

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Ensihoitaja YAMK

Hirvikallio Jenni, Hiukka Nina, Ruusunen Juha

## **Ensihoidon laatumittaristo**

## Tiivistelmä

Hirvikallio Jenni, Hiukka Nina ja Ruusunen Juha

Ensihoidon laatumittaristo, 99 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Ensihoitaja YAMK

Opinnäytetyö 2018

Ohjaajat: Yliopettaja Niina Nurkka, Saimaan ammattikorkeakoulu, lehtori Antti

Kosonen, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa valtakunnallinen ensihoidon laatumittaristo ensihoito-organisaatioiden laadun arvioimisen ja kehittämisen työkaluksi. Ensihoito on kehittynyt viime vuosina huomattavasti, mutta alueellisia eroavaisuuksia on edelleen paljon. Opinnäytetyössä selvitetään, mitä ensihoidon laatu on ja millaisia laatumittareita eri organisaatioilla on käytössä.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella työn teoreettiseksi viitekehykseksi muodostui Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidon laatumittaristo vuodelta 2014. Laatumittariston ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta rakennettiin kysely, jolla selvitettiin ensihoidon laadun mittaamisen nykytilaa ja mahdollisuuksia. Webropol-kyselylinkki lähetettiin kaikkien sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville henkilöille. Jokaiselta erityisvastualueelta saatiin vastaus kyselyyn.

Opinnäytetyöprosessin tuloksena kehittyi valtakunnallinen ensihoidon laatumittaristo. Laatumittaristo on seitsensivuinen kyselylomake, jossa organisaatio vastaa ensihoitojärjestelmän eri laadun osa-alueita koskeviin kysymyksiin saaden niistä pisteitä. Lopuksi organisaatio laskee pisteet yhteen ja katsoo seliteosiosta analyysin nykyisestä laatuilanteestaan. Organisaatio voi tehdä laatumittaristoanalyysin esimerkiksi puolen vuoden välein, jolloin järjestelmän kehityssuunta on todennettavissa.

Jatkotutkimuksena laatumittariston voisi teettää kaikille sairaanhoitopiireille ja kerätä palautteen. Analyysin perusteella laatumittaristoa voisi kehittää entistä paremmin vastaamaan työelämän tarpeita. Tavoitteena olisi, että potilaita hoidettaisiin yhdenvertaisesti ja laadukkaasti.

Asiasanat: ensihoito, laatu, ensihoidon laatu, laadun mittaaminen, laatumittari

## **Abstract**

Hirvikallio Jenni, Hiukka Nina and Ruusunen Juha

Quality Indicator for Emergency Medical Services, 99 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

The Unit of Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master's Degree Programme in Social and Health Care Development and Management, paramedic

Master's Thesis 2018

Instructors: Ms Niina Nurkka, senior lecturer, Saimaa University of Applied Sciences; Mr Antti Kosonen, lecturer, Saimaa University of Applied Sciences

The objective of this thesis was to create a national quality indicator to be used as a tool of evaluation and development in emergency medical services. Emergency medical care has been developing considerably during the past few years, but there are still many regional differences. This study examines the quality in emergency medical services and the variety of quality indicators used by different organisations.

The study was carried out as a research-based development project. The quality indicator of the Ministry of Social Affairs and Health from 2014 was used as the theoretical framework of the thesis. Based on the quality indicator and a literature overview, a questionnaire was formulated to examine the current measuring of quality and its possibilities in emergency medical services. A link to the Webropol survey was sent to those in charge of emergency medical services in every health care district. Each special responsibility area provided an answer to the survey.

As a result of the research process, a national quality indicator for emergency medical services was created. The quality indicator is a seven-page questionnaire, in which an organisation answers the questions concerning the different areas of quality thus receiving points. On the basis of the points, an analysis of the current state of quality of the organisation is provided in the key. The analysis can be carried out for example biannually in order to verify the course of development in the system.

As a further study, the quality indicator could be implemented in all health care districts and feedback could be collected. Based on the analysis, the quality indicator could be developed further to better correspond to the requirements of working life. The objective is that the patients are treated equally and provided with quality care.

**Keywords:** emergency medical care, quality, quality of emergency medical services, measuring quality, quality indicator

## Sisällys

1	Johdanto .....	5
2	Ensihoitopalvelu .....	6
2.1	Ensihoidon järjestäminen .....	7
2.2	Porrastetun järjestelmän tasot .....	8
2.3	Palvelutaso .....	11
2.4	Ensihoidon päivittäistoimintaa .....	14
3	Laatu terveydenhuollossa .....	16
3.1	Laadun arviointi .....	18
3.2	Laatutyön kehitys Suomessa .....	20
4	Ensihoidon laatu ja laadun mittarit .....	21
4.1	Koulutus ja osaamisenhallinta .....	22
4.2	Turvallisuus .....	25
4.3	Johtamisjärjestelmät .....	30
4.4	Työhyvinvointi .....	31
4.5	Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyys .....	34
4.6	Laadunhallintasuunnitelma .....	36
4.7	Laadunhallintajärjestelmät .....	37
4.8	Laatumittarit .....	41
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	47
6	Opinnäytetyön toteutus .....	47
6.1	Menetelmät .....	48
6.2	Tiedonkeruu .....	51
6.3	Kyselylomake .....	52
6.4	Aineiston analysointi .....	54
6.5	Laatumittariston koostaminen .....	55
7	Tulokset .....	56
7.1	Vastaajien taustatiedot .....	56
7.2	Järjestelmän laatu .....	57
7.3	Koulutus ja osaamisenhallinta .....	60
7.4	Potilaiden tavoittaminen ja voimavarojen käyttö .....	64
7.5	Turvallisuus .....	66
7.6	Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyys .....	68
7.7	Henkilöstö .....	70
7.8	Ensihoitojärjestelmän tuloksellisuus .....	72
7.9	Mitä on laatu ensihoitopalvelussa? .....	76
8	Johtopäätökset ja pohdinta .....	80
8.1	Tulokset .....	80
8.2	Ensihoidon laatumittaristo .....	84
8.3	Luotettavuus ja riskit .....	84
8.4	Eettisyys .....	88
8.5	Työn hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet .....	89
	Kuvat ja taulukot .....	91
	Lähteet .....	93
	Liitteet	
	Liite 1 Webropol kysely kohderyhmälle	
	Liite 2 Esitestaajille sähköpostitse toimitettu saatekirje	
	Liite 3 Saatekirje lopulliselle kohderyhmälle	
	Liite 4 Ensihoidon laatumittaristo	

# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollinen uudistus puhututtaa sekä kansalaisia että alan ammattilaisia. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirretään kunnilta perustettaville maakunnille ja samalla palvelutuotantoa monipuolistetaan siten, että maakunnan omilla, yksityisillä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilla on tasapuoliset toimintaedellytykset tuottavat markkinoilla olevia palveluja. Palveluintegraation myötä huolehditaan asiakkaiden palvelutarpeiden kokonaisarviointista, johon perustuen varmistetaan palvelujen joustava ja oikea-aikainen saatavuus ja toteutuminen. (Hallituksen esitys 15/2017.) Ensihoitopalvelulla on vakiintunut asema potilaiden hoidon tarpeen arviossa, paljon myös hoitolaitoksissa. Nykyiset hätäkeskuksen toimintamallit ja päivystyspisteiden väheneminen tulee entisestään korostamaan ensihoitopalvelun roolia hoidon tarpeen arvioijana. (Kurola, Ilkka, Ekstrand, Laukkanen-Nevala, Olkinuora, Pappinen, Riihimäki, Silfvast & Virkkunen 2016.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä todettiin ensihoitoresurssien jakautuvan epätarkoituksenmukaisesti. Keskeinen ongelma on, ettei valtakunnallista potilaskohtaista tilastointia ole. Suomen laadukas lääketieteellinen ensihoitopalvelu on jäänyt tiedolla johtamisen ja kehittämisen osalta merkittävästi jälkeen kansainvälisistä käytännöistä. (Kurola ym. 2016.)

Julkisuudessa on keskusteltu aktiivisesti ensihoidon järjestämistavoista. On pohdittu, tulisiko ensihoitopalvelut sisällyttää pelastuslaitosten toimenkuvaan, yksityistää, toteuttaa osana sairaanhoitopiirien omaa toimintaa, vai jotakin näiden vaihtoehtojen väliltä. Eri toimijat ovat tuoneet esille kannattamansa järjestelmän paremmuutta. Julkisen rahoituksen heiketessä ja palvelutarpeen kasvassa ovat vaikuttavuus ja tuottavuus nykypäivää laadun arvioinnissa. Tosiasiassa ensihoidon laadun arvioiminen on hankalaa, sillä yhtenäisiä laatukriteerejä ei toistaiseksi ole olemassa. Ensihoidon järjestämistapojen vertailu perustuu nykyisellään pitkälti kustannustehokkuuteen. Taloudellinen säästö ei tulisi kuitenkaan olla päätavoite, vaan ensihoitopalvelulle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen optimaalisella palvelukokonaisuudella (Kurola ym. 2016).

Tämän työn tarkoituksena on luoda valtakunnallinen ensihoidon laatumittaristo, jonka tehtävänä on toimia apuvälineenä ensihoidon laadun arvioimisessa ja kehittämisessä. Laatumittariston avulla organisaatio saa kuvan laatutilanteestaan ja käytännön työkaluja laadun kehittämiseksi.

Opinnäytetyö alkaa kirjallisuuskatsauksella, jossa selvitetään, mitä laatu ensihoidossa on. Teoreettiseksi viitekehyykseksi valikoitui Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema laatukriteeristö ensihoidon laadun arviointiin vuodelta 2014. Laatukriteeristön ja kirjallisuuskatsauksen jälkeen laaditaan Webropol-kysely ensihoito-organisaatioille. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa yksiköiden nykyistä laadunvalvontaa. Saatujen tulosten perusteella valmistuu valtakunnallinen ensihoitopalvelun laatumittaristo, joka pisteyttää organisaation tilanteen laatu-  
janalle. Laatuajanalle voidaan sijoittaa eri ensihoito-organisaatioita, riippumatta esimerkiksi ensihoidon järjestämistavasta.

Opinnäytetyön aihetta kartoitettiin työelämälähtöisesti. Lähtökohtana oli tuottaa kehittämistyö, jonka tarkoituksena on kehittää ja parantaa olemassa olevaa työelämää. Opinnäytetyöntekijät työskentelevät eri organisaatioissa, joten työstä haluttiin sellainen, että se tukee molempia organisaatioita. Kaksi tekijöistä työskentelee hoitotason ensihoitajina ja kolmas ensihoidon kenttäjohtajana. Opinnäytetyöstä haluttiin valtakunnallisesti hyödynnettävä, joten myös aiheen tuli olla tärkeä, tuore, kiinnostava ja ajankohtainen. Ensihoidon laatu koettiin aiheena mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi, sekä samalla sopivan haasteelliseksi aihealueeksi.

## **2 Ensihoitopalvelu**

Ensihoito tarkoittaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellistä hoidon antamista ja tarvittaessa kuljettamista hoitoyksikköön (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010). Ensihoito on terveydenhuollon päivystystoimintaa julkisilla paikoilla, kodeissa ja työpaikoilla. Ensihoidon tehtäväkirjo on laaja. Se vaihtelee vanhuksen kaatumisesta traumapotilaan sydänpysähdykseen, rajuun väkivaltaan ja sosiaaliseen hätään. Väestön pitkäaikaissairaudet ovat lisääntyneet, iäkkäiden osuus kasvanut sekä alkoholi ja muut päihteet yleistyneet. (Määttä 2013, 14-15.)

Ensihoidon tehtävämäärät ovat kasvaneet vuosi vuodelta. Päivystyspisteiden keskitys, pitkäaikaishoitopaikkojen väheneminen ja hoitopäivien keston lyheneminen ovat vaikuttaneet osaltaan ensihoitopalvelun tehtävämääriin. Ensihoito-tehtävien luonne ja ensihoidon tehtäväkuva on muuttunut vuosien saatossa. (Kurola ym. 2016.)

Tehtävämäärien kasvuun on useita syitä. Hätäkeskusuudistuksen ja potilaiden avohoitopainotteisen hoitomuodon on arvioitu olleen taustasyinä kasvaville ensihoidon tehtävämäärille. Hätäkeskuspäivystäjän koulutuksen painopiste on tunnistaa hätätilapotilaat. Nykyiset toimintamallit sellaisenaan eivät ole toimivia kiireettömien puheluiden käsittelyn osalta. Lääketieteellisesti kiireettömät potilaat tarvitsevat tarkempaa tilannearviota asianmukaisen ja oikea-aikaisen jatkohoidon järjestämiseksi. Selvityksessä todettiin, että ensihoidon kontaktin jälkeen 25 % potilaista ei kuljetettu päivystykseen tai muualle jatkohoitoon. Sairaanhoidopiirien välillä oli kuitenkin merkittäviä eroja, joihin ei löytynyt selittävää tekijää. (Kurola ym. 2016.)

## **2.1 Ensihoidon järjestäminen**

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu on sairaanhoitopiireillä. Toiminta voidaan hoitaa itse, yhteistyössä pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa tai ostamalla muulta palveluntuottajalta. (Asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.) Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Ensihoitopalveluun sisältyvät terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arvio ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon laitoksen ulkopuolella, tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön sekä äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan jatkohoitoon liittyvät vaativat siirrot, joissa tarvitaan jatkuvaa hoitoa ja seurantaa. Tarvittaessa potilas, läheiset, omaiset ja sivulliset tulee ohjata psykososiaalisen tuen piiriin.

Ensihoitopalveluun sisältyy myös valmiuden ylläpito, osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten kanssa. Ensihoitopalvelun tulee antaa virka-apua poliisille, pelastus-, rajavartio- ja meripelastusviranomaisille tarvittaessa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Ensihoitoa ohjaavat erilaiset lait ja asetukset. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta on annettu 6.4.2011 ja se on päivitetty 24.8.2017. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava operatiivista toimintaa ja laadittava ohjeet potilaiden hoidon tarpeen arviosta ja hoitoon ohjauksesta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee vastata päivittäistoiminnasta sekä poikkeusolojen tilanteista ja niihin varautumisesta. Heidän on laadittava hälytysohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat ohjeet, jotka erityisvastuualueen (erva) ensihoitokeskus sovittaa hätäkeskukselle annettaviksi. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sopii meripelastusviranomaisten kanssa toimintamalleista, joilla turvataan potilaiden ensihoito meripelastusviranomaisten vastuulla olevissa tehtävissä. Lisäksi on sovittava ensihoitopalvelun toiminnassa tarvittavien erikoisvarusteiden ja kulkuneuvojen käytöstä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Alueen väestöä tulee tiedottaa ja heille tulee järjestää neuvontaa ensihoitopalveluun kuuluvissa asioissa. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee varmistua ensihoitopalvelun kaluston soveltuvuudesta tehtäville. Lisäksi on seurattava ja tuotettava erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen ja aluehallintoviraston, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta. Poliisilaitosten kanssa tulee sopia, kuinka taktinen ensihoito tarvittaessa järjestetään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

## **2.2 Porrastetun järjestelmän tasot**

Ensihoitopalvelu jakautuu ensivastetoimintaan, perus- ja hoitotasoon sekä ensihoitolääkäripäivystykseen. Toimintaa johtaa ensihoidon kenttäjohtaja hoitotason ensihoitajan ominaisuudessa. Porrasteisessa vasteessa korkeariskisille tehtävil-



le lähetetään jo lähtökohtaisesti useampia yksiköitä ja pyritään saamaan paikalle hoito- tai lääkäritasoinen yksikkö. (Määttä 2013, 23-24.) Lisäksi enenevässä määrin on alettu perustaa yhden ensihoitajan yksiköitä, joiden tarkoituksena on potilaan tilan kartoittaminen haastattelun, perustutkimusten, eri vieridiagnostiikkavälinein ja videokonsultaatioin (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri 2017).

Ensihoitopalvelun hoitoketju aktivoituu, kun maallikko tunnistaa apua vaativan tilanteen ja soittaa hätäilmoituksen yleiseen hätänumeroon 112. Hätäkeskus tekee riskinarvion sosiaali- ja terveysministeriön ohjetta noudattaen, hälyttää apua sekä antaa tarvittaessa puhelimitse toimintaohjeita ilmoittajalle. Hätäkeskus lähettää ensihoitotehtäville ne yksiköt, jotka ensihoidon vastuulääkäri on alueellisesti määritellyt kyseessä olevalle tehtävälajille. Hätäkeskuksen riskinarvioin perusteella tehtävät luokituvat neljään kiireellisyysluokkaan A, B, C ja D. (Määttä 2015, 17.)

A-riskiluokan tehtävä on korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- ja tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017). Peruselintoiminnan häiriöillä tarkoitetaan hengityksen, verenkierron tai tajunnan kriittisiä sairaustiloja (Kuisma 2008, 26). B-riskiluokassa tehtävä on todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta. C-riskiluokan tehtäväksi luokitellaan tilanteet, joissa avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi. Tehtävä edellyttää kuitenkin ensihoitopalvelun nopeaa arviointia. D-riskiluokan tehtävällä avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä ole viitteitä peruselintoimintojen häiriöstä, mutta tarvitaan kuitenkin ensihoitopalvelun suorittamaa hoidon tarpeen arviota. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Ensiapu on maallikon antamaa apua, esimerkiksi murtuman lastoittaminen tai pienen verenvuodon tyrehtyttäminen. Hätäensiapu on maallikon antamaa henkeä pelastavaa toimintaa, kuten tajuttoman ihmisen kyljelleen kääntämistä. Ensivastetoiminta on terveydenhuollon toimintaa, joka määritellään palvelutasopäätöksessä. Se tarkoittaa hätäkeskuksen hälyttämää muuta yksikköä kuin ambulanssia äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan nopeaa tavoit-

tamista ja hoidon aloitusta varten. Ensivasteyksikkönä voi toimia esimerkiksi pelastusyksikkö, poliisi, rajavartiolaitos tai meripelastus. (Kuisma 2013, 23-24.)

Perustason ensihoito on hoitoa ja kuljetusta, jossa valvotaan ja huolehditaan potilaista niin, ettei potilaan tila kuljetuksen aikana odottamatta huonone. Perustasolla suoritetaan myös yksinkertaisia henkeä pelastavia toimenpiteitä. Hoitotason ensihoito tarkoittaa valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetulla tasolla peruselintoiminnot turvaten. Hoitotason ensihoitaja tekee tutkimusten ja haastattelun perusteella työdiagnoosin ja valitsee hoitolinjat. Hoitotasolla on mahdollisuus erilaisiin toimenpiteisiin, muun muassa sähköiseen rytminsiirtoon, sydäninfarktin liuotushoittoon ja alueellisten ohjeiden mukaan myös tajuttoman potilaan hengitystien turvaamiseen intuboimalla. (Itä-Uudenmaan pelastuslaitos, 2011.)

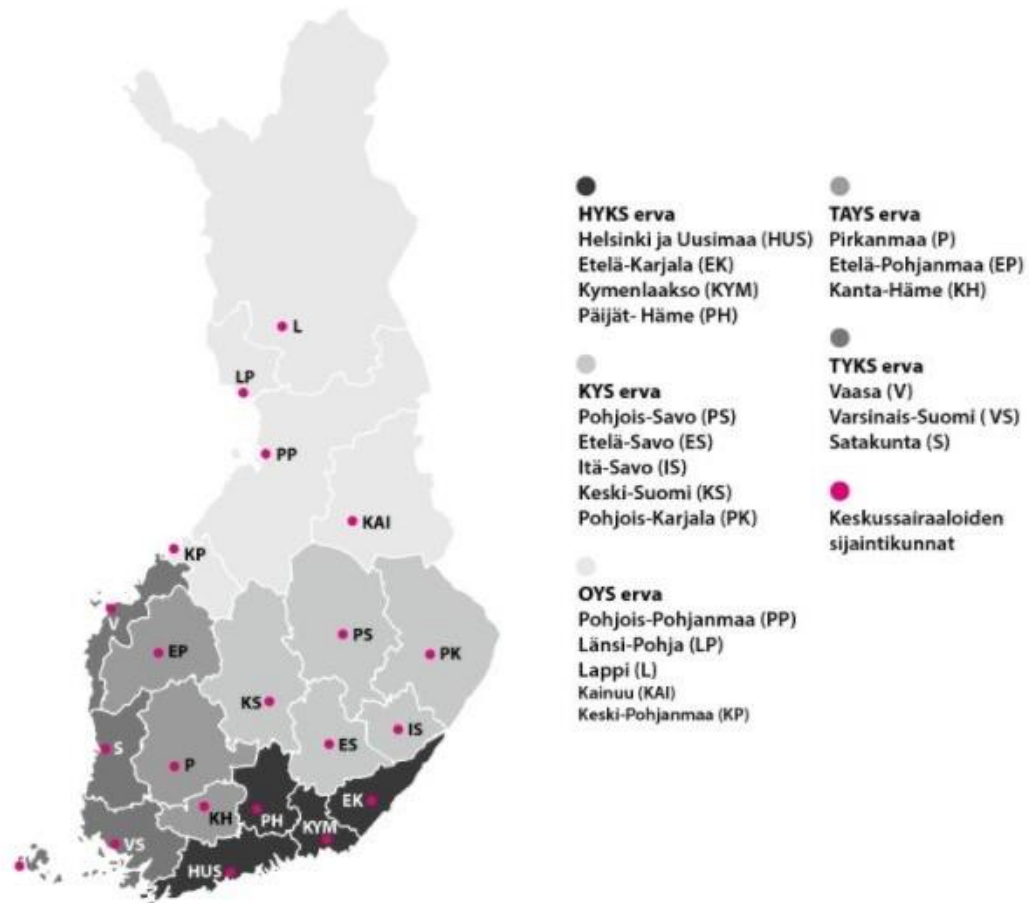
Yksi hoitotason ensihoitaja voi muodostaa ensihoitopalvelun yksikön, jonka tehtäviin kuuluu potilaiden hoidon tarpeen arviointi, välitön hoidon aloitus ja muiden ensihoitopalveluiden yksiköiden tukeminen. Tämä yksikkö ei kuljeta lainkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Ensihoitoasetus velvoittaa sairaanhoitopiiriin järjestämään ympärivuorokautisen ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmän. Ensihoitopalvelun kenttäjohtajan tehtävänä on ylläpitää toiminta-alueen ensihoitopalvelun tilannekuvaa, ohjata ja johtaa päivittäistoimintaa, päivittäistoiminnan ruuhkatilanteita sekä määrätä usean yksikön tilanteissa toiminta-alueen ensihoitoajoneuvojen käytöstä. Kenttäjohtaja ohjaa hätäkeskusta tilanteissa, joissa päivittäistoiminnan ohjeistuksista joudutaan poikkeamaan esimerkiksi resurssien riittämättömyyden vuoksi. Tarvittaessa kenttäjohtaja osallistuu hoitotason ensihoitajana tehtävien hoitamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Sairaanhoitopiirissä tulee olla nimetty ensihoidon vastuulääkäri. Vastuulääkäri laatii hoito-ohjeet, järjestää koulutusta, huolehtii ajantasaisista toimintaohjeista sekä kehittää ensihoitopalvelua ja henkilöstön osaamista. Yhteydenpito sidosryhmiin on tärkeää. Ensihoitolääkärin operatiivinen rooli vaihtelee alueittain. Ensihoitopalvelun rakenne, henkilöstön koulutus ja hoitoketjujen toimivuus vaikuttavat työkuvaan. Jokaisella erityisvastuualueella (erva-alue) on vähintään yksi

päivystävä ensihoitolääkäri, jolta ensihoitajat voivat pyytää toimintaohjeita. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Kuvassa 1 on vuoden 2018 alusta päivitetty erityisvastuualueet.



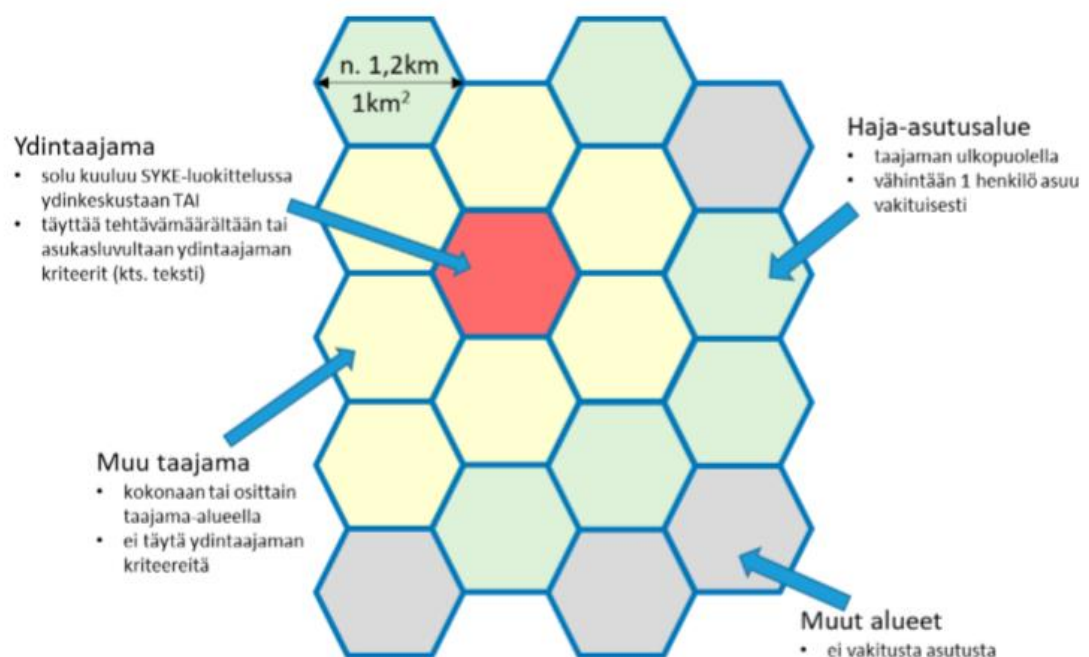
Kuva 1. Erva-alueet 2018 (STM 2018).

## 2.3 Palvelutaso

Asetus ensihoitopalvelun järjestämisestä määrittelee sairaanhoitopiireille tehtävät. Järjestämistoiminnan työkaluna toimii palvelutasopäätös. Tämä on paikallinen sopimus, jonka sisältö muotoilee paikallisen ensihoitopalvelun sisällön, laadun ja tavoitteet. Palvelutasopäätöksessä on huomioitava muun muassa ensihoitoyksiköiden hälytysohjeet, ensihoidon operatiiviseen johtamiseen liittyvät asiat, päivittäis- sekä poikkeusolosuhteiden toiminta ja erilaiset hoito-ohjeistukset. Palvelutasopäätöksessä asetetaan toiminnalle tavoitteita, joita vuosittain voidaan seurata, esimerkiksi potilaan tavoittamisviiveitä eri

riskialueluokissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Sairaanhoitopiirit tekevät alueestaan riskianalyysin, joka sisältää ensihoidon riskialueluokkien muodostamisen. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on jakaa alueensa maantieteellisesti neliökilometrin kokoisiksi soluiksi (kuva 2). Nämä solut jaetaan neljäksi riskialueeksi: ydintaajama, muu taajama, asuttu maaseutu ja muut alueet. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)



Kuva 2. Riskialueruudut (Ilkka, Kurola & Pappinen 2017, 13).

Riskialueluokituksessa käytetään Suomen Ympäristökeskuksen (SYKE) paikkatietoaineistoja. Riskialueluokkien määritelmässä korkein riskialueluokka on ydintaajama. Tälle solulle ominaista on se, että tuolla neliökilometrin alueella on ollut 99% enemmän tehtäviä tai väestöä kuin muissa sairaanhoitopiirin asutuissa soluissa edellisenä kalenterivuonna, esimerkkinä suurten kaupunkien keskustat. Jos solu kuuluu osittain tai kokonaan SYKE:n ydintaajama-alueeseen, kuuluu se ydintaajaman riskialueluokkaan. (Ilkka, Kurola, & Pappinen 2017,15-16.)

Toiseksi korkein riskialueluokka on muu taajama. Tälle solulle ominaista on se, että se kuuluu osittain tai kokonaan SYKE:n taajama-alueeseen, mutta ei kuitenkaan täytä ydintaajaman kriteereitä. Tällaisia alueita ovat kaupunkien asuinlähiöt ja pienten kaupunkien keskustat. Kolmas riskialueluokka on haja-asutusalueet. Tällainen solu ei täytä edellisten ehtoja mutta siellä asuu vakituisesti vähintään yksi henkilö. Näitä alueita on asuttu maaseutu. Muut asumattomat alueet ovat ”muut alueet” riskialueluokkaan kuuluvia. (Ilkka ym. 2017, 15.)

Palvelutasopäätöksen yksi tehtävistä on määritellä ensihoitoyksiköiden tavoittamisajat kaikille riskialuesoluille. Esimerkkinä ydintaajaman kiireellisistä tehtävistä tulee tavoittaa 50% viidessä minuutissa ja 90 % kymmenessä minuutissa. Näitä tilastolukuja sairaanhoitopiirien tulee seurata vuosittain. (Ilkka ym. 2017,17.) Riskianalyysin avulla pyritään toteuttamaan samankaltainen ensihoitopalvelu riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samankaltaisille alueille. Toiminnan suunnittelussa pyritään turvaamaan asukkaille mahdollisimman tasavertainen palvelun saatavuus. Hyvä suunnittelu mahdollistaa resurssien tehokkaan käytön ja sen, että mahdollisimman moni alueella asuvista ihmistä saa avun sovituksessa määrääjassa. (Ilkka ym. 2017,10.)

Ensihoitopalvelu kerää aikatietoja tehtävien hoitamisista statustietojen kautta. Nämä statustiedot ovat ensihoitoyksikön suorittamien tehtävien juridisia aikaleimoja. Aikaleimat tallentuvat hätäkeskusjärjestelmään tehtävälokitietoihin. Ennen kun potilas kohdataan, kerätään aikaleimatietoja seuraavasti: tehtävä vastaanotettu, matkalla, kohteessa ja potilas kohdattu. Potilaan kohtaamisen jälkeen statukset tallentuvat kuljetuksen eri kiireellisyyksien mukaan (A,B,C,D) tai X (ei kuljetusta) aikaleimaan. Kuljetuksen aikatiedon lisäksi tallennetaan ”perillä”-tilatieto, joka ilmoitetaan, kun on saavuttu vastaanottavaan hoitolaitokseen. Tehtävältä vapautuminen ja paluumatkan aikatiedot rekisteröidään, kunnes tehtävä on päättynyt asemalle tai uuden tehtävän alkamiseen. Lisäksi statustietona voidaan välittää hätäkeskukselle yksikön tauko tai poissa valmiudesta ajankohdat. (Castrén ym. 2012, 33 – 35.)

## 2.4 Ensihoidon päivittäistoimintaa

Päivittäistoimintaa ohjaavat kullekin toiminta-alueelle tehty palvelutasopäätökset. Ensihoitoasetus ohjaa ja määrittelee palvelutasopäätöksen reunaehdot. Palvelutasopäätöksen on perustuttava riskianalyysiin. Tämä riskianalyysi tehdään ensihoitokeskuksen johdolla ja se perustuu erityisvastuualueiden valmisteluun. ”Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, väestön tavoittamista kuvaavat tavoiteajat erityisvastuualueittain yhdenvertaisesti valmisteltuna, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat.” Päivittäistoimintaan sisältyy ensihoitotehtävien hoitaminen hälytysvasterakennelmien mukaisesti ja muut päivittäistoimintaan liittyvät aktiviteetit valmiuden ylläpidon aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Ensihoidon toimintavalmius on palvelun kokonaisuus ja siihen vaikuttavat monet eri asiat. Yksiköiden sijoittelu toiminta-alueelle suhteessa väestökeskittymiin sekä yksiköiden päivystys sopimuksien lähtövalmiuksineen on yksi merkityksellisistä asioista. Tavoittamisviiveisiin vaikuttaa luonnollisesti moni eri asia. Lähtövalmiuteen voidaan vaikuttaa sopimusteknisillä asioilla, onko yksikkö välittömässä lähtövalmiudessa vai esim. kotivarallaolossa. Siirtymiseen kulunut aika päivystyspisteestä tapahtumapaikalle voidaan arvioida teoreettisesti siten, että hälytysajoneuvon teoreettinen nopeus taajamassa on 1 km /min ja haja-asutusalueella 2 km / min. Tähän nopeuteen vaikuttaa luonnollisesti monet muutkin ympäristön olosuhteet esimerkiksi sää ja liikenneuhkat. (Castrén, Holveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 22-23.)

Ensihoitoyksiköiden hoidolliset valmiudet ovat erilaisia. Ensihoitohenkilöstön pätevyyteen vaikuttaa heidän ensihoidollinen peruskoulutuksensa, jatko-opiskelu sekä ammattitaidon ylläpito-opintojen määrä. Pelkkä koulutus ei takaa laadullisesti hyvää ammattitaitoa; henkilökohtaiset ominaisuudet, motivaatio ja ammattitaidon ylläpitämisen halu ovat isossa roolissa ammatillisessa kasvussa ja kehityksessä. On selvää, että ensihoitoajoneuvojen fyysiset ja tekniset ominaisuudet vaikuttavat myös yksikön hoidolliseen valmiuteen. Yksiköiden työka-

lut tulee olla sellaisia, että niillä voidaan toteuttaa vaativia ensihoidollisia toimenpiteitä. (Castrén ym. 2012, 22-23.)

X-koodi on ensihoitopalvelun käsite, joka kuvaa päätöstä jättää potilas kuljettamatta tehtävään hälytetyllä ensihoitoyksiköllä. X-koodin numerosta selviää kuljettamatta jättämisen peruste. ”Äksääminen” voi olla potilaan sekä ensihoitajan oikeusturvan kannalta ajoittain haasteellista. Kuljettamatta jättäminen voi johtaa hoidon viivästymiseen ja kanteluihin, minkä vuoksi paikallinen ensihoidon vastuulääkäri antaa usein toimintaohjeita kuljettamatta jättämistilanteisiin. Toisaalta kaikkien potilaiden kuljettaminen ambulanssilla hoitopaikkaan ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista. (Määttä 2013, 53-57.) Taulukkoon 1 on koottu X-koodit selitteineen.

<u>Koodi</u>	<u>Selite</u>
X-0	Ajoeste
X-1	Vainaja
X-2	Ohjattu poliisin suojaan
X-3	Muu apu; esimerkiksi kotisairaanhoido hälytetty paikalle
X-4	Muu kuljetus; esimerkiksi omainen, muu ambulanssi tai taksi vie
X-5	Terveystila määritetty, ei tarvetta kuljetukseen
X-6	Potilas kieltäytyy
X-7	Ei potilasta
X-8	Hoidettu kohteessa
X-9	Tehtävän peruutus

Taulukko 1. X-koodit.

Valviran mukaan ensihoidon liian korkea kuljetuskynnys on potilasturvallisuusriski. Ensihoito on vaativaa ja edellyttää vahvaa koulutusta ja kokemusta. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi kaikilla ensihoidon yksiköillä tulisi olla käytössään tarkat ohjeet ja riittävä koulutus potilaan kuljettamatta jättämiseen. Valviran mukaan ensihoitopalvelun kehittämiseen liittyvissä suunnitelmissa ei ole huomioitu tarpeeksi kuljettamatta jättämispäätöksiin liittyviä riskejä. (Valvira 2016.)

### 3 Laatu terveydenhuollossa

Laatu on kokonaisuus, joka koostuu piirteistä ja ominaisuuksista, joihin perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi (THL 2014). Esimerkiksi yrityksen systemaattinen laatuohjelma, jolla pyritään tuotteiden ja toiminnan laadun parantamiseen on laadunhallintaa.

Potilas tai asiakas on terveyspalveluja käyttävä, tai niiden kohteena oleva henkilö. Potilas- ja asiakaskeskeisyys on toimintaperiaate, jossa asiakas voi toiminnallaan ja päätöksillään vaikuttaa ja tehdä valintoja. Asiakaskeskeisyys on hoidon yhteydessä ammatillista potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista. Potilaan omaa näkemystä ja asiantuntijuutta omasta tilasta huomioidaan ja sitä kunnioitetaan. (THL 2014.) Nykykäsityksen mukaan potilaan näkökulma on keskeinen hoidon laadun määrittämisen kannalta (Kuisma & Hakala 2017, 74). Laadukulttuuri on laatua edistävä systemaattinen toimintatapa, johon sisältyy laatua tukevaa johtamista, arvoja ja asenteita (THL 2014).

Terveidenhuoltolain (2010) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lain tavoitteena on kaventaa väestön terveyseroja, toteuttaa terveyspalvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeskeisyyttä. Laki vahvistaa myös perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä sekä velvoittaa eri terveydenhuollon toimijat yhteistyöhön.

Terveidenhuoltolain (2010) mukaan *”terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveidenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.--. Terveidenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kans-*



sa.” Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suunnitelman laadintaa ja sisältöä ohjaavan asetuksen (THL 2014).

Terveystenhuollon laadusta säädetään myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992). Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveystenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Potilasvahinkolain (585/1986) mukaan korvattava potilasvahinko on sellainen, jossa ammattistandardit alitetaan. Käytännössä tämä tarkoittaa tilannetta, jossa kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tutkinut, hoitanut tai muutoin käsitellyt potilasta toisin ja vahinko olisi todennäköisesti vältetty.

Yhteistä kaikille hoidon laatua koskeville säädöksille on, että ne velvoittavat noudattamaan koululääketieteen hyviä käytänteitä. Hyvinä käytänteinä voidaan pitää valtakunnallisesti hyväksytyjä toimintatapoja, kuten Käypä hoito -suosituksia. Yksittäisen potilaan kohdalla tilanne arvioidaan aina tapauskohtaisesti, tarvittaessa valvontaviranomaisten hankkimien asiantuntija-arvioiden mukaisesti. (THL 2014.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan keskeisenä elementtinä sosiaali- ja terveysalan laadussa on asiakaskeskeisyys. Asiakasta tulee kunnioittaa ja itsemääräämisoikeus on lähtökohtana palvelun toteuttamisessa. Asiakkaan asema on turvattu laissa. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus asettaa ihmiset yhdenvertaiseen asemaan, jossa kaikille taataan tasa-arvoinen palvelu kohtuullisessa ajassa asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta. Oikeudenmukaisuus periaatteena takaa, että samassa tilanteessa olevat asiakkaat saavat yhdenmukaisen hoidon tai palvelun. Kiireellisissä tilanteissa hoito annetaan kaikille viivytyksettä asuinpaikasta riippumatta. Valinnanvapaus tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta, jonka mukaan hänellä on vapaus valita missä häntä hoidetaan ja millaista hoitoa hän ottaa vastaan. (THL 2014.)

Potilasturvallisuus on hoidon, lääkehoidon ja laitteiston turvallisuutta, johon liittyen jokaisen terveydenhuollon yksikön tulee laatia potilasturvallisuussuunnitelma. Korkeatasoinen osaaminen sisältää itse toiminnassa tarvittavan osaamisen, hyvät vuorovaikutustaidot, ammatilliset arvot ja etiikan. Vaikuttavuudella pyritään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla savutettavaan hyötyyn kohti asiakkaan hyvinvointia ja kokonaisvaltaista terveyttä. (THL 2014.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) lisää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten laatulementtien listaan vielä tuotokset. Tuotokset kuvaavat sosiaali- ja terveystieteiden alalla tuotettujen palveluiden määrää eri tavoilla ilmaistuna. Tuotos voi olla esimerkiksi käynti sairaanhoitajan vastaanotolla. Tuottavuus on toiminnan tulosten ja käytettyjen panosten eli kustannusten välinen suhde. Kustannusvaikuttavuus kuvaa vaikuttavuuden ja panostuksien välistä suhdetta. Se kuvaa kuinka hyvin sosiaali- ja terveydenhuollossa on päästy asetettuihin tavoitteisiin ja minkä verran resursseja on vaadittu. Tehokkuus tarkoittaa toiminnassa käytettyjen panosten ja niillä aikaansaadun vaikuttavuuden suhdetta. Tehokkuuteen liittyvä ajatustapa lähtee sosiaali- ja terveydenhuollossa siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä ei ole tuottaa mahdollisimman paljon palveluita kaikilla voimavaroilla, vaan saada aikaiseksi mahdollisimman positiivinen tulos väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Johtaminen ja laatu liitetään toisiinsa ja niiden kehittymistä on seurattu jo useita vuosikymmeniä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2008.)

### **3.1 Laadun arviointi**

Hyvällä laadulla tarkoitetaan terveydenhuollossa asiakkaan saamaa tarpeellista palvelua oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Laadukkaan palvelun tulee perustua sen hetkiseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön, joka pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin sekä riskien minimointiin. Hyvään laatuun liittyy kiinteästi vaatimusten ja odotusten täyttäminen annettujen taloudellisten resurssien rajoissa. (THL 2014.) Perälän (1995, 18-20) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laatu tarkoittaa palveluiden tarpeen täyttämistä ammattitaitoisesti lakien ja asetusten mukaan. Perinteisesti laadulla on tarkoitettu tuotteen tapaa täyttää asiakkaan tarpeet, toiveet ja vaatimukset. Terveydenhuollon laadussa

tärkeää on resurssien tehokas ja turvallinen käyttö, taloudellisuus ja korkeatasoisuus. (Koivuranta-Vaara 2011.)

Rissanen ja Kansanen mukaan terveydenhuollon laatu ilmenee eri asioiden ja tilanteiden yhteydessä eri tavoilla. Laatu saa erilaisia ominaisuuksia riippuen siitä, kenen näkökulmasta sitä arvioidaan. Laatua voidaan tarkastella potilaan, omaisten, terveydenhuollon ammattilaisten tai johtamisen näkökulmasta. (Rissanen & Kansanen 2003, 109.) Laatua tuleekin tarkastella ja mitata moniulotteisesti (STM, 2014).

Terveydenhuollossa laadun arvioiminen on haastavaa, sillä tuotettavan palvelun vertailu on erilaista kuin myytävien tuotteiden. Palveluiden laatu poikkeaa tavaroista, sillä palveluita ei voida varastoida, vaan ne ovat aineettomia. Rissanen ja Kansanen (2003) mukaan terveydenhuollon laatuun vaikuttavat sekä potilas palvelun käyttäjänä kuin henkilökunta sen tarjoajana. Myös käytettävillä menetelmillä, tiloilla ja laitteilla on merkitystä laatuun. Terveydenhuollon laatuominaisuuksia arvioitaessa voidaan huomio kiinnittää pätevyyteen, turvallisuuteen, vastuuntuntoisuuteen, luotettavuuteen ja kommunikaatioon. Lopullista palvelun laatua voidaan arvioida asiakkaan subjektiivisesta kokemuksesta, laadun objektiivisuudesta ja johdonmukaisesta näkökulmasta. Organisaatiotasolla laatua voi arvioida tarkastelemalla prosessia, rakennetta sekä tulosta. (Rissanen & Kansanen 2003, 7-9.)

Ensihoidossa laadunhallinta on pitkälti eri prosessien hallintaa. Prosessi on sarja toimenpiteitä ja niihin liittyviä voimavaroja sekä menetelmiä, joilla saadaan haluttu palvelu asiakkaalle. (Kuisma & Hakala 2017, 82.) Esimerkiksi sydänpysähdyspotilaan hoitoprosessin laatua voidaan arvioida. Prosessiin liittyy monia toimijoita: maallikko, hätäkeskus, ensihoito ja sairaala. Prosessin laadun arviointi sisältää useita lenkkejä, eikä pelkästään lääketieteellisen hoidon osuutta. Jatkovaa laadun parantamista voidaan tehdä tarkastelemalla prosessin eri vaiheita.

Prosessien kuvaaminen tekee toiminnan näkyväksi ja on lähtökohtana kustannustehokkuudelle sekä laadun hallinnalle. Prosessien kuvaus auttaa hahmotamaan kokonaisuutta sekä muuttamaan tarvittaessa toimintaa. Avoimuus

mahdollistaa ulkopuolisen arvioinnin ja vaikuttaa kehittämiseen. Oleellista on kuitenkin se, että laatu syntyy prosessin laadukkuuden pohjalta eikä jälkikäteen tehtävän tarkastuksen vuoksi. Jälkikäteen tehtävät arvoinnit ovat myös tärkeitä mittareita laadukkuudelle. (Kuisma & Hakala 2017, 83.)

### **3.2 Laatutyön kehitys Suomessa**

Suomessa ilmestyi vuonna 1979 Hannu Vuoren väitöskirja ”*Terveystenhuollon ja sairaanhoidon laadun mittaaminen. Käsitemanalyttinen ja metodinen tutkimus vuodelta 1970*”. Vuoren väitöskirja oli ensimmäinen suomalainen ja eurooppalainen tutkimus terveystenhuollon laadusta. Vuori itse kuvaa väitöskirjan saaneen ristiriitaisen vastaanoton; osa näki sen keinona parantaa terveystenhuollon laatua, mutta osa pelkäsi sen aiheuttavan valvontakulttuurin. 1990-luvun alussa lääkäriliitto alkoi puuhata valtakunnallisia Käypä hoito -suosituksia, joiden taustalle vaadittiin erikoislääkäreiden muodostamia asiantuntijaryhmiä ja laajoja näyttöön perustuvia kirjallisuuskatsauksia. Lainsäädännöllisesti laatutyöhön vaikutettiin säätämällä Potilasvahinkolaki vuonna 1986 ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuonna 1992. (Vuori 2013, 87, 91.)

Vuonna 1992 Sosiaali- ja terveysministeriö otti laatutyön mukaan valtakunnalliseen suunnitelmaansa ja valtuutti Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen laatimaan suosituksen. Vuonna 1995 julkaistiin ensimmäinen ”Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Jo tuolloin laadunhallinta nähtiin jokapäiväisenä, asiakaslähtöisenä työnä, jota toteutetaan tiedolla ohjaamisella. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus linjasi, että laadunhallinnan tulee lähteä koetuista ongelmista ja sen tulee olla projektikeskeistä. Vuonna 1999 Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto päivittivät suosituksensa 2000-luvulle. Uudessa painoksessa korostettiin järjestelmällistä prosessien hallintaan perustuvaa laatutyötä, johon asiakkaat osallistuvat ja jota johto luotsaa. 2000-luvulla laatutyö on mennyt jatkuvasti eteenpäin. Vuoren haastattelemien asiantuntijoiden mukaan laatutyö on omaksuttu niin tärkeäksi osaksi perustyötä, ettei sitä välttämättä osata enää mieltää erikseen laatutyöksi. Vuoren mukaan neljä tärkeintä laadun pääuraa ovat olleet hoitosuosituksien, yksikkökohtaiset laadun parantamis-

ja kehittämishankkeet, viranomaisten ja etujärjestöjen laatusuosituksset sekä koko laitoksen kattavat, dokumentoidut laatujärjestelmät. (Vuori 2013, 93.)

#### **4 Ensihoidon laatu ja laadun mittarit**

Ensihoidossa laatu voidaan määritellä asiantuntijapalveluksi, jossa asiakkaiden tarpeisiin vastataan sidosryhmät huomioivalla tavalla. Ensihoitopalvelun laatuun sisältyvät siten vaikuttava hoito, asiakas ja sidosryhmälähtöinen palvelutuotanto sekä omistajat ja ympäristön huomioiva tarkoituksenmukaisuus. (Kuisma & Hakala 2017, 74.) Laadunhallinnan avulla pystytään tuottamaan asiakaslähtöisempiä palveluja, parantamaan hoidon tuloksia sekä potilasturvallisuutta, vähentämään turhia kustannuksia ja lisäämään henkilöstön tyytyväisyyttä ja turvallisuutta. (Kuisma & Hakala 2017, 75-76.)

Ensihoidon laatua on tärkeää seurata ja kehittää, sillä ensihoito on nopeasti kehittyvä tieteenala. Tehtäväkentän laajentumisen myötä on tärkeää löytää toimivia mittareita laadun arviointiin sekä palvelun laadulliseen kehittämiseen. Aiemmin laadukkuuden mittarina on toiminut lähinnä kuolleisuuden vähentäminen, joka sellaisenaan ei ole enää validi mittari. Kansallisesti standardoidut näyttöön perustuvat laatuindikaattorit mahdollistavat palvelun kansallisen vertailun ja palveluntuottajien toiminnan kehittämisen sekä suunnittelun saatujen tulosten pohjalta. (Mazen 2012.)

Yhdysvaltain tiedeakatemian lääketieteen instituutti (IOM) on määrittänyt kuusi ensihoidon laatu-ulottuvuutta, jotka ovat hoidon turvallisuus, tuloksellisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, tehokkuus ja tasa-arvoisuus. Ensihoitoorganisaatioiden monimuotoisuus tekee laadun arvioinnista ja vertailusta haastavaa kansallisestikin. Laadun arvioinnin haasteellisuuden vuoksi ensihoitopalvelua on monesti arvioitu ainoastaan tuloksellisuuden perusteella. Tuloksellisuus yksinään ei kuitenkaan ole riittävä mittari ensihoidon laadun arviointiin. (Mazen 2012.)

Ensihoidon tutkiminen ja eri tutkimusten vertailu on haastavaa. Ongelmana on kelvollisen vertailuasetelman muodostaminen ja hankaluus verrata eri ensihoitojärjestelmissä tehtyjä tutkimuksia. Myös satunnaistettujen tutkimusten järjestäminen on liki mahdotonta. Ensihoitopalvelulla on muitakin tavoitteita kuin mitat-

tavissa oleva vaikuttavuus. Ensihoitoon liittyy oireenmukaista hoitoa, jonka vaikuttavuutta on hankala arvioida. Oireenmukaisen hoidon voidaan olettaa vähentävän inhimillisen kärsimyksen määrää ja täten lisäävän laatua. (Ryynänen, Iiro-la, Reitala, Pälve & Malmivaara 2008, 24.)

#### **4.1 Koulutus ja osaamisenhallinta**

Asetus ensihoitopalvelusta (585/2017) määrittää ensihoidossa työskentelevien koulutusvaatimukset. Ensivasteyksikössä vähintään kahdella henkilöllä tulee olla ensivastetöimintaan soveltuva koulutus. Perustason ensihoitoyksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus ja toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.) Käytännössä perustason yksikön voi muodostaa siis ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja ja työparina hänellä voi olla pelastaja, lähihoitaja tai sairaanhoitaja.

Hoitotason ensihoitoyksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava ensihoitaja AMK tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen opintokokonaisuuden yhteistyössä sellaisen ammattikorkeakoulun kanssa, jossa on ensihoidon koulutusohjelma. Toisen ensihoitajan on täytettävä perustason ensihoitajan kelpoisuusehdot, jotka on esitetty yllä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.) Käytännössä hoitotason yksikön voi muodostaa esimerkiksi kaksi ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittanutta tai esimerkiksi 30 opintopisteen edestä ensihoitoon erikoistunut sairaanhoitaja, yhdessä palomiehen kanssa.

Ensihoitoasetus kuitenkin mahdollistaa hoitotason ensihoitajana toimimisen henkilöille, jotka ovat ensihoitoasetuksen vuonna 2011 voimaan tullessa toimineet hoitotasolla ja joilla on riittävä ensihoidon osaaminen ja tehtävän edellyttämä kokemus, vaikka tutkinto puuttuisikin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.) Esimerkiksi vuonna 2001 valmistunut lähihoi-

taja, joka on toiminut koko uransa hoitotasolla ollen siellä siirtymäsäädöksen aikana, saa edelleenkin toimia lain puitteissa hoitotason ensihoitajana.

Yhden ensihoitajan yksikön voi muodostaa hoitotason kelpoisuuden täyttävä ensihoitaja. Kenttäjohtajan pätevyysvaatimukset ovat samat kuin hoitotason ensihoitajalla. Lisäksi kenttäjohtajalta vaaditaan riittävää ensihoidon hallinnollista ja operatiivista osaamista ja kokemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan työntekijä on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) todetaan, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Laissa määritellään, että täydennyskoulutuksen sisällössä tulee ottaa huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Täydennyskoulutuksen tulee olla suunnitelmallista. Laki ei kuitenkaan määrittele täydennyskoulutuksen sisältöä tai riittävää määrää, ei myöskään sanktioita tai kannustimia. Ensihoitopalvelun tuottajat määrittelevät miten käytännössä toteuttavat ensihoidossa työskentelevien lisä- ja täydennyskoulutukset. Toimintayksikön on seurattava täydennyskoulutuksen toteutumista. Yleisimmin perus- ja hoitotason ensihoitajat suorittavat muutaman vuoden välein teoriakokeen, joilla ylläpidetään hoitovelvoitteita. Sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri myöntää henkilökohtaiset hoitovelvoitteet (Määttä 2015, 21).

Ammatillinen peruskoulutus tuo henkilölle muodollisen pätevyyden toimia työssään. Kvalifikaatio eli ammatillinen osaaminen rakentuu tietojen ja taitojen lisäksi asenteista ja motivaatiosta. Tietojen ja taitojen parhaimpaan hyödyntämiseen ovat olennaisessa roolissa asenne ja motivaatio. Asenne on melko pysyvä ja sisäistynyt perusvire. Motivaatio on puolestaan melko lyhytaikainen ja myös tilannekohtainen. Asenteet heijastavat yksilön arvostuksia, motivaatio antaa toiminnalle suuntaa ja voiman. Myönteinen asenne ja motivaatio saa aikaan parhaimman osaamisen. (Viitala 2013, 180-181.) Kokemus tuo mukanaan myös

niin sanottua arvokasta hiljaista tietoa, joka on tiedostamatonta ymmärrystä (Virtainlahti 2009, 47).

Terveysthuollossa osaamisvaatimukset muuttuvat ja kasvavat koko ajan. Osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen vaatii jatkuvaa osaamisen arviointia ja kehittämistä organisaatiossa (Virtainlahti 2009, 26). Organisaation osaamisen lähtökohtana on työntekijöiden henkilökohtainen osaaminen. Tämän varassa ovat toimintamallit, prosessit, rakenteet ja organisaation kehittyminen. (Viitala 2013, 179.) Osaamisen kehittämisen prosessin edellytyksenä on tunnistaa ja arvioida organisaation sen hetkiset osaamiset. Tämän jälkeen mietitään tulevaisuuden tarpeita ja miten vastataan niihin. (Viitala 2013, 182-183.)

Kehityskeskustelu on yleisessä käytössä oleva kehittämisen väline. Kehityskeskustelu on esimiehen ja työntekijän välinen järjestelmällinen ja vuorovaikutteinen tapa tarkastella työntekijän ammatillista osaamista ja kehitystarpeita. Kehityskeskustelun avulla määritellään yksilön henkilökohtaiset kehittymisen tavoitteet, joiden pohjana on organisaation arvomaailma ja toiminta-ajatus. (Hätönen 2011, 34.)

Hoitotason ensihoitohenkilöstö Suomessa on varsin testattua ja ilmeisimmin yksi harvoja terveydenhuollon ammattiryhmiä, joiden ammatillista pätevyyttä arvioidaan jatkuvasti myös perustutkinnon suorittamisen jälkeen. (STM 2014, 21.) Ensihoitaja (AMK) -opiskelijoille on järjestetty valtakunnallinen hoitotason testaus ennen valmistumista. Ammattitaidon arviointi pitää sisällään teoriakokeen sekä simulaationäyttökokeen. Valtakunnallinen testaus tukee hoitotasojen ensihoitajien osaamisen tasalaatuisuutta. Perustasolla työskenteleville ei ole vielä vakiintunut valtakunnallista yhdenmukaisuutta osaamisen arviointiin. (Jormakka 2017.)

Osaamisenhallintajärjestelmä on työkalu, jonka avulla ensihoidossa työskentelevien ammattitaitoa arvioidaan ja kehitetään ja valvotaan suunnitelmallisesti. Juha Jormakka ja Antti Kosonen ovat omassa YAMK - opinnäytetyössään (2015) luoneet Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueelle ensihoitajien osaamisenhallintajärjestelmän. Lisäksi Kaisa Seppänen on omassa AMK-opinnäytetyössään (2017) luonut osaamisenhallintajärjestelmän Etelä-Karjalan



sosiaali- ja terveystieteiden yhden hengen liikkuvaan päivystysyksikköön. Osaamisenhallintajärjestelmät eivät ole vielä vakiintuneessa käytössä kaikissa ensihoito-organisaatioissa.

Koulutuksia voidaan järjestää perinteisin teorialuennoin tai käytännön harjoitteluiden avulla. Simulaatio-oppiminen on terveydenhuollossa lisääntyvä osaamisenhallinnan menetelmä. Simulaatio tarkoittaa tekniikkaa, jossa harjoitellaan potilaan hoitomenetelmiä, protokollia, vuorovaikutusta, kriittistä ajattelua ja päätöksentekoa. Oppimisympäristön avulla luodaan mahdollisimman todellisuutta muistuttava hoitotilanne, oppiminen tapahtuu turvallisesti ja kontrolloidusti. (McKenney, Carhart, Bercher, Spain, Todaro & Freel 2015.)

Useissa tutkimuksissa simulaatio-oppiminen on todettu tehokkaaksi oppimismenetelmäksi. Simulaatio-oppimisen on todettu lisäävän terveydenhuoltohenkilöstön tietoa ja taitoja. Ammattilaisten osaamisen vahvistumisella on suora myönteinen korrelaatio potilasturvallisuuteen. (Ironsides, Jeffries & Martin 2009, McCaughey & Traynor 2010; Sahu & Lata, 2010.) Simulaatioharjoittelun avulla on todettu pystyttävän luotettavasti arvioimaan ensihoitajien ammattitaitoa. Ammattitaito jaetaan tekniseen ja ei-tekniseen osaamiseen. (Vyl Von, Zuercher, Amsler, Walter & Ummenhofer, 2008.) Tekniset taidot ovat potilaan kliinisiä hoitomenetelmiä, kädentaitoja. Ei-tekniset taidot ovat tehtävän hallintaa, tiimityötä, tilannetietoisuutta ja päätöksentekoa (Nyström 2017, 195). Teknisten taitojen harjoittelu on ensiarvoisen tärkeää, mikäli toistoja ei tule riittävästi. Esimerkiksi suomalaisissa tutkimuksissa on terveydenhuoltohenkilöstön elvytyksen laadussa todettu merkittäviä puutteita (Jäntti 2010; Virkkunen, Hoppu & Kämäräinen 2011). Elvytyksen käypä hoito -suosituksessa otetaan kantaa siihen, että elvytysharjoittelun tulisi olla säännöllistä. On huomioitavaa, että elvytystaidot heikkenevät jo 3-12 kuukauden kuluessa harjoittelusta. (Käypä hoito 2016.)

## **4.2 Turvallisuus**

Ensihoitotyö on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta. Vaativat olosuhteet, kuten sade, kylmyys, likaisuus, ahtaat asunnot sekä vaaralliset ja yllättävät tilanteet luovat ylimääräistä painetta. Hälytysajo ja turvallinen ajokäyttäytyminen ovat

tärkeitä, mutta ne eivät ole terveydenhuoltohenkilöstön ydinosasta. (STM 2014, 22.) Ensihoidon turvallisuuteen liittyy paljon riskejä: vaaditaan tarkkuutta, asiakaspalvelukykyä ja hyviä vuorovaikutustaitoja potilaiden sekä omaisten kohtaamiseksi. Vaativissa ja muuttuvissa oloissa tulee hallita haastavien laitteiden käyttö. Ensihoitajat kohtaavat tartuntatauteja, infektioita, raskaita nostoja ja siirtoja, hankalia työasentoja, väkivallan uhkaa sekä erilaisia tapaturmavaaroja. Jatkuvat riskit aiheuttavat henkistä kuormittumista. Jatkuvasti kiristyvät aikapaineet ja lyhyet aikaikkunat luovat oman haasteensa työhön. Riskienhallinnan kannalta olennaista on tunnistaa riskitekijät ja varautua niiden todennäköisyyden vähentämiseen. (Murtonen & Toivonen 2006, 6). Taulukkoon 2 on koottu työturvallisuusriskitekijöitä ensihoidossa.

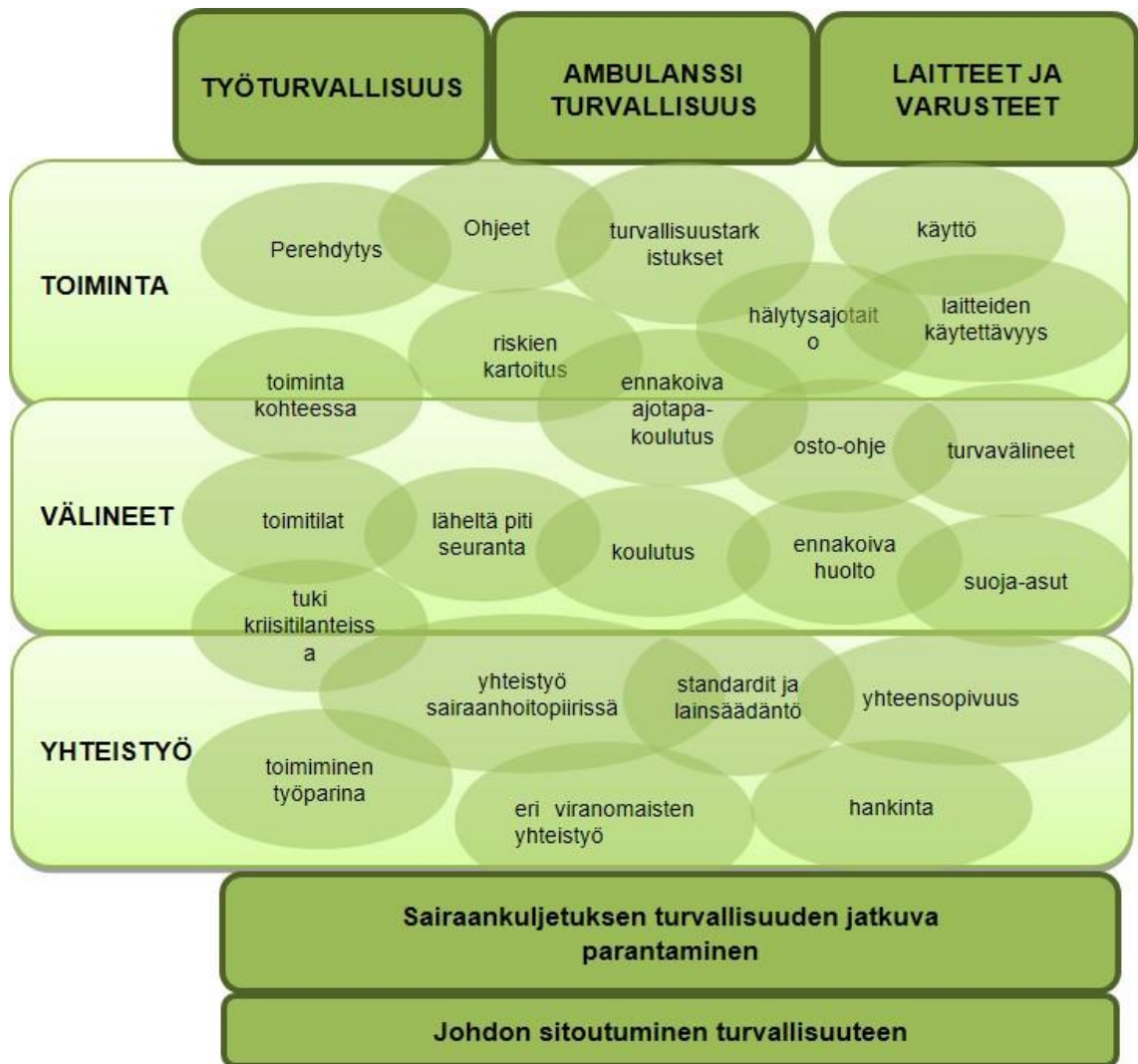
Riskitekijä	Selitteitä ja havaintoja
<b>Hälytysajo, liikenne ja työskentely liikkuvassa ambulanssissa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onnettomuusvaara muun liikenteen kanssa</li> <li>- Hälytysajotaito: ajoreitit ja ajon tasaisuus, paikkakuntatuntemus</li> <li>- Turvavöiden käyttämättömyys hoitotilanteissa</li> <li>- Ambulanssin sisätilaturvallisuus: ahtaat tilat, terävät reunat, laitteiden sijoittelu ja kiinnitykset</li> <li>- Ambulanssin siisteys</li> <li>- Yleinen liikennekulttuuri</li> </ul>
<b>Potilaiden nostot ja siirrot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaan nosto kohteessa paareille tai kantotuoliin: vaikeita nostoasentoja, potilas voi olla hankalassa paikassa</li> <li>- Paarin nosto lattiatasosta ylös</li> <li>- Kantotuolin tai paarien kantaminen kohteesta ambulanssiin – pitkä staattinen kantotilanne</li> <li>- Kantotuolin nosto ambulanssiin</li> <li>- Potilaan siirtäminen ambulanssissa kantotuolista paareille</li> <li>- Potilaan siirto paareilta tai kantotuolista sairaalasänkyyn</li> <li>- Potilassiirtojen kuormittavuutta lisäävät mukana kuljetettavat hoitovälineet.</li> </ul>
<b>Hälytykseen liittyvä turvallisuusinformaatio ja hälytyksen vastaanottaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hälytyksessä välitettävä (turvallisuus-)informaatio ja ennakkotieto: tiedot potilaan infektiosta, ennakkotieto väkivallan uhasta, monipotilastilanteista saatavilla oleva tieto</li> <li>- Monen yksikön yhteislähdöt</li> <li>- Lähtö hälytykseen yöaikaan, pimeässä tai suoraan unesta</li> <li>- Tiedonsiirtojärjestelmien toimintahäiriöt</li> </ul>
<b>Yhteistyön toimimattomuuteen liittyvät riskit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaankuljetusyksikön sisäinen yhteistyö: Työparin sisäinen yhteistyö ja työroolit.</li> <li>- Selkeä vastuiden ja työtehtävien jako ja vastuun kantaminen</li> <li>- Työnjaon tasapuolisuus</li> <li>- Sairaankuljetusyksiköiden välinen yhteistyö: Hoitovastuun ottaminen ja vastuunkantaminen koko tehtävän ajan. Yhteistyö eri organisaatioiden perus- ja hoitoyksiköiden välillä</li> <li>- Eri organisaatioiden ja yksiköiden välinen yhteistyö hälytystehtävän aikana erityisesti johtovastuun omaavan osapuolten kanssa. Tilanteen ja hoidon johtaminen kohteessa</li> <li>- Suuronnettomuustilanteet.</li> <li>- Kiireellisyysluokitusten epäselvyydet laitossiirtojen yhteydessä</li> <li>- Yhteistyö ensiavussa toimivan henkilöstön kanssa</li> </ul>
<b>Liukastuminen tai kompastuminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riski liittyy erityisesti seuraaviin tilanteisiin: astuminen ulos ambulanssista, potilassiirrot, hoitotarvikkeiden kantaminen</li> <li>- Työskentely ulkotiloissa erilaisissa kohteissa: liukkaat pinnat, hiekoittamattomuus, jää, lumi</li> <li>- Työkohteiden huono valaistus</li> <li>- Väärät jalkineet</li> <li>- Kiire lisää liukastumisen todennäköisyyttä</li> </ul>
<b>Riskikohteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tieliikenneonnettomuuspaikka, yksiköiden oikea pysäköinti onnettomuuspaikalle</li> <li>- Yksityisasunnot: niissä olevat henkilöt, lemmikkieläimet, aseet ja työkalut</li> <li>- Tietyt ravintolat ja yökerhot: melu, ahtaat ja huonosti valaistut työskentelytilat, paljon sivullisia</li> <li>- Ei käytössä kohteessa vaadittavia suojaimia</li> </ul>
<b>Väkivallan uhka</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat, omaiset tai sivulliset. Päihteiden alaisia tai mielenterveyspotilaita</li> <li>- Väkivaltilanteet: puukotus, ampuminen, tappelu</li> <li>- Väkivaltaiselta vaikuttavan potilaan tai sivullisten kanssa ei osata toimia oikein. Oma tai työparin käytös voi provosoida väkivaltaista henkilöä.</li> </ul>

Taulukko 2. Työturvallisuusriskit ensihoidossa (Murtonen & Toivonen 2006, 17).

Ensihoitotyötä tekevältä edellytetään hyvää fyysistä kuntoa. Potilaan, hoitovälineiden ja paarin kantaminen vaatii erityisesti hyvää käsien puristusvoimaa, maksimaalista hapenottokykyä ja hyvää alaraajojen ojentajalihasten kestävyysvoimaa. Päivi Vehmasvaara (2004) tutki väitöskirjassaan ensihoitotyön fyysistä kuormittavuutta ja kehitti testistön, jolla voidaan arvioida ensihoitaja AMK-tutkintoon hakevien opiskelijoiden fyysisiä edellytyksiä toimia ensihoitotyössä. Väitöskirjassa selvisi, että kyselyyn osallistuneista ensihoitotyössä olevista 90 % raportoi niska-hartiaseudun vaivoista ja 85 % alaselkäkivusta viimeisen vuoden aikana. 32 % ilmoitti kokeneensa tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuneen työtapaturman viimeisen vuoden aikana. Vehmasvaaran tutkimuksessa hyväkuntoiset kuormittuivat testiradalla vähemmän kuin huonokuntoiset. Työturvallisuuden kasvattamiseksi tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ergonomiaan ja erityisesti oikeisiin nostotekniikoihin. Työvälineiden tulee olla asianmukaiset ja vastata ensihoitotyön vaatimuksia. (Vehmasvaara 2004.) Sähköavusteisia kantotuoleja ja paareja on olemassa, mutta ilmeisesti hintansa vuoksi ne eivät ole vielä yleistyneet valtakunnallisesti. (Ferno Norden 2018).

Kuvaan 3 on koottu ensihoidon turvallisuuteen kiinteästi vaikuttavia osa-alueita. Kuviossa turvallisuus on jaettu työturvallisuuteen, ambulanssiturvallisuuteen sekä laite- ja varusteturvallisuuteen. Turvallisuuteen kiinteästi liittyviksi tekijöiksi on listattu toiminta, välineet ja yhteistyö. Eri osa-alueisiin panostamalla ensihoidto-organisaation turvallisuutta voidaan parantaa. (Murtonen & Toivonen 2006, 38).

Potilasturvallisuudeksi kutsutaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumiselta hoitotapahtuman yhteydessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 11). Asiakkaan kannalta potilasturvallisuus on tarkoituksenmukaista ja oikeaa hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuden osa-alueita ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. Potilaiden hoitoa edistävä, suunnitelmallinen ja järjestelmällinen toimintatapa on potilasturvallisuuskulttuuria. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017.)



Kuva 3. Sairaankuljetuksen turvallisuusjohtamisen kokonaisuus (Murtonen & Toivonen 2006, 38).

Sairaalan ulkopuolinen ympäristö luo haasteita, jonka vuoksi haittatapahtumien esiintyvyyden riski kasvaa ensihoidossa. Ensihoidon haittatapahtumiin johtaneista syistä on verrattain vähän tutkittu tietoa. Myöskään systemaattista kansallista raportointijärjestelmää ensihoidon toimintaympäristössä tapahtuneista läheltä piti -tilanteista ja haittatapahtumista ei ole. (Bigham, Morrison, Maher, Brooks, Bull, Morrison, Burgess, Attack & Shojania 2010.) Suomessa on käytössä HaiPro-raportointijärjestelmä, jota useimmat terveydenhuollon yksiköt käyttävät. HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelmä, joka perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (Awanic 2016.)

### 4.3 Johtamisjärjestelmät

Päivystävä ensihoitolääkäri johtaa ensihoidon kenttäjohtajan kanssa toimintaa aluetta. Päivystävä ensihoitolääkäri vastaa hoito-ohjeiden antamisesta alueen ensihoidon kenttäjohtajalle ja muille ensihoitoyksiköille. Erityistilanteissa päivystävä ensihoitolääkäri toimii kentällä lääkintäsektorin johtajana. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Sairaanhoitopiireillä on oltava päivystävät ensihoidon kenttäjohtajat, jotka toimivat ensihoidon tilannejohtajina ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa. Kenttäjohtajien tehtävään kuuluu ensihoitoyksiköiden toiminnasta päättäminen, silloin kun tilanteessa on useita ensihoitoyksiköitä tai tilanteessa on mukana useita eri viranomaisia. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Johtamisen suunnitteleminen ja pysyväisohjeiden antaminen tukevat päivittäistä ensihoidotoimintaa. Ensihoidon johtaminen koostuu hallinnollisesta ja operatiivisesta johtamistyöstä. Hallinnollisia tehtäviä ovat muun muassa toimintaohjeiden suunnittelu päivittäistehtäville, monipotilastilanteisiin ja suuronnettomuuksiin. Operatiivisessa johtamista säätelevät ensihoidon hallinnossa sovitut toimintatavat. Ensihoidossa olisi työstettävä keinoja johtamisen tukemiseksi sekä henkisesti että juridisesti lainsäädäntöä kehittämisellä. Tavoitteena tulisi olla se, että lääkintäjohtaja saa paremman juridisen suojan päätöksilleen. (Kuisma & Portan 2013, 705-706.)

Johtaminen muodostuu johtajan henkilökohtaisesta osaamisesta, persoonan ominaisuuksista, motivaatiosta sekä johtamismenettelyistä. Johtaminen ja johtajuus ovat menestyksekkään toiminnan kulmakiviä. (Hakala 2007.) Johtajan työskentelyn apuvälineinä toimivat ensihoidossa paperiset ja sähköiset toimintaohjeet / muistikortit, viestintäteknologia ja muut apuvälineet. Kaikki apuvälineet tukevat johtamistoimintoja ja edesauttavat johtajaa työssä onnistumisessa, mutta välineiden olemassaolo ei pelkästään riitä vaan niiden käyttämisen harjoittelu pitää olla suunnitelmallista ja säännöllistä. (Ekman 2015, 66.)



Ensihoidon toimintaympäristö on ennalta-arvaamaton ja muuttuva. Kaikkiin tilanteisiin ei pystytä luomaan valmiita ennalta sovittua toimintamalleja johtamisen tueksi. Johtajalle tulee eteensä vaikeita tilanteita, joissa hän ei ole aiemmin ollut. Tällöin on sovellettava. Erilaiset kriisit ovat tyypillisiä tilanteita, joiden johtamiselle ei ole valmista kaavaa. Kokemusperäisessä oppimisessa tilanteen tuoma oppi huomataan vasta, kun kohdataan uudelleen vastaava tilanne. Vaa-  
tivissa tilanteissa on pakko tehdä nopeita ratkaisuja. Tätä ei kuitenkaan aina suuri yleisö tiedosta. Tämän vuoksi olisi tärkeää saada uutta tutkittua tietoa kriisitilanteiden johtamisesta. (Hanèn 2017, 45.)

#### **4.4 Työhyvinvointi**

Työterveyslaitoksen (2018) mukaan työhyvinvoinnilla tarkoitetaan terveellistä, turvallista ja tuottavaa työtä, jota ammattitaitoiset työntekijät ja työyhteisöt tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa. Työn kokeminen mielekkäänä, palkitsevana ja elämänhallintaa tukevana on tärkeää työhyvinvoinnin kannalta. (THL 2018). Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan työhyvinvointi muodostuu työstä ja sen mielekkyydestä, terveydestä, turvallisuudesta ja hyvinvoinnista. Työhyvinvointi on olennainen osa työssä jaksamista. Hyvinvoinnin lisääntyessä myös työn tuottavuus ja työhön sitoutuminen kasvavat ja sairauspoissaolojen määrä vähenee. (STM 2018).

Voimavaralähtöisen työhyvinvointiajattelun mukaan työhyvinvointia voidaan edistää lisäämällä toimia, jotka kehittävät työn voimavaroja. Pahoinvointia ehkäistään pitämällä työn vaatimukset kohtuullisina, jolloin voidaan puhua tasapainomallista. Tasapainomallin mukaan työhyvinvointi mahdollistuu, kun työn myönteiset piirteet ovat suuremmat kuin kuormittavat tekijät. Voimavaroiksi luetaan kannustava ja osallistava johtaminen, innovatiivinen ilmapiiri, työn hallinta ja vaikuttamisen sekä kehittymisen mahdollisuus. Työyhteisön voimavarana on yhteisöllisyys ja toimivuus. Työntekijän yksilöllisiä voimavaroja ovat psykologinen pääoma sisältäen itseluottamuksen, toiveikkuuden, optimismin ja sitkeyden. Osaaminen, terveys ja fyysinen kunto täydentävät voimavaroja. Työhyvinvointi näkyy työntekijässä työnilona ja organisaatiossa voimavarana, sillä työhyvinvointi lisää tuloksellisuutta. Hyvä työilmapiiri kannustaa luovuuteen ja lisää or-

ganisaation houkuttelevuutta. Tilapäiset vastoinikäymiset selätetään hyvän työilmapiirin voimin. (Manka, Heikkilä-Tammi & Vauhkonen 2012, 13.)

Terveystieteiden alan työntekijöiden kuormitus on jatkuvassa kasvussa. Työuupumuksesta ja stressistä johtuvat sairauslomat ovat lisääntyneet 2000-luvulla, minkä vuoksi työhyvinvointia lisääviä tekijöitä on alettu tutkia. Jatkuva epävarmuus ja muutokset ovat tavallisia ilmiöitä terveydenhuollossa. (Impivaara 2017). Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisilla on kaksinkertainen itsemurhariski (J. Rugless & McD Taylor 2011). Ensihoitajat työskentelevät muuttuvassa toimintaympäristössä, joissa tehdään nopeita päätöksiä usein vähäisillä taustatiedoilla. Fyysinen ja psyykinen kuormitus on ensihoidossa huomattavaa, lisäksi ominaista on työn yllätyksellisyys ja tapausten monipuolisuus. (STM 2014; 7).

Jules Carriere ja Christopher Bourque Ottawan yliopistosta ovat tutkineet ensihoitohenkilöstön työhyvinvointia isossa ensihoito-organisaatiossa, jossa on 468 työntekijää. Kyselytutkimuksen mukaan tärkeintä työhyvinvoinnin kannalta on organisaation sisäinen tiedottaminen, hyvä tiedonkulku ja sisäinen kommunikatio. Mikäli tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on ongelmia, ei organisaatiossa voida saavuttaa korkeaa työtyytyväisyyttä, sitoutumista työhön eikä tehokkuutta. (Carriere & Bourque 2009.)

Rugless ja Taylor ovat julkaisseet vuonna 2011 tutkimuksen, jossa he ovat analysoineet akuuttihoitotyötä tekevien sairauslomien vuosilta 2007-2008. Työstressi on yleisin ei-somaattinen sairausloman syy akuuttihoitotyössä olevilla. Iso osa sairauslomista liittyi huomattavaan työn psykologiseen kuormittavuuteen sekä esimiesten tuen puutteeseen. (J. Rugless & McD Taylor 2011.)

Juho Impivaara on tutkinut 2017 Metropolista valmistuneessa YAMK-opinnäytetyössään ensihoitajien työhyvinvointia. Systemaattinen kansainvälinen kirjallisuuskatsaus tuotti alla olevissa taulukoissa esitettyjä tuloksia ensihoitajien työhyvinvointia lisäävistä sekä heikentävistä tekijöistä. Tulokset on esitetty taulukoissa 3 ja 4.



### Ensihoitajien työhyvinvointia lisäävät tekijät

- yhteenkuuluvuus ja yhteistoiminta
- ensihoitajien keskeinen auttaminen ja tukeminen
- tunteiden ja olemisen vapaus työyhteisössä
- työn hyvin tekeminen
- toimiva kommunikaatio
- vapaamuotoinen yhdessäolo
- korkeatasoinen potilashoito
- yhteisöllisyys kollegoiden kanssa
- kognitiiviset tekniikat: etäisyyden ottaminen ensihoitotehtäviin
- ammatillisuus
- tuki perheeltä- ja kollegoilta
- huumori
- vapaamuotoinen keskustelu
- päihteiden käyttäminen
- hyvät suhteet kollegoihin
- onnistuminen haasteellisissa tilanteissa
- työn tekniset haasteet
- työvuorojärjestelmä
- etenemismahdollisuudet uralla
- itsenäinen työskentely ilman tarkkaa valvontaa
- mahdollisuus auttaa muita
- ammatillisen kehittymisen mahdollisuus
- työn käytännön organisointi
- työn haastavuus ja mielekkyys
- uudistava johtamistyyli
- ei muutoksellinen johtamistyyli
- tuki esimieheltä
- hyvä esimiestyö
- hyvä esimiehen saatavuus

Taulukko 3. Ensihoitajien työhyvinvointia lisäävät tekijät (Impivaara 2017, 15).

#### **Ensihoitajien työhyvinvointia heikentävät tekijät**

- kommunikaation puute
- ei tukea päätöksenteossa
- oma asema suhteessa työhön
- tyytymättömyys muiden työpanokseen
- kollegoiden huono motivaatio
- työn käytännön organisointi
- uhkaavat potilaat ja tilanteet
- fyysiset vaatimukset työssä
- ylityöt
- ei mahdollisuutta ilmaista omia mielipiteitä potilaille ja omaisille
- jatkuva altistuminen negatiivisille työtehtäville
- tyytymättömyys palkkaan ja etuihin
- uralla etenemismahdollisuudet
- organisaation tuen puute
- tuen puute esimiehiltä
- positiivisen palautteen puute
- heikko tai vajavainen esimiestyö
- huonot esimiessuhteet
- esimiesten huono tavoitettavuus

Taulukko 4. Ensihoitajien työhyvinvointia heikentävät tekijät (Impivaara 2017, 18).

#### **4.5 Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyys**

Tyytyväisyys on monimuotoinen, jopa ongelmallinen käsite tai ilmiö, joka kuvaa henkilön odotuksia ja niiden toteutumista. Tyytyväisyyteen vaikuttavat henkilön odotukset, persoona ja aiemmat kokemukset. Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyyteen vaikuttavat henkilökunnan käyttäytyminen ja toiminta. (Sulmasy & McIlvane 2002.)

Asiakaspalaute on asiakkaalta saatu kiitos, valitus tai kehittämis ehdotus. Potilastyytyväisyys sen sijaan kattaa koko asiakaskunnan tai edustavan asiakasotoksen tyytyväisyyttä saatuun palveluun. Potilastyytyväisyyttä voidaan selvittää jälkikäteen tehdyllä kyselyllä, jonka toteutustapoja on monia. Ensihoidossa palaute liittyy usein asiakaspalveluun ja hoidon saatavuuteen, sillä kompetenssia lääketieteellisen osuuden arviointiin ei potilailla yleensä ole. Tyytyväisyys voi toimia laadukkaan hoidon tunnusmerkkinä, jota ilman hoitoa ei voida pitää hyvänä. Oletuksena on, että tyytyväiset potilaat ovat hoitomyönteisiä ja

hakeutuvat myöhemmin helpommin hoitoon. Potilaiden yksilöllisyys, erilaiset tarpeet ja ongelmat voivat luoda ristiriitaa potilaan odotusten ja tyytyväisyyden suhteen. Potilaiden lisääntynyt tieto omista oikeuksistaan on johtanut herkem-  
pään palautteenantoon saadusta palvelusta. (Määttä 2013, 74.)

Terveystieteidenhuollossa asiakastyytyväisyystutkimuksia on toteutettu systemaattisesti. Sen sijaan ensihoidossa asiakastyytyväisyyttä ei ole valtakunnallisesti selvitetty, vaan tutkimukset ovat olleet pääasiassa erilaisia opiskelijoiden päät-  
töitä sekä yksityisten palveluntuottajien omia asiakastyytyväisyyskyselyitä. Asiakastyytyväisyystutkimukset soveltuvat tutkimusten mukaan hyvin myös en-  
sihoitopalvelun asiakastyytyväisyyden selvittämiseen. Säännöllisillä asiakastyy-  
tyväisyyskyselyillä voidaan selvittää ja kehittää ensihoitopalvelun laatua. Ensi-  
hoidon potilastyytyväisyyden mittaamiseen on Suomessa kehitetty malli, joka  
perustuu amerikkalaiseen Patients' judgement of hospital care – mittariin. Mitta-  
us tulisi tehdä viikon kuluttua ensihoidotehtävästä. (Kuisma & Hakala 2017, 80-  
82.)

Viranomaisyhteistyö on verkostoitumisen muoto, jossa viranomaiset toimivat yli  
organisaatorajojen tietoa toisilleen jakaen. Viranomaisyhteistyötä ja sen laatua  
arvioidessa tulee miettiä ensin käsitteiden suhteita: kuka omistaa viranomaisyh-  
teistyön ja kuka on sen asiakas. (Valtonen 2007, 7-9.) Sidosryhmät ovat yksilöi-  
tä tai ryhmiä, joilla pyritään toiminnan tavoitteen saavuttamiseen tai joihin toi-  
minnalla pyritään vaikuttamaan. Sidosryhmäyhteistyö on sidosryhmien välistä  
toimintaa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Sidosryhmäyhteistyö edellyt-  
tää tekijöiltään kokonaisuuden hahmottamista, vastuunkantoa, toisten ammatil-  
listen kunnioittamista, viestintätaitoja sekä oman perustehtävän hyvää hallintaa.  
(Holappa 2015.)

Ensihoito tekee tiivistä yhteistyötä hätäkeskuksen kanssa. Hätäkeskus vastaa  
häätäpuheluiden käsittelystä ja tarvittaessa tehtävän välittämisestä tarkoituk-  
senmukaiselle viranomaiselle. Tehtäville voidaan hälyttää poliisi, pelastus, sosi-  
aalitoimi tai ensihoitopalvelu. Joskus tehtäville tarvitaan useita toimijoita, jolloin  
viranomaisyhteistyö korostuu. (Hätäkeskuslaitos 2018.) Tärkeitä yhteistyö-  
kumppaneita ensihoitopalvelulle on terveystoimen yksiköt: päivystyspoliklinikka,

kotihoito ja erilaiset hoitolaitokset. Muita yhteistyökumppaneita ovat muun muassa rajavartiolaitos ja puolustusvoimat.

Theseus-arkistosta löytyy kolme Saimaan ammattikorkeakoulussa vuonna 2017 julkaistua ensihoidon sidosryhmäytyvyisyyteen liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetöiden perusteella sidosryhmäytyvyisyyttä ensihoitopalveluun tulee karottaa säännöllisesti ja tulosten perusteella on kyettävä kehittämään toimintaa. (Salo, M., Karjalainen, M-R., & Varjokorpi, I 2017; Kostiainen, E. 2017; Karhu, E., Laurikainen, M., & Stranden, P. 2017.)

#### **4.6 Laadunhallintasuunnitelma**

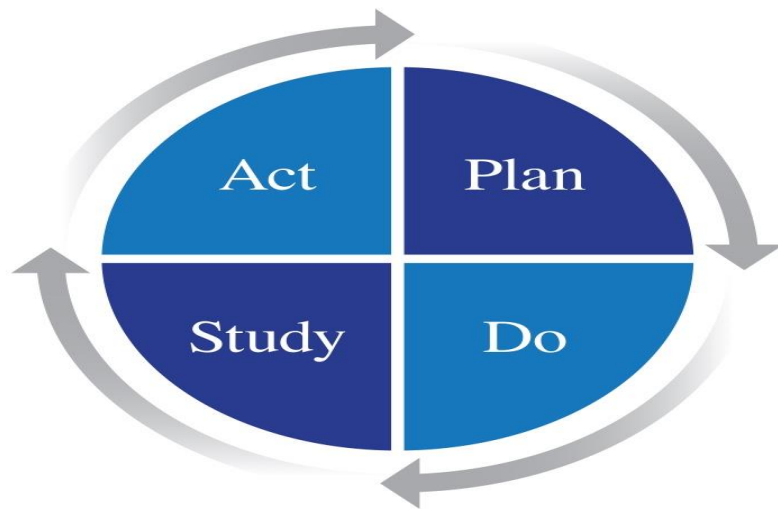
Terveystieteiden laaki (1326/2010) edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laatutavoitteet perustuvat organisaation omaan laatupolitiikkaan. Johdon kaikki tasot ovat vastuussa laadunhallinnasta, mutta sen toteuttamiseen osallistuvat organisaation kaikki jäsenet. Terveystieteiden lakiin pohjautuvassa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa on määritetty, mitä laadunhallintasuunnitelma pitää sisällään. (Koivuranta-Vaara 2011).

Laadunhallinnan suunnitelman sisällöstä määritellään asetuksessa 341/2011. Laadunhallinnan suunnittelusta vastaa ensihoitoa järjestävän organisaation johto. Organisaation johto määrittää laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden linjat, suunnitelman, toteutuksen, seurannan ja vastuuhenkilöt sekä raportointivelvollisuudet ja – menetelmät. Johdon tehtävänä on varmistaa, että on olemassa riittävät voimavarat ja edellytykset tuottaa laadukasta ja potilasturvallista työtä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.) Laadunhallinta koskee sekä organisaation omaa, että ostopalveluna hankittua toimintaa. Ostaja vastaa laadusta ja tämä tulee huomioida, kun palveluita kilpailutetaan ja ostosopimuksia tehdään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

#### 4.7 Laadunhallintajärjestelmät

Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laadunhallinnan tueksi on kehitetty erilaisia välineitä, joista yleisimpiä ovat ISO-laaturjestelmä, Euroopan laatupalkinto EFQM, CAF eli Common Assessment Framework ja Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma SHQS. (THL 2017.)

Laadun ja potilasturvallisuuden tulisi olla osa jokapäiväistä toimintaa ja jatkuva käytäntö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Sosiaali- ja terveysministeriö (2014) painottaa pitkäjänteisen PDCA- toimintatavan käyttöä. PDCA- sykli tunnetaan kehittäjänsä mukaan myös Demingin kehänä. Laadunhallinnan suunnittelu (P) käynnistyy yleensä pohjautuen nykytilan arviointiin. Plan (P) osassa laatutyölle asetetaan tavoitteet ja keinot, kuinka laatua halutaan kehittää. To-teuttamisvaiheessa, Do (D) toteutetaan haluttu muutos. Tarkistamis-/arviointivaiheessa, Check (C) arvioidaan, ollaanko haluttua muutosta saavut-tamassa. Tässä vaiheessa käytetään usein apuna erilaisia mittareita. Ympyrän viimeisessä vaiheessa, Act (A) korjataan esimerkiksi mittarin antaman tuloksen perusteella havaittu tulos ja otetaan uusi toimintatapa käyttöön. Kehittäminen ja jatkuva laadun parantaminen ovat toistuva sykli, mikä tarkoittaa PDCA-ympyrän jatkuvaa kiertokulkua. Deming suosii nykyisin PDSA-ympyrää (kuva 4). PDSA-ympyrässä Check on korvattu Studylla. Deming korostaa, että teoriatieto ohjaa aina kehittämistä ja painopiste tulisiikin olla tulosten tutkimisessa. PDCA-syklissä keskitytään Check vaiheessa enemmän arvioimaan suunnitelman on-nistumista tai epäonnistumista. (Deming E. 2018.)



Kuva 4. Plan-Do-Check-Act- malli (The W. Edwards Deming Institute 2018).

Nykytilan arvioinnilla pyritään selvittämään organisaation ja toiminnan lähtötilanne, toiminnan keskeiset vahvuudet ja kriittiset kehitystarpeet. Nykytilan arviointiin perustuvan toimintasuunnitelman toteutuminen edellyttää organisaation johdon sitoutumista suunnitelman läpiviemiseen. Johdon tukevan ja kannustavan toiminnan tuloksena henkilöstö ja esimiehet kaikilla organisaation tasoilla sitoutuvat paremmin laadunhallintaan ja potilasturvallisuustyöhön, jotka siten tulevat osaksi jokapäiväistä toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Terveystieteidenhuollossa käytetään laadunhallintajärjestelmien rakentamiseen ja arviointiin erilaisia organisaatiotason laatukriteeristöjä, jotka mahdollistavat sertifiointin. Kriteeristöt korostavat laadun asiakaslähtöisyyttä, arvo- ja strategialähtöisyyttä, vaatimustenmukaisuutta, voimavarojenhallintaa, johdon vastuuta ja sitoutumista, henkilökunnan osallistumista, prosessien hallintaa, mittaamista ja analysointia sekä jatkuvaa parantamista, mutta eivät sisällä erityisiä kriteereitä ensihoidon ja päivystyksen laadulle. Terveystieteidenhuollon eri lait ja Käypä hoito -suositukset ohjaavat laadun vaatimuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

## **ISO-laatujärjestelmä**

ISO-standardeihin perustuva laadunhallintajärjestelmä on rakennettu organisaation omista prosesseista ja kokemuksista (Suomen Standardisoimisliitto SFS ry 2013). ISO 9000 -standardissa laadunhallintamenetelmällä tarkoitetaan koordinoituja toimenpiteitä organisaation suuntaamiseksi ja ohjaamiseksi laatuun liittyvissä asioissa. Tarkoitus on kehittää laadukasta johtamisjärjestelmää, jonka avulla suunnataan ja ohjataan organisaatiota laatuun liittyvissä asioissa. Johtamisjärjestelmän avulla johdon tahtotila viedään koko organisaation läpi. Laadukkaalla johtamisella on yrityskohtaiset tavoitteet. Laatujärjestelmän ei tule olla erillinen ja liian raskas, jolloin se on hankala sisällyttää käytännön työhön. (Lecklin 2006, 29-30.)

ISO 9000 -standardin laatupolitiikka on tavoitteellista toimintaa, joka on rakennettu yrityksen perusarvoista käytännön toimintaan. Hyvä laatupolitiikka on lyhyt ja ytimekäs, tärkeää on, että henkilöstö on tietoinen yrityksen laatupolitiikasta. (Lecklin 2006, 40.)

ISO 9000 -standardin vaatimukset laadunhallintajärjestelmälle ovat dokumentoitu, ylläpidettävä laadunhallintajärjestelmä ja laatu käsikirja. Laadunhallintajärjestelmän suunnittelussa ja toteutuksessa on otettava huomioon seuraavia asioita;

- prosessit on tunnistettava
- prosessien keskinäinen järjestys ja vuorovaikutus on määritettävä
- prosessien toiminnanohjaus on varmistettava
- tarvittavien resurssien ja informaation saatavuus on varmistettava
- prosesseja on seurattava, mitattava ja analysoitava
- tulosten saavuttamisen ja prosessien jatkuvan parantamisen vuoksi suoritettava toimenpiteitä (Lecklin 2006, 32.)

## **Euroopan laatupalkinto EFQM**

Laatupalkinnot ovat tuoteorientoituneempia ja antavat esimerkiksi tunnustuksia teollisuustuotteiden hyvästä laadusta (Lecklin 2006, 318). EFQM -laatupalkintomalli on kehittynyt 1980 -luvulta. EFQM (The European Foundation of Quality Management) on eurooppalaisten yritysten laatima laatupalkintomalli

yrittäjämaailmaan. (EFQM 2017.) Arviointialueita ovat johtajuus, henkilöstö, toimintaperiaatteet ja strategia, kumppanuudet ja resurssit, prosessit, henkilöstötulokset, asiakastulokset, yhteiskunnalliset tulokset ja keskeiset suorituskykytulokset (Lecklin 2004, 321).

### **Common Assessment Framework CAF**

Common Assessment Framework eli CAF on tarkoitettu kokonaistoiminnasta vastuussa olevien tahojen käytettäväksi, erityisesti julkisten hallintojen käyttöön. CAF-arviointimallin on kehittänyt Euroopan julkisen hallinnon instituutti. CAF-arviointimalli on jaettu kahteen osaan: toiminta ja tulokset. Ennen arvioinnin toteutusta päätetään, miten arvioinnin tuloksia hyödynnetään. Arvioinnin toiminnassa arviointi kohdistuu esimerkiksi johtamisjärjestelmiin, henkilöstöhallintoon, henkilöstön koulutukseen, prosessien hoitamiseen, toiminnan arviointiin sekä kehittämistoimien tarkoituksenmukaisuuteen. Tulososa-alueella arvioidaan, kuinka hyvin organisaatio on päässyt asetettuihin tavoitteisiin. Arviointialueet ovat asiakastyytyväisyys, henkilöstötulokset, yhteiskunnalliset tulokset ja keskeiset suorituskykytulokset. (EIPA 2017.)

### **Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma SHQS**

SHQS-laatuohjelma on sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetty. Kansainvälisiin standardeihin perustuva laatuohjelma tukee johtamista ja prosessien jatkuvaa kehittämistä. (Labquality 2017.) SHQS-laatuohjelma pohjautuu arviointikriteeristöön, joka on kehitetty vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tarvetta laadun varmistamiseen. Kriteereissä huomioidaan kansallinen lainsäädäntö, valtakunnalliset hoitosuositukset ja suositukset terveydenhuollon toimintajärjestelmästä. (Labquality 2017.)

SHQS-laatuohjelman auditoinneilla arvioidaan, täytetäänkö asetetut vaatimukset ja tarvittaessa kehitetään toimintaa. Sisäisessä auditoinnissa yksikkö itse arvioi omaa työtään ja sen tuloksia. Tarkoitus on kehittää jokapäiväistä työtä ja tuottaa tasalaatuista jälkeä. Arvioinnin suorittavat yksikössä työskentelevät, tehtävään koulutetut sisäiset auditoijat. Auditoinnin työkaluna on muun muassa Labquality ja Huperman Oy:n kehittämä verkkopalvelusovellus. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016.)



#### **4.8 Laatumittarit**

Sosiaali- ja terveysministeriön (2014) mukaan laatua voidaan ensihoidossa arvioida erilaisten mittareiden avulla. Rakenne-, prosessi-, lopputulos-, ja riskienhallintamittarit sopivat organisaation itsearviointiin ja ovat ilmaisia. Laajemmin laatua on mahdollista arvioida ulkoisella auditoinnilla. Pelkkien numeraalisten arviointien lisäksi usein tarvitaan myös kokeneen ammattihenkilön suorittamaa päivittäistoiminnan pidempää seurantaa ja havainnointia. Organisaation oma-valvonta korostuu ulkoisessa seurannassa ja arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämä ensihoidon laatumittaristo on luotu kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen sekä vakiintuneen toiminnanarviointikäytännön perusteella. Mittariston luomisessa on huomioitu asiantuntijamielipiteitä. Mittarit on jaettu ydin- ja täydentäviin mittareihin. (STM 2014.)

Taulukkoon 5 on koottu STM:n rakennemittarit ensihoidon laadun arviointiin. Ydinmittarit soveltuvat kaikille organisaatioille, täydentäviä mittareita voivat käyttää laatutyössä jo pidemmällä olevat organisaatiot. (STM 2014.)

Rakennemittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Yleiset	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kirjallisen laadunhallintasuunnitelman olemassaolo</li> <li>Palvelutasopäätös, jossa määritellään lain ja asetuksen määrittelemät kohdat</li> <li>Yksityiset toimijat: Lupa yksityisestä terveydenhuollosta ja omavalvontasuunnitelma</li> <li>Kirjallisen toimintasuunnitelman (vuosisuunnitelma) olemassaolo</li> <li>Lääkehoitosuunnitelma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eri keskusten vertaisarvioinnin käyttö</li> </ul>
Ensihoitojärjestelmä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensivasteyksiköiden käyttö tarvittaessa</li> <li>Johtamisjärjestelmä määritetty</li> <li>Palveluntuottajan kyky selviytyä sopimuksen mukaisista tehtävistä (suhde hoidetut tehtävät vs. muille palveluntuottajille kapasiteettivajeen vuoksi siirretyt tehtävät)</li> <li>Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo</li> <li>Virve-ohjeiden ja viestikaavion olemassaolo</li> <li>Suuronnettomuussuunnitelman olemassaolo ja sen harjoittelu</li> <li>Ohjausjärjestelmä psykososiaalisiin palveluihin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palveluntuottajien sopimuksen kesto</li> </ul>
Henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Operatiivisen) henkilöstön vaihtuvuus/v (lukumäärä ja osuus henkilöstöstä)</li> <li>Vakituisen (operatiivisen) henkilöstön osuus %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vakituinen (operatiivinen) henkilöstö: vakituksella henkilöstöllä teetettyjen työtuntien osuus kaikista työtunneista %</li> </ul>
Osaamisenhallinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koulutuksen vuosisuunnitelma jossa huomioitu porrastetun ensihoitojärjestelmän eri tasot</li> <li>Täydennyskoulutuksen määrä (irrotettuna operatiivisista tehtävistä) tuntia/henkilö/vuosi (erikseen perus- ja hoitotaso)</li> <li>Osaamisen arviointimenetelmät käytössä (erikseen perus- ja hoitotasolla)</li> <li>Uusien työntekijöiden (sisältäen henkilöstön, joka palaa töihin pitkän poissaolon jälkeen) perehdytysohjelma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahdollisuus yksilö/yksikkökohtaiseen toimenpideseurantaan</li> <li>Vuorokoulutuksen määrä tuntia/henkilö/vuosi (erikseen perus- ja hoitotaso)</li> </ul>
Potilaiden tavoittaminen ja voimavarojen käyttö	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vasteajat</li> <li>- Lähtöaika (s) A-C tehtävissä (hälytyksestä matkalla-statukseen kuluva aika)</li> <li>- Potilaiden tavoittamisosuudet (%): verrataan tavoittamisajkojen toteumaa sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä määritettyihin prosenttiosuuksiin hätäkeskuksen eri kiireellisyysluokissa (A-D) ja ensihoitopalvelun eri riskialuealuokissa (1-5)</li> <li>- Potilaiden tavoittamisajat (min) hätäkeskuksen eri tehtäväkiireellisyysluokissa (A-D) ja ensihoitopalvelun eri riskialuealuokissa (1-5)</li> <li>Yksiköiden tehtäväsidonnaisuus % (kuinka suuren osan ajasta kokonaisvalmiusajasta muodostaa hälytystehtäviin käytetty aika, lasketaan hälytyksestä siihen hetkeen kun yksikkö palaa asemalle tai saa uuden hälytyksen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>X-0 ajan osuus kokonaisvalmiusajasta % (kaikki yksiköt yhteensä)</li> </ul>

Taulukko 5. Rakennemittarit ensihoidossa (STM 2014).

Alla olevaan taulukkoon on koottu STM:n prosessimittarit ensihoidon laadun arviointiin. Ydinmittarit soveltuvat kaikille organisaatioille, täydentäviä mittareita voivat käyttää laatutyössä jo pidemmällä olevat organisaatiot. (STM 2014).

Prosessimittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Välineet ja Kalusto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keskeiset avainprosessit tunnistettu, määritetty ja kuvattu</li> <li>Kahdeksan keskeistä prosessia: sydänpysähdys, hengitysvaikeus, rintakipu, aivohalvaus, hypoglykemia, myrkytys, kouristus ja korkeaenerginen vamma. Avainprosesseja seurataan ja kehitetään systemaattisesti.</li> <li>Avainprosessien auditointien tulokset käytettävissä</li> <li>Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24h kuluessa x-koodauksesta (% kaikista x-koodatuista)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajoneuvojen, varusteiden ja laitteiden yhteneväisyys (palveluntuottaja- tai järjestelmäkohtaisesti)</li> <li>Muut alueellisesti merkittävät prosessit määritetty ja kuvattu</li> <li>Kipulääkityksen anto, kun kipu vähintään 7 kipumittarilla</li> <li>Asianmukainen X-koodipäätös %</li> <li>Hoitopaikan oikea valinta % (verrattuna hoitoonohjausohjeistoon)</li> </ul>

Taulukko 6. Prosessimittarit ensihoidossa (STM 2014).

Taulukkoon 7 on koottu STM:n lopputulosmittarit ensihoidon laadun arviointiin. Ydinmittarit soveltuvat kaikille organisaatioille, täydentäviä mittareita voivat käyttää laatutyössä jo pidemmällä olevat organisaatiot. (STM 2014).

Lopputulospittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Kuolleisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus</li> <li>- kaikki</li> <li>- kaikki poislukien tavatessa kuolleiksi todetut ja odotetut kuolemat (kuten terminaalipotilaat)</li> <li>- kuolleisuus, kun elvytystä yritetty</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selviytyminen/eloonjääminen sairaalasta (sydänpysähdys)</li> <li>- Kokonaisselviytyvyys, maallikon havaitsemien kammiovärinäpotilaiden selviytyvyys ja ensihoitohenkilöstön paikalla ollessa elottomaksi menneiden potilaiden selviytyvyys</li> <li>- Neurologinen/toiminnallinen selviytyminen</li> <li>Kivun lievittyminen (pahentuminen, pysyminen ennallaan)</li> </ul>
Kustannukset (erikseen ensihoitopalvelun hinnat, jos toimintaan kuuluu myös hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensihoitopalvelun kokonaiskustannukset/alueen asukas (eur)</li> <li>Kokonaiskustannukset/hälytys (eur) ja kokonaiskustannukset/tavattu potilas (eur)</li> <li>Kokonaiskustannus = sairaanhoitopiiriin + KELAn (tai vakuutusyhtiöiden) + potilaan osuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kokonaiskustannukset/ensihoidon yksikön valmiustunti (eur) (poislukien ensivasteyksiköt)</li> </ul>
Potilastyytyväisyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potilastyytyväisyyttä mitataan säännöllisesti</li> <li>- Keskiarvo asteikolla 1-5</li> <li>- Asteikolla 1-5 arvosanan 4 ja 5 sekä 1 ja 2 antaneiden osuus %</li> </ul>	
Sidosryhmättytyväisyys		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sidosryhmättytyväisyys (päivystykset, yhteistoimintaviranomaiset)</li> <li>- Asteikolla 1-5 arvosanan 4 ja 5 sekä 1 ja 2 antaneiden osuus %</li> <li>Riippumattomilta tahoilta saadut tunnustukset</li> </ul>

Taulukko 7. Lopputulospittarit ensihoidossa (STM 2014)



Taulukkoon 8 on koottu STM:n riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit ensihoidon laadun arviointiin. Ydinmittarit soveltuvat kaikille organisaatioille, täydentäviä mittareita voivat käyttää laatutyössä jo pidemmällä olevat organisaatiot. (STM 2014).

Riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Muistutukset, valitukset ja kantelut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valitusten ja muistutusten määrä/1000hälytystä/v</li> <li>• Valvontaviranomaisille (aluehallintovirasto, Valvira ja eduskunnan oikeusasiamies) tehtyjen kanteluiden määrä/1000hälytystä/v</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valitusten ja muistutusten käsittelyaika (vrk)</li> </ul>
Muut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työturvallisuussuunnitelman olemassaolo</li> <li>• Työtapaturmien määrä (ei verialtistuksia, jos ne raportoitu täydentävissä mittareissa)</li> <li>• Sairauspoissaolokerrat/henkilötyövuosi</li> <li>• Kaikkien liikennevahinkojen yhteismäärä/v</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henkilöstön työtyytyväisyysmittausten tulokset</li> <li>• Verialtistustilanteiden määrä/1000hälytystä/v</li> <li>• Ohjeet infektiosuojauksesta (suojainten asianmukainen käyttö, ambulanssin desinfektio, potilaiden sijoittaminen)</li> <li>• Henkilökunnan rokotusohjelma</li> <li>• Käsihuuhteen kulutus</li> <li>• Ympäristöohjelman olemassaolo</li> </ul>

Taulukko 8. Riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit ensihoidossa (STM 2014).

Taulukkoon 9 on koottu STM:n potilasturvallisuusmittarit ensihoidon laadun arviointiin. Ydinmittarit soveltuvat kaikille organisaatioille, täydentäviä mittareita voivat käyttää laatutyössä jo pidemmällä olevat organisaatiot. (STM 2014).

Potilasturvallisuus mittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilasturvallisuussuunnitelman olemassaolo</li> <li>• Potilasturvallisuusvastaavan olemassaolo</li> <li>• Organisaation sisäisten potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitusten (esim. HaiPro) määrä/v</li> <li>• Systemaattinen haattatapahtumien käsittely henkilöstön kanssa</li> <li>• Systemaattinen raportointitapa potilaan jatkohoitoon luovutuksessa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilasvahinkoilmoitusten määrä/1000 hälytystä/v</li> <li>• Korvattujen potilasvahinkojen määrä/1000hälytystä/v</li> <li>• Potilasturvallisuuskoulutuksen määrä (t) ja kattavuus (% henkilöstöstä)</li> <li>• Lääkkeiden haittavaikutusilmoitusten määrä/v Fimeaan</li> <li>• Terveystuhoon laitteiden vaaratilanneilmoitusten määrä/v Valviraan</li> <li>• Ruokatorvi-intubaatioiden määrä/v (havaitsemattomat/viiveellä havaitut)</li> <li>• X-0 tilanteiden määrä/v ja kesto (t) -matkalla kohteeseen ja potilaan kuljetuksen aikana</li> <li>• Liikennevahingot/v <ul style="list-style-type: none"> <li>-Liikenneonnettomuus matkalla kohteeseen</li> <li>-Liikenneonnettomuus kuljetuksen aikana, ei henkilövahinkoa</li> <li>-Liikenneonnettomuus kuljetuksen aikana, henkilövahinko (ei kuolema)</li> <li>-Liikenneonnettomuus potilaan kuljetuksen aikana, henkilövahinko (kuolema)</li> </ul> </li> <li>• Potilasturvallisuuskulttuurikysely</li> </ul>

Taulukko 9. Potilasturvallisuusmittarit ensihoidossa (STM 2014).

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa valtakunnallinen ensihoidon laatumittaristo, jota voidaan käyttää laadunarvioinnin pohjana valtakunnallisesti riippumatta ensihoidon järjestämistavasta. Ensihoidon laatumittaristo toimii työkaluna organisaatioille ja sen avulla voidaan arvioida ensihoidon laadun nykytilaa ja kehittää toimintaa laadukkaammaksi.

Opinnäytetyön tavoitteena on yhdenmukaistaa laadun arviointia, mikä mahdollistaa ensihoidon laadun kehittämisen systemaattisesti koko valtakunnan tasolla. Kun laadun arviointi tapahtuu kaikissa organisaatioissa saman kriteeristön pohjalta, saavutetaan vertailukelpoinen työkalu laadun kehittämiseen ja parantamiseen.

Opinnäytetyössä perehdytään valtakunnallisesti nykyisiin ensihoidon laadunvalvontajärjestelmiin. Opinnäytetyössä selvitetään, kuinka ensihoidon laatua mitataan tällä hetkellä ja mitä muita mahdollisuuksia laadun mittaamiseen on olemassa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät:

- 1 Selvittää millaisia ensihoidon laatu järjestelmiä ja -mittareita ensihoitoorganisaatioilla on käytössä.
- 2 Selvittää millaiset ensihoidon laatu järjestelmät ja -mittarit ovat hyödyllisiä.
- 3 Koostaa ensihoidon laatumittaristo.

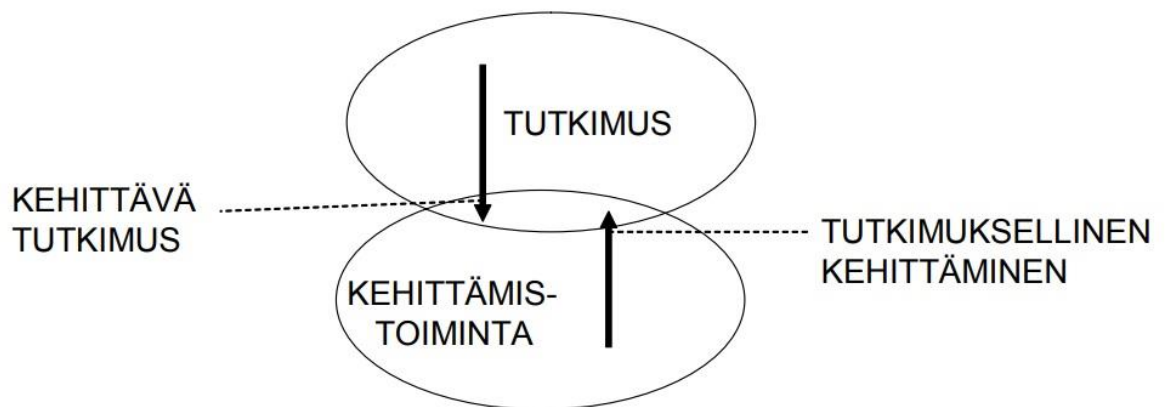
## **6 Opinnäytetyön toteutus**

Opinnäytetyö on luonteeltaan tutkimuksellinen kehittämistyö. Työ alkoi kirjallisuuskatsauksella ensihoidon laadusta. Katsausta hyödynnettiin ensihoidon laadun mittaamisen nykytilaa kartoittavan kyselylomakkeen luomisessa. Teorian ja STM:n laatu kriteereiden pohjalta luotiin kyselylomake, joka lähetettiin kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville esimiehille. Kyselyn tulokset analysoitiin ja niiden perusteella koostettiin valtakunnallinen ensihoidon laatumittaristo.

## 6.1 Menetelmät

Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jonka tarkoituksena on määritellyn tavoitteen saavuttaminen. Kehittämisen tarkoituksena on parantaa tai tehostaa nykytilannetta. (Toikko & Rantanen 2009, 16). Työssä kehitetään kyselytutkimuksen avulla ensihoidon laatumittaristo.

Tutkimustoiminnan tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa, jota sovelletaan käytäntöön. Kun tutkimus- ja kehittämistoiminta yhdistetään, syntyy tutkimuksellinen kehittäminen. Tällöin konkreettinen kehittämistoiminta ja tutkimuksellinen lähestymistapa yhdistyvät. Kehittämistoiminnan tarkoituksena on soveltaa tutkimuksella saatua tietoa. (Toikko & Rantanen, 2009, 21).



Kuva 5. Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikka (Toikko & Rantanen 2009, 21).

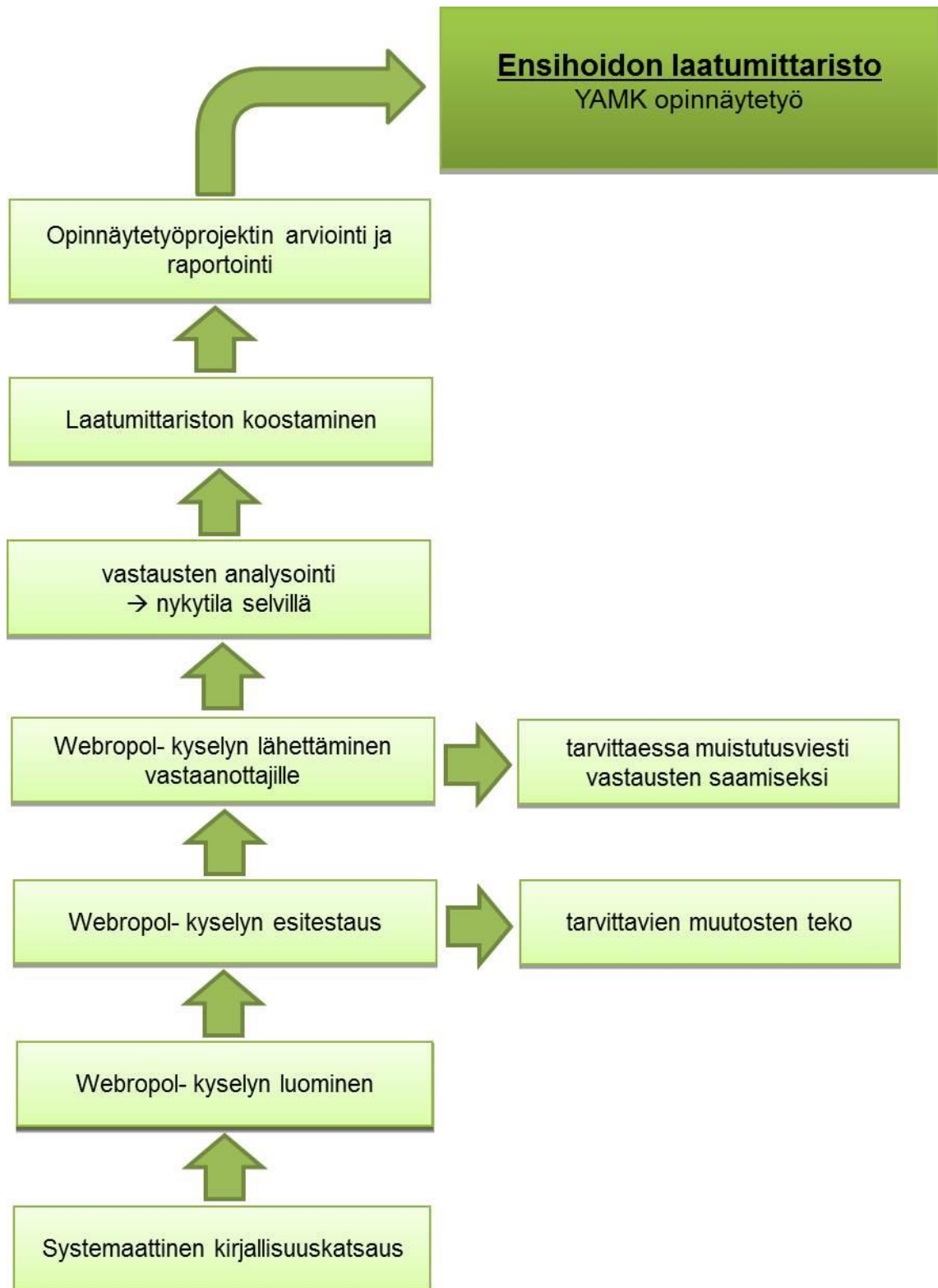
Tutkimuksellinen kehittäminen kuvaa tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä. Tutkimuksellinen kehittäminen sijoittuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan välimaastoon (kuva 5) mukaisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 21).

Toikon & Rantasen (2009, 22) mukaan tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähtökohtana ovat käytännön ongelmat ja kysymykset, jotka ohjaavat tiedontuotantoa. Tiedontuotanto tapahtuu aidossa käytännön ympäristössä, jossa tutkimukselliset asetelmat ja menetelmät toimivat hyvänä apuna. Pääpaino on kuitenkin kehittämistoiminnassa, vaikka tutkimukselliset periaatteet ovatkin apuna. (Toikko & Rantanen 2009, 22)

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa tutkimuksellisena kehittämistyönä, jossa tarkoituksena on parantaa olemassa olevaa ensihoitoa ja kehittää sen laadunhal-



lintaa ja -arviointia. Tarkoituksena on tuottaa valtakunnallinen laatumittaristo ensihoidon laadunarvioimisen työkaluksi. Jotta saamme luotua kattavan laatumittariston, on tärkeää kartoittaa ensin nykytilanne. Nykytilaa kartoitimme Webropol- kyselyllä, joka koostettiin kirjallisuuskatsauksessa saamamme tiedon perusteella kartoittamaan ensihoitojärjestelmien tämänhetkistä laadunhallintaa ja -valvontaa. Kyselyssä selvitetään myös avoimilla kysymyksillä vastaajan näkemyksiä siitä, kuinka asiat tulisivat olla laadukkaassa ensihoitojärjestelmässä. Kuvassa 6 on kuvattuna opinnäytetyöprosessin toteutuminen.

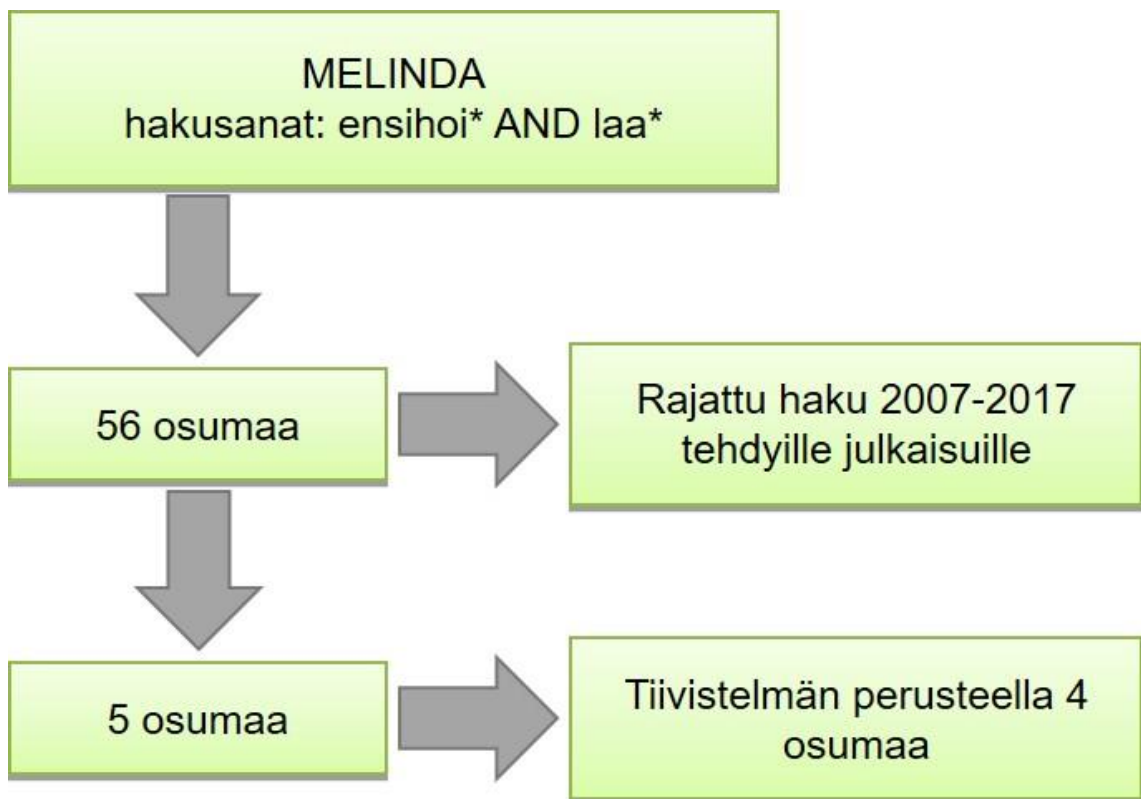


Kuva 6. Opinnäytetyön toteutus.

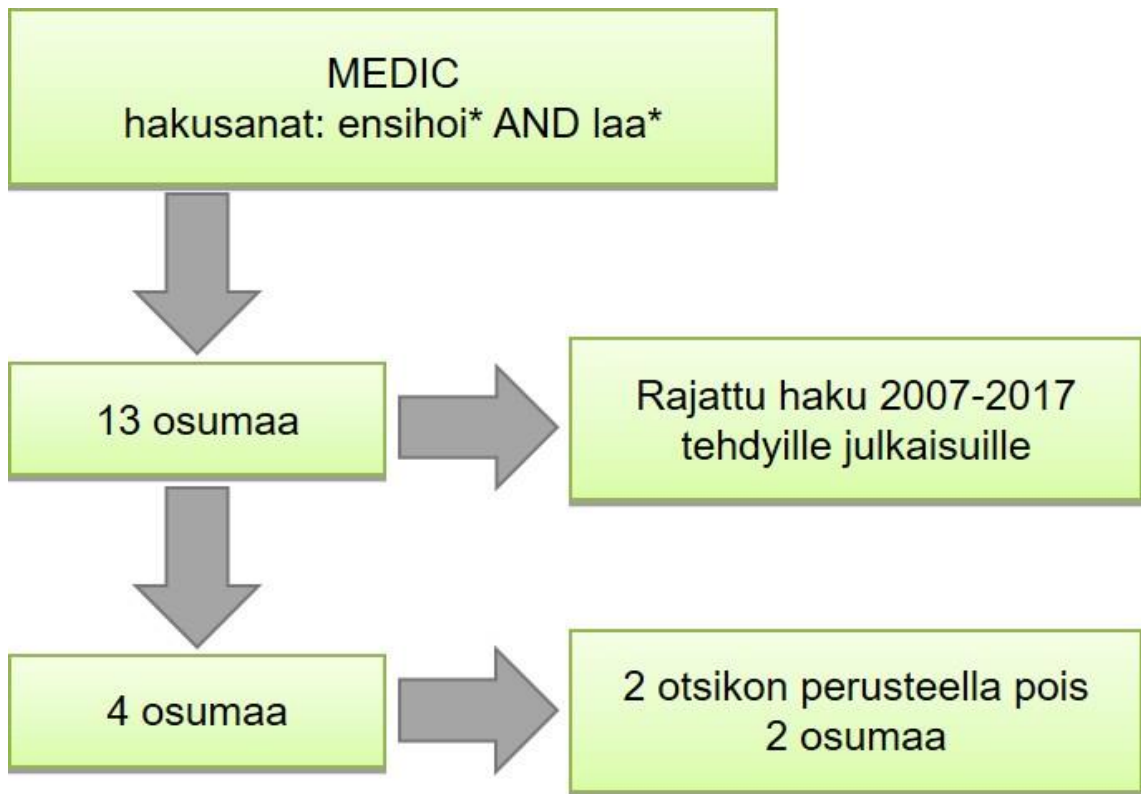
## 6.2 Tiedonkeruu

Systemaattiset tiedonhaut on suoritettu kolmesta eri tietokannasta; Medicistä, PubMedistä ja Saimaan ammattikorkeakoulun Finna-tietokannasta. Lisäksi käytimme myös manuaalisella haulla löytyneitä lähteitä, muun muassa eräät työpaikalta löytyneet ensihoidon laadusta kertovat painetut oppaat. Tiedonhaut on suoritettu keväällä 2017 (kuva 7 & 8).

Tietoa haettiin laadusta, terveydenhuollon laadusta, ensihoidon laadusta, laatu-järjestelmistä, ensihoidon laadun mittaamisesta sekä ensihoitoa ohjaavista laista- ja asetuksista. Hakutermeinä käytettiin: "ensihoito" "laatu", "laatumittarit", "emergency care quality" "paramedic quality assessment". Hakua muokattiin ja rajattiin hakutulosten perusteella. Tiedonhaun yhteydessä käytettiin Boolean operaattoreita ja katkaisuja. Tiedonhakumme luotettavuuden varmistamiseksi huomioimme lähteiden tuoreuden, kirjoittajien arvovaltaisuuden ja sen, ovatko löytämämme artikkelit vertaisarvioituja. Tulosten perusteella havaittiin, että terveydenhuollon laatua on kyllä tutkittu, mutta ensihoitopalvelun laadun arviointi on selvästi vähemmän tutkittua.



Kuva 7. Tiedonhakumatriisi MELINDA- tietokannasta.



Kuva 8. Tiedonhakumatriisi Medic –tietokannasta.

Tiedonhaun perusteella löytyi Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ”Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä– suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin” vuodelta 2014. Julkaisussa sosiaali- ja terveysministeriö oli luonut valmiin ensihoidon laadun mittariston. Laatumittaristo otettiin käyttöön tähän työhön teoreettiseksi viitekehyykseksi. STM:n luoma laatumittaristo sellaisenaan käytettävänä oli hyvin pitkä ja kaikki laadunarvioinnin kohdat eivät tuntuneet soveltuvan ensihoitojärjestelmien laadun paremmuuden arviointiin. Muokkasimme STM:n luoman ensihoidon laatumittariston hieman lyhyemmäksi ja selkeämmäksi, jotta se soveltuisi paremmin ensihoidon laadun nykytilaa selvittävän kyselylomakkeen tueksi. Aineiston pelkistämisen perustana toimi kirjallisuuskatsauksen antama tutkimustieto eri asioiden vaikuttavuudesta ja tärkeydestä.

### 6.3 Kyselylomake

Tiedonkeruumenetelmänä työssä käytettiin kyselylomaketta (Liite 1). Kyselylomake on yleisin tapa aineiston keruuseen määrällisessä tutkimusmenetelmässä. Kyselylomake on standardoitu. Standardoitu kysely tarkoittaa sitä, että kai-

kilta kyselyyn vastaavilta kysytään sama asiasisältö täsmälleen samalla tavalla. Kyselylomakkeen etuna on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Haittana puolestaan on alhainen vastausprosentti. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2010.) Kyselylomake on internetissä Webropol-sovelluksessa, joten vastaaminen onnistuu koska tahansa saatua kyselylinkkiä käyttämällä. Koimme, että paperisen kyselyn lähettäminen ei olisi ollut nykyaikaista ja vastauksia voitaisiin saada vähemmän. Vastaajat olisivat joutuneet näkemään vaivaa muun muassa postittamalla vastaukset takaisin opinnäytetyön tekijöille.

Opinnäytetyömme mittari eli kyselylomake luotiin sovelletusti Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidon laatumittariston kysymysten pohjalle, joihin vastauksena on ”kyllä”, ”ei” tai ”en tiedä”. Lisäksi vastaajalta kysytään, kuinka tärkeänä he kokevat kyseisen asian ensihoidon laadun arvioinnin kannalta ”1= ei lainkaan tärkeä” ja ”6=erittäin tärkeä”. Esimerkkikysymys: ”Onko teillä käytössä osaamisenhallintajärjestelmä erikseen perus- ja hoitotasoisille ensihoitajille?”, johon organisaatio vastaa joko ”kyllä”, ”ei”, ”en tiedä”, ja arvioi onko tämä väitelmä kuinka tärkeä mittari laadunhallinnassa asteikolla 1-6 ”1= ei lainkaan tärkeä” ”6=erittäin tärkeä”. Kysymysten alla on vapaata tilaa, johon vastaajan on mahdollisuus kirjoittaa halutessaan perusteluja ja näkemyksiä. Tärkeyden arviointiasteikko laadittiin tarkoituksella sellaiseksi, ettei vastaaja voi valita olevansa ”ei samaa eikä eri mieltä”, vaan joutuu aina valitsemaan, onko mittari enemmän ”tärkeä” vai ”ei tärkeä”.

Avointen kysymysten avulla haettiin vastauksia siihen, kuinka kyseisen laadun osa-alueen mittaaminen olisi parhaiten toteutettavissa. Toivomme myös näkemyksiä siitä, mitä vastaajille tarkoittaa ”ensihoidon laatu” ja mitkä tekijät laatua lisäävät ja toisaalta heikentävät. Lisäksi vastaajilta pyydettiin yleistä palautetta kyselyn laatijoille.

Laatimamme Webropol -kyselylomake esiteltiin syyskuussa 2017 kymmenellä ensihoitajalla. Esitestaajiksi valikoitui opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisesti tuntemia ihmisiä. Esitestaajien joukko oli melko heterogeeninen. Joukossa oli ensihoitaja YAMK-opiskelijoita, ensihoitopalvelun kenttäjohtajia ja ensihoitajia ympäri Suomen. Esitestaajien valinnassa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei kukaan esitestaajista kuulunut kyselyn kohderyhmään. Esitestaajilta kysyttiin

suullinen suostumus kyselyyn vastaamiseen ja heille toimitettiin lyhyen saatekirjeen (Liite 2) ohessa kyselylinkki Webropol-kyselyyn heidän ilmoittamaansa sähköpostiosoitteeseen. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastausaikaa annettiin viikko. Esitestaajat antoivat kirjallisesti palautteensa kyselylomakkeesta.

Viikon esitestausajan umpeuduttua saimme seitsemän vastausta, joten vastausprosentiksi muodostui 70 % esitestauksen osalta. Yksi vastauksista oli paperilla, sillä ohjelma ei ollut antanut jatkaa vastaamista myöhemmin. Kahdeksas vastaaja lähetti kommentteja vastausajan umpeuduttua sähköpostitse. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 80 %, sillä kommentit ehdittiin huomioida analyysissä. Saatujen tulosten analyysin perusteella joitakin kysymyksiä poistettiin, sanamuotoja muokattiin ja Webropoliin tehtiin ulkoasuun sekä vastaustekniikkaan liittyvää hienosäätöä niin, että värit ovat selkeämmät ja kyselyyn vastaamista voi jatkaa esimerkiksi seuraavana päivänä.

Nykytilaa kartoittava ensihoidon laadunvalvontakysely toteutettiin Webropol-kyselynä. Webropol-kyselyn etuna on anonymiteetin säilyminen vastausta antaessa. Kyselylomakelinkki lähetettiin lopullisine saatekirjeineen (Liite 3) sähköpostitse kaikille Suomen sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville ensihoitolääkäreille sekä ensihoitopäälliköille. Yhteystiedot sairaanhoitopiirien ensihoidon päälliköille haimme sairaanhoitopiirien internetsivuilta ja kokosimme ne kaikki yhteen. Muutamia yhteystietoja selvitimme omien kontaktiemme perusteella tai hyödyntäen sairaanhoitopiirin puhelinvaihdetta. Saatekirje muotoiltiin sellaiseksi, että se houkutti vastaanottajia vastaamaan. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa, jonka jälkeen lähetimme muistutussähköpostin, jossa vastaamiseen annettiin vielä kaksi viikkoa lisää aikaa. Kyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja vastaukset tuhottiin aineiston analysoinnin jälkeen.

#### **6.4 Aineiston analysointi**

Aineiston analyysi toteutettiin hyödyntämällä Webropol-ohjelman omaa analysointi- ja raportointityökalua määrällisten kysymysten osalta. Määrällisillä kysymyksillä selvitettiin, mitkä asiat vastaajien mielestä ovat tärkeitä ensihoidon laadun mittaamisessa ja mille tekijöille ei anneta niin paljoa arvoa. Vastaajat antoivat kyselyssä eri mittareille tärkeyspisteitä asteikolla yhdestä kuuteen. Pistey-

tysjärjestelmässä vastausvaihtoehto yksi tarkoittaa ”ei lainkaan tärkeää” ja vaihtoehto kuusi ”erittäin tärkeää”. Jokaiselle mitattavalle asialle laskettiin täärkeys-pisteet, jotka muodostuivat vastaajien antamien täärkeyspisteiden keskiarvoista.

Avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisesti induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Induktiivinen sisällönanalyysi sopii tilanteisiin, joissa edetään aineistolähtöisesti. (Elo & Kyngäs 2008.) Avointen kysymysten vastaukset siirrettiin kysymyksittäin erilliseksi Word-tiedostoksi, jossa jokainen käsite siirrettiin eri riville. Samaa tarkoittavat käsitteet aseteltiin samalle riville. Aineisto tulostettiin ja leikeltiin paloiksi. Paloja alettiin ryhmitellä niin, että samaa tarkoittavat ja yhteen kuuluvat ilmaisuot olivat yhteisissä ryppäissä. Ryppäiden perusteella luotiin alakategoriat, joiden ylle muodostuivat vielä yläkategoriat.

Analyysin jälkeen oli saatu selville, miten laatua mitataan tällä hetkellä erityisvastuualueilla. Kyselystä saatiin lisäksi arvokkaita kehitysehdotuksia laadun parantamiseksi. Tulosten pohjalta aloitettiin laatumittariston koostamisen.

## **6.5 Laatumittariston koostaminen**

Laatumittariston kysymykset jaettiin samoihin aihealueisiin kuin teoreettisena viitekehyksenä toiminut STM:n ensihoidon laatumittaristo. Aihealueina ovat:

- Ensihoitojärjestelmän laatua koskevat kysymykset
- Koulutusta ja osaamisenhallinnan laatua koskevat kysymykset
- Potilaiden tavoittamista ja voimavarojen käyttöä koskevat kysymykset
- Turvallisuutta koskevat kysymykset
- Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyyttä koskevat kysymykset
- Henkilöstöä koskevat kysymykset
- Ensihoitojärjestelmän tuloksellisuutta koskevat kysymykset

Jokaisen aihealueen yksittäisten kysymysten täärkeyspisteiden keskiarvot laskettiin ja kysymyspatteristosta poistettiin laatuväittämät, jotka oli arvioitu vähemmän tärkeiksi tai hankaliksi mitata. Jokaisen aihealueen jatkoon päässeet kysymykset pisteytettiin niin, että kaikkein eniten täärkeyspisteitä saaneesta laadun arvioinnin keinosta annettiin kolme lautupistettä, mikäli se on organisaation käytössä ja mikäli seuranta ei ole organisaation käytössä, saa organisaatio tästä

yhden miinuspuoleen. Toiseksi korkeimmat laatuasteet saaneen väittämän ollessa käytössä organisaatio saa kaksi pistettä ja mikäli seuranta puuttuu, ei pistevähennyksiä tehdä. Muista kysymyksistä organisaatio saa yhden pisteen, mutta mikäli tärkeysasteet ovat keskiarvoltaan alle neljä, saa organisaatio kyseessä olevasta kysymyksistä ainoastaan puoli pistettä, eikä pistevähennyksiä luonnollisesti tehdä lainkaan.

Eri aihealueista saatavat maksimipisteet ovat erilaisia. Eniten pisteitä on mahdollista saada ensihoitojärjestelmän tuloksellisuuden kokonaisuudesta (22 pistettä). Tuloksellisuus on yksi näkyvä tapa arvioida laatua, sillä tilastot eivät useinkaan valehtele eikä kysymyksissä ole tulkinnanvaraa. Koulutuksen ja osaamisenhallinnan kokonaisuudesta on mahdollista saada 19,5 pistettä. Kirjallisuuden ja kyselytutkimuksen perusteella koulutus ja osaamisenhallinta ovat tärkeimpiä osa-alueita ensihoitojärjestelmän laadun arvioinnissa. Muiden osa-alueiden maksimipisteet vaihtelevat kuuden ja kuudentoista välillä riippuen aihealueen tärkeysasteista ja kirjallisuuskatsauksen perusteella arvioidusta aihealueen tärkeydestä laadun kannalta.

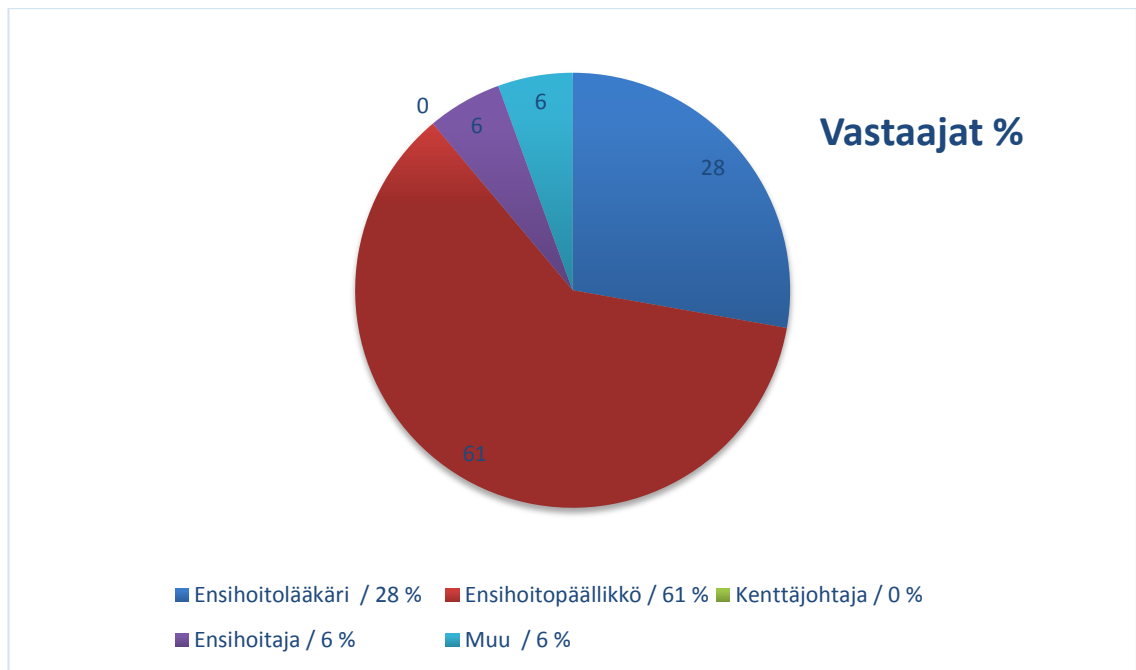
## **7 Tulokset**

Varsinainen kehittämistyö, eli valtakunnallinen ensihoidon laatumittaristo (Liite 4) rakennettiin kirjallisuuskatsauksessa saadun tiedon ja kyselytutkimuksen analyysin tulosten pohjalta. Kyselytutkimuksen vastausajan päätyttyä jokaiselta erityisvastuualueelta saatiin vastaus kyselyyn. Yhteensä vastaajia oli 18. Alalukuihin on kuvattu tulokset aihepiireittäin.

### **7.1 Vastaajien taustatiedot**

KYS erva ja TAYS erva olivat aktiivisimpia vastaajia, molemmista annettiin viisi vastausta. HYKS erva ja TYKS erva antoivat molemmat 3 vastausta. OYS erva:lta saatiin kaksi vastausta. Kyselyyn vastanneista 61 % oli ensihoitopäälliköitä (n=11), 28 % ensihoitolääkäreitä (n=5) ja 6 % ensihoitajia (n=1). Sopivaa titteliä vastaajista ei itselleen löytänyt 6 % (n=1). Kuvassa 9 on esitetty vastaajien jakautuminen tittelin mukaan.





Kuva 9. Vastaajien jakautuminen.

67 % vastaajista (n=12) ilmoitti toimivansa organisaationsa laatuvaavina. Monituottajamalli on käytössä 61 %:ssa (n=11) vastaajien alueista. 28 %:ssa (n=5) vastaajien alueista toiminta on sairaanhoitopiirin omaa. 11 % vastaajista (n=2) ostaa palvelun kokonaan pelastuslaitokselta. Yhdelläkään erityisvastuualueella toiminta ei ole pelkkää ostopalvelua yksityisiltä toimijoilta.

## 7.2 Järjestelmän laatu

94 % (n=17) vastaajista ilmoitti, että alueella on voimassaoleva ensihoidon palvelutasopäätös. Yhden vastaajan alueella voimassa olevaa palvelutasopäätöstä ei ollut. 83 % (n=15) vastaajista koki, että voimassa oleva palvelutasopäätös on erittäin tärkeä tekijä ensihoidon laadun kannalta. 11 % (n=2) vastaajista piti voimassa olevaa palvelutasopäätöstä melko tärkeänä ensihoidon laadun kannalta. 6 % (n=1) vastaajista koki, että voimassa oleva palvelutasopäätös ei ole lainkaan tärkeä tekijä ensihoidon laadun kannalta. 50 %:lla (n=9) vastaajien toiminta-alueista on kirjallinen laadunvalvontasuunnitelma, 44 %:lla (n=8) ei sitä ole ja yksi vastaaja (6 %) ei ollut varma, onko suunnitelmaa olemassa. 33 % (n=6) vastaajista koki laadunvalvontasuunnitelman olemassaolon erittäin tärkeäksi laadun kannalta.

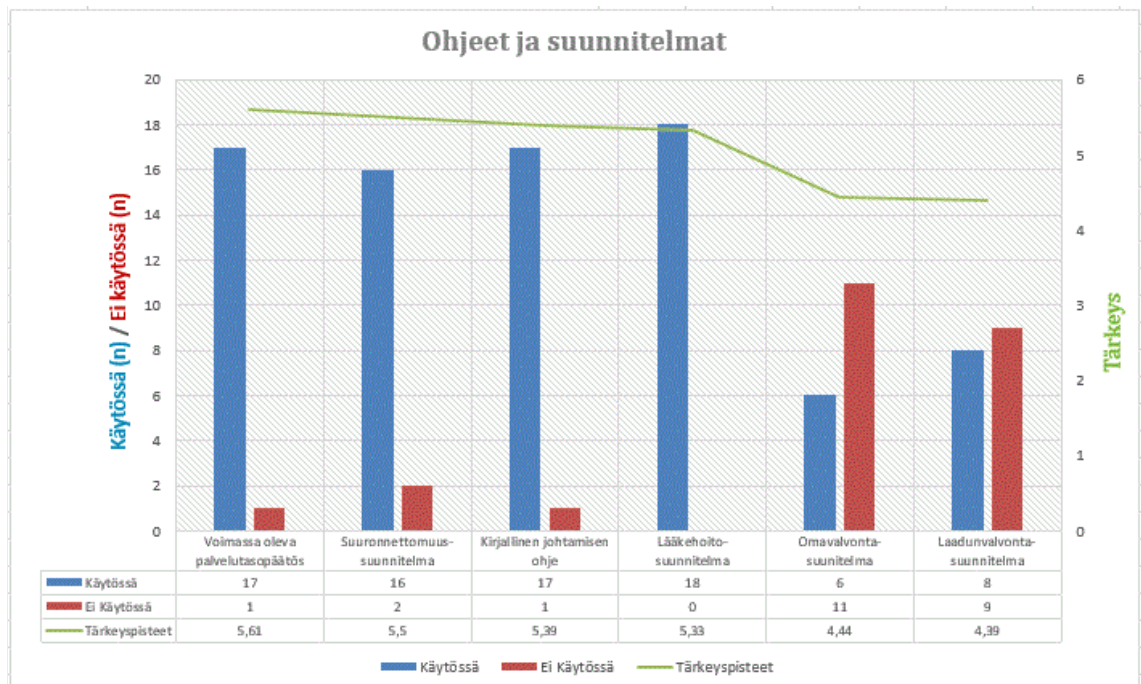
Yhden vastaajan (6 %) mielestä laadunvalvontasuunnitelma ei ole lainkaan merkityksellinen ensihoidon laadun kannalta.

Omavalvontasuunnitelma oli käytössä 33 %:ssa vastaajien (n=6) alueista. 61 % vastaajista (n=11) ilmoitti, että suunnitelmaa ei ole käytössä. Yksi vastaaja (6 %) oli epävarma suunnitelman olemassaolosta. 39 % vastaajista koki omavalvontasuunnitelman erittäin tärkeänä ensihoidon laadun kannalta. Yksi vastaaja (6 %) ei pitänyt omavalvontasuunnitelmaa lainkaan merkityksellisenä laadun kannalta.

Kirjallinen johtamisen ohje on käytössä 94 %:ssa (n=17) vastaajien alueista. Yhden vastaajan toiminta-alueella (6 %) ohjetta ei ole. 67 % vastaajista koki kirjallisen johtamisen ohjeen erittäin tärkeänä ensihoidon laadun kannalta. Yhden vastaajan mielestä (6 %) johtamisen ohje on merkityksellinen ensihoidon laadun kannalta. Suuronnettomuussuunnitelma on laadittu 89 %:ssa (n=16) vastaajien alueista. 11 % (n=2) vastaajista ilmoitti, ettei suuronnettomuussuunnitelmaa ole. 72 % (n=13) vastaajista luokitteli suuronnettomuussuunnitelman olemassaolon erittäin tärkeäksi ensihoidon laadun kannalta. Sen sijaan yhden vastaajan (6 %) mielestä suuronnettomuussuunnitelman olemassaololla ei ole merkitystä ensihoidon laatuun.

Jokaisen vastaajan alueella harjoitellaan suuronnettomuustoimintaa säännöllisesti sidosryhmien kanssa. 67 % (n=12) ilmoitti harjoituksia järjestettävän useita kertoja vuodessa. 17 % vastaajista (n=3) ilmoitti harjoittelua olevan vähintään kerran vuodessa. Yhden vastaajan toiminta-alueella (6 %) harjoituksia on "*parin vuoden välein*" ja toisen vastaajan alueella "*epäsäännöllisin väliajoin*".

Jokaisella alueella (n=18) on lääkehoitosuunnitelma. 61 % (n=11) vastaajista koki lääkehoitosuunnitelman erittäin tärkeäksi ensihoidon laadun kannalta, sen sijaan yksi vastaajista (6 %) ilmoitti, ettei lääkehoitosuunnitelman olemassaololla ole merkitystä ensihoidon laadun kannalta. Kuvaan 10 on koottu vastaajien antamat tärkeyspisteiden keskiarvot eri suunnitelmien, päätösten ja ohjeiden olemassaololle ensihoidon laadun näkökulmasta.



Kuva 10. Ohjeet ja suunnitelmat tärkeys pisteiden keskiarvoineen.

89 % (n=16) vastaajista ilmoitti, että toiminta-alueella seurataan ensihoitopalvelun kokonaiskustannuksia asukaskohtaisesti. Kahden vastaajan (11 %) alueella asukaskohtaista kokonaiskustannusten seuranta ei tehdä. 33 % (n=6) vastaajista ilmoittaa, että kokonaiskustannuksia seurataan valmiustunneittain, 67 % (n=14) ei suorita lainkaan seuranta. 28 % (n=5) vastaajista piti edellä kuvattuja seurantoja tärkeinä mittareina laadun kannalta. Yksikään vastaaja ei kokenut kokonaiskustannusten seuranta valmiustunneittain ja asukkaittain täysin merkityksettömiksi laadun arvioinnin kannalta.

Keskimääräinen ensihoidon palveluntuottajien sopimuksen kesto on vastaajista 28 %:n (n=5) alueella yli viisi vuotta. 67 % vastaajista (n=12) ilmoitti, ettei sopimuksen kesto ole yli viittä vuotta. Yksi vastaajista (6 %) ei osannut vastata kysymykseen. Kyselyssä kartoitettiin vastaajien mielipiteitä siihen, onko palveluntuottajan sopimuksen kestolla vaikutusta ensihoidon laatuun. 28 % (n=5) vastaajista ilmoitti, ettei kilpailuta ensihoitopalveluita, joten heidän alueellaan kysymys ei ole ajankohtainen. Yhden vastaajan mukaan (6 %) sopimuksen kestolla ei ole minkäänlaista vaikutusta laatuun. 61 % vastaajista (n=11) koki sopimuksen kestolla olevan vaikutusta ensihoidon laatuun. Suurin

osa vastaajista koki laadun lisääntyvän yli viiden vuoden sopimuksilla: *"Pitkä sopimus mahdollistaa ja motivoi kehityksen tekemiseen ja sitä kautta laadun huomioimiseen". "Jokainen kilpailutus käynnistää uudelleen toimijoiden koulutuksen ja ohjeistuksen toimintaan alueella tuo todennäköisesti kokemattomampaa henkilöstä töihin". "--vuoden sopimuksen takia ei kannata satsata tulevaisuuteen".*

Toisaalta kaksi vastaajaa (11 %) ilmaisi laadun pysyvän hyvänä, jopa parempana lyhyemmillä sopimuksilla: *"Kun palveluntuottaja vaihtuu, laatu pysyy yleensä hyvänä. Joskus jopa paranee. Laatua voidaan säädellä kilpailutuksella ja sopimuksilla ja aktiivisella valvonnalla."*

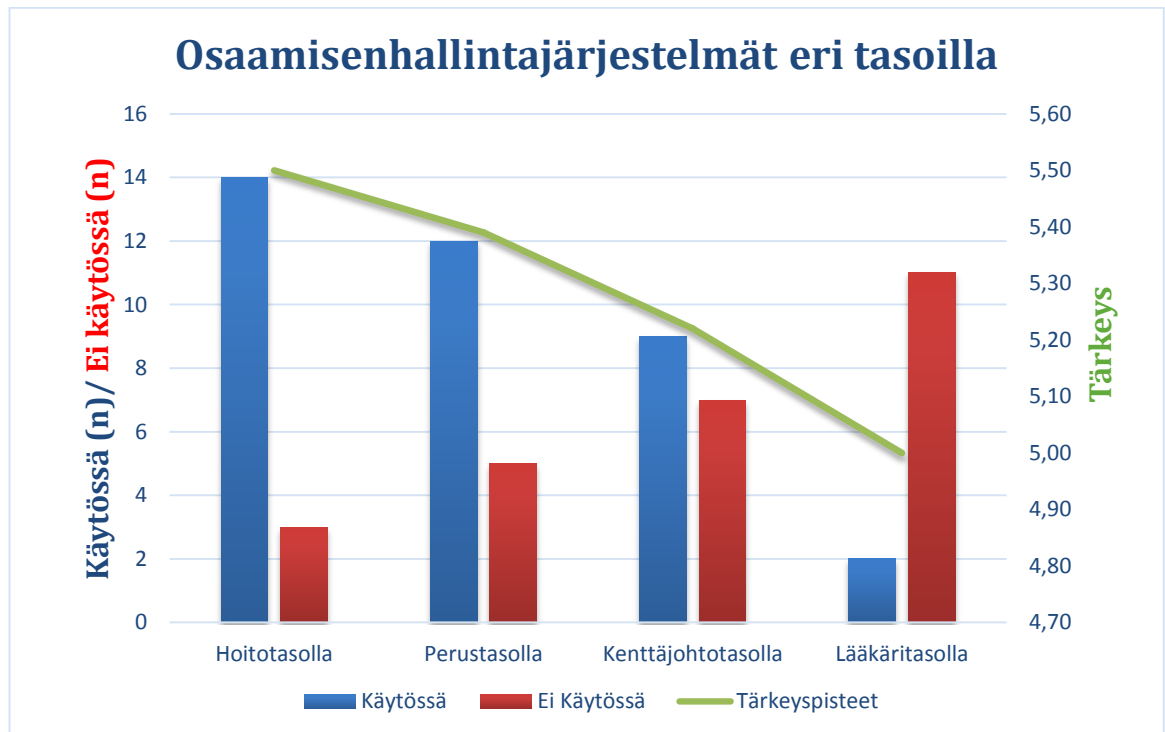
Yksi vastaajista (6 %) koki yli viiden vuoden sopimuksen kestossa sekä hyviä-että huonoja puolia: *"Sopimusajan pituus vaikuttaa sekä palveluntuottajan sitoutumiseen että omaan kehittämiseen. Pitkä sopimusaika aiheuttaa sen, että palveluntuottaja tyytyy helposti nykytilaan, ja liian lyhyt sopimusaika sen, ettei kehittäminen kiinnosta muuten."* Myös viiden vuoden määritelmä koettiin turhan tarkkana: *"--mutta onko 3v vai 5v niin en usko sillä olevan suurtakaan merkitystä."*, analysoi yksi vastaajista.

### **7.3 Koulutus ja osaamisenhallinta**

67 % (n=12) vastaajista ilmoitti, että osaamisenhallintajärjestelmä on käytössä perustasolla. 28 % (n=5) vastaajista ilmoitti, ettei osaamisenhallintajärjestelmää ole. Yksi vastaajista (6 %) ei ollut varma, onko perustasolla osaamisenhallintajärjestelmää. 78 % vastaajista (n=14) ilmoitti, että osaamisenhallintajärjestelmä on käytössä hoitotasolla. 17 % vastaajista (n=3) ilmoitti, ettei osaamisenhallintajärjestelmää ole. Yksi vastaaja (6 %) ei osannut sanoa, onko heillä osaamisenhallintajärjestelmää hoitotasolla. Kenttäjohtotasolla osaamisenhallintajärjestelmä on käytössä vastaajista 50 %:n (n=9) alueella ja 39 % vastaajista (n=7) ilmaisi, ettei järjestelmää ole käytössä. Kaksi vastaajaa (11 %) ei osannut sanoa, onko kenttäjohtotasolla osaamisenhallintajärjestelmää.

Vastaajista 11 % (n=2) ilmaisi, että heillä on käytössä osaamisenhallintajärjestelmä lääkäritasolla. 61 % vastaajista ilmoitti, ettei

heidän alueellaan ole lääkäritasolle osaamisenhallintajärjestelmää. 28 % (n=5) vastaajista ei osannut vastata kysymykseen. Kuvaan 11 on koottu osaamisenhallintajärjestelmien esiintyvyys ja vastaajien antamat tärkeyspisteet.



Kuva 11. Osaamisenhallintajärjestelmät tärkeyspisteineen eri tasoilla.

Koulutuksen vuosisuunnitelma on käytössä vastaajista 94 %:n (n=17) organisaatiossa. Yksi vastaajista (6 %) ei osannut sanoa koulutuksen vuosisuunnitelman olemassaolosta. Operatiivisen henkilöstön toimenpidejärjestelmä on käytössä 39 %:n (n=7) organisaatiossa. 56 % (n=10) ilmoittaa, ettei seuranta ole. Yksi vastaajista (6 %) ei osannut sanoa, onko operatiivisen henkilöstön toimenpideseurantajärjestelmää käytössä.

Vastaajia pyydettiin kuvailemaan käytössä olevaa osaamisenhallintajärjestelmäänsä. Tähän kysymykseen vastasi 12 vastaajaa. Kuusi vastaajaa eli 50 % ilmoitti, että osaamista testataan teoriatentillä. Teoriatentti ainoana osaamisen arvionnin keinona oli käytössä kahden vastaajan alueella. Teoriatenttiin on yhdistetty kolmen vastaajan (25 %) alueella myös simulaatioharjoituksia tai simuloituja ammattitaidon arviointitilanteita. Kahdella alueella annetaan toimenpidenäyttöjä teoriatentin lisäksi muun muassa hengitystiehallinnasta leikkaussaliolosuhteissa ja intraosseaalijohdon

avaamisesta. Neljä vastaajaa (33 %) ilmoitti, että osaamisen arviointina toimii koulutuksiin osallistuminen. Kolme vastaajaa (25 %) ilmoitti, että koulutukseen osallistumisen lisäksi ei ole muuta osaamisen arviointia. Yhdellä alueella on käytössä teoriakoulutukset, simulaatiot sekä kirjalliset tentit, jonka lisäksi lääkehoidon osaamisen verkkokurssi on pakollinen. Yksi vastaaja ilmoittaa alueellaan toteutettavan osaamisen hallinnassa kirjallista suunnitelmaa, jota ei kuvata tarkemmin. Yhdellä alueella käytetään Itsek-järjestelmää ja Uranettiä, jonne tallennetaan myös laiteajokorttien suoritustilanne. Yhden vastaajan alueella on käytössä plan-do-check-act –malli. Lisäksi osaamista seurataan ”päivittäistehtävillä kenttäjohtajien ja ensihoitolääkärin toimesta”.

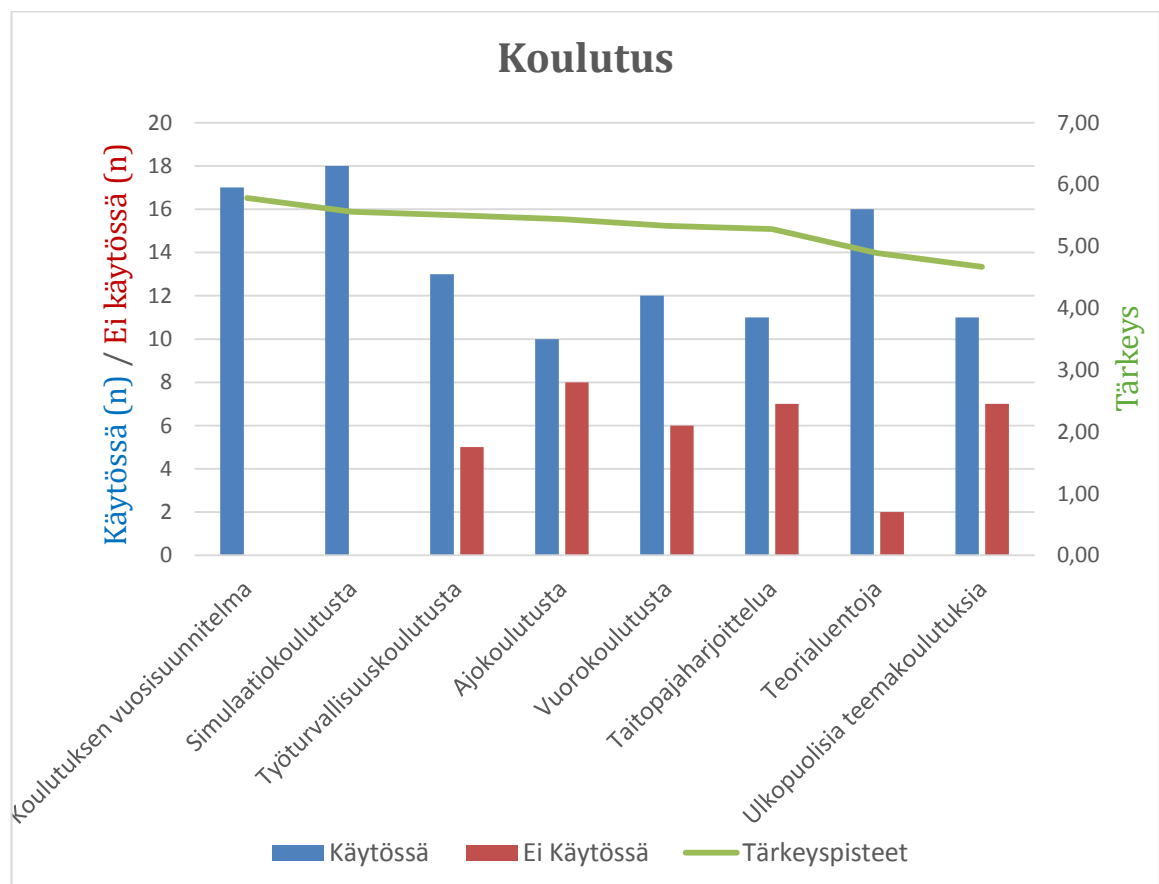
Kyselyssä selvitettiin lisäksi millainen osaaamisenhallintajärjestelmä olisi vastaajien mielestä laadukas. Kaksi vastaajaa (17 %) ilmaisi, että pelkkä teorialentti sellaisenaan ei ole riittävän laadukas osaamisen arviointiin: *”resurssit eivät kuitenkaan anna myöden järjestää käytännön osaamisen testejä- ”, ”- -parasta olisi jos voitaisiin järjestää myös käytännön testaamista. Nykyisin se ei ole henkilöstöresurssin vähäisyyden vuoksi mahdollista”*. Säännöllistä koulutusta tulisi olla valtaosan mielestä. *”Paras järjestelmä olisi sellainen joka yhdistäisi kaiken seurantatiedon ja olisi käyttäjäystävällinen- -”* Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen laatima osaamisenhallintajärjestelmä tasapainottaisi ensihoitajien osaamistasoa.

Vastaajilta, joiden organisaatiossa on toimenpideseurantajärjestelmä, pyydettiin tietoja seurannan toteuttamisesta. Kysymykseen saatiin 11 vastausta. Yksi vastaaja ei ollut varma seurannan toteuttamisesta ja toinen ilmoitti, ettei seurantaa ole. Yhdeksän vastaajan organisaatiossa suoritettiin seurantaa ja he olivat tietoisia seurannan käytännön toteutuksesta. Kuuden vastaajan alueella oli käytössä sähköinen sovellus. Näistä sähköisistä sovelluksista kolme oli integroitu sähköisen kirjaamisen yhteyteen, lisäksi käytänteinä on että *”jokainen ensihoitaja merkitsee itse webropoliiin tehtyyn järjestelmään”, ”--koulutusohitaja valvoo yhdessä kenttäjohtajien kanssa hr-työpöydän kautta- ”* ja yhdellä alueella *”ei virallista järjestelmää, joissakin yksiköissä omia”*.

67 % (n=12) ilmoitti, että heidän organisaatiossaan järjestetään säännöllisesti vuorokoulutusta. 33 % (n=6) vastasi, ettei säännöllistä vuorokoulutusta järjeste-

tä. Jokaisessa (n=18) organisaatiossa järjestetään säännöllistä simulaatiokoulutusta. Taitopajaharjoittelua on säännöllisesti vastaajista 61 %:n (n=11) organisaatiossa. 39 % (n=7) vastaajista ilmoitti, ettei säännöllistä taitopajaharjoittelua järjestetä. 89 % (n=16) vastaajista ilmoitti, että tarjolla on säännöllisiä teorialuentoja. 11 % (n=2) vastaajista kertoi, ettei teorialuentoja ole. 61 % (n=11) vastaajien organisaatioista hankkii säännöllisesti ulkopuolista teemakoulutusta. 39 % (n=7) vastaajien organisaatioista ei hanki ulkopuolisia teemakoulutuksia. 56 % (n=10) vastaajien organisaatioista järjestää säännöllistä ajokoulutusta. 44 % (n=8) organisaatioista ei järjestä ajokoulutusta. Työturvallisuuskoulutusta järjestetään 72 %:ssa (n=13) vastaajien organisaatioissa. 28 % (n=5) vastaajista ilmoitti, ettei säännöllistä työturvallisuuskoulutusta ole.

Kuvaan 12 on kuvattu eri täydennyskoulutusmuotojen saamia laatupisteitä. Kuten kuviosta huomaa, simulaatiokoulutus muodostuu vastaajien mukaan työturvallisuuskoulutuksen ohella tärkeimmäksi täydennyskoulutusmuodoksi. Vähiten tärkeänä pidetään ulkopuolisia teemakoulutuksia.



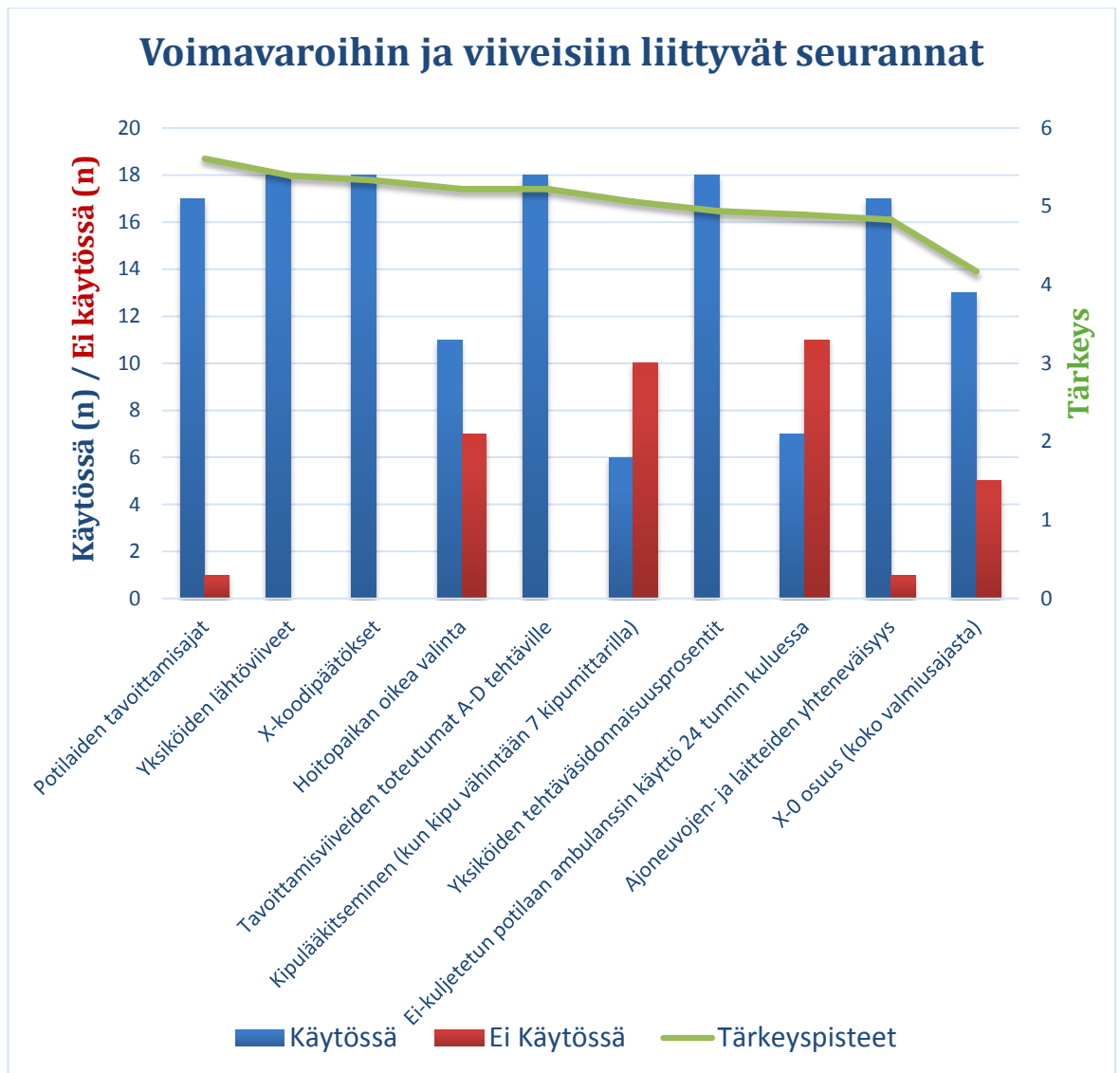
Kuva 12. Eri koulutusmuodot tärkeysasteineen.

#### 7.4 Potilaiden tavoittaminen ja voimavarojen käyttö

94 % (n=17) vastaajista ilmoitti, että heidän organisaationsa seuraa potilaiden tavoittamisaikoja. Ainoastaan yksi vastaaja (6 %) ilmoitti, ettei hänen organisaationsa seuraa tavoittamisaikoja. Yksiköiden lähtöviiveitä, X-koodipäätöksiä ja tehtäväsidonnaisuusprosentteja seurataan jokaisessa organisaatiossa. X-0 osuuksia koko valmiusajasta seurataan vastaajista 72 %:n (n=13) organisaatioissa. 28 % (n=5) vastaajien organisaatioista ei seuraa X-0 osuuksia. Hoitopaikan oikeaa valintaa seurataan 61 %:ssa (n=11) vastaajien organisaatioista. 39 % (n=7) organisaatioista ei seuraa hoitopaikan oikeaa valintaa. 39 % (n=7) vastaajien organisaatioista seuraa ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttöä 24 tunnin kuluessa X-koodipäätöksestä. 61 % (n=11) vastaajien organisaatioista ei tee ei-kuljetetun potilaan ambulanssien käytöstä seurantaa. Ajoneuvojen ja laitteiden yhteneväisyyksiä seurataan 94 %:ssa (n=17) vastaajien organisaatioista. Ainoastaan yhden vastaajan organisaatiossa yhteneväisyysseurantaa ei ole. Kipulääkitsemistä seurataan 33 %:ssa (n=6) vastaajien organisaatioista. 56 % (n=10) organisaatioista ei seuraa kipulääkitsemisen toteutumista ja kaksi vastaajaa (11 %) ei ollut varmoja, seurataanko lääkitsemistä.

Kuvaan 13 on kuvattu vastaajien arvioita eri seurantojen tärkeydestä ensihoidon laadun kannalta. Potilaiden tavoittamisaikojen seurantaa pidettiin kaikkein tärkeimpänä mittarina laadun kannalta. Vähiten merkittävänä seurantana pidettiin X-0 osuuksia kokonaisvalmiusajasta.





Kuva 13. Voimavaroihin ja viiveisiin liittyvät seurannat tärkeysasteineen.

Jokaisen vastaajan (n=18) organisaatiossa on määritelty palvelutasopäätöksessä riskiluokkien tavoittamisviiveet A-D tehtäville. Kaikilla alueilla on ensivaste-toimintaa. 39 % vastaajista (n=7) ilmoitti, että alueella on kapasiteettivaje päivittäin. Kapasiteettivajeella tarkoitetaan tässä kyselyssä tilannetta, jossa päivittäinen valmius ei riitä ensihoitotehtävien suorittamiseen ja tehtäviä joudutaan jonoittamaan. 28 % (n=5) ilmoitti, että kapasiteettivajeesta kärsitään useita kertoja viikossa. 17 % (n=3) ilmoitti, että kapasiteettivajetta on kerran viikossa. 17 % (n=3) vastasi, että kapasiteettivajetta on kuukausittain.

Vastaajilta kysyttiin, kuinka toimitaan tilanteissa, joissa ensihoitopalvelun resurssit ovat riittämättömiä. Vastauksia saatiin yhteensä kahdeksantoista, joten

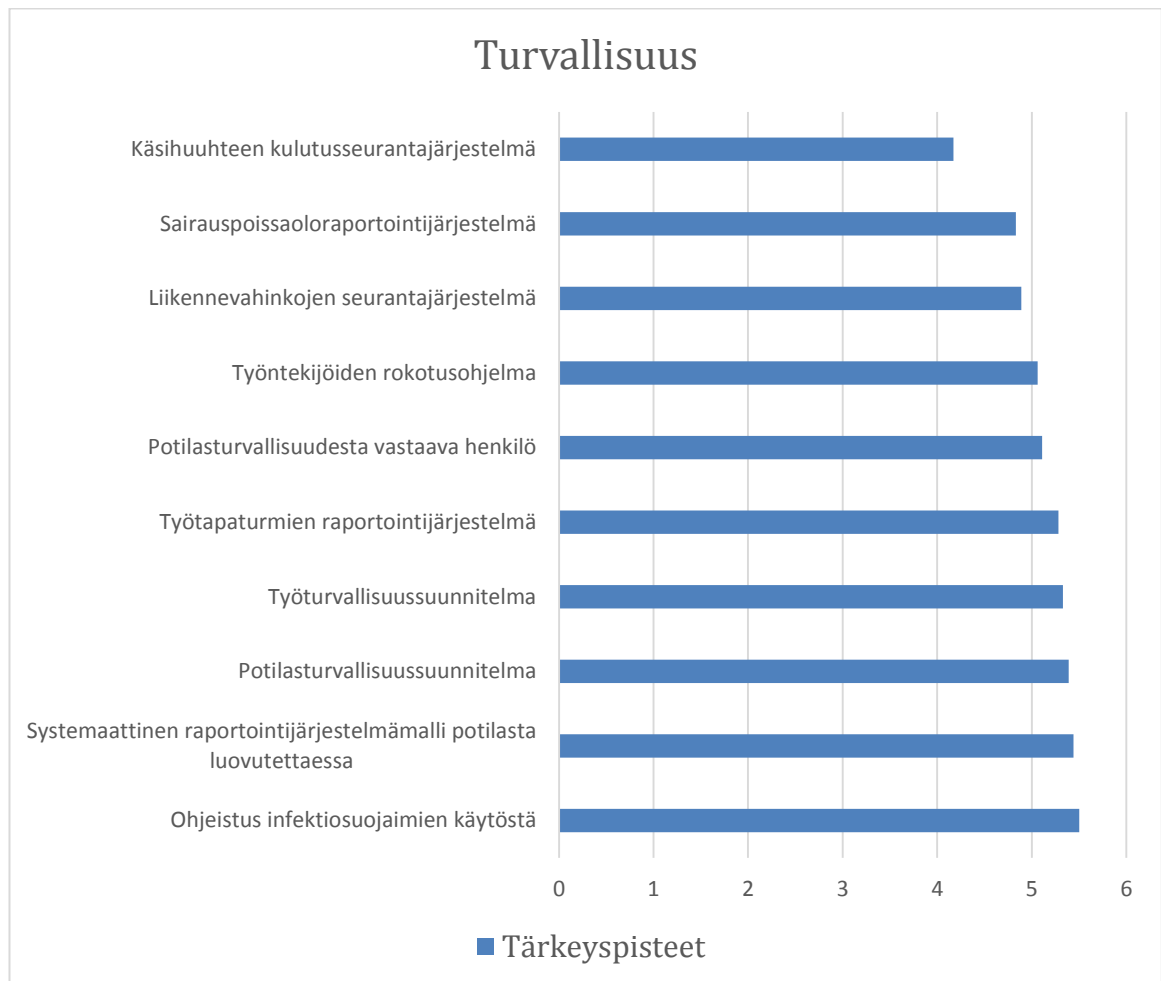
vastausprosentiksi muodostui 100 % tämän kysymyksen osalta. 61 % vastaajien (n=11) organisaatioista jonouttaa tehtäviä. Osassa organisaatioista kiireettömät tehtävät asetetaan uuteen kiireellisyysjärjestykseen soittamalla kohteeseen ja tekemällä hoidon tarpeen arvio. 22 % (n=4) organisaatioista pyrkii turvaamaan valmiutta valmiussiirtojen avulla, eli vapaana olevia yksiköitä siirretään alueille, jossa on kapasiteettivajetta. 44 % (n=8) vastaajien organisaatioista hyödyntää lisäresursseja, eli perustaa ruuhkayksiköitä. Kiireettömiä tehtäviä voidaan kahdessa organisaatiossa (11 % tapauksista) siirtää siirtokuljetusyksiköiden suoritettavaksi. Lisäksi yhdellä alueella (6 %) tehdään yhteistyötä muiden ensihoito-organisaatioiden kanssa. Kolmella alueella (17 %) kenttäjohtaja hoitaa kapasiteettivajetilanteen parhaimmaksi katsomallaan tavalla, eikä valmista toimintamallia ole.

## **7.5 Turvallisuus**

78 % (n=14) vastaajista ilmoitti, että organisaatiossa on työturvallisuussuunnitelma. 17 % (n=3) vastasi, ettei työturvallisuussuunnitelmaa ole. Yksi vastaaja (6 %) ei osannut sanoa, onko organisaatiossa työturvallisuussuunnitelmaa. Kaikissa organisaatioissa (100 %) on työtapaturmien ja sairauspoissaolojen raportointijärjestelmät. 61 %:ssa (n=11) organisaatioista on käytössä liikennevahinkojen seurantajärjestelmä. 33 % (n=6) ilmoitti, ettei liikennevahinkojen seurantajärjestelmää ole käytössä. 6 % (n=1) ei osannut sanoa, onko seurantajärjestelmää käytössä. Kaikissa organisaatioissa on ohjeistus infektiosuojaimien käytöstä sekä HaiPro-ilmoitusjärjestelmä. 83 % (n=15) vastaajista ilmoitti, että organisaatiossa on työntekijöiden rokotushjelma. 17 %:ssa (n=3) organisaatioista rokotushjelmaa ei ole työntekijöille. Käsihuuhteen kulutusseurantajärjestelmä on käytössä 44 %:ssa (n=8) vastaajien organisaatioista. 50 % (n=9) ilmoitti, ettei seurantajärjestelmää käsihuuhteen käytölle ole. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, seurataanko käsihuuhteen kulutusta. 78 %:ssa (n=14) vastaajien organisaatioista on potilasturvallisuussuunnitelma. 17 %:ssa (n=3) vastaajien organisaatioista suunnitelmaa ei ole. Yksi vastaaja (6 %) ei osannut sanoa, onko potilasturvallisuussuunnitelmaa olemassa. 78 %:ssa (n=14) vastaajien organisaatioista on potilasturvallisuudesta vastaava henkilö. 11 %:ssa (n=2) organisaatioista henkilöä ei ole. Kaksi vastaajaa (11 %) ei osannut sanoa, onko organisaati-

tiossa potilasturvallisuudesta vastaavaa henkilöä. 67 % (n=12) vastasi, että organisaatiossa on systemaattinen raportointijärjestelmämalli potilasta luovutettaessa. 28 %:ssa (n=5) vastaajien organisaatioista systemaattista raportointimalia luovutustilanteisiin ei ole. 6 % (n=1) ei osannut vastata kysymykseen.

Alla olevaan kuvaan (kuva 14) on koottu edellä mainittujen seurantojen tärkeyspisteet.



Kuva 14. Turvallisuuden eri osa-alueita koskevat tärkeyspisteet.

83 %:ssa (n=15) vastaajien organisaatioista käydään säännöllisesti läpi, haitta- ja läheltä piti -tilanteet. Kahdessa organisaatiossa (11 %) säännöllistä käsittelyä ei ole. Yksi vastaaja (6 %) ei tiennyt, onko haitta- ja läheltä piti -tilanteille säännöllistä läpikäyntiä. Vastaajilta kysyttiin, kuinka haitta- ja läheltä piti -tilanteet tulisi käsitellä. Nykytilassa käsittely tapahtuu vastaajien mukaan pitkälti HaiPro-ilmoitusten kautta. Eri organisaatioilla on omia tapoja HaiPro-ilmoitusten käsitte-

lyyn. Osa ilmoitti, että ainoastaan *"ylilääkäri ja osastonhoitaja käsittelevät ja tarpeen mukaan otetaan yhteyttä ja tehdään toimenpiteitä"*, toisissa organisaatioissa *"esimiestiimin jäsenet ja HaiPro käsittelijä saavat ilmoituksen sähköpostiin haitta- ja läheltä piti -tilanteista heti. Tapauskohtaisesti arvioidaan toimenpiteiden tarve ja käsitellään Haiprot. Kerran viikossa esimiehet käyvät läpi sen viikon Haiprot ja sovitaan Lync palaverissa ja viikkotiedotteissa käsiteltävistä asioista. Lisäksi HaiPro käsitellään kvartaaleittain johtoryhmässä ja vuosikatsaukset tehdään erä-alueen ohjeen mukaan. Käytössä myös vakavien haittatapahtumien käsittelymalli."* Osassa organisaatioista on erillisiä työryhmiä haitta- ja läheltä piti –tapahtumien käsittelyä varten. Prosessissa voi olla mukana työturvallisuusvastaava, työsuojeluvaltuutettu, potilasturvallisuusvastaava, ensihoidon laatu- ja potilasturvallisuusvastaava tai koko työturvallisuustyöryhmä. Vastaajat näkivät heikkoudeksi sen, että aina tieto HaiProsta ei mene työntekijöille oppimisen tueksi, vaan se käsitellään esimiestasolla eikä toimenpiteitä välttämättä tehdä. Monituottajamallissa sairaanhoitopiiri ei saa aina tietoa yksityisillä yrityksillä tapahtuneista tilanteista, sillä yhtenäistä raportointijärjestelmää ei ole.

## **7.6 Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyys**

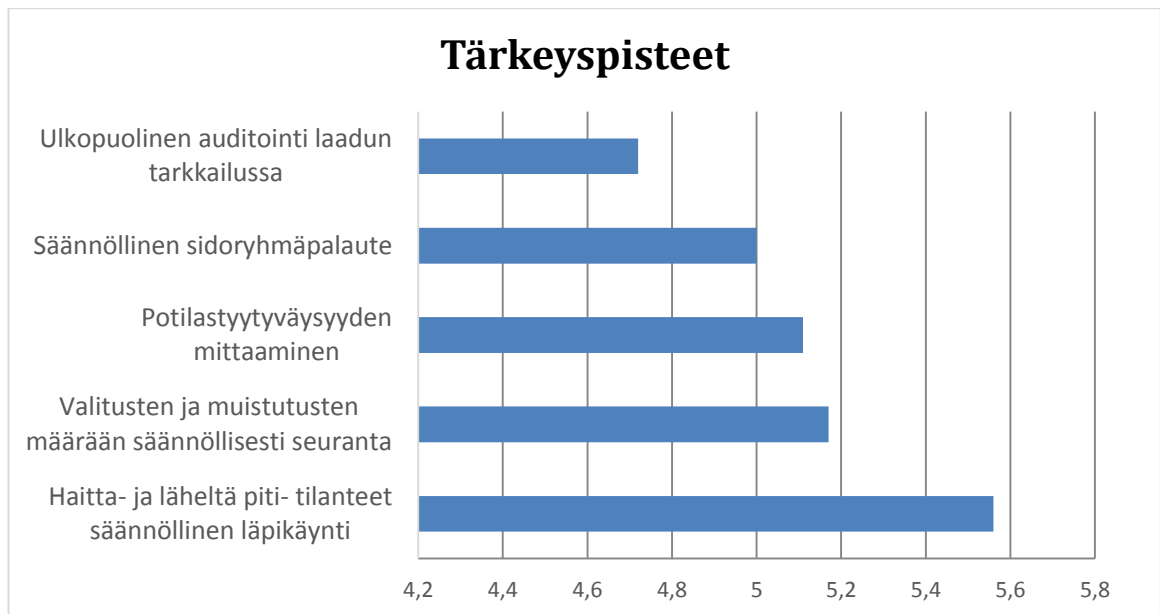
61 % (n=11) vastaajien organisaatioista seuraa potilastyytyväisyyttä. 39 % (n=7) organisaatioista ei seuraa potilastyytyväisyyttä. Vastaajilta kysyttiin, kuinka he seuraavat tyytyväisyyttä. 11 vastaajaa vastasi kysymykseen, eli kaikki jotka ilmoittivat suorittavansa potilastyytyväisyysseurantaa. 81 % vastaajista (n=9) seuraa tyytyväisyyttä asiakastyytyväisyyskyselyllä. Asiakastyytyväisyyskyselyjä on toteutettu myös opiskelijoiden toimesta. Osa tekee kyselyjä *"silloin tällöin"*, osalla tutkimus toteutuu *"kahden vuoden välein"* ja yhdellä organisaatiolla *"vuosittain"*. Jatkuva palautteenantomahdollisuus on neljällä organisaatiolla (36 %), jolloin palaute tulee antaa sairaanhoitopiirin nettisivuille, jos asiakas niin haluaa toimia. Yhden organisaation palveluntuottajalla on *"käytössä aktiivinen asiakaspalautejärjestelmä, joka perustuu asiakkaalta kohdassa pyydettyyn puhelinnumeroon, johon tehtävän jälkeen lähtee automaattisesti asiakastyytyväisyyskysely"*.

17 % (n=3) vastaajien organisaatioista kerää säännöllisesti palautetta sidosryhmiltä. 89 % (n=16) vastaajien organisaatioista ei kerää säännöllistä sidos-

ryhmäpalautetta. Sidosryhmäpalautteen vaikutuksesta ensihoito-organisaation toimintaan kartoitettiin vastaajien mielipiteitä. 50 % koko kyselyyn vastanneista vastasi sidosryhmäpalautteen vaikutusta kartoittavaan kysymykseen (n=9). Kaikkien vastaajien mukaan sidosryhmäpalaute on merkityksellistä ja sillä on vaikutusta organisaation toimintaan: *"toimintaa tarkastellaan ja pyritään kehittämään--", "toimintamalleja hiotaan palautteen perusteella", "--siitä saadaan informaatiota missä mennään myös muiden kuin yhteishenkilöiden mielestä"*. Osalla vastaajien alueista suunnitellaan sidosryhmätyytyväisyyskyselyä: *"suunnitteilla on sähköinen sidosryhmäkysely"*.

89 % (n=16) vastaajien organisaatioista seuraa säännöllisesti valitusten ja muistutusten määrää. Yhdessä organisaatiossa seuranta ei ole. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, tehdäänkö organisaatiossa valitusten ja muistutusten seuranta säännöllisesti. Vastaajilta kysyttiin, kuinka organisaatiossa käsitellään muistutukset ja valitukset. Kysymykseen saatiin 17 vastausta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 94 %. Lähes kaikissa organisaatioissa prosessi käynnistyy asianomaisen työntekijän kuulemisella ja potilasasiakirjojen tarkastelulla. Organisaatiosta riippuen käsittelijänä voi olla osastonhoitaja, ylilääkäri, keskushallinto tai palvelupäällikkö. Tapauksesta laaditaan vastine, joka lähetetään tilanteesta riippuen hallintoylilääkärille, aluehallintovirastoon tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon. Tarvittaessa annetaan lisäselvityksiä, jos niitä pyydetään. Yhdessä vastauksessa kerrotaan, että *"--hallintoylilääkärin lausunnosta tulee tieto kaikille mukana olleille. Mikäli toistuvasti alkaa tulla samoista asioista muistutuksia niin asia käydään koko henkilöstön kanssa läpi--"*. Kahdessa vastauksessa muistutetaan, että valituksen tai muistutuksen tekijälle annetaan aina vastaus.

Kuvaan 15 on koottu tärkeys pisteet haitta- ja läheltä piti -tilanteiden läpikäynnille, potilastyytyväisyyden mittaamiselle, sidosryhmätyytyväisyydelle, valitusten määrän seurantaan ja ulkopuoliseen auditointiin laadun arvioimiseksi. 33 % (n=6) vastaajien organisaatioista käyttää ulkopuolista auditointia ensihoidon laadun arvioinnissa. 67 % (n=12) organisaatioista ei käytä ulkopuolista auditointia.



Kuva 15. Saadun palautteen tärkeys laadun arvioinnissa.

## 7.7 Henkilöstö

89 % (n=16) vastaajien organisaatioista seuraa henkilöstön työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä. 11 % (n=2) organisaatioista ei seuraa työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä lainkaan. Vastaajilta kysyttiin, kuinka työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä seurataan ja onko seurannoilla vaikutusta organisaation toimintaan. Kyselyyn saatiin 17 vastausta, eli vastausprosentiksi muodostui 94 %. Vastaajista 94 % (n=16) ilmoitti, että tyytyväisyyttä ja työhyvinvointia seurataan kyselyin. Yhdessä organisaatiossa kyselyjä on neljä kertaa vuodessa, kun tavallisimmin kyselyjä oli kerran vuodessa. Yhden vastaajan mukaan työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä seurataan työhyvinvointi- ja kehityskeskusteluissa. Yhden vastauksen mukaan kyselyillä ei ole juurikaan vaikutusta nykytilanteeseen, sen sijaan 50 % (n=8) vastaajista koki, että kyselyt vaikuttavat työhyvinvointiin ja tyytyväisyyteen: *"--työhyvinvointikysely, jonka pohjalta laaditaan työhyvinvointisuunnitelma ja konkreettiset toimenpiteet. Seurannan tulokset vaikuttavat organisaation toimintaan. Mm. Työnohjauksia on käynnistetty ja otettu käyttöön työyhteisöllinen työvuorosunnittelu."*

94 %:ssa (n=17) vastaajien organisaatioista on käytössä työntekijöiden perehdytysohjelma. Yksi vastaaja (6 %) ei ollut varma, onko ohjelmaa käytössä. Vastaajilta kysyttiin, millainen olisi laadukas perehdytysmalli. Kysymykseen saatiin

12 vastausta, näin vastausprosentiksi muodostui 67 %. 41% vastaajista (n=5) koki että perehdytyksen tulee olla perusteellisesti suunniteltu, kattava ja järjestelmällinen. Yksi vastaaja korosti, että perehdytyksessä on huomioitava työntekijän aiempi tausta ja työkokemus ja perehdytys on räätälöitävä näihin sopivaksi. 41 % (n=5) korosti riittävän pitkän perehdytysjakson tärkeyttä. 25 % (n=3) korosti vertaisoppimista, jossa perehtyjä olisi kokeneen ensihoitajan parina perehdytyksen ajan. 17 % (n=2) vastaajista ilmaisi, että perehdytyksen lisäksi tulisi jotenkin testata, että perehtyjä on omaksunut perehdytyksen sisällön. Tähän vastaajat esittävät jonkinlaista tenttiä. Yhden vastaajan mukaan perehdytysmallin tulee olla selkeä ja tiivistetty, joka perustuu tarkistuslistaan.

56 % (n=10) vastaajista ilmoitti, että organisaatiossa seurataan operatiivisen henkilöstön vaihtuvuutta vuosittain. 44 % (n=8) vastaajista ilmoittaa, ettei henkilöstön vaihtuvuutta seurata vuositasolla. 83 %:ssa (n=15) vastaajien organisaatioista on ohjausjärjestelmä psykososiaalisiin palveluihin. 11 %:n (n=2) alueella ohjausjärjestelmää ei ole, ja yksi vastaaja (6 %) ei osaa sanoa, onko ohjausjärjestelmää psykososiaalisiin palveluihin.

Kuvaan 16 on koottu työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden, perehdyttämisohjelman, operatiivisen henkilöstön vaihtuvuudenseurannan ja psykososiaalisiin palveluihin ohjausjärjestelmän saamat tärkeyspisteet laadun arvioinnissa.

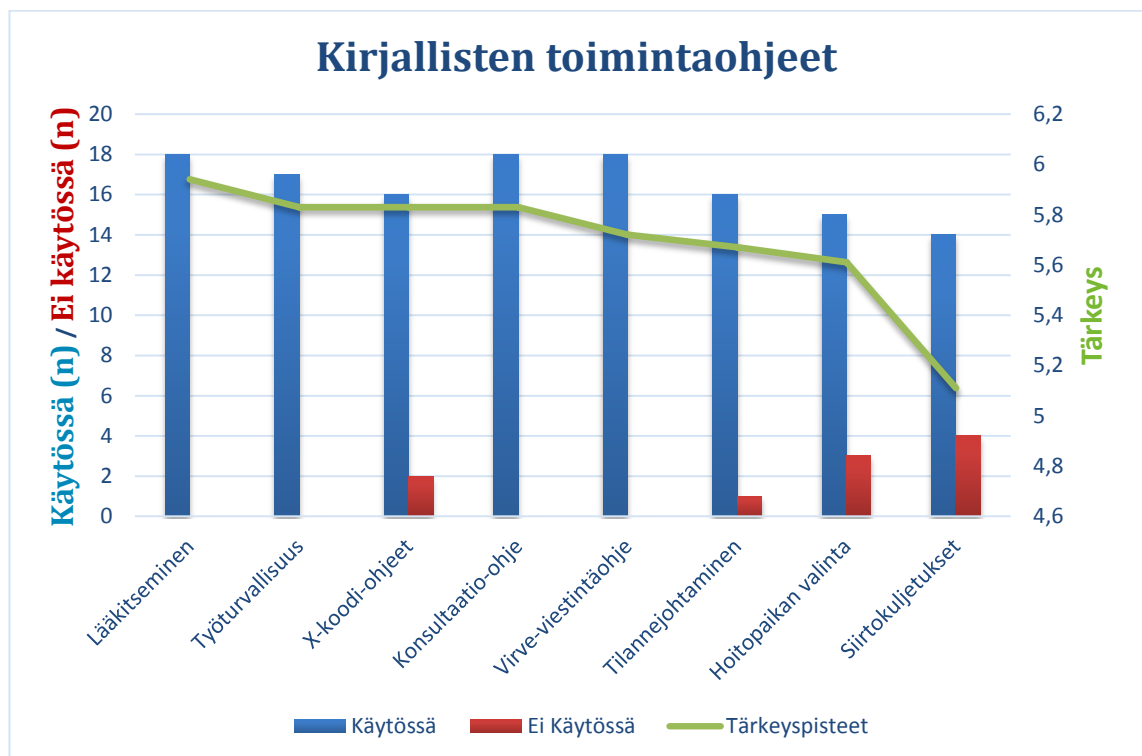


Kuva 16. Henkilöstöä koskevien kysymysten saamat laatuksymykset.

## 7.8 Ensihoitojärjestelmän tuloksellisuus

Kaikissa vastaajien organisaatioissa on käytössä Virve-viestintäohje, lääkitsemisohje ja konsultaatio-ohje. Työturvallisuusohjeet ovat 94 %:lla (n=17) organisaatioista, yksi vastaaja (6 %) ei osannut ottaa kantaa ohjeen olemassaoloon. Tilannejohtamisen ohje on käytössä 89 %:ssa vastaajien (n=16) alueista. Yhdellä alueella (6 %) ohjetta ei ole. Yksi vastaaja ei osannut ottaa kantaa tilannejohtamisen ohjeen olemassaoloon. Hoitopaikan valinnasta on laadittu ohje 83 %:ssa vastaajien (n=15) alueista. 17 %:ssa vastaajien alueista (n=3) hoitopaikan valinnasta ei ole ohjetta. 78 %:n (n=14) alueella on siirtokuljetusohje, 22 %:ssa (n=4) alueista ohjetta ei ole. X-koodiohjeet ovat 89 %:ssa (n=16) alueista ja 11 %:ssa (n=2) alueista ei ole X-koodiohjetta.

Kuvaan 17 on koottu eri kirjallisten toimintaohjeiden tärkeys pisteitä ensihoidon laadun kannalta vastaajien arvioimana. Tärkeimpänä pidettiin lääkehoidon ohjetta. Seuraavaksi tärkeimmiksi nousivat työturvallisuusohje, X-koodiohjeet ja konsultaatio-ohje. Vähiten tärkeimmäksi vastaajat arvioivat ensihoidon laadun kannalta siirtokuljetusohjeen.



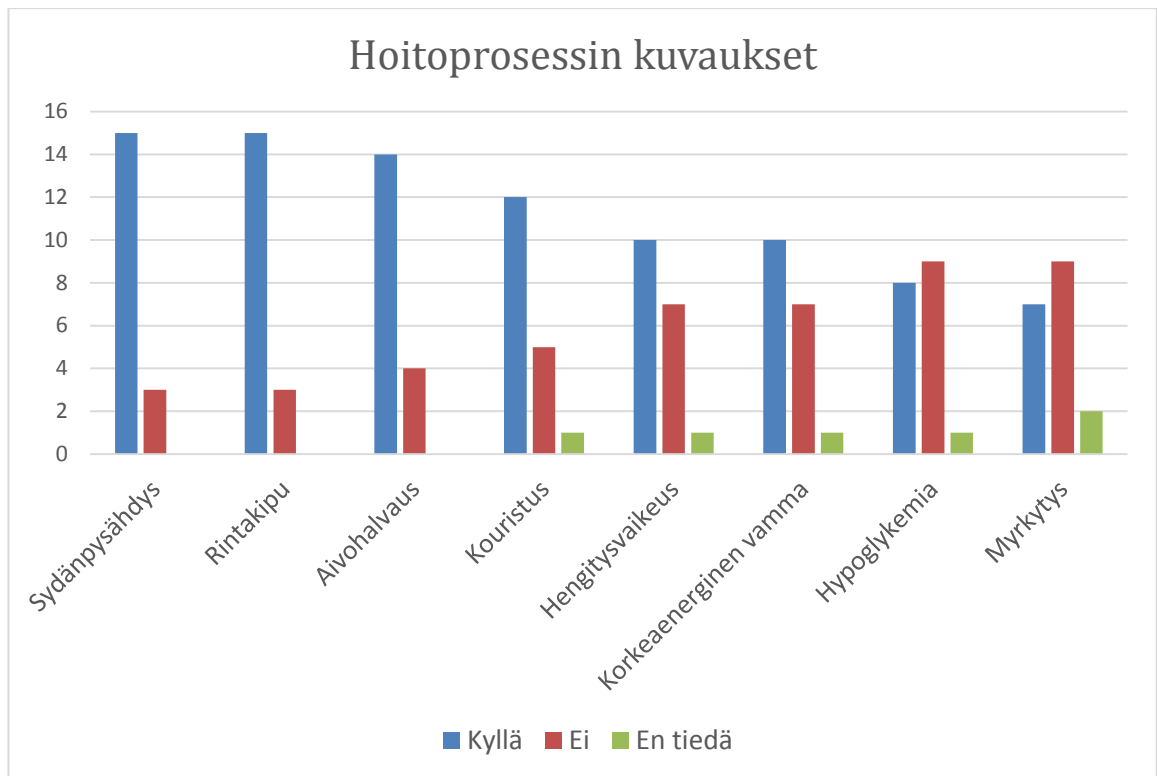
Kuva 17. Kirjallisten toimintaohjeiden olemassaolo ja tärkeys pisteet.



Vastaajilta kysyttiin, kuinka toimintaohjeet tulisi jalkauttaa ensihoitajien käyttöön. Lisäksi selvitettiin keinoja, joilla toimintaohjeiden noudattamista tulisi valvoa. Kysymykseen saatiin 16 vastausta, jolloin vastausprosentiksi muodostui tämän kysymyksen osalta 89 %. 56 % (n=9) vastaajista koki, että kouluttaminen on tärkeintä toimintaohjeiden jalkauttamista. Kouluttaminen voi tapahtua vuorossa, koulutuspäivillä, simulaatio-oppimisena tai infotilaisuuksista. Jalkauttaminen koetaan osittain haastavana resurssien niukkuuden vuoksi. Yhdessä vastauksessa kuvataan, että kaikki uudet ohjeistukset tulisi käydä henkilökohtaisesti kasvotusten läpi työntekijöiden kanssa ja varmistaa, että asia on omaksuttu. Sähköpostitiedottaminen koetaan heikkona viestintäkanavana. Yhdessä vastauksessa esitetään sähköpostiviesteihin lukukuittausta, jolloin henkilön tulee osoittaa omaksuneensa ohje. Yhdellä alueella on käytössä henkilöstölle vuosittain jaettava hoito-ohjekirja, johon on koottu alueen hoito- ja toimintaohjeet eri tilanteita varten.

Vastaajien mukaan toimintaohjeiden noudattamisen seuraaminen on helpointa, jos käytössä on sähköinen ensihoitokertomus. Seurannan tulee olla päivittäistä, ja kenttäjohtaja on tärkeässä roolissa seurannan kannalta. Toimintaa kehittävää palautetta saadaan vastaanottavista hoitolaitoksista, mikäli toimintaohjeita on noudatettu puutteellisesti. Palautteenannon ei tule perustua ainoastaan kehittämiskohtiin, vaan myös hyvästä työstä ja toiminnasta tulee palkita kiitoksella.

Alla olevaan kuvaan (kuva 18) on koottu hoitoprosessit, joita organisaatiot ovat tunnistaneet ja kuvanneet.



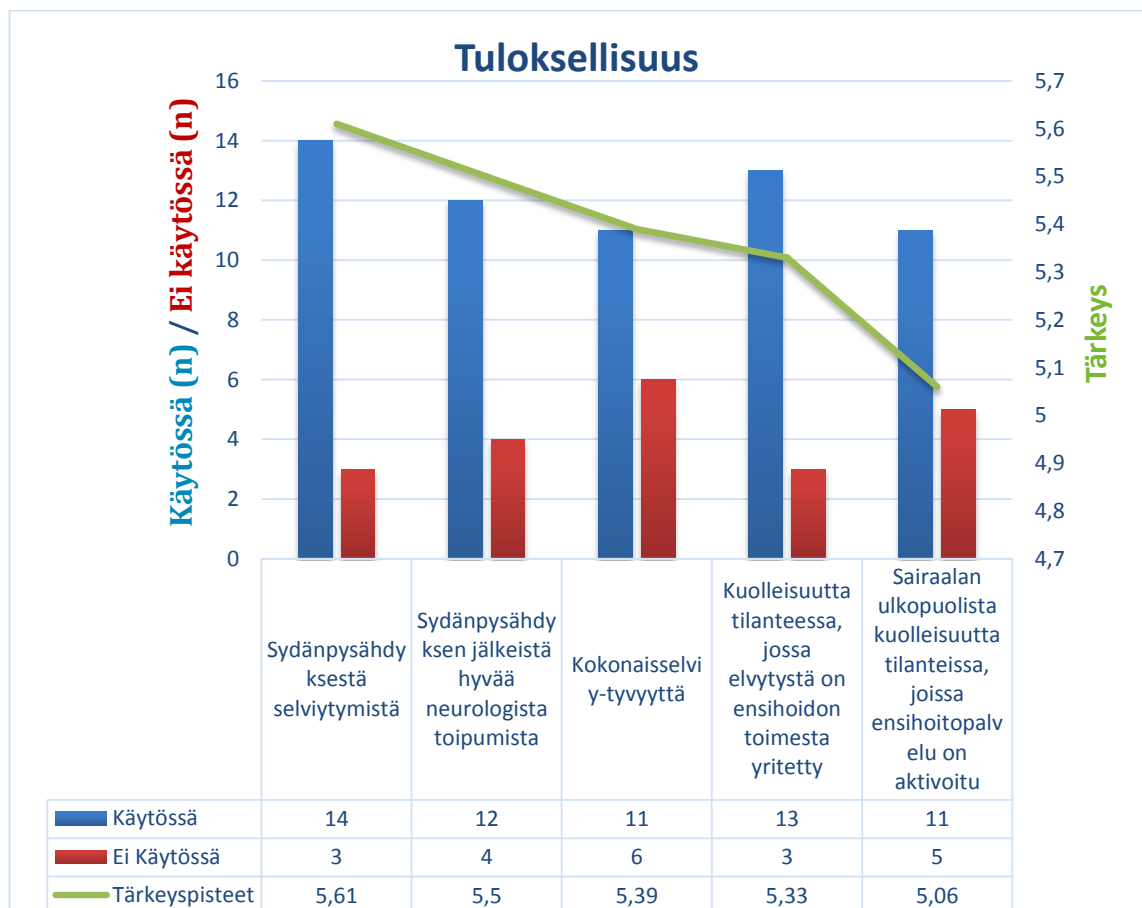
Kuva 18. Hoitoprosessien kuvaaminen.

Lisäksi organisaatioilta kysyttiin, onko heillä joitakin muita hoitoprosesseja, joita ovat kuvanneet. Ohjeita on tehty siirtokuljetuksista, ketoasidoosista, yleistilan laskusta, lapsen hengitysvaikeudesta, kivun hoidosta, sepelvaltimotautipotilaan hoidosta, synnytyksistä, verensiirrosta ja lääkkeellisestä hengitystien varmistamisesta. Lisäksi ohjeistuksia on muun muassa hoitoonohjauksesta ja vamma- potilaan tukemisesta. Osassa organisaatioista hoito-ohjeet ovat tekeillä. 72 % (n=13) ilmoitti, että organisaatiossa kehitetään hoitoprosesseja systemaattisesti. 22 % (n=4) vastaajista ilmoitti, ettei systemaattista hoitoprosessien kehittämistä ole. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, kehitetäänkö prosesseja.

Sairaalan ulkopuolista kuolleisuutta tilanteissa, joissa ensihoitopalvelu on aktivoitu, seurataan 61 %:ssa (n=11) organisaatioista. 28 % (n=5) ei seuraa kuolleisuutta. Kaksi vastaajaa (11 %) ei osannut sanoa seurataanko sairaalan ulkopuolista kuolleisuutta tilanteissa, joissa ensihoitopalvelu on aktivoitu. 72 % organisaatioista (n=13) seuraa kuolleisuutta tilanteissa, joissa elvytystä on ensihoidon toimesta yritetty. 17 % (n=3) ei tee seurantaa ja 11 % (n=2) vastaajista ei osannut sanoa, seurataanko kuolleisuutta tilanteissa, joissa elvytystä on ensihoidon toimesta yritetty. 78 % (n=14) vastaajien organisaatioista seuraa sy-

dänpysähdyksestä selviytymistä. 17 %:ssa (n=3) vastaajien organisaatioista seurantaa ei tehdä ja yksi vastaaja ei osannut sanoa, seurataanko sydänpysähdyksestä selviytymistä.

67 % (n=12) vastaajien organisaatioista seuraa sydänpysähdyksen jälkeistä hyvää neurologista toipumista. 22 % (n=4) vastaajien organisaatioista ei tee seurantaa ja 11 % (n=2) ei osaa vastata, seurataanko sydänpysähdyksen jälkeistä hyvää neurologista toipumista. Kokonaisselviytyvyyttä seuraa 61 % (n=11) organisaatioista. 33 % (n=6) ei suorita seurantaa, yksi vastaaja (6 %) ei osaa sanoa, seurataanko kokonaisselviytyvyyttä. Alla olevaan kuvaan (kuva 19) on kuvattu selviytyvyyteen ja kuolleisuuteen liittyviä seurantoja, joille vastaajat ovat antaneet tärkeys pisteitä.



Kuva 19. Ensihoitopalvelun tuloksellisuutta kuvaavat seurannat tärkeys pisteineen.

Sydänpysähdyksestä selviytyminen koettiin kaikkein tärkeimmäksi ensihoidon laadun mittariksi. Vähiten tärkeänä laatua mittaavana seurantana koettiin sai-

raalan ulkopuolista kuolleisuutta tilanteissa, joissa ensihoitopalvelu on aktivoitu. Vastaajilta kysyttiin, kuinka selviytyvyyteen liittyviä asioita tulisi seurata. Kysymykseen saatiin yhdeksän vastausta, jolloin kysymyksen vastausprosentiksi muodostui 50 %. Yhteistä vastauksille on, että seuranta koettiin tärkeäksi. Seurantaratkaisun tulisi olla sähköinen järjestelmä ja se toteutettaisiin yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa. Suurimmassa osassa vastaajien organisaatioita jonkinlainen seuranta on jo käytössä, mutta seurannan kansallistamiseksi tai kansainvälistämiseksi yhteinen rekisteri koettaisiin tärkeäksi.

## **7.9 Mitä on laatu ensihoitopalvelussa?**

Vastaajilta kysyttiin mitä ensihoitopalvelun laatu tarkoittaa. Alla olevaan taulukoon on koottu vastaajien mietteitä laadusta. Analyysi on toteutettu kuten kapaleessa ”6.5 Laatumittariston koostaminen” on kuvattu.

<b>Alkuperäiset ilmaisut</b>	<b>Alakategoriat</b>	<b>Yläkategoriat</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-näyttöön perustuvaa tietoa ja osaamista</li> <li>-potilas saa palvelun yleisesti hyväksytyjen periaatteiden mukaan</li> <li>-pohjautuu tutkittuun tietoon</li> <li>-ammattitaitoinen hoidon tarpeen arvio</li> <li>-oikea-aikainen jatkohoidon järjestäminen</li> <li>-potilaan tilanne ei huonone ensihoitopalvelun aikana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• näyttöön perustuva toiminta</li> <li>• laadukas hoidontarpeenarvio</li> </ul>	<b>Hoitoprosessin sujuvuus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-motivoituneet työntekijät</li> <li>-halu tehdä työ mahdollisimman hyvin</li> <li>-oman työn arvostus</li> <li>-halu kehittyä työssä</li> <li>-ammattillisuus</li> <li>-ammattiipeys</li> <li>-koulutetut työntekijät</li> <li>-taktisesti ja teknisesti oikeat toimintatavat</li> <li>-tasalaatuinen osaaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• motivaatio ja halu kehittyä</li> <li>• työntekijöiden osaaminen</li> </ul>	<b>Osaaminen ja asenne</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-resurssit riittävät perustehtävän hoitoon</li> <li>-resursseja käytetään tehokkaasti</li> <li>-potilaat tavoitetaan viiveettä</li> <li>-potilaat tavoitetaan riittävän nopeasti huomioiden olosuhteet ja välimatkat</li> <li>-laadukas ja ajanmukainen kalusto</li> <li>-laadukkaat välineet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• riittävä ambulanssikapasiteetti</li> <li>• asianmukainen kalusto</li> </ul>	<b>Riittävät resurssit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-potilaslähtöinen toiminta</li> <li>-kokemus hoidon vaikuttavuudesta</li> <li>-kokemus hoidon asianmukaisuudesta</li> <li>-potilas jää tyytyväiseksi</li> <li>-kokemus hyvästä hoidosta</li> <li>-kokemus asianmukaisesta ohjauksesta ja kohtelusta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaslähtöisyys</li> <li>• kokemus tyytyväisyydestä</li> </ul>	<b>Potilaskeskeisyys</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-ylläpitokoulutus</li> <li>-täydennyskoulutus</li> <li>-monipuolinen koulutus</li> <li>-riittävä koulutus ammattitaidon ylläpitämiseksi</li> <li>-hyvin koulutettu henkilöstö</li> <li>-kehittyminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erilaiset koulutukset</li> <li>• ammattitaidon lisääntyminen</li> </ul>	<b>Osaamisen hallinta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-potilasturvallisuus toiminnassa</li> <li>-työturvallisuudesta huolehtiminen</li> <li>-työhyvinvointi</li> <li>-hyvinvoiva henkilöstö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• työ- ja</li> <li>• potilasturvallisuus</li> <li>• työhyvinvointi</li> </ul>	<b>Työsuojelu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-tasalaatuista toimintaa</li> <li>-tasalaatuisuus kaikilla tasoilla</li> <li>-toiminnan toteuttaminen laadukkaasti</li> <li>-ohjeet koskee kaikkia ja niiden mukaan mennään</li> <li>-etukäteen sovittu malli jota seurataan</li> <li>-monen tekijän summa</li> <li>-kokonaisuus jota kehitetään</li> <li>-monet asiat</li> <li>-kokonaisvaltainen laadukkuus asiakkaille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tasalaatuisuus</li> <li>• kokonaisuuksien summa</li> </ul>	<b>Tasalaatuisuus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-hyvä laadunseurantajärjestelmä</li> <li>-ensihoidon integraatio alueellisesti muiden tahojen ja yhteistyötahojen kanssa</li> <li>-kehittäminen</li> <li>-benchmarking</li> <li>-omavalvonta</li> <li>-tiedolla johtaminen</li> <li>-kustannustehokkuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• laadun seuranta ja arviointi</li> <li>• johtamiseen panostaminen</li> </ul>	<b>Johtaminen ja laadun hallinta</b>

Taulukko 10. Vastaajien käsityksiä ensihoidon laadusta.

Taulukkoon 11 on koottu ensihoidon laatua heikentävät tekijät vastaajien kuvaamana.

### Ensihoidon laatua heikentävät tekijät

- huono asenne
- resurssien puute
- työvuorojärjestelyt (pitkät vuorot)
- ammattitaidon puute
- puutteellinen perehdytys
- useat eri palveluntuottajat
- ohjeiden puuttuminen
- ohjeiden noudattamatta jättäminen
- voiton tavoittelu
- valvonnan puuttuminen
- vastuuhenkilöiden vaihtuvuus

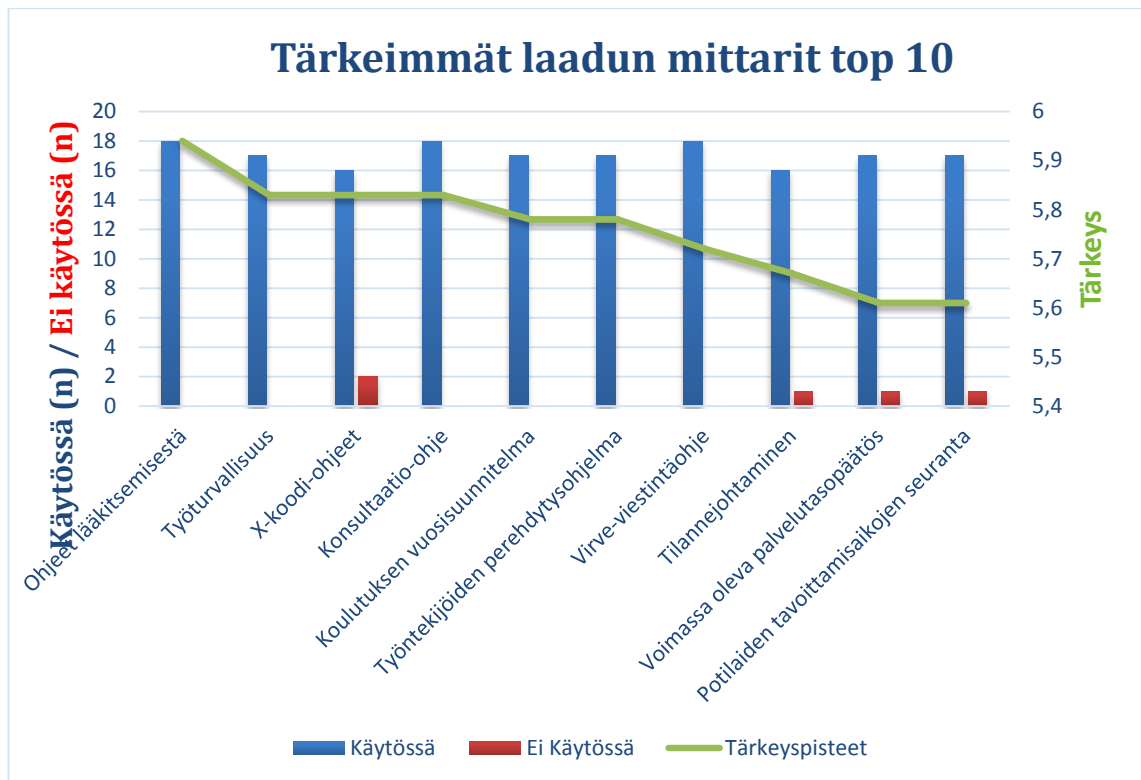
Taulukko 11. Ensihoidon laatua heikentävät tekijät.

### Ensihoidon laatua lisäävät tekijät

- riittävät resurssit
- laadukkaat työvälineet
- sitoutuneet ja motivoituneet työntekijät
- hyvä asenne
- selkeät ohjeistukset
- koulutukset
- ammattitilpeys
- organisaation hyvä toimintakulttuuri
- hyvät esimiestaidot
- yhteinen visio; potilaan eduksi
- potilaslähtöisyys
- pitkäjänteinen kehittäminen
- laadun systemaattinen seuranta, arviointi ja kehittäminen
- asiakaspalveluosaaminen
- tiedon jalkauttaminen

Taulukko 12. Ensihoidon laatua lisäävät tekijät.

Kuvaan 20 on kuvattu vastaajien mielestä kymmenen tärkeintä asiaa ensihoidon laadun kannalta. Lääkitsemistä koskeva ohje on saanut kaikkein korkeimmat tärkeyspisteet. Tällä tarkoitetaan erilaisia pysyväisohjeita, joita voidaan antaa ensihoitajille eri tilanteita varten.



Kuva 20. Tärkeimmät laadun mittarit vastaajien kuvaamina.

Kuvaan 21 on kuvattu kymmenen tärkeintä laadun seurantaan liittyvää asiaa, jotka eivät kuitenkaan ole organisaatioilla käytössä. Kipulääkitsemisen seuraminen koetaan kaikkein tärkeimpänä mittarina, joka on kuitenkin vähiten käytössä. Huomioitavaa on, että säännöllisen sidosryhmäpalautteen keräämistä pidetään erittäin tärkeänä, mutta siitä huolimatta sitä ei juurikaan suoriteta.



Kuva 21. Tärkeimmäksi koetut seurannat, jotka ovat harvoin käytössä.

## 8 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ensihoidon valtakunnallinen laatumittaristo. Tavoitteena opinnäytetyössä oli kehittää ensihoidon laadun arviointia, jonka myötä koko ensihoidon laatu kehittyy. Tutkimustehtävinä oli selvittää, millaisia ensihoidon laatumittareita eri organisaatioilla on käytössä, sekä selvittää, mitkä mittarit koetaan tärkeiksi laadun arvioinnissa. Kirjallisuuskatsauksen ja kyselytutkimuksen tulosten pohjalta koostettiin ensihoidon laatumittaristo.

### 8.1 Tulokset

Kyselytutkimuksen perusteella kaikkein tärkeimmäksi laadun mittariksi vastaajat arvioivat lääkitsemisohjeen. Taustasyynä voisi olla se, että ohje mahdollistaa päivittäistoiminnan sujuvuuden. Lääkitsemisohje on pysyväisohje, jossa vastuulääkäri määrittelee, kuinka organisaatiossa lääkitään potilaita. Ohje voi sisältää esimerkiksi tietoja siitä, mitä lääkkeitä (eri tasoilla olevat) ensihoitajat voivat antaa pyytämättä hoito-ohjetta lääkäriltä. Toiseksi tärkeimmäksi laadun mittariksi pisteytettiin työturvallisuusohje, X-koodiohjeet sekä konsultaatio-ohje. Kaikki



edellä mainituista korkeimpien pisteiden saajista ovat päivittäistoiminnan sujuvuuteen liittyviä asioita.

Ensihoitajien työturvallisuus on ollut paljon esillä viime aikoina medioissa. Työturvallisuusohje koetaan tärkeänä tekijänä vaikuttamaan myönteisesti ensihoitajien työturvallisuuteen. Työturvallisuus nousi esille myös koulutusmuodoissa. Vastaajat pitivät työturvallisuuskoulutusta äärimmäisen tärkeänä. X-koodiohjeet ja konsultaatio-ohjeet ovat tärkeitä päivittäistoiminnan sujuvuuden kannalta. Kun päivittäistoimintaan liittyvistä asioista on kirjalliset toimintaohjeet, on ensihoitajien toiminta tasalaatuisempaa. Esimerkiksi X-koodiohjeessa voidaan linjata, millä kriteereillä tehtävä voidaan päättää suoritteeseen X-5 ja missä tilanteissa tarvitaan vielä erillinen lääkärin hoito-ohjeen pyytäminen, eli konsultaatio. Konsultaatio-ohjeessa määritetään, ketä konsultoidaan ja missä tilanteissa. Ohje on merkityksellinen, sillä jokaisesta kuljettamatta jättämisestä ei kannata konsultoida helikopterilääkärinä. Valviran (2016) kannanotossakin todetaan potilaan kuljettamatta jättämisen vaativan ensihoitajalta vankkaa ammattitaitoa. Laadukkaassa ensihoitojärjestelmässä X -päätökset on tehty potilaan kanssa yhteisymmärryksessä.

Koulutuksen vuosisuunnitelman olemassaoloa pidettiin viidenneksi tärkeimpänä. Työn vaativuus on viime vuosina kasvanut ja yhä enemmän kiireellisten tehtävien hoidon lisäksi tarvitaan monipuolista osaamista kiireettömien tilanteiden hoidosta ja hoidon tarpeen (kiireellisyyden) arviosta. Koulutussuunnittelussa on huomioitava työkuva muuttuminen (Kurola ym. 2016). Tämän vuoksi koulutus ei voi liittyä enää pelkästään perinteisiin hätätilapotilaisiin, esimerkiksi elottomiin, hengitysvaikeus- ja rintakipupotilaisiin.

Koulutuksessa tulee keskittyä erityisesti hoidon kiireellisyyden arvioon ja asianmukaisten kotiseurantaohjeiden antamiseen. Potilaan on kotiin jäädessään tiedettävä, milloin ja minne hänen tulee ottaa yhteyttä, jos tilanne heikkenee tai ei ala korjaantua seurannassa. Hyvällä neuvonnalla ja ohjauksella ensihoitaja voi välttää uuden soiton hätänumeroon tilanteessa, jossa on muita keinoja hoitaa tilanne.

Koulutuksen vuosisuunnitelman avulla jokainen kuukausi voi olla esimerkiksi teemakuukausi, ja koulutustarve arvioidaan alueellisesti. Jos alueella esimerkiksi havaitaan puutteita sydänpotilaan hoidossa, voidaan koulutussuunnitelman avulla kohdistaa resursseja tämän aihepiirin ympärille. Tämä vaatisi organisaatiolta resursointia jatkuvaan arviointiin ja kehittämistyöhön. Simulaatiokoulutuksen hyödyllisyydestä ammattitaidon ylläpitoon ja kehittymiseen on todettu (Ironside ym. 2009, McCaughey & Traynor 2010; Sahu & Lata, 2010). Tämä olikin kaikkien vastaajien alueella käytössä ja se koettiin tärkeimpänä koulutusmuotona.

Työntekijöiden perehdytysohjelma on jaetulla viidennellä sijalla. Nykytyöelämässä käytännöt ja hoito-ohjeet muuttuvat ja uudistuvat nopeasti, jolloin uusien ja pitkään poissa olleiden työntekijöiden perehdytykseen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Onko sitten yhteinen perehdytyspäivä riittävä, vai olisiko jokaiselle tulevalle tai palaavalle työntekijälle järjestettävä jopa puolen vuoden pituinen ”sisäänajojakso” organisaatioon? Sisäänajojakson aikana työntekijä perehdytettäisiin voimassa oleviin ohjeistuksiin ja hän toimisi aina kokeneen ensihoitajan työparina, mentorointimallia hyödyntäen. Yhdessä kyselytutkimuksen vastauksessa jopa ehdotettiin eräänlaista ”tenttiä” hoito-ohjeista ja muusta tärkeästä organisaation toiminnasta, ennen kuin työntekijä päästettäisiin itsenäiseen ensihoitajan työhön. Perehdytyksen riittävyudessa tulisi huomioida työntekijän subjektiivinen arvio sen riittävydestä.

Virve-viestintäohje ja tilannejohtamisen ohje koettiin kuudenneksi ja seitsemänneksi tärkeimmiksi. Virve-viestintäohje ohjaa radioviestintää, jossa on useita kriittisiä komponentteja. Useissa suurissa harjoitustilanteissa on todettu puutteita Virve-viestinnässä. Viestit tulisi pitää selkeinä ja ytimekkäinä, mutta välttämätön informaatio on välitettävä muuttumattomana. Olemassa oleva Virve-viestintäohje pitää viestinvälityksen laadukkaana, selkeänä ja yhdenmukaisena. Tilannejohtamisen ohje tasalaatuistaa johtamistoiminnan. Ohjeen omaksuttuaan ensihoitajat osaavat teoriassa toimia tilannepaikoilla ja tietävät oman tehtävänsä. Kun ohje on kirjatussa muodossa, on sisältöä helppo jalkauttaa ja valvoa. Suullisesti välitetyissä ohjeistuksissa on riski sisällön muuttumiselle.

Voimassa oleva palvelutasopäätös ja potilaiden tavoittamisaikojen seuranta jakoivat seuraavat sijat. Voimassa oleva palvelutasopäätös on lain määräämä asiakirja, joten on luonnollista, että se sijoittuu kymmenen tärkeimmän laatumittarin joukkoon. Tästäkin huolimatta kyselytutkimuksen perusteella kaikilla organisaatioilla ei ole voimassa olevaa palvelutasopäätöstä. Palvelutasopäätös velvoittaa sairaanhoitopiiriä seuraamaan potilaiden tavoittamisviiveitä ja vertaamaan niitä eri riskiluokassa asettamiin tavoitteisiinsa. Potilaiden tavoittamisaikojen seuranta kertoo järjestelmän logistisesta toimivuudesta. Viranomaisen näkökulmasta potilaiden tavoittamisviiveet ovat tärkeimpiä mittareita ensihoidon laadusta.

Kaksi vähiten tärkeänä pidettyä ensihoidon laadun mittaria olivat kyselyn mukaan X-0 osuuksien seuranta ja käsihuuhteen kulutusseurantajärjestelmä. X-0 osuus kuvaa ambulanssien äkillisiä teknisiä ongelmia. Voidaan olettaa, että ajoneuvojen huolto ja toimintavarmuus ovat hyvällä tasolla, eivätkä X-0 tilanteet aiheuta huolta organisaatioille. Toisaalta ajoneuvoesteen sattuessa korvaava yksikkö saadaan nopeasti riviin, jolloin toiminta ei kärsi. Sairaaloissa hygieniahoitajat tekevät tilastoja eri osastojen- ja yksiköiden käsihuuhteen kulutuksesta. Ensihoidossa käsihuuhteiden kulutusseuranta ei ole ollut vakiintunut käytäntö, eikä sitä koeta yleisesti laadullisen toiminnan mittariksi ensihoidon toimintaympäristössä. Ainakin osassa ensihoito-organisaatioita on käytössä käsihuuhdetta korvaavia yksittäispakattuja käsidesinfektiolappuja, jotka soveltuvat paremmin ensihoidon toimintaympäristöön ja kulkevat taskussa mukana.

Kolmanneksi vähiten tärkeyspisteitä sai laadunvalvontasuunnitelman olemassaolo. Tämä on hyvin hämmästyttävää, sillä terveydenhuoltolaki edellyttää, että jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä on suunnitelma koskien laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa. Terveydenhuollon toimintayksikkö voi olla niin iso kokonaisuus, että vastaajille riittää sairaanhoitopiiritasolla oleva laadunvalvontasuunnitelma, eikä sitä liitetä kiinteästi ensihoidon toimintayksiköihin. Laadun kehittämisen kannalta systemaattinen suunnittelu ja valvonta ovat kuitenkin olennaisinta.

Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee tarpeeseen, etenkin jos toimintaa aletaan yhdenmukaistaa erityisvastuualueittain. Kaikkea ei voi yhden-

mukaistaa, esimerkiksi eri alueiden terveystieteillä ja aluesairaaloilla on erilaiset mahdollisuudet ottaa vastaan potilaita, mutta esimerkiksi kouristaneen potilaan ensihoito- tai aivoinfarktipotilaan ensihoito voitaisiin yhtenäistää erityisvastuualueittain.

## **8.2 Ensihoidon laatumittaristo**

Ensihoidon laatumittaristo (Liite 4) on tässä opinnäytetyössä rakennettu pisteytysjärjestelmä, jolla voidaan pisteyttää ensihoito-organisaatioiden laadunhallintaa. Pisteytysjärjestelmä on läpileikkaus laadun eri ulottuvuuksista. Laatumittaristoa voidaan käyttää myös eri ensihoito-organisaatioiden laadun vertailussa. Tärkeintä on kuitenkin kunkin organisaation lautapisteiden kehityssuunta systemaattisessa seurannassa. Laatumittaristosta tulisi tehdä jokapäiväisen toiminnan työkalu, jolla pyritään laadukkaaseen ensihoidotoimintaan potilaiden parhaaksi. Laatumittaristo on työkalu, joka toimii osaltaan koko organisaation toiminnan kehittäjänä.

Laatumittariston pisteet muodostuivat kyselyn perusteella saaduista tärkeys pisteistä. Aihealueiden kokonaispisteet mukailivat kirjallisuuskatsauksella saatua painoarvoa aihealueen tärkeydestä ensihoidon laadun näkökulmasta. Esimerkiksi koulutuksesta ja osaamisenhallinnasta oli mahdollisuus saada kokonaisuudessaan enemmän pisteitä, kun ensihoidojärjestelmän laatua järjestelmätasolla arvioivista kysymyksistä.

Laatumittariston pisteytys voi herättää kysymyksiä. Pisteytykselle oli luotava selkeät perusteet, jotka pysyvät samana läpi mittariston (kuvattu kappaleessa 6.5). Tämän vuoksi pisteytys voi näyttää joiltain osin erikoiselle, mikäli ei ole ensin tutustunut pisteytysperiaatteisiin. Hyvänä esimerkkinä toimii turvallisuutta koskevien kysymysten pistejako. Jos organisaatiolla on käytössä ohjeistus infektiosuojaimien käytöstä, saavat he kolme pistettä. HaiPro- tai vastaavan ilmoitusjärjestelmän olemassaolo tuottaa organisaatiolle ainoastaan yhden pisteen.

## **8.3 Luotettavuus ja riskit**

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ja uudistaa työelämän käytäntöjä. Kehittämistyössä korostuu käytännön ongelmanratkaisutaidot ja tulosten sovelletta-

vuoden arviointi. Luotettavuuden arvioinnin tulee perustua koko kehittämistyön prosessiin, johdonmukaisuuteen ja systemaattisuuteen. Aineiston keräämisen prosessi, dokumentaatio ja analysointi ovat tärkeitä kehittämistyön onnistumisen arvioinnin perusteita. Validiteetilla tarkoitetaan kehittämistyön pätevyyttä ja luotettavuutta. Validiteetin tehtävä on kertoa, kuinka hyvin tulokset vastaavat todellisuutta ja sitä, kuinka hyvin käsitteiden yhdistäminen kehittämistyön ilmiöön on toteutettu. Validiteettia arvioidaan selvittämällä, kuinka tutkimusote ja käytetyt menetelmät ovat sopineet tutkimuksen kohteena olevan ilmiön tutkimiseen. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2018.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisesti. Kvalitatiivisen osuuden luotettavuuden arviointi perustuu aineiston analysoinnin kuvaamiseen ja tulosten raportointiin. Luotettavuuden kriteereinä pidetään totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraalisuutta. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2018.) Ensihoidon laadun nykytilaa kartoittava kysely on kerätty sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaavilta henkilöiltä, eli he ovat asiantuntijoita aihealueen suhteen. Aineiston raportoinnissa on käytetty myös suoria lainauksia, jotta lukija pystyy seuraamaan analyysin perusteita ja etenemistä. Hyväri & Vuokila-Oikkosen (2008) tällainen suorien lainausten käyttö tekstissä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Kyselylomakkeessa oli myös määrällisiä kysymyksiä, jolloin työssä hyödynnettiin myös kvantitatiivisen tutkimuksen ominaisuuksia. Reliabiliteetti kuvaa käytetyn menetelmän tai mittarin luotettavuutta. Mittarin antamien tuloksien tulee olla ei-sattumanvaraisia. (Anttila 2006, 515–517.)

Suomessa ensihoidon laadusta ei juurikaan löydy vertaisarvioituja julkaisuja. Tämän vuoksi tiedonhaun avainasemassa olivat kansainväliset tietokannat. Ongelmana oli, että useimmista artikkeleista oli saatavana ainoastaan abstrakti ja koko teksti oli maksullinen. Kaikkia mielenkiintoisia koko tekstejä ei ostettu, mutta muutama kyllä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella teoreettiseksi viitekehykseksi muodostui Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu "Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä - suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin" vuodelta 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö on Suomessa toimiva luotettava valtion organisaatio, joka laatii ohjeistuksia ja toimintaohjeita terveyden-

huoltoon. Tämän vuoksi Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidon laatumittaristo sopii erinomaisesti työn teoreettiseksi viitekehyykseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön luoma ensihoidon laatumittaristo oli sellaisenaan pitkä ja opinnäytetyöntekijöiden arvion perusteella liian monimutkainen tavallisten ensihoito-organisaatioiden laatutyön arvioinnin mittari. STM:n ensihoidon laatumittariston ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin kysely, jossa sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaavat henkilöt saivat arvioida eri mittarien hyödynnettävyyttä ensihoidon laadun arviointiin. Lisäksi he saivat esittää omia näkemyksiään ensihoidon laadun mittaamisesta. Kirjallisuuskatsauksen ja kyselyn perusteella rakensimme lopullisen ensihoidon laatumittariston, joka soveltuu kaikille ensihoito-organisaatioille laadun arviointiin.

Opinnäytetyön suurimpana haasteena oli saada sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaavat ihmiset vastaamaan kyselyyn tai välittämään se eteenpäin oikeille ihmisille. Kyselyn toteuttaminen ajoittui syksylle, jotta kesälomat eivät heikentäisi vastausprosenttia. Tavoitteena oli saada vastauksia jokaiselta Suomen sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa käydyn keskustelun myötä tavoite vaihtui jokaiselta erityisvastuualueelta saatuun vastaukseen. Mikäli kyselyssä olisi pitänyt valita oma sairaanhoitopiiri, olisi tämä väistämättä voinut vaikuttaa vastaajan antamiin vastauksiin sekä heikentänyt anonymiteettia. Kun vastaajat valitsivat ainoastaan erityisvastuualueensa, ei heidän vastauksiaan pystytä tunnistamaan ja oletettavasti vastaukset ovat myös todennäköisempiä.

Vastausajan päätyttyä emme olleet tavoitteessamme, siltä yhdeltä erityisvastuualueelta emme saaneet lainkaan vastauksia. Alkuperäisen suunnitelman mukaan jatkoimme vastausaikaa vielä kaksi viikkoa ja lähetimme muistutusviestin. Lisääjän umpeuduttua saimme jokaiselta erityisvastuualueelta vastaukset kyselyyn, eli pääsimme tavoitteiseemme.

Laatumittaristoa koostaessa ongelmaksi muodostui mittariston rakentaminen. Laatumittariston avulla organisaation toiminnan laatua pitäisi pystyä arvioimaan ja pisteyttämään numeraalisesti. Laatumittaristosta ei voinut kuitenkaan rakentaa liian pitkää ja kohtuuttomasti taustatyötä vaativaa mittaria, sillä sen käyt-

töönotto tuskin houkuttelisi haastavuutensa vuoksi. Tämän vuoksi laatumittaristo rakentui otsikoiden alle, jossa kysytään, onko jokin seuranta käytössä vai ei, tai kuinka usein jonkinlaista koulutusta esimerkiksi järjestetään. Haasteena on esimerkiksi koulutuksen- ja osaamisenhallinnan aihealueella kysyttävä kysymys ”onko organisaatiollanne osaamisenhallintajärjestelmä hoitotasolla”. Vastausvaihtoehtoina on ”kyllä” ja ”ei”. Riittääkö pelkkä järjestelmän olemassaolo takaamaan organisaation koulutuksen- ja osaamisenhallinnan laatua? Jossakin organisaatiossa osaamisenhallintajärjestelmä voi olla sellainen, jossa testataan työntekijän teorian tiedämys, käytännön osaaminen ja lisäksi velvoitetaan osallistumaan useisiin koulutuksiin vuoden aikana. Toisessa järjestelmässä osaamisenhallintajärjestelmä tarkoittaa esimerkiksi kymmenen minuutin keskustelua vastuulääkärin kanssa, joka keskustelun perusteella myöntää hoitotason velvoitteen.

Jotta ensihoidon laatumittaristo toimisi tällaisenaan, kun se tässä työssä esitetään, tulisi olla valtakunnallisesti sovitut yhteiset linjaukset laadun eri osa-alueille. Esimerkiksi hoitotason pätevyys vaatisi koko Suomessa samanlaisen testausjärjestelmän. Näin organisaatiot olisivat laatumittaristoa täyttäessään aidosti samalla lähtöviivalla ja olisi selkeästi tiedossa, mitä mikäkin aihealueen kysymys tarkoittaa, eikä tulkinnanvaraa jää. Esimerkiksi ajokoulutuksen säännöllisestä järjestämisestä kysyttäessä ei kysyä sitä, saako jokainen työntekijä ajokoulutusta säännöllisesti, vai kohdistuuko koulutus ainoastaan tiettyihin, mahdollisesti samoihin, henkilöihin vuosittain. Jos valtakunnallinen standardi olisi, että jokainen hälytysajoneuvon kuljettaja suorittaa määräaikaisen ”hälytysajoneuvoajokortin”, olisi laatumittaristossa helppo kysyä esimerkiksi prosenttiosuutta henkilöstöstä, jolla tämä kortti on voimassa.

Tulee huomata, että ensihoidon laatumittaristo on vasta luotu, eikä sitä ole testattu vielä virallisesti yhdellekään organisaatiolle. Laatumittaristo tulisi pilotoida ainakin kertaalleen kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien alueella ja kerätä samalla vastaajilta palaute mittaristosta. Jotta vastaajia saataisiin paremmin aktivoitua, tulisi projektiin saada mukaan jokin vakuuttava yhteistyökumppani, kuten Sosiaali- ja terveysministeriö. Kaikenlaisissa opinnäytetöissä ja projekteissa on riskinä, etteivät vastaajat halua uhrata työaikaansa yleiselle kehittämiselle vas-

taamisen muodossa, vaan paneutuvat mieluummin oman organisaationsa sisäisiin asioihin. Tulisi myös pohtia, kuka olisi oikea henkilö vastaamana kyselyyn, koska aihealue on niin laaja. Parhaiten vastaaminen onnistuisi ryhmänä, jossa olisi eri aihealueiden parissa työskenteleviä ihmisiä. Tämä kuitenkin vaatisi työnantajalta resursseja, joihin kaikilla ei ehkä ole mahdollisuuksia.

Mikäli ensihoito siirtyisi sairaanhoitopiireiltä erityisvastuualueiden järjestettäväksi, tulisi ensihoidon laatu luultavasti tasaantumaan ja yhdenmukaistumaan. Esimerkiksi aivoinfarktipotilaat saisivat samanlaista ensihoitoa riippumatta siitä, tuleeko halvausoireisto Lappeenrannassa vai Helsingissä. Tämä lisäisi kansalaisten yhdenvertaista asemaa ja tasapuolista kohtelua.

#### **8.4 Eettisyys**

Kehittämistyössä noudatetaan normatiivista etiikkaa, jolla pyritään lisäämään hyviä käytänteitä ja poistamaan vääryydet. Laajaan eettiseen näkemykseen sisältyy aiheen valinta ja rajaaminen, näkökulman huolellinen valinta, käytännön toimet, tasapuolinen työnjako, kollegiaalisuus ja lainsäädännön noudattaminen. Oleellista on tiedostaa, kenen hyväksi opinnäytetyötä ollaan tekemässä. Aineiston analysointi, tulosten julkaisu ja soveltaminen tulee tapahtua eettisesti oikein. (Pohjola 2003, 127-128.) Opinnäytetyössä läpinäkyvyys ja tarkka prosessikuvaus lisää luotettavuutta ja on eettisen toiminnan kulmakivi (Hallamaa, Launis & Lötjönen 2006).

Opinnäytetyötä tehdessä ja kyselyä toteuttaessa on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, 6-7). Ohjaavien opettajien kanssa käydyn keskustelun perusteella päädyttiin siihen, ettemme tarvitse opinnäytetyötä varten tutkimuslupaa. Sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaavat henkilöt antoivat vastauksensa yksityishenkilöinä, eivätkä sairaanhoitopiirinsä edustajina. Kyselyssä ei kysytty vastaajien sairaanhoitopiiriä, vaan erityisvastuualuetta, jolloin vastaukset eivät ole tunnistettavissa. Erillistä suostumusta vastaamiseen ei kysytty, vaan annettu vastaus kyselyyn katsottiin suostumukseksi. Kyselylomakkeen täyttäminen ei ole aiheuttanut kärsimystä vastaajille. Heillä on ollut mahdolli-



suus keskeyttää vastaaminen koska tahansa. Vastaukset olivat salasanan takana Webropol-portaalissa, ja ne hävitettiin analysoinnin jälkeen.

Opinnäytetyötä tehdessä tulokset on esitetty rehellisesti ja lähdemerkinnät huolehdittu asianmukaisesti lainatun tekstin osalta. Kirjallisuuskatsauksessa on huomioitu lähteiden tuoreus sekä lähdekritiikki. Opinnäytetyön tekijöillä ei ole henkilökohtaista agenda ensihoidon laadun suhteen, kaikki työskentelevät työsuhteisina sairaanhoitopiiriin.

Opinnäytetyöprosessissa tekijöiden keskuudessa on vallinnut keskinäinen kunnioitus, jossa jokainen ryhmän jäsen on tullut kuulluksi ja päässyt esittämään mielipiteitään. Prosessissa on pyritty mahdollisimman tasaiseen työnjakoon, jossa jokainen tekijä osallistuu parhaansa mukaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Aktiivista oppimista ja kehittymistä on tapahtunut koko prosessin ajan. Kehittämistyöllä tavoitellaan muutosta vallitsevaan tilanteeseen, jolloin työmme tavoite on kehittää ensihoidon laatua. Emme tiedä kuinka työ tulee vaikuttamaan ensihoitoon, mutta toivomme että se otettaisiin vastaan ennakkolukottomasti ja mielenkiinnolla.

## **8.5 Työn hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet**

Ensihoidon laatumittaristo löytyy Theseus-julkaisuarkistosta opinnäytetyön liitteenä. Ensihoito-organisaatiot voivat vapaasti hyödyntää laatumittaristoa oman laatutyönsä arvioimiseen ja kehittämiseen. Toivoisimme, että myös sosiaali- ja terveysministeriö huomioisi tämän opinnäytetyön ja laatumittariston laatiessaan ensihoitoa koskevia ohjeistuksia. Tarjoamme artikkelia alan ammattilehteen, jotta tietoisuus laadun mittaamisesta lisääntyisi. Lähetämme myös valmiin tuotoksen kaikille opinnäytetyön vastaamiseen osallistuneille henkilöille sähköpostitse.

Jatkossa olisi tarpeen tutkia, soveltuuko kehittämämme laatumittaristo ensihoidon laadun mittaamiseen käytännössä. Opiskelijat voisivat teettää eri organisaatioilla ensihoidon laatumittaristokyselyn ja analysoida saadun palautteen mittarista. Palautteen perusteella mittaria voitaisiin kehittää entisestään nykytilaa paremmiksi. Tällä hetkellä terveydenhuolto kehittyy niin kovaa vauhtia, että laatumittaristoa voi olla tarpeen päivittää vuosittain. Toisaalta liian

tiheä päivittäminen voi sotkea organisaation pitkäjänteistä laatutyötä ja kehityksen seurantaa, sillä pisteytyksen muuttuessa organisaatio ei välttämättä tiedä, minne on menossa laatumaailmassa.

## Kuvat

Kuva 1. Erva-alueet 2018, s. 11

Kuva 2. Riskialueruudut, s. 12

Kuva 3. Sairaankuljetuksen turvallisuusjohtamisen kokonaisuus, s. 29

Kuva 4. Plan-Do-Check-Act- malli, s.38

Kuva 5. Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikka, s. 48

Kuva 6. Opinnäytetyön toteutus, s. 50

Kuva 7. Tiedonhakumatriisi MELINDA- tietokannasta, s. 51

Kuva 8. Tiedonhakumatriisi Medic –tietokannasta, s. 52

Kuva 9. Vastaajien jakautuminen, s. 57

Kuva 10. Ohjeet ja suunnitelmat tärkeyspisteiden keskiarvoineen, s. 59

Kuva 11. Osaamisenhallintajärjestelmät tärkeyspisteineen eri tasoilla, s. 61

Kuva 12. Eri koulutusmuodot tärkeyspisteineen, s. 63

Kuva 13. Voimavaroihin ja viiveisiin liittyvät seurannat tärkeyspisteineen, s. 65

Kuva 14. Turvallisuuden eri osa-alueita koskevat tärkeyspisteet, s. 67

Kuva 15. Saadun palautteen tärkeys laadun arvioinnissa, s. 70

Kuva 16. Henkilöstöä koskevien kysymysten saamat laatupisteet, s. 72

Kuva 17. Kirjallisten toimintaohjeiden olemassaolo ja tärkeyspisteet, s. 73

Kuva 18. Hoitoprosessien kuvaaminen, s. 74

Kuva 19. Ensihoitopalvelun tuloksellisuutta kuvaavat seurannat tärkeyspisteineen, s. 76

Kuva 20. Tärkeimmät laadun mittarit vastaajien kuvaamina, s. 79

Kuva 21. Tärkeimmäksi koetut seurannat, jotka ovat harvoin käytössä, s. 80

## **Taulukot**

Taulukko 1. X-koodit, s. 15

Taulukko 2. Työturvallisuusriskit ensihoidossa, s. 27

Taulukko 3. Ensihoitajien työhyvinvointia lisäävät tekijät, s. 33

Taulukko 4. Ensihoitajien työhyvinvointia heikentävät tekijät, s. 34

Taulukko 5. Rakennemittarit ensihoidossa, s. 42

Taulukko 6. Prosessimittarit ensihoidossa, s. 43

Taulukko 7. Lopputulosmittarit ensihoidossa, s. 44

Taulukko 8. Riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit ensihoidossa, s. 45

Taulukko 9. Potilasturvallisuusmittarit ensihoidossa, s. 46

Taulukko 10. Vastaajien käsityksiä ensihoidon laadusta, s. 77

Taulukko 11. Ensihoidon laatua heikentävät tekijät, s. 78

Taulukko 12. Ensihoidon laatua lisäävät tekijät, s. 78

## Lähteet

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi. 515–517.

Awanic. 2016. HaiPro. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. <http://awanic.com/haipro/>. Luettu 27.1.2018.

Bigham, B. L., Morrison, L. J., Maher, J., Brooks, S. C., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Atack, L. & Shojania, K. 2010. Patient Safety in Emergency Medical Services. Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS. Canadian Patient Safety Institute. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Patient%20Safety%20in%20EMS%20Full%20Report.pdf>. Luettu 27.1.2018.

Carriere, J. & Bourque, C. 2009. Career development International. Effects of organizational communication on job satisfaction and organizational commitment in a land ambulance service and the mediating role of communication satisfaction. <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13620430910933565>. Luettu 27.1.2018.

Castrèn, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J., & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 22-23, 33-35.

The W. Edwards Deming Institute. 2018. <https://deming.org/explore/p-d-s-a>. Luettu 10.4.2018.

Ekman, S. 2015. Johtamisen apuvälineet. Teoksessa Castrèn, M., Ekman, S., Ruuska, R., Silfvast, T. Suuronnettomuusopas. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 66.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62 (1), 107-115.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto. 2017. Yhden hengen päivystysyksikkö aloittaa Imatralla. <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2017/Sivut/Yhden-hengen-p%C3%A4ivystysyksikk%C3%B6-aloittaa-Imatralla.aspx>. Luettu 27.1.2017.

European Foundation for Quality Management. 2017. <http://www.efqm.org/efqm-model/efqm-model-in-action-0> Luettu 26.3.2017

European Institute of Public Administration. 2017. <http://www.eipa.eu/en/topic/show/&tid=191>. Luettu 8.5.2017.

Ferno Norden. 2018. Potilaan siirto. <http://www.fernonorden.fi/catalog/120/Product-structure-FI/POTILAAN-SIIRTO>. Luettu 2.2.2018.

- Hakala, T. 2007. Helsingin pelastustoimen ja terveydenhoidon kumppanuus ensihoitopalvelun tuottamisessa. Viranomaisyhteistyö -hyvät käytännöt. Pelastusopiston julkaisu. 36.
- Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.). 2006. Etiikkaa ihmis- tieteille, Tietolipas 211. Helsinki: SKS.
- Hallituksen esitys 15/2017 eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.
- Hanèn, T. 2007. Yllätysten edessä. Kompleksisuusteoreettinen tulkinta yllättävien ja dynaamisten tilanteiden johtamisesta. Maanpuolustuskorkeakoulu. Helsinki. 45.
- Holappa, L. 2015. Viranomaisyhteistyön johtaminen suuronnettomuustilanteissa. Maanpuolustuskorkeakoulu. Kansallinen turvallisuus ja viranomaisyhteistyö. Pro gradu-tutkielma.
- Hyväri, S., & Vuokila-Oikkonen, P. 2018. Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=3530138>. Luettu 4.3.2018.
- Hätäkeskuslaitos. 2018. Viranomaisyhteistyö. <http://www.112.fi/hatakeskuslaitos/viranomaisyhteistyö>. Luettu 31.1.2018.
- Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Educa-instituutti Oy. Helsinki: Edita.
- Ilkka, L., Kurola, J. & Pappinen, J. 2017. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.
- Impivaara, J. 2017. Ensihoitajien työhyvinvointi –kirjallisuuskatsaus. YAMK opinnäytetyö. Metropolia AMK.
- Ironside, P. M., Jeffries, P. R., & Martin, A. 2009. Fostering patient safety competencies using multiple-patient simulation experiences. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.818632> Luettu 20.1.2018.
- Itä-Uudenmaan pelastuslaitos. 2011. Ensihoitojärjestelmä. <http://www.iupela.fi/palvelut/ensihoito/ensihoitojarjestelma>. Luettu 3.2.2018.
- Jormakka, J. Ensihoitaja amk:n ammattitaidonarviointi. <http://www.asema.eu/2017/05/ensihoitaja-amkn-ammattitaidonarviointi/>. Luettu 16.4.2018.
- Jormakka, J., & Kosonen, A. 2015. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin ensihoitajien osaamisenhallintajärjestelmä . YAMK opinnäytetyö. Saimaan AMK.
- J. Rugles, M., & McD Taylor, D. 2011. Sick leave in the emergency department: staff attitudes and the impact of job designation and psychosocial work condi-

tions. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2010.01372.x/full>.  
Luettu 27.1.2018.

Jäntti, H. 2010. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) quality and education. Publications of the University of Eastern Finland.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0206-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-0206-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0206-1/urn_isbn_978-952-61-0206-1.pdf). Luettu 25.1.2018.

Karhu, E., Laurikainen, M., & Strandén, P. 2017. Sidosryhmäytyvyyskysely Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelulle. AMK opinnäytetyö. Saimaan AMK.

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveysthuollon laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Luettu 20.3.2017.

Kostiainen, E. 2017. Ensihoitopalvelun ja sidosryhmien yhteistyön kehittäminen – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. AMK opinnäytetyö. Saimaan AMK.

Kuisma, M. & Hakala, T. 2017. Laadunhallinta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 6., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 71-88.

Kuisma, M., Määttä, T., Hakala, T., Sivula, T. & Nousila-Wiik, M. 2003. Customer satisfaction measurement in emergency medical services.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.10.7.812/pdf>. Luettu 27.1.2018.

Kuisma, M., & Porthan, K. 2013. Johtaminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 705-706.

Kurola, J., Ilkka, L., Ekstrand, A., Laukkanen-Nevala, P., Olkinuora, A., Pappinen, J., Riihimäki, J., Silfvast, T. & Virkkunen, I. 2016. Loppuraportti: Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun tilasta. Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79069/Rap\\_2016\\_67.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79069/Rap_2016_67.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Luettu 14.4.2018.

Käypä hoito -suositus. Elvytys. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi17010#s11> . Luettu 30.1.2018.

Labquality. 2017. SHQS – tie jatkuvaan parantamiseen.  
<http://www.qualification.fi/palvelut/shqs-laatuohjelma-tie-jatkuvaan-/>. Luettu 20.3.2017.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559.

Lapin sairaanhoitopiiri. 2016. Laadunhallinta. <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Laadunhallinta>. Päivitetty 13.12.2016. Luettu 23.3.2017.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. 5. uudistettu painos. Hämeenlinna: Talentum Media Oy.

Manka, M-L., Heikkilä-Tammi, K., & Vauhkonen, A. 2012. Työhyvinvointi ja tuoksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. Tampere: Tammerprint Oy. 13.

Mazen, J. El Sayed. 2012. Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196253> . Luettu 27.1.2018.

McCaughey C.S. & Traynor M.K. 2010. The role of simulation in nurse education. Nurse Education Today, 2010 Nov; 30 (8): 827-32. <http://www.nurseeducationtoday.com/article/PIIS0260691710000614/fulltext> . Luettu 28.1.2018.

McKenna, KD., Carhart, E., Bercher, D., Spain, A., Todaro, J. & Freel, J. Simulation use in paramedic education research (SUPER): Descriptive study. 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4819833/>. Luettu 28.1.2018.

Menetelmäopintojen valtakunnallinen tietovaranto. 2010. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>. Luettu 10.4.2018.

Murtonen, M., & Toivonen, S. 2006. Terveystenhuollon laadunhallinta. Sairaankuljetuksen turvallisuus on johtamista. Lääkelaitoksen julkaisuja.

Määttä, T. 2015. Ensihoitajan oikeudet & vastuu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 3-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 20-21.

Määttä, T. 2015. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 14-15, 17, 23-24.

Määttä, T. 2013. Kuljettamatta jättäminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 53-57.

Määttä, T. 2013. Asiakassuuntatuneisuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 74.

Nyström, P. 2017. Ei-tekniset taidot ja Crew Resource Management (CRM). Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T., Kokkonen, H. (toim.) & Hanste, T. (toim.) Ensihoito. 6., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 194-201.

Perälä, M. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin validaatio. Tutkimuksia 56. Helsinki: Stakes, 18-20.



Pohjola, A. 2003. Eettinen kestävyys. Teoksessa A. Pohjola (toim.). Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47. Rovaniemi: Lapin yliopisto. 127-131.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/ 585.

Rissanen, V. & Kansanen, M. 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatu-järjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu-järjestelmästä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 109.

Ryynänen, O-P., Iirola, T., Reitala, J., Pälve, H., & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 2008;32.

Sahu, S. & Lata, I. 2010. Simulation in resuscitation teaching and training, an evidence based practice review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2966571/>. Luettu 28.1.2018.

Salo, M., Karjalainen, M-R., & Varjokorpi, I. 2017. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin ensihoitopalvelun sidosryhmien tyytyväisyyskysely. AMK opinnäytetyö. Saimaan AMK.

Seppänen, K. 2017. Osaamisen hallinta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin yhden hengen liikkuvassa päivystyksyksikössä. AMK opinnäytetyö. Saimaan AMK.

Silfvast, T. Vastuulääkärin toimenkuva. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurla, J., Lund, V., & Martikainen, M. Ensihoito-opas. 4.-5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 364.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Työhyvinvointi. 2018. <http://stm.fi/tyohyvinvointi>. Luettu 11.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Sairaanhoitopiirit ja erityisvastualueet. <http://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastualueet>. Luettu 27.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Ensihoito. <http://stm.fi/ensihoito>. Luettu 19.5.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä - suunnittelusta toteutukseen. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1). Luettu 20.2.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES 2008. Terveydenhuollon laatu. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf>. Luettu 20.3.2017.

Sulmasy, D., & McIlvane, J. 2002: Patients' Ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. Arch Intern Med 162 (14). American Medical Association.

Suomen Standardisoimisliitto SFS ry. 2013.  
[http://www.sfs.fi/ajankohtaista/uutiset/laatua\\_terveydenhuollon\\_palveluihin.1836.news](http://www.sfs.fi/ajankohtaista/uutiset/laatua_terveydenhuollon_palveluihin.1836.news). Päivitetty 8.11.2013. Luettu 25.3.2017.

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326.

Terveysturva ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Potilasturvallisuus.  
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>. Luettu 27.1.2018.

Terveysturva ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Laatu. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>. Luettu 20.3.2017.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta.  
[http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Luettu 7.1.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 6-7. luettu 19.5.2017.

Työterveyslaitos. Työhyvinvointi. 2018.  
<https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>. Luettu 11.1.2018.

Valtonen, V. 2007. Käsitteitä viranomaisyhteistyöstä. Viranomaisyhteistyö—hyvät käytännöt. Pelastusopiston julkaisu. 9.

Valvira. 2016. Ensihoidon liian korkea kuljetuskynnys voi vaarantaa potilasturvallisuuden. <https://www.valvira.fi/-/ensihoidon-liian-korkea-kuljetuskynnys-voi-vaarantaa-potilasturvallisuuden>. Luettu 16.4.2018.

Vehmasvaara, P. 2004. Ensihoitotyön fyysinen kuormittavuus ja ensihoitajien työkyvyn fyysisiä edellytyksiä arvioivan testistön kehittäminen. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen – Strateginen kilpailutekijä. 4. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Virkkunen, I., Hoppu, S. & Kämäräinen, A. 2011. Sydämenpysähdys sairaalan ulkopuolella. Duodecim 127(21), 2287-2293.

Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki: Talentum.

Vuori, H. 2013. Terveysturvan laatutyön kehitys Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 50, 87-95.

Vyl Von, T., Zuercher, M., Amsler, F., Walter, B. & Ummenhofer W. 2008. Technical and non-technical skills can be reliably assessed during paramedic

simulation training. [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2008.01797.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_check-out=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED\\_NO\\_CUSTOMER](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2008.01797.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_check-out=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER) . Luettu 29.1.201

## Liite 1. Webropol kysely kohderyhmälle.

### *Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila*

Tervetuloa vastaamaan YAMK-opinnäytetyöhömmme liittyvään kyselyyn.

#### **Taustatiedot**

**1. Olkaa hyvä ja valitkaa tämänhetkistä asemaanne organisaatiossa parhaiten kuvaava termi \***

- ☐ Ensihoitolääkäri
- ☐ Ensihoitopäälikkö
- ☐ Kenttäjohtaja
- ☐ Ensihoitaja
- ☐ Jokin muu

**2. Oletteko ensihoito-organisaationne laatuvaastaava? \***

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

**3. Kuinka ensihoito järjestetään sairaanhoitopiirinne alueella? \***

- ☐ Sairaanhoitopiirin omana toimintana
- ☐ Ostopalveluna pelastuslaitokselta
- ☐ Ostopalveluna yksityiseltä
- ☐ Monituottajamalli

**4. Erityisvastuualue jossa työskentelette \***

- ☐ HYKS erva
- ☐ KYS erva
- ☐ OYS erva
- ☐ TAYS erva
- ☐ TYKS erva

Keskeytä

Seuraava -->

## Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila

### Järjestelmän laatua koskevat kysymykset

#### 5. Onko organisaatiollanne \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
Voimassa oleva palvelutasopäätös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen laadunvalvontasuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omavalvontasuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen johtamisen ohje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suuronnettomuussuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitosuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 6. Kuinka tärkeänä organisaatiossanne pidetään seuraavia asioita ensihoidon laadun kannalta? \*

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Voimassaoleva palvelutasopäätös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen laadunvalvontasuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omavalvontasuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen johtamisen ohje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suuronnettomuussuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitosuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 7. Harjoitellaanko organisaatiossanne suuronnettomuustoimintaa säännöllisesti sidosryhmien kanssa? Kuinka usein harjoituksia järjestetään?

#### 8. Seurataanko organisaatiossanne ensihoitopalvelun \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
kokonaiskustannuksia/ asukas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kokonaiskustannuksia/ valmiustunti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 9. Kuinka tärkeänä pidätte edellä mainittuja seurantoja ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erittäin tärkeä						

#### 10. Onko ensihoidon palveluntuottajien keskimääräinen sopimuksen kesto alueellanne yli 5 vuotta? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

#### 11. Onko palveluntuottajan sopimuksen kestolla vaikutusta ensihoidon laatuun? Voitte perustella vastauksenne. \*

Keskeytä

<-- Edellinen

Seuraava -->



## Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila

### Osaamisenhallinnan laatua koskevat kysymykset

#### 12. Onko organisaatiollanne käytössä \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
Osaamisenhallintajärjestelmä perustasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisenhallintajärjestelmä hoitotasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisenhallintajärjestelmä kenttäjohtotasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisenhallintajärjestelmä lääkäritasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulutuksen vuosisuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operatiivisen henkilöstön toimenpideseurantajärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 13. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavia asioita ensihoidon laadun kannalta? \*

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Osaamisenhallintajärjestelmä perustasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisenhallintajärjestelmä hoitotasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisenhallintajärjestelmä kenttäjohtotasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisenhallintajärjestelmä lääkäritasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulutuksen vuosisuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operatiivisen henkilöstön toimenpideseurantajärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 14. Jos organisaatiollanne on osaamisenhallintajärjestelmä, voitte kertoa millainen järjestelmä on. Millainen järjestelmä olisi laadukas?

#### 15. Jos organisaatiossanne on toimenpideseurantajärjestelmä, kuinka seuranta toteutetaan?

#### 16. Järjestetäänkö organisaatiossanne säännöllisesti \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
Vuorokoulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simulaatiokoulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taitopajaharjoittelua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teorialuentoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulkopuolisia teemakoulutuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajokoulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuskoulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 17. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavia täydennyskoulutusmuotoja ensihoidon laadun kannalta \*

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Vuorokoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simulaatiokoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taitopajaharjoittelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teorialuennot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulkopuoliset teemakoulutukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajokoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuskoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Keskeytä

<-- Edellinen

Seuraava -->



## Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila

### Potilaiden tavoittamiseen ja voimavarojen käyttöön liittyvät kysymykset

#### 18. Seurataanko organisaatiossanne \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
Potilaiden tavoittamisaikoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksiköiden lähtöviiveitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksiköiden tehtäväsidonnoisuusprosentteja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X-koodipäätöksiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X-0 osuudet (koko valmiusajasta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitopaikan oikeaa valintaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttöä 24 tunnin kuluessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajoneuvojen- ja laitteiden yhteneväisyyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipulääkitsemistä (kun kipu vähintään 7 kipumittarilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 19. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavia seurantoja ensihoidon laadun mittaamisen kannalta \*

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Potilaiden tavoittamisajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksiköiden lähtöviiveet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksiköiden tehtäväsidonnoisuusprosentit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X-koodi päätökset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X-0 osuudet (koko valmiusajasta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitopaikan oikea valinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24tunnin kuluessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajoneuvojen ja laitteiden yhteneväisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipulääkitseminen (kun kipu vähintään 7 kipumittarilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 20. Onko ensihoidon palvelutasopäätöksessänne määritelty riskiluokkien tavoittamisviiveiden toteutumia A-D tehtäville? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

#### 21. Kuinka tärkeänä pidätte tavoittamisviiveiden toteumien määrittelyä A-D tehtäville palvelutasopäätöksessä ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erittäin tärkeä						

#### 22. Onko alueellanne ensivastetoimintaa? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

#### 23. Kuinka usein alueellanne on tilanne, jossa päivittäinen valmius ei riitä ensihoitotehtävien suorittamiseen ja tehtävät jonoutuvat? \*

Alueella on kapasiteettivaje

- ☐ Päivittäin  
☐ Kerran viikossa  
☐ Useita kertoja viikossa  
☐ Kuukausittain  
☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
☐ En osaa sanoa

#### 24. Kuinka toimitte tilanteessa, jossa ensihoitopalvelun resurssit ovat riittämättömiä tehtäviin nähden? \*

Keskeytä

<-- Edellinen

Seuraava -->



## Turvallisuuteen liittyvät kysymykset

### 25. Onko organisaationne käytössä \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
Työturvallisuussuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työtapaturmien raportointijärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairauspoissaol raportointijärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikennevahinkojen seuranta järjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjeistus infektiosuojaimien käytöstä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työntekijöiden rokotushjelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsihuuhteen kulutusseuranta järjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilasturvallisuussuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilasturvallisuudesta vastaava henkilö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haipro-ilmoitusjärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemaattinen raportointijärjestelmämalli potilasta luovutettaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 26. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavia asioita ensihoidon laadun kannalta? \*

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Työturvallisuussuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työtapaturmien raportointijärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairauspoissaol raportointijärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikennevahinkojen seuranta järjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjeistus infektiosuojaimien käytöstä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työntekijöiden rokotushjelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsihuuhteen kulutusseuranta järjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuskoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilasturvallisuussuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilasturvallisuudesta vastaava henkilö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haipro-ilmoitusjärjestelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemaattinen raportointijärjestelmämalli potilasta luovutettaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 27. Käydäänkö haitta- ja läheltä piti- tilanteet säännöllisesti läpi organisaatiossanne? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

### 28. Jos vastasitte kyllä, kuinka läpikäynti tapahtuu? Millainen olisi laadukas haitta- ja läheltä piti-tilanteiden käsittelymalli?

### 29. Kuinka tärkeänä pidätte haitta- ja läheltä piti -tilanteiden läpikäyntiä ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erittäin tärkeä						

Keskeytä

<-- Edellinen

Seuraava -->



### Asiakas- ja sidosryhmäpalaute

30. Mitataanko organisaatiossanne potilastyytyväisyyttä? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

31. Jos vastasitte kyllä, kuinka tyytyväisyyttä mitataan?

32. Kuinka tärkeänä pidätte potilastyytyväisyyden mittaamista ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

33. Kerääkö organisaationne säännöllisesti palautetta sidosryhmiltä? \*

Esimerkiksi päivystys, kotihoito, hoitokodit, pelastus ja poliisi.

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

34. Kuinka sidosryhmäpalaute vaikuttaa toimintaanne?

35. Kuinka tärkeänä pidätte sidosryhmiltä saatua palautetta ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

36. Seurataanko organisaatiossanne valitusten ja muistutusten määrää säännöllisesti? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

37. Kuinka organisaatiossanne käsitellään valitukset ja muistutukset?

38. Kuinka tärkeänä pidätte valitusten määrän seuranta ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

39. Käytetäänkö organisaatiossanne ulkopuolista auditointia ensihoidon laadun arvioinnissa? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

40. Kuinka tärkeänä pidätte ulkopuolista auditointia ensihoidon laadun arvioinnissa? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

Keskeytä

<-- Edellinen

Seuraava -->

## Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila

### Henkilöstöä koskevat kysymykset

41. Seurataanko organisaatiossanne henkilöstön työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

42. Kuinka organisaatiossanne seurataan henkilöstön työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä?  
Vaikuttavatko seurannan tulokset organisaation toimintaan?

43. Kuinka tärkeänä pidätte työhyvinvoinnin- ja työtyytyväisyyden seurantaa (ja siihen reagoimista) ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

44. Onko organisaatiossanne käytössä työntekijöiden perehdytysohjelma? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

45. Millainen olisi laadukas perehdytysmalli?

46. Kuinka tärkeänä pidätte työntekijöiden perehdyttämishjelman olemassaoloa ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

47. Seurataanko organisaatiossanne operatiivisen henkilöstön vaihtuvuutta vuosittain? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

48. Kuinka tärkeänä pidätte operatiivisen henkilöstön vaihtuvuuden vuosiseurantaa ensihoidon laadun kannalta? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

49. Onko ensihoitopalvelunne alueella käytössä työntekijöiden ohjausjärjestelmä psykososiaalisiin palveluihin? \*

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

50. Kuinka tärkeänä pidätte ensihoidon laadun kannalta työntekijöille tarkoitetun psykososiaalisen palvelujen ohjausjärjestelmän olemassaoloa? \*

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

Keskeytä

<-- Edellinen

Seuraava -->



## Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila

### Ensihoitojärjestelmän laatua koskevat kysymykset

#### 51. Onko organisaatiossanne kirjalliset toimintaohjeet seuraavista asioista: \*

	Kyllä	Ei	En tiedä
Työturvallisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilannejohtaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virve-viestintäohje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitopaikan valinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokuljetukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X-koodi-ohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkitseminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultaatio-ohje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 52. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavia toimintaohjeita ensihoidon laadun kannalta \*

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Työturvallisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilannejohtaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virve-viestintäohje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitopaikan valinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokuljetukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X-koodi-ohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkitseminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultaatio-ohje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 53. Kuinka kirjalliset toimintaohjeet tulisi jalkauttaa ensihoitajien käyttöön? Kuinka toimintaohjeiden noudattamista tulisi valvoa?

**54. Onko seuraavat hoitoprosessit tunnistettu ja kuvattu? \***

Alueellinen hoito-ohje

	Kyllä	Ei	En tiedä
Sydänpysähdys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysvaikeus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rintakipu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aivohalvaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglykemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myrkytys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouristus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korkeaenerginen vamma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**55. Onko organisaatiossanne vielä jokin muu hoitoprosessi, jonka olette kuvanneet? Jos on, niin mikä?****56. Kehitetäänkö hoitoprosesseja systemaattisesti? \***

- ☐ Kyllä  
☐ Ei  
☐ En tiedä

**57. Kuinka tärkeänä pidätte hoitoprosessien seurantaa ja systemaattista kehittämistä ensihoidon laadun kannalta? \***

	1	2	3	4	5	6	
Ei lainkaan tärkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erittäin tärkeä

**58. Seurataanko ensihoito-organisaatiossanne \***

	Kyllä	Ei	En tiedä
Sairaalan ulkopuolista kuolleisuutta tilanteissa joissa ensihoitopalvelu on aktivoitu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuolleisuutta tilanteessa, jossa elvytystä on ensihoidon toimesta yritetty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksestä selviytymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen jälkeistä hyvää neurologista toipumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokonaisselviytyvyyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**59. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavien asioiden seurantaa ensihoidon laadun kannalta? \***

1= ei lainkaan tärkeä, 6= erittäin tärkeä

	1	2	3	4	5	6
Sairaalan ulkopuolista kuolleisuutta tilanteissa joissa ensihoitopalvelu on aktivoitu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuolleisuutta tilanteessa, jossa elvytystä on yritetty ensihoidon toimesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksestä selviytymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydänpysähdyksen jälkeistä hyvää neurologista toipumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokonaisselviytyvyyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**60. Kuinka edellä mainittuja seurantoja tulisi toteuttaa?**

Keskeytä

&lt;-- Edellinen

Seuraava --&gt;

## *Ensihoidon laadun mittaamisen nykytila*

### **Oma näkemys**

**61. Mitä on mielestänne ensihoitopalvelun laatu?**

**62. Mikä heikentää ensihoitopalvelun laatua?**

**63. Mikä lisää ensihoitopalvelun laatua?**

**64. Kuinka ensihoitopalvelun laatua tulisi mitata?**

**65. Tähän voitte laittaa palautetta kyselyn laatijoille. Sana on vapaa.**

Keskeytä

<-- Edellinen

Lähetä

## Liite 2. Esitestaajille sähköpostitse toimitettu saatekirje

### **Arvoisa esitestaaja**

Teidät on valittu kyselylomakkeen esitestaajaksi ensihoidon laatumittaristoa käsittelevään YAMK-opinnäytetyöhön. YAMK opinnäytetyössä tavoitteenamme on kehittää valtakunnallisesti ensihoidon laatua luomalla ensihoidon laatumittaristo. Webropol-kyselyn tarkoituksena on kartoittaa ensihoidon laadun mittamisen nykytilaa ja mahdollisuuksia tulevaisuudessa. Kysely lähetetään kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville esimiehille. Kyselylomakkeen esitestaus suoritetaan syyskuussa 2017 ja vastaajiksi on valikoitu ensihoidon parissa toimivia ammattilaisia eri puolelta Suomea. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2018 ja on löydettävissä Theseus.fi- osoitteesta.

Esitestaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen mutta se on toivottavaa jotta kyselylomakkeesta saadaan muotoiltua mahdollisimman toimiva. Antamanne palautte on arvokasta. Esitestausvaiheessa ei analysoida vastauksia, vaan keskitytään kyselylomakkeen toimivuuden kehittämiseen.

Vastaaminen tapahtuu anonyymisti eikä vastaajaa voida tunnistaa. Vastausaika on 13.9.2017 asti. Olemme kiitollisia että olette mukana kehittämässä ensihoidon laatua antamallaanne palautteella.

Kyselyn osoite on:

<https://www.webpolsurveys.com/S/13068CFB218F45A8.par>

Ystävällisin terveisin,

Ensihoitaja YAMK opiskelijat Saimaan ammattikorkeakoulusta

Juha Ruusunen, [juha.ruusunen@student.saimia.fi](mailto:juha.ruusunen@student.saimia.fi)

Jenni Hirvikallio, [j-hirvikallio@student.saimia.fi](mailto:j-hirvikallio@student.saimia.fi)

Nina Hiukka, [n-hiukka@student.saimia.fi](mailto:n-hiukka@student.saimia.fi)

Työn ohjaajina toimivat lehtori Antti Kosonen ja yliopettaja Niina Nurkka Saimaan ammattikorkeakoulusta.



Liite 3. Saatekirje lopulliselle kohderyhmälle

Saatekirje 6.10.2017



**Arvoisa Ensihoitopäälikkö/Ensihoitolääkäri**

Opiskelemme Ensihoidon YAMK-tutkintoa Saimaan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. YAMK opinnäytetyössämme tavoitteena on kehittää valtakunnallisesti ensihoidon laatua luomalla ensihoidon laatumittaristo. Laatumittariston avulla ensihoito-organisaatio voi pisteyttää itsensä kysymyksiin vastaamalla. Kyselyn yhteispisteet kertovat organisaation sijoittumisesta laatuajanalle. Ensihoidon laatuajana toimii laadun seurannan- sekä kehittämisen työkaluna.

Tämän webropol-kyselyn tarkoituksena on kartoittaa ensihoidon laadun mittaamisen nykytilaa ja mahdollisuuksia tulevaisuudessa. Kysely lähetetään kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville esimiehille sekä vastuulääkäreille. Toivomme, että jokainen sairaanhoitopiiri vastaa kyselyyn, jotta työstä tulisi mahdollisimman kattava ja luotettava. Jos ette löydä aikaa vastaamiselle, olkaa hyvä ja välittääkää kysely jollekin toiselle ensihoito-organisaationne tuntevalle henkilölle, esimerkiksi laatuvaastaavalle.

Vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, mutta se on toivottavaa ensihoidon laadun kehityksen kannalta. Kyselyn tarkoituksena ei ole vertailla eri sairaanhoitopiirien vastauksia, vaan kartoittaa ensihoidon laadun mittaamisen nykytilaa ja vastaajien näkemyksiä ensihoidon laadun mittaamisen mahdollisuuksista.

Vastaaminen tapahtuu anonymisti eikä vastaajaa voida tunnistaa. Vastausaikaa on perjantaihin 20.10.2017 asti. Vastaaminen vie noin 20 minuuttia, riippuen kuinka perusteellisesti avoimiin kysymyksiin haluaa vastata. Vastaukset annetaan yksityishenkilöinä, jolloin organisaatiolta ei tarvitse hakea tutkimuslupaa.

Olemme erittäin kiitollisia, että olette mukana kehittämässä ensihoidon laatua antamallanne palautteella. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2018 ja on löydettävissä Theseus.fi- osoitteesta. Laatumittaristo tulee julkiseksi ja on saatavilla opinnäytetyön liitteenä.

Kyselyn osoite on: <https://www.webpolsurveys.com/S/93A8220DAF95C487.par>

Ystävällisin terveisin,

Ensihoitaja YAMK opiskelijat Saimaan ammattikorkeakoulusta

Juha Ruusunen, [juha.ruusunen@student.saimia.fi](mailto:juha.ruusunen@student.saimia.fi)

Jenni Hirvikallio, [j-hirvikallio@student.saimia.fi](mailto:j-hirvikallio@student.saimia.fi)

Nina Hiukka, [n-hiukka@student.saimia.fi](mailto:n-hiukka@student.saimia.fi)

Työtä ohjaa yliopettaja Niina Nurkka [niina.nurkka@saimia.fi](mailto:niina.nurkka@saimia.fi) ja lehtori Antti Kosonen [antti.kosonen@saimia.fi](mailto:antti.kosonen@saimia.fi)

## **Ensihoidon laatumittaristo**

Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla oikea vaihtoehto. Lopuksi laskekaa saamanne laatupisteet yhteen. Sivulla x on analyysi organisaationne tämän hetkisestä laatutilanteesta ja vinkkejä laadun kehittämiseksi.

### **Ensihoitojärjestelmän laatua koskevat kysymykset:**

#### 1) Onko organisaatiollanne

	Kyllä	Ei	Pisteet
Voimassaoleva palvelutasopäätös	(3p)	(-1p)	
Kirjallinen laadunvalvontasuunnitelma	(½ p)	(-1p)	
Omavalvontasuunnitelma	(½ p)	(0 p)	
Johtamisen ohje	(1 p)	(0 p)	
Suuronnettomuusohje	(2 p)	(0 p)	
Lääkehoitosuunnitelma	(1 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 8

#### 2) Onko palveluntuottajien keskimääräinen sopimuksen kesto alueellanne yli 5 vuotta?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		1 p
Ei		0 p

<b>Laatupisteet järjestelmää koskevista kysymyksistä</b>	<b>_____ / 9 pistettä</b>
--	---------------------------



## Koulutusta ja osaamisenhallinnan laatua koskevat kysymykset

### 3) Onko organisaatiollanne

	Kyllä	Ei	Pisteet
Koulutuksen vuosisuunnitelma	(3p)	(-1p)	
Osaamisenhallintajärjestelmä hoitotasolla	(2 p)	(-1p)	
Osaamisenhallintajärjestelmä perustasolla	(1 p)	(0 p)	
Osaamisenhallintajärjestelmä kenttäjohtotasolla	(1 p)	(0 p)	
Osaamisenhallintajärjestelmä lääkäritasolla	(1 p)	(0 p)	
Operatiivisen henkilöstön toimenpideseurantajärjestelmä	(½ p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 8,5

### 4) Kuinka usein organisaationne järjestää

	Kerran puolessa vuodessa tai useammin	Kerran vuodessa	Harvemmin kuin kerran vuodessa	Pisteet
Vuorokoulutusta	(1 p)	(0 p)	(0 p)	
Simulaatiokoulutusta	(3 p)	(1 p)	(-1p)	
Taitopajaharjoittelua	(1 p)	(½ p)	(0 p)	
Teorialuentoja	(1 p)	(½ p)	(0 p)	
Ulkopuolisia teoriakoulutuksia	(1 p)	(½ p)	(0 p)	
Ajokoulutusta	(1 p)	(½ p)	(0 p)	
Työturvallisuuskoulutusta	(3 p)	(½ p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 11	

<b>Laatupisteet koulutusta ja osaamisenhallintaa koskevis- ta kysymyksistä</b>	<b>_____ / 19.5 pistettä</b>
--	------------------------------

### Potilaiden tavoittamista ja voimavarojen käyttöä koskevat kysymykset

- 5) Seuraako organisaationne säännöllisesti seuraavia asioita ja reagoidaanko poikkeavuuksiin?

	Kyllä	Ei	Pisteet
Potilaiden tavoittamisajat	(3p)	(-1p)	
X-koodipäätökset	(1 p)	(0 p)	
Hoitopaikan oikea valinta	(1 p)	(0 p)	
Ei kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa x-koodipäätöksestä	(1 p)	(0 p)	
Kipulääkitseminen tilanteissa, joissa kipu on 7/10 tai enemmän potilaan arvioimana	(2 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 8

- 6) Kuinka usein alueellanne on kapasiteettivaje, jossa kiireellisiä tehtäviä joudutaan jonotuttamaan?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa		1 p
Useammin kuin kerran kuukaudessa		0 p

<b>Laatupisteet potilaiden tavoittamista ja voimavarojen käyttöä koskevista kysymyksistä</b>	<b>_____/ 9 pistettä</b>
--	--------------------------

## Turvallisuutta koskevat kysymykset

### 7) Onko organisaatiollanne

	Kyllä	Ei	Pisteet
Työturvallisuussuunnitelma	(2 p)	(0 p)	
Työtapaturmien raportointijärjestelmä	(1 p)	(0 p)	
Sairauspoissaolojen raportointijärjestelmä	(1 p)	(0 p)	
Liikennevahinkojen seurantajärjestelmä	(1 p)	(0 p)	
Ohjeistus infektiosuojaimien käytöstä	(3 p)	(-1 p)	
Työntekijöiden rokotusohjelma	(1 p)	(0 p)	
Käsihuuhteen kulutusseurantajärjestelmä	(1 p)	(0 p)	
Potilasturvallisuussuunnitelma	(1 p)	(0 p)	
Potilasturvallisuudesta vastaava henkilö	(1 p)	(0 p)	
Haipro- tai vastaava ilmoitusjärjestelmä	(1 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 13

### 8) Käyttekö haitta- ja läheltäpiti- tilanteet säännöllisesti läpi ja reagoitte kehittämiskohteisiin?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		1 p
Ei		0 p

### 9) Onko organisaatiollanne systemaattinen raportointijärjestelmä potilasta luovutettaessa?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		2 p
Ei		0 p

<b>Laatupisteet turvallisuutta koskevista kysymyksistä</b>	<b>_____ / 16 pistettä</b>
--	----------------------------

### **Asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyyttä koskevat kysymykset**

10) Mitataanko organisaatiossanne säännöllisesti potilastyytyväisyyttä ja reagoidaanko kehittämiskohteisiin?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		2 p
Ei		0 p

11) Kerääkö organisaatiossanne säännöllisesti palautetta sidosryhmiltä ja reagoidaanko kehittämiskohteisiin?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		2 p
Ei		0 p

12) Seurataanko organisaatiossanne valitusten ja muistutusten määrää säännöllisesti?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		1 p
Ei		0 p

13) Käyttääkö organisaatiossanne ulkopuolista auditointia ensihoidon laadun arvioinnissa?

Vastausvaihtoehto	Rastita oikea vaihtoehto	Pisteet
Kyllä		1 p
Ei		0 p

<b>Laatupisteet asiakas- ja sidosryhmäpalautetta koskevista kysymyksistä</b>	<b>_____ / 6 pistettä</b>
--	---------------------------

## Henkilöstöä koskevat kysymykset

### 14) Seurataanko organisaatiossanne

	Kyllä	Ei	Pisteet
Työhyvinvointia ja –tyytyväisyyttä reagoiden kehittämiskoh- teisiin?	(3 p)	(-1p)	
Operatiivisen henkilöstön vaihtuvuutta vuositasolla	(1 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 4

### 15) Onko organisaatiollanne

	Kyllä	Ei	Pisteet
Työntekijöiden perehdytysohjelma	(2 p)	(0 p)	
Työntekijöiden ohjausjärjestelmäpsykososiaalisiin palveluihin	(2 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 4

<b>Laatupisteet henkilöstöä koskevista kysymyksistä</b>	<b>_____ / 8 pistettä</b>
---	---------------------------

## Ensihoitojärjestelmän tuloksellisuutta koskevat kysymykset

### 16) Onko organisaatiollanne

	Kyllä	Ei	Pisteet
Työturvallisuusohje	(2 p)	(0 p)	
Tilannejohtamisen ohje	(1 p)	(0 p)	
Virve-viestintäohje	(1 p)	(0 p)	
Hoitopaikan valintaa koskeva -ohje	(1 p)	(0 p)	
Siirtokuljetusohje	(½ p)	(0 p)	
X-koodiohje	(2 p)	(0 p)	
Lääkitsemisohje	(3 p)	(-1 p)	
Konsultaatio-ohje	(2 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 12,5

17) Onko organisaationne kuvannut seuraavat hoitoprosessit ja kehitetäänkö niitä systemaattisesti?

	Kyllä	Ei	Pisteet
Sydänpysähdys	(1 p)	(0 p)	
Hengitysvaikeus	(1 p)	(0 p)	
Rintakipu	(1 p)	(0 p)	
Aivohalvaus	(1 p)	(0 p)	
Hypoglykemia	(1 p)	(-0 p)	
Myrkytys	(1 p)	(0 p)	
Kouristus	(1 p)	(0 p)	
Korkeaenerginen vamma	(1 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 8

18) Seuraako organisaationne

	Kyllä	Ei	Pisteet
a) kuolleisuutta tilanteissa, joissa elvytystä on ensihoitoyksikön toimesta yritetty	(1 p)	(0 p)	
b) sydänpysähdyksestä selviytymistä	(1 p)	(0 p)	
Yhteispisteet			/ 2

<b>Laatupisteet ensihoitojärjestelmän tuloksellisuutta koskevista kysymyksistä</b>	<b>_____ / 22 pistettä</b>
--	----------------------------

Laskekaa kunkin osa-alueen pisteet yhteen, niin saatte tämän hetkiset laatupisteenne.

**Yhteispisteet \_\_\_\_ / 89,5**

**Tulkinta:**

**75,0-89,5 pistettä:**

Arvosana 75-89,5 pistettä on mittariston korkein lukema. Organisaation laatu tekijät ovat erinomaisella tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön yleiset mittarit: ensihoitojärjestelmä, henkilöstö, osaamisenhallinta ja potilaiden tavoittaminen sekä voimavarojen käyttö on suunniteltua ja hyvin organisoitua. Laadun kehittäminen on osa ensihoitopalvelun päivittäistä toimintaa. Erinomaisen pisteiden saavuttaminen edellyttää organisaatiolta systemaattista ja suunnitelmallista laadunhallintaa. Organisaation on ymmärrettävä laadun eri ulottuvuudet ja mittarit. Laadunhallinta vaatii jatkuvaa kehitystyötä ja siihen on varattu resursseja.

**60,0-74,9 pistettä:**

Organisaation saavuttaessa pisteet 60,0-74,9 voidaan organisaation laadullisuutta ensihoidon näkökulmasta pitää yleisesti hyvällä tasolla. Mikäli organisaatio on saanut laatumittaritutkimuksen tietyltä osa-alueelta poikkeuksellisen heikon tuloksen, on siihen kiinnitettävä erityishuomiota laadukkaan palvelun takaamiseksi. Mikäli organisaatio yltää tähän pistemäärään, voidaan kuitenkin todeta, että sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemä perustaso rakennemittaristolla on sosiaali- ja terveysalan peruskriteereiden mukainen.

**45,0-59,9 pistettä:**

Organisaation saama 45,0-59,9 pisteen tulos kertoo laatutekijöiden osittaisesta heikkoudesta. Erityshuomioita olisi syytä tehdä niillä osa-alueilla, josta organisaatio on saanut poikkeuksellisen heikot arvosanat. Mittariston mukaisiin heikkoihin arvosanoihin on syytä tehdä muutoksia mahdollisimman pikaisesti päättäkseen sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemän laatumittarin asettamalle perustasolle. Maksimoidakseen henkilöstön koko potentiaalin, tulee se ottaa kehitystyöhön aktiivisesti mukaan ja palautteisiin on syytä reagoida mahdollisimman pian.

**30,0-44,9 pistettä:**

Saavuttamalla pistemäärän 30,0-44,9 voidaan olettaa organisaation laadullisen tason heikoksi. Merkittäviä laadunparannuskeinoja on syytä kehittää välittömästi, jotta organisaatio pääsee laadullisen rakennemittariston perustasolle. Merkittävimpiä muutosalueita heikon laatutason korjaamiseksi on eritoten ennalta määritetyt suunnitelmat sekä niiden noudattaminen henkilöstön jokapäiväisissä työtilanteissa.

**Alle 29,9 pistettä:**

Mikäli organisaatio saa työssä tutkimuksessa pistemäärän 29,9 tai alle, ovat laadulliset tekijät ensihoitotyössä heikolla tasolla. Pistemäärä osoittaa kehittämättömyyttä sekä huonoa suunnittelutyötä. Suurta painoarvoa tulisi erityisesti osoittaa rakennemittarin yleisistä asioista aina henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Organisaation laadukkaalla toiminnalla turvataan potilaille oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon. Alle 29,9 pisteen arvosana kertoo välinpitämättömyydestä yleistä sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemää perustasoa kohden ja edellyttää organisaatiolta välittömiä korjaavia toimenpiteitä palauttaakseen laadullisuuden määrätylle perustasolle.