

Laura Vainikka

**ENSIHOITAJIEN KOKEMUKSIA  
ENSIHOITOPALVELUN  
KIIREETTÖMIEN POTILAIEN  
PALVELUPROSESSISTA**  
Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden  
palveluprosessin kehittäminen

Opinnäytetyö

Akuutin hoitotyön koulutus (ylempi amk)

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

2021



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Tekijä	Laura Vainikka
Työn nimi	Ensihoitajien kokemuksia ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessista – Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessin kehittäminen
Toimeksiantaja	Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos
Vuosi	helmikuu 2021
Sivut	57 sivua, liitteitä 4 sivua
Työn ohjaaja	Niina Eklöf, TtT, sh, yliopettaja, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden rakenteellisten, toiminnallisten ja painopisteiden muutosten vaikutukset yhdessä tulevan maakunta- ja sote-uudistuksen kanssa edellyttävät palveluiden paremman laadun, saatavuuden ja kustannustehokkuuden kehittämistä. Väestöennusteen kehitys aiheuttaa kehittämiskaavan vastata yhteiskunnallisiin haasteisiin ja ohjaa palveluiden uudelleen järjestämistä. Palveluita tulee kehittää yhteensovitetuiksi tarpeenmukaisiksi hoitoketjuiksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata kohdeorganisaation ensihoitopalvelun ensihoitajien kokemuksia kiireettömien potilaiden palveluprosessista ja sen kehittämisen tarpeesta. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa kiireettömän potilaan palveluprosessin nykytilanteesta ja kehitysideoita kiireettömän potilaan palveluprosessin kehittämiseen.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin sähköisesti puolistrukturoituna Webropol-kyselynä. Opinnäytetyön kysely kohdistettiin kohdeorganisaation päätoimisille ensihoitajille (N = 79). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Ensihoitopalvelun kiireettömät tehtävät lisääntyvät jatkuvasti. Nykytilanteessa kohdeorganisaation ensihoitopalvelu ei pysty yksin eikä moniammatillisen yhteistyöverkoston kanssa tarjoamaan mahdollisimman tarkoituksenmukaista ja kohdennettua palvelua kiireettömille potilaille. Kiireettömät potilaat ohjautuvat kiireellisiin palveluihin ja kuormittavat rajallisia resursseja. Ensihoitopalveluiden kiireettömien potilaiden palveluprosessiin tulisi lisätä tutkimus- ja hoitomenetelmiä sekä kehittää yhteistyötä potilaiden hoitoon osallistuvan verkoston kanssa. Strukturoitujen toimintamallien ja yhteistyön kehittämisellä voitaisiin kiireettömät potilaat hoitaa tasa-arvoisesti, tasalaatuisesti ja kustannustehokkaasti sekä ohjata palvelujärjestelmien resursseja asianmukaisesti.

Moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen avulla kiireettömien potilaiden palveluiden laatua voidaan kehittää. Reaaliaikainen tiedonsiirto ensihoitopalvelun ja muiden päivystyksellisten palveluiden välillä sekä uusien teknologisten ratkaisujen käyttö mahdollistavat kohdistetumman palvelun tarjoamisen.

**Asiasanat:** ensihoitopalvelut, kiireetön hoito, palveluprosessit, hoidonohjaus

Degree	Master of Health Care
Author	Laura Vainikka
Thesis title	Paramedics' experience of Emergency Medical Services in the service process for non-critical patients – Emergency Medical services for non-critical patients' evolution
Commissioned by	Western-Uusimaa Rescue Department
Time	February 2021
Pages	57 pages, 4 pages of appendices
Supervisor	Niina Eklöf

## ABSTRACT

The effects of changes in the structural, operational and priorities of social and health care services, together with the forthcoming provincial and social reform, will require the development of better quality, availability and cost-effectiveness of services. The development of the population forecast causes a development requirement to meet societal challenges and guides the reorganization of services. Services should be developed into coordinated, appropriate care pathways.

The purpose of this thesis was to describe the experiences of the paramedics of the target organization Emergency Medical Services (EMS) about the service process for non-critical patients and the need for its development. The aim of the thesis was to provide the target organization with information on the current situation of the non-critical patients service process and development ideas for the development of the non-critical patients service process.

In this thesis, a qualitative research method was used and the material was collected electronically as a semi-structured Webropol survey. The thesis survey was aimed at full - time paramedics of the target organization (N = 79). The data were analyzed by inductive content analysis.

The non-critical tasks of the EMS are constantly increasing. In the current situation, the EMS of the target organization is not able to provide the most appropriate and targeted service for non-critical patients alone or with a multi-professional cooperation network. Non-critical patients are referred to emergency services and are burdened with limited resources. Research and treatment methods should be added to the care process for non-urgent patients in EMS, and co-operation with the network involved in patient care should be developed. The development of structured operating models and collaboration could treat non-critical patients equally, uniformly and cost-effectively, as well as manage the resources of service systems appropriately.

The study showed that through multi-professional collaboration and networking, the quality of services for non-urgent patients can be improved. Real-time data transfer between the EMS and other emergency services, as well as the use of new technological solutions, enable the provision of a more targeted service.

**Keywords:** Emergency Medical Services (EMS), non-urgent care, service processes, care guiding

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TAUSTA .....	8
2.1	Keskeiset käsitteet .....	8
2.1.1	Ensihoitopalvelu .....	8
2.1.2	Palveluprosessi .....	9
2.1.3	Kiireetön hoito .....	10
2.1.4	Hoidon tarpeen arviointi .....	13
2.2	Kirjallisuuskatsaus .....	14
2.2.1	Tiedonhaku .....	14
2.2.2	Ensihoitopalvelun palveluprosessin kehittäminen .....	15
2.2.3	Päivystyspalveluiden kehittäminen osana palveluprosessia .....	18
2.2.4	Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen osana palveluprosessia .....	21
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	21
4	MENETELMÄT .....	22
4.1	Aineistonkeruu .....	22
4.2	Aineiston analyysi .....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	25
5.1	Opinnäytetyön tulokset .....	25
5.2	Ensihoitajien kokemus ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessista .....	26
5.2.1	Ensihoitopalvelun palveluprosessi .....	27
5.2.2	Ensihoitopalvelun resurssit .....	27
5.2.3	Tarkoituksenmukaiset palvelut .....	29
5.2.4	Moniammatillinen yhteistyö .....	31
5.3	Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessin kehittäminen .....	32
5.3.1	Hoito- ja tutkimusmenetelmät .....	33
5.3.2	Ensihoitopalvelun toiminta .....	33
5.3.3	Moniammatillinen yhteistyö .....	34

5.4	Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessia tukevien palveluiden kehittäminen .....	34
5.4.1	Ensihoitopalvelun operatiivinen johtaminen .....	36
5.4.2	Kotiin vietävät palvelut .....	36
5.4.3	Hoivakotien palvelut.....	38
5.4.4	Hätäkeskuksen toiminta.....	39
5.4.5	Muut palvelut .....	40
6	POHDINTA .....	40
6.1	Luotettavuus .....	44
6.2	Eettisyys .....	46
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	48
	LÄHTEET.....	49

## LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Puolistrukturoitu kysely

## 1 JOHDANTO

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731) määrittää velvoitteen, jonka mukaan julkisen vallan tulee turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Lakia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (3.8.1992/733) sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toimien suunnitteluun ja järjestämiseen. Sosiaalihuoltolaki (30.12.2014/1301) ja terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) ohjaavat tarkemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä ja toteuttamista. Perustuslaki määrittää sen, että yhteiskunnan tulee järjestää kansalaisilleen tarvittavat palvelut. Eri lait ja lakipykälien sisällöt määrittävät tarkemmin sen, kuinka palvelut tulee suunnitella, järjestää ja toteuttaa. Muuttuvat toimintaympäristöt ja yhteiskunnan rakenne vaikuttavat siihen, millaisiin palveluihin ja palveluiden kehittämisiin on tarve.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöt muuttuvat. Vuonna 2015 Juha Sipilän hallituksessa käynnistyneen maakunta- ja sote-uudistuksen tavoitteena oli vahvistaa ja yhdenvertaistaa palveluja, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä hillitä kustannusten kasvua (Valtioneuvosto 2019c). Antti Rinteen hallitus jatkoi 2019 rakenneuudistuksen valmistelua hallitusohjelmansa mukaisesti. Tavoitteisiin oli tarkentunut palveluiden paremman laadun ja saatavuuden sekä kustannustehokkuuden lisäksi vastaaminen yhteiskunnallisten muutosten haasteisiin. Uudistuksen painopisteenä oli perustason palvelut ja ennalta ehkäisevä toiminta, niin että palvelut olisivat yhteensovitettuja ja tarpeenmukaisia hoitoketjuja. (Valtioneuvosto s.a.) Joulukuussa 2019 nimettiin Sanna Marinin hallitus, joka jatkaa maakunta- ja sote-uudistusta hallitusohjelmansa mukaisesti (Valtioneuvosto 2019a; Valtioneuvosto 2019b, 153–154).

Yhteiskunnan rakenne muuttuu. Vuonna 2031 Suomen väkiluku lähtee jyrkästi laskuun, jos väestöennusteen kehitys pysyy nykyisellä tasolla. Ennusteen mukaan seuraavan 50 vuoden aikana työikäisen väestön määrä vähenee nykyisestä 62 %:sta seitsemän prosenttia. Yli 65-vuotiaiden määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2070 mennessä, nykyisestä 23 %:sta nousu on 12 %. (Tilasto-

keskus 2019.) Väestön ikääntymisen myötä, on tärkeää kehittää toimiva palvelurakenne ja keinoja, joilla tuetaan kotona asumista ja pärjäämistä (Finne-Soveri ym. 2014; Alueuudistus 2017, Ervastian ym. 2019 mukaan).

Terveystenhuollon kustannukset nousevat jatkuvasti. Terveystenhuoltojärjestelmän toimivuudessa ja kustannustehokkuudessa keskeisiä tekijöitä ovat saatavilla olevat resurssit ja niiden kohdentuminen. Kokonaismenojen kasvun vauhtiin on mahdollista vaikuttaa palvelujen rationalisoinnilla; kun palvelujen tarjontaa organisoidaan ja tehostetaan. Kohdennetaan tarvittavia palveluita, ei vain anneta niitä palveluita, joita palveluntarjoajilla on tällä hetkellä tarjota. (Alkio 2011, 54–56, 81–82.) Rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset edellyttävät että, tervetystenhuollon toimintaa tulee kehittää vastaamaan asiakkaiden ja potilaiden tarvetta (Stetler 2001, Elomaa 2003, Banning 2005, Sarajärvi & Isola 2006 ja Jablonski & Ersek 2009, Sarajärven ym. 2011, 9 mukaan).

Sosiaali- ja tervetystenhuollon poliittisten linjausten ja painopisteiden muuttumisen lisäksi muuttuvalla toimintaympäristöllä tarkoitetaan myös uusien hoitomenetelmien ja hoitoon liittyvän teknologian kehittymistä sekä kiristyvän taloustilanteen vaikutusta. Terveystsalaa koskevan tutkimustiedon avulla on kehitetty hoitomenetelmiä, ja kustannustehokkuuden vaatimus on ohjannut palveluiden uudelleen järjestämistä sekä monipuolistumista. Kehittämiskaatimuksia asettaa kansansairauksien lisääntyminen ja väestön ikääntyminen sekä samalla koulutetun ja osaavan työvoiman saatavuus. (Holopainen ym. 2014, 10–12, 14.)

Ensihoitopalveluiden kiireettömät tehtävät lisääntyvät ja kuormittavat palvelujärjestelmää (Määttä 2013, Kuisman ym. 2013, 14 mukaan; Ervasti ym. 2019). Kohdeorganisaation Lohjan (2017–2020) ja Länsi-Uudenmaan (2015–2020) sairaanhoitoalueiden ensihoitopalvelun kiireettömien ensihoitotehtävien määrässä oli vaihtelua, vuosittain kasvua tai laskua oli keskimäärin noin 5 %. Ensihoitopalvelun kokonaistehtävämäärät kasvoivat. (Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos 2021.) Hoidon tarpeen arvion ja mahdollisten ensihoitotoimenpiteiden jälkeen neljäsosa potilaista ei tarvitse kuljetusta päivystykseen tai jatkohoitoa (Ervasti ym. 2019). Kohdeorganisaation sairaanhoitoalueilla (2015–2020) lähes kolmasosa kaikista potilaista ei tarvinnut kuljetusta tai päivystyspalveluita. (Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos 2021).

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kohdeorganisaation Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueiden ensihoitopalvelun ensihoitajien kokemuksia kiireettömien potilaiden palveluprosessista ja sen kehittämisen tarpeesta. Tässä opinnäytetyössä palveluprosessilta tarkoitetaan toimintojen ketjua, jossa ensihoitaja kohtaa hätäkeskuksen hälyttämällä tehtävällä potilaan, joka riskinarvion ja hoidon tarpeen arvion jälkeen todetaan terveydenhuoltoalan ammattilaisen toimesta kiireettömäksi potilaaksi, mutta joka tarvitsee kiireetöntä päivystyksellistä hoitoa. Opinnäytetyössä ei käsitellä kriittisesti sairastuneita tai loukkaantuneita, jotka tarvitsevat välittömästi henkeä pelastavaa hoitoa.

## **2 TAUSTA**

### **2.1 Keskeiset käsitteet**

#### **2.1.1 Ensihoitopalvelu**

Terveystieteiden tutkimuslain 40. §:n 1. momentin mukaan ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa kuljetus tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön, kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa.

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan ensihoitovalmiuden ylläpitämistä ja päivystystoimintaa, jonka perustehtävä on turvata äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan laadukas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana. Ensihoitopalvelun merkitys on lisääntynyt päivystyspalveluiden keskittämisen myötä. Toimiva ensihoitopalvelu vähentää päivystysalueiden ruuhkaa teemmällä hoidon tarpeen arvion kohteessa ja ohjaamalla potilaat tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluihin. (Määttä 2013, Kuusman ym. 2013, 14, 17–18 mukaan.)

Terveystieteiden tutkimuslain 39. §:n mukaan ensihoitopalvelun järjestäminen on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävä. Ensihoitopalvelu tulee suunnitella ja toteuttaa yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa, niin että sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykselliset palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen, jossa määritellään, kuinka ensihoitopalvelu järjestetään



alueella ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta olennaiset ja tarpeelliset asiat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun toteuttaminen. Toiminta on suunniteltava tarkoituksenmukaiseksi ja tehokkaaksi, huomioiden poikkeustilanteet.

### **2.1.2 Palveluprosessi**

Sanaa prosessi voidaan käyttää useissa eri merkityksissä, kuten esimerkiksi mikä tahansa muutos tai kehitys voi olla prosessi (muutosprosessi, kehitysprosessi) tai toimintojen ketju (toimintaprosessi). Siinä tarkastellaan kontekstissa tai organisaatiossa tapahtuvaa prosessia. Toimintaprosessi on joukko useita loogisesti toisiinsa liittyviä toimintoja (activity) sekä niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja (resource) joiden avulla saadaan aikaiseksi toiminnan tulokset (artifact) ja suorituskky (performance). Prosessille omaista on palautteen kerääminen ja hyödyntäminen. (Laamanen 2002, 19.)

Prosessi on yksittäisten tapahtumien sarja yhtenäisessä kokonaisuudessa, jolla tähdätään haluttuun lopputulokseen. Prosesseja mallinnetaan ja kehitetään, jotta prosessin vaikutusalueen laatua, tehokkuutta ja tuottavuutta voidaan ohjata ja mitata sekä lyhentää esimerkiksi prosessin läpimenoaikoja. (Laatukeskus s.a., Laaksosen & Ollilan 2017, 88 mukaan.) Palveluita tarjoavien organisaatioiden prosessit ovat palveluprosesseja. Keskeisimpänä muuttuvana tekijänä on ihminen, jonka ympärille palvelut rakennetaan. Palveluprosessi vaatii asiantuntemusta ja luovaa toimintaa, jotta muuttuvissa tilanteissa palvelutilanne toimii niin, että asiakas on keskiössä ja asiakkaan tarpeeseen vastataan vaadittavilla toimenpiteillä ja resursseilla. (Laamanen 2002, 21.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot tuottavat ja järjestävät moniammatillisia palveluprosesseja (hoitoketjuja), joista muodostuu palvelukokonaisuus. Palveluprosessin laatua voidaan mitata sen toimivuudella. Laadun mittaamisen edellytyksenä on kuvata toimintaa avoimesti. Laadun mittaamisella voidaan arvioida palveluprosessin sisältöä ja vaikuttaa toimintatapoihin. Ensihoitopalvelun palveluprosessiin kuuluu riskin arvio, hoidon tarpeen arvio ja hoito sekä luovutus hoitopaikkaan kuljetuksen jälkeen tai päättyminen kuljettamatta jättämiseen hoito-ohjeiden kanssa. (Kuisma & Hakala 2013, Kuisman ym. 2013, 78 mukaan.)

### 2.1.3 Kiireetön hoito

Kiireettömän hoidon määritelmässä kuvataan ensin ensihoitopalvelun päätehtävään kuuluva kiireellinen hoito ja palveluprosessiin kuuluva päivystyshoito. Ymmärtämällä kiireellisen ja kiireettömän hoidon eroavaisuudet, voidaan määritellä kiireetön hoito. Ensihoitopalvelun tehtävänä on äkillisesti sairastuneiden tai loukkaantuneiden hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito (Terveystieteiden laaki 40. §). Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystyspalvelua (Määttä 2013, Kuisman ym. 2013, 16 mukaan).

Päivystyspalveluun kuuluvalla päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisesti sairastuneen, loukkaantuneen tai kroonisen sairauden pahentumisen vuoksi tapahtuvaa välitöntä hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi ilman oireiden pahenemista tai loukkaantumisesta aiheutuneiden vammojen vaikeutumista. Päivystyshoito on kiireellistä hoitoa, joka on tarpeen antaa välittömästi, yleensä alle 24 tunnin sisällä tai muuta kiireellisestä hoitoa, joka tapahtuu 1–30 päivän aikana. Potilaan päivystyshoidon tarve määritetään oireen, vamman tai kroonisen sairauden vakavuuden ja hoidon tarpeen arvion perusteella. (STM 2010.)

Kiireellisen päivystyshoidon hoidon tarpeen arviointi ja toiminnan ohjaus on palvelujärjestelmässä selkeämpää kuin potilasryhmällä, joilla oireet ovat lieviä ja löydökset vähäisiä. Päivystyskäynti lievien oireiden ja vähäisten löydösten vuoksi ei ole välttämättä tarpeellista, mutta hoidon rajaaminen ilman selkeitä ohjeistuksia voi olla hankalaa. (STM 2010.) Ensihoidossa vähäisistä ja epäspesifeistä oireista kärsivä potilas voi olla kiireellistä tai kiireetöntä hoitoa vaativa. Näiden erottaminen voi olla haastavaa. Ensisijaisesti potilaille on tehtävä riskinarvio ja sekundäärisesti tunnistettava hoidon vaatima kiireellisyys. (Nurmi & Holmström 2013, Kuisman ym. 2013, 385 mukaan.)

Ensihoitopalvelussa hälytystehtävät jaetaan neljään kiireellisyysluokkaan (taulukko 1, s. 11) hätäkeskuksen tekemän riskinarvion perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (Määttä 2013, Kuisman ym. 2013, 33 mukaan; 585/2017, 6. §). Hätäkeskukset ovat viesti- ja hälytyskeskuksia, joissa päivystäjät noudattavat sosiaali- ja terveysministeriön valtakun-

nallista ohjetta hätäpuheluiden käsittelystä ja riskin arviosta. Päivystäjät tekevät hälytyksen kiireellisyysluokan, hälytysohjeen sekä paikallisten ohjeiden mukaan. (Määttä 2013, Kuisman ym. 2013, 22–23 mukaan.)

Taulukko 1. Kiireellisyysluokat ensihoitopalvelussa (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriön asetusta ensihoitopalvelusta 6. §)

<b>A-tehtävä</b>	Korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna
<b>B-tehtävä</b>	Todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta
<b>C-tehtävä</b>	Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia
<b>D-tehtävä</b>	Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi

Ensihoitopalvelun tehtävänä on määrittää potilaan sairauden tai loukkaantumisen vakavuus ja tehdä arvio hoitotoimenpiteiden kiireellisyydestä sekä antaa tarvittaessa hoito ja kuljetus hoitopaikkaan. Potilaan perusteellisen tutkimisen, haastattelun ja sen hetkisen tilan (status praesens) perusteella tehdään päätös hoidon kiireellisyydestä. Päätös vaikuttaa hoitomuodon -ja paikan valintaan tai päätökseen jättää kuljettamatta (Nurmi 2013, Kuisman ym. 2013, 110 mukaan.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 51. §:n mukaan kiireettömässä hoidossa potilaan tulee saada arkisin virka-aikana yhteys terveyskeskukseen. Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään 3 päivän sisällä yhteydenotosta ja hoito on järjestettävä viimeistään 3 kuukauden kuluessa tehdystä arviosta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet vuonna 2005 ensimmäisen kerran, ja julkaisua on päivitetty vuosina 2010 sekä 2019. Julkaisun tarkoituksena on valtakunnallinen vaikuttaminen kiireettömän hoidon hoitokäytänteiden ja päätösten yhtenäistämiseen. Tavoitteena on ollut laatia perusteet kattavasti ja tällä hetkellä perusteita on laadittu noin 80 % kiireettömästä hoidosta. Ohjeistusten avulla tähdätään hoidon parempaan vaikuttavuuteen, tehokkuuteen ja turvallisuuteen. (STM 2019.) Kiireettömän hoidon perusteet ovat suosituksia ensisijaisesti lääkäreiden käyttöön. Hoitoprosessin alkuvaiheessa vaikuttavien terveydenhuollon ammattilaisten olisi kuitenkin hyvä tuntee suositukset, jotta he voisivat ohjata potilasta suositusten mukaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 23.)

Päivystyshoidon kiireellisyyden arvointiin on olemassa erilaisia luokittelumalleja. Yksi Suomessa käytetyistä malleista on ABCDE-malli (taulukko 2). Luokittelun avulla erotellaan potilaat, jotka tarvitsevat päivystyksellistä hoitoa ja ne potilaat, joiden hoito voi odottaa. Kun hoitoa tarvitsevat ja hoitoon hakeutuneet potilaat järjestellään lääketieteellisin perustein hoidon kiireellisyyden mukaan, ohjautuu hoitoon vain sinne kuuluvat potilaat. Samalla odotusajat lyhenevät, henkilökunnan resurssit ohjautuvat paremmin ja päivystysympäristö rauhoittuu. Tärkeintä on, että potilaat saavat oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista hoitoa kiireellisyyden mukaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 94–95.)

Taulukko 2. ABCDE-kiireellisyys luokitus (mukaillen Syväoja & Äijälä 2009, 95)

<b>A</b>	Kriittisesti sairastuneet tai muista syistä erikoissairaanhoidon kuuluvat, välittömästi lääkärin arvioon
<b>B</b>	Sairastuneet tai muista syistä erikoissairaanhoidon kuuluvat, 10min sisällä lääkärin arvioon
<b>C</b>	Terveyskeskuspäivystykseen kuuluvat, tavoite lääkärin arvioon 1 tunnin kuluessa
<b>D</b>	Terveyskeskuspäivystykseen kuuluvat, tavoite lääkärin arvioon 2 tunnin kuluessa
<b>E</b>	Eivät kuulu päivystykseen

ABCDE-mallin mukaan E-luokan potilaat eivät kuulu päivystykseen. Heille on annettava palvelu- ja terveysneuvontaa tai ohjattava kiireettömään hoitoon. HUS-alueella päivystykseen kuulumattomia kiireettömiä potilaita (taulukko 3) on määritetty sairauksien ja oireiden perusteella. (Syväoja & Äijälä 2009, 106.)

Taulukko 3. E-luokan kiireettömät aikuispotilaat (mukaillen Syväoja & Äijälä 2009, 100–107)

Pitkittynyt ripuli ilman akuuttia oireistoa
Hiljattain alkaneen selvän vatsataudin, nuhan, kuumeen ja yskän oireisto ilman päivystyksellistä syytä
Pitkittyneen kuumeen selvittely
Flunssa, nuha, yskä, kurkkukipu ja poskiontelotulehdusepäily
Lieväoireinen VTI-epäily
Pitkäaikainen huimaus tai päänsärky ilman neurologisia oireita
Vanhan trauman arvio, ei selvää toimintakyvyn alenemaa tai murtumaepäilyä
Vanhat hoitoa tarvitsemattomat palovammat
Pitkäaikainen närästys yleistilaltaan hyväkuntoisella potilaalla
Pitkittynyt selkäkipu, kesto useita päiviä tai viikkoja, ei akuuttia oireiden pahenemista, vaikka siihen liittyisi muita heijasteoireita kuin cauda-oireet
Alle 5vrk kestänyt poskiontelo-oire tai kipu ilman korkeaa kuumetta
Mielenterveyspotilaan pitkään jatkuneet masennus- ja ahdistusoireet ilman suisidaalisuutta, mielenterveyspotilaan väsymys, paha olo
Reseptien uusinnat
Vanhusten kotikuntoisuuden ja asuinjärjestelyiden selvittelyt ilman päivystyksellistä hoidon tarvetta
Tuki- ja liikuntaelimestön kolotukset ja säryt ilman vammaa
Päihtymys ilman oireita
Oireettomat katkaisuun hakeutuvat, jotka voidaan ohjata asianmukaiseen jatkohoitopaikkaan
Potilaat, jotka eivät saa aikaa omalle terveysasemalle, eikä potilaan oire ole päivystyksellinen

Päivystyspoliklinikoiden tulee keskittyä vain kiireellistä päivystyshoitoa vaativien potilaiden hoitoon. Muuta kiireellistä hoitoa vaativien potilaiden hoito tulee turvata ja järjestää muussa tarkoituksen mukaisessa palvelujärjestelmän toimintayksikössä. (STM 2010.)

#### **2.1.4 Hoidon tarpeen arviointi**

Hoitoon pääsemisen perusteena on terveydenhuoltoalan ammattilaisen tekemä arvio potilaan hoitoon pääsystä ja sen kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointi on osa hoitoprosessia ja kuuluu tiiviisti hoidon toteuttamiseen. Hoidon tarpeen arvioon kuuluu selvittää potilaan yhteydenoton syy, sairauteen tai loukkaantumiseen liittyvät oireet ja oireiden vakavuusaste sekä tehtävä esitietojen perusteella arviointi kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointia tekevällä henkilöllä tulee olla asianmukainen terveydenhuoltoalan koulutus, työkokemus sekä yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja potilasasiakirjoihin. (Syväoja & Äijälä 2009, 9, 13–15.)

Hoidon saatavuus perustuu perustuslakiin, lakiin potilaan oikeuksista (17.8.1992/785) ja hoitotakuuasetukseen (1019/2004) eli valtioneuvoston asetukseen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Hoidon saatavuus tarkoittaa tarpeellisten ja oikea-aikaisten terveyspalveluiden turvaamista. Hoidon tarpeen arvio tehdään kokemuksen ja ohjeistusten perusteella, ja arvioinnin päätteeksi potilas ohjataan hoitoon tai päivystykseen. Hoitoon ohjaus voi olla myös kotona tapahtuvaa kotihoitoa, kun tarvetta päivystykseen tai terveyskeskukseen hakeutumiseen ei ole. Toimiva ja hyvä hoidon tarpeen arviointi sekä hoitoon ohjaus ehkäisevät turhia käyntejä terveydenhuollon yksiköissä. (Syväoja & Äijälä 2009, 9, 25.)

Hoidon tarpeen arvioinnin on oltava aina yksilölähtöistä, jossa etsitään parasta tarkoituksenmukaista ratkaisua potilaan oireeseen tai sairauteen potilasta kunnioittaen, potilaan itsemääräämisoikeus huomioiden. Hoidon tarpeen arviossa tähdätään siihen, että terveydenhuollon resursseja käytetään tarkoituksenmukaisella tavalla vaarantamatta potilasturvallisuutta. (Syväoja & Äijälä 2009, 108–110.)

## 2.2 Kirjallisuuskatsaus

### 2.2.1 Tiedonhaku

Kvalitatiivista tutkimusta varten tehdään kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on luoda tutkijalle kuva tutkittavasta ilmiöstä ja vahvistaa ilmiön teoriaa aikaisemman tutkimustiedon avulla. Tutkijan on osattava arvioida kirjallisuuskatsauksessa käytettävien lähteiden laatu ja suhtautua kriittisesti käytettävissä olevaan tietoon. Käytettävien lähteiden tulee olla laadukkaita tieteellisiä julkaisuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 91–93.)

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa tulee valita tutkimuksen kannalta merkittäviä ja keskeisiä julkaisuja. Tiedonhaussa tulee käyttää hoitotieteellisiä julkaisuja sisältäviä tietokantoja. Tietokantojen sisältämät julkaisut ovat käyneet läpi kaksoissokko arvioinnin ja ovat tieteellisesti laadukkaita. Kirjallisuuden haussa voi käyttää myös manuaalihakuja eli etsiä julkaisujen lähdeluetteloista lähteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 96–97.)

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettiin kolmea eri tietokantaa: Medic, Pubmed ja Ebsco (Cinahl). Tiedonhakuprosessin (liite 1) alussa tehtiin koehakuja, joiden perusteella hakusanat valikoituivat. Hakusanoina käytettiin Medic-tietokannassa *ensihoi\**, *kotihoi\**, *päivystyshoi\**, *"emergency medical services" OR hoitoketj\** AND *laatu*. Pubmed-tietokannassa hakusanoina käytettiin sanoja *emergency medical services or EMS AND prehospital or pre-hospital AND care pathways or clinical pathways or chain of treatment*. Ebsco-tietokannassa tiedonhaussa hakusanoina käytettiin hakusanoina *emergency medical services or EMS OR prehospital or pre-hospital AND care pathways or clinical pathways of chain of treatment OR emergency care AND primary health care*. Tiedonhaun aikarajaus tehtiin vuosille 2014–2020, koska tiedonhaussa etsittiin uusinta tutkittua tietoa. Tiedonhakuprosessissa rajaukseen käytettiin myös rajausta vain saatavilla olevilla koko tekstit.

Hakusanojen ja rajauksen jälkeiset osumat luettiin läpi otsikkotasolla. Otsikoiden lukemisen jälkeen valittiin tarkempaan selvitykseen yhteensä 46 artikkelia. Valituista 46 artikkelista luettiin tiivistelmät. Tiivistelmien ja kokotekstin lukemisen jälkeen tiedonhakuprosessin tulokseksi saatiin 16 artikkelia, joiden tutkimustuloksia käytettiin kirjallisuuskatsauksessa. Tiedonhakuprosessissa

laadittiin tutkimusartikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteeristö (taulukko 4). Kriteeristö rajasi etsittävän tiedon ajankohtaiseksi ja aihetta käsitteleväksi. Haku kohdistui ensihoitopalvelun kiireettömän potilaan palveluprosessiin ja palveluprosessiin vaikuttaviin tekijöihin. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa käytettiin lisäksi vielä manuaalista tiedonhakua, jonka perusteella löydettiin kaksi artikkelia.

Taulukko 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
2014–2020	Tutkimus käsittelee kiireellistä hoitoa
Vain koko tekstit	Tutkimus käsittelee spesifiä hoitotoimenpidettä
Käsittelee ensihoitopalvelua	Tutkimus koskee vain lapsia
Käsittelee kiireetöntä potilasta	
Käsittelee palveluprosessin faktoreita	
Käsittelee palvelukokonaisuuden faktoreita	

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty tapa hoitotieteellisissä kirjallisuuskatsauksissa. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa kootaan tietoa hoitotieteellisten julkaisujen tutkimuksista ja tiedoista tehdään synteesi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 94.) Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen kirjallisuuskatsauksessa tehtiin tiedonhaku järjestelmällisesti hoitotieteellisiin tietokantoihin ja valituista julkaisuista tehtiin synteesi.

## 2.2.2 Ensihoitopalvelun palveluprosessin kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa tapahtuvien muutosten ja uudistusten sekä väestön ikääntymisen myötä ensihoitopalvelujen kysyntä kasvaa (Ervasti ym. 2019; Hautala ym. 2019; Paulin ym. 2020). Ensihoitopalveluiden työkuorma on kasvanut ei kiireellisten tehtävien osalta (Ervasti ym. 2019; Hoikka 2020; Paulin ym. 2020). Ensihoitopalvelua käyttävistä kansalaisista jopa 16–24 % kuuluisi kiireettömän perusterveydenhuollonpalvelun tai muun palvelun piiriin (Norberg ym. 2015).

Ensihoitopalveluissa yhä useammin päädytään C- ja D-luokan kiireellisyyden tehtävissä hoidon tarpeen arvion ja tarpeellisten hoitojen jälkeen siihen, (noin 42 % ensihoidon kohtaamista potilaista) ettei potilasta tarvitse kuljettaa päivystykseen. Kansainvälisiä vertailuarvoja päätöksestä jättää potilas kuljettamatta on Ruotsissa 19,7 %, Tanskassa 12,9 %, Englannissa 37,5 %, Alankomaissa 26,2 % ja Australiassa 15,5 %. Hätäkeskuksista välittyy huomattava

määrä kiireettömiä tehtäviä ensihoitopalveluille, jotka haastavat ensihoidon resursseja (Paulin ym. 2020). Ensihoitopalveluiden päivystykseen kuljettamista kiireettömistä potilaista suuri osa voitaisiin hoitaa muualla kuin päivystyspalveluissa kehittämällä kiireettömiä palveluita (Magnusson ym. 2020).

Pohjois-Suomessa verrattiin hätäkeskuksen tekemää riskinarviota ja hoidontuloksia ensihoidossa väestötutkimuksena. Hätäkeskuksen kriteeripohjainen riskinarvio oli oikea 67,5 % tehtävistä. Hätäkeskus yliarvioi 23,4 % ja aliarvioi 9,2 % tehtävistä. Ensihoidon tehtävistä 41,7 % ei johtanut potilaan kuljettamiseen ambulanssilla. Potilaat, joita ei kuljetettu 48,2 % saivat hoidon ensihoidon toimesta. Päivystykselliselle hoidolle ei todettu tarvetta 33,9 % tehtävistä. (Hoikka 2020.) Potilaan luona vietetty aika kohteessa oli keskiarvoltaan pidempi niillä tehtävillä, joissa tehtävä ei pääty potilaan kuljetukseen (Paulin ym. 2020).

Hoikan tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin pilotointitutkimuksessa. Tutkimuksessa kiireettömät (D) tehtävät välitettiin hätäkeskuksen riskinarvion jälkeen sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin perusteella kolmasosa kiireettömistä tehtävistä voitiin hoitaa puhelimesta tehdyllä terveysneuvonnalla tai palveluohjauksella muihin terveydenhuollonpalveluihin. (Hoikka 2020.) Verkostoituminen hätäkeskuksen ja muiden päivystyksellisten palveluiden kanssa, eri ammattiryhmien välinen kommunikaatio, parempi tiedonsiirto ja uusien teknologisten ratkaisujen käyttö mahdollistavat kiireettömien potilaiden laadukkaamman palvelun (Ervasti ym. 2019).

Kysynnän kasvun ja resurssien rajallisuuden vuoksi ensihoitoa tulee kehittää tehokkaammaksi, vaikuttavammaksi ja potilaskeskeiseksi uusien teknologisten ratkaisujen avulla (Hautala ym. 2019). Ensihoitopalvelun teknologisia ratkaisuja tulisi kehittää (Haverinen ym. 2018; Ervasti ym. 2019). Terveydenhuollon organisaatioilla on käytössä useita eri potilastietojärjestelmiä, joihin pääsy on rajattu organisaatioiden sisäisille työntekijöille. Useiden eri potilastietojärjestelmien vuoksi tarvittava tieto ei ole saatavilla reaaliaikaisesti. Se aiheuttaa ongelmia tiedon saatavuudessa, tiedon siirrossa ja vaikuttaa päätöksentekoon. Ongelmat potilastietojen saatavuudessa heikentävät potilasturvallisuutta. Useiden potilastietojärjestelmien vuoksi tiedot ovat hajallaan ja se aiheuttaa päällekkäistä kirjaamista. (Haverinen ym. 2018; Hautala ym. 2019.)



Potilastietojen kattavamman saatavuuden avulla voidaan tarjota kohdenne-  
tumpia ratkaisuja, ohjata potilas tarkoituksenmukaisiin sosiaali- ja terveyden-  
huollonpalveluihin ja välttää ensihoitopalvelun tai muiden päivystyspalveluiden  
tarve (Poulymenopoulou ym. 2014; Zorab ym. 2015; Haverinen ym. 2018).  
Ensihoitopalvelun päätöstä potilaan hoidosta ja oikeasta hoitopolusta tukevat  
potilaan tarkat terveys- ja lääkitystiedot sekä sairaus- ja hoitohistoria. Ne ovat  
tietoja, joihin ensihoitopalvelu ei usein pääse käsiksi. Potilastietojärjestelmiin  
pääsy lisää optimaalisen ja tarkoituksenmukaisen hoitopolun valintaa ja poti-  
lasturvallisuutta. (Poulymenopoulou ym. 2015; Zorab ym. 2015.) Potilastieto-  
järjestelmiin pääsy säästää merkittävästi aikaa konsultaatioilta (Zorab ym.  
2015).

Kiireettömien potilaiden hoidossa tulisi tukeutua enemmän nykyteknologian  
mahdollistamaan datan ja tekoälyn käyttöön ja kehittää sekä lisätä kotimittauk-  
sia, sillä ne voivat tukea kotona pärjäämistä ja hoidon tarpeen arviointia (Er-  
vasti ym. 2019; Hautala ym. 2019). Laadukkaalla hoidon tarpeen arvioinnilla  
(kattavat kotimittaukset yhdistettynä teknologiseen tukeen) voidaan välttää en-  
sihoidon kuljetus tai käynti päivystyksessä (Ervasti ym. 2019).

Kiireettömien potilaiden hoidossa teknologiset menetelmät mahdollistavat uu-  
sien palveluiden tarjoamisen. Esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaalle on ehdotettu  
perustettavaksi tieto-, yhteys- ja konsultaatiokeskus, josta kuntalaiset sekä  
ammattilaiset voisivat saada ohjausta ja neuvontaa sosiaali- ja terveydenhuol-  
lon asioissa ympärivuorokautisesti. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä  
kehittelään yhteyskeskusta, jossa tarjottaisiin kansalaisille keskitettyä kansal-  
lista terveysneuvontaa ja päivystysapua sekä koordinoitaisiin kotiin vietäviä  
palveluita. (Ervasti ym. 2019.)

Kiireellisten ja kiireettömien palveluiden kysynnän kasvaessa tulee kiinnittää  
huomiota yhteistyöhön muiden palveluntarjoajien kanssa. Integroimalla hoito-  
ketjuja voidaan tehostaa toimintaa ja parantaa tuloksia. Sosiaali- ja terveyden-  
huollon palveluiden kehittämisen keskiössä tulee olla laatu sekä turvallisuus ja  
palvelut tulee kehittää vastaamaan väestön tarvetta. Ilman strukturoituja ja  
johdettuja selkeitä hoitoketjuja järjestelmässä on hajanaisuutta, joka aiheuttaa  
päällekkäisyyttä ja resurssien tuhlaamista. (Manley ym. 2016.) Palvelu raken-

teiden ja prosessien kehittäminen vastaamaan väestön tarvetta ja hoitoketjujen suunnitteleminen vähentää hoidon päällekkäisyyttä sekä ohjaa resursseja oikein. (Poulymenopoulou ym. 2014; Manley ym. 2016.)

Ensihoitopalvelulla on hoidon tarpeen arvion ja mahdollisten hoitotoimenpiteiden jälkeen rajalliset mahdollisuudet kiireettömän potilaan hoitoon. Potilas voidaan kuljettaa päivystykseen, vaikka tarkoituksenmukaisempaa olisi tarjota kiireetöntä palvelua, tai voidaan päätyä päätökseen olla kuljettamatta potilas. Päätös kuljettamatta jättämisestä tarvitsee tuekseen tiedot potilaan terveydentilasta nykYTEknologian mahdollistamien tutkimusten ja vieritestauksen avulla sekä tietoja potilaan sairaus- ja hoitohistoriasta. (Magnusson ym. 2020.)

Ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtävien lisääntyessä tulee kehittää palvelujärjestelmää ja hoitoketjuja, jotta voidaan turvata sekä kiireellisten että kiireettömien potilaiden hoito (Zorab ym. 2015; Paulin ym. 2020). Hoitoprosessien eli hoitoketjujen strukturointi parantaa palveluiden laatua ja resurssit kohdentuvat tarkoituksenmukaisemmin (Poulymenopoulou ym. 2014). Ensihoitopalvelun perustehtävää, turvata äkillisesti sairastuneiden ja loukkaantuneiden hoito, on jouduttu venyttämään kiireettömien tehtävien hoitoon (Paulin ym. 2020). Ensihoitopalvelussa annettu hoito, päätökset ja kuljetukset vaikuttavat ennen kaikkea potilaan hyvään ja laadukkaaseen hoitoon mutta myös muihin terveydenhuollon yksikköihin, kuten päivystykseen (Zorab ym. 2015).

Ensihoitopalvelun päivystykseen kuljettamista kiireettömistä potilaista 36 % kotiutettiin päivystyksestä laboratoriotestien tai reseptin saamisen jälkeen. Tämä osoittaa sen, että vaikka potilas tarvitsee tutkimuksia tai lääkemääräyksen, ei siihen tarvita sairaalan resursseja vaan vaihtoehtoinen kiireetön palvelu riittäisi. Erityisesti iäkkäät ihmiset voisivat hyötyä heille räätälöidyistä hoitopoluista, jossa palvelu tuotaisiin kotiin. (Magnusson ym. 2020.)

### **2.2.3 Päivystyspalveluiden kehittäminen osana palveluprosessia**

Kiireellisten ja kiireettömien terveydenhuollonpalveluiden kysynnän kasvaessa palveluiden rajoihin tulee kiinnittää huomiota. Kansalaiset eivät osaa määritellä kiireettömän ja kiireellisen päivystyspalvelun eroa. Ihmiset kokevat epävarmuutta palvelujärjestelmän toimivuudesta ja käyttävät herkästi kiireellisiä

päivystyspalveluita. Nostamalla kiireetön palvelu strategiseksi painopisteeksi, voidaan vastata tehokkaammin palveluiden kysyntään. Samalla voidaan ohjata ihmisiä ylikuormittuneista kiireellisistä päivystyspalveluista tarkoituksenmukaisiin kiireettömiin perusterveydenpalveluihin ja itsenäiseen hoitoon. (Pope ym. 2018.) Terveysthuollonpalveluiden rakenteet on tehtävä selkeämmiksi, jolloin kansalaiset ymmärtävät paremmin, milloin on tarpeen hakeutua kiireelliseen tai kiireettömään palveluun (Seeger ym. 19).

Perusterveyshuollonpalveluiden saatavuus on riittämätöntä (McHale 2013; Mylläri 2017, 88–89; Pope ym. 2018). Länsimaissa potilaat käyttävät ensihoitopalveluita hyväkseen, jotta pääsisivät päivystyspalveluiden piiriin. Potilasryhmä, jolle riittäisivät kiireettömät perusterveydenhuollon palvelut kuormittavat päivystyspalveluita. (Norberg ym. 2015.) Päivystykseen hakeutuu henkilöitä, joiden ongelmat olisi voitu ratkaista puhelimitse annetulla ohjeistuksella tai terveyskeskuskäynnillä ei-päivystyksellisellä kiireellisyydellä (Mylläri 2017, 164–165; Pope ym. 2018; Seeger ym. 2019). Kiireellisiin päivystyspalveluihin kohdistuneista käynneistä jopa 15–56 % on aiheettomia tai vältettävissä (Ismaail ym. 2013; McHale ym. 2013; Seeger ym. 2019). Kiireellisiin päivystyspalveluihin hakeutuneista jopa 40 % potilaista kotiutuu ilman hoitoa (Pope ym. 2018).

Toisaalta taas iäkkäämpien potilaiden päivystyskäynnin tarpeellisuus tai aiheellisuus voidaan arvioida vasta riittävän kattavien tutkimuksien jälkeen, sillä heillä hoitoon hakeutumiseen syynä usein kotona pärjäämättömyys ja muut epäspesifit oireet. (Mylläri 2017, 166–167.) Vähentämällä aiheettomia käynnejä kiireellisiin päivystyspalveluihin voidaan vaikuttaa palvelukokonaisuuden laadun ja hoidon jatkuvuuden sekä kustannustehokkuuden paranemiseen (McHale 2013).

Ongelmat perusterveydenhuollonpalveluiden saatavuudessa ohjaa potilaita hakeutumaan kiireellisiin päivystyspalveluihin (Pope ym. 2018). Päivystyksellisen hoidon laadun keskeisiä tunnuspiirteitä ovat saatavuus ja tarkoituksenmukainen hoito. Terveyskeskus- ja päivystyspalveluiden esteettömän saatavuuden lisäksi tulisi olla tarjolla muita tarkoituksenmukaisia helposti saatavilla olevia palveluita. Vaihtoehtoinen päivystyspalvelu on esimerkiksi palvelu, johon

olisi mahdollista saada helposti yhteys ja josta voisi tiedustella neuvoja ongelmatilanteissa. (Mylläri 2017, 156–157.) Puhelinpalvelu (esimerkiksi 116 117) ennen päivystyspalveluihin hakeutumista tarjoaa mahdollisuuden hoidon tarpeen arvioon ja hoidon kiireellisyyden arvioon. Kiireettömille potilaille riittää usein rauhoittelu, terveysneuvonta ja palveluihin ohjaus, joita puhelinpalvelu pystyy tarjoamaan. (Seeger ym. 2019.)

Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin terveydenhuoltopalveluiden virka-ajan ulkopuolella tapahtuvien yhteydenottojen syitä ensihoitopalveluun sekä perusterveydenhuollon kiireettömiin palveluihin ja verrattiin myöhemmin saatuihin diagnooseihin. Tanskassa kiireettömiin virka-ajan ulkopuolisiin päivystyspalveluihin tulee olla ensisijaisesti puhelimitse yhteydessä. Tutkimuksessa todettiin yhteydenottoja ensihoitopalveluun olevan vähemmän, (9 %), mutta yhteydenoton syynä oli useammin akuutti ja vakava tilanne, joka johti 54 % tapauksista välittömään sairaalakäyntiin. Vastaavasti kiireettömissä tapauksissa yhteydenotot, (91 %), on osattu tehdä puhelinpalveluihin, jotka ovat johtaneet harvemmin sairaalakäynteihin. (Søvsø ym. 2020.)

Norjan perusterveydenhuollonpalveluissa potilaat eivät voi hakeutua hoitoon ilman lääketieteellistä lähetettä. Virka-aikana yleislääkäri tekee potilaan hoidon tarpeen arvion ja virka-ajan ulkopuolella arvion hoidon tarpeesta tekee päivystyskeskuksissa työskentelevä sairaanhoitaja, joka toimii 116 117 päivystysapupalvelussa. Päivystysapupalvelussa hoitaja tekee potilaan hoidon tarpeen arvion, ja kiireellisyysasteen mukaan antaa puhelinneuvontaa tai ohjaa päivystykseen tai aktivoi potilaalle ensihoitopalvelun. (Haraldseide ym. 2020.)

Haraldseide ym. (2020) tutkivat ikääntyneiden (yli 70-vuotiaat) terveydenhuollonpalveluihin virka-ajan ulkopuolella otettujen yhteydenottojen taustatekijöitä ja syitä sekä hoidon tarpeen kiireellisyydestä. Tutkimuksessa todettiin yhteydenottojen määrän nousevan korkeammalla iällä. Yleisimmin yhteyttä otettiin puhelimitse terveydenhuollonpäivystyspalveluihin epäspesifien yleisoireiden vuoksi. Epäspesifeistä yleisoireista kärsivät iäkkäät potilaat ovat riskissä tulla luokitelluksi virheellisesti liian mataliin ja kiireettömiin kiireellisyys luokkiin (Rutschmann ym. 2005, Grossmann ym. 2012, Mylläri 2017, 166–167 mu-

kaan). Hoitohenkilökunta hyötyisi geriatrisesta koulutuksesta ja hoidon tarpeen arvioon käytettävistä seulonta työkaluista, jotta voitaisiin tarjota parasta tarkoituksenmukaista hoitoa (Haraldseide ym. 2020).

#### **2.2.4 Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen osana palveluprosessia**

Hoitoketjuja voidaan parantaa potilaan, kotisairaanhoidon, sairaalan ja ensihoidon tehokkaamman yhteistyön ja avulla (Hautala ym. 2019). Kun kotihoidon geriatrista osaamista tehostettiin ja lääkäreiden tavoitettavuutta lisättiin ympärivuorokautiseksi, kotisairaanhoidon asiakkaiden sairaalajaksot vähenivät 26 % ja Porvoon kaupunki saavutti säästöjä 1,2 miljoonaa euroa vuonna 2013. (Finne-Soveri ym. 2014.)

Tutkimuksessa selvitettiin, voidaanko toiminnan kehittämällä parantaa laatua ja kustannustehokkuutta vanhusten hoidossa. Uudessa toimintamallissa lääkäri ja hoitaja tekivät jokaiselle potilaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman, hoitajalla oli mahdollisuus suorittaa vieridiagnostiikkaa, kyky arvioida oireita ja konsultoida lääkäriä. Tässä mallissa lisättiin osaamista, työnjakoa, yhteistyötä ja hoitoon ohjaamista. Kotihoidon laatu kehittyi tutkimuksen aikana ja sairaalapalveluiden käyttö väheni kolmanneksella. (Finne-Soveri ym. 2014.)

### **3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kohdeorganisaation ensihoitajien kokemuksia kiireettömien potilaiden palveluprosessista ja sen kehittämisen tarpeesta. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa kehitysideoita palveluprosessin kehittämistä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on ensihoitajien kokemus ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessista?
2. Miten ensihoitajien mielestä ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessia pitäisi kehittää?
3. Miten ensihoitajien mielestä ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessia tukevia palveluita pitäisi kehittää?

## 4 MENETELMÄT

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvalitatiivinen tutkimus on yleisesti käytetty tutkimusmenetelmä hoitotieteissä. Tutkimuksen tarkoituksena on havaita tai tiedostaa yhteiskunnallisia ongelmia tutkilla ihmisten kokemuksia ja käsityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 65–67, 110.) Kvalitatiivista tutkimusta käytetään, kun tutkittavasta ilmiöstä ei vielä tiedetä juuri mitään tai halutaan saada ymmärrys tai uusi näkökulma olemassa olevaan tietoon. Tutkimusmenetelmän tavoitteena on myös löytää uusia toimintatapoja, yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia. (Janhonen & Nikkonen 2001, Latvala & Vanhanen 2003, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 66 mukaan.)

Opinnäytetyössä tutkittiin ensihoitajien kokemuksia ensihoitopalvelun kiireettömän potilaan palveluprosessista. Ensihoitajien kokemukseen pohjautuvan tiedon perusteella haluttiin tuottaa tietoa palveluprosessin nykytilanteesta. Palveluprosessin nykytilanteen kuvauksen lisäksi haluttiin tuottaa kehitysideoita palveluprosessin laadun kehittämiseksi. Palvelujärjestelmiltä edellytetään palveluiden paremman laadun, saatavuuden ja kustannustehokkuuden lisäksi sitä, että palveluiden tulisi olla yhteensovitettuja ja tarpeenmukaisia hoitokettuja (Valtioneuvosto s.a.).

Päivystyspalveluiden keskittämisen vuoksi ensihoitopalvelun merkitys on kasvanut. Ensihoitopalvelun kiireettömät tehtävät ovat kasvussa, ja merkittävä osa tehtävistä kohdistuu tehostetun palvelun tai hoivakotien asukkaisiin. Väestön ikärakenne ja jatkuva kustannusten kasvu lisää painetta uudistaa toimintaa ja palvelumalleja. (Ervasti ym. 2019.)

### 4.1 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön tutkimuksen kysely osoitettiin tarkoituksenmukaiselle otannalle (N = 79) kohdeorganisaation Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla ensihoidossa päätoimisesti työskenteleville ensihoitajille. Opinnäytetyöntekijä rekrytoi osallistujia sähköpostitse, ja heille osoitettiin saatekirje (liite 2), jossa kuvattiin tutkimuksen aikataulu, tarkoitus, tavoitteet ja toteuttaminen. Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol-kyselynä.

Saatekirjeessä ilmoitettiin kyselyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista. Vastaaminen kyselyyn tulkittiin tietoisesti suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Osallistujien vapaaehtoisesta ja tietoisesta suostumuksesta lisäksi osallistujilla tulee olla tieto siitä, että tutkimukseen osallistumisesta voi kieltäytyä tai tutkimukseen osallistumisen voi jättää kesken (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 219).

Opinnäytetyössä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa. Tarkoituksenmukaiseen otantaan pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä parhaiten sekä osaavat kuvata ilmiötä hyvin ja monipuolisesti. Tässä menetelmässä tutkija valitsee tietoisesti otannan, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 65, 110, 112.) Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat otokseltaan yleensä pieniä ja niissä tähdätään määrän sijasta laatuun. Tutkimuksen tavoitteena on teoreettinen yleistettävyyden tilastollisen yleistettävyyden sijaan. (Patton 2002, Burns & Grove 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 110 mukaan.)

Opinnäytetyön tutkimuksessa aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselyllä (liite 3). Puolistrukturoidussa kyselyssä tutkimuksen apuväline on lomake. Kysymykset asetetaan lomakkeeseen ennalta määrättyyn muotoon ja järjestykseen. Puolistrukturoidussa kyselyssä kysymykset ovat avoimia, eli ennalta määrättyjä vastausvaihtoehtoja ei ole. Kysymykset perustuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Kysymykset eivät olla ohjaavia, eikä niissä ei saa näkyä tutkijan oma mielipide. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 123–125.)

Kysely esitettiin kolmella tutkimukseen osallistujalla, ja palautteen perusteella kyselyä kehitettiin. Kysymyksiä vähennettiin ja kysymysten kieliasua muokattiin. Muokkaamisen pääpaino oli tehdä kyselystä lyhyempi ja selkeämpi. Kyselyn laadinnan jälkeen on yleistä tehdä esitestaus ja samalla arvioida kyselyn toteutusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 125).

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneet täyttivät Webropol-kyselyn anonymisti. Opinnäytetyön aineistoa käsiteltiin niin, että ainoastaan tekijällä ja opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla oli mahdollisuus nähdä kyselyn materiaalia.

Aineisto säilytettiin suojattuna prosessin aikana. Anonymiteetti tutkimusprosessissa tarkoittaa sitä, että tutkimustietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Aineisto säilytetään lukitussa paikassa ja tietokoneen salasanalla suojattuna. Kyselylomakkeilla kerättyä tietoa voidaan jäsentää järjestysnumeroilla, jotka viittaavat vastaajaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 221.) Opinnäytetyöprosessin päätteeksi kyselyn aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla.

## **4.2 Aineiston analyysi**

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi 16 henkilöä 79 henkilön otannasta. Opinnäytetyön tutkimuksen vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on yleisesti käytetty perusanalyysimenetelmä erilaisissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa. Tavoitteena on tuottaa mahdollisimman laaja, mutta tiiviisti esitetty analyysi, jonka tuloksena syntyy kategoria-luokituksia, kategoriajärjestelmiä tai malleja. Kategoriat johdetaan aineistosta ja tutkimusongelmien ohjaamina. Tutkimusaineistosta saadun tiedon perusteella luodaan teoriaa. Induktiivisessa menetelmässä pyritään siihen, ettei jo olemassa oleva teoria ohjaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 165–167.)

Sisällön analyysi on prosessi, joka etenee vaiheittain analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumiseen ja pelkistämiseen, aineiston luokitteluun ja tulkintaan sekä viimeisenä luotettavuuden arviointiin (Catanzarro 1988, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 166 mukaan; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Janhosen & Nikkosen 2001, 24 mukaan). Analyysin tekeminen alkoi aineistoon tutustumisella. Aineisto luettiin useasti, jonka jälkeen analyysiyksiköksi valikoitui ajatuskokonaisuus, alkuperäisilmaus, joka saattoi sisältää lauseen tai lauseita (taulukko 5, s. 25). Alkuperäisilmauksissa käytettiin vastaajaan viittaavaa numeroa. Käyttämällä numeroa varmistettiin aineistosta löytyvien samankaltaisten tai eroavien ilmaisujen tulevan eri vastaajilta. Sisällönanalyysissä erotellaan ja luokitellaan samankaltaisia sanoja sekä lauseita (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Janhosen & Nikkosen 2001, 23 mukaan).



Numerointi varmisti helposti alkuperäismateriaaliin palaamisen ja sisällön tarkistamisen. Aineistosta etsittiin ajatuskokonaisuuksia, joiden sisältö oli yhtenevää. Samansisältöiset alkuperäisilmaukset yhdistettiin ja näiden ajatuskokonaisuuksien lause tai lauseet pelkistettiin. Samankaltaisten analyysiyksiköiden yhdistämisen ja pelkistämisen jälkeen tarkastettiin vielä sisältöjen vastaavuus ja muodostettiin niille ala- ja yläkategoriat. Katteoria luokituksen muodostumisen aikana sisältöjen yhtenevääsyyttä tarkennettiin.

Taulukko 5. Esimerkki opinnäytetyön kyselyn induktiivisesta sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Keikkamäärät kasvavat koko ajan jos ihmiset eivät saa apua muilla keinoin (5)</i> <i>Jos ensihoidon resursseja käytetään väärin tukemaan kotihoito (hoivakotien toimintaa tai antamaan neuvontaa asiakkaille kiireettömissä tapauksissa, voi se olla pois kiireellisen potilaan hoidosta. (7)</i>	Keikkamäärät kasvavat (5) Jos ensihoidon resursseja käytetään väärin voi se olla pois kiireellisen potilaan hoidosta. (7)	<b>Tehtävämäärät ja päällekkäistehtävät</b>	<b>Ensihoito-palvelun resurssit</b>
<i>on ongelmallista, että akuuttitalanteisiin varusteltu yksikkö ja korkeasti koulutettu henkilöstö sitoudutaan ei-kiireellisiin keikkoihin moneksi tunniksi, koska ei ole muuta vaihtoehtoa (11)</i> <i>Koetaan epätarkoituksenmukaiseksi että hoitotason ensihoidoyksikkö viettää kohteessa pitkän aikaa selvittäessään oikeanlaista apua sosiaalispainotteisessa tilanteessa. (12)</i>	ongelmallista, että akuuttitalanteisiin varusteltu yksikkö ja korkeasti koulutettu henkilöstö sitoudutaan ei-kiireellisiin keikkoihin, koska ei muuta vaihtoehtoa (11) epätarkoituksenmukaiseksi että hoitotason ensihoidoyksikkö viettää kohteessa pitkän aikaa selvittäessään oikeanlaista apua sosiaalispainotteisessa tilanteessa. (12)	<b>Ammattitaidon ja osaamisen kohdentaminen</b>	

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 5.1 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön Webropol-kysely lähetettiin tarkoituksenmukaiselle otannalle (N = 79). Kyselyyn vastasi 20,25 % (16 henkilöä) otannasta. Heistä 14 ilmoitti työskentelevänsä pääsääntöisesti Lohjan sairaanhoitoalueella ja kaksi Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella. Vastausajanjaksolla 15.3.–30.4.2020. Tulokset esitetään kolmessa osassa tutkimuskysymysten mukaan. Tulosten esittämisessä käytetään kuvia ja alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmauksissa käytetään numeroa, joka viittaa vastaajaan.

## 5.2 Ensihoitajien kokemus ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessista

Kohdeorganisaation ensihoitajat kuvasivat ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessin nykytilaa. Ensihoitajat kuvasivat palveluprosessia ja siihen vaikuttavia tekijöitä, kuten ensihoitopalvelun resursseja, tarkoituksenmukaista palvelua ja moniammatillista yhteistyötä (kuva 1).



Kuva 1. Ensihoitajien kokemus ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessista

Ensihoitajat kuvasivat nykytilanteen ensihoitopalvelun palveluprosessin tarvitsevan kehittämistä. Lisäresurssien lisäksi kaivattiin resurssien kohdentamista oikein sekä toimintamallien kehittämistä ja tarkentamista.

### 5.2.1 Ensihoitopalvelun palveluprosessi

Nykytilanteen ensihoitopalvelun kiireettömän potilaan palveluprosessin koettiin tarvitsevan kehittämistä (kuva 2). Kehittämisen tulisi pohjautua ensihoitoasetukseen. Kehittämisen tulisi olla jatkuvaa ja tähdätä kohdistetun, tehokkaan, tasa-arvoisen ja -laatuinen toiminnan kehittämiseen ja resurssien riittävyyden turvaamiseen sekä työn kuormituksen jakautumiseen.

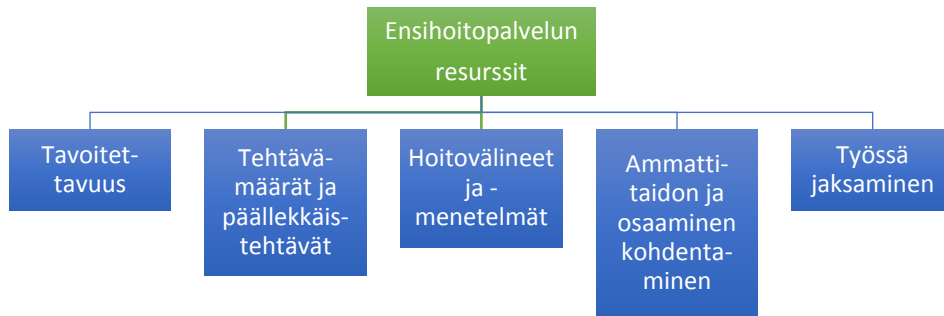


Kuva 2. Ensihoitopalvelun palveluprosessi

Vastaajat ilmaisivat, että kiireettömien potilaiden ensihoitopalveluprosessia tulee kehittää, jotta palvelut voidaan kohdentaa tasa-arvoisesti ja tasapuolisesti niitä tarvitseville. Kun palvelut turvataan sekä kiireettömille että kiireisille potilaille, varmistetaan tarkoituksenmukainen palvelu sekä resurssien kohdennettu käyttö ja riittävyys. Jatkovaa toiminnan kehittämistä pidettiin tärkeänä.

### 5.2.2 Ensihoitopalvelun resurssit

Kohdeorganisaation ensihoitajat kuvasivat ensihoitopalvelun resursseissa (kuva 3, s. 28) potilaiden tavoittamisviiveitä, tehtävämäärien kasvua ja päällekkäisyyksiä, ensihoidossa käytettäviä hoitovälineitä ja -menetelmiä, ammattitaidon ja osaamisen kohdentamista sekä työssä jaksamista.



Kuva 3. Ensihoitopalvelun resurssit

Tavoitettavuudessa ongelmaksi koettiin pitkät välimatkat, kun potilaiden kohtaaminen ja hoidon aloittaminen viivästyy. Kun ensihoitoyksikkö on suorittamassa ensihoitopalvelun kiireetöntä tehtävää tai edellisen tehtävän vuoksi luovuttamassa potilasta tarkoituksenmukaisessa hoitoyksikössä, muodostuu alueellisia ambulanssityhjiöitä.

Kohdeorganisaation ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden tehtävämäärien jatkuva kasvu sekä tehtävien sidonnaisuusaste koettiin kuormittavaksi ja resurssien kärsivän päällekkäistehtävien vuoksi. Ensihoitopalvelun resursseja koettiin myös käytettävän väärin, kun ensihoitopalvelu aktivoidaan tarpeettomasti tai sitä käytetään väärin tukemaan muuta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Ensihoitopalvelua myös hälytetään avuksi tehtäville, joihin ensihoitopalvelu ei ole tarkoituksenmukainen, mutta ihmiset eivät osaa hakea tai eivät saa muualta apua.

*Keikkamäärät kasvavat koko ajan jos ihmiset eivät saa apua muilla keinoin. (5)*

*Nykyiset resurssit riittäisivät jos ns. turhia tehtäviä saisi karsittua. (10)*

Nykytilanteen ensihoitopalvelun hoitovälineet ja -menetelmät eivät vastaa tarvetta. Jos ensihoitopalvelu voisi tarjota kiireettömälle potilaalle keinoja vaivan hoitamiseen tai oireen lievittämiseen, voitaisiin tällä välttää ensihoitoyksikön sitominen kiireettömän potilaan kuljettamiseen päivystykseen. Kiireettömiä potilaita kuljetaan päivystykseen puutteellisten tutkimusvälineiden ja hoitomenetelmien vuoksi.

*Ensihoitoyksiköissä ei ole välineitä/työkaluja kiireettömien, ei henkeä uhkaavien vaivojen lievittämiseen/hoitamiseen, tämä johtaa siihen että yksiköitä sidotaan kuljettamaan potilaita päivystykseen. (3)*

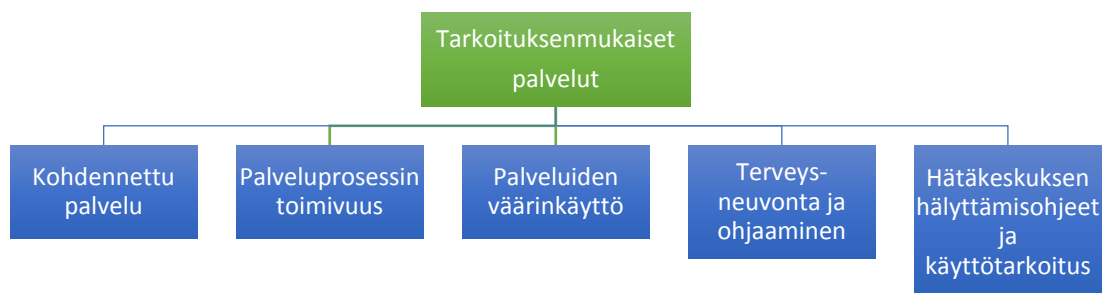
Ammattitaidon ja osaamisen kohdentamisessa koettiin ongelmalliseksi se, että kiireellisiin akuuttia hoitoa vaativiin tehtäviin varusteltu yksikkö ja korkeasti koulutettu henkilöstö sidotaan kiireettömiin tehtäviin, kun muita vaihtoehtoja tehtävän hoitamiseen ei ole. Kiireettömät tehtävät koskevat esimerkiksi sosiaalisia ongelmia, mielenterveysongelmia tai sitä, että kotihoidossa tai hoivakohteissa ei ole tarvittavaa osaamista tai tietoa potilaan sen hetkisen tilanteen hoitamiseen.

*Ensihoitoa hälytetään välillä jopa katetri-ongelmissa ja lievissä infekti-  
oissa hoivayksikköön. (13)*

Vastaajat ajattelivat ensihoitopalvelun kiireettömän potilaan palveluprosessin kehittämisen vaikuttavan myönteisesti työssä jaksamiseen. Palveluprosessia kehittämällä voidaan vaikuttaa jatkuvasti lisääntyvien tehtävämäärien hallintaan ja parantaa näin työssä jaksamista.

### 5.2.3 Tarkoituksenmukaiset palvelut

Tarkoituksenmukaisessa palvelussa (kuva 4) ensihoitajat kertoivat kohdenne-  
tusta palvelusta, palveluprosessin toimivuudesta, palveluiden väärinkäytöstä,  
potilaiden terveysneuvonnasta ja ohjaamisesta sekä hätäkeskuksen hälyttä-  
misohjeiden ja käyttötarkoituksen selventämisestä.



Kuva 4. Tarkoituksenmukaiset palvelut

Ensihoitopalvelun kiireettömät potilaat kuormittavat ensihoitopalvelua ja päivystyspalvelua. Tarkoituksenmukaista, taloudellista ja potilasta säästävää olisi, jos potilaalle pystyttäisiin tarjoamaan hoito mahdollisuuksien mukaan jo kotona. Iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kuljettaminen edestakaisin kotoa päivystykseen ja takaisin kotiin on heille kuormittavaa.

Potilaan oire tai vaiva olisi usein diagnosoitavissa ja hoidettavissa jo paikan päällä, esimerkiksi verikokeiden tulosten ja lääkärin konsultaation perusteella ja antibioottihoito voitaisiin aloittaa kotona. Toimivalla ja tarkoituksenmukaisella palveluprosessilla voitaisiin välttää potilaan päivystyskäynti ja ensihoidon sekä päivystyksen kuormittuminen.

*Väestön ikääntymisen ja rajallisten resurssien vuoksi, pelkästään resurssien lisääminen ei pitkän päälle tule olemaan taloudellisesti mahdollista tai järkevää. (3)*

Kohdeorganisaation ensihoitopalvelun palveluprosessia kuvattiin hyväksi ja resursseihin nähden toiminnan olevan sujuvaa. Kuitenkin samalla koettiin, että ensihoitopalveluita käytetään väärin ymmärtämättä sen perimmäistä tarkoitusta. Suuri osa ensihoitopalvelun toteuttamista kiireettömistä ensihoidon tehtävistä on terveysneuvontaa ja ohjausta.

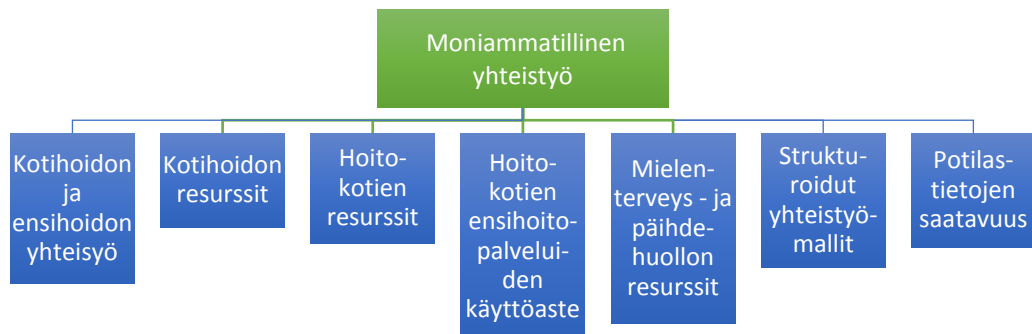
*Ensihoidolla tarkoitetaan perinteisesti äkillisesti sairastuneen potilaan hoitoa, mutta osa pitää ensihoitajia kuskeina/seuralaisina ja ambulanssia taksina. (1)*

Hätäkeskuksen hälyttämisohjeiden herkkyys ja kansalaisten ymmärrys hätäkeskuksen käyttötarkoituksesta koettiin ongelmalliseksi nykytilanteessa. Hätäkeskuksen hälyttämiskäytänteet koetaan liian ”herkiksi”. Hätäkeskuksesta tulee läpi tehtäviä, jotka ovat terveysneuvontaa ja ohjausta, eikä potilaalla ole mitään akuuttia ensihoidollista tai päivystyksellistä tarvetta. Lisäksi hätäkeskuksen tehtävien ohjaaminen oikealle hoitavalle instanssille ei ole selkeää, sillä sosiaalitoimen tai kiireettömän sairaankuljetuksen tehtävälle hälytetään ensin ensihoitopalvelun hoitotason ambulanssi tarkastamaan tilanne. Kansalaisille ei myöskään ole täysin selvää 112-palvelun käyttötarkoitus, vaan sitä käytetään väärin tai apua ei osata hakea tai saada muualta.

*Ongelma mahdollisesti hälyttämiskäytännöissä hätäkeskuksessa, jossa ei osata tehdä eroa tehtävässä, joka esim. pelkän sosiaalitoimen tai kiireettömän siirtokuljetusyksikön tehtävä, ei kiireellisen hoitotason ambulanssin. (12)*

### 5.2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisessa yhteistyössä (kuva 5) kokemukset liittyivät kotihoidon ja hoitokotien resursseihin, joustamattomaan ja ei-kollegiaaliseen yhteistyöhön, ensihoitopalveluiden käyttöasteeseen hoitokodeissa, hoitokotien hoitovälineisiin ja -menetelmiin sekä puutteellisiin hoito-ohjeisiin, potilastietojen hankalaan saatavuuteen ja strukturoitujen yhteistyömallien puutteisiin.



Kuva 5. Moniammatillinen yhteistyö

Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden hoidon moniammatillinen yhteistyö koettiin haastavaksi. Kotihoidon nopea aktivoiminen on vaikeaa ja yhteistyön ei koettu olevan niin sujuvaa ja kollegiaalista kuin se voisi olla. Mielen-terveys- ja päihdehuollon resurssit ovat riittämättömiä tukemaan ensihoitopalvelua ja potilaan kotona tai ympärivuorokautisessa yksikössä pärjäämistä. Kotihoito ja hoivakodit kuormittavat ensihoitoa. Hoivakodeissa ei ole asianmukaisia hoito-ohjeita. Yhteistyön ja toimintamallien kehittämisellä voitaisiin potilaat hoitaa tehokkaammin kotona tai hoivakodeissa.

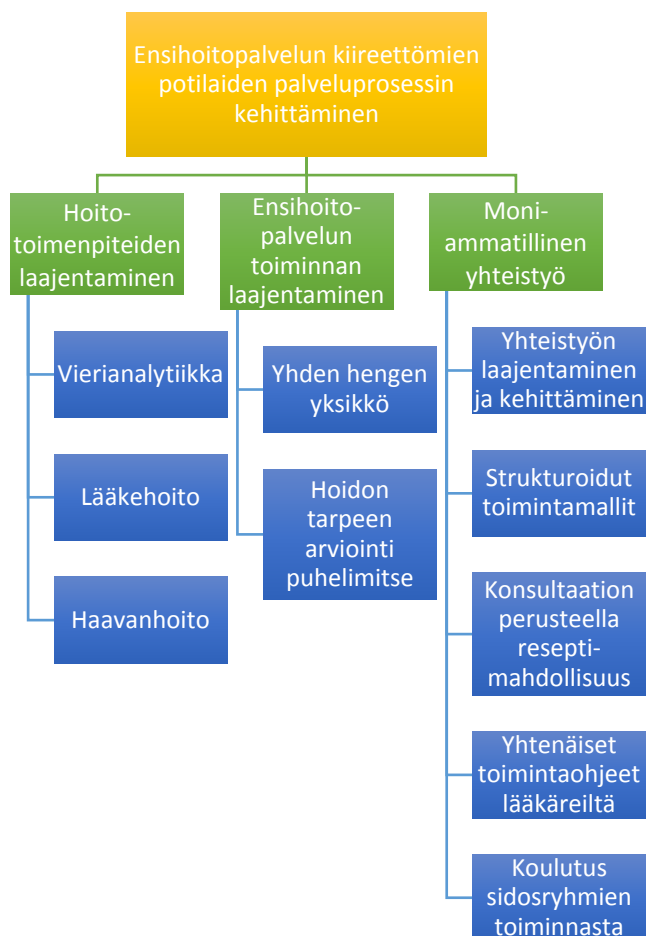
*Suurimmat ongelmat ovat mielestäni siinä kuinka ympärivuorokautista hoivaa tuottavat yksiköt eivät pysty hoitamaan itsenäisesti perusterveydenhuollon taseisia vaivoja yksiköissään. (13)*

Moniammatilliseen toimintaan ei ole virallista verkosto- tai yhteistyömallia. Potilastietojen saatavuudessa on ongelmia, tietoja ei ole saatavilla tai niiden saaminen on aikaa vievää ja kuormittavaa.

*usein ensihoito on kohteeseen tullessa tietämätön potilaan ongelmista, mutta kotihoito on joutunut poistumaan kohteesta seuraavan asiakkaan luo. (1)*

### 5.3 Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessin kehittäminen

Kohdeorganisaation ensihoitopalvelun palveluprosessin kehittämiseen (kuva 6) kaivattiin konkreettisia hoitovälineitä ja -menetelmiä. Hoitotoimenpiteiden ja ensihoitopalvelun laajentaminen sekä moniammatillisen yhteistyön lisääminen ilmaistiin ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessin kehittämisen kohteina.



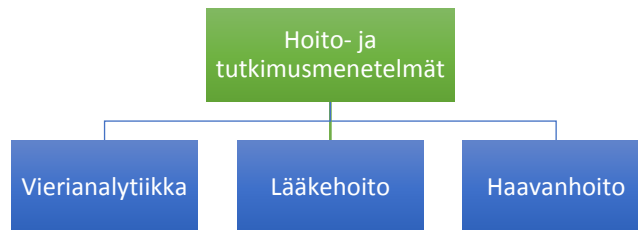
Kuva 6. Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessin kehittäminen

Ensihoitajat toivoivat hoitotoimenpiteiden ja ensihoitopalvelun toiminnan laajentamista. Vastaavat kokivat, että ensihoitopalvelun toiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen avulla voidaan vaikuttaa palveluprosessin laatuun.



### 5.3.1 Hoito- ja tutkimusmenetelmät

Vastaajat kokivat kehittämistarpeiksi vierianalytiikan, tulehduskipulääkkeiden (esimerkiksi Burana ja Panadol), injektiona annettavan ei-opiaattipohjaisen kipulääkkeen ja haavaliiman lisäämisen ensihoitopalvelun hoito- ja tutkimusmenetelmiin (kuva 7).

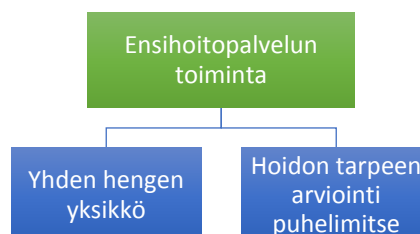


Kuva 7. Hoito- ja tutkimusmenetelmät

Kotona tehtävän vierianalytiikan avulla voitaisiin vahvistaa työdiagnoosi ja välttää sen perusteella päivystyskäynti. Jos ensihoitopalvelulla olisi käytössään laajempi valikoima kipulääkkeitä, voitaisiin potilaille tarjota oireenmukaista kivunhoitoa. Paremman diagnostiikan ja kipulääkityksen avulla potilas voisi saada oireenmukaisen hoidon ja välttää päivystyskäynnin.

### 5.3.2 Ensihoitopalvelun toiminta

Ensihoitopalvelun toiminnan laajentamiseen (kuva 8) esitettiin kehittämissideita. Kiireetöntä ensihoitopalvelua tarjoava yhden hengen ensihoitoyksikkö ja mahdollisuus tehdä hoidon tarpeen arviointi strukturoidusti puhelimen välityksellä koettiin tarpeelliseksi.



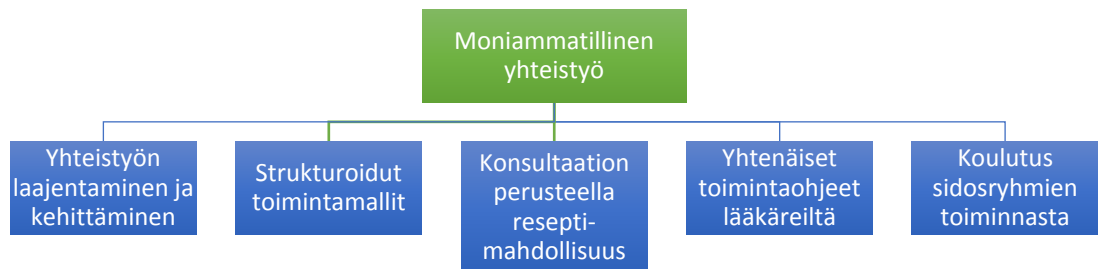
Kuva 8. Ensihoitopalvelun toiminta

Kiireettömiä tehtäviä hoitava yhden hengen yksikkö, jolla olisi pääsy sähköisiin potilastietokantoihin, voisi tarjota kohdennetumpia ratkaisuja. Puhelu potilaalle

ja arvio tehtävän suorittamisesta voisivat tehostaa resurssien käyttöä. Strukturoitu toimintamalli puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin olisi potilasturvallinen.

### 5.3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Vastaajat kokivat moniammatillisen ja kohdeorganisaation ensihoitopalvelun välisen yhteistyön tarvitsevan laajentamista ja kehittämistä (kuva 9). Strukturoidut toimintamallit, reseptien saatavuus potilaille ja yhtenäiset toimintaohjeet konsultoitavilta lääkäreiltä sekä koulutus sidosryhmien toiminnasta koettiin keskeisiksi kehittämisen kohteiksi.



Kuva 9. Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisessa yhteistyössä kohdeorganisaation ensihoitajat ilmaisivat erityisesti yhteistyön laajentamisen ja kehittämisen kotihoidon kanssa. Haluttiin laajempaa suunniteltua yhteistyötä, sen tehostamista ja uusia sekä strukturoituja toimintamalleja. Koulutuksen ajateltiin parantavan yhteistyötä ja edistävän potilaan parempaa kokemusta palveluprosessista. Toivottiin koulutuksia, joissa tutustutaan vastavuoroisesti sidosryhmien toimintaan ja resursseihin.

## 5.4 Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessia tukevien palveluiden kehittäminen

Kohdeorganisaation ensihoitajat kokivat moniammatillisen yhteistyön kehittämisen ja laajentamisen sekä toimintamallien selkiyttämisen vaikuttavan kiireettömien potilaiden palveluprosessiin (kuva 10, s. 35). Vastaajat ilmaisivat kehittämiskohteina kotiin vietävien palveluiden laajentamisen ja kehittämisen, hoitokotien palveluiden kehittämisen, hätäkeskuksen toimintamallien kehittämisen ja selkiyttämisen, ensihoitopalvelun operatiivisen johtamisen toiminnan

parantamisen ja lisäksi palveluprosessia tukevien palveluiden saatavuuden parantamisen (joita ovat esimerkiksi vaihtoehtoiset kuljetusmuodot ja tiedonsiirto).

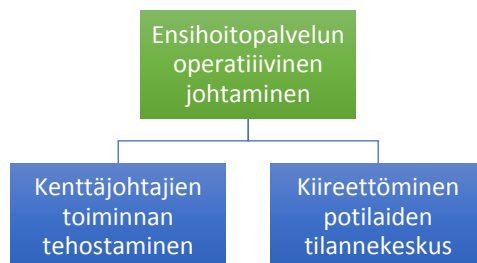


Kuva 10. Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessia tukevien palveluiden kehittäminen

Ensihoitajat kokivat, että kiireettömän potilaan palveluprosessia voidaan parantaa kehittämällä siihen vaikuttavia ja sitä tukevia tekijöitä. Moniammatillisen yhteistyön keinoin voidaan saavuttaa synergiaetu.

### 5.4.1 Ensihoitopalvelun operatiivinen johtaminen

Ensihoitopalvelun operatiivisen johtamisen toimintaan (kuva 11) toivottiin tarkkuutta ja tehokkuutta. Vastaajat toivoivat kiireettömille tehtäville omaa tilannekeskusta, jossa valvottaisiin D-tehtävien hälyttämistä ja suorittamista.

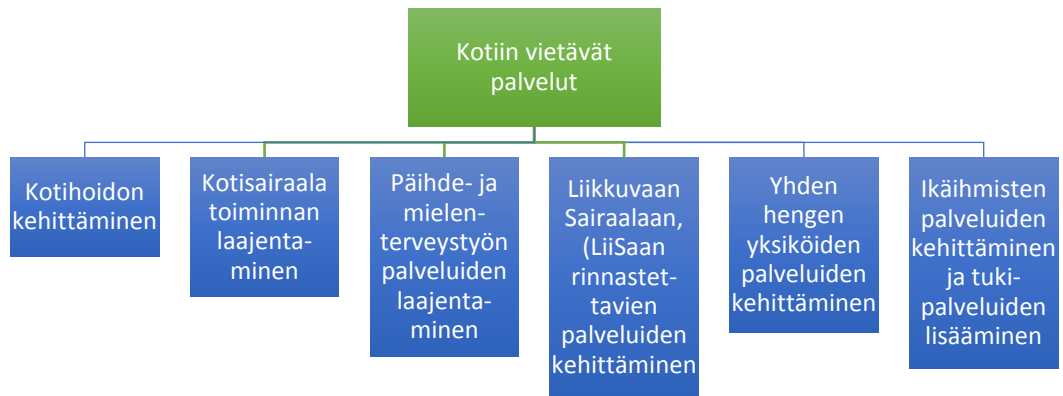


Kuva 11. Ensihoitopalvelun operatiivinen johtaminen

Vastaajat toivoivat kenttäjohtajien toiminnan olevan tarkempaa ja tehokkaampaa. Tehtävämäärien ja kuormituksen jakautumiseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Vastaajat kertoivat tehtävämäärien jatkuvan kasvun vuoksi kiireettömien potilaiden tilannekeskukselle olevan tarve. Hätäkeskuksessa kiireettömiksi luokitellut potilaat voivat joutua odottamaan ensihoitopalvelua kauan, kun tarkoituksenmukainen ohjaus, neuvonta tai apu voisi olla saatavilla muualta nopeammin.

### 5.4.2 Kotiin vietävät palvelut

Kotiin vietävien palveluiden laajentamiseen ja kehittämiseen (kuva 12, s. 37) ilmaistiin useita kehittämisen kohteita. Kotihoidon resurssien lisääminen päi-vystysluonteisena kotihoidon lisäresurssina. Toiminnan tehostaminen kotihoidon, kotisairaanhoidon hoitajien ja lääkärien kesken. Kotihoidon työntekijöiden koulutuksen ja ammatillisen osaamisen kehittäminen sekä yhteistyön ja toimintaohjeiden tarkentaminen. Vastaajat kokivat kotisairaaloiminnan laajentamisen ja lisäämiseen tarpeelliseksi sekä päihde- ja mielenterveystyön tuomisen lähemmäksi kotiin vietäviä palveluita. Liikkuvaan Sairaalaan (LiiSa) rinnastettavien palveluiden tai yhden hengen yksiköiden palveluiden kehittämistä kaivattiin. Vastaajat toivoivat myös ikäihmisten palveluiden kehittämistä ja tuki-palveluiden lisäämistä.



Kuva 12. Kotiin vietävät palvelut

Lisäresurssien (esimerkiksi kotihoidossa päivystysluonteinen hoitokäynti) lisääminen koettiin kiireetöntä palveluprosessia kehittäväksi tekijäksi. Toimintamallien kehittäminen, kuten kotihoidon omatoiminen yhteydenotto päivystys-apu-palveluun, päivystyksen tai kotihoidon lääkäriin, voisi vähentää ensihoito-palvelun tarvetta, ja potilas voisi välttää päivystyskäynnin.

*Joku kotihoitoon synkronoitu palvelu ja ammattilainen, joka voisi auttaa akuuteissa tilanteissa ja mennä järjestelemään potilaan tilannetta kotiin, ottamaan vieritestejä jne. ja jolla olisi suun kautta otettavia lääkkeitä isompi määrä. (6)*

Vastaajat kertoivat kotihoidon ammatillisessa osaamisessa olevan puutteita. Lisäksi kotihoidon ymmärrys ensihoitopalvelun tarkoituksenmukaisesta käytöstä oli heikkoa. Todettiin, että koulutusta tulisi lisätä sekä yhteistyötä ja toimintatapoja tulisi tarkentaa.

*Kotihoitoon olisi syytä saada ajanmukaiset ohjeet potilaan päivystykseen hakeutumisesta. (7)*

Kohdeorganisaation ensihoitajat toivoivat kotisairaalan toiminnan kehittämistä ja laajentamista, niin että kotisairaala toisi palvelut potilaan kotiin, esimerkiksi vierianalytiikan ja lääkehoidon aloittamisen. Päihde- ja mielenterveystyön resurssien lisäämisen ja selviämisasemapalveluiden lisäksi konkreettinen kehittämistoimi voisi olla liikkuva sosiaalihuollon yksikkö, jossa kotikäynti on tehty joustavaksi ja päivystysluonteiseksi.

Vastaajat kokivat liikkuvan sairaalan kaltaisen toiminnan olevan hyvä palvelu, joka toisi terveyskeskuksen palvelut potilaan luokse. Liikkuva palvelu, joka toimisi itsenäisenä yksikkönä, mutta myös yhteistyössä ensihoitopalvelun, päivystyspalvelun ja kotihoidon kanssa. Yhden hengen yksikkö tuottaisi palvelua, jossa potilas saa hoidon tarpeen arvion ja mahdollisen hoidon jo kotonaan. Lisäksi nämä kiireettömiä tehtäviä hoitavat yksiköt voisivat toimia tukena kotihoidon ja palvelutaloasumisen yksiköille päätöksenteossa päivystykseen hakeutumisen tarpeellisuudessa.

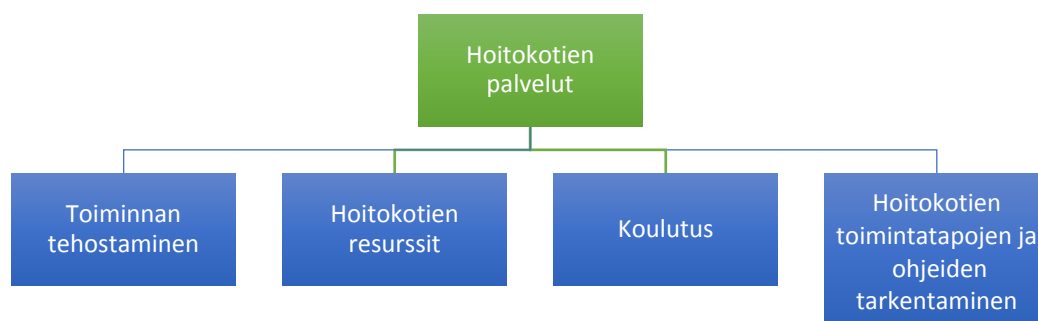
*Liisaan rinnastettavia palveluita, joiden kanssa hoitoa voitaisiin viedä enemmän kotiin. Painetta pois täten ensihoidolta ja päivystykseltä. (4)*

Vanhusten palveluihin kaivattiin kehittämistä erityisesti harvaan asutuille alueille. Vanhuksille tulisi olla saatavilla tukipalveluita ja keinoja kotona pärjäämisen edistämiseen.

*Ikäihmisille suunnattuja tukipalveluita, joihin ikäihmiset, heidän omaiset tai ensihoito voisivat ottaa yhteyttä, kun kotona pärjääminen on jostain väliaikaisesta syystä johtuvasti heikentynyt. (8)*

### 5.4.3 Hoivakotien palvelut

Kohdeorganisaation ensihoitajat korostivat hoitokotien palveluiden kehittämisessä (kuva 13) toiminnan tehostamista, resurssien lisäämistä, hoitokotien hoitohenkilökunnan koulutuksen lisäämistä sekä hoitokotien toimintatapojen ja ohjeiden tarkentamista.



Kuva 13. Hoitokotien palvelut

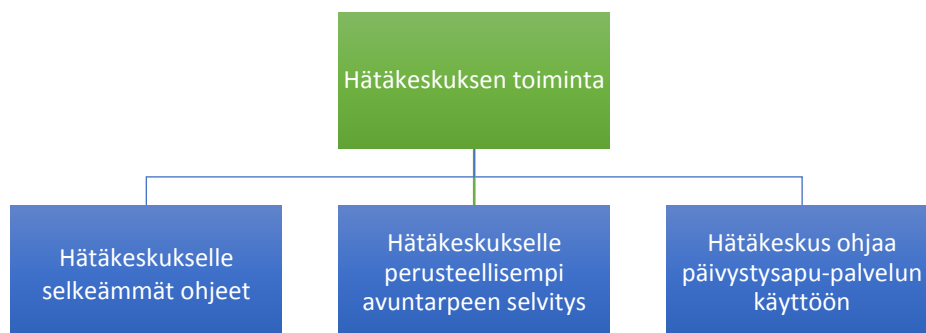
Hoivakotien toimintaa tulisi tehostaa lisäämällä resursseja. Kehittämisessä tulisi huomioida potilaiden kokonaisvaltainen hoito. Vastaajat kertoivat ehdotuksia esimerkiksi ympärivuorokautisesti ja -viikkoisesti tavoitettavissa olevasta hoivakodin omasta lääkäristä ja lääkeluvallisista hoitajista. Hoivakotien hoitajien koulutusta ja ammatillista osaamista tulisi myös kehittää. Kehittämisessä tulisi tarkentaa toimintamalleja ja päivittää ajantasaiset ohjeet.

*Monessa hoitolaitoksessa ohjeet epäselviä tai niitä ei ole. (7)*

*Selkeämmät hälyttämiskäytännöt esim. hoivakoteihin, jotka eivät välttämättä ollenkaan kiireellisen ensihoitopalvelun piirissä, esim. pelkkä siirto kuljetus. (13)*

#### 5.4.4 Hätäkeskuksen toiminta

Vastaajat kertoivat että, hätäkeskuksen toimintamalleihin kaivataan selkiyttämistä ja kehittämistä (kuva 14). Kiireettömien potilaiden hälyttämiskäytänteisiin toivotaan tarkempaa avuntarpeen selvitystä, jotta potilaalle voidaan tarjota tarkoituksenmukaista ja kohdennettua palvelua ilman resurssien väärinkäyttöä. Lisäksi toivotaan hätäkeskukselle mahdollisuutta ohjata kiireetön potilas päivystysapu-palvelun käyttöön.

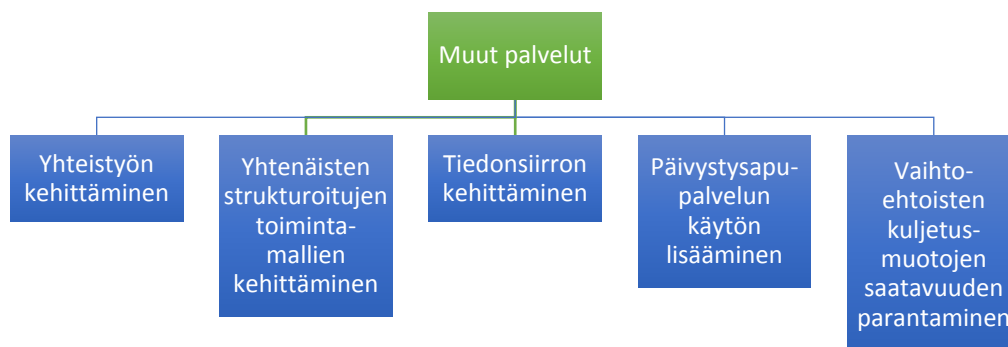


Kuva 14. Hätäkeskuksen toiminta

Ensihoitopalvelun käyttö koettiin turhauttavaksi niissä tilanteissa, joissa potilas olisi voinut hyötyä puhelimesta saaduista hoito-ohjeista, esimerkiksi ohjeistus kuumelääkityksen käytöstä. Jos hätäkeskus voisi ohjata kiireettömäksi luokitellun potilaan olemaan yhteydessä päivystysapu-palveluun, voisi potilas saada neuvontaa ja ohjeistuksen sieltä. Toimintamallilla kevennettäisiin ensihoidon kuormitusta.

### 5.4.5 Muut palvelut

Kohdeorganisaation ensihoitopalvelun ensihoitajat kokivat päivystysapu-palvelun käytön lisäämisen, vaihtoehtoisten kuljetusmuotojen saatavuuden parantamisen sekä tiedonsiirron, yhteistyön ja yhtenäisten strukturoitujen toimintamallien kehittämisen olevan tukevia palveluita, jotka parantaisivat kiireettömien potilaiden palveluprosessia (kuva 15).



Kuva 15. Muut palvelut

Vastaajat ilmaisivat, että yhteistyö, jossa tunnetaan koko moniammatillisen ketjun resurssit ja mahdollisuus hyödyntää resursseja yhtenäisten prosessien avulla, tukee kiireettömän potilaan palveluprosessia. Kommunikaatio ja tiedonsiirto paranisivat, jos olisi mahdollisuus nähdä sidosryhmien (päivystys, kotihoito, ensihoito) kirjauksia. Paaritaksien parempi saatavuus lisäisi kuljetusvaihtoehtoja.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ensihoitajien kokemuksia kiireettömän potilaan palveluprosessista ja sen kehittämisen tarpeesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa kiireettömän potilaan palveluprosessin nykytilanteesta ja tuottaa kehitysideoita palveluprosessin kehittämiseen.

Kohdeorganisaation ensihoitajat kokivat kiireettömän potilaan palveluprosessin tarvitsevan kehittämistä. Palveluiden uudelleen organisoinnin tai moniammatillisten hoitopolkujen kehittämisen avulla ensihoitopalvelu olisi tarkoituksenmukaista, tasalaatuista ja samalla resurssien riittävyys voitaisiin turvata. Kiireettömille potilaille voitaisiin tarjota mahdollisimman kohdennettua palvelua. Ensihoitopalvelujen kysyntä kasvaa (Ervasti ym. 2019; Hautala ym. 2019;



Paulin ym. 2020). Kysynnän kasvun ja resurssien rajallisuuden vuoksi ensihoitoa tulee kehittää tehokkaammaksi, vaikuttavammaksi ja potilaskeskeisemmäksi (Hautala ym. 2019).

Ensihoitopalveluiden työkuorma on kasvanut kiireettömien tehtävien osalta (Ervasti ym. 2019; Hoikka 2020; Paulin ym. 2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudelleen organisointi, muutokset toimintaympäristöissä ja puutteet kotihoidossa lisäävät ensihoitopalveluissa kuormitusta ja nostavat kustannuksia. Ensihoitopalvelu on kustannuksiltaan kalliimpaa kuin suunnitellut tukitoimet ja toimiva kotipalvelu (Valtionalouden tarkastusvirasto 2019.) Ensihoitopalveluiden kiireettömät tehtävät kuormittavat ensihoitoa. Ensihoitajat kokivat kiireettömien tehtävien kuormittavan, sillä tehtävien sidonnaisuusaste on korkea ja kiireettömille potilaille ensihoitopalveluissa tarjottava palvelu liittyy enimmäkseen vain potilaan kuljetukseen. Ensihoitopalveluiden päivystykseen kuljettamista kiireettömistä potilaista suuri osa voitaisiin hoitaa muualla kuin päivystyspalveluissa kehittämällä kiireettömiä palveluita (Magnusson ym. 2020).

Kohdeorganisaation Lohjan (2017–2020) ja Länsi-Uudenmaan (2015–2020) sairaanhoitoalueilla kokonaistehtävämäärissä (A-, B-, C- ja D-tehtävät) oli kasvua. Vuosittainen vaihteluväli ensihoitopalvelun kiireettömien tehtävien määrässä oli keskiarvoltaan viiden prosentin luokkaa. Vaikka ensihoitopalvelun kiireettömien tehtävien määrä ajoittain väheni, samanaikaisesti kokonaistehtävien määrä lisääntyi. Jopa kolmasosassa kaikista tehtävistä päädyttiin ratkaisuun, ettei potilas tarvitse ensihoitopalvelun kuljetusta terveydenhuollonpalveluihin tai ettei potilas tarvitse ensihoitopalvelua tai päivystyspalvelua. (Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos 2021.)

Kohdeorganisaation ensihoitajat kokivat kiireettömän potilaan hoitomenetelmien ja hoitopolkujen tarvitsevan kehittämistä. Vastaajien mukaan ensihoitopalvelu ei pysty vastaamaan nykyisellään tehokkaasti kiireettömien potilaiden palvelun ja hoidon tarpeeseen puutteellisten hoitovälineiden ja -menetelmien vuoksi. Ensihoitopalvelulla on hoidon tarpeen arvion ja mahdollisten hoitotoimenpiteiden jälkeen rajalliset mahdollisuudet kiireettömän potilaan hoitoon. Potilas voidaan kuljettaa päivystykseen, vaikka tarkoituksenmukaisempaa olisi tarjota kiireetöntä palvelua. (Magnusson ym. 2020.)

Kiireettömien potilaiden hoidossa tulisi tukeutua enemmän nykYTEknologian mahdollistamaan datan ja tekoälyn käyttöön ja kehittää sekä lisätä kotona tehtäviä tutkimuksia (Haverinen ym. 2018; Ervasti ym. 2019; Hautala ym. 2019). Kohdeorganisaation ensihoitajat kokivat, että ensihoidossa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän vieritestausta ja potilastietojärjestelmistä saatavaa tietoa. Laadukkaalla hoidon tarpeen arvioinnilla (vieritestaus ja potilastietojärjestelmistä saatavan tiedon hyödyntäminen) voidaan välttää ensihoidon kuljetus tai käynti päivystyksessä (Ervasti ym. 2019).

Potilastietojen kattavamman saatavuuden avulla voidaan tarjota kohdenne-tumpia ratkaisuja, ohjata potilas tarkoituksenmukaisiin sosiaali- ja terveyden-huollonpalveluihin ja välttää ensihoitopalvelun tai muiden päivystyspalveluiden tarve (Poulymenopoulou ym. 2014; Zorab ym. 2015; Haverinen ym. 2018).

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluissa digitaalisten ratkaisujen merkitys tulee korostumaan. Digitaaliset palvelut parantavat palveluiden tasalaatuisuutta ja parantavat kustannustehokkuutta. Teknologisten ratkaisujen kehittymisen ja yleistymisen avulla palveluiden saavutettavuus ja saata-vuus paranee. (Pakarinen ym. 2017, Salmisen ym. 2017, 140 mukaan.)

Hoitoprosessien strukturointi parantaa palveluiden laatua ja resurssit kohden-tuvat tarkoituksenmukaisemmin (Poulymenopoulou ym. 2014). Vastaajat koki-vat palvelujärjestelmän kehittämisen vaikuttavan hoidon laatuun, resurssien riittävyys-turvaamiseen ja potilaiden tarkoituksenmukaiseen hoitoon tarkoi-tuksenmukaisessa hoitopaikassa. Palvelurakenteiden ja -prosessien kehittä-minen vastaamaan väestön tarvetta ja hoitoketjujen suunnitteleminen vähen-tää hoidon päällekkäisyyttä sekä ohjaa resursseja oikein (Poulymenopoulou ym. 2014; Manley ym. 2016). Ensihoitopalveluiden kiireettömien tehtävien li-sääntyessä tulee kehittää palvelujärjestelmää ja hoitoketjuja, jotta voidaan tur-vata sekä kiireellisten että kiireettömien potilaiden hoito (Zorab ym. 2015; Pau-lin ym. 2020).

Ensihoidon ja kotihoidon palveluita on välttämätöntä kehittää. Ensihoidon ja kotihoidon välille olisi kehitettävä erilaisia palveluita kiireettömiä tilanteita var-ten. Kotihoidon ja ensihoidon tulisi tehdä yhteistyötä suunnitelmallisemmin, jol-

loin tiedonkulku olisi tiiviimpää ja resursseja saataisiin ohjattua oikein. Lääkäripalveluiden integrointi kotihoitoon tulisi tehdä tehokkaammin. (Valtiotalouden tarkastusvirasto 2019.) Ensihoidon ja kotihoidon palveluiden väliin tulisi kehittää uusia palvelua sekä yhteistyötä näiden palveluiden välillä tulisi tehdä suunnitelmallisemmin. Yhteistyö olisi tiiviimpää ensihoidon, päivystystoiminnan, sosiaalipäivystyksen, kotihoidon ja kotisairaanhoidon välillä ja samalla resurssit saataisiin tehokkaammin käyttöön. (Valtiotalouden tarkastusvirasto 2019.)

Ensihoitopalvelussa annettu hoito, päätökset ja kuljetukset vaikuttavat ennen kaikkea potilaan hyvään ja laadukkaaseen hoitoon mutta myös muihin terveydenhuollon yksikköihin, kuten päivystykseen. (Zorab ym. 2015.) Kohdeorganisaation ensihoitajat kokivat kiireettömien potilaiden kuormittavan ensihoitopalvelua ja samalla myös muita päivystyspalveluiden yksiköitä. Kiireettömät potilaat hakeutuvat ensihoitopalveluiden piiriin hätäkeskuksen hätäpuhelun kautta, kun eivät osaa hakeutua muihin palveluihin tai eivät koe saavansa apua muualta. Hätäkeskuksista välittyy huomattava määrä kiireettömiä tehtäviä ensihoitopalveluille, jotka haastavat ensihoidon resursseja (Paulin ym. 2020). Vastaajat kokivat hätäkeskuksesta välittyvät ensihoidolle tehtäviä, jotka riskinarvion ja hoidon tarpeen arvion jälkeen luokiteltiin ensihoidolle kuulumattomiksi tehtäviksi. Ongelmat perusterveydenhuollonpalveluiden saatavuudessa ohjaa potilaita hakeutumaan kiireellisiin päivystyspalveluihin (Norberg ym. 2015; Pope ym. 2018).

Verkostoituminen hätäkeskuksen ja muiden päivystyksellisten palveluiden kanssa, eri ammattiryhmien välinen kommunikaatio, parempi tiedonsiirto ja uusien teknologisten ratkaisujen käyttö mahdollistaa kiireettömien potilaiden laadukkaamman palvelun (Ervasti ym. 2019). Kohdeorganisaation ensihoitajat kokivat moniammatillisen yhteistyön kehittämisen parantavan kiireettömän potilaan hoidon laatua. Kun kiireettömän potilaan palveluprosessia kehitetään, voidaan potilaalle tarjota tarkoituksenmukaista palvelua. Potilas, ensihoitopalvelu ja päivystyspalvelu hyötyvät resurssien kohdentumisesta oikein. Moniammatillinen yhteistyö vaatii tehokkaampaa verkostoitumista, koulutusta ja hoitopolkujen strukturoituja malleja. Hoitoketjuja voidaan parantaa potilaan, kotisairaanhoidon, sairaalan ja ensihoidon tehokkaamman yhteistyön ja avulla (Hautala ym. 2019.)

Kiireellisten ja kiireettömien palveluiden kysynnän kasvaessa tulee kiinnittää huomiota yhteistyöhön muiden palveluntarjoajien kanssa. Integroimalla hoitoketjuja voidaan tehostaa toimintaa ja parantaa tuloksia. Ilman strukturoituja ja johdettuja selkeitä hoitoketjuja järjestelmässä on hajanaisuutta, joka aiheuttaa päällekkäisyyttä ja resurssien tuhlaamista. (Manley ym. 2016.) Erityisesti iäkkäät ihmiset voisivat hyötyä heille räätälöidyistä hoitopoluista, jossa palvelu tuotaisiin kotiin (Magnusson ym. 2020).

Moniammatillinen yhteistyö tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Kansallisesti sekä kansainvälisesti moniammatillinen yhteistyö on edellytys rakenteellisesti kestäville sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluille ja potilaskeskeiselle hoidolle. Suomessa lainsäädäntö sekä sote-uudistus edellyttävät moniammatillisen yhteistyön lisäämistä. Väestön ikääntyminen ja kroonisten sairauksien lisääntyminen aiheuttavat hoidon tarpeen kasvua ja kustannustehokkuuden vaatimuksen, jotta palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan kasvaviin tarpeisiin. Palvelut tulee integroida asiakaslähtöisiksi moniammatillisiksi kokonaisuuksiksi. (Tuomela ym. 2017, Salmisen ym. 2017, 37–38 mukaan.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksi keskeisistä periaatteista on asiakaskeskeisyys. Palvelujärjestelmien kehittämisessä tulisi huomioida asiakkaan näkökulmasta palveluprosessien toiminnan sujuvuus ja palveluiden tulisi olla potilaille tarkoituksenmukaisia sekä saatavilla. Kansallisesti ja kansainvälisesti palvelujärjestelmien kehittämisen tavoitteena on palveluissa saavutetut paremmat tulokset, palveluiden parempi saavutettavuus ja tavoitettavuus sekä palveluiden kustannusten optimointi ja tehokkuus. (Suhonen & Stolt 2017, Salmisen ym. 2017, 22–23 mukaan.)

## **6.1 Luotettavuus**

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteerien mukaan, jotka Cuba ja Lincoln ovat esittäneet vuonna 1981 ja täsmentäneet vuonna 1985. Cuba ja Lincoln (1981, 1985) ovat luoneet kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kriteerit, joita käytetään edelleen tänä päivänä. Kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197.)

Uskottavuus (credibility) tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että analyysi ja tutkimustulokset on kuvattu selkeästi ja ymmärrettävästi. Alkuperäismateriaalista tulosten johtaminen on tehtävä näkyväksi erilaisilla vaihtoehtoisilla taulukoilla ja liitteillä. Tutkimuksen analyysivaiheessa on osattava sekä muodostaa yhtenäisyys teoreettiseen viitekehykseen, että käsitteellistää tutkimusaineisto tähän. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 198.)

Tutkimusprosessin aineistolähtöisyys tarkoittaa tutkimusaineiston keskeistä asemaa koko tutkimusprosessin edistymisen aikana (Lukkarinen 2001, Janhosen & Nikkosen 2001, mukaan 154–155). Tutkimusprosessissa keskeisintä oli tutkittavien henkilöiden kokemukset. Olemassa oleva tieto ei ohjannut analyysin tekoa, sillä tiedonhaku ja synteesi kirjallisuuskatsaukseen tehtiin aineiston tulosten valmistumisen aikana ja jälkeen. Tutkimuksen aikana sopivassa vaiheessa tehty tiedonhaku tukee aineistosta kertyvän tutkimustiedon teoriaa ja vahvistaa käsitteiden teoreettista perustaa (Janhonen & Latvala 2001, Janhosen & Nikkosen 2001, mukaan 182). Tutkimuksen tulokset perustuvat kerättyyn tutkimusaineistoon ja kirjallisuuskatsaus tukee käsitteiden teoriaa ja vahvistaa tuloksia.

Opinnäytetyön induktiivinen sisällönanalyysi oli prosessi, jossa aineistoon tutustumisen ja luokittelun ohella tapahtui arviointia sisältöjen yhtenäisyyden tulokinnasta. Prosessin aikana sisällön analyysin uskottavuutta ja luotettavuutta vahvistettiin tarkalla aineistoon tutustumisella, alkuperäisilmausten sisältöjen yhtenäisyyksien ja kategoria luokitusten tarkastamisella. Opinnäytetyön menetelmissä on kuvattu analyysin rakentuminen. Tulokset on esitetty selkeästi käyttäen kuvia, että alkuperäisilmauksia, joista voidaan nähdä tutkimustulosten perustuvan aineistoon.

Siirrettävyys (transferability) tutkimuksessa tarkoittaa sitä, voivatko tulokset olla siirrettävissä johonkin muuhun kontekstiin. Tämä edellyttää tarkkaa kuvausta koko prosessista. Aineistonkeruu ja analyysi tulee kuvata perusteellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 198.) Opinnäytetyön prosessin menetelmät on kuvattu vaiheittain, ja tutkimus on toistettavissa sekä siirrettävissä toiseen kontekstiin, jossa halutaan tutkia palveluprosessin laatua ja sujuvuutta.

Riippuvuus (dependability) tutkimuksessa viittaa siihen, että tutkimuksessa on mukana inhimilliset muutokset suhteessa ilmiöön ja asetelmaan, joten tutkimustulosten tarkka toistettavuus on lähes mahdotonta (Backman, Paasivaara & Nikkonen 2001, Janhosen & Nikkosen 2001, mukaan 259). Opinnäytetyön tutkimuksen aikana COVID-19 pandemia vaikutti kohdeorganisaation toimintaan. Kohdeorganisaation toimintaa jouduttiin pandemian vuoksi mukauttamaan ja kehittämään nopealla aikataululla. Pääpaino oli kohdeorganisaation toimintakyvyn säilyttämisessä ja päätehtävien hoitamisessa. Poikkeusolot vaikuttivat henkilöstön työilmanpiiriin ja työssäjaksamiseen. Opinnäytetyön kysely osui ajankohtaan, jolloin työntekijät olivat kuormittuneessa tilanteesta. Opinnäytetyön kyselyn tulokset eivät ole toistettavissa toisena ajankohtana.

Opinnäytetyöprosessin aikana pohdittiin kyselyn toteuttamista kaksikielisenä, suomen ja ruotsin kielellä. Opinnäytetyön tekijän äidinkielen ollessa suomi todettiin, että kaksikielisen kyselyn vastausten tulkinnassa voi tulla virheitä, jotka vaikuttavat tulosten luotettavuuteen. Opinnäytetyön kyselyn vastausprosentti olisi voinut kaksikielisen kyselyn vuoksi olla suurempi kuin 20,25 %.

Vahvistettavuus (confirmability) tutkimuksessa on sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon ja tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista tutkimuksista (Backman, Paasivaara & Nikkonen 2001, Janhosen & Nikkosen 2001, mukaan 259). Tutkimusprosessin aineistolähtöisyys ja opinnäytetyön induktiivinen sisällön analyysi vahvistavat tutkimustulosten perustuvan kerättyyn aineistoon. Opinnäytetyön tutkimustulokset saavat vahvistusta kansallisista ja kansainvälisistä tutkimuksista.

## **6.2 Eettisyys**

Tutkimusetiikan perusteena on sen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 218). Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten hyödyllisyys koskettaa kohdeorganisaation palveluprosessin kehittämistä, joka vaikuttaa henkilöstöön, potilaisiin, sidosryhmiin ja resurssien tehokkaampaan organisointiin sekä kustannustehokkuuteen.

Tutkimuksen tulee noudattaa hyvän tieteellistä käytäntöä. Toiminnan tulee perustua kaikissa opinnäytetyön tutkimuksen eri vaiheissa rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Tutkimusmenetelmän, aineiston käsittelyn, tulosten analysoinnin sekä tallentamisen ja arvioinnin, että tulosten esittämisen tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista. Aineistonkeruumenetelmän tulee olla eettisesti tarkastellen asianmukaista ja vastuullista. Tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava hyvien tieteellisten käytänteiden mukaisesti, eikä minkäänlaista vilppiä saa harrastaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteuttaminen on kuvattu työssä selkeästi. Tutkimuksessa on toimittu huolellisesti ja noudatettu tarkkuutta. Erityisesti tulosten analysoinnissa ja esittämisessä rehellisyys tulee esille alkuperäisilmausten käytön vahvistaessa tulosten läpinäkyvyyttä.

Opinnäytetyön tutkimukseen saatiin tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta. Tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja perustua osallistujan tietoiseen suostumukseen. Missä tahansa vaiheessa osallistujalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. Tutkimuksessa anonymiteetti on huomioitava. Pienen aineiston vuoksi tämä korostuu, jolloin taustatiedot voidaan tuoda esille keskiarvoina ja murrekieliset alkuperäisilmaisut voidaan kääntää yleiskielelle tunnistettavuuden vuoksi. Aineisto tulee säilyttää niin, etteivät ulkopuoliset pääse niihin käsiksi, lukitussa paikassa ja tietokoneen salasanalla suojattuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 218–219, 221.)

Osallistujille kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja vastaamisen keskeyttämisen olevan mahdollista. Opinnäytetyön tekijä säilytti materiaalin niin, ettei asiattomilla ollut mahdollisuutta päästä aineistoon käsiksi. Opinnäytetyön pienen aineiston vuoksi huomioitiin vastaajien anonymiteetti, jotta alkuperäisilmaisut eivät olisi kieliasultaan sellaisessa tunnistettavassa muodossa, että ne voitaisiin yhdistää vastaajaan.

### 6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Ensihoitopalvelun kiireettömien potilaiden palveluprosessi tarvitsee kehittämistä. Jotta voidaan turvata tulevaisuudessa riittävät palvelut, joissa keskiössä on asiakaskeskeisyys, potilasturvallisuus ja laatu sekä synergia edun optimointi, tulee kiireettömien potilaiden palveluprosessia kehittää. Yksistään resurssien kasvattaminen henkilöstömäärän lisäämisenä ei ole kestävä tai taloudellisesti järkevä ratkaisu. Moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja strukturoitujen palveluprosessien kehittäminen ovat keinoja, joilla voidaan parantaa palveluiden laatua.

Ensihoitopalvelun kiireettömän potilaan palveluprosessia voidaan parantaa tarjoamalla kohdennetumpia palveluita. Lisäämällä ensihoitopalvelun potilaan tutkimusmenetelmiä, hoitomenetelmiä ja muita kotiin vietäviä palveluita mahdollistetaan yksilöllisempi kohdennettu ja tarkoituksenmukainen hoito ja hoitoon ohjaus. Vieritestauksella saadut mittausarvot ja potilastietojärjestelmistä saatavat taustatiedot hoidon tarpeen arviossa vahvistavat työdiagnoosia ja päätöksentekoa. Potilasturvallisuus ja laatu paranevat. Kohdennetut palvelut ohjaavat tarkoituksenmukaisen ja oireenmukaisen hoidon saamista ja resurssien oikein kohdentumista. Ensihoitopalvelun päätehtävänä on äkillisesti sairastuneiden ja loukkaantuneiden hoito. Päätehtävää ei tule unohtaa, kun kehitetään tulevaisuuden palveluita. Optimaalinen palveluprosessi tarjoaa asiakaslähtöisesti hoidon tarpeen arvion ja ohjaa potilaita sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluihin tarpeen mukaan.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia potilaiden ja omaisten näkökulmaa kiireettömän potilaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta ja tarjonnasta. Tutkimuksella voitaisiin saada arvokasta tietoa siitä, kuinka palvelut tällä hetkellä koetaan ja millaista palvelua alueella kaivattaisiin. Lisäksi jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia kohdeorganisaation alueen päivystykseen hakeutuneiden henkilöiden hoitoon hakeutumisen syitä (oire, sairaus, loukkaantuminen) ja lopullisia diagnooseja. Voittaisiin tutkia, kuinka moni päivystykselliseen hoitoon päätnyt potilas on ollut päivystyksellisen hoidon tarpeessa ja vastaavasti kuinka moni potilas olisi voitu hoitaa vaihtoehtoisella tavalla.



## LÄHTEET

Alkio, M. 2011. Terveysten kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava? Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Backman, K., Paasivaara, L. & Nikkonen, M. 2001. Elämäkertatutkimus hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 259.

Ervasti, M., Hautala, M., Pikkarainen, M., Reponen, J., Tuukkanen, J., Daavittila, I., Raatiniemi, L., Martikainen, M. & Korpelainen, J. 2019. Tuhansia turhia kuljetuksia? Uudet teknologiaratkaisut ja toimintatavat ensihoitoon ja päivystykseen. *Lääkärilehti* 24–31, 1584–1590. Päivitetty 14.2.2019. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.12.2020].

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen lääkäri* 50–52, 3467–3473. Päivitetty 12.12.2014. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.12.2020].

Haraldseide, L., M., Sortland, L., S., Hunskaar, S. & Morken, T. 2020. Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 20. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-020-05219-0> [viitattu 9.12.2020].

Hautala, M., Ervasti, M., Pikkarainen, M., Reponen, J., Daavittila, I., Raatiniemi, L., Martikainen, M., Tuukkanen, J. & Korpelainen, J. 2019. Tulevaisuuden yhdistetyt terveysteknologia mahdollisuudet ensihoidon ei kiireellisten tehtävien hoitamisessa. *Finjehew* 1–2. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/finjehew/article/view/70242> [viitattu 2.12.2020].

Haverinen, J., Kangas, M., Raatiniemi, L., Martikainen, M. & Reponen, J. 2018. How to improve communication using technology in emergency medical services? A case study from Finland. *Finjehew* 4. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/finjehew/article/view/74143> [viitattu 2.12.2020].

Hoikka, M. 2020. Riskinarvio ensihoidossa ja hoidontulokset - väestötutkimus Pohjois-Suomessa. Väitöskatsaus. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/hoikka\\_riskinarvio.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hoikka_riskinarvio.pdf) [viitattu 1.12.2020].

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Ismail, S. A., Gibbons, D. C. & Gnani, S. 2013. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *British Journal of General Practice* joulukuu, e813-e820. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839390/pdf/bjgpdec2013-63-617-e813.pdf> [viitattu 11.12.2020].

Janhonen, S. & Latvala, E. 2001. Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: Grounded theory. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 182.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuisma, M. & Hakala, T. 2013. Ensihoidon laadunhallinta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 66–84.

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3. painos. Kerava: Edita Publishing Oy.

Laamanen, K. 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. 2. painos. Helsinki: Suomen Laatu keskus Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 23–24.

Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 154–155.

Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos. 2021.

Magnusson, C., Herlitz, J. & Axelsson, C.. 2020. Patient characteristics, triage utilisation, level of care, and outcomes in an unselected adult patient population seen by the emergency medical services: a prospective observational study. *BMC Emergency Medicine* 20. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993445/pdf/12873\\_2020\\_Article\\_302.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993445/pdf/12873_2020_Article_302.pdf) [viitattu 18.12.2020].

Manley, K., Martin, A., Jackson, C. & Wright, T. 2016. Using systems thinking to identify workforce enablers for a whole systems approach to urgent and emergency care delivery: a multiple case study. *BMC Health Services Research* 16. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 14.12.2020].

McHale, P., Wood, S., Hughes, K., Bellis, M. A., Demnitz, U. & Wyke, S. 2013. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Medicine* 11. Saatavissa: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-258> [viitattu 11.12.2020].

- Mylläri, E. 2017. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101961/978-952-03-0488-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 1.12.2020].
- Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14–28.
- Norberg, G., Sundström, B., Christensson, L., Nyström, M. & Herlitz, J. 2015. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary health care: Retrospective patient record study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 33, 311–317. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.12.2020].
- Nurmi, J. 2013. Kliininen päätöksenteko. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 110–117.
- Nurmi, J. & Holmström, P. 2013. Äkillinen yleistilan heikkeneminen ja pyörtyminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 385–392.
- Pakarinen, M., Peltoniemi, J. & Salakoski, M. 2017. Digitaaliset palvelut sote:ssa. Teoksessa Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.). 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turku: Turun Yliopisto, 140.
- Paulin, J., Kurola, J., Salanterä, S., Moen, H., Guragain, N., Koivisto, M., Käyhkö, N., Aaltonen, V. & Iirola, T. 2020. Changing role of EMS - analyses of non-conveyed and conveyed patients in Finland. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 28. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260794/pdf/13049\\_2020\\_Article\\_741.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260794/pdf/13049_2020_Article_741.pdf) [viitattu 16.12.2020].
- Pope, C., McKenna, G., Turnbull, J., Prichard, J. & Rogers, A. 2018. Navigating and making sense of urgent and emergency care processes and provision. *Health Expectations* 22, 435–443. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 9.12.2020].
- Poulymenopoulou, M., Papakonstantinou, D., Malamateniou, F. & Vassilacopoulos, G. 2014. Adaptive healthcare processes for personalized emergency clinical pathways. *e-Health – For Continuity of Care*, 423–427. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://ebooks.iospress.nl/publication/37521> [viitattu 18.12.2020].
- Sarajärvi, A. R., Mattila, L.-R. & Rekola. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Seeger, I., Kreienmeyer, L., Hoffmann, F. & Freitag, M., H. 2019. Cross-sectional study in an out-of-hours primary care centre in north-western Germany –

patient characteristics and the urgency of their treatment. *BMC Family Practice* 20. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 14.12.2020].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.

STM. 2010. STM. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aBNB%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 8.11.2020].

STM. 2019. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496> [viitattu 27.3.2020].

Suhonen, R. & Stolt, M. 2017. Asiakaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lähtökohtana. Teoksessa Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.). 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turku: Turun Yliopisto, 22–23.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Søvsø, M. B., Huibers, L., Bech, B. H., Christensen, H. C., Christensen, M. B. & Christensen, E. F. 2020. Acute care pathways for patients calling the out-of-hours services. *BMC Health Services Research* 20. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.12.2020].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilastokeskus. 2019. Syntyvyydenlasku heijastuu alueiden väestönennusteesseen. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.9.2019. Saatavissa: [https://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn\\_2019\\_09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_09-30_tie_001_fi.html) [viitattu 26.11.2019].

Tuomela, K., Heikkilä, K. & Salminen, L. 2017. Moniammatillisuus osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta. Teoksessa Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.). 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turku: Turun Yliopisto, 37–38.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Päivitetty 14.11.2012. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [viitattu 24.11.2019].

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.

Valtioneuvosto. 2019a. Marinin hallitus nimettiin. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.12.2019. Saatavissa: [https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10616/marinin-hallitus-nimitettiin](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/marinin-hallitus-nimitettiin) [viitattu 14.12.2019].

Valtioneuvosto. 2019b. Osallistava ja osaava Suomi. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma. PDF-dokumentti. Päivitetty 10.12.2019. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN\\_2019\\_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN_2019_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 14.12.2019].

Valtioneuvosto 2019c. Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti valmistui. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.6.2019. Saatavissa: [https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistuksen-loppuraportti-valmistui](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistuksen-loppuraportti-valmistui) [viitattu 26.11.2019].

Valtioneuvosto s.a. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus> [viitattu 9.10.2019].

Valtiotalouden tarkistusvirasto. 2019. Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen. Tuloksellisuustarkastuskertomus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2019/06/VTV-Tarkastuskertomus-9-2019-Ohjauksen-vaikutus-ensihoitopalvelun-toimivuuteen1.pdf> [viitattu 3.1.2021].

Zorab, O., Robinson, M. & Endacott, R. 2015. Are prehospital treatment or conveyance decisions affected by an ambulance crew's ability to access a patient's health information? *BMC Emergency Medicine* 15. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4596371/pdf/12873\\_2015\\_Article\\_54.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4596371/pdf/12873_2015_Article_54.pdf) [viitattu 16.12.2020].

## Tiedonhakuprosessi

Hakukone	Hakusana	Rajaus	Osumat	Artikkelit
<b>Medic</b> <b>1.12.2020</b>	ensihoi* kotihoi* päivystyshoi* "emergency medical services" OR hoitoketj* AND laatu*	- 2014–2020 - Vain koko tekstit - Asiasanojen synonyymit käytössä - Kaikki kielet - Kaikki julkaisutyypit	Osumat: <b>443</b> Otsikon perusteella valitut: <b>20</b> Koko tekstin lukemisen jälkeen valitut artikkelit: <b>6</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riskinarvio ensihoidossa ja hoidon tulokset - väestötutkimus Pohjois-Suomessa. Hoikka. 2020.</li> <li>2. Tuhansia turhia kuljetuksia? Uudet teknologiaratkaisut ja toimintatavat ensihoitoon ja päivystykseen. Ervasti, Hautala, Pikkarainen, Reponen, Tuukkanen, Daavittila, Raatiniemi, Martikainen &amp; Korpelainen. 2019.</li> <li>3. Tulevaisuuden yhdistetyt terveysteknologia mahdollisuudet ensihoidon ei kiireellisten tehtävien hoitamisessa. Hautala, Ervasti, Pikkarainen, Reponen, Daavittila, Raatiniemi, Martikainen, Tuukkanen &amp; Korpelainen. 2019.</li> <li>4. How to improve communication using technology in emergency medical services? Haverinen, Kangas, Raatiniemi, Martikainen &amp; Reponen. 2018.</li> <li>5. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Mylläri. 2017.</li> <li>6. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme &amp; Partanen. 2014.</li> </ol>
<b>PubMed</b> <b>7.12.2020</b>	emergency medical servi- ces or EMS AND prehospital or pre-hospital AND care pathways or clinical pathways or chain of treatment	- 2014–2020 - Free full text	Osumat: <b>72</b> Otsikon perusteella valitut: <b>6</b> Koko tekstin lukemisen jälkeen valitut artikkelit: <b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Changing role of EMS -analyses of non-conveyed and conveyed patients in Finland. Paulin, Kurola, Salanterä, Moen, Guragain, Koivisto, Käyhkö, Aaltonen &amp; Iirola. 2020.</li> <li>2. Acute care pathways for patients calling the out-of-hours services. Søvst, Huibers, Bech, H. C. Christensen, M. B. Christensen &amp; E. F. Christensen. 2020.</li> <li>3. Patient characteristics, triage utilisation, level of care, and outcomes in an unselected adult patient population seen by the emergency medical services: a prospective observational study. Magnusson, Herlitz &amp; Axelsson. 2020.</li> <li>4. Are prehospital treatment or conveyance decisions affected by an ambulance crew's ability to access a patient's health information? Zorab, Robinson &amp; Endacott. 2015.</li> <li>5. Adaptive healthcare processes for personalized emergency clinical pathways. Poulymenopoulou, Papakonstantinou, Malamateniou &amp; Vassilacopoulos. 2014.</li> </ol>

## Tiedonhakuprosessi

Hakukone	Hakusana	Rajaus	Osumat	Artikkelit
<b>EBSCO</b> <b>9.12.2020</b>	emergency medical services or EMS OR prehospital or pre-hospital AND care pathways or clinical pathways of chain of treatment OR emergency care AND primary health care	- 2014–2020 - Full text - Apply equivalent subjects - CINAHL with full text	Osumat: <b>666</b> Otsikon perusteella valitut: <b>20</b> Koko tekstin lukemisen jälkeen valitut artikkelit: <b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. Haraldseide, Sortland, Hunskaar &amp; Morken. 2020.</li> <li>2. Cross-sectional study in an out-of-hours primary care centre in northwestern Germany – patient characteristics and the urgency of their treatment. Seeger, Kreienmeyer, Hoffmann &amp; Freitag. 2019.</li> <li>3. Navigating and making sense of urgent and emergency care processes and provision. Pope, McKenna, Turnbull, Prichard &amp; Rogers. 2018.</li> <li>4. Using systems thinking to identify workforce enablers for a whole systems approach to urgent and emergency care delivery: a multiple case study. Manley, Martin, Jackson &amp; Wright. 2016.</li> <li>5. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary health care: Retrospective patient record study. Norberg, Sundström, Christensson, Nyström &amp; Herlitz. 2015.</li> </ol>
<b>Manuaalinen haku</b>				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. Ismail, Gibbons &amp; Gnani. 2013.</li> <li>2. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. McHale, Wood, Hughes, Bellis, Demnitz &amp; Wyke. 2013.</li> </ol>

## Haastattelurunko

1.3.2020

### Puolistrukturoitu yksilö lomakehaastattelu

#### Tutkimuskysymykset haastattelun taustalla

1. Mikä on ensihoitajien kokemus kiireettömien päivystyspotilaiden palveluprosessista?
2. Miten ensihoitajien mielestä palveluprosessia voidaan kehittää?

#### Kysymykset

1. Toiminta-alue, missä työskentelet pääsääntöisesti
  - ✓ Lohjan sairaanhoitoalue
  - ✓ Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue
2. Mitä tarkoittaa palveluprosessi ensihoitopalvelussa? (Kuvaile esimerkiksi, mistä ensihoidon palveluprosessi alkaa ja mihin päättyy sekä mitä ensihoidon palveluprosessi pitää sisällään.)
3. Minkälainen on tyypillinen ensihoitopalvelun kohtaama kiireetön potilas, joka tarvitsee päivystysluonteiseksi katsottavaa hoitoa? Mainitse vähintään 3 esimerkkiä, joissa kuvaillet, oiretta, vaivaa, sairautta, ensihoitotehtävään johtanutta syytä tms.
4. Mitä ovat nykytilanteen vaihtoehdot ensihoitopalvelun toimintamalleissa kiireettömien potilaiden kohdalla ensiarvion ja hoidon tarpeen arvion jälkeen?
5. Minkälaista hoitoa ensihoitopalvelu voi nykytilanteessa antaa kiireettömille potilaille?
6. Kuinka koet nykytilanteen ensihoitopalvelun palveluprosessin toimivuuden? (Kuvaile esimerkiksi, kuinka koet nykytilan toiminnan sujuvuuden/sujumattomuuden, ongelmat palveluprosessissa, ongelmat resursseissa tms.)
7. Kuinka kehittäisit palveluprosessia; Mitä hoitoa tai palvelua kiireettömille potilaille pitäisi tarjota nykytilanteen hoitojen ja toimintamallien lisäksi, niin että potilaan hoidon tarpeeseen voitaisiin vastata tehokkaammin? (Esim. hoidot tai palvelut, mitä ei tällä hetkellä ole tarjolla.)
8. Kuinka koet nykytilanteen mukaiset toimintamallit palvelukokonaisuuden kannalta? (Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan mm. potilasta ja hänen hoitoonsa liittyvää moniammatillista yhteistyöverkostoa, kuten esim. ensihoitopalvelu, päivystyspalvelu, kotihoito, yms.)
9. Kuinka kehittäisit palvelukokonaisuutta; Minkälaiset toimintamallit tai toiminnot voisivat tehostaa palvelukokonaisuutta, niin että toiminta hyödyttäisi kaikkia palvelukokonaisuuden alueita, eli potilasta, ensihoitopalvelua, päivystyspalvelua, ym. moniammatillista yhtistyöverkostoa?
10. Miksi ensihoitopalvelun palveluprosessia pitää kehittää?



**Saatekirje**

Laura Vainikka

15.3.2020

Arvoisa vastaanottaja

**Saatekirje tutkimukseen osallistumisesta, kevät 2020**

Opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa, (XAMK) ja suoritan akuutti hoitotyön YAMK-tutkintoa. Teen opinnäytetyöni Länsi-Uudenmaan pelastuslaitokselle, Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla. Opinnäytetyöni nimi on ”Ensihoitajien kokemuksia palveluprosessista ja sen kehittämisen tarpeesta, Ensihoitopalvelun kohtaamien kiireettömien päivystyspotilaiden palveluprosessin kehittäminen”.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata ensihoitajien kokemuksia ja tavoitteena on tuottaa kehitysideoita. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa voidaan käyttää tulevaisuudessa moniammatillisen yhteistyön ja toimintamallien kehittämiseksi.

Mitä tutkitaan

Tässä opinnäytetyössä palveluprosessilta tarkoitetaan sitä toimintojen ketjua, jossa ensihoitaja kohtaa hätäkeskuksen hälyttämällä tehtävällä potilaan, joka riskinarvion ja hoidon tarpeen arvion jälkeen todetaan kiireettömäksi potilaaksi, mutta tarvitsee päivystykselliseksi katsottavaa hoitoa. Haastattelussa kysymykset tarkastelevat sitä, kuinka ensihoitaja kokee tämän palveluprosessin sujumisen potilaan kohtaamisen jälkeen ensihoidon, potilaan ja palvelukokonaisuuden näkökulmasta.

Miten tutkitaan

Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osiossa aineistokeruu tapahtuu puolistrukturoidulla yksilö lomakehaastattelulla, sähköisenä Webropol-kyselynä. Vastaaminen kyselyyn katsotaan suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja lomakkeen täyttämisen voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Kyselyyn vastaamisen kesto n. 15-20min. Tutkimus suoritetaan anonyymisti.

Ohjaava opettaja

Niina Eklöf, TtT, sh, yliopettaja, Kaakkois-Suomen amk, Terveystalon ja ensihoidon koulutusyksikkö, [redacted]

Sähköpostissa sähköinen linkki lomakehaastatteluun. Kysely pidetään auki maalisk. ja huhtikuun ajan. Vastaa mielelläni opinnäytetyötäni koskeviin kysymyksiin.

ystävällisin terveisin  
Laura Vainikka, Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos, ensihoitaja

Jakelu

Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos, Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueiden päätoimiset ensihoitajat