. Esa Print.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 1.3.2016. http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adcbaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11. 2. painos. Helsinki. Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Tampere. Suomen Yliopistopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sote-uudistus. Viitattu 18.10.2015. <http://stm.fi/sote-uudistus>

Suomen Kuntaliitto. 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 2.3.2016. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Suomen Kuntaliitto. 2015 a. Sairaanhoitopiirien väestötietoja ikäryhmittäin 31.12.2014. Viitattu 14.10.2015. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>

Suomen Kuntaliitto. 2015 b. Sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden (erva) asukasluvut. Viitattu 15.10.2015. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>

Suserud, B-O. & Svensson, L. 2009. Prehospital akutsjukvård. Stockholm. Liber AB.

TENK. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisten ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 3.4.2016. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 3.4.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian toimeenpanon tueksi. Tampere. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. THL:n sairastavuusindeksi: ikävakioitu (2009-2011). Viitattu 15.10.2015. http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/atlas/shp_html/atlas.html?select=25&indicator=i0

Tilastokeskus. 2015 a. Väestötiheys alueittain 1.1.2015. Viitattu 14.10.2015. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/089_vaerak_tau_132.px/table/table-ViewLayout1/?rxid=f85ce0e6-0e07-429e-88b5-ff0b86dfc1f7

Tilastokeskus. 2015 b. Väestöllisiä tunnuslukuja. Viitattu 14.10.2015. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/048_vaerak_tau_203.px/table/table-ViewLayout1/?rxid=f85ce0e6-0e07-429e-88b5-ff0b86dfc1f7

Tintinalli, E.J., Stapczynski, J.S., Ma, O.J., Cline, D.M., Cydulka, R.K. & Meckler, G.D. 2011. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. Seventh ed. New York. The McGraw-Hill Companies, Inc.

Tukia, H. & Wilksman, K. 2011. Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Raportti 57/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy. Viitattu 19.10.2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/79988>

Vaasan keskussairaala. 2012. Vaasan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksen taustamuistio. Viitattu 10.10.2015.

Vaasan keskussairaala. 2013. VSHP ensihoitopalvelun palvelutasopäätös ajalle 1.1.2014–31.12.2017. Viitattu 10.10.2015.

Vaasan keskussairaala. 2015 a. Viitattu 14.10.2015. http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Yleista

Vaasan keskussairaala. 2015 b. Yleisesite 2015. Vaasa. Waasa Graphics.

Vaasan keskussairaala. 2015 c. Laatu järjestelmä. Viitattu 7.3.2016. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/vaasan-sairaanhoitopiiri/toiminta/laatujaarjestelma/>

Valtioneuvosto. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 7.10.2015 http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDIS-TETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Valvira. 2014. Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta. Selvityksiä 2:2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.10.2015. http://www.sehl.fi/files/1053/Valtakunnallinen_selvitys_ensihoidosta.pdf

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuokko, P. 1997. Avaimena asiakaslähtöisyys. Helsinki. Edita.

ENSIHOIDON ITSEARVIOINTI 2015			
1. JOHTAJUUS			
	1 A. Miten esimiehet selkeyttävät toimintayksikölle sen perustehtävän ja edistävät organisaation toiminta-ajatuksen, vision ja arvojen toteutumista?	Kyllä	Ei
1	Onko organisaatiossa kirjattu ensihoidon arvot		
2	Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon visio		
3	Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon strategia		
4	Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon toimintasuunnitelma		
5	Onko organisaatiossa selkeä ensihoidon organisaatio		
6	Ensihoidon johto osallistuu henkilökohtaisesti toiminnan parantamiseen ja toimii esikuvana		
	<i>Arviointikohdan 1 A frekvenssi</i>		
	<i>Arviointikohdan 1A prosentti</i>		
	1B Miten johtajat määrittävät, seuraavat, arvioivat ja edistävät organisaation johtamisjärjestelmän ja suorituskyvyn parantamista?	Kyllä	Ei
1	Ensihoidon käytössä on tulostittareita		
2	Ensihoidon päätöksenteko perustuu asiapohjaiseen luotettavaan tietoon		
3	Ensihoidon johto analysoi omaa toimintaansa yhteistyössä palvelun tilaajan / järjestämisvastuussa olevan kanssa		
4	Ensihoidon johto osallistuu palveluntuottajiensa strategiseen suunnitteluun		
5	Ensihoidon johto arvioi säännöllisesti omaa toimintaansa (esim. 360 arvio)		
6	Ensihoito suorittaa säännöllisesti sidosryhmätyytyväisyysmittauksia		
7	Ensihoidon henkilöillä on selkeät tehtäväkuvat		
8	Ensihoidon henkilöillä on selkeät tavoitteet		
9	Ensihoidossa pidetään säännöllisesti kehittämistilaisuuksia		
10	Ensihoito on varautunut normaaliolojen erityistilanteisiin		
11	Ensihoito on varautunut poikkeusolojen toimintaan		
	<i>Arviointikohdan 1 B frekvenssi</i>		
	<i>Arviointikohdan 1 B prosentti</i>		
	1 C Miten johtajat toimivat vuorovaikutuksessa ulkoisten sidosryhmien kanssa?	Kyllä	Ei
1	Ensihoito pitää säännöllisesti yhteyttä/palavereita palvelun tilaajan ja tuottajan kanssa		

	2	Ensihoito analysoi omaa toimintaansa yhteistyössä palvelun tilaa- jan/järjestämisvastuussa olevan kanssa		
	3	Ensihoidolla on aktiivinen yhteistyö muiden viranomaisten kanssa (poliisi, hätäkeskus, pelastustoimi ym.)		
	4	Ensihoidon organisaatio osallistuu aktiivisesti kansalliseen kehittä- mistoimintaan (mm. työryhmät, seminaarit)		
	5	Ensihoidon organisaatio osallistuu aktiivisesti kansainväliseen kehittä- mistoimintaan (mm. työryhmät, seminaarit)		
	6	Ensihoidon organisaatio osallistuu aktiivisesti alan kansalliseen tuote- tai palvelukehitykseen		
	7	Ensihoito ottavat käyttöön toimintamalleja, joilla saadaan henkilöstö, kumppanit, asiakkaat ja yhteiskunta mukaan luomaan ideoita ja inno- vaatioita		
		<i>Arviointikohdan 1 C frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 1 C prosentti</i>		
	1D Miten johtajat vahvistavat erinomaisuutta edistävää kulttuuria yh- dessä henkilöstön kanssa?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon johto tukee uusien ideoiden ja ajatusmallien synnyttä- mistä ja kehittämistä, joilla rohkaistaan innovointiin ja organisaation kehittämiseen		
	2	Ensihoidon johto varmistaa, että henkilöstö voi myötävaikuttaa omaan ja organisaation jatkuvaan menestykseen		
	3	Ensihoidossa pidetään kehityskeskustelut		
	4	Henkilöstön kehityskeskusteluissa otetaan huomioon ensihoidon asiat		
	5	Ensihoidon johto pitää henkilöstön ajan tasalla tärkeissä asioissa		
	6	Ensihoidon johto on henkilöstön tavoitettavissa ja vuorovaikutuk- sessa henkilöstön kanssa		
	7	Ensihoidon johto kannustaa henkilöstöä oman työn kehittämiseen		
	8	Ensihoidossa on käytössä kannustuslisä-, tulospalkkaus- tai muita palkitsemisen sekä tunnustuksen antamisen käytäntöjä		
		<i>Arviointikohdan 1 D frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 1 D prosentti</i>		
	1E Miten johtajat varmistavat, että organisaatio on joustava ja toteut- taa muutokset tehokkaasti ja vaikuttavasti?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon johto osoittaa kykyään tehdä viisaita ja oikea-aikaisia päätöksiä saatavilla olevan tiedon ja aikaisemman kokemuksen pe- rusteella sekä arvioimalla päätösten vaikutuksia		
	2	Ensihoidolla on käytössä työkalut, jolla tunnistetaan muutostarpeet (tilastointijärjestelmä, HaiPro, ym.)		

	3	Ensihoidossa tunnistetaan sisäiset tarpeet (esim. henkilöstötilanne tai toimintakäytäntöjen kehittäminen)		
	4	Ensihoito viestii henkilöstölle työnantajan koko organisaatiolle asetamat tavoitteet ja niiden perusteet		
	5	Ensihoidon johto kohdentaa resursseja pitkän aikavälin tarpeisiin		
		<i>Arviointikohdan 1 E frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 1 E prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 1 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 1 prosentti</i>		
2. STRATEGIA				
	2A Miten strategia perustuu sekä sidosryhmien tarpeiden ja odotusten että toimintaympäristön ymmärtämiseen?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoito kokoaa tietoa sidosryhmien tarpeista ja odotuksista sekä niissä tapahtuvista muutoksista strategian ja toimintaperiaatteiden kehittämisen lähtötiedoiksi		
	2	Ensihoito suorittaa säännöllisesti sidosryhmätyytyväisyysmittauksia		
	3	Ensihoito suorittaa säännöllisesti potilastyytyväisyysmittauksia		
	4	Ensihoidolla on käytössä asiakaspalautejärjestelmä		
	5	Ensihoidossa on käytössä menetelmiä eri kansallisuus- ja kulttuuritaustaisten potilaiden kohtaamiseen		
	6	Ensihoito seuraa aktiivisesti oman alueen yhteiskunta- ja yhdyskuntarakenteen kehittymistä		
		<i>Arviointikohdan 2 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 2 A prosentti</i>		
	2B Miten strategia perustuu sisäisen suorituskyvyn ja kyvykkyyksien ymmärtämiseen?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoito suorittaa säännöllisesti toiminnan itsearviointia		
	2	Ensihoito käyttää laajasti eri mittareita analysoidakseen operatiivisen suorituskyvyn kehityssuuntia, ydinosaamisia ja tuloksia		
	3	Ensihoito seuraa aktiivisesti oman alan kansainvälistä ja kansallista tutkimustoimintaa		
	4	Ensihoito seuraa lääketieteen kehitystä ja toteuttaa hoitokäytännöt sen mukaan		
	5	Ensihoidon toiminta perustuu palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan antamiin lääketieteellisiin ja hoidollisiin ohjeisiin (kirjattu sopimuksiin ja ohjeet on kirjallisina ym.)		

		<i>Arviointikohdan 2 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 2 B prosentti</i>		
		2C Miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita kehitetään, arvioidaan ja päivitetään?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoito luo ja ylläpitää strategiaa		
	2	Toimintasuunnitelma tehdään säännöllisesti yhdessä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa		
	3	Toimintasuunnitelma tehdään säännöllisesti yhdessä henkilöstön kanssa		
	4	Toimintasuunnitelmaa arvioidaan säännöllisesti		
	5	Toimintasuunnitelman eri tehtävät ja vastuut on jaettu eri henkilöille ja tehtävien valmistumista seurataan		
		<i>Arviointikohdan 2 C frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 2 C prosentti</i>		
		2D Miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita viestitään, toteutetaan ja seurataan?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoito määrittelee tavoiteltavat tulokset ja niihin liittyvät suorituskyvyn tunnusluvut sekä asettavat päämäärät		
	2	Ensihoidossa on kuvattu osaamisenhallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan		
	3	Ensihoidossa on kuvattu materiaalihallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan		
	4	Ensihoidossa on kuvattu taloushallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan		
		<i>Arviointikohdan 2 D frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 2 D prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 2 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 2 prosentti</i>		
		3. HENKILÖSTÖ		
		3A Miten henkilöstösuunnitelmat tukevat organisaation strategiaa?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidossa on kuvattu henkilöstöhallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan		
	2	Ensihoidossa on tehty työturvallisuussuunnitelma (vaaranarvio, ohjeistus, ym.)		
	3	Ensihoito ottaa henkilöstön ja sen edustajat mukaan kehittämään ja arvioimaan henkilöstöstrategiaa, toimintaperiaatteita ja -suunnitelmia		
	4	Ensihoidossa on käytössä hoidolliset ohjeet		
	5	Ensihoidossa on käytössä toiminnalliset ohjeet (viestiliikenne, työturvallisuus ym.)		

	6	Ensihoidolla on käytössä säännölliset henkilöstötyytyväisyysmitaukset		
		<i>Arviointikohdan 3 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 3 A prosentti</i>		
		3B Miten henkilöstön tietämystä ja osaamista kehitetään?	Kyllä	Ei
	1	Osaamisenhallinnan suunnitelma tehdään yhdessä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa		
	2	Osaamisenhallinnan suunnitelma perustuu osaamistarveanalyysiin (testaus, poikkeamat, suoritteet, henkilöstön toiveet, ym.)		
	3	Ensihoidon perustason henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti		
	4	Ensihoidon hoitotason henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti		
	5	Ensihoidossa toteutetaan tai mahdollistetaan henkilöstön tehtäväkierto		
	6	Ensihoidossa järjestetään säännöllisesti työvuorokoulutusta		
	7	Ensihoidossa järjestetään säännöllisesti systemaattista täydennyskoulutusta		
	8	Ensihoito tukee oman henkilöstön ammatillista lisäkoulutusta (esim. ensihoitaja-AMK, YAMK)		
	9	Ensihoito järjestää uusille henkilöille perehdytyskoulutuksen perehdytysuunnitelman mukaisesti		
	10	Koulutukseen osallistumista seurataan		
	11	Henkilöstön suoritteita seurataan ja niitä käytetään osana ammatillista kehittymistä		
	12	Organisaatiossa on menetelmä, millä poikkeamat käsitellään ja vietään osaamisenhallinnan kautta henkilöstön tietoon		
		<i>Arviointikohdan 3 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 3 B prosentti</i>		
		3C Miten henkilöstöä ohjataan päämäärien suuntaan, osallistetaan ja valtuutetaan?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon henkilöstölle on ideoiden ja aloitteiden kuulemista varten järjestelmä (sisäinen aloite ja palautejärjestelmä)		
	2	Ensihoidon henkilöstöä osallistetaan kehittämiseen, hankintoihin, projektiryhmiin jne.		
		<i>Arviointikohdan 3 C frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 3 C prosentti</i>		
		3D Miten henkilöstö käy vaikuttavaa vuoropuhelua koko organisaatiossa?	Kyllä	Ei

	1	Ensihoidon johdolla on säännölliset kokouskäytännöt toiminnan kehittämiseen		
	2	Ensihoidon johto tiedottaa säännöllisesti ajankohtaisista asioista (esim. sisäinen tiedotuslehti, intranet ym.)		
	3	Ensihoidon johdolla on säännölliset kokouskäytännöt eri henkilösryhmien/ työpisteiden kanssa		
	4	Ensihoito luo edellytykset ja rohkaisevat tiedon, tietämyksen ja parhaiden käytäntöjen jakamiseen		
		<i>Arviointikohdan 3 D frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 3 D prosentti</i>		
	3E Miten henkilöstöä palkitaan, henkilöstölle annetaan tunnustuksia ja siitä pidetään huolta?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoidolla on käytössä koordinoitu palautejärjestelmä		
	2	Ensihoidolla on käytössä osaamiseen/työtulokseen perustuva palkkiojärjestelmä		
	3	Ensihoito huomioi toiminnassa henkilöstön yksilöllisiä tarpeita (esim. tilapäiset työkuvan tai -ajan muutokset)		
	4	Ensihoidolla on suunnitelmat henkisen väkivallan, työssä kiusaamisen ja syrjinnän estämiseen, päihdeohjelma ym.		
	5	Ensihoidossa on järjestetty asianmukainen työterveyshuolto		
	6	Ensihoidossa on käytössä ajanmukaiset työvälineet ja kalusto		
	7	Ensihoidolla on käytössä ajanmukaiset tilat		
		<i>Arviointikohdan 3 E frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 3 E prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 3 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 3 prosentti</i>		
	4. KUMPPANUUDET JA RESURSSIT			
	4A Miten kumppani- ja toimittajayhteistyötä hallitaan kestävän hyödyn aikaan saamiseksi?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoidossa on tunnistettu ja määritelty toiminnan kannalta tärkeät kumppanit ja yhteistyömahdollisuudet		
	2	Ensihoito järjestää henkilöstön koulutusta ja motivointia yhteistyöhön kumppaneiden kanssa		
	3	Ensihoidon toiminta ja kehittämistyö on avointa ja läpinäkyvää		
	4	Ensihoito hoitaa aktiivisesti tiedottamista yhteistyökumppaneiden kanssa (molempiin suuntiin)		
		<i>Arviointikohdan 4 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 4 A prosentti</i>		
	4B Miten taloutta johdetaan jatkuvan menestymisen turvaamiseksi?		Kyllä	Ei

	1	Ensihoidossa taloudelliset voimavarat kohdennetaan tavoitteiden mukaisesti		
	2	Ensihoidossa tehdään lyhyen ja pitkän aikavälin taloussuunnitelma		
	3	Ensihoidon budjetin toteutumista seurataan säännöllisesti (esim. neljännesvuosittain)		
	4	Ensihoidossa suoritetaan hintaseurantaa (esim. päivittäistavaroiden säännöllistä kilpailuttamista ym.)		
	5	Ensihoidon investoinnit ja kilpailutuksen vaativat hankinnat toteutetaan hankintasäännösten mukaisesti		
	6	Ensihoidon keskeiset taloudelliset tunnusluvut ovat henkilöstön nähtävillä		
	7	Ensihoidon taloudelliset vastuut ja velvoitteet on määritelty		
		<i>Arviointikohdan 4 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 4 B prosentti</i>		
		4C Miten rakennuksia, laitteita, materiaaleja ja luonnonvaroja hallitaan kestäväällä tavalla?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon irtaimen omaisuuden käyttöä hallitaan (kalustoluettelot, inventaarit, ym.)		
	2	Ensihoidon tarvikkeiden, aineiden ja materiaalien kulutus optimoidaan ja seurataan		
	3	Ensihoidon jätteiden vähentämistä ja kierrättämistä edistetään (suunnitelma asiasta)		
	4	Ensihoidolla on muita rakennusten, laitteistojen ja kiinteistöjen hallintakeinoja, mahdollisia sopimuksia ja niissä sovittujen asioiden seurantaa		
	5	Ensihoidon laitteille ja tietojärjestelmille on olemassa käyttöohjeet henkilöstön saatavilla		
	6	Ensihoidon lääkintälaitteille ja tietojärjestelmille annetaan käyttökoulutus ennen käyttöönottoa		
	7	Ensihoidolla on toimintamalli välineistön/laitteiston rikkoutuessa		
	8	Poikkeamat ja rikkoutumiset tilastoidaan		
	9	Ensihoidossa käytettävät laitteet ja kalusto ovat alueella yhtenäisiä		
		<i>Arviointikohdan 4 C frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 4 C prosentti</i>		
		4D Miten teknologian hallinnalla edistetään strategian toteutumista?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidossa on käytössä sähköinen hoidon dokumentointijärjestelmä		
	2	Ensihoidossa on käytössä sähköinen toiminnan tilastointijärjestelmä		
	3	Henkilöstöllä on mahdollisuus ylläpitää tai kehittää omaa teknologian osaamistaan		

	4	Henkilöstö saa säännöllisesti viestiliikennekoulutusta (esim. Virve)		
	5	Henkilöstö saa säännöllisesti tietoturvakoulutusta		
	6	Teknologiaa hyödynnetään henkilöstön osaamisen ylläpidossa		
	7	Teknologiaa hyödynnetään henkilöstön osaamisen testaamisessa		
	8	Ensihoidossa seurataan aktiivisesti teknologian kehittymistä		
	9	Ensihoitopalvelu osallistuu aktiivisesti teknologian kehittämiseen kansallisesti		
		<i>Arviointikohdan 4 D frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 4 D prosentti</i>		
	4E Miten tietoa ja tietämystä hallitaan tehokkaan päätöksenteon tukemiseksi ja organisaation kyvykkyyden rakentamiseksi?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon palvelun tuottamiseen tarvittavat ohjeet on keskitetty ja henkilöstön saatavilla		
	2	Ensihoidon palvelun tuottamiseen tarvittavat ohjeita päivitetään säännöllisesti		
	3	Ensihoidon tietämystä ja tietoa arvioidaan kriittisesti		
	4	Ensihoidolla on käytössä ATK tukipalvelu		
		<i>Arviointikohdan 4 E frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 4 E prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 4 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 4 prosentti</i>		
	5. PROSESSIT, TUOTTEET JA PALVELUT			
	5A Miten prosesseja suunnitellaan ja hallitaan optimoimaan arvon tuottoa sidosryhmille?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoitoprosessi on määritelty ja kuvattu		
	2	Tukiprosessit on määritelty ja kuvattu		
	3	Ensihoidon keskeisimmät prosessit on kuvattu yhteistyökumppaneiden kanssa (esim. miten hoidetaan rintakipupotilas tai aivohalvauspotilas; hoitoketjut)		
	4	Ensihoidon hoidolliset prosessit on kuvattu ja niitä päivitetään säännöllisesti		
		<i>Arviointikohdan 5 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 5 A prosentti</i>		
	5B Miten tuotteita ja palveluita kehitetään luomaan optimimaalista arvoa asiakkaille?		Kyllä	Ei
	1	Ensihoidossa tunnistetaan ja arvioidaan pienet parannus-, kehittämis- ja muutostarpeet		

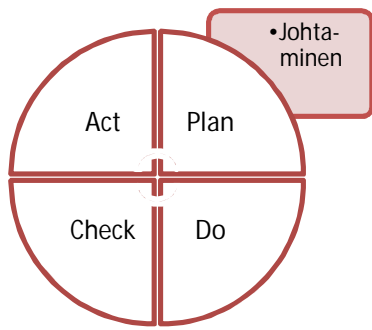
	2	Ensihoidossa asetetaan tavoitteita ja asioita priorisoidaan		
	3	Ensihoidossa kokeillaan uusia toimintamalleja		
	4	Asetetaan tavoitteita uusille toimintatavoille ja arvioidaan tuloksia		
	5	Hoitokäytännöt perustuvat tutkittuun ajantasaiseen lääketieteelliseen näyttöön		
	6	Ensihoitopalvelun arvioiminen ja parantaminen perustuu tutkittuun tietoon (tilastointijärjestelmän avulla saatu tieto, opinnäytetyöt ym.)		
	7	Ensihoito ottaa henkilöstön, asiakkaat, kumppanit ja toimittajat mukaan kehittämään uusia ja innovatiivisia tuotteita, palveluita		
	8	Ensihoito ottaa huomioon tuotteiden ja palveluiden elinkaaren vaikutukset taloudelliseen, yhteiskunnalliseen ja ympäristön kestävyys		
		<i>Arviointikohdan 5 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 5 B prosentti</i>		
		5C Miten tuotteita ja palveluita edistetään ja markkinoidaan tehokkaasti?	Kyllä	Ei
	1	Asiakaspalautteita käsitellään sovitun mallin mukaisesti ja tarvittaessa niihin reagoidaan		
	2	Poikkeamiin puututaan ja viedään tieto myös kentälle ja laaditaan tarvittaessa lisäohjeistusta		
	3	Asiakaspalautejärjestelmän tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämiseen		
	4	Potilaiden tyytyväisyyttä mitataan (potilastyytyväisyysmittaus ym.)		
	5	Tehtävä/käyntimäärien lukumäärää seurataan ja niihin reagoidaan		
	6	Henkilöstön välityksellä tulleet asiakaspalautteet huomioidaan esim. materiaalihankinnoissa		
	7	Tuotteiden kehittäminen yhteistyökumppaneiden kanssa		
	8	Ensihoidossa seurataan alueellisesti väestön ja terveydentilan muutosten kehittymistä		
	9	Ensihoidossa on varauduttu maailmalla leviäviin poikkeuksellisiin tilanteisiin (esim. lintuinfluenssa, cyberhyökkäys)		
	10	Ensihoidossa seurataan alueen terveyspalveluiden muutoksia		
		<i>Arviointikohdan 5 C frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 5 C prosentti</i>		
		5D Miten tuotteita ja palveluita tuotetaan, toimitetaan ja hallitaan?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon välineiden, tarvikkeiden, laitteiden ym. Hankinta suoritetaan suunnitelman/budjetin mukaisesti		
	2	Ensihoito tuotetaan sopimusten mukaisesti		

	3	Ensihoidon palveluita tuotetaan tasalaatuisesti/yhdenmukaisesti omalla alueella		
	4	Ensihoidon resursseja pystytään lisäämään kysynnän kasvaessa tilapäisesti (ruuhkatilanteiden hallinta)		
		<i>Arviointikohdan 5 D frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 5 D prosentti</i>		
		5E Miten asiakassuhteita hallitaan ja vahvistetaan?	Kyllä	Ei
	1	Henkilöstölle järjestetään säännöllisesti koulutusta potilaan kohtaamisesta		
	2	Ensihoidossa järjestetään alueen asukkaiden informaatiotilaisuuksia		
	3	Ensihoidossa järjestetään alueellisia väestön kuulemistilaisuuksia		
	4	Ensihoidossa potilaskontaktin aikana opastetaan ensihoito/päivystyspalvelun oikeaoppiseen käyttöön		
	5	Potilaille annetaan kirjallisia ohjeita (esim. X-koodi potilaat, kuolemantapaustilanteet, jatkohoito-ohjeet)		
		<i>Arviointikohdan 5 E frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 5 E prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 5 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 5 prosentti</i>		
		6. ASIAKASTULOKSET (*		
		6A Asiakkaiden (potilaiden) näkemykset?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidolla on käytössä mittareita (asiakaskyselyt ja -tutkimukset) joilla selvitetään asiakkaiden näkemykset		
	2	Asiakaspalautejärjestelmä on käytössä		
	3	Asiakkaiden yleisvaikutelmaa ensihoidosta mm. asiakaslähtöisyyttä, henkilöstön osaamista, tavoitettavuutta, joustavuutta, neuvontaa ja viestintää, oikeudenmukaista kohtelua, muutosvalmiutta ja asiointia omalla kielellään		
		<i>Arviointikohdan 6 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 6 A prosentti</i>		
		6B Sisäinen suorituskyky?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidon käyttämiin tuotteisiin tai palveluun liittyvien vikojen, virheiden, hylkäysten, positiivisen palautteen, valitusten, takuuai-kaisten korvausten ja hyvitysten määrän positiivinen kehitys (esim. viimeisen 5 vuoden aikana)		
	2	Ensihoito on saanut palveluun liittyviä tunnustuksia/palkintoja		
	3	Potilastyytyväisyysmittauksen tulosten positiivinen kehittyminen		

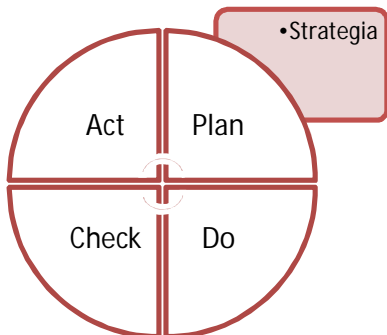
	4	Asiakaspalautteiden positiivinen kehittyminen (negatiivisia vähemmän)		
	5	Hoidollisten mittareiden positiivinen kehitys		
	6	Ensihoidolla on käytössä potilasryhmäkohtaisia palvelun vaikuttavuuden seuranta- ja arviointitapoja		
	7	Vaikuttavuusmittareiden positiivinen kehittyminen		
	8	Ensihoito kykenee ohjaamaan potilaan oikean palvelun piiriin (ohjeistus asiasta, poikkeamat ym.)		
		<i>Arviointikohdan 6 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 6 B prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 6 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 6 prosentti</i>		
7. HENKILÖSTÖTULOKSET				
		7A Henkilöstön näkemykset?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoidossa mitataan henkilöstötyytyväisyyttä		
	2	Ensihoidossa pidetään kehityskeskustelut		
	3	Ensihoidossa ryhdytään tarvittaviin toimenpiteisiin henkilöstötyytyväisyystutkimuksessa esille tulleiden puutteiden korjaamiseksi		
		<i>Arviointikohdan 7 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 7 A prosentti</i>		
		7B Sisäinen suorituskky?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoitoon liittyvät tulostavoitteet saavutetaan		
	2	Ensihoidossa seurataan sairauspoissaoloja/ työtapaturmia ja niiden kehitystä		
	3	Ensihoidossa seurataan henkilöstön lähtövaihtuvuutta, sen kehitystä ja syitä		
	4	Työilmapiirin kehittymistä seurataan		
	5	Henkilöstön osaamistaso on tällä hetkellä hyvä (esim. kaikki läpäisseet osaamisen arvioinnin, hoidolliset tulokset hyvät)		
		<i>Arviointikohdan 7 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 7 B prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 7 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 7 prosentti</i>		
8. YHTEISKUNNALLISET TULOKSET				
		8A Yhteiskunnan näkemykset?	Kyllä	Ei
	1	Ensihoito osallistuu kansalaistoimintaan (mm. paikallisia yhteistyöfoorumia asiakkaiden ja kuntalaisten kanssa)		

	2	Ensihoito pitää aktiivisesti yhteyttä kansalaisiin, potilasjärjestöihin ym.		
	3	Ensihoito pitää aktiivisesti yhteyttä sidosryhmiin		
	4	Ensihoidolla on tiedotussuunnitelma (yksikön näkyvyys lehdistössä, operatiiviset tilanteet yms.)		
	5	Ensihoitopalvelu tukee aktiivisesti oppilaitoksia käytännön harjoittelussa		
	6	Ensihoito toimii aktiivisesti terveydenhuollon oppilaitosten kanssa		
		<i>Arviointikohdan 8 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 8 A prosentti</i>		
	8B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei
	1	Toteuttaako ensihoito toiminnasta aiheutuvien häiritsevien vaikutusten vähentämistä ja ennaltaehkäisyä kestävästä kehitystä tukevaa toimintaa esim. kuljetusmuotojen valintaa, jätteiden ja pakkausmateriaalien vähentämistä, vaihtoehtoisten raaka-aineiden ja materiaalien käyttöä, aineiden ja materiaalien esim. polttoaineiden, veden, sähkön, uuden ja kierretyn materiaalin kulutusta.		
	2	Ensihoidolla on ympäristösuunnitelma		
		<i>Arviointikohdan 8 B frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 8 B prosentti</i>		
		<i>Arviointialueen 8 frekvenssi yhteensä</i>		
		<i>Arviointialueen 8 prosentti</i>		
	9. KESKEISET TULOKSET (*			
	9A Keskeiset strategiset tulokset?		Kyllä	Ei
	1	Arvioidaanko toimintasuunnitelman ja toimintaperiaatteiden toteutumista		
	2	Onko käytössä mittareita, joilla toimintasuunnitelmaan liittyviä tavoitteiden saavuttamista seurataan		
	3	Onko käytössä mittareita ensihoitopalvelun- ja tukiprosesseihin liittyvien tavoitteiden toteutumisen seurantaan (esim. lähtöviive, toimintavalmiusaika, odotus/läpimenoaika, kuolleisuus, talousraportit, hankkeiden aikataulun pitävyys ym.)		
	4	Ovatko ensihoidon toimintatavat olleet tarkoituksenmukaisia tavoitteiden saavuttamiseksi		
		<i>Arviointikohdan 9 A frekvenssi</i>		
		<i>Arviointikohdan 9 A prosentti</i>		
	9B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei

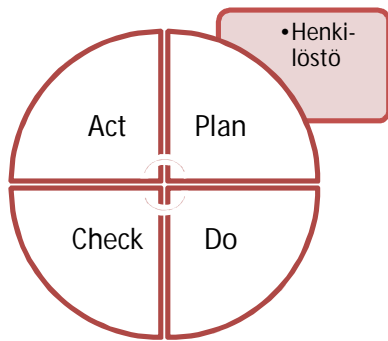
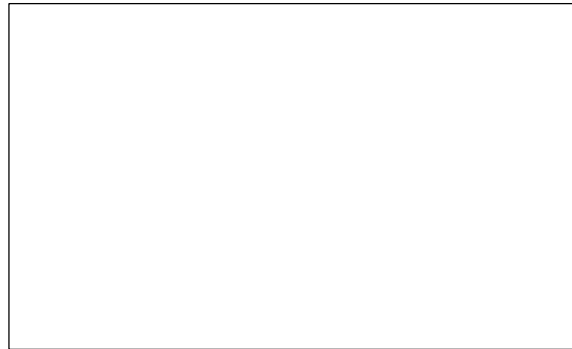
1	Onko käytössä mittareita, joilla suorituskykyä seurataan palvelu- ja tukiprosesseissa (viiveet, parannuksia, tuottavuutta, käyttöastetta yms.) sekä niiden tulosten kehitystä		
2	Talouden kehitystä seurataan: organisaation/osaston ja yksikön asettamien talouteen liittyvien tavoitteiden toteutumista mm. budjetin tavoitteiden toteutumista, yksikkökustannuksia, täyttö- ja käyttöastetta, suoritekustannuksia ja niiden kehitystä		
3	Arvioidaanko kumppanuussuhteiden toimivuutta		
4	Seurataanko rakennusten, laitteiden ja materiaalien osalta käyttöastetta, vikojen ja virheiden osuutta, aineiden ja materiaalien kulutusta, varaston kiertonopeutta seurataan		
5	Seurataanko teknologian käytön kehitystä		
6	Kerätäänkö säännöllisesti tietoa hoitoprosesseista		
	<i>Arviointikohdan 9 B frekvenssi</i>		
	<i>Arviointikohdan 9 B prosentti</i>		
	<i>Arviointialueen 9 frekvenssi yhteensä</i>		
	<i>Arviointialueen 9 prosentti</i>		
	ARVIOINTIALUEIDEN 1-9 FREKVENSSI YHTEENSÄ		
	ARVIOINTIALUEIDEN 1-9 FREKVENSSI YHTEENSÄ PAINOKERTOIMELLA		
	ARVIOINTIALUEIDEN 1-9 PROSENTTI YHTEENSÄ		
	<i>Lomakepohja on käytössä Helsingin ensihoitopalvelussa</i>		
	<i>(Kari Porthan, Helsingin kaupungin pelastuslaitos 2013).</i>		



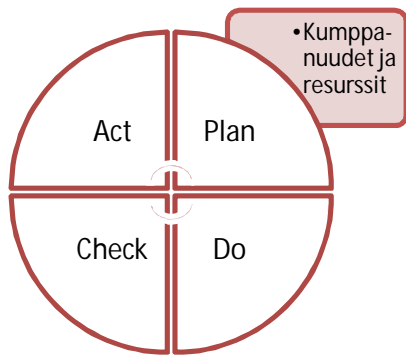
EI JULKINEN



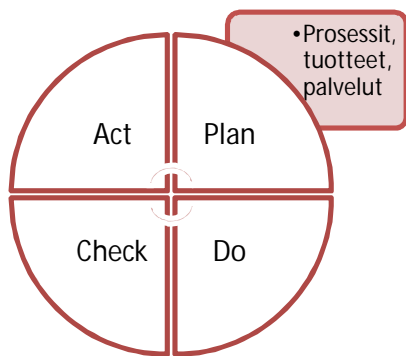
EI JULKINEN



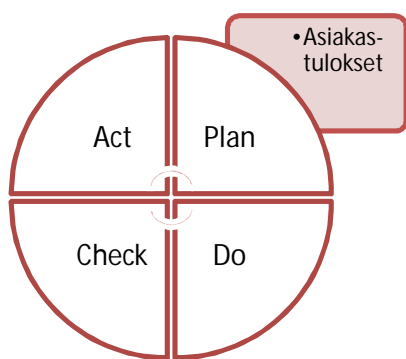
EI JULKINEN



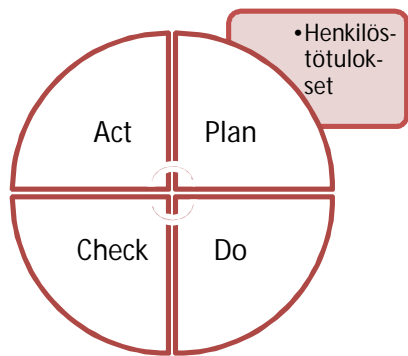
EI JULKINEN



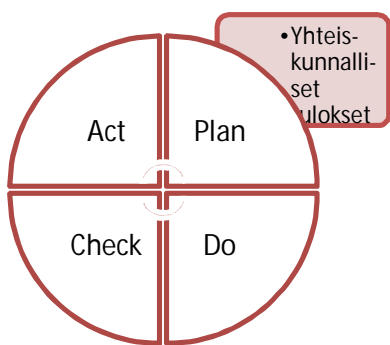
EI JULKINEN



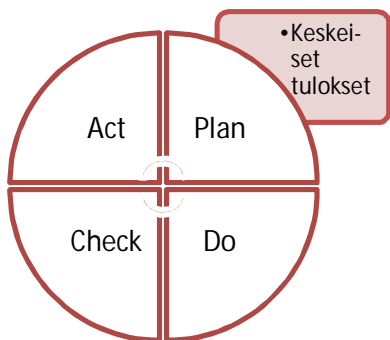
EI JULKINEN



EI JULKINEN



EI JULKINEN



EI JULKINEN