

Mika Karjalainen

Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-Karjalassa - Esimiesten näkökulmasta

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Kevät 2010



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Tekijä(t) Mika Karjalainen	
Työn nimi Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-Karjalassa - esimiesten näkökulmasta	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen	Ohjaaja(t) Sirikka-Liisa Niskanen, Riitta-Liisa Peltola
	Toimeksiantaja
Aika Kevät 2010	Sivumäärä ja liitteet 60 + 4
<p>Opinnäytetyön aiheena on Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen kehittäminen esimiesten näkökulmasta. Sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittymisen myötä ensihoitojärjestelmä on muutospaineiden alla. Aiheen valintaan vaikutti dosentti Markku Kuisman jättämä raportti sosiaali- ja terveysministeriölle. Raportin mukaan kiireellisen sairaankuljetuksen tulisi siirtyä välittömään lähtövalmiuteen kaikkina vuorokaudenaikoina ja niiden tuottamiseen pelastuslaitoksen voimin. Lisäksi sairaankuljetuksen valvonta- ja koulutusvastuu siirtyisi kunnilta sairaanhoitopiireille.</p> <p>Tämän opinnäytteen tarkoituksena on selvittää, millä keinoilla pystytään kehittämään Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen toimintaa. Tavoitteena on kartoittaa miten aikaansaadaan toimiva kokonaisuus, missä potilaat saavat laadullista hoitoa ilman pitkiä odotusaikoja ja miten sairaankuljetuksen voimavarat voidaan käyttää järkevästi sekä tehokkaasti. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia kysymyksiin: Millainen on sairaankuljetuksen tilanne tällä hetkellä Ylä-Karjalassa? Miten sairaankuljetusta tulisi kehittää Ylä-Karjalassa? Tutkimusongelmat esitettiin alueen sairaankuljetuksen esimiehille teemahaastattelun avulla. Tutkimusmetodologiana toimi kehittävä työntutkimus ja tutkimuksen teemahaastattelun runko muodostui ekspansiivisen oppimissyklin ensimmäisen ja toisen asteen ristiriidoista.</p> <p>Keräämäni aineiston käsittelin abduktiivisella sisällönanalyysillä. Kartoitettaessa Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen nykytilaa kävi ilmi, että vahvuutena ovat kokeneet ja alueen tuntevat sairaankuljettajat. Puutteena jatkokoulutukseen hakeutuminen ja työpaikan sisäisen koulutuksen puuttuminen. Kehittämisehdotuksia olivat jatkokoulutus sekä hoito- ja perustaso työparin käyttö sairaankuljetusyksikössä. Lisäksi kehittämisehdotuksia olivat kiireellisen sairaankuljetuksen siirtyminen välittömään lähtövalmiuteen ja mahdollisesti sairaankuljetustoimijoiden määrän muuttaminen yhdelle toimijalle. Valmisteilla olevan uuden terveydenhuoltolain myötä sairaankuljetuksen valvonta ja koulutusvastuu toivottiin siirtyvän sairaanhoitopiireille. Tämän muutoksen uskotaan tuovan yhtenäisyyttä maakunnan sairaankuljetustoiminnassa.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Sairaankuljetus, ensihoito, kehittävä työntutkimus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Second-cycle degree programme in Health Care Management and Development
Author(s) Mika Karjalainen	
Title	
Optional Professional Studies Health Care Management and Development	Instructor(s) Sirikka-Liisa Niskanen, Riitta-Liisa Peltola
	Commissioned by
Date Spring 2010	Total Number of Pages and Appendices 60 + 4
<p>This Master's thesis is about developing the ambulance transport in the Ylä-Karjala region – from the managerial point of view. As the ambulance transport and paramedics are developing, also the emergency medical service system need to change. Selecting the topic was motivated by a report for the Ministry of Social Affairs and Health by docent Markku Kuisma. It was suggested that urgent ambulance transport should move being in immediate readiness around the clock and provided by the Rescue Departments. In addition, the responsibility for supervising and training would move from Communities to the Central Hospital Districts.</p> <p>The purpose of this Master's thesis is to find out, by which means the Ylä-Karjala ambulance transport can be developed. The aim is to plot on how to generate a well functioning system, where the patients receive qualified treatment without long waiting, and how the resources of ambulance transport can be used rationally and effectively. In this study, the answers were sought to questions: What is the situation of ambulance transport currently in Ylä-Karjala? How the ambulance transport should be developed in Ylä-Karjala. The problem statements were presented to the managers of the ambulance transport using a focused interview. The study methodology consisted of developmental work research and the focused interview was based on controversies of the 1st and 2nd degree of the expansive learning cycle.</p> <p>The collected material was analysed using abductive content analysis. In evaluation of the current status of Ylä-Karjala ambulance transport system, it became obvious that the strongest point are the paramedics who are experienced and who know the area. The weakness is not acquiring further training elsewhere or internal training. As the development proposals, further training and using the treatment level and basic level work pairs in an ambulance unit, became evident. On top of that, other ideas were moving the urgent ambulance transport into immediate readiness and possibly reducing the number of providers of ambulance services to only one. As planned in the future healthcare legislation, the supervisory and training responsibilities of ambulance transport were willingly to be moved to the Central Hospital Districts. This change is believed to bring harmony to the ambulance transport functioning within the province.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Ambulance transport, paramedic, consisted of developmental work
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

”Jos se ois helppoo
oisin tehnyt sen jo
vaan se on vaikeeta
jos se ois helppoo
oisin tehnyt sen jo
ajat sitten uskotko

Se ei ois mahdotonta
ei vaikka tiedän monta
joilt on kaikki mennyt poskelleen
silti uskon ihmeeseen”

Pauli Hanhiniemi
Kolmas Nainen

.

SISÄLLYS

<u>1 JOHDANTO</u>	1
<u>2 ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ SUOMESSA</u>	3
<u>2.1 Sairaankuljetuksen käsitteet</u>	3
<u>2.2 Ensihoitopalvelu</u>	4
<u>2.3 Sairaankuljetuksen historiaa</u>	6
<u>2.4 Ensihoidon arvomaailma</u>	10
<u>2.5 Sairaankuljetusta ja ensihoitoa koskeva lainsäädäntö</u>	12
<u>3 TUTKIMUSAIHEEN VALINTA</u>	16
<u>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT</u>	18
<u>5 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA</u>	19
<u>5.1 Metodologian taustaa</u>	19
<u>5.2 Ylä-Karjalan sairaankuljetus</u>	23
<u>5.3 Opinnäytetyön ekspansiiviset oppimissyklin vaiheet</u>	26
<u>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</u>	27
<u>6.1 Tutkimuksen lähtökohdat</u>	27
<u>6.2 Tutkimusympäristön kuvaus</u>	27
<u>6.3 Tutkimusaineiston hankinta</u>	28
<u>6.4 Aineiston käsittely ja analysointi</u>	30
<u>7. TUTKIMUSTULOKSET</u>	32
<u>7.1 Sairaankuljetuksen tämän hetkinen tilanne Ylä-Karjalassa</u>	32
<u>7.2 Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-Karjalassa</u>	35
<u>8 POHDINTA</u>	43
<u>8.1 Tutkimuksen luotettavuus</u>	43
<u>8.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja oma pohdinta</u>	46

8.3 Oma oppiminen projektissa

55

Lähteet

57

Litteet

1. JOHDANTO

Yhteiskunnan muutos on vaikuttanut myös sairaankuljetusalaan. Sairaanhoidopiirien ja pelastuslaitosten uudelleen organisointi, päivystysalueiden laajentuminen sekä sairaanhoidon laatuavoitteet ovat aiheuttaneet sairaankuljetukseen uusia haasteita. Lisäksi kiristynvä kilpailu luo haasteita sekä pelastuslaitokselle että yksityisille sairaankuljetusyrietyksille. (Murtonen 2006,6.)

Painopiste sairaankuljetuksessa on selvästi muuttunut potilaan kuljettamisesta potilaan hoitamiseksi. Sairaankuljetusyksiköiden valmiudet potilaan asiantuntevan hoidon aloittamiseen hälytyskohteessa ja hoidon jatkamiseen kuljetuksen aikana ovat merkittävästi lisääntyneet ja tätä kehitystä on pyritty myös tietoisesti tukemaan. (Huhtala 2004.)

Asenteiden muutos ja uuden toimintamallin sisäistäminen ovat raskaitakin uudistuksia, joiden avulla Ylä-Karjalan ensihoitojärjestelmää voidaan kehittää palvelemaan tehokkaammin niin potilaita kuin terveys- ja sosiaalialan yksiköitäkin. Terveysten- ja sosiaalihuollon yhdistymishankkeet Pielisen Karjalan alueella (Nurmes, Valtimo, Lieksa, Juuka) näyttävät kariutuvan. Paras-hanke ei tuonut toivottua yhteistyötä sosiaali- ja terveystuolelle, vaan sitä varten otettiin tarkoituksella aikalisää.

Sairaankuljetuksen järjestämisestä Ylä-Karjalan alueella vastaa Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymä (THKY). Palvelun tuottajia on alueella kolme, samoin kuin ambulanssejakin; yksi terveyskeskuksen alaisuudessa (N191), yksi yksityisellä tuottajalla (V191) ja yksi Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen alaisuudessa (N192). Uudessa terveydenhuoltolain mukaan on suunnitteilla, että sairaankuljetuksen järjestämisvastuu siirtyisi sairaanhoidopiirille. Tämän seurauksena voidaan uudelleen pohtia myös sitä, onko järkevää, että Ylä-Karjalan alueella toimii kolme sairaankuljetuksen tuottajaa. Opinnäytetyöni käsittelee eri esimiesten näkemyksiä sairaankuljetuksen kehittämiseksi Ylä-Karjalassa peilaten ajatuksia uuden terveydenhuoltolain vaatimuksiin.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millä keinoilla voidaan kehittää Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen toimintaa. Tavoitteena on löytää ratkaisuja, kuinka saataisiin aikaan toimiva kokonaisuus, jossa potilaat saisivat laadukasta hoitoa ilman pitkiä odotusaikoja. Opinnäytetyön tavoitteena on tarjota välineitä Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon

kuntayhtymälle, miten sairaankuljetuksen voimavarat voitaisiin käyttää järkevästi ja tehokkaasti.

2. ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ SUOMESSA

2.1. Sairaankuljetuksen käsitteet

Ensihoidolla tarkoitetaan asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä. (Asetus sairaankuljetuksesta (565/1994)2§.)

Sairaankuljetus on Sairaankuljetusasetuksen (565/1994) 2§ mukaisesti ”ammattimaista asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan toimesta sairaankuljetusajoneuvolla, vesi- tai ilma-aluksella sekä muulla erityisajoneuvolla tapahtuvaa henkilökuljetusta ja ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa, joka johtuu sairaudesta, vammautumisesta tai muusta hätätilanteesta”. Sairaankuljetuksen perustehtävänä on muun ensihoidon ohella turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla ja sairaankuljetuksen aikana. (Määttä 2003, 26.) Tässä opinnäytetyössä käytetään molempia käsitteitä (sairaankuljetus, ensihoito) tutkiessa alueen sairaankuljetuksen kehittämistä.

Perustason ensihoito on hoitoa ja kuljetusta, jonka ammattilaisilla on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone, ja joilla on mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet. Perustason sairaankuljetukseen kuuluu potilaan tilanarvion ja seuraamisen lisäksi mm. suonensisäisen nestehoidon toteuttaminen, matalan verensokeritason korjaaminen glukoosi-infuusiolla, puoliautomaattisen defibrillaattorin käyttö ja peruselvytys. Suonensisäinen lääkehoito mm. kipulääkkeiden (opiaatit) osalta tai hengityspotken asentaminen (intubaatio) eivät kuulu perustason sairaankuljetukseen. Perustason sairaankuljetus voidaan ohjeistaa toimimaan ensihoitolääkäriä konsultoiden tietyissä ensihoitotilanteissa, jolloin perustasolla toimivien henkilöiden ammattikoulutuksen tulee täyttää mm. lääkelain asetukset. (Kurola 2009, 8; Valli 2009, 361.)

Hoitotason sairaankuljetuksella on valmiudet aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasol-

la ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata. Hoitotason sairaankuljetus voidaan ohjeistaa toimimaan vaativissa hoitotilanteissa joko itsenäisesti annettuihin hoito-ohjeisiin nojaten tai lääkärikonsultaatiota hyödyntäen. Hoitotason sairaankuljetus voi olla pitkälle vietyä potilaan tilanarvioita ja hoitoa potilaan kohtaamispaikassa sekä kuljetuksen aikana. Esimerkiksi toimiminen monipotilastilanteessa lääkintäesimiehenä (L4), sydänpysähdyspotilaan lääkkeellinen elvytys itsenäisesti, sähköinen rytminsiirto, sydänfilmin otto ja tulkitseminen sekä tarvittaessa sydäninfarktin liuotushoidon tarpeen konsultointi ja hoidon toteuttaminen sekä suonensisäinen lääkehoito eri tilanteissa kuuluvat hoitotason sairaankuljetuksen tehtäviin. (Kurola 2009, 8; Valli 2009, 362.)

Ensivastetta ei ole laeissa tai asetuksissa määritelty. Ensivastetoiminnassa, eli ensiauttajana toimimisena, voi toimia mikä tahansa hälytettävissä oleva yksikkö, jonka jäsenet pystyvät antamaan henkeä pelastavaa hätäensiapua. Tämä yksikkö voi olla viranomaisyksikkö, kuten paloauto, tai mikä tahansa terveyskeskuksen vastuulääkärin kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti koulutettu, varustettu ja lähtövalmiutta ylläpitävä yksikkö (esim. RVL, vartioimisliike, poliisi, meripelastusseura). On huomattava, että suurin osa ensiauttajista on maallikoita, joilla ei ole terveydenhuollon ammattitutkintoa tai pätevyyttä toimia päätoimisesti sairaankuljetuksessa ja ensihoidossa. (Kurola 2009, 8.)

Ensiavulla tarkoitetaan muiden kuin ammattiauttajien toimia (eli maallikoiden), joilla autettavan terveydentilaa pyritään turvaamaan. Pääsääntöisesti ensiapu on kansalaistoimintaa. Hätäensiavulla tarkoitetaan yksinkertaisia henkeä pelastavia toimia, joilla on merkittävä ja suora vaikutus autettavan terveydentilaan. Terveydenhuollon ammattilainenkin on maallikko saapuessaan yllättäen tilannepaikalle vapaa-aikanaan. (Kuisma 2008, 27.)

2.2. Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu voidaan määritellä, että se on terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana ja sairaalassa. Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on lääkinnällistä pelastustoimintaa, jota toimintaympäristönsä, arvonsa ja luonteensa (humaritäärisyys) sekä yllätyksellisyytensä takia voidaan verrata perinteisiin palo- ja pelastustoimen turvallisuuspalveluihin. Onnettomuus- ja väkivaltatilanteissa myös poliisi on paikalla

turvaamassa järjestystä ja kansalaisten sekä ammattiauttajien turvallisuutta. Yhteistyön keskeinä ensihoidon on kunnioitettava terveydenhuollon arvoja ja potilaan lakisääteisiä oikeuksia. (Kuisma 2008, 24.)

Ensihoitotyö edellyttää ensihoitajalta hoitotieteellisen, lääketieteellisen ja muiden tieteenalojen tiedon ja hoitokäytäntöjen joustavaa soveltamista sekä itsenäistä päätöksentekotaitoa ja tilanneherkkyyttä arvioida potilaan tilaa ja hoitamisen tarvetta. Ensihoitajan on osattava myös suunnitella ja toteuttaa hoitoa monimuotoisissa, nopeasti muuttuvissa olosuhteissa ja psykososiaalisesti vaativissa vuorovaikutustilanteissa, joissa potilaan esitiedot ovat puutteellisia, tapahtumaympäristö on vieras ja päätöksen tekemiseen sekä hoidon aloittamiseen käytettävä aika on rajallinen. Ensihoitajan henkilökohtaiset ja persoonalliset ominaisuudet mahdollistavat hoitosuhteen, joka perustuu vastuuseen ja keskinäiseen luottamukseen myös niissä tilanteissa, joissa ensihoitajan oma arvomaailma ja ihmiskäsitykset ovat tilanteeseen nähden eriävät. (Opetusministeriö 2006, 72.)

Ensihoitotyö edellyttää hoitajalta lisäksi hyviä teknisiä ja toiminnallisia valmiuksia hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Nämä valmiudet kattavat siirtymisen potilaan luokse, potilaan tilan arvioinnin ja tutkimisen, yksilöllisen hoitamisen hoitotieteen ja lääketieteen keinoin, potilaan vaativan seurannan sekä tarvittaessa potilaan kuljettamisen sairaalaan jatkotutkimuksiin ja hoitoon. (Opetusministeriö 2006, 72-73.)

Ensihoitotehtävien määrä on nopeasti lisääntynyt ja niiden luonne muuttunut, koska vanhus-ten ja pitkäaikaissairaiden määrä on kasvanut. Alkoholin ja muiden päihteiden sekä huumeiden käytön yleistyessä ensihoitoon turvaudutaan herkemmin. Lisäksi yksinäisyys ja syrjäytyminen ovat lisääntyneet perheen, suvun ja läheisten turvaverkon löystyessä, mikä tuo paineita ensihoidon kapasiteetille. Terveystieteiden toiminnalliset muutokset ja kehittyminen ovat heijastuneet myös ensihoidon tehtävämäärään ja luonteeseen. Kansalaisten tietoisuus ensihoidon palveluista ja omista oikeuksista sekä ensihoidon medianäkyvyys ovat myös vaikuttaneet ensihoidon palvelujen kysyntään. Hätätilapotilaiden hyvät hoitotulokset perustuvat vahvaan hoitoketjuun, missä ensihoito on osana tätä kokonaisuutta. Määrätietoinen johtaminen, selkeä työnjako, tiedonsiirto ja viestintä ja muut tukitoimet ovat nykyajan ensihoidon arkipäivää. (Kuisma 2008, 24.)

Mitä kauemmaksi normaalit terveystieteelliset palvelut viedään kuntalaisilta, sitä korostuneemmaksi

tulevat ensihoidon ratkaisut. Koko terveydenhuoltojärjestelmälle on edullisinta hajasijoittaa eri tasoille porrastetut liikkuvat ensivaste- ja ensihoitoyksiköt siten, että joku tavoittaa asukkaat nopeasti. Niissä kunnissa, joissa on vain yksi ensihoito- ja sairaankuljetusyksikkö tulee sen olla hoitotasolla. Siten koituu terveydenhuoltojärjestelmälle tuntevia säästöjä ilman palvelukyvyn alentumista. (Kiira 2009, 21.)

2.3. Sairaankuljetuksen historiaa

Ensimmäiset ajatukset ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta ovat kehittyneet sotatilanteissa. 1300-luvulla haavoittuneen sotilaan hoitotoimenpiteet ennen kuljetusta korostuivat, koska tuliaseiden mukaantulo aiheutti uusia ongelmia. Kentälle lähetettävää lääkintäyksikköä nimettiin ambulanssiksi. (Järvinen 1998, 16.)

Vuonna 1884 aloitettiin suomalaisten sairasvaunujen suunnittelu armeijan käyttöön. Vaunut kehitettiin suomalaisten talonpoikasrattaiden pohjalta. Vaunujen prototyyppi valmistui vuonna 1888, mutta se ei kelvannut Venäjän sotaministeriölle. Suomalaiset jatkoivat kuitenkin sairaankuljetusvälineistön tuotantoaan. Vaunuihin voitiin sijoittaa kahdet pituussuunnassa olevat parit. Pyörät olivat normaalia suuremmat ja vaunut olivat varustettu hyvillä jousilla. (Järvinen 2008, 82-83.)

Suomessa alettiin organisoida järjestelmällistä sairaiden ja loukkaantuneiden kuljetustoimintaa siviiliolosuhteissa 1800- ja 1900- lukujen vaihteessa. Oppia otettiin armeijan lääkintähuollosta sekä yhteiskunnan kaupungistumisen myötä lisääntyvistä siviilitapaturmista. Ohjeita potilaan ensivaiheen hoidosta saatiin muualta maailmasta mm. New Yorkista, Lontoosta ja Pariisista. (Järvinen 2008, 84.)

Aikaisemmin synnyttiin, sairastettiin ja kuoltiin kotona, mutta teollistuvassa yhteiskunnassa alkoi tulla mukaan sairasautoja, jotka kuljettivat potilaat sairaalaan. Muutos oli huomattava 1900-luvun puolivälissä. Sotatoimet Aasiassa kehittivät voimakkaasti myös ensihoitoa. Lääkintämies käynnisti hengityksen tukemisen, ulkoisten verenvuotojen sidonnan ja suonensisäisen nesteensiirron etulinjassa, ja sen jälkeen potilas kuljetettiin lopulliseen hoitopaikkaan. Nämä kokemukset loivat perustan ja sairaalan ulkopuoliselle ensihoitopalvelulle rauhan aikana. (Kuisma 2008, 25.)



Kuva 1. Lontoossa 1907 Punaisen ristin VIII konferenssissa palkittu suomalainen ambulanssi. (SPR arkisto.)

Euroopassa ensihoidon kehitys alkoi lääkäriambulansseista, joista ensimmäiset otettiin käyttöön Moskovassa jo 1950-luvulla. Tavoitteena ei tosin ollut hätätilapotilaiden hoito, vaan kalliin päivystyspoliklinikkatoiminnan tarpeen vähentäminen. Potilaan soittaessa hätäkeskukseen, lääkäri tuli kotikäynnille. Kiireettömissä tilanteissa avun saaminen saattoi kestää muutamia päiviäkin. Irlannissa otettiin 1960-luvulla kokeilumielessä käyttöön liikkuva tehohoito- ja sydänvalvontayksikkö. Nämä ovat olleet lääkäriambulanssien malleina eri puolilla Eurooppaa. (Kinnunen 1995, 1-2; Kinnunen 2002, 4.)

Helsingin palolaitos aloitti sairaankuljettamisen vuonna 1904. Suomessa ensihoito saapui kentälle 1970-luvun alussa, kun Helsingissä käynnistettiin lääkäriambulanssitoiminta. 1980-luvun lopulla lääkäriambulanssin korvasi lääkäri- eli ensihoitoyksikkö, joka ei enää kuljettanut potilaita. 1980-luvulla lääkäriambulanssikokeiluja oli myös muualla Suomessa. 1992 aloitti ensimmäinen lääkärihelikopteri Uudellamaalla. Myöhemmin pelastus- ja lääkintähelikopteri-toiminta on laajentunut Turkuun, Ouluun, Savoan, Vaasaan ja Lappiin. (Kuisma 2008, 25; Setälä 1991,5.)

1960-luvulla ambulanssien hoitovälineistö oli vaatimatonta. SPR:llä oli huomattava asema

maaseudun ambulanssien ylläpitäjänä, ja tuota roolia se piti yllä pitkään koko maassa. On huomattava, ettei sairaankuljetus ollut tuolloin viranomaisvastuullista terveydenhuollon toimintaa. Sellaiseksi se tuli vasta kansanterveyslain (66/1972) myötä vuonna 1972. (Järvinen 1999, 41.)

Sairaankuljetusyksikön muuttuessa moottoriajoneuvoksi, henkilöstönä oli aluksi vain yksi henkilö. Näin ollen hoitotoimenpiteistä ei juurikaan pystytty puhumaan, joskin ensiapua pyrittiin antamaan. On kuitenkin muistettava, ettei sairaanhoitokaan ollut kehittynyt ennen 1960-luvun puoliväliä sellaiseksi, että liikenneonnettomuuden uhreilla tai sydäninfarktipotilailla olisi ollut hyvä selviytymisennuste. Vasta eräiden laboratoriotutkimusten kehittyminen muun tietotaidon myötä mahdollistivat paremman ennusteen. (Järvinen 1999, 41.)



Kuva 2. 1970-luvun ambulanssi. Ambulanssissa voitiin kuljettaa potilaita sairaalasängyssä. Systole 6/99.

Kun kansanterveyslaki velvoitti terveyskeskuksia järjestämään sairaankuljetuksen, myös hoivälineiden taso ambulansseissa nousi. Ambulanssin käyttöönottokatsastuksen suoritti lääkäri, mutta terveyskeskus oli velvollinen valvomaan, että asianmukainen välineistö oli jatkuvasti käytössä. Tosin valvonta jäi monesti sekä välineistön, että kuljettajien osalta melko vähäiseksi. (Järvinen 1999, 42.)

Lääkäriambulanssin toiminnan aloittaminen ns. sydänambulanssilla herätti ansaittua kiinnostusta potilaiden kohtaamispaikoilla, kun ensimmäistä kertaa mukana tuotiin varsinaisia tut-

kimus- ja hoitovälineitä. Sydänhieronta (painantaelvytys) oli juuri saanut käypähoitostatuksen, joten sitä käytettiin myös ambulanssissa. Lääketieteen opiskelijat olivat innostuneita uudesta käytännön opiskelumuodosta, mutta tiedekunta ei hyväksynyt ambulanssiharjoittelua opiskeluohjelmaan. (Järvinen 1999, 42-43.)

Sairaankuljetustoimikunta (asetettu 9.9.1969) esitti ensimmäisen kerran järjestelmällistä valtakunnallista sairaankuljettajien koulutusta Suomeen. Kuitenkin suunnitelmissa varotettiin sitä ulottumasta samalle tasolle kuin varsinaisella sairaanhoitohenkilökunnalla. Aluksi suunnitelmissa oli järjestää 10-12 viikon kurssi, mutta kansanterveystyön myötä siitä tuli 40 viikkoa kestävä kurssi, mikä johti lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja tutkintoon 1972 alkaen. Koulutus laajeni 1980-luvulla ja sitä kesti 1990-luvun puoliväliin. (Järvinen 1999, 43; Kuisma 2008, 25.)

Palo- ja pelastustoimi on huolehtinut omasta sairaankuljetuskoulutuksestaan 1970-luvun alusta lähtien. Aluksi Helsingin kaupunki järjesti koulutuksen kolmen kuukauden kursseina. Valtakunnalliseksi palomiesten sairaankuljetuskoulutus muuttui vasta 1980-luvulla, mutta se ei ollut silloinkaan pakollinen. Nykyinen pelastajakoulutus alkoi sairaankuljetus/ensihoidon osioiden Pelastusopistossa vuonna 1994. (Järvinen 1999, 43.)

1990-luvulla aloitettiin lähihoitajien koulutus ensihoidon perustason tehtäviin. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien ensihoidokoulutus ja perehdytys sairaalan ulkopuoliseen toimintaympäristöön on käynnistynyt hitaasti. Sairanhoitajien sijoittuminen ensihoidotehtäviin yleistyi vasta 1990-luvulla. Osittain tämä johtui siitä, että monet jo alalla olevat hankkivat aikuisopiskelijoina sairaanhoitajan tutkinnon. Ammattikorkeakoulut alkoivat kouluttaa ensihoitajia vuonna 1998 Helsingissä, Lappeenrannassa ja Kotkassa. Nykyisin koulutusta annetaan yhteensä kahdeksassa ammattikorkeakoulussa. Myös Valtion pelastusopisto Kuopiossa ja Helsingin pelastuskoulu ovat kehittäneet pelastajien lääkinnällistä koulutusta. Nykyisessä sairaankuljetusyksikössä työskentelee henkilöitä, joilla on ensihoitajan, sairaanhoitajan, lähihoitajan, lääkintävahtimestarin, perushoitajan, pelastajan, palomiehen tai jonkun muun sairaankuljetukseen päteväntasoinen alan koulutus. (Järvinen 1999, 43; Kuisma 2008, 25.)

Ensihoidon kehittämisen yhtenä ongelmana on pidetty arvovaltakysymystä. Kenen tulisi arvioida potilaan hoidontarve ja millä tasolla hoitoa toteutetaan? Joskus tunnutaan unohtavan, miksi toimenpidevalmiuksia ja – valtuuksia annettiin muillekin kuin lääkäreille. Samalla

unohdetaan, että juuri lääkärit mahdollistivat kyseisen kehityksen. Syynä kehityksen suuntaan oli potilaan etu. Suomessa lääkäreitä ei riittänyt jalkautumaan riittävästi ensihoitoon, eikä heillä ollut siihen usein haluakaan. Sairaankuljetusta ryhdyttiin kehittämään lääkärijohtoisesti, vaikka aloitteet tulivat usein kentältä. (Järvinen 1999, 41.)

Koulutuksen kehittyminen on merkinnyt myös ajattelutavan muutosta. Vaikka perusteet sairaaloiden ulkopuoliselle hoidolle luotiin sairaaloissa, aloitteellisuus on pitkälti lähtenyt ambulanssin työntekijöistä. Kentällä mietittiin, miksi asioita ei voi tai saa tehdä, vaikka niitä osaisi tehdä. Ambulanssihenkilöstön tietotaidon kasvaminen ei ole ollut mahdollista ilman lääkäriopetusta. Sitä antoivat aluksi vain harvat ja valitut alan lääkäriammattilaiset, kunnes sairaalan ulkopuolinen hoito saavutti lääkärikunnassa laajemman hyväksynnän. Koska sairaalan ulkopuolisen hoidon tavoitteena on ollut aina potilaan saama etu, on se synnyttänyt myös reviiiriritiriitoja. On herännyt kysymyksiä, ketkä voivat parhaiten toimia potilaan eduksi. Aina kun uusia valmiuksia ja valtuuksia on annettu ambulanssihenkilöstölle, myös vastustusta on esiintynyt. Kuitenkin parhaat tulokset ensihoidossa on saatu niillä paikkakunnilla, joilla sairaankuljetus on asianmukaisessa lääkäriohjauksessa ja valvonnassa kehittynyt hoitotasolle ilman valtakunnallisia ohjeitakin. Lääkäreiden ja sairaankuljettajien edut eivät ole olleen näin ollen vastakkain, vaan etuna on ollut tietotaidon kasvu ja hyvä työmotivaatio, mistä potilaat ovat hyötäneet. (Järvinen 1999, 43.)

2.4. Ensihoidon arvomaailma

Ensihoito pohjautuu humanistiseen ihmiskäsitykseen. Sen mukaan ihminen on ainutkertainen, ainutlaatuinen ja vastuullinen olento, jolla on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Jokainen ihminen on yksilö, joka voi vapaasti valita elämäntyyliinsä lain säätämässä puitteissa. Ensihoidossa kaikkea toimintaa ohjaavat jokaisen ihmisen henkilökohtaiset arvot. Ihmisellä on oikeus tulla kohdelluksi oman arvonsa mukaisesti. Ensihoitajan tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja jokaisen henkilökohtaisia arvoja tilanteissa, joissa potilaan omat voimavarat eivät riitä ja hän ei kykene pitämään huolta omista oikeuksistaan. (Kalkas 2002, 24; Leino-Kilpi 2003, 46.)

Ensihoidon toiminnan taustalla olevasta ihmisarvosta on johdettavissa periaatteita, jotka toteutuessaan takaavat ensihoidon hyvän laadun ja potilaan ihmisarvon kunnioittamisen.

Ensihoidossa näistä periaatteista korostuvat erityisesti vastuullisuus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, integriteetti ja kokonaisvaltaisuus. (Kuisma 2008, 19.)

Terveydenhuollon tavoitteena on ollut potilaan kärsimysten lievittäminen ja lohduttaminen. Kuitenkin tutkimuksissa on todettu, että hoitotyössä on myös epäeettistä toimintaa, mikä ilmenee hoitokärsimyksenä. Hoitokärsimyksen muotoja on useita. Jokainen ihminen kärsii sen omalla tavallaan, mutta hoitokärsimyksen muodot voidaan jakaa neljään luokkaan:

- potilaan arvon loukkaaminen
- tuomitseminen ja rankaiseminen
- vallankäyttö
- hoidotta jättäminen

Ensihoidossa potilaan ihmisarvon loukkaaminen johtaa siihen, että ihmisellä ei ole enää mahdollisuutta olla eheä ja täysi ihminen. Tämä vaikuttaa potilaan kykyyn osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon, joka on edellytys itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi ensihoidossa. Ensihoidossa on tärkeää tunnista potilaan arvon loukkaaminen ja välttää sitä. (Sillanpää 1999, 18.)

Tuomitsemista voi tapahtua tilanteissa, joissa potilas on itse aiheuttanut loukkaantumisensa tai sairastumisensa. Toisaalta tuomitsemista voi tapahtua myös, jos potilas ei toimi terveydenhuollon asettamissa rajoissa, esimerkiksi jos potilas viivyttelee tai odottaa kotona liian kauan hälyttämättä apua. Rankaiseminen puolestaan voi ilmetä välinpitämättömyytenä. Potilasta ei esimerkiksi tervehditä, hänen omaisiaan ei huomioida tai hänen perustarpeidensa tyydyttäminen laiminlyödään tilanteissa, joissa hän on kykenemätön huolehtimaan niistä itse. Rankaisemista on myös vanhuksen jättäminen yksin päivystyspoliklinikalle, kävellään hänen ohitseen kuulematta hänen huutoaan tai ei anneta hänelle tarpeeksi tietoa. (Sillanpää 1999, 20, 89.)

Vallankäyttö voi ilmetä hoitotyössä siten, että potilas pakotetaan suorittamaan sellaisia tehtäviä, joihin hänen voimansa eivät riitä. Potilaalta otetaan samalla pois oikeus olla potilas. Vallankäyttöä ilmenee useissa eri tilanteissa ja vaihtelevissa määrin. Hyvin usein vallankäyttöä esiintyy, kun hoitajat haluavat pitäytyä vallitsevissa rutineissa, ja tilanteissa, joissa he kokevat vaikeaksi samaistua potilaan ajatusmaailmaan. Suora vallankäyttö ilmenee pakottavien hoitotoimenpiteiden muodossa. Epäsuorempi vallankäyttö heijastuu hoitajan asenteissa tai

kun hoitajat pakottavat potilaan toimimaan vastoin tämän omaa tahtoa. Vallankäyttö voi näkyä ensihoitotilanteissa vähättelyn lisäksi myös potilaan moralisointina, joka näkyy hoitajan käyttäytymisessä. (Sillanpää 1999, 20; Eriksson 1995, 22.)

Hoitokärsimyksen viimeinen ja neljäs muoto on hoidotta jättäminen. Tämä tarkoittaa, että hoitamista ei suoriteta lainkaan, tai hoidollinen ulottuvuus puuttuu. Hoidotta jättämisen muotoja on olemassa monenlaisia, pienistä rikkomuksista ja huolimattomuudesta aina suoriin tietoisin laiminlyönteihin asti. Hoidotta jättäminen merkitsee aina ihmisen arvokkuuden loukkaamista ja jopa tapaa käyttää valtaa sellaista kohtaan, jolla sitä ei ole. Hoidotta jättäminen ensihoidossa voi johtua puutteellisesta kyvystä arvioida potilaan tarpeita. Potilaan jättäminen ilman hoitoa liittyy auttajan perusasennoitumiseen oman tehtävänsä suhteen. (Sillanpää 1999, 21; Eriksson 1995, 23.)

2.5. Sairaankuljetusta ja ensihoitoa koskeva lainsäädäntö

Sairaankuljetus, ensihoito ja lääkinnällinen pelastustoimi ovat terveydenhuollon palveluja. Ne on määritelty kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) ja sairaankuljetusasetuksessa (565/1994). Kaikkien muidenkin terveydenhuollon lakien ja asetusten, viranomaisohjeiden, periaatteiden ja arvojen voidaan näin ollen olettaa koskevan kaikkia toimijoita, jotka virkatehtävissään käsittelevät potilastietoja tai osallistuvat potilaiden tutkimiseen ja hoitoon. (Kuisma 2008, 28.)

Kansanterveislain (66/1972) 2 §:n (71/1991) 1 momentin mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle ja 2 momentin mukaan kansanterveystyötä alueella ohjaa ja valvoo lääninhallitus. Läänien lakkauduttua 31.12.2009 Pohjois-Karjalan alueella työtä ohjaa ja valvoo Itä-Suomen aluehallintovirasto.

Kansanterveislain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 3 kohdan mukaan kunnan tulee huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa.

Sairaankuljetuksesta säädetään siitä annetussa asetuksessa (565/1994), jossa on muun muassa määritelty ensihoito, sairaankuljetus sekä perustason ja hoitotason sairaankuljetus.

Asetuksen 3 §:n mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on:

- 1) suorittaa sairaankuljetusajoneuvon ja sen varusteiden käyttöönottotarkastus toimialueellaan; sekä
- 2) ohjata ja valvoa perustason ja osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n (1309/2003) 1 momentin mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät:

- hoitamalla toiminnan itse;
- sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa;
- olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä;
- hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta;
- antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Sairaankuljetuksesta annetun asetuksen (565/1994) 4 §:n mukaan sairaanhoitopiiriin tehtävänä on ohjata ja valvoa osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 1 §:n 2 momentin (1049/1993) mukaan erikoissairanhoidolla tarkoitetaan tässä laissa muun muassa lääkinnälliseen pelastustoimintaan kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lain 10 §:n (856/2004) mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan muun muassa huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

Meripelastuslain (1660/2009) 1 §:n mukaan lain soveltamisala on merellä vaarassa olevien ihmisten etsiminen ja pelastaminen, heille annettava ensihoito sekä vaaratilanteeseen liittyvän radioviestinnän hoitaminen.

Hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä annetun valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) 7 §:n 2 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee erityisesti arvioida muun muassa alueen päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus.

Hallitus esitti, että sairaankuljetuspalvelut siirrettään liikennelain piiristä samanlaisten lupamenettelyn ja lupaedellytysten piiriin kuin muutkin yksityisen terveydenhuollon palvelut. Luvan myöntämisen edellytykset painottuvat lääketieteelliseen asianmukaisuuteen ja potilasturvallisuuteen ja lupa olisi myönnettävä, jos laissa säädetyt edellytykset täyttyvät. Sairaankuljetuspalvelujen tarjoaminen ja laadun edistäminen kuuluvat kunnan ja sairaanhoitopiirien tehtäviin. Sairaankuljetus edellyttää lupaa, ellei kyseessä ole valtion, kunnan, kuntayhtymän tai sairaalan hallinnassa olevalla sairausautolla tehty sairaankuljetus. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote, 327/2009.)

Luvan myöntäminen ei jatkossa perustu tarveharkintaan, vaan lupaviranomaisen on myönnettävä lupa, jos laissa säädetyt lupaedellytykset täyttyvät. Luvan myöntämisen edellytyksinä on asianmukainen sairaankuljetusajoneuvo ja sen varustus sekä asianmukainen koulutus toimintaan osallistuvilta henkilöiltä. Toiminnassa pitää ottaa huomioon potilasturvallisuus ja lääketieteellinen asiantuntemus. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote, 327/2009.)

Luvan myöntää sen alueen lääninhallitus (aluehallintovirasto), jossa liikenteen asemapaikka sijaitsee. Sairaankuljetuslupa oikeuttaa harjoittamaan sairaankuljetusta koko maassa Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Sairaankuljetusajoneuvojen korvaustaksat vahvistetaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella, jota tarkistetaan tarpeen mukaan yleistä kustannuskehitystä vastaavaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote, 327/2009.) Tasavallan Presidentti Tarja Halonen ja Peruspalveluministeri Paula Risikko allekirjoittivat lain 20.11.2009. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta, 2009.)

Suomen perustuslain (731/1999) 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Lainkohta ilmaisee yleisen yhdenvertaisuusperiaatteen. Lain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveys palvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Ensihoitotoiminnassa tulee huomioida myös mielenterveyslaki sekä potilasvahinkolain, lääkelain ja rikoslain määräykset. (Kuisma 2008, 29.)

3. TUTKIMUSAIHEEN VALINTA

Työskentelen Nurmeksessä ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän palveluksessa, josta olen tällä hetkellä työvapaalla vuoden 2010 loppuun asti. Työvapaan aikana toimin sairaanhoitajan tehtävissä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa teho-osastolla. Toimipaikkani on Nurmeksessä terveyskeskus jossa toimin sairaanhoitajana ja sairaankuljetuksen vastaavana. Työympäristö on mielenkiintoinen ja usein myös palkitseva. Kuitenkin ensihoitojärjestelmä kaipaa mielestäni uudelleen järjestelyä, jotta toiminta saataisiin vielä toimivammaksi ja tehokkaammaksi. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti osaltaan dosentti Markku Kuisman jättämä raportti sosiaali- ja terveysministeriölle. (LIITE 1) Tässä raportissa Kuisma tuo esiin asioita, joita ensihoitojärjestelmässä tulisi muuttaa. Merkittävin muutos Kuisman raportissa koskee kiireellisten tehtävien sairaankuljetuksen siirtymistä välittömään lähtövalmiuteen kaikkina vuorokaudenaikoina ja että sairaankuljetus kiireellisten tehtävien osalta tuotettaisiin pelastuslaitoksen voimin. Lisäksi sairaankuljetuksen valvonta- ja koulutusvastuu siirtyisi kunnilta sairaanhoitopiireille. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämistä on selvitetty useissa työryhmissä 1990-luvun alusta lähtien. Sosiaali- ja terveysministeriön Sairaankuljetuksen luvan myöntämistä ja taksan vahvistamista koskevien käytäntöjen kehittämistä selvittänyt työryhmä (SAKU-työryhmä) jätti muistionsa vuonna 2000. SAKU-työryhmä esitti muun muassa sairaankuljetuksen alueellista järjestämistä kokeiluna yhden tai useamman sairaanhoitopiirin tai sen osan alueella. Alueellisessa mallissa ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen järjestämisvastuu olisi sairaanhoitopiirillä. Työryhmä katsoi, että toiminnan taloudellista vaikuttavuutta, laatua ja palvelujen saatavuutta voidaan edistää alueellisella yhteistyöllä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:13)

Tällä hetkellä sairaankuljetuksen palveluntuottajana Nurmeksessä toimii terveyskeskus (N191) ja sairaankuljetus on välittömässä lähtövalmiudessa vain virka-aikana. Muita alueen yksiköitä ovat yksityisen sairaankuljetusyrityksen tuottama yksikkö, jonka päivystyspiste on pääsääntöisesti Valtimon kunnassa, sekä pelastuslaitoksella oleva yksikkö, joka tarjoaa palveluja, jos Nurmeksessä tai Valtimon yksiköt ovat varattuina. Kolmen eri tuottajan toiminta alueella on herättänyt ajatuksia muutostarpeesta ja siitä, onko kolmen eri tuottajan toiminta taloudellisesti ja ennen kaikkea toiminnallisesti järkevää.

Työyhteisön voi olla vaikea purkaa vanhoja organisaatiomalleja, joita Nurmeksessä terveyskes-

kuksessa on käytetty usean vuosikymmenen ajan. Asioiden ja työtapojen uudelleen järjestäminen ja jo niiden suunnittelu synnyttää varmasti osassa työyhteisöä vastarintaa. Muutosvastarinta on kuitenkin hedelmä, joka antaa hankkeelle kriittisen tarkastelun näkökulman. Näin ollen muutosehdotukset tulevat menemään usean seulan läpi. Kehittämisen ideana tulisi olla toimintatapojen järkipäristämien ja tehostaminen. Tämä voi aiheuttaa aluksi henkilökunnalle työpanoksen kasvua ja sitä kautta muutosvastarintaa. Kehittämisen tarkoituksena on kuitenkin palvella työyhteisöä siten, että työt voidaan tehdä paremmin ja tehokkaammin, jolloin niin potilaat, työntekijät kuin kuntayhtymäkin hyötyisivät.

Sairaankuljetuksen lähtövalmius ja kolmen tuottajan malli on herättänyt keskustelua myös kaupungin päättävissä elimissä. 28.5.2009 kaupunginvaltuutettu jätti kaupunginvaltuustolle valtuustoaloitteen. Aloitteessa kaupunginvaltuutettu vaati Nurmeksen kaupunkia valmistelemaan ja tekemään pikaisia päätöksiä sairaankuljetuksen ja muun palo- ja pelastustoimen lähtövalmiuden muuttamiseksi välittömään lähtövalmiuteen. Kaupungin hallitus totesi 19.10.2009 saatuaan lausunnot Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta sekä Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymältä, että pelastuslaitoksen palvelutaso on ministeriön vaatiman palvelutason mukainen. Lisäksi kaupunginhallitus totesi, että valmisteilla olevan uuden terveydenhuoltolain todennäköisesti tuomien muutosten vuoksi ei tässä vaiheessa ole mielekästä muuttaa nykyistä käytäntöä. Näin ollen kaupunginhallitus totesi, ettei valtuutetun jättämä aloite anna aihetta enempään toimenpiteisiin. (Nurmeksen kaupunginhallitus 2009, 243§.)

Koska työskentelen sairaankuljetustehtävissä ja toimin sairaankuljetuksen vastaavana, halusin tehdä opinnäytetyön juuri tältä alalta. Koska valmistun johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmasta oli luontevaa tuoda opinnäytetyöhön molemmat kannat esille. Pääpaino opinnäytetyössä on kehittämisellä, mutta johtaminen tulee esille mielestäni siinä, kun haastateltavat toimivat esimiestehtävissä. Olen rajannut opinnäytetyöni koskemaan esimiesten näkemyksiä sairaankuljetuksen kehittämisestä. Esimiehet, joilta pyritään saamaan mielipiteitä asiasta, ovat Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän ylilääkäri, Valtimon sairaankuljetuksen omistaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen sairaankuljetuksen vastaava sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri.

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millä keinoilla voidaan kehittää Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen toimintaa. Tavoitteena on löytää ratkaisuja, kuinka saataisiin aikaan toimiva kokonaisuus, jossa potilaat saisivat laadukasta hoitoa ilman pitkiä odotusaikoja. Opinnäytetyön tavoitteena on tarjota välineitä Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymälle siihen, miten sairaankuljetuksen voimavarat voitaisiin käyttää järkevästi ja tehokkaasti. Tutkimusongelmat esitettiin alueen sairaankuljetusalan esimiehille, joilta pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin (ks. Tutkimusongelmat).

Tutkimusongelmat

1. Millainen on sairaankuljetuksen tilanne tällä hetkellä Ylä-Karjalassa?
2. Miten sairaankuljetusta tulisi kehittää Ylä-Karjalassa?

5. METODOLOGIA

5.1 Metodologian taustaa

Tutkimusotteena on kehittävä työntutkimus. Siinä ajatuksena on tämänhetkisen ymmärtäminen ja tulevan ennustaminen menneisyyden tuntemisen avulla. Kehittävä työntutkimus on syntynyt toimintatutkimuksen pohjalta, jonka tavoitteena on toimintaa palvelevan tiedon tuottaminen. Kehittävä työntutkimus on tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen yhdistävä muutosstrategia. Työntekijät prosessoivat työtään ja muuttavat sitä tarpeen mukaan. Kehittävä työntutkimus kohdistuu sekä yksilöön että organisaatioon ja näiden kahden väliseen vuorovaikutukseen. (Engeström 1998, 12.)

Kehittävä työntutkimus perustuu venäläisten psykologien Vysotskin, Leontjevin ja Lurijan 1920-luvulla kehittämään toiminnan teoriaan. Sen avulla hahmotetaan ihmisen yhteisöllistä toimintaa sekä yksilöiden roolia yhteisöllisessä toiminnassa. (Engeström 1998, 11, 41.)

Vygotskyn mukaan ihminen ei reagoi vaistonvaraisesti ulkoisiin ärsykkeisiin, vaan ihmisten tietoisuus ja oppiminen rakentuvat kulttuurin välineiden ja työkalujen sekä merkki- ja symbolijärjestelmien käytössä, kehittäessä ja sisäistämässä ajattelun ja toiminnan välineiksi. Vygotsky painotti inhimillisen kielen merkitystä työvälineenä. Hän kehitti mallin missä tekijä, väline ja kohde ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Hänen mukaansa kaikki toiminta, jonka ihminen (tekijä) saa aikaan kohdistuu johonkin (kohde) ja tavoitteena on jokin päämäärä (motiivi). (Vygotsky 1978, 40.)

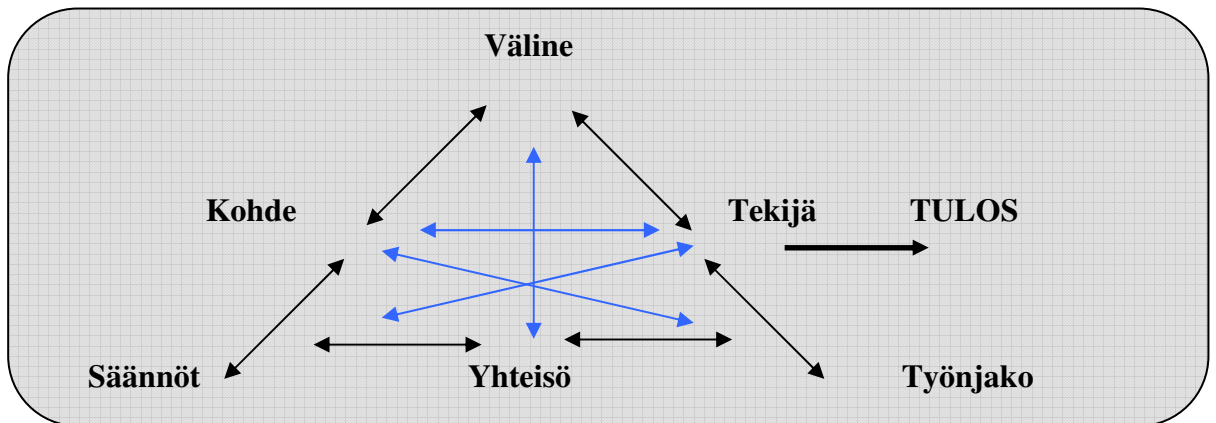
Leontjev tarkastelee toimintajärjestelmää eri siirtymien kautta. Tämän toimintajärjestelmän kolme tasoa ovat toiminta, teko ja operaatio. Toimintajärjestelmässä työnjako johtaa toiminnan eriytymiseen teoksi ja rutinoitumisen myötä teot operaatioksi. Tekojen irtaantuminen toiminnasta mahdollistaa toiminnan tavoitteellisuuden ja suunnitelmallisuuden. Toimintaa ohjaa motiivi ja teon kulkua ohjaa tavoite. Mieli on teon tavoitteen ja toiminnan motiivin välinen tekijä. Motiivin avulla löydetään mielekäs ja vastuullinen toimintatapa. (Leontjev 1977, 11; Leontjev 1981, 213.)

Vygotskin ja Leontjevin mallilla oli vaikea saada näkyviin yksilön tekojen ja yhteisön toiminn-

nan välistä suhdetta. Suomalainen professori Yrjö Engeström kehitti 1980-luvulla toiminnan teoriaan pohjautuvan lähestymistavan työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen. Lähestymistapaa kutsutaan kehittäväksi työntutkimukseksi. Engeström täydensi toiminnan yksinkertaista mallia yhteisön ulottuvuudella: yhteisö, työnjako ja säännöt. Täydennetty malli mahdollistaa yksilöiden ja yhteisön välisen työtoiminnan suhteen tarkastelun. (Engeström 1998, 45-46.)

Kehittävä työntutkimus kuvaa yksilön tekojen ja kollektiivisen toiminnan välistä suhdetta ja sitä sovelletaan työtoimintojen tutkimukseen, mihin kuuluvat työyhteisöt, organisaatiot ja teknologiat. Kehittävä työntutkimus on osallistava lähestymistapa, jossa työntekijät itse analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Tavoitteena on työssä tapahtuvien muutosten hallitseminen. Toiminnan kohteellisuudella tarkoitetaan yhteisöllisesti merkitykselliseen tarkoitukseen suuntautuvaa pitkäjänteistä toimintaa. (Engeström 1998, 11-12; Engeström 2004, 9.)

Kehittävä työntutkimus voidaan kuvata toimintajärjestelmän avulla. (KUVIO 1.) Toimintajärjestelmällä tarkoitetaan vakiintunutta, paikallisesti organisoitunutta toimintakäytäntöä. Vakiintuneisuus näkyy yhteisönä, joka harjoittaa toimintaa ja jota varten on käytössä erityiset välineet. (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 1999, 17; Engeström 2004, 10.)



KUVIO 1. Toimintajärjestelmän rakenne (Mukailtu lähteistä Engeström 1987, 78; Engeström 2004, 10.)

Tekijällä tarkoitetaan yksilöä tai ryhmää, jonka näkökulmasta toimintaa tarkastellaan. Tekijöiden käytössä olevilla käsitteellisillä malleilla, toimintatavoilla ja työkaluilla tarkoitetaan vä-

lineitä, joilla kohteeseen vaikutetaan. Toiminnan kohteella tarkoitetaan kokonaisuutta, johon tekijät haluavat aikaan saada muutoksia. Muutokset kuvataan toiminnan tuloksena. Toimintajärjestelmän säännöt ovat ohjeita, määräyksiä ja normeja, joita toiminta tuottaa tai ulkopuolelta tulevia toiminnan sääntöjä. Yhteisöllä tarkoitetaan saman kohteen kanssa työskenteleviä jäseniä ja työnjaolla yhteisön kesken tehtyä työnjakoa. (Launis, Kantola, Niemelä & Engeström 1998, 22.)

Toimintajärjestelmän tärkein elementti on toiminnan kohde. Toiminnan kohde on asia, johon tekijät pyrkivät vaikuttamaan. (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 1999, 17.) Tässä tutkimuksessa sairaankuljetus tai tarkemmin ensihoito ajatellaan juuri toiminnan kohteena, johon pyritään vaikuttamaan ja jota pyritään kehittämään asiakkaan parhaaksi. Asiakas on palvelujen tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla yksittäinen henkilö, ryhmäasiakas tai organisaatio. Tässä tutkimuksessa asiakkaana on potilas, terveydenhuollon käsittein asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala. 2000, 15; Stakes 2006.)

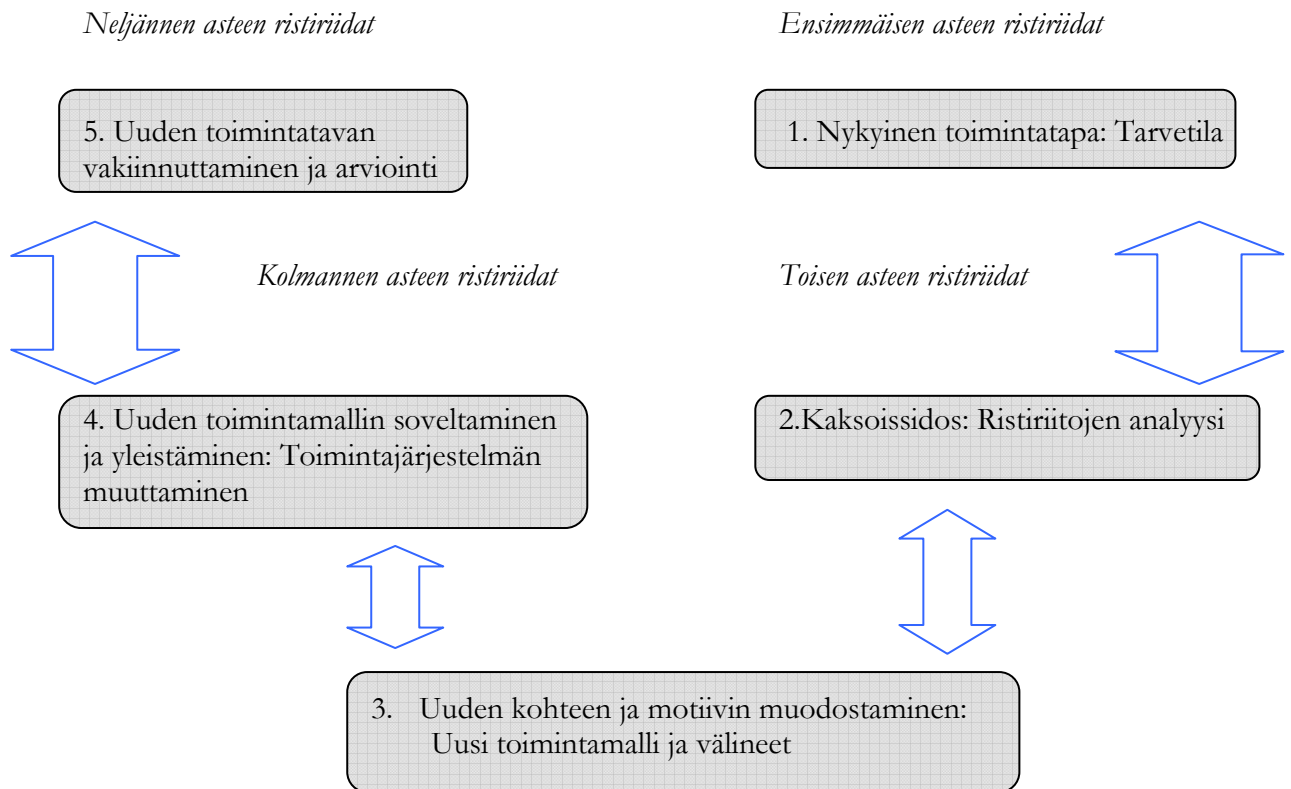
Tekijänä toimivat sairaankuljetuksessa työskentelevät terveydenhuollon ammattihenkilöt (Kts. Engeström 1998, 41-48). Tekijöiden pohjakoulutus, tämänhetkinen ammattitaito, täydennyskoulutus ja henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat osaltaan toiminnan kohteen kehittämiseen.

Kehittävän työntutkimuksen avulla pyritään vaikuttamaan toimintajärjestelmän välisten osatekijöiden ristiriitoihin. Ristiriidat voidaan tehdä näkyväksi analysoimalla poikkeamia työn normaalista kulusta, eli häiriöitä ja katkoksia tai työn tekoon liittyviä uusia ideoita. Kehittävässä työntutkimuksessa muutoksia ja kehitystä tarkastellaan ja tutkitaan pitkäkestoisina kollektiivisina oppimisprosesseina, jotka johtavat usein kokonaan uusien yhteisten työvälineiden ja toimintamallien rakentamiseen. Tällaista oppimista kutsutaan ekspansiiviseksi. (Muutoslaboratorio 2006.)

Työpaikan toimintajärjestelmän osanottajilla on monia erilaisia taustoja, intressejä sekä erilaisia näkökulmia asioihin. Moniäänisyyden käsite viittaa kehittävässä työntutkimuksessa siihen, että kyse ei ole ainoastaan erilaisuudesta ja erillisyydestä, vaan myös työtavoista, joissa esiintyy laadullisia eroja. Eroja saattaa esiintyä samalla työpaikalla. Erilaiset työskentelytavat saat-

tavat juontaa juurensa erilaisista historiallisista olosuhteista ja työvälineistä. (Engeström 1998, 48-49.)

Ekspansiivinen kehityssykli ei ole ennalta määrättyyn kehitystavoitteeseen johtava prosessi, vaan avoin sykli, jolla pyritään koko toimintamallin uudelleen järjestämiseen. Uusi toimintamalli ei ole valmiina kenellekään ennen kehitysprosessia, vaan se neuvotellaan ja muotoillaan kehittämissprosessin aikana. Kehittävässä työntutkimuksessa ekspansiivisen oppimisen sykliä käytetään tutkimus- ja kehittämishankkeen vaiheistuksen pohjana. (KUVIO 2.) (Muutoslaboratorio 2006.)



KUVIO 2. Ekspansiivisen oppimissyklin vaiheet. Mukailtu Engeström 1987, 189; Engeström 1998, 89-92.

5.2 Ylä-Karjalan sairaankuljetus

Vuodesta 1972 Kansanterveyslaki velvoitti kunnat järjestämään sairaankuljetuksen. Nurmeksen ja Valtimon alueella toimi yksityisiä ambulanssiyrityksiä ja SPR:n ylläpitämä ambulanssi jo 1960-luvulla. Nurmeksen seudun kansanterveystyön kuntainliitto vuokrasi SPR:ltä ambulanssin terveyskeskuksen käyttöön vuonna 1973. (Nurmeksen seudun ktt:n kl/liittohallitus 13.3.1973.37§.)

Nurmeksen terveyskeskus hankki oman ambulanssin käyttöönsä vuonna 1975 (Nurmeksen seudun ktt:n kl/liittohallitus 25.11.1975. 520§). Samalla sopimus SPR:n kanssa purettiin (Nurmeksen seudun ktt:n kl/liittohallitus 21.11.1975 513§). Yksityisten ambulanssiyritysten kanssa tehtiin sopimus sairaankuljetuksista Nurmeksen ja Valtimon alueella. Yksityisiä yrityksiä oli alueella yhteensä kaksi, joista toisen asemapaikka oli Nurmeksessa ja toisen Valtimolla. (Nurmeksen seudun ktt:n kl/liittohallitus 31.1.1976. 2a §.)

Yksityisten liikkeenharjoittajien ja kuntainliiton välinen sopimus purettiin joulukuussa 1983 sopimusrikkomuksen takia. Vuoden 1984 alussa alueella toimi terveyskeskuksen oma sairaankuljetusyksikkö ja terveyskeskuksen vara-auto. Lisäksi sairaankuljetussopimus tehtiin yksityisen sairaankuljetusyrityksen kanssa, jonka asemapaikka oli Valtimo. (Nurmeksen seudun ktt:n kl/liittovaltuusto 30.1.1984. 4§.)

Nykyään ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestäminen Ylä-Karjalassa kuuluu Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymälle. Alueella toimii kolme sairaankuljetuspalvelun tuottajaa ja samalla kolme sairaankuljetusyksikköä. Nurmeksen ykköslähdön auton (N191) asemapaikka on Nurmeksen terveyskeskus ja se hoitaa n. 53 % (v. 2008) Ylä-Karjalan sairaankuljetustehtävistä. Ambulanssi on terveydenhuollon kuntayhtymän oma yksikkö. Valtimon alueen ykköslähdön auto (V191) hoitaa n. 35% (v. 2008) Ylä-Karjalan sairaankuljetustehtävistä. Sopimuksen mukaan yksikkö hoitaa myös pääsääntöisesti alueen siirtokuljetukset keskus- ja yliopistolliseen sairaalaan. Ambulanssin omistaa yksityinen sairaankuljetusyritys, joka on tehnyt sopimuksen Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän kanssa sairaankuljetuksen hoitamisesta. Alueen kolmannen yksikön (N192) sijoituspaikka on Nurmeksen pelastuslaitos. Ambulanssin omistaa terveydenhuollon kuntayhtymä, mutta palvelun tuottaa pelastuslaitos, jonka henkilökunnasta myös ambulanssin miehistö pääsääntöisesti koostuu. Yksikkö paikkaa tarvittaessa alueen ambulanssityhjiötä. Pelastuslaitoksen yksikkö

hoitaa n. 12% (v. 2008) alueen sairaankuljetustehtävistä.

Sairaan kuljetustehtävien määrä on jatkanut nousuaan 2000 -luvulla, vaikka asukkaiden määrä Ylä-Karjalassa on laskenut (11050 asukasta). Vuonna 2008 sairaankuljetustehtäviä oli Ylä-Karjalassa lähes 2400. (Sairaan kuljetuksen toimintakertomus 2008.)

Alueen sairaankuljetusyksiköiden henkilökunnalla on melko kirjava koulutustausta. N191:stä hoitaa kuusi toimessa olevaa ensihoitajaa, jotka ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia tai lääkintävahtimestari-sairaan kuljettajia. Kaksi hoitajista on suorittanut sairaankuljetuksen hoitotason testin, yksi hoitaja on päivittänyt perustason testin ja kolmella ei ole päivitettyä sairaanhoitopiiriin testiä voimassa. V191:n henkilökunnan vahvuus on neljä henkilöä. Kolme heistä on koulutukseltaan lähihoitajia ja yksi lääkintävahtimestari-sairaan kuljettaja. Lisäksi kaikilla on voimassa sairaanhoitopiiriin perustasotesti. N192:n henkilökunta on pelastuslaitokselta ja he ovat saaneet joko pelastajan, palomestarin, palomies-sairaan kuljettajan tai palomiehen koulutuksen. Osa toimii ilman alan peruskoulutusta ja heillä on vain työpaikkakoulutus. Pelastuslaitos on antanut henkilökunnalleen ensihoidon lisäkoulutusta ja henkilökunnan tulee suorittaa sairaanhoitopiiriin perustason testit toimiessaan sairaankuljetuksessa. Alueen yhtenäinen täydennyskoulutus on melko vähäistä. Terveyskeskus tarjoaa luentotyypistä kertauskoulutusta lähinnä N191:n ja V191:n henkilökunnalle, mutta resurssien puutteessa koulutus on melko vähäistä, eikä näin ollen vastaa tämän päivän ensihoidon koulutustarvetta. Etenkin N191:n henkilökunnalla on mahdollisuus hakeutua valtakunnallisille ensihoidon kertaus- ja koulutuspäiville, mutta aktiivisuus tähän on ollut melko heikkoa.

Voidaan todeta, että Ylä-Karjalan sairaankuljetus toimii tällä hetkellä perustasolla, vaikka N191:n henkilökunnalla on terveyskeskuksen myöntämät lääkeluvat toimia samoin periaattein kuin hoitotason yksiköllä. N191:ssä potilasta voidaan lääkittää suonensisäisesti mm. opiaateilla, rytmihäiriölääkkeillä sekä rauhoittavilla lääkkeillä. Lisäksi yksikön valmiuteen kuuluu akuutin sydäninfarktin liuotushoito lääkärin konsultaation perusteella. Koska yksikön henkilökunta työskentelee terveyskeskuksen ensiapupoliklinikalla silloin, kun se ei ole sairaankuljetustehtävällä, yksikön työntekijät ovat saaneet kokemusta akuuttipotilaan hoidosta polikliinissä työssä. Tämä on antanut pohjan myös sairaankuljetuksessa työskentelyyn.

Koska N191 toimii välittömässä lähtövalmiudessa virka-aikana ja 15 minuutin lähtövalmiudessa muuna aikana, kuuluu henkilökunnalle myös varallaoloa. Työvuorot on järjestetty pää-

sääntöisesti siten, että työntekijä tekee kaksi vuorokautta työtä yhteen menoon, mihin sisältyy 17-24 tuntia varallaoloa ja sen jälkeen on neljä vuorokautta vapaata. Tämä työaikajärjestely on edellyttänyt paikallisen sopimuksen laatimista ja allekirjoittamista ylipitkistä työvuoroista. Toisaalta tämä järjestely mahdollistaa sijaisten paremman saannin intensiivisille työpätkille.

Valtimon yksityinen sairaankuljetusyritys työllistää yrittäjän lisäksi kolme lähihoitajaa V191:ssä. Perustason yksikössä on sama lääkekapasiteetti kuin N191:ssä. Yksikkö lääkitsee potilaita lähinnä pitkien siirtokuljetusten aikana keskussairaalaan sekä elvytystilanteissa. Muut lääkitsemiset ovat melko harvinaisia ja tapahtuvat lääkärin konsultaation perusteella. Yksikkö toimii 15 minuutin lähtövalmiudessa ympäri vuorokauden. Näin ollen suurin osa työajasta on varallaoloa. Työsopimuksen mukaan työntekijä työskentelee 15 päivää kuukaudessa ja on vapaalla 15 päivää. Rytmitys työpäivien ja vapaiden suhteen vaihtelee kuukausittain. Valtimolla toimii myös ensivasteyksikkö, jonka henkilökuntana toimivat pelastuslaitoksen kanssa sopimuksen tehneet maallikot. Koulutukseltaan osa heistä on hoitoalan työntekijöitä ja osa pelastusalan työpaikkakoulutettuja. Ensivasteyksikkö pystyy tarjoamaan hätäensiapua Valtimon alueella silloin kun Valtimon sairaankuljetusyksikkö on poissa alueelta ja kohteeseen hälytetty sairaankuljetusyksikkö tulee 25 kilometrin päästä Nurmekselta.

Pelastuslaitoksen yksikkö toimii välittömässä lähtövalmiudessa arkisin klo 7-21(22). Yöt ja viikonloput työntekijät toimivat päivystäen ja lähtövalmius on käytännössä 10-15 minuuttia. Yksikössä ei voida tarjota potilaalle lääkinnällistä hoitoa muussa kuin elvytystilanteessa. Toiminnan tavoitteena on aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet hätätilapotilaalle. Lisäksi yksikön tulisi kyetä turvaamaan potilaan peruselintoiminnot ja kuljettaa potilas jatkohoitopaikkaan. Pelastuslaitos huolehtii myös Nurmeksien alueen ensivastetoiminnasta.

5.3 Opinnäytetyön ekspansiviset oppimissyklin vaiheet

Edellä esitelty sairaankuljetuksen kehittyminen nykyiseen malliinsa ja tämän hetkinen toiminta kuvaavat ekspansivisen oppimissyklin **ensimmäistä vaihetta** eli tarvetilaa. Alkuvaihe kuvaa toimintajärjestelmän nykyistä toimintatapaa ja tässä vaiheessa kysymys on suhteellisen

vakiintuneesta toiminnasta. Toiminta on selvästi keskitetty kolmelle toimijalle ja jokaisella niistä on selvät ohjeet ja toimintatavat sairaankuljetuksen järjestämisestä. Esimiehet ovat tietoisia toimintatavoista ja heidän mielestään muutosta tarvitaan, mutta tarkempi muutoksen lopputulos on vielä epäselvää. Tässä kyseenalaistamisaiheessa ristiriidat ilmenevät esimiehille toiminnan häiriöinä, epäonnistumisina, taloudellisina ristiriitoina ja tyytymättömyyden tunteena. Taustalla on koko toimintajärjestelmää koskeva jännite eli ns. ensimmäisen asteen ristiriita. (Engeström 1998, 88-90; Engeström 2004, 62.)

Syklin **toisessa vaiheessa** eli analyysivaiheessa ristiriidat kärjistyvät. Tätä vaihetta nimitetään kaksoissidokseksi. Syntyneet ristiriidat muotoillaan ja paikannetaan toimintajärjestelmän tiettyjen osatekijöiden välisiksi jännitteiksi eli ns. toisen asteen ristiriidoiksi. Sairaankuljetuksen kehittymisen myötä toiminnan painopiste on muuttunut potilaan terveyskeskukseen kuljettamisen sijasta potilaan hoitamiseen ja kuljettamiseen lopulliseen hoitopaikkaan. Tässä vallitsevassa ongelmassa vaiheen ekspansiivinen ratkaiseminen edellyttää analyysia eli ristiriitojen käsitteellistämistä. Esimiesten haastattelun avulla saadaan aikaan analyysi vallitsevasta ongelmasta. (Engeström 1998, 90; Engeström 2004, 62.)

Opinnäytetyö jätetään syklin toiseen vaiheeseen. Jos analyysi tuo esille selviä kehittämismahdollisuuksia ja uusien toimintamallien muotoja, voidaan jatkossa prosessia viedä eteenpäin syklin kolmanteen vaiheeseen. Siinä hahmotellaan ja suunnitellaan uudet toimintamallit vallitseviin ristiriitoihin.

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Kehittämishankkeen tiedonkeruuvaiheen tutkimusote on kvalitatiivinen. Kvalitatiivinen tutkimusote perustuu empiirisiin havaintoihin ja soveltuu näin kehittämistehtävään. Laadullinen tutkimusote sopii tähän tutkimukseen, koska sitä käytetään yleensä silloin, kun tutkimuksen kohteena olevasta asiasta on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa (katso Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003). Laadullisen tutkimuksen kohteena on yleensä ihminen ja hänen elämismaailmansa. Laadullisessa tutkimuksessa tätä elämismaailmaa tarkastellaan merkitysten maailmana, jossa merkitykset ilmenevät ihmisten toimintana, päämäärien asettamisina, suunnitelmina, hallinnollisina rakenteina, yhteisöjen toimina ja päämäärinä sekä muina ihmisestä lähtöisin olevina ja ihmiseen päättyvinä toimintoina. (Varto 1996, 23–24; Åstedt-Kurki 1994, 2-6.)

6.2. Tutkimusympäristön kuvaus

Ylä-Karjala on alue, joka sijaitsee Pohjois-Karjalan pohjoisosassa. Ylä-Karjalaan kuuluu Valtimon kunta ja Nurmeksen kaupunki. Alueen väkiluku on 11 050 (31.12.2009) ja sen pinta-ala on 2693 km², josta 291 km² on vesistöä. Alueen väestötiheys on 4,225 asukasta/km². Alueen naapurikunnat ovat Rautavaara, Sotkamo, Kuhmo, Lieksa ja Juuka. (Nurmes 2010, Valtimo 2010.)

Ylä-Karjalaan on muodostettu Nurmeksen kaupungin ja Valtimon kunnan terveydenhuollon kuntayhtymä, joka on perustettu 1.1.1993. Terveydenhuollon kuntayhtymän tavoitteena on alueen väestön terveydentilan edistäminen. Tavoitteena on ihmisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttäminen ihmisläheisen, korkeatasoisen ja joustavasti saatavien terveydenhuoltopalvelujen avulla. Yhtenä alueen palveluna toimii sairaankuljetus, jonka terveydenhuollon kuntayhtymä hoitaa osaltaan omana toimintanaan ja toisaalta ostaa palveluja yksityiseltä sairaankuljetusyritykseltä sekä Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta. (Nurmes 2010.)

6.3. Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimusaineiston tiedonhankintamenetelmäksi valitsin teemahaastattelun. Haastattelun avulla tapahtuva aineistonkeruu on joustavaa ja kysymyksiä voidaan toistaa, tarkentaa tai muotoilla tarvittaessa uudelleen. Lisäksi haastattelun aikana voidaan tehdä omia havaintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75-76.) Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007,195) mukaan teemahaastattelulle on ominaista, että haastattelun aihepiirit on etukäteen suunniteltu, mutta niiden tarkka muoto ja järjestys vaihtelevat. Teemojen avulla kaikkien haastateltavien kanssa puhutaan ainakin suunnilleen samoista asioista. Teemahaastattelu on luonteeltaan avoin ja siinä haastateltava pääsee halutessaan puhumaan vapaamuotoisesti. (Eskola & Suoranta 1998, 88.) Hirsjärven & Hurmeen (2008, 48.) mukaan teemahaastattelun keskeisiä seikkoja ovat tiedonantajan tulkinnan merkityksen korostaminen ja haastattelun eteneminen tiettyjen teemojen mukaan. Molemmat osapuolet ovat teemahaastattelu tilanteessa aktiivisia toimijoita. Haastattelun etuna voidaan pitää sitä, että haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on tietoa aiheesta tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien valinta perustuu vapaaehtoisuuteen. (Alasuutari 1999, 148; Tuomi & Sarajärvi 2002, 74-76.)

Ennen aineiston hankintaa hankin tutkimusluvan Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän johtavalta hoitajalta. Opinnäytetyön haastateltavina olivat alueen ensihoidossa tai sen rajapinnassa työskentelevät esimiehet. Haastateltavina olivat Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän ylilääkäri, joka on toiminut alueella lääkärinä lähes kaksikymmentä vuotta ja viimeisimmät vuodet sairaankuljetuksen vastuulääkärinä ja ylilääkärinä. Toisena haastateltavana oli Valtimon yksityisen sairaankuljetuksen omistaja, joka on ollut yhtiön osakkaana yli kaksikymmentä vuotta. Kolmas haastateltava oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ensiavun ylilääkäri ja sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri, joka on toiminut nykyisessä tehtävässään 1.5.2008 lähtien. Neljäs haastateltava oli Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopäällikkö, joka on ollut virassa organisaation perustamisesta lähtien vuodesta 2004.

Teemahaastattelun aihepiirit eli teema-alueet on määritelty etukäteen. Teemahaastattelun käyttäminen edellyttää kohdealueen tuntemista, jotta teemat ja kysymykset voidaan suunnitella. Menetelmästä puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Haastattelun aikana haastattelijan tulee varmistaa, että kaikki etukäteen valitut teema-alueet käydään haastateltavien kanssa läpi. Järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastat-

telusta toiseen. Teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. Vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat voivat vastata omin sanoin. (Eskola & Suoranta 1998, 79,87.) Teemahaastattelusta voidaan käyttää myös nimeä puolistrukturoitu haastattelu (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77).

Teemahaastattelussa oli kaksi teemaa, jotka muodostuivat ekspansiivisen oppimissyklin vaiheiden mukaan. Teemat olivat sairaankuljetuksen nykytilanne sekä kehittäminen Ylä-Karjalassa. Teemahaastattelurunko esitettiin Nurmeksen terveystieteiden keskuksen ensiavun ja sairaankuljetuksen osastonhoitajalle, joka piti teemoja ja runkoa sopivana haastattelun toteuttamiselle. Teemahaastattelurunko testattiin haastattelemalla Nurmeksen ensiavun sairaanhoitajaa. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunko, aihepiirien järjestys ja kysymysten muotoilu (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72). Esihaastattelussa testattiin vielä nauhureiden käyttö. Esihaastattelun jälkeen teemahaastattelurunkoon tehtiin vielä muutamia tarkennuksia (LIITE 2).

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään usein analysoimaan pieniä määriä tapauksia mahdollisimman perusteellisesti. Tutkittavien joukko valitaan usein harkinnanvaraisella otannalla, josta käytetään myös nimitystä harkinnanvarainen näyte. (Eskola & Suoranta 1999, 18; Hirsjärvi & Hurme 2008, 58-59.) Tämän tutkimuksen haastateltavat valittiin alueen sairaankuljetuksessa tai sen rajapinnassa toimivista esimiehistä. Alkuvaiheessa kartoitettiin alueen esimiesten lukumääräksi kahdeksan henkilöä. Näistä kahdeksasta henkilöstä valittiin neljä haastateltavaa, jotka tuntevat alueen sairaankuljetuksen hyvin. Haastateltavilta pyydettiin tutkimuslupaa sähköpostitse. (LIITE 3.) Jokainen neljästä haastateltavasta antoi suostumuksensa haastatteluun, jonka jälkeen heihin otettiin vielä yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse ja sovittiin haastatteluaika. Haastateltavilta pyydettiin lupa haastattelujen nauhoittamiseen.

Haastattelut tehtiin joulukuussa 2009. Ne pidettiin yhtä haastattelua lukuun ottamatta haastateltavien omissa työyksiköissä. Yksi haastattelu tehtiin haastateltavan työyhteisön vapaassa kokoustilassa. Haastattelut kestivät 25-35 minuuttia.

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittely on sen puhtaaksi kirjoittamista analyysia varten (Kylmä, Vehviläinen-

Julkunen & Lähdevirta 2003). Puhtaaksikirjoittamisen eli litteroinnin suoritin itse joulukuussa 2009. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja taukoja ei kirjattu. Litteroitua materiaalia kertyi 16 A4 kokoista sivua fonttikoon ollessa 12 ja rivinvälin 1,5. Haastattelujen ja litteroidun tekstin yhdenmukaisuus tarkastettiin ennen aineiston analyysiä (katso Kylmä & Juvakka 2007, 65).

Seuraavassa vaiheessa litteroidut haastattelut luettiin useampaan kertaan läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi. Tutkijan on tärkeä tuntea aineistonsa perinpohjaisesti ja siksi se on syytä lukea aluksi useampaan kertaan. Lukemisen tarkoituksena on tutustua tekstiin. (Eskola & Suoranta 1998, 152-153.)

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä tiivistämällä aineisto ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 1998, 89). Laadullisen aineiston analyysi voidaan tehdä sisällön analyysin avulla. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista viestintää ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä kerättyä tietoaineistoa tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-23.)

Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 98, 110). Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä aineistoa lähdetään analysoimaan ilman teoreettisia etukäteisoletuksia (Eskola & Suoranta 1998, 153). Teoriaohjaavassa analyysissä aineiston analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei pohjaudu teoriaan (Eskola 2007, 162). Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehkeyseen tai käsitejärjestelmään. Deduktiivista sisällönanalyysiä ohjaa tällöin malli, teemat tai käsittekartta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-8.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin teoriaohjaava- eli abduktiivinen sisällönanalyysi, joka on kolmivaiheinen prosessi kuten induktiivinen analyysikin. Prosessiin kuuluvat vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja abstrahointi. Ero induktiiviseen analyysimenetelmään tulee siinä vaiheessa, kun abstrahoidessa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet ovat jo valmiina. Ai-

neistonkeruumenetelmänä käytetyt teemahaastattelun teemat toimivat analyysirunkona. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 9; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109, 117.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen. Pelkistämällä tarkoitetaan tutkimustehtävään liittyvien ilmaisujen koodaamista aineistosta. Pelkistämisvaiheessa aineistosta haettiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja pelkistetyt ilmaisut kirjattiin mahdollisimman samoilla termeillä kuin ne olivat esitetty aineistossa. Haastatteluteemoista haettiin haastateltavien ajatuksia, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset käyttämällä samoja termejä kuin aineistossa. Pelkistämisen jälkeen suoritettiin aineiston ryhmittely. Ryhmittelyssä etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samoihin kategorioihin eli luokkiin ja näille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Pelkistetyt ilmaisut siis listattiin tämän jälkeen samankaltaisuuksien mukaan. Sisällönanalyysin kolmas vaihe on abstrahointi. Tässä vaiheessa yhdistetään samaa sisältöä kuvaavat luokat toisiinsa ja liitetään ne muodostettuihin yläluokkiin. Abstrahoinnissa muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Yläluokat oli nimetty kuvaamaan sisältöä ja tässä tutkimuksessa yläluokat muodostuivat tutkimusongelmien ja teemojen mukaisesti. Esimerkki analyysistä on liitteessä. (LIITE 4.)

7. TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Sairaankuljetuksen tämänhetkinen tilanne Ylä-Karjalassa

Tulokset perustuvat haastateltavien kuvaukseen, millainen sairaankuljetuksen tilanne on tällä hetkellä Ylä-Karjalassa. Teemasta **Sairaankuljetuksen tämän hetkinen tilanne Ylä-Karjalassa** muodostui pääluokka, joka jakaantui neljään yläluokkaan. Yläluokat muodostuivat seuraavasti: **Hoidon taso Ylä-Karjalassa, Koulutus Ylä-Karjalassa, Taloudellinen/tehokas sairaankuljetustoiminta ja Kolmentoimijan malli.**

Hoidon taso Ylä-Karjalassa

Haastateltavat jakautuivat melko selkeästi kahteen luokkaan hoidontason arvioinnin suhteen. Toiset haastateltavista kokivat hoidontason jäävän valtakunnallisen keskitason alapuolelle. Yhtenä ongelmana oli näyttöön perustuvan tason mittaamisen puutteet.

”Se ei ole kovin korkea, koulutukset on tapahtuneet pitkänaikaa sitten ja jatkokoulutuksiin on taidettu osallistua aika harvakseltaan. Varsinkin tasotesteissä on käyty turhan laiskasti, joten näyttöön perustuvaa osaamista ei kaikilla ole.”

”Varmaan riippuu työvuoroista, kyllä siellä on niitä kiitettävän työntekijöitä, mutta paljon on niitä, jotka läpäisee vain sen tyydyttävän tason. Henkilökohtaisia ja vuorokaudenajan eroja tulee, kuka sitten sattuu olemaan töissä.”

Toisten haastateltavien mielestä hoidontaso on valtakunnallista keskitasoa. Positiivisena puolelta koettiin käytännön osaaminen, jota on monilla paljon.

”Käytännön osaamista on kaikilla paljon, se voi olla asia, joka on merkittävin etu.”

”Taso on kohtuullisen hyvä, kelpaisi vertailla muuhinkin alueisiin.”

Kaikilla haastateltavilla ei ollut käytännön kokemusta ja tuntumaa alueen hoidon tasosta vaan se perustui yleiseen olettamukseen ja palautteisiin.

Koulutus Ylä-Karjalassa

Tässä yläluokassa pyrittiin kartoittamaan, kuinka hyvin työntekijät ovat kouluttaneet itseään peruskoulutuksen jälkeen ja kuinka hyvin alue tukee jatkokoulutusta. Vastauksissa tuli selvästi esille se että koulutusta on paljon saatavilla varsinkin maakunnan tasolla, mutta ei niinkään paikallisesti. Koulutukseen hakeutumisen passiivisuus koettiin puutteelliseksi alueen sairaankuljetuksessa.

”Koulutusta on kyllä saatavilla, mutta se painottuu maakuntaan, ihmiset eivät vaan viitsi omalla vapaa-ajallaan, vaikka siitä saisi korvauksen, lähteä koulutuksiin.”

”Pohjois-Karjalan pelastuslaitos on organisoinut ja järjestänyt hyvin koulutuksia, pelastuslaitoksen porukka osallistuu sinne aktiivisesti, mutta muita on siellä melko vähän, vaikka sitä on tarjolla kaikille alueen sairaankuljettajille.”

”Paikallista koulutusta pitäisi olla enemmän. Esimerkiksi kerran kuukaudessa olevaa täsmäkoulutusta, missä käytäisiin läpi keikkoja ja joissa sairaankuljettajat itse valmistelisivat esitystä.”

Haastateltavat korostivat työpaikkakoulutuksen ja työparin välisen kouluttautumisen tärkeyttä.

Taloudellinen/ tehokas sairaankuljetustoiminta

Kyseisessä yläluokassa haastateltavien mielipiteet olivat selvästi jakautuneet kahtia. Toisten mielestä sairaankuljetuksen toiminta on taloudellisesti kannattavaa. Yhtenä etuna pidettiin sitä, että sairaankuljetuksen työpanosta voidaan hyvin hyödyntää polikliinisessä työssä. Toiset taas kokivat, ettei selviä laskelmia ole tehty siitä, miten joutokäynnillä sairaankuljetus alueella on.

”Uskoisin, että hyvinkin taloudellisesti järkevästi järjestetty.”

”Uskoisin, että hinta-laatusuhde on aika kohdallaan kokonaisuutta katsottuna. Oletan että jos se olisi hyvin kannattamatonta toimintaa, niin alue olisi varmaan harkinnut siirtymistä muihin palvelumalleihin.”

”Se ei voi hyvin kannattavaa olla. Jos ajatellaan tehtävä määriä ja versus mitä resursseja niihin käytetään, niin ei ne ihan kohtaa.”

Vaikka toimintaa toisaalta pidettiin taloudellisesti kannattavana, toiminnan tehokkuudessa koettiin puutteita.

Kolmentoimijan malli

Kolmentoimijan malli aiheutti paljon keskustelua ja mielipiteitä haastattelun yhteydessä. Toimintamalli koetaan sekavana. Mallin yhtenä ongelmana pidettiin hoitoketjun katkeamista; varsinkin kiireellisissä tapauksissa potilas saattaa kärsiä turhasta odottamisesta ja yksiköiden vaihdoista. Yksiköiden hälyttämiset tehtäville koettiin ongelmallisina, koska hälytysprotokolla on ajoittain melko epäselvä. Tämä voi aiheuttaa virhearvioita, joissa kärsijänä on aina palvelun maksaja eli potilas. Positiivisena puolena pidettiin sitä, että toimintamallin ansiosta Valtimolla pystytään pitämään omaa yksikköä. Osa haastateltavista koki ykköslähdön auton pysymistä alueella hyvänä asiana.

”Sekava ja vaatii sopimista eri toimijoiden välillä enemmän ja on siten virheeltis. Ei ole paras mahdollinen malli toiminnan kannalta.”

”Kannattaisin yhdentoimija mallia. Mitä useampi alatoimija on sitä hankalampi sitä on hallinnoida. Jokaisen kanssa pitäisi käydä neuvottelut ja sopia poikkeukset.”

”Joskus tuntuu tarpeettomalta, että joudutaan tilaamaan vielä siirtokuljetus erikseen. Siihen tulee väkisin tietty viive. Tuntuisi järkevämmältä, että se yksikkö vie joka aloittaa hoidon ja toiset yksiköt sitten paikkaa aluetta. Aika turbaa vatkaimista. Toisaalta tk:n yksikkö jää aika pienille tuotoille, kun sen hoitamat potilaat kuljettaa muut yksiköt, jotka korjaa kelakorvaukset.”

” Vaikka se on sekava, tänä päivänä toimii kohtuullisen hyvin. Tietysti yhden toimijan mallissa olisi etunsa. Mallin avulla ollaan saatu säilytettyä ambulanssi Valtimolla. Muussa mallissa tuskin ambulanssia olisi Valtimolla, vaan se tulisi Nurmeksesta.”

”Tässä mallissa ollaan pystytty hyvin hyödyntämään myös pelastuslaitoksen yksikköä, koska jatkuva kolmen auton miehitys ei oo kannattavaa.”

Kolmentoimijan malli on aiheuttanut kiivasta keskustelua useiden vuosien ajan Ylä-Karjalassa. Sen jatkamiselle on löytynyt aina hyvät perustelut. Vastaajat toivoivat selkeyttä kolmentoimijan mallin toimintaan tai muutosta muuhun toimintamalliin.

7.2 Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-Karjalassa

Tulokset perustuvat haastateltavien kuvauksiin siitä, miten he kokevat Ylä-Karjalan ja miten he kehittäisivät sitä. Teemasta **Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-Karjalassa** muodostui pääluokka, joka jakaantui yhdeksään yläluokkaan. Yläluokat nimettiin: **Hoidon tason kehittäminen, Lääkitseminen, L4 toiminta, Lähtövalmius, Koulutuksen kehittäminen, Toimijat alueella, Sairaanhoidopiirin rooli, Terveyskeskuksen rooli, Suuronnettomuusvalmius.**

Hoidon tason kehittäminen

Haastattelussa pyrittiin selvittämään miten hoidon tasoa pystyttäisiin kehittämään. Lisäksi kartoitettiin miten haastateltavat järjestäisivät alueen yksiköt, eli miten korkeatasoisiksi yksiköt tulisi järjestää. Sairaankuljettajien osaaminen tulisi olla näyttöön perustuvaa ja työntekijöiden tulisi suorittaa sairaankuljetuksessa vaadittavat testit määräajoin. Alueella tulisi olla vähintään yksi hoitotason yksikkö tai mieluummin kaksi niin sanottua H+P yksikköä, jossa toinen yksikön hoitajista olisi hoitotason sairaankuljettaja ja toinen perustason sairaankuljettaja. Näin ollen voimavarat voitaisiin kohdistaa järkevästi ja molemmat yksiköt olisivat korkeatasoisia, ja ne voisivat antaa potilaalle vaativaa osaamista edellyttävää ensihoitoa. Hoitotason yksikön ylläpitäminen alueella ei välttämättä ole mielekästä, koska hätätilapotilaiden määrä on sen verran pieni, ettei työtehtäviä ole riittävästi, jotta yksikön ammattitaito pysyisi korkeana.

”Hoito- ja perustason tenttien suorittamiseen tarkemmat pelisäännöt. Esimerkiksi millä tavalla varmistetaan yksiköiden taso jatkuvasti. Myös Valtimon yksikön pitäisi olla korkealla tasolla ja esimerkiksi pystyä luotushoitoihin.”

”Alueella pitäisi olla kaksi yksikköä niin, että ne on miehitetty ainakin yhdellä hoitotason kaverilla. Kolmas yksikkö voisi olla perustason yksikkö.”

”Mitä kauempana sijaitaan erikoissairaanhoidosta tai muusta päivystystä järjestävästä pisteestä, niin sen paremmalla tasolla ensihoidon valmiuksien tulisi olla.”

”Maakunnan autot tulisi olla H+P yksiköitä, pelkkä perustason yksikön ylläpitäminen ei ole tulevaisuudessa järkevää, koska ensihoidon käyttö tulee yleistymään, kun päivystys Suomessa keskittyy.”

Haastatteluissa kävi myös ilmi, ettei tulevaisuuden visiossa tule jättää tiettyjä ammattikuntia pois ensihoidosta, vaan niille tulisi antaa mahdollisuus järjestää jatkokoulutusta. Ensihoidon kehittyessä ja vaatimustason noustessa vaaditaan sairaankuljetuksessa työskenteleviltä motivaatiota itsensä kehittämiseen, jotta sairaankuljetuksessa työskentelyyn olisi edellytyksiä.

Lääkitseminen

Ensihoidon kehittymisen myötä lääkkeiden käyttö on lisääntynyt merkittävästi. Valtakunnallisessa visiossa lääkitseminen ollaan ohjattu pääsääntöisesti sairaanhoitajien ja ensihoitajien vastuulle. Haastateltavilta kysyttiin mielipiteitä lääkitsemisestä, koska alueella ei ainakaan tällä hetkellä ole paljon sairaanhoitajia tai ensihoitajia.

”Jos hoitoyksikkö on tarjolla niin ne lääkitsee, mutta perifeeriassa pitäis olla jonkunlainen valmius esimerkiksi kivunhoitoon myös perustasolla”

”Lääketurvallisuuden kannalta uskoisin, että tullaan menemään siihen, että vain hoitotason sairaankuljettaja lääkitsee jatkossa.”

”Kyllä se on melkoista resurssien hukkausta,, jos vain sairaanhoitajat saa lääkitä. Tietenkin tarvitaan päivitettyä osaamista lääkehoidosta, jos meinataan lääkitä ensihoidossa.”

Pääsääntöisesti haastateltavat olivat sitä mieltä, että ensihoidossa lääkitseminen kuuluu hoitotason sairaankuljettajille. Kuitenkin perustason sairaankuljettajille tulisi antaa oikeus lääkitsemiseen suppean valikoiman osalta, koska maakunnissa ei voida aina ylläpitää hoitotason yksiköitä.

L4 toiminta

Lääkintäesimiesten (L4) käyttö on yleistynyt ensihoidon kehittymisen myötä. Lääkintäesimies johtaa ja organisoii alueen sairaankuljetusyksiköiden toimintaa. Hän toimii esimerkiksi suuronnettomuustilanteissa lääkinnällisenä johtajana siirtäen vastuun tilannepaikalle tulevalle ensihoitolääkärille tai sairaalan päivystävälle lääkärille. Mikäli tapahtumapaikalle ei saada lääkäreitä, toimii lääkitäesimies tai kokenein ensihoitaja lääkitäjohtajana.

Tässä yläluokassa pyrittiin kartoittamaan haastateltavien näkökulmia L4 toimintaan ja sen mahdolliseen käyttöön ottoon Ylä-Karjalan alueella. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että alueena Ylä-Karjala on liian pieni L 4 toiminnalle. Toimintaa pidettiin järkevänä, mutta alueen väestöpohjan pitäisi olla huomattavasti suurempi, jotta lääkitäesimiehellä olisi käyttöä normaaleissa arkirutiineissa. Ajatusta naapurikuntien välisestä L4 toiminnasta pidettiin hyvänä, mutta yhtenä ongelmana koettiin maakunnallisten rajojen ylittyminen tässä tilanteessa.

”Se status vois olla esimerkiksi N191 hoitajalla, jos se olis hoitotasolla. Alueeseen vois kuulua myös Juuka ja Lieksa”

”Onko järkevää ruveta perustamaan pelkästään Ylä-Karjalaan, se vois olla yhteinen Kainuun ja Savon Kysin piirin kanssa jollain lailla. L4 toiminta olis kyllä järkevää siinä mielessä, että se koordinois ja sille tulis henkilöstöhallinnon vastuuta.”

L4 toiminta koettiin järkevänä järjestää Joensuun alueen L4:n kanssa. Tällöin Joensuun alueen L4 pystyisi tarvittaessa siirtämään vastuun esimerkiksi suuronnettomuustilanteessa Ylä-Karjalassa toimivalle ”vara L-4:lle”.

Lähtövalmius

Alueen sairaankuljetusyksiköiden lähtövalmius riippuu viikonpäivästä ja vuorokauden ajasta. N191 on välittömässä (n. 1-2 minuutin) lähtövalmiudessa arkisin klo 7-14 välisenä aikana; muuna aikana sen lähtövalmius on 15 minuuttia. V191 toimii ympäri vuorokauden 15 minuutin lähtövalmiudessa ja kolmoslähdön auto N192 toimii välittömässä lähtövalmiudessa arkisin klo 7-21(22) ja muina aikoina n. 15 minuutin lähtövalmiudessa.

Lähtövalmiudesta ja sen siirtämisestä välittömään lähtövalmiuteen on keskusteltu niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin. Tässä yläluokassa kartoitettiin haastateltavien mielipiteitä lähtövalmiudesta.

”Minuutin tai viiden lähtövalmius olis varmaan hyvä. Työntekijöiden motivoimiseksi olisi parempi ettei olisi kotivarallaoloa.”

”Kun tehdään toimintaa, jossa on kyse sekunneista tai minuuteista ja jonka takia toimintaa ylläpidetään niin kai se pitäin olla välittömässä valmiudessa”

”Kun kiireellistä on se 5% ja kiireetöntä 95% ja ei olla välittömässä valmiudessa, niin silloinhan hoidetaan vaan tota 95%:a. Siihenhän riittäis silloin pelkkä taksitoiminta, jolloin auto tulee silloin kun tulee, mikä olis edullista näin kärjistettynä sanottuna”

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että ensihoidon pitäisi olla varsinkin kiireellisessä sairaankuljetuksessa välittömässä lähtövalmiudessa. Ensihoitotoiminta on joskus sekuntipeliä ja osa vastaajista kärjisti asian niin, ettei alueella haluta hoitaa hätätilapotilaita ajan hengen mukaisesti, jos sairaankuljetus ei ole välittömässä lähtövalmiudessa. Asia koettiin rahakysymykseksi, mutta samalla poliittiseksi kannanotoksi.

Koulutuksen kehittäminen

Haastateltavilta tiedusteltiin heidän näkemyksiään siitä, kuinka he kehittäisivät ensihoitokoulutusta. Koulutuksen kehittämisen tarvetta nähtiin niin peruskoulutuksessa kuin jatkokoulutuksessakin. Tärkeänä pidettiin työpaikan sisäistä sekä maakunnallista koulutusta, koulutukseen motivointia ja koulutuksen seuranta. Lisäksi perus- ja hoitotason testausta pidettiin tärkeänä myös tulevaisuudessa.

”Sairaankuljettajien koulutus sairaanhoitajan suuntaan. Se tekeminen siellä on niin vaativaa, että peruskoulutus pitää olla vahva ja jatkuvaa jatkokoulutusta tarvitaan, koska ensihoito on kehittynyt ja kehittyy jatkuvasti.”

”Tällä hetkellä perus- ja hoitotaso puoltaa paikkansa, mutta jollakin tavalla niiden suorittamiseen pitäisi saada velvoite, että kaikki ne myös suorittaisivat.”

”Kuukausittain kerrattaisiin asioita paikallisesti, tää vois olla thky:n järjestämää juttua.”

Koulutuksen paikallinen järjestäminen koettiin ongelmallisemmaksi. Työpaikan sisäisen koulutuksen koettiin olevan kovin vähäistä. Lisäksi ”osastotunti”-tyyppistä koulutusta toivottiin lisää. Siinä työntekijä alustaa tietyn aiheen, josta sitten keskustellaan yhdessä. Osastotunneilla toivottiin käsiteltävän myös vanhoja sairaankuljetustehtäviä, sekä hyvin että huonosti menneitä. Näitten purkaminen toisi hyödyllistä tietoa tuleviin tehtäviä ajatellen. Työntekijöitä tulisi kannustaa jatkokoulutukseen ja hoitotason suorittaneet tulisi saada selvän henkilökoh-
taisen palkanlisän osaamisestaan.

Toimijat alueella

Yläluokassa toimijat alueella selvitettiin haastateltavien näkemyksiä alueen toimijoista tulevaisuuden Ylä-Karjalassa. Osa haastateltavista piti kolmentoimijan mallia hyvänä ratkaisuna myös tulevaisuudessa. Vaikka mallia pidettiin hieman sekavana, se koettiin alueella toimivana järjestelmänä.

”Kolmentoimijan malli toimii hyvin, vaikka se vähän ongelmia aiheuttaakin. En näe tarvetta mallin muuttamiselle, koska se on taloudellisesti hyvä järjestelmä. Kyllähän siihen vaikuttaa sekin, että odotellaan terveydenhuoltolain mukana tulevia mahdollisia muutoksia”

”Uskoisin, että tällä mallilla voitaisiin mennä jatkossakin, kyllä tää silleen poikkeava, mutta toimiva malli on ollu, ihan valtakunnallisessa mittakaavassakin.”

Osa haastateltavista oli yhden toimijan mallin kannalla, koska siitä saataisiin selkeyttä toimintaan. Osa haastateltavista uskoi puolestaan yhdentoimijan mallin olevan alueelle edullisempi järjestelmä.

”Yksi kattojärjestö, jolla olisi määräysvalta, jonka kanssa viranomaiset ja kaikki muut tekee yhteistyötä.”

”Helpompi olisi toimia, jos oltaisiin yhden organisaation sisällä, jolloin henkilöstön käyttö ja resurssien hallinta olisi helpompaa.”

”Resurssina kolme ambulanssia 11 000 väestöpohjaan on aika paljon, vaikka siirrot ovat

pitkiä. Tukitoiminnoilla esimerkiksi ensivasteella voitaisiin paikata kahden auton aiheuttamaa tyhjiötä”

Vastaajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että sairaankuljetuksen siirtyessä sairaanhoitopiiriin vastuulle siirtyy sairaankuljetustoiminta myös yhdelle toimijalle.

Sairaanhoitopiirin rooli

Uudessa valmisteilla olevassa, terveydenhuoltolaissa sairaanhoitopiirille on annettu enemmän vastuuta sairaankuljetuksen järjestämisessä ja valvonnassa. Haastateltavilta tiedusteltiin heidän näkemyksiään tulevan lain myötä tulevasta muutoksesta sairaanhoitopiirin osalta ja siitä miten he toivoisivat sairaanhoitopiiriin ottavan osaa sairaankuljetuksen kehitykseen.

Kaikki vastaavat ajattelivat, että jatkossa sairaanhoitopiiri tulee vastaamaan maakunnan sairaankuljetuksen järjestämisestä. Koulutus, työohjeistus ja valvonta tulisi olemaan kaikille samanlaista, mitä pidettiin hyvänä asiana. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että sairaankuljetuksen siirtyessä sairaanhoitopiiriin järjestettäväksi sairaankuljettajat poistuisivat terveyskeskuksen työntekijöistä. Näin ollen myös terveyskeskuksen ensiapupoliklinikan hoitajien työnkuvaan tulisi tehdä muutoksia.

”Sairaanhoitopiiri voisi ottaa hoitaakseen ja valvoa sitä ja kehittää. Kun sairaanhoitopiiri ottaa vastuulle sairaankuljetuksen, niin silloin on varmaan yksi toimija ja sillä on terveydenhuoltoalan näkemys näitten asioiden hoitamiseksi, siitä tulisi hyöty potilaalle.”

”Jatkossa sairaanhoitopiirin rooli tulee olemaan aktiivisempi. Silloin olisi selvät pelisäännöt ja jokainen paikka toimisi samojen ohjeiden mukaan.”

”Miten sairaankuljetus tullaan sitten toteuttamaan on ongelma, miten taataan, että kilpailuun pystyisi osallistumaan järjestelmällisesti pienetkin toimijat.”

”Koordinointi, ohjaus ja toiminnan kehittäminen, myös logistiikka. Tällä alueella on aika paljon autoja pelatessa tehtävä- ja väestömääriin.”

Vastaajat odottavat uuden terveydenhuoltolain voimaantuloa, jotta toiminnalle saataisiin selvät raamit. Sairaanhoitopiiriin tuleminen vastuunkantajaksi koettiin osittain jopa pelastava-

na tekijänä alueen sairaankuljetukselle ja sen kehittymiselle.

Terveyskeskuksen rooli

Haastateltavat kertoivat oman käsityksensä siitä, millaisena he kokivat terveyskeskuksen tulevan roolin sairaankuljetuksessa. Nykyään terveyskeskuksen tehtävänä on järjestää sairaankuljetus, mutta jos tämä tehtävä siirtyisi sairaanhoitopiirille, mikä olisi terveyskeskusten asema?

Haastateltavilla ei ollut selvää yhteistä kantaa terveyskeskusten rooleista. Osa koki, että terveyskeskus on vain palvelun ostajan roolissa. Osa koki terveyskeskuksen antavan jatkossakin alueellista koulutustukea ensihoidolle ja osa toivoi sen toimivan yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa.

”Kyllä se on sivusta katsoja ja tarvittaessa palvelun ostaja sairaanhoitopiiriltä.”

”Maksajan rooli. Kun sairaanhoitopiiri antaa määräyksen miten tehdään, niin kunta voi vähän vikistä, mutta se sitten maksaa.”

”Kiireellinen sairaankuljetus ei tulisi olla enää kytkettynä terveyskeskuksen toimintaan, niin kuin ensiapuun tai vuodeosastolle, eli se pitäisi olla vaan valmiudessa. Siirtokuljetusten osalta henkilökunta voisi olla myös tk:n palveluksissa, koska siirtokuljetusta kuitenkin tulee olemaan.”

Osa haastateltavista koki terveyskeskuksen olevan jatkossa palvelun ostajan roolissa. Koettiin että ensihoito on jatkossa osa erikoissairaanhoidoa, joita palveluja terveyskeskus ostaa sairaanhoitopiiriltä

Suuronnettomuusvalmius

Sairaan kuljetuksen kehittämisen viimeisenä yläluokkana on suuronnettomuusvalmius. Haastateltavat kertoivat näkemyksiään suuronnettomuusvalmiuden kehittamisestä ja siitä, keiden tulisi toimia alueen suuronnettomuustilanteiden johtajina.

Haastateltavat tiesivät suuronnettomuussuunnitelmasta, mutta olivat hieman epä tietoisia siitä miten Ylä-Karjalassa ollaan perehdytty tähän suunnitelmaan. Yleisesti ottaen koettiin, että pelastuslaitos on perehtynyt suunnitelmaan hyvin, mutta perusterveydenhuollon valmiutta

suuronnettomuustilanteisiin pidettiin huonona. Haastateltavat olivat sitä mieltä, ettei terveyskeskuslääkäristä olisi suuronnettomuustilanteen lääkinnälliseksi johtajaksi, vaan johtovastuun tulisi olla hoitotason sairaankuljettajalla tai jos mahdollista, ensihoitolääkärillä. Ongelmalliseksi koettiin myös viranomaisverkon (virve) käyttö, koska vain sairaankuljetushenkilöstö hallitsee sen.

”Uskon, että virveen hyvät valmiudet suuronnettomuustilanteen hoitamiseen terveyskeskuksella ei ole, toivottavasti pelastustoimella valmiudet siihen on olemassa. Eli kyllä sitä pitäisi kehittää ja harjoitella.”

”Niiden harjoittelu on ollut aika vähäistä, joten se olisi yksi juttu josta saisi useamman tunnin tai päivän jutun”

”Toivottavasti Ylä-Karjalan porukka on perehtynyt siihen suuronnettomuussuunnitelmaan ja valmiussuunnitelmaan, koska heidän sitä ovat ensimmäisenä paikalla ja kaikkialta muualta kestää pitkään tuleminen.”

”Suuronnettomuustilanteen terveystalon johtajana pitäisi toimia hoitotason ensihoitaja, tk lääkäreillä ei ole kokemusta ensihoidon hoitamisesta kentällä, se olisi varmaan melkoista häsäämistä varsinkin virven kanssa.”

”Tk lääkäriellä ei ole mitään virkaa suuronnettomuustilanteen onnettomuuspaikalla. Jos ei ole perehtynyt ensihoitoon ja suuronnettomuusorganisaatioon muuten kuin mappi seisoo pöydällä, ei varmasti pysty johtamaan lääkinnällistä toimintaa kentällä.”

Suuronnettomuusvalmiuden ylläpito on hankalaa, koska tilanteita tulee harvoin ja harjoittelu vaatii suuria resursseja. Kuitenkin suuronnettomuusvalmiuden ylläpitoa vastaajat pitivät tärkeänä ja uskoivat ensihoitajien olevan suuronnettomuustilanteen sattuessa ratkaisevassa roolissa.

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksesta voidaan tunnistaa tutkittava ilmiö. Ensihoidon kehittyessä vaaditaan sairaankuljetukselta ja sen työntekijöiltä muutosta, jotta voidaan toimia näyttöön perustuvan työn edellyttämällä tavalla. Jatkuva kehittyminen ja työn kehittäminen ovat osa nykyaikaista ensihoitoa. Laadullinen tutkimusote sopii tähän tutkimukseen, koska sairaankuljetuksen kehittämistä Ylä-Karjalassa ei ole aikaisemmin tutkittu (kts. Nieminen 1997, 220). Tämä tutkimus on hyvin ajankohtainen, koska tuleva terveydenhuoltolaki tuo muutoksia myös sairaankuljetuksen järjestämiseen. Tähän asti sairaankuljetuksesta vastaavat ovat odottaneet, mitä tulevaisuus tuo tullessaan lakiuudistuksen myötä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella esimiesten näkökulmia, miten Ylä-Karjalan sairaankuljetusta tulisi heidän mielestään kehittää. Tämä tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivinen tutkimus ei ole tilastollisesti yleistettävissä ja tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, josta se on hankittu (Kylmä & Juvakka 2007, 79-80). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yleisesti hyväksytyjä luotettavuuden arviointikriteerejä. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat samat. He esittävät arviointikriteereiksi tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja reliabiliteetilla tutkimustulosten toistettavuutta. (Nieminen 1997, 215.)

Toiset tutkijat ovat sitä mieltä, ettei kvalitatiivista tutkimusta voida arvioida kvantitatiivisen tutkimuksen kriteerein. Laadullinen ja määrällinen tutkimus perustuvat erilaisiin perusoletuksiin todellisuudesta ja tiedosta, joten ne tarvitsevat myös omat luotettavuuskriteerinsä. Laadullisen tutkimuksen perusoletus on, että todellisuuksia on monia. Tämän takia erilaiset tulokset tutkimuksen kohteesta eivät merkitse välttämättä tutkimuksen luotettavuusongelmaa, vaan ne lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta. Tähän opinnäytetyöhön valitsi neljä luotettavuuskriteeriä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Nämä kriteerit todistavat kattavasti laadullisen tutkimuksen luotettavuuden. Luotettavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa kohdistuu koko tutkimusprosessiin eli tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analyysiin ja raportointiin (Nieminen 1997, 216).

Uskottavuus liittyy tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamiseen. Tulosten tulee vastata tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkimuksen tekijä käyttää riittävän pitkän ajan tutkimuksen tekemiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessi kesti reilut kaksi vuotta. Tämän ajan voidaan olettaa olevan riittävän pitkä aiheeseen perehtymiseen. Lisäksi tutkija tunsi tutkittavan ilmiön työkokemuksensa kautta.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastatteluaineiston laatua voidaan parantaa hyvällä haastattelurungolla, kysymysten suunnittelulla, haastattelun tekoon käytetyn teknisen välineistön toimivuudella, haastattelupäiväkirjan pidolla ja haastattelun jälkeen tulosten mahdollisimman nopealla litteroinnilla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184-185). Teemahaastattelumenetelmää käytettäessä tutkimusraportista tulisi ilmetä tutkittaville esitetyt haastatteluteemat (Nieminen 1997, 217).

Teemahaastattelu valittiin aineiston hankintamenetelmäksi, jotta haastateltavat voisivat tuoda omia mielipiteitään esille vapaasti ja tutkijalla olisi mahdollisuus tehdä tarvittaessa lisäkysymyksiä (kts. Eskola & Suoranta 1998, 87). Tutkimuksen haastatteluteemat olivat sidoksissa Engeströmin ekspansiiviseen oppimissykliin, joten niille löytyi perusta aikaisemmasta teoriasta. Teemahaastattelun suunnittelussa auttoi tutkijan aikaisempi tuntemus kohdealueesta. Haastatteluteemojen sopivuus testattiin esihaastattelun avulla. Teemahaastattelurunko on tutkimuksen liitteenä. (LIITE 2.)

Luotettavuuden kannalta on oleellista, että tutkimusaineisto kerätään siellä, missä tutkittava ilmiö esiintyy ja tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen (Nieminen 1997, 216.) Haastatteluaineisto kerättiin sairaankuljetuksen esimiehiltä, jotka ovat ainakin rajapinnalla tekemisessä Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen kanssa. Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisuuden perusteella esimiehistä, joilla on tietoa Ylä-Karjalan sairaankuljetuksesta.

Haastateltaville lähetettiin haastattelupyynnö sähköpostitse. Kaikki haastateltavat lupautuivat heti osallistumaan tutkimukseen antamalla myönteisen vastauksen sähköpostiini. Jos kieltäytymisiä olisi tullut, olisi haastattelupyynnö lähetetty varalla oleville esimiehille. Haastateltavia esimiehiä oli neljä. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa haastateltavien lukumäärä oli kahdeksan, mutta ohjaavan opettajan kanssa asiaa mietittyäni pudotin määrän neljään. Neljän haas-

tateltavan tietämys ja paneutuminen ensihoitoon antoivat tutkimukselle riittävän laajan ja laadullisen aineiston, joten tutkimuksen luotettavuuskin on taattu. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatu on määrää tärkeämpi (Kylmä ym. 2003). Aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota enää mitään tutkimusongelman kannalta uutta tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 89). Tässä opinnäytetyössä aineiston kyllästeisyys saavutettiin mielestäni hyvin, eikä lisähaastateltavia tarvittu.

Haastattelun runko ja teemat kerrottiin haastateltaville etukäteen. Tämän uskottiin auttavan haastateltavaa valmistautumaan haastatteluun jo etukäteen ja näin ollen auttavan haastattelun onnistumista. Haastatteluteemojen yhteydessä käytettiin etukäteen suunniteltuja lisäkysymyksiä, joiden tarkoituksena oli johdatella haastateltavat kuhunkin teemaan. Haastattelut nauhoitettiin kasettinauhurilla ja digitaalisella laitteella. Teknisiä ongelmia ei ilmennyt haastattelujen aikana. Haastattelut tehtiin rauhallisessa tilassa ilman keskeytyksiä yhtä haastattelua lukuun ottamatta. Tässä haastattelussa haastateltavan puhelin soi, jolloin nauhoitus keskeytettiin siksi ajaksi, kun haastateltava puhui puhelimessa. Kun puhelu oli päättynyt, jatkettiin nauhoitusta kerraten edellisen teeman kysymys. Haastattelun keskeytyminen ei vaikuttanut haastattelun etenemiseen, vaan aiheen ”sisään” päästiin heti takaisin. Nauhoitetut haastattelut kirjoitettiin tekstiksi heti haastattelua seuraavana päivänä sanelunpurkukonetta hyväksi käyttäen. Digitaalinen tallenne siirrettiin tietokoneelle varmuuskopioksi. Tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Haastatteluteemoista haettiin haastateltavien ajatuksia, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Tulosten luotettavuutta on pyritty kuvaamaan suorilla lainauksilla tulososassa ja aineiston analyysin kuvauksella ja esimerkeillä aineiston abstrahoinnista. (LIITE 4.) Aineiston analyysiprosessi on pyritty kuvaamaan tarkasti ja siten, että lukijan on helppo seurata jokaista vaihetta.

Vahvistettavuus on laadullisen tutkimuksen keskeinen luotettavuuskriteeri. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusraportin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. Vahvistettavuus on koettu ongelmalliseksi luotettavuuskriteeriksi, sillä todellisuuksia on monia, ja toinen tutkija voi tulkita saman aineiston eri tavalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Luotettavuutta parantaa tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 214). Tämän tutkimuksen kulku on pyritty kuvaamaan tutkimusraportissa mahdollisimman tarkasti.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän on arvioitava oma vaikutuksensa tutkimusprosessiin sekä aineistoonsa. Tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdis-

taan tutkimuksen tekijänä ja nämä lähtökohdat on kuvattava tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkija on toiminut tutkimuskohteena olevassa organisaatiossa sairaankuljetuksen vastaavana. Haastateltavien valinta kohdennettiin tästä syystä sellaisiin henkilöihin, jotka toimivat sairaankuljetuksen esimiehinä. Kuten jo haastattelun yhteydessä selvitettiin, tavoitteena oli, että haastateltavat pystyivät tuomaan mielipiteensä avoimesti esille ilman tutkijan aseman aiheuttamaa ristiriitaa. Tutkittava aihe oli tutkimuksen tekijälle erittäin tuttu, ja se näkyy myös tutkimustulosten tulkinnassa.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Se toimii myös luotettavuuskriteerinä. Tutkimusraportissa tulee kuvata tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat tarkasti, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä tutkimuksessa tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat on kuvattu tarkasti. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden valintakriteerit on kuvattu.

Tutkimuksen tekemiseen haettiin lupa tutkimusorganisaatiolta. Tutkimuksen eettisyyttä korostettaessa keskeisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme 2008, 19-20). Haastateltaville lähetetyssä saatekirjeessä sekä ennen haastattelua pidetyssä alustuksessa tuotiin esille nämä keskeiset periaatteet. Tässä tutkimuksessa haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esille tutkimusraportissa, vaikkakin heidät on helppo kohdentaa. Aineiston käsittelyssä, analysoinnissa ja tutkimustuloksissa henkilöllisyyttä ei voi kohdentaa vastauksiin. Nämä periaatteet käytiin läpi myös tutkittavien kanssa ennen haastatteluja. Haastattelelaineisto tuhottiin analyysivaiheen jälkeen.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja oma pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaankuljetuksen esimiesten näkökulmia hyödyntäen, minkälainen sairaankuljetuksen tilanne on Ylä-Karjalassa tällä hetkellä ja miten sitä pitäisi kehittää tulevaisuuden haasteita ajatellen. Vastaajat antoivat kattavan kuvauksen näkemyksistään, joiden perusteella voidaan löytää selviä linjoja ja kehityskohteita Ylä-Karjalan sairaankuljetuksesta.

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli sairaankuljetuksen tämän hetkinen tilanne Ylä-

Karjalassa. Sairaankuljetuksen työyhteisössä ja sidosryhmissä sairaankuljetuksen taso on pidetty Ylä-Karjalassa hyvänä. Tämä käsitys perustuu siihen, että työntekijät ovat kokeneita sairaankuljettajia, joilla on ollut tietynlaista auktoriteettia. Uskoisin, että työntekijät ovat pitäneet omaa osaamistaan hyvänä ja heidän sidosryhmänsä ovat olleet tyytyväisiä sairaankuljetuspalvelujen tasoon. Esimiesten näkemysten mukaan hoidontaso ei ole niinkään hyvä. Positiivisena puolena pidetään työntekijöiden pitkää kokemusta sairaankuljetuksessa, mutta ongelmana on näyttöön perustuvan osaamisen puute. Henkilökunnan osaaminen on kovin kirjavaa; osa kykenee toimimaan hoitotason sairaankuljettajina, mutta osalla ei ole alan koulutusta lainkaan. Myös sairaankuljetusyksiköissä, jotka toimivat kuten hoitotason yksiköt, henkilökunnan tasoerot ovat suuret. Ongelmana on päivitetyn koulutuksen puute. Osaksi tämä johtuu siitä, ettei Ylä-Karjalan alueella ole järjestetty juurikaan työpaikkakoulutusta, osaksi siitä, ettei henkilökunta ole valmis hakeutumaan täydennyskoulutuksiin, vaikka määrärahoja olisi tarjolla. Esimiehet kokivat sairaankuljetuksen ongelmana sen, ettei tasokokeita, varsinkin perustasolla, suoriteta säännöllisesti.

Sairaankuljetuksen taloudellinen tehokkuus jakoi esimiesten kannanotot. Osa piti tämänhetkistä järjestelmää taloudellisenä. Perusteet olivat, että N191:n henkilökunnan työpanosta pystytään hyödyntämään tehokkaasti poliklinikalla. Lisäksi V191:n toimintaa voidaan ylläpitää, koska sopimus terveydenhuollon kuntayhtymän kanssa takaa yksikölle pääsääntöisesti siirtokuljetukset alueen ulkopuolelle. Toisten mielestä järjestelmä ei ole taloudellinen käytettäviin resursseihin peilaten. Osa vastaajista pohti, onko järjestelmän toimintaa ja sitä, millä resursseilla alueella voitaisiin toimia edes koskaan laskettu ja arvioitu. Kolmen toimijan malli näin pienellä alueella tuntuu ulkopuolisista melko kummalliselta. Alueella on toimittu kolmella toimijalla jo neljän vuosikymmenen ajan. Alueella toimintaa ei ole juurikaan kyseenalaistettu, vaikka sairaankuljetuksen siirtämistä terveydenhuollon kuntayhtymältä lähinnä pelastuslaitokselle on usein pohdittu. Mielestäni mallin toimivuus oli vahvoilla 1970- ja 1980-luvuilla, jolloin ensihoidon taso oli erittäin matala. Malli takasi potilaille hyvää sairaankuljetusta, koska ns. ykköslähdön auto tuli terveyskeskuksesta. Terveyskeskuksen henkilökunnan ammattitaito oli huomattavasti korkeampi kuin muilla, koska henkilökunta sai valmiuksia toiminnalleen jo päivystyspoliklinikkatyöskentelystä. Ensihoidon kehityksen myötä 1990- ja 2000-luvulla erot ovat kaventuneet huomattavasti ja ensihoidon osaaminen ei ole enää sidoksissa poliklinikalla työskentelyyn, vaan peruskoulutukseen ja jatkuvaan lisäkouluttautumiseen.

Tutkimukseen vastanneet kokivat kolmen toimijan mallin tuovan enemmän haittoja kuin

hyötyä päivittäiselle toiminnalle. Toiminnan koordinoinnissa ja yhtenäisessä koulutuksessa nähtiin ongelmia. Sekava toimintamalli koettiin virheelliseksi, ja kärsijänä ovat aina potilaat eli toiminnan ylläpidon maksajat. Toiminta ei välttämättä ole nykyisten käypähoitosuositusten mukainen, koska kriittisessä tilassa olevien potilaiden siirtäminen jatkohoitopaikkaan viivästyy yksiköitten vaihtojen yhteydessä. Lisäksi mielenterveyspotilaitten jatkokuljettaminen voi tapahtua ilman terveydenhuollon pätevyyttä olevien toimesta. Osa vastaajista ihmetteli, miksi asiaan ei ole puututtu ja vaadittu muutosta. Ehkä vastaus piilee siinä, että odotetaan uutta terveydenhuoltolakia ja sitä, että se antaisi uudet raamit ja vastuu sairaankuljetuksesta siirtyisi sairaanhoitopiireille.

Yhteenvetona sairaankuljetuksen nykytilanteesta voitaneen todeta, että toiminnan perustana on vahva alueen tuntemus ja luottamus kokeneisiin työntekijöihin. Sairaankuljetuksen esimiehet ovat halunneet pitää toiminnan samantyyppisenä useita vuosia, eikä radikaaleihin muutoksiin ole haluttu ryhtyä. Tämä on taannut sairaankuljetusyksikön säilymisen Valtimolla. Sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittymisen myötä uusia toimintoja alueelle on tullut. Esimerkiksi sydäninfarktin liuotushoidot ovat olleet N191:n toiminnassa mukana jo kymmenen vuotta. Vaikka ensihoito on kehittynyt ja vaatimustaso samalla noussut, ovat työpaikkakoulutukset ja jatkokoulutushalukkuus vielä kovin vähäistä. Mielestäni ongelmallisista tilanteesta on se, että sairaankuljetus on nivottu niin tiukasti terveyskeskustyöhön mukaan. Myös kiireellinen sairaankuljetus toimii vahvasti poliklinikan ehdoilla, vaikka se pitäisi kehittyvän ensihoidon myötä erottaa täysin poliklinikan velvoitteista.

Alueen 11 000 asukkaan lukumäärään nähden kolmen sairaankuljetusyksikön kapasiteetti on melko suuri. Vaikka kuljetusmatkat jatkohoitoon ovat pitkiä, jatkuva kolmen yksikön käyttö alueella on resurssien hukkaamista. Taas ongelma nivoutuu poliklinikan tarpeisiin, mikä ei anna täyttä kuvaa sairaankuljetushenkilöstön mahdollisuudesta toimia aktiivisesti poliklinikatyössä. Ykköslähdön ambulanssin sairaankuljettajat ovat kyllä suurimman osan työajastaan poliklinikalla, mutta heille ei voi antaa suunnitellusti polikliinisia työtehtäviä, koska he voivat olla silloin sairaankuljetustehtävällä. Poliklinikan tarve olisi pitää sairaankuljetuksen työntekijät ensiavussa, kun taas laadukas ensihoito ohjaisi heitä siirtämään vakavasti sairaat potilaat suoraan kohteesta erikoissairaanhoidon. Sairaankuljetuksen kehittäminen tulisikin yhdistää myös poliklinikan kehittämiseen, jolloin yksiköt eivät olisi sidoksissa toisiinsa.

Sairaankuljetus on saanut toimia maakunnan laidalla omalla painollaan, eikä terveyskeskuk-

sella ole ollut intressejä muuttaa sitä. Vastauksista voidaan vetää johtopäätöksiä, joiden mukaan Ylä-Karjalan sairaankuljetus on maakunnan keskitasoa. Vahvuutena ovat kokeneet hoitajat ja ongelmana jatkokoulutuksen puute ja haluttomuus täydennyskoulutuksiin. Ongelmalliseksi koetaan myös lähtövalmius ja ajoittain epäselvä yksiköitten käyttö hälytystehtävissä.

Toisena tutkimusongelmana oli se, miten sairaankuljetusta tulisi kehittää Ylä-Karjalassa. Hoidon tason kehittämisen suhteen haastateltavilla oli melko yhtenäinen käsitys: Sairaankuljetuksen perustaa tulisi kehittää siten, että perustasolla olevista työntekijöistä jokaisella tulisi olla alan tutkinto. Työpareista vähintään toisella tulisi olla terveydenhuoltoalan tutkinto ja vaihtoehtoisesti toisella palomies-sairaankuljettaja/pelastaja tutkinto. Perustason tenttien suorittamiseen ja jatkuvaan täydennyskoulutukseen tulisi kannustaa ja sitä tulisi valvoa. Lisäksi tulisi laatia selvät pelisäännöt siitä, milloin työntekijät ovat päteviä työskentelemään eri yksiköissä suoritettuaan tasokokeet. Jos tasokokeita ei olisi suoritettu ajallaan tulisi työntekijä evätä työskentelemästä kyseisessä yksikössä. Tutkimuksen vastaajat kannattivat laajasti H+P-mallin kehittämistä alueelle. Mallissa yksikön miehittäisivät hoitotasoinen ja perustasoinen sairaankuljettaja. Tämä malli mahdollistaisi vastaajien mielestä hoitotasoinen toimintatavan yksiköissä. Hoitotason sairaankuljettaja pystyisi lääkitsemään potilaita uusien vaatimustasojen mukaisesti. Alueen henkilöstöresurssit saataisiin hyvin hyödynnettyä ja näin ollen ainakin kaksi yksikköä pystyttäisiin täyttämään tällä mallilla. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoitotasoinen yksikön pitäminen alueella, missä molemmat hoitajat ovat pätevoittäneet itsensä hoitotasolle, on turhaa. Sairaankuljetustehtävien määrä alueella on sen verran pieni, ettei hoitotasoinen tehtävien määrä riitä pitämään ammattitaitoa yllä.

Mielestäni H+P-malli tulee olemaan alueella jo lähitulevaisuudessa ajankohtainen. Alueen sairaankuljettajista yhä useampi on sairaanhoitajiksi tai ensihoitajiksi, tai on valmistumassa sellaiseksi, jolloin heillä on mahdollisuus pätevoityä hoitotasolle. Kokeneet perustason sairaankuljettajat antavat tehtäville hyödyllistä näkemystä ja hoitotason sairaankuljettajat hoitaisivat potilaan lääkitsemisen. Ajatus siitä, että jatkossa perustason henkilöstö toimisi vain kuljettajina, ei ole järkevä. Perustasolla oleva työntekijä olisi yhdenvertainen työpari sairaankuljetusyksikössä. Ainoastaan hän ei lääkitsisi potilaista, vaan sen tekisi hoitotasolla oleva.

Turvallisen lääkehoidon myötä sairaankuljetusyksiköt ovat laatineet omat lääkehoitosuunnitelmansa. Suunnitelmien laatiminen Ylä-Karjalan sairaankuljetusyksiköille on vielä tekemättä. Suunnitelmat antavat tiedon siitä, mitä lääkkeitä kussakin yksikössä on käytössä ja ketkä ky-

seisiä lääkkeitä voivat antaa. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmasta käy ilmi monia muita tärkeitä asioita turvallisen lääkehoidon toteuttamisen kannalta. Turvallisen lääkehoidon edellytyksenä on, että henkilökunta on saanut riittävän peruskoulutuksen ja lisäksi asianmukaisen työpaikkakoulutuksen lääkehoidon suorittamiselle. Ylä-Karjalan alueella turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi alueen hoitohenkilökunta tulee suorittaa maakunnalliset lääkehoidon osaamisen verkko-opinnot. Opinnot sisältävät lääkehoidon perusteet ja suonensisäisen lääkitsemisen opinnot. Lisäksi opintojen läpäiseminen edellyttää tentin suorittamista. Kun hoitaja on suorittanut tentin, hän saa alueelle kolme vuotta kestävästä lääkkeenantuluvan. Sairaankuljettajilta, jotka ovat tekemisissä lääkkeiden kanssa, edellytetään myös lääkehoidon verkko-opintoja. Osallistuminen opintoihin on ollut melko passiivista. Osa tutkimukseen vastanneista piti verkko-opintojen suorittamista tärkeänä. Opintojen suorittaminen antaisi näyttöön perustuvan tiedon hallintaa ja loisi turvallisen pohjan lääkehoidon toteuttamiselle. Joidenkin vastaajien mielestä tulevaisuudessa lääkitseminen tapahtuu pelkästään sairaanhoitajien toimesta. Joidenkin mielestä perustason sairaankuljettajilla tulisi taas olla oikeus lääkitsemiseen. Heidän mielestään suppean lääkevalikoiman hallitseminen ja ensihoitolääkärin konsultaatioin perusteella potilaalle lääkkeen antaminen voisi kuulua perustason sairaankuljettajien toimenkuvaan.

Ylä-Karjala on asuinkeskittymä, joka sijaitsee kaukana suurista keskuksista ja sairaaloista. Koska siirtomatkat alueen keskussairaalaan ja yliopistolliseen sairaalaan ovat pitkät, tulee ensihoitoyksiköllä olla valmiudet potilaiden riittävään lääkitsemiseen. Lääkitsemisen edellytyksenä tulee mielestäni olla riittävän pohjakoulutuksen suorittaneiden työntekijöiden saaminen alueen sairaankuljetusyksiköihin. Se, mitä tuleva lainsäädäntö tai sairaanhoitopiirin vaatimus edellyttää ensihoitoyksikön henkilökunnalta on vielä hieman epäselvää. Omasta mielestäni turvallisen lääkehoidon antajan tulee olla koulutukseltaan sairaanhoitaja tai ensihoitaja, joka on suorittanut lääkehoidon alueellisen tasokokeen. Elvytyslääkkeiden, tällä hetkellä lähinnä adrenaliinin, osalta lääkkeitä voisi antaa myös perustason yksikössä lääkintävahtimestari tai lähihoitaja, joka olisi saanut asianmukaisen koulutuksen lääkkeen antoon. Lääkkeiden lisääminen ensihoitoyksikköön tulee perustua tarkkaan harkintaan. Lisäksi tulisi ottaa huomioon, mitkä lääkkeet selvästi parantavat potilaan ennustetta ja vointia tai lieventävät kipua pitkällä siirtokuljetuksilla. Nykyaikainen ensihoito edellyttää hyvää lääkehoitoa, mutta lääkehoidolle tulee olla selvät indikaatiot ja lisäksi on oltava varmuus siitä, että lääkkeenantaja on tietoinen lääkkeen aiheuttamista vaikutuksista.

L4-toiminnasta vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että alueena Ylä-Karjala on liian pieni toiminnan ylläpitämiseksi. Toiminta tulisi organisoida esimerkiksi Joensuun kanssa siten, että alueelle voisi tarvittaessa ottaa käyttöön L4:n. Alueen johtamiskulttuuria tulisi kehittää, vaikka alueella ei varsinaista L4 toimintaa olisikaan. Nykyään sairaankuljetuksen vastaava tekee tiivistä yhteistyötä poliklinikan osastonhoitajan kanssa. Sairaankuljetuksen kehittämisen kannalta vastaavalla tulisi olla enemmän resursseja ja aikaa kehittää sairaankuljetusta. Hänellä tulisi olla mahdollisuus tiivistää yhteistyötä eri yksiköiden välillä ja järjestää koulutusta yksikön tarpeiden mukaan. Tällä hetkellä sairaankuljetuksen vastaava toimii täydellä työpanoksella sairaankuljetuksessa ja vastaavan työtehtävät tulee hoitaa oman työn ohessa. Näin ollen panostus kehitystyöhön on melko hankalaa.

Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen lähtövalmius nostatti esiin vahvoja mielipiteitä tutkimukseen vastanneiden keskuudessa. Kaikkien vastanneiden mielestä kiireellisen sairaankuljetuksen lähtövalmiuden tulisi olla välitön kaikkina vuorokaudenaikoina. Osa vastaajista koki ongelmalliseksi taloudellisen tilanteen, mikä ei mahdollista resurssien parantamista. Välitön lähtövalmius poistaisi tai ainakin vähentäisi kotivarallaoloa, mikä puolestaan motivoisi työntekijöitä. Nykyaikaisen ensihoidon ja hätätilapotilaan hoitamisen edellytyksenä on potilaan nopea tavoittaminen ja hoidon aloittaminen. Tämän yhtälön toteutumisen edellytyksenä on sairaankuljetuksen välitön lähtövalmius ympärivuorokautisesti kiireellisessä sairaankuljetuksessa. Toisaalta joidenkin vastaajien mielestä potilaat eivät ole tilastojen valossa kärsineet avuntulon viiveestä, vaikka lähtövalmius on ollut muu kuin välitön.

Miten 15 minuutin lähtövalmius antaa mahdollisuuden hoitaa näyttöön perustuvan hoidon mukaisesti sydänpysähdyspotilaita, jos hoitoyksikön saapuminen kohteeseen pitäisi tapahtua viimeistään kymmenessä minuutissa potilaan elottomuudesta? Yksi tutkimukseen vastaajista totesi, että Nurmeksen päättäjät eivät halua hoitaa alueen vakavasti loukkaantuneita tai sairastuneita potilaita niin kuin heidät tulisi ajan hengen mukaisesti hoitaa. Mielestäni vastaaja totesi hyvin myös kommentissaan, vaikkakin karrikoiden, että hätätilapotilaita tehtävistä on 5 % ja ensihoidon valmiudet on tarkoitettu näiden potilaiden hoitamiseen ja hengen pelastamiseen yksinkertaisilla toimilla. 95 % toiminnasta on "sitä muuta sälää". Jos me emme toimi näiden 5%:n potilasmäärän suhteen niin kuin pitäisi, alueellahan ei tarvittaisi ensihoitoyksikköä, vaan potilaat voisivat tulla terveyskeskukseen taksilla. Mielestäni lähtövalmius ja sen saattaminen välittömäksi kiireellisessä sairaankuljetuksessa olisi pikainen toimenpide Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen kehittämisessä. Vaikka kyse on rahasta ja resurssien

oikeasta käytöstä, onko päättäjillä uskallusta tinkiä lähtövalmiudesta, joka voi pelastaa kenet tahansa Ylä-Karjalassa?

Sairaankuljetuksen koulutuksen kehittämiseksi vastaajilla oli monia mielipiteitä. Osa vastaajista kannatti sairaankuljettajien kouluttamisen vähintään sairaanhoitajatasoisiksi, koska nykyiset vaatimustasot ovat nousseet ensihoidon kehittyessä. Jatkokoulutuksen tarve on välttämätön ja sitä tulisi systemaattisesti seurata. Jatkokoulutusta olisi hyvä antaa yhdessä sidosryhmien kanssa, jolloin yhteinen näkökulma esimerkiksi ensiavun kanssa pystyttäisiin turvaamaan ja potilaan turvallinen hoitopolku olisi varmennettu. Koulutuksesta tulisi olla maakunnallinen koulutussuunnitelma, jolloin alueella olisi yhtenäiset hoitokäytännöt. Työpaikoille työvuorokohtaiset koulutussuunnitelmat, joita vuorossa olevat työntekijät kävisivät keskenään läpi. Työntekijöitä tulisi edelleen motivoida hoitotason koulutuksen suorittamiseen, ja koulutuksen suorittaneille tulisi antaa riittävä palkallinen korvaus.

Vastauksissa todettiin, että tulevaisuudessa sairaankuljettajat voisivat toimia konsultteina terveyskeskusten henkilökunnalle. Heillä olisi vahva näkemys siitä, milloin potilasta kannattaa lähteä siirtämään esimerkiksi päivystysaikana keskussairaalaan, vai voisiko potilas vointinsa puolesta odottaa siirtoa virka-aikaan. Ensihoidon vahvaa osaamista tulisi hyödyntää myös vuodeosastojen akuuttipotilaiden tilan arvioinnissa, ja konsultoitaessa päivystysohjeita näiden potilaiden tilanteesta.

Mielestäni koulutuksen kehittäminen on laadullisen ensihoidon turvaamisen tärkeimpiä edellytyksiä. Vahva pohjakoulutus luo puitteet uuden oppimiselle, mutta toisaalta antaa välittömät valmiudet ensihoitotyölle. Koska ensihoitotyö poikkeaa melko paljon perinteisestä sairaanhoitajatyöstä, sairaanhoitajakoulutus ei anna riittäviä valmiuksia ensihoitotyöhön. Nykyinen suuntaus ensihoidossa arvostaa sairaanhoitajakoulutusta, samoin arvostan minäkin osittain. Sairanhoitotyön arvot ovat vahvasti hoitotyössä ja lääketieteellinen painopiste jää vähemmälle. Sairanhoitajakoulutuksen ideana on valmistaa hoitotyön ammattilaisia, mutta jos näitä ammattilaisia halutaan ensihoitotyöhön, tulee koulutukseen tuoda lisää lääketieteellistä osaamista. Ensihoitaja-nimikkeellä valmistuvat hoitajat saavat mielestäni hyvät valmiudet toimia kentällä ensihoitotehtävissä. Sairanhoitajaksi valmistuvalla ei ole riittävästi edellytyksiä sairaankuljetustyöhön, jos hänellä ei ole aikaisempaa sairaankuljetuskokemusta tai koulutusta.

Osa vastaajista toivoi sairaankuljetuksen toimijoiden määrän tulevaisuudessa muuttuvan yhteen, osa toivoi kolmen toimijan mallin jatkuvan myös tulevaisuudessa. Niin kuin aikaisemmin on todettu, kolmen toimijan malli koettiin sekavaksi ja kehityksen jarruksi, josta tulisi päästä irti. Osa vastaajista koki yhden toimijan tuovan säästöjä alueelle. Uuden terveydenhuoltolain myötä vastuun sairaankuljetuksesta uskottiin siirtyvän sairaanhoitopiirille, jolloin myös sairaankuljetustoiminnan uskottiin muuttuvan yhden toimijan alle Ylä-Karjalassa. Vastaajien mukaan sairaanhoitopiirin toivottiin kehittävän sairaankuljetusta ja olevan aktiivisemmassa roolissa sairaankuljetuksen valvonnassa. Vastaajat kokivat sairaanhoitopiirin roolin hyväksi, koska ohjeistus olisi koko maakunnan osalta yhtenäistä. Tulevaisuutta ajatellen terveyskeskuksen rooli koettiin melko vähäiseksi sairaankuljetuksen kehittämisen suhteen. Terveyskeskus pystyisi tarjoamaan paikallista koulutusta ja toimimaan lähinnä sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaan. Osa vastaajista koki terveyskeskuksen olevan vain maksajan roolissa tulevaisuuden sairaankuljetusorganisaatiossa.

Suuronnettomuusvalmiuksien kehittäminen nähtiin tärkeäksi osa-alueeksi Ylä-Karjalassa. Valmiuden tasoa pidettiin matalana ja sen todettiin vaativan kehitystä. Suuronnettomuuden lääkinnällisen kenttäjohtamisen koettiin onnistuvan parhaiten kokeneelta ensihoitajalta. Päivystävän lääkärin tai ylilääkärin mukanaoloa kentällä pidettiin resurssien haaskaamisena, koska näiden kenttäjohtajataidot eivät välttämättä olisi riittävät. Syynä tähän on kenttäjohtamisen koulutuksen puute ja päivittäisen toiminnan puute viranomaisverkon kanssa. Usein terveydenhuollossa johtovastuu siirtyy automaattisesti lääkärille, vaikka tällä ei olisi siihen ammattitaitoa. Onneksi ensihoidon puolella myös osaaville ja koulutetuille hoitajille annetaan vastuuta tilannejohtamisessa.

Sairaan kuljetuksen kehittäminen vaatii monia ponnisteluja Ylä-Karjalassa. Sairaan kuljetus on toiminut samalla tavalla alueella jo yli kolmekymmentä vuotta, joten muutosten aikaansaaminen vaatisi isojen muurien murttamista. Lähtökohtana on päättäjien halu kehittää alueen sairaankuljetusta. Ongelmana voi olla terveydenhuollon kuntayhtymän yhteisen intressin löytyminen. Myös hoitohenkilökunnan asenteiden muutos ja sairaankuljetuksessa tapahtuvien muutosten hyväksyminen voi viedä aikaa. Lähitulevaisuudessa on nähtävissä sairaanhoitopiirin vahvempi mukaantulo sairaankuljetuksen kehittämiseen. Niin kuin tutkimukseen vastanneiden kommentteista on nähtävissä, yksi suurimmista muutosprosesseista on kolmen toimijan mallin muuttuminen. Muutos toisi alueelle yhden toimijan ja alueella olisi luultavasti kahdesta kolmeen sairaankuljetusyksikköä. Muutoksen

myötä olisi todennäköistä, että Valtimon kunnassa ei olisi omaa sairaankuljetusyksikköä, vaan yksiköt tulisivat Nurmekselta. Tämä muutos tullee olemaan vaikea poliittinen päätös, koska siinä heikennetään valtimolaisten peruspalveluja. Toisaalta yksityisen sairaankuljetusyrityksen toiminta voi loppua, jos se ei pyri hakemaan koko Ylä-Karjalan alueen sairaankuljetustoiminnan järjestämistä.

Päättäjät ovat mielestäni katsoneet nykyistä toimintaa hieman mustavalkoisesti. Heidän mielestään nykyinen toimintamalli takaa Valtimon alueelle oman sairaankuljetusyksikön. Mutta mitä todellista hyötyä tästä on? Nykyisin lähtövalmius Valtimolla on 15 minuuttia, eli todellisuudessa potilas tavoitetaan alueella n. 5-20 minuutissa. Kun Valtimon yksikkö on siirtokuljetuksella tai toisella tehtävällä (keskimäärin 6-7 tuntia/vrk), tulee apu Nurmekselta virka-aikana 15-20 minuutissa ja virka-ajan ulkopuolella n. 30 minuutissa. Jos tehtävä on kiireellinen, paikkaa alueen tyhjiötä Valtimon alueen ensivasteyksikkö, joka on kohteessa alle 10 minuutissa. Toisin sanoen, jos tulevaisuudessa yksiköt olisivat välittömässä lähtövalmiudessa Nurmeksessa, apu Valtimolle tulisi 15-20 minuutissa ja kiireellisiin tilanteisiin apu saataisiin Valtimon ensivasteelta alle 10 minuutissa. Näin ollen Valtimon oman sairaankuljetusyksikön merkitys on aika pieni. On tietenkin muistettava, että Valtimon sairaankuljetusyksikkö antaa toimeentulon niin yrittäjälle kuin 2-3 työntekijällekin. Toisaalta hyviä työntekijöitä tarvitaan jatkossakin alueella, joten jokaiselle haluavalle työntekijälle uskoisi olevan töitä myös uudessa organisaatiossa.

Kuten jo tutkimukseen vastanneiden mielipiteistä voidaan todeta, nykyaikainen kiireellinen sairaankuljetus tulisi erottaa terveyskeskustoiminnasta. Kiireellisen sairaankuljetuksen tulisi olla jatkuvassa välittömässä valmiudessa ympäri vuorokauden, eikä se saisi olla sidoksissa muihin sairaanhoidollisiin tehtäviin. Kiireettömän sairaankuljetuksen työpanosta pystyttäisiin hyvin käyttämään myös terveyskeskuksen tarpeisiin, jos terveyskeskuksella olisi siihen tarvetta. Lähinnä tarpeet tulevat esille polikliinisen työn kipsauksissa ja teippauksissa. Poliklinikan uudelleenorganisointi antaisi hyvät kehittämisedellytykset, jos sairaankuljettajat eivät olisi enää organisaatiossa mukana.

Vaikka olen toiminut Nurmeksessä ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän palveluksessa yli kymmenen vuotta ja luulin tienneeni alueemme vahvuudet ja heikkoudet, antoi tämä tutkimus paljon lisänäkökulmia sairaankuljetuksen kehittämiseen. Itse työn tekeminen laajensi omaa näkemystäni. Tutkimus vaati muutaman vuoden ajan jatkuvaa tiedon

keräämistä ja ponnisteluja työn eteenpäin saattamiseksi. Teemahaastattelun tekeminen oli työn mielenkiintoisin vaihe. Siinä pääsi keskustelemaan avoimesti haastateltavien kanssa ja luottamuksellinen ilmapiiri avasi haastateltavat kertomaan sen, miltä heistä todella tuntui. Tämä toi mielestäni työlle lisää luotettavuutta ja todellisia kehittämisenäkökulmia.

Uskon, että tämä opinnäytetyö pääsi tavoitteeseensa tarjoten hyötyä Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymälle. Tavoitteena oli löytää keinoja, miten sairaankuljetusta voidaan kehittää Ylä-Karjalassa. Tämä opinnäytettyö antaa esimiesten näkökulmasta selviä malleja, miten toimintaa tulisi muuttaa. Jotta toiminnan muutos olisi myös taloudellisesti kannattavaa, vaatii kehittämissuunnitelma lisätutkimuksia. Vastaajat uskoivat sairaanhoitopiirin mukaan tullessa sairaankuljetuksen toimijoiden määrän putoavan yhteen. Jatkotutkimuksena olisi hyvä selvittää millaisia organisaatiomuutoksia tämä yhden toimijan malli vaatisi alueella. Lisäksi tulisi selvittää, paljonko tällainen toiminta maksaisi ja olisiko se taloudellisesti kannattavaa verrattuna nykyiseen toimintaan. Jatkotutkimuksen voisivat tehdä tulevat ylemmän ammattikorkeakouluopiskelijat tai tutkimus olisi mahdollista tehdä myös terveydenhuollon kuntayhtymän työntekijät, jos siihen annetaan resursseja.

8.3 Oma oppiminen projektista

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelman kompetenssit kuuluvat koulutuksen kulmakiviin. Koko opiskeluajan kestävä opinnäytetyöprosessi tuntui raskaalta ja sitä se olikin. Myös kompetenssit tuntuivat vierailta. Näin jälkeensä ajatellen huomaan oppineen kompetensseja melko paljon. Olen oppinut oman opinnäytetyöni kautta tutkimusteorioita, pystyen soveltamaan niitä työhöni. Pystynkin toteamaan, että hallitsen kehittävän työntutkimuksen kehittämismenetelmän. Tiedonhankintataitoni on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana melkoisesti. Työskenneltyäni itsenäisesti opinnäytetyöni parissa olen sisäistänyt kehittämishankkeen kulun ja osaan toteuttaa sitä käytännössä yhdessä henkilöstön kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Ylä-Karjalan sairaankuljetusta eli parantaa myös hoitotyöntyön laatua. Prosessin aikana olen voinut toimia muutosjohtajana. Muutosjohtajana toimiminen on tullut esille varsinkin silloin, kun olen analysoinut ja tehnyt ehdotuksia sairaankuljetuksen kehittämisestä. Johtajana olen esimerkijohdaja. Haluan kannustaa omalla esimerkilläni työntekijöitä päivittäisissä toimissa ja kannustaa heitä kehittämään itseään. Toimin johtajana tasapuolisesti ja arvostan työntekijöiden avoimuutta. Pystyn myös

jakamaan tehtäviä työntekijöiden kesken, enkä halua pantata tietoja vain itselläni. Johtajana minun tulisi kehittyä siinä, että osaisin vaatia työntekijöiltä enemmän. Itse en pelkää saada negatiivista palautetta, mutta negatiivisen palautteen antaminen muille on aina hankalaa. Mielestäni johtamisen kulmakiviä voidaan tarjota koulutuksen myötä, mutta hyvällä johtajalla johtamisen avaimet löytyvät hänen omasta persoonastaan.

Tavoitteeni tässä opinnäytetyössä oli löytää esimiehiltä konkreettisia ratkaisuja sairaankuljetuksen kehittämiseen. Mielestäni ratkaisumallit on hyvin nähtävissä tässä tutkimuksessa. Tutkijan rooli oli etsiä tietoa, millä parannetaan tutkittavan organisaation toimintamallia ja tarvittaessa luodaan jotain uutta. Samalla kehitetään organisaatioon soveltuvia uusia ideoita. Tutkimuksen aikana eteeni tuli monia asioita, mitkä koskettivat minua myös organisaation työntekijänä. Sairaan kuljetuksen nykytilaa tutkiessa sain kokea monia puutteita, mitkä koskettivat myös minua. Nämä asiat eivät saaneet, eivätkä vaikuttaneet tutkimustulosten analysoinnissa. Toisaalta nämä asiat avasivat myös omat silmäni sille, mitä omassa työssäni on kehitettävää. Näin tutkimuksen loppuvaiheessa voitaneen todeta, että tämä tutkimus kehitti minua niin tutkijana kuin työntekijänäkin. Vaikka tutkimus antaa paljon niin tutkijalle kuin toivottavasti tutkittavalle organisaatioille, tulisi sen laajuutta miettiä kriittisesti ylemmän ammattikorkeakoulun opintosuunnitelmassa. Mielestäni johtamisen kehittämisen osaamiseen varatusta 90 opintopisteestä ei pidä käyttää 30 opintopistettä kehittämistyöhön. Painopistettä pitäisi suunnata vahvaan teoriaosaan ja nykyistä paljon laajempaan asiantuntijaosaamisen hyödyntämiseen. Koska ylemmän ammattikorkeakoulun ideana on tarjota käytännönosaajia eri työyhteisöille, tulisi käytännön osaamista myös näkyä opetuksessa enemmän. Kehittämistyö tulee olla osa opiskelukokonaisuutta, mutta sen laajuus tulisi mitoittaa pienemmäksi.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Gummerus. Jyväskylä.
- Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994. <http://www.finlex.fi>
- Engeström, Y. 1987. Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research. Orienta-konsultit. Helsinki.
- Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus- Perusteita, tuloksia ja haasteita. Edita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki.
- Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Vastapaino. Tampere.
- Eriksson, K. 1995. Hoitokärsimys, kärsivä ihminen hoidossa. Åbo Akademi. Turku.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Jyväskylä.
- Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulma aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Juva. 159-183
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11:1:312.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Saravaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Huhtala, S. 2004. Uudistettu ensihoitosopimusmalli/ohjemalli sekä eräitä tulkintoja kuljetukseen liittyvistä asiakasmaksuista ja kustannuksista. Helsinki: Suomen kuntaliitto, yleiskirje 26/80/2004
- Järvinen, A. 1998. Hoitaja vai kuljettaja? -Suomalaisen sairaankuljetuksen ja ensihoidon historia. Suomen Ensihoitotiedotus OY. Espoo
- Järvinen, A. 1999. Ensihoidon kehitys Suomessa – ennakkoluulottomuutta vastatulessa. Systole ensihoidon erikoislehti 6/99, 41-48. Forssan Kirjapaino Oy. Suomen ensihoidon tiedotus Oy. Espoo.
- Järvinen, A. 2008. Ensihoidon historiaa II. SOS 4/2008, 80-86. Oulu. Lääkäri- ja pelastushelelikopterit Sepe, Ilmari & Aslak tuki ry.
- Kalkas, H., Sarvimäki, A., 2002 Hoitotyön etiikka. WSOY. Helsinki.
- Kiira, P. 2008. Ensihoidon lääkkeet 2009. Neljäs, uudistettu painos. Yliopistopaino. Helsinki.

- Kinnunen A. 1995. Sairaankuljetus ja ensihoidon perusteet. Jyväskylä: Suomen Punainen Risti, Helsinki. Pelastusopisto, Kuopio
- Kinnunen A. 2002. Ensihoidon historiaa. Teoksessa Castrèn, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J., Väisänen, J. & Väisänen, O. (toim.) Ensihoidon perusteet. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti. Keuruu.
- Kuisma M. 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen - selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:26. Helsinki . Yliopistopaino. [Verkkodokumentti] (Viitattu 14.11.2008.) <http://www.stm.fi/>
- Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. (toim.). 2008 Ensihoito. Tammi. Jyväskylä.
- Kurola, J., Kettunen, T. 2009. Ensihoitopalvelun nykytila ja tulevaisuus Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä-projekti. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio.
- Kylmä J., Vehviläinen-Julkunen K. & Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi. Duodecim 119(7), 609-615. [Verkkodokumentti] (Viitattu 12.12.2009). <http://www.terveysportti.fi/>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007 Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta. 2009. <http://www.finlex.fi>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva. 21-43.
- Launis, K., Kantola, T., Niemelä, A-L. & Engeström, Y. 1998. Työyhteisöt vanhan ja uuden murroksessa. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, H., 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY. Helsinki.
- Leontjev A.N. 1977. Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus. Kansankulttuuri. Helsinki.
- Leontjev A.N. 1981. Problems of the development of the mind. Progress. Moscow.
- Murtonen, M. Toivonen S. 2006. Sairaankuljetuksen turvallisuus on johtamista. Helsinki: Lääkelaitoksen julkaisusarja 3/2006
- Muutoslaboratorio. 2006. [Verkkodokumentti] (Viitattu 1.10.2009) <http://www.muutoslaboratorio.fi/>
- Määttä, T. 2003. Ensihoidon erityispiirteet. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L., Sillanpää K. (toim.). Uusi ensihoidon käsikirja. Tammi. Jyväskylä. 24-34
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotyön tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva. 215-221

Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi. Tampere.

Nurmes. 2010. Nurmeksen kaupungin kotisivut [Verkkodokumentti] (Viitattu 1.2.2010.) <http://www.nurmes.fi/>

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24 [Verkkodokumentti] (Viitattu 3.12.2009) <http://www.minedu.fi/>

Setälä, A. 1991. Mitä viranomaisen pitäisi tehdä ensihoidon kehittämiseksi? Ensihoito- ja sairaankuljetus 1/1991, 5-7. Suomen lääkintävahtimestarien ja sairaankuljettajien yhdistys ry. Tampere

Sillanpää, K. 1999. Ensihoidon arvomaailma. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L., Sillanpää, K. (toim.). Ensihoidon käsikirja. Kirjayhtymä. Helsinki. 17-23

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:13. 2009. Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisestä. Sairaan kuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 327/2009. 2009. Sairaan kuljetusluvut terveydenhuollon piiriin. [Verkkodokumentti] (Viitattu 15.2.2010.) <http://www.stm.fi/tiedotteet>

Stakes 2006a. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaskirjastanasto. [Verkkodokumentti] (Viitattu 21.9.2009) <http://sty.stakes.fi/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi. Jyväskylä.

Varto Juha 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tammer-Paino Oy. Tampere

Valli, J. 2009. Ensihoitojärjestelmä. Teoksesta. Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V., Martikainen, M., (toim.) Ensihoito-opas. Duodecim. Tallinna.

Valtimo. 2010. Valtimon kunnan kotisivut [Verkkodokumentti] (Viitattu 1.2.2010). <http://www.valtimo.fi/>

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 1999. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. Työministeriö. Raportteja 6. Oy Edita Ab. Helsinki.

Vygotsky L.S. 1978. Mind in society: The development of higher psychological processes. Harvard University Press. Cambridge.

Åstedt-Kurki, P. 1994. Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksiä koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 6(1),2-7.

Julkaisemattomat lähteet:

Nurmeksen seudun kansanterveystyön kuntainliitto. 1973. Liittohallituksen pöytäkirja 13.3.1973. Nurmes.

Nurmeksen seudun kansanterveystyön kuntainliitto. 1975. Liittohallituksen pöytäkirja 21.11.1975.
Nurmes.

Nurmeksen seudun kansanterveystyön kuntainliitto. 1975. Liittohallituksen pöytäkirja 25.11.1975. Nurmes.

Nurmeksen seudun kansanterveystyön kuntainliitto. 1976. Liittohallituksen pöytäkirja 31.1.1976.
Nurmes.

Nurmeksen seudun kansanterveystyön kuntainliitto. 1984. Liittovaltuuston pöytäkirja 30.1.1984. Nurmes.

Nurmeksen kaupunki. 2009. Kaupunginhallituksen pöytäkirja. 19.10.2009. Nurmes

Sairaankuljetuksen toimintakertomus. 2008. Nurmes

LIITE 1

Selvityshenkilö Markku Kuisman selvitystyö

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 5.1.2007 selvityshenkilö Markku Kuisman tekemään selvityksen ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden järjestämisestä. Selvitysmiehen tuli tehdä ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelu- ja kustannustasokartoitus, laatia ehdotukset sairaankuljetuksen ja ensihoidon järjestämisestä ja rahoittamisesta tulevaisuudessa sekä arvioida ensivastetoiminnan tulevaa merkitystä ja antaa tarvittaessa ehdotukset ensivastetoiminnan määrittelemiseksi, kehittämiseksi ja rahoittamiseksi.

Selvityshenkilö jätti raporttinsa Ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden kehittäminen, Selvityshenkilön raportti, sosiaali- ja terveysministeriölle 10.4.2007 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:26).

Selvityshenkilön keskeisimmät ehdotukset olivat:

1. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytännön järjestämisvastuu siirretään kunnilta sairaanhoitopiireille, ja kokonaisvastuu ensihoitopalvelusta osoitetaan sairaanhoitopiireille.
2. Kunnat velvoitetaan laatimaan sairaanhoitopiirin ohjaamina ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasopäätökset.
3. Ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivien ambulanssien lähtövalmiusaika määritetään välittömäksi A-C -kiireellisyysluokan tehtävissä.
4. Tarkoituksenmukainen työnjako julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä toteutetaan keskittämällä julkinen palvelutuotanto ensihoitoon ja sairaankuljetukseen ja hankkimalla palvelut hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin normaalin hankintamenettelyn ja kilpailutuksen kautta.
5. Kiireellisten (A-C) ensihoito- ja sairaankuljetustehtävien tuotanto määritetään pelastuslaitosten lakisääteiseksi tehtäväksi.
6. Ensihoidon vastuulääkäritoiminta ja asiantuntijapalvelut keskitetään sairaanhoitopiirien ensihoitokeskuksiin ja kunnat lakkauttavat vastaavat toiminnot.
7. Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta järjestetään ja rahoitetaan pääosin Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän esityksen mukaisesti. Valtion budjettirahoitus tulee aikaistaa alkavaksi v. 2009. Peten ja Aslakin sijoituspaikkakunnat arvioidaan uudelleen, ja sairaankuljettajien konsultaatiota keskitetään

operatiivisiin lääkäriyksiköihin.

8. Ensihoito ja sairaankuljetus rahoitetaan edelleen kolmikanavaisesti Kelan, potilaan omavastuuosuuksien ja kuntien toimesta. Kuntien rahoitusosuutta riittävän ja välittömän ensihoidovalmiuden aikaansaamiseksi lisätään. Hoitotasoa edellyttävälle kuljetuksille määritetään oma korkeampi korvaustaksa. Laskutusmenetelmiä tehostetaan voimakkaasti ja Kela velvoitetaan sähköisen laskutuksen käyttöönottoon v. 2008 loppuun mennessä. Pitkällä tähtäimellä tavoitteena tulee kuitenkin olla yksikanavainen rahoitusjärjestelmä. Kustannusvastuu hoitolaitoksiin sisäänkirjoittamattomien potilaiden kuljetuksista siirretään Kelalta lähettävälle hoitolaitoksille.

9. Ensivastetoimintaa kehitetään varsinaista ensihoitoa ja sairaankuljetusta tukevana toimintana eikä sillä korvata systemaattisesti liian vähäistä sairaankuljetuksen kapasiteettia. Ensivastetoiminta, sen määrittely sekä ensivasteyksiköiden tasot (perustason ensivasteyksikkö ja ensiauttajataso ensivasteyksikkö) on liitettävä sairaankuljetusasetukseen ja pelastuslakiin. Ensivasteyksiköiden hälytysaiheita ja vastemäärittelyä tulee voimakkaasti kehittää ja yhtenäistää. Ensivastetehtävät rahoitetaan terveydenhuollon budjetista lukuun ottamatta tehtäviä, joissa yksikkö hälytetään pelastustoimen vastemäärittelyn perusteella.

10. Perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen pätevyysvaatimuksista uuden henkilöstön osalta annetaan valtakunnallinen suositus tai vaihtoehtoisesti ne liitetään sairaankuljetusasetukseen. Vanhan vakituudessa työsuhteessa olevan henkilöstön asema turvataan.

11. Pelastajatutkinnon kestoa pidennetään yhdellä lukukaudella sekä lähihoitajan (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto) ja ensihoitajan tutkintojen sisältöjä kehitetään nykytarpeita vastaaviksi. Tutkintoja kehitetään modulaariksi, jotta urakehitys perustasolta hoitotasolle voi tapahtua huomattavasti nykyistä tarkoituksenmukaisemmalla tavalla.

12. Hätäkeskuslakiin lisätään velvoite, että hätäkeskuksen tulee ottaa vastaan ja käsitellä kaikki kansalaisilta suoraan tulevat terveystoimen hätäilmoitukset ja sairaankuljetuspyynnöt. Hätäkeskuslain 7-9 pykälää tarkennetaan, jotta terveystoimaisella on oikeus terveystoimen hätäilmoituksiin liittyvään tietoon. Potilaan oikeudellista asemaa hätäilmoitusten käsittelyn yhteydessä vahvistetaan.

13. Liikennelupamenettely ja siihen liittyvä tarveharkinta säilytetään yksityisten sairaankuljetusyritysten osalta.

14. Hoitolaitosten väliset potilassiirrot eriytetään ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta. Potilassiirtopyynnöt vastaanotetaan yliopistollisiin sairaanhoitopiireihin perustettavissa logistiikka-keskuksissa. Potilassiirtopalveluiden hankintoja hankintamenettelyn ja kilpailutuksen kautta lisätään.

15. Potilassiirtotoimintaa kehitetään toimintaprosesseja parantamalla, siirtoluokitusjärjestelmän käyttöönotolla sekä käyttämällä riskittömien potilaiden kuljetuksiin enemmän invataksia ja potilaskuljetusautoja ambulanssien asemasta.
16. Ensihoidon sähköinen potilaskertomus ja tietojärjestelmä otetaan käyttöön koko maassa vuoden 2010 loppuun mennessä, ja rekisterinpitovastuu siirretään palveluntuottajilta sairaanhoitopiireille.
17. Keskushallintoa vahvistetaan nimeämällä Sosiaali- ja terveysministeriöön päätoimisesti hätäkeskustoimintaan, ensihoitoon ja sairaankuljetukseen sekä potilassiirtoihin keskittyvä asiantuntija.
18. Yllämainittujen ehdotusten toteuttamiseksi tulee tehdä tarvittavat muutokset kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin, sairaankuljetusasetukseen, sairausvakuutuslakiin, asetukseen potilasasiakirjojen laatimisesta, lakiin luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä, hätäkeskuslakiin, pelastuslakiin sekä mahdollisiin muihin lakeihin ja asetuksiin, jotka vaikuttavat toimintaan tai koulutusjärjestelmään.

LIITE 2.

Teemahaastattelurunko:

Taustatiedot:

Sairaankuljetuksen tämän hetkinen *tilanne* Ylä-Karjalassa

hoidontaso

koulutus

taloudellisuus-tehokkuus

kolmentoimijan malli

Sairaankuljetuksen kehittäminen

hoidontaso

koulutus

organisointi

suuronnettomuusvalmius

LIITE 3

Haastattelupyyntö

Hyvä vastaanottaja!

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa johtamisen ja kehittämisen ylempää AMK-tutkintoa, johon kuuluu tutkimustyön tekeminen.

Tutkimuksena tarkoituksena on selvittää Ylä-Karjalan sairaankuljetuksen kehittämistä, esimiesten näkökulmasta. Tutkimusluvan olen saanut Nurmeksien ja Valtimon thky:n johtavalta hoitajalta Riitta-Liisa Peltolalta.

Tutkimusaineistoni kerään haastattelemalla. Toivon Sinun olevan yksi esimiehistä, jota voin haastatella. Toivon, että voisin tehdä haastattelun mahdollisimman pian. Haastattelut nauhoitan, jos annat siihen luvan. Nauhurin avulla haastattelu sujuu nopeammin. Aikaa haastatteluun kuluu noin 30-60 min.

Toivon, että annat vastauksen tähän haastattelupyyntöön mahdollisimman pian sähköpostitse osoitteeseen mika.karjalainen@nurmes.fi

Mika Karjalainen

Sh N191

Nurmes

Liite 4.

Sisällönanalyysi

pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka	pääluokka
tasotesteissä käyty laiskasti ei kovin korkea näyttää päivitetystä osaamisesta ei ole tarpeeksi koulutukset pitkän aikaa sitten ei ole yhtenäinen henkilöstön taso vaihtelee ei voi sanoa erityisen loistavaksi	taso ei vastaa valtakunnallista tasoa		hoidon taso Ylä-Karjalassa
vertailukelpoinen muuhunkin alueeseen kohtuullisen hyvä hyvää keskitasoa pääosin hyvä käytännön osaamista kaikilla on paljon	valtakunnallisella keskitasolla		
saatavilla koulutusta on, mutta se painottuu vähän kauemmas paikallisesti ehkä kaipaisi enemmänkin kerran kuukaudessa tapahtumia, missä käydään yleisiä asioita läpi tarvittaisiin lisää	koulutuksen tarjontaa		Sairaankuljetuksen tilanne tällä hetkellä Ylä-Karjalassa
ei tarkkaa käsitystä siitä käytetäänkö koulutusta eivät ole valmiita lähtemään koulutuksiin pelastuslaitos on ollut aktiivinen koulutuksissa porukkaa ei ole hirveästi näkynyt. Ylä-Karjalasta ei juurikaan ole ollut osanottajia	koulutukseen osallistuminen		koulutustaso
hyvinkin taloudellisesti järkevästi järjestetty			

hinta-laatusuhde on aika kohdallaan kokonaisuutta katsottuna	taloudellisesti kannattavaa	taloudellinen/tehokas	
Alueelle varmaan kannattava järjestelmä			
tehtävät ja mitä resursseja käytetään, ei ole tasapainossa. ei voi hyvin taloudellinen olla	taloudellisesti kannattamatonta	taloudellinen /tehokas	
kolmentoimijan mallissa jokaisella työnjako on selvä			
tänä päivänä se toimii kohtuullisen hyvin	toiminnallisesti järkevä toimintamalli		
mallilla ollaan saatu se että Valtimolla on ambulanssi			
yksi toimija vaan olisi, niin onhan siinä määrätty edut yhdellä toimijalla olisi, helpompaa järjestää päivystyksiä ja muuta henkilöstön käyttöä. enemmän yksi toimija vähintään niin, että yksi hallinnoiva yksikkö			
mitä useampi alatoimija on, niin sen hankalampi sitä on hallinnoida		kolmen toimijan malli	
Tk:n oma yksikkö halutaan pitää alueella mahdollisimman pitkään	toiminnallisesti ongelmallinen toimintamalli		
Nurmeksen tk:n yksikkö ei tuo hirveästi tulosta			
ei ole paras toiminnallisesti. virheeltis kun ajatellaan hälytystehtäviä			
sekava			
ei ehkä paras mahdollinen malli toiminnan kannalta			
negatiivisena jotkut ristiriidat			
voimassaolevat tentit sairaankuljettajilla			
tenttien suorittamiseen tarkeimmat pelisäännöt	osaamisen testaus	hoidon tason kehittäminen	Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-karjalassa
ammattitaidon ylläpitämistä hoitotasolla, - iso aika työajasa-			

taan koulutuksessa			
hoitotasolla tulisi olla vähintäänkin sairaanhoitaja, joilla on hoitotason luvat.	hoitotaso		
pitäisi pystyä liuotushoitoihin se vaatii hoitotasoa	hoitotaso		
P-tason yksikköä ei hyödyllinen			
tulisi aina olla yksikkö, jossa on hoitotason sairaankuljettaja käytössä		hoidontason kehittäminen	
perifeeriassa voisi olla tulevaisuudessa H+P malli			
alueen kahdella yksiköllä hoitotason pätevyys H+P			
hoitotason vaatii tietyn tilaustarpeen ei kannata pitää hoitotasovalmiutta, jolla on satunnaista hyötyä.	H+P malli		
H+P yksikkö			
pyrkimys päästä hoitotasolle, ainakin toinen miehistöstä			
Toinen perustasolla voi olla palomies-sairaan kuljettaja	perustaso		
Perustasolla toisen pitää olla terveydenhuoltoalan tutkinnon suorittanut			Sairaan kuljetuksen kehittäminen Ylä-karjalassa
pysyväisluontaiset luvat lääkitsemiseen hoitotasolla			
jos hoitoyksiköitä on tarjolla niin ne lääkitsee	hoitotaso		
hoitotason sairaankuljettaja lääkitsee jatkossa			
love-tentit suoritettu niin peruskuin hoitotasolla			
valmius kivunhoitoon myös perustasolla		lääkitseminen	
perustasolla puhelinkonsultation ja lisäkoulutuksen avulla			
suppean lääkevalikoiman kanssa myös perustasolla	perustaso		
perustasolla olisi suppea valikoima lääkkeitä			

se voisi olla alueella, jolloin se organisoisi toimintaa			
N191 hoitajalla vois olla se status	soveltuva alueelle	L4 toiminta	
esim Juuka Nurmes ja Valtimo alueelle yhteinen			
ei pelkästään Ylä-Karjalaan, voisi olla Kainuun kanssa jos-sain määrin yhteistä			
L4 toiminta hyvin järkevää, mutta Ylä-Karjala liian pieni alue			
Joensuussa väestöpohja on n. 140 000 ihmistä ja sekin on vähän pieni määrä.	liian pieni alue käytettäväksi	L4 toiminta	
Alueella ei riitä väestöpohja oman L4 perustamiseksi, vaan alueella voisi toimia alueellinen ”vara L4”			
alue pitäisi olla isompi, jossa olisi hoitotason hoitaja			
ehkä alue on liian pieni			
lähtövalmius tilastojakin katso-essa aika merkityksetön			Sairaankuljetuk- sen kehittäminen Ylä-karjalassa
se on rahakysymys	ei välitön lähtö- valmius		
tämä on kompromissi, ideaali tietenkin olisi välitönvalmius			
yhden tai 5 minuutin lähtöval- mius olisi hyvä			
potilas voisi joskus hyötyä ly- hyemmästä valmiusajasta	välitön lähtöval- mius		
työntekijöiden motivoimiseksi olisi parempi, ettei olisi kotiva- rallaolo.			
kiireellisessä sairaankuljetuk- sessa välittömään lähtövalmiu- teen		lähtövalmius	
on kyse minuuteista, sekun- neista, jonka takia järjestelmää ylläpidetään			
jos hoidetaan sakua 15 minu- utin valmiudessa, niin meille	välitön lähtöval- mius		

riittäisi taksitoiminta.		
jos muu kuin välitön, poliittinen päätös, jolloin alueella ei haluta hoitaakaan vakavasti loukkaantuneita tai sairastuneita ihmisiä sillä tavalla kuin se olisi tämän ajan hengen mukaista.		
avuun pitää lähteä mahdollisimman nopeasti		
olisi ideaali jos olisi välitön sekä Nurmeksessa, että Valtimolla jatkuvasti		
hoitajien koulutus mennyt hie- man sekavaksi		
sairaanhoidajan koulutus myös sairaankuljettajalla	peruskoulutus	
peruskoulutus pitää olla tarpeeksi hyvä ja sitten jatkokoulutusta tarvitaan paljon		
hoitotaso yhtenäistyy kun siellä voi olla vain sairaanhoitajia ja ensihoitajia		
jatkokoulutusta tarvitaan ja se pitäisi systemaattisesti varmistaa.		
Kuopiosta tai Helsingistä saatu koulutus ei välttämättä ole siirrettävissä tänne	alueellinen koulutus	
samantyyppistä koulutusta mitä ensiavussa annetaan		
ensiavun ja sairaankuljetuksen yhteiskoulutuksen kehittämisen		
asiantuntijakoulutus keskitetty		koulutuksen kehittäminen
milloin potilaita kuljetetaan suoraan sairaalaan ja milloin voivat odottaa tk:ssa		
maakunnallinen koulutussuunnitelma ja koulutusorganisaatio		Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-karjalassa
yhtenäiset hoitokäytännöt alueelle		
maakunnassa yksi järjestelmä jota kaikki voisivat hyödyntää	alueellinen koulutus	

kiireellisessä sairaankuljetuksessa työskentelevien pitäisi olla jatkossa vähintään perustason			
koulutukseen osallistumista tulee seurata rekisterin avulla	koulutuksen seuranta		
rekisteri, jonne merkitään kaikki suoritteet, niin voidaan peilata kaverin osaamista.			
hoito- ja perustason suorittamiselle tulisi olla velvoite			
toimiminen konsulttina tk:n henkilökunnalle		koulutuksen kehittäminen	
työvuorossa omakohtaista, suunniteltua koulutusta			
asemilla vuorokohtaista koulutusta.	työpaikkakoulutus		
kuukausittain kerrattaisiin asioita, tämä voisi olla thky:n järjestämää			
hoitotason suorittaminen näkyisi jossain palkkauksessa	motivointi		
pakkoa suorittamisiin ei ole vaan se pitäisi perustua vapaehtoisuuteen			
<hr/>			
ei tarvetta muuttaa kolmentoimijan mallia			
näin pitkään toimittu ja kohdullisen hyvin pärjätty	kolmentoimijan malli		
kolmentoimijan mallissa yhteistyötä pitäisi vielä syventää ja kehittää			
tälläkin mallilla voitaisiin eteenpäin mennä, tämä on poikkeava mutta toimiva			
yksi kattojärjestö			
raha on kaikella takana, joten yhdellä toimijalla edullisin		Toimijat alueella	
jotenkin tuntuisi että olisi helpompaa toimia, jos oltaisiin yhden organisaation sisällä	uudistusta vaativaa, siirtyminen pois kolmentoimijan mallista		Sairaankuljetuksen kehittäminen Ylä-karjalassa
kun ne toimisi yhden toimijan alla se olisi edullisempaa			
kolme toimijaa noin pienellä			

kentällä on aika paljon. kolmentoimijan malli varmaan tulee muuttumaan			
jos laki tulee voimaan ja shp järjestää sairaankuljetuksen vastuu sairaankuljetuksesta siirrettäisiin isommille yksi- köille			
voisi ottaa kokonaan vastuul- leen sairaankuljetuksen			
sairaanhoidopiiri vois kokonai- suutena ottaa hoitaakseen ja valvoa sitä ja kehittää	sairaankuljetuksen järjestäminen		
kun shp ottaa vastuulleen sai- raankuljetuksen niin silloin on varmaan yksi toimia		Shp:n rooli	
jos lakimuutoksen myötä sai- raankuljetus siirtyy shp:n vas- tuulle, tulee shp:n rooli ole- maan aktiivisempi.			Sairaankuljetuk- sen kehittäminen Ylä-karjalassa
kilpailutusasiat tulee olemaan se ongelma			
yhteen sovittaja, koulutuksista ja muista vastaavista			
kaikki toimii samojen ohjeitten ja tiettyjen peruseriaatteiden mukaisesti	sairaankuljetuksen toiminen samojen ohjeiden mukai- sesti		
koordinointi, ohjaus, toiminnan kehittäminen			
voidaan antamaan jokaiseen paikkaan samanlaiset ohjeet			
tk:n rooli olisi yhteistyö shp:n kanssa			
alueellisen koulutuksen järjes- täminen	kouluttaja		
tarvittaessa palvelun tilaaja shp:ltä sivusta katsoja			
shp antaa määräyksen toimin- nasta ja tk maksaa palvelusta maksajan rooli		terveyskeskuk- sen rooli	
kiireinen sairaankuljetus val- miuteen, eikä osaksi tk toimin- taa	tulevaisuudessa vain toiminnan rahoittajana		
tk:lla ei ole toimintaan vaiku-			

tusta		
tk lääkäreillä ole taitoa ensi- hoidon hoitamisesta kentällä		
tk lääkärin pitää olla tk:ssa, ja perusterveyskeskuslääkäri ei ole oikea henkilö kentälle		
pääsääntöisesti tk lääkäriellä ei ole mitään virkaa suuronnetto- muustilanteen onnettomuus- paikalla		
henkilö joka ei ole toiminut kentällä ei pysty johtamaan lääkinnällistä toimintaa kentäl- lä	tk lääkärin rooli	
tk lääkäri voi johtaa lääkinnäl- listä toimintaa, jos on kokenut ja osaa kenttätyön		
virven käyttö olisi myös on- gelmana tk lääkärille ja hänellä pitäisi olla radisti		Suuronnetto- muusvalmius
virven käyttö olisi ongelmallis- ta muilta kuin sairaankuljetta- jilta	viranomaisverkon käyttö	
virven käytössä voi olla on- gelmia, jos tk lääkärit joutuvat käyttämään niitä suuronnetto- muudessa		Sairaankuljetuk- sen kehittäminen Ylä-karjalassa
kentältä löytyy enemmän osaa- mista virven käyttöön.		
paras olisi, että siellä johtaisi kaikista kokenein ja osaavin sairaankuljettaja.	ensihoitajan rooli	
suuronnettomuuden terveys- puolen johtajana voisi olla hoi- totason ensihoitaja.		
paikalla oleva kokenut hoitota- son sairaankuljettaja johtaa		
toivottavasti pelastustoimella valmiudet kunnossa		
perehtyminen suuronnetto- muus- ja valmiussuunnitelmaan	koulutus	
suuronnettomuusvalmius huo- nossa tilanteessa		
sitä pitäisi kehittää		

