

Riikka Pyhälä

ENSIHOITO VUONNA 2030

Ensihoidon asiantuntijoiden näkemys ensihoitopalvelun järjestämisestä ja rahoitusmallista tulevaisuuden ihannetilanteessa

ENSIHOITO VUONNA 2030

Ensihoidon asiantuntijoiden näkemys ensihoitopalvelun järjestämisestä ja rahoitusmallista tulevaisuuden ihannetilanteessa

Riikka Pyhäluoto
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Riikka Pyhälä

Opinnäytetyön nimi: Ensihoito vuonna 2030, Ensihoidon asiantuntijoiden näkemys ensihoitopalvelun järjestämisestä ja rahoitusmallista tulevaisuuden ihannetilanteessa

Työn ohjaajat: Pirkko Sandelin, Raija Rajala ja Petri Roivainen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 61 + 12

Viimeisen 40 vuoden aikana ensihoitopalvelu ja sen rakenne ovat kehittyneet merkittävästi. Kuntien järjestämästä sairaankuljetuksesta on tullut sairaanhoitopiirien organisoima ensihoitopalvelu, jonka tavoitteena on potilaan tilan arvioiminen, hoitaminen sekä oikean hoitopaikan valinta. Ensihoitopalveluiden kehittämisen lähtökohtana ja tavoitteena on ollut saattaa palvelut laadukkaiksi, tasapuolisiksi sekä saatavuudeltaan samanlaisiksi samanlaisilla alueilla. Kehittämisestä huolimatta ensihoitopalvelun järjestämistavoissa, ensihoidon saatavuudessa sekä yhdenvertaisuudessa on yhä huomattavia eroja sairaanhoitopiirien välillä.

Ensihoidon rahoitusmalli on niin kutsuttu kolmikanavainen rahoitusmalli. Mallissa kunnat ja kuntayhtymät maksavat ensihoitopalvelusta palveluntuottajalle niin kutsuttua valmiuskorvausta, kansaneläkelaitos maksaa palveluntuottajalle kuljetustapahtumasta sairausvakuutuslain perusteella kilometriperusteisia kuljetuskorvauksia ja ensihoidonpotilaat maksavat kuljetuksesta omavastuusuuden. Rahoitusmalli ei tue ensihoitopalvelua kokonaisuutena eikä huomioi potilaan saamaa hoitoa, hoidon laatua tai kohteessa mahdollisesti olevia muita ensihoidon yksiköitä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ensihoidon asiantuntijoiden näkemys siitä, miten ensihoitopalvelu tulevaisuudessa järjestetään sekä siitä kuinka ensihoidon kustannukset tulevaisuudessa jaetaan. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda tulevaisuuden ihannetilannetta kuvaava malli toimivasta, tasapuolisesta ja kustannustehokkaasta tavasta järjestää ensihoitopalvelut. Tutkimusmenetelmänä käytettiin Delfoi-menetelmää ja tutkimus suoritettiin kahdella tutkimuskierroksella.

Keskeisimpien tutkimustulosten mukaan ensihoitopalvelu toimii tulevaisuuden ihannetilanteessa samoilla peruseriaailla ja säädöksillä koko maassa. Ensihoito nähtiin osana terveydenhuollon ja päivystyspalveluiden prosessia. Ensihoidon rahoitusmalli on tulevaisuuden ihannetilanteessa yksikanavainen ja perustuu valmiuden ylläpidon lisäksi ensihoidon laatuun.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sekä alueellisen ensihoitopalvelun että koko valtakunnallisen ensihoitopalvelun kehittämisessä. Toimiva ensihoitopalvelu vähentää päivystysalueiden potilasruuhkaa, ohjaten potilaat tarkoituksenmukaisiin hoitopaikkoihin, lisäten siten kustannustehokkuutta myös muualla terveydenhuollossa.

Asiasanat: ensihoitopalvelu, tulevaisuudentutkimus, Delfoi-menetelmä

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Development and Management of Health and Social Care

Author: Riikka Pyhäluoto

Title of thesis: Emergency care in 2030.

Supervisors: Pirkko Sandelin, Raija Rajala and Petri Roivainen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 61 + 12

In the past 40 years emergency medical service and structure of it has changed significantly. Municipalities provided ambulance service has become emergency medical service organized by hospital districts. Its aim is to evaluate patient condition, do the needed treatments and choose correct treatment place. Target of the emergency medical service changes has been to provide quality and availability point of view equal service at the similar areas. Despite these changes there are still significant differences between the hospital districts.

The funding of the emergency medical service is tripartite. In that model municipality pays standby compensation to emergency service providers. Social Insurance institution pays kilometer-based compensation and patients pay their own deductible part. Funding model does not support whole emergency service chain. It is not take account treatment, or its quality or any other medical units which are involved to patient care.

The aim of this research is to find out emergency medical professionals opinion how emergency medical service will be organized and how costs are shared in the future. Target was to create ideal model how working, equal and cost effective emergency medical service is provided in the future. The research method was Delphi method and research was executed in two research rounds.

Based on key research results in the future emergency medical service is provided same basic principles and acts in whole country. Emergency medical service was seen part of health care and on call service process. In the ideal future funding model is one channel and it based on readiness and quality of treatments.

The results of this research can be used both regional and nationwide emergency medical service development. Functional emergency medical service decrease patient peaks by guiding patients correct treatment places and then add cost efficiency to other medical service parts as well.

Keywords: Emergency care, futurology, Delphi-method

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	SAIRAANKULJETUKSESTA ENSIHOITOPALVELUUN	9
2.1	Sairastuneiden kuljetuspalvelu	9
2.1.1	Sydänambulanssit.....	10
2.1.2	Asetus ensihoitopalvelusta.....	11
2.2	Ensihoitopalvelu osana terveydenhuoltoa	11
2.2.1	Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa	12
2.2.2	Sairaanhoidopiirit ensihoitopalvelun järjestäjinä.....	13
2.2.3	Moniportainen ensihoitopalvelu.....	14
2.3	Tulevaisuuden haasteet	17
2.3.1	Maakuntaudistus.....	17
2.3.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus.....	18
2.4	Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli.....	19
2.4.1	Monikanavainen rahoitusmalli.....	20
2.4.2	Ensihoitopalvelun rahoitusmalli.....	21
2.5	Ensihoitopalvelu maailmalla	22
2.5.1	Ensihoitopalvelu Yhdysvalloissa	22
2.5.2	Ensihoitopalvelu Iso-Britanniassa	24
2.5.3	Ensihoitopalvelu Saksassa	25
2.5.4	Ensihoitopalvelu muutoksessa.....	26
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	29
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	30
4.1	Delfoi-menetelmä tulevaisuuden tutkimisen välineenä	30
4.2	Asiantuntijoiden valinta.....	31
4.3	Ensimmäinen tutkimuskierros.....	33
4.3.1	Aineistonkeruu	33
4.3.2	Aineiston analysointi	34
4.4	Toinen tutkimuskierros	35
4.4.1	Aineistonkeruu	36
4.4.2	Aineiston analysointi	37
5	TUTKIMUSTULOKSET	39

5.1	Ensioitopalvelu	39
5.2	Ensioitopalvelun rahoitusmalli	41
6	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	44
6.1	Tulevaisuuden ensioitopalvelu	44
6.2	Tulevaisuuden ensioitopalvelun rahoitusmalli	45
6.3	Ensioitopalvelu vuonna 2030.....	46
7	POHDINTA	48
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	49
7.2	Tutkimuksen eettisyys	50
7.3	Oman ammatillisuuden kehittyminen.....	52
7.4	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	53
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan ensihoitopalvelu on "kokonaisuus, joka vastaa potilaan kiireellisestä tilanarviosta ja tarvittaessa ensihoidosta ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella". Palvelun järjestämisvastuu kuuluu sairaanhoitopiireille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, 13, 20–21.)

Viimeisen 40 vuoden aikana ensihoitopalvelu ja sen rakenne ovat kehittyneet merkittävästi. Kuntien järjestämästä sairaankuljetuksesta on tullut sairaanhoitopiirien organisoima ensihoitopalvelu, jonka tavoitteena on potilaan tilan arvioiminen, hoitaminen sekä oikean hoitopaikan valinta. Tätä kehittymistä selittävät osaltaan terveydenhuollossa tapahtuneiden rakenteellisten muutosten lisäksi myös toiminnalliset muutokset, kuten päivystyspalveluiden keskittäminen, avohoidon lisääntyminen sekä hoitoaikojen lyhentyminen. Myös väestön ikääntyminen on muokannut ja tulee muokkaamaan ensihoitopalvelua. (Määttä 2015, 14.)

Ensihoitopalvelun suunnittelun lähtökohtana ja tavoitteena on ollut saattaa ensihoitopalvelut yhtä laadukkaiksi ja saatavuudeltaan samanlaisiksi palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, 12). Ensihoitopalvelua koskevan lainsäädännön uudistus onkin selkeyttänyt järjestelmää. Valviran mukaan myös potilasturvallisuuden on katsottu parantuneen. Kehittämisestä huolimatta ensihoitopalvelun järjestämistavat vaihtelevat vieläkin Suomessa. Myös ensihoidon saatavuudessa sekä yhdenvertaisuudessa on huomattavia eroja sairaanhoitopiirien välillä. (Valvira 2014, 3.) Toimiva ensihoitopalvelu vähentäisi päivystysalueiden potilasruuhkaa, ohjaten potilaat tarkoituksenmukaisin hoitopaikkoihin ja lisäten siten kustannustehokkuutta myös muualla terveydenhuollossa (Määttä 2015, 24).

Ensihoitopalvelun rahoitusmalli on niin kutsuttu monikanavainen rahoitusmalli (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Mallissa palvelunrahoitus koostuu potilaiden omavastuusta, KELA -korvauksista sekä kuntien valmiuskorvauksista. KELA -korvaukset määritellään ajettujen kilometrien, ei hoidon laadun ja merkityvyyden mukaan. Ensihoidon rahoitusmallia onkin kritisoitu vanhan ajan jäänteeksi, joka ei kannusta toiminnan kehittämiseen ja potilaan hoitamiseen kotona. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ensihoidon asiantuntijoiden näkemys siitä, miten ensihoitopalvelu tulevaisuudessa järjestetään sekä siitä kuinka ensihoidon kustannukset tulevaisuudessa jaetaan. Tutkimuksen tavoitteena on luoda tulevaisuuden ihannelilannetta kuvaava malli toimivasta, tasapuolisesta ja kustannustehokkaasta tavasta järjestää ensihoitopalvelut.

Tällä hetkellä valmisteilla on maakuntauudistus sekä siihen sisältyvä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Maakuntauudistuksen tavoitteena on kustannustehokas julkinen hallinto, jossa palvelut ovat nykyaikaisia ja tasapuolisia kaikille. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu siirtyy 18 maakunnalle. (Sote- ja maakuntauudistus, viitattu 29.1.2017.) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus koskee myös ensihoitopalveluita (Kurola, Ilkka, Ekstrand, Laukkanen-Nevala, Olkinuora, Pappinen, Riihimäki, Silfvast & Virkkunen 2016, 9).

Tämän tutkimuksen myötä saadaan malli siitä, kuinka ensihoitopalvelu voitaisiin vuonna 2030 järjestää. Toimivan ensihoitopalvelun kehittämisen kannalta on tärkeää kartoittaa eri vaihtoehtoja ensihoitopalvelun järjestämiselle. Ensihoitoa ja ensihoitopalvelua on tutkittu Suomessa vähän. Tutkittua tietoa kuitenkin tarvitaan, jotta ensihoitopalvelua voidaan kehittää yhtenä osana muuttuvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Valmisteilla olevasta sosiaali- ja terveysalan palvelurakennemuutuksesta johtuen, tämän tutkimuksen aihe on ajankohtainen.

2 SAIRAANKULJETUKSESTA ENSIHOITOPALVELUUN

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella annettavaa kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa potilaan kuljettamista lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitolaitokseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Lisäksi ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu alueellisten varautumissuunnitelmien laatiminen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle sekä virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartioviranomaisille ja meripelastusviranomaisille (Seppälä 2013, 330–331).

2.1 Sairastuneiden kuljetuspalvelu

Ensihoidon kehittyminen alkoi Yhdysvalloissa jo sisällissodan (1861–1865) aikoihin, kun kenraali Jonathan Letterman halusi kehittää järjestelmän loukkaantuneiden sotilaiden kuljettamista ja kuljetuksen ajan hoitoa varten. Kun loukkaantuneiden sotilaiden kuljetuksen aikainen hoito huomattiin toimivaksi, alettiin sodan jälkeen kehittää sairaankuljetusta myös rauhan ajalle. Ensimmäinen ambulanssi perustettiin Cincinnatiin jo vuonna 1865. Meni kuitenkin vielä melkein sata vuotta, ennen kuin varsinaista sairaalan ulkopuolista ensihoitoa alettiin kehittää sairaankuljetuksen rinnalle ja 1950 -luvulla aloitettiin Yhdysvalloissa perustason ensihoitajien koulutus. (Page, Sbat, Vazquez & Yalcin 2013, 42–43.) Kaksikymmentä vuotta myöhemmin käynnistettiin Seatlessa perustason ensihoitajien koulutuksen rinnalle hoitotason ammattilaisten koulutus. Tämän paramedic -koulutuksen myötä luotiin moniportainen sairaalan ulkopuolinen ensihoitojärjestelmä. (Määttä 2015, 15.)

Sairaaloissa annettavan hoidon tehostumisen ja teknistymisen myötä myös Euroopassa alettiin kuljettaa sairaita, synnyttäviä ja jopa vainajia sairaaloihin. Sairaankuljetus tosin miellettiin ainoastaan sairastuneiden kuljetusmuodoksi ja ainoa vaatimus oli se, että potilas saatiin laitettua makuuasentoon kuljetuksen ajaksi. 1900-luvun alussa alettiin joissakin Euroopan kaupungeissa kehittää sairaankuljetuksen rinnalle liikkuvia hoitoryhmiä akuuttien sairastumisien ja vammautuneiden potilaiden hoitoon. (Castrén ym. 2012, 14.) Sairaankuljetuksen kehittymistä edisti entisestään 1900-luvun sodista saadut kokemukset. Sotien aikana huomattiin, että lääkintämiehen paikan päällä aloittamalla ensihoidolla oli suuri merkitys haavoittuneiden sotilaiden selviytymisessä.

Kokemukset loivat perustan myös rauhan ajan sairaalan ulkopuoliselle ensihoidolle. (Määttä 2015, 15.)

2.1.1 Sydänambulanssit

Euroopassa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon kehitys alkoi lääkäriambulansseista. Venäjällä, Moskovassa 1950-luvulla lääkärit lähtivät kotikäynneille aloittaakseen potilaan hoidon jo tämän kotona. Tavoitteena ei tosin ollut hätätilapotilaiden hoidon nopeuttaminen, vaan kalliiden poliklinikkakäyntien vähentäminen. Irlannissa otettiin 1960-luvulla kokeilu mielessä käyttöön liikkuva tehohoito- ja sydänvalvontayksikkö. Tavoitteena oli hoitaa kotona tapahtunut sydämen pysähtyminen. Tämä kokeilu toimi myöhemmin mallina Euroopan muille lääkäriambulansseille. (Castrén ym. 2012, 4-15.)

Suomessa Helsingin palolaitos aloitti sairaankuljetuksen vuonna 1904 (Määttä 2015, 16). Sairaankuljetus oli tuolloin, kuten muuallakin Euroopassa, vain kuljetustapa sairastuneiden ja synnyttävien sairaalaan saamiseksi. Ensimmäinen sydänambulanssi aloitti toimintansa pääkaupunkiseudulla 1972. Puolen vuoden mittaisen kokeilun jälkeen se alkoi päivystää ympärivuorokautisesti ja pian sydänambulanssi nimettiin lääkäriambulanssiksi. (Castrén ym. 2012, 15.) 1970-luvun loppupuolella myös Kuopiossa alkoi lääkäriyksikön toiminta, jossa miehitys tuli anestesiologian klinikalta (Kurola 2006, 113). Pian tämän jälkeen lääkäriyksiköiden kokeilut alkoivat muualla Suomessa (Määttä, 2015, 15).

1970-luvulla aloitettiin myös ambulanssissa työskentelevien hoitajien koulutus. Helsingin palolaitos sisällytti palomiesten ammatilliseen koulutukseen pakollisen lääkinnällisen jakson terveydenhuollon oppilaitoksissa. Samaan aikaan terveydenhuollon oppilaitokset rupesivat kouluttamaan lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia. (Määttä 2015, 15.) 1980-luvulla sairaankuljetuksessa työskenteleviä palomiehiä ja sairaankuljettajia alettiin ammatillisen tutkinnon lisäksi kouluttaa lääkäri-lähtöisesti. Koulutuksissa käytiin läpi vaativampia keskeisiä ensihoitotoimenpiteitä, joita ammatillisissa oppilaitoksissa ei ollut koulutettu hoitajille, kuten suonihteyden avaaminen, intubointi ja defibrilointi. (Castrén ym. 2012, 15.) Vuonna 1998 aloitettiin hoitotason ensihoitajien koulutus neljässä ammattikorkeakoulussa (Määttä 2015, 15).

2.1.2 Asetus ensihoitopalvelusta

Sairaankuljetuksen käytännön järjestämistä ohjasi Suomessa pitkään sairaankuljetusasetus. Kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä kuntien tuli huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä. Kunta sai itse päättää, millä tavalla sairaankuljetus kunnassa järjestettiin. (Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994.) Laki ei edellyttänyt kunnilta määrällisiä tai laadullisia vaatimuksia sairaankuljetuksen suhteen (Kurola 2001, 400). Sairaankuljetuksen ja kuljetuksen aikaisen ensihoidon toteuttamisen taso vaihtelikin kunnissa suuresti (Ryynänen, Irola, Reitala, Pälve & Malmivaa-ra 2008, 70).

Toukokuun ensimmäisenä päivänä vuonna 2011 astuivat voimaan uusi terveydenhuoltolaki sekä asetukset ensihoitopalvelusta (Kokkonen 2012, 229). Lakimuutoksen myötä ei enää puhuttu sairaankuljetuksesta vaan ensihoidosta ja ensihoitopalvelusta. Lisäksi ensihoitopalvelu ja siihen liittyvä sairaanhoito määriteltiin osaksi terveydenhuoltoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Ensihoidon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille. Sairaanhoitopiirit ovat vastanneet ensihoitopalvelun järjestämisestä aina vuoden 2013 alusta alkaen.

Maaliskuussa 2017 pääministeri Juha Sipilän hallitus teki esityksen eduskunnalle maakuntien perustamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta. Esityksen mukaan Suomeen perustettavien 18 uuden maakunnan toiminta alkaa heinäkuun 2017 alussa ja sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille vuoden 2019 alusta alkaen. (Sote- ja maakuntauudistus 2016, 1.) Järjestämisvastuun siirto koskee sekä perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoitoa että sosiaalihuoltoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 6). Myös ensihoitopalvelun järjestämisvastuu tulee siirtymään yhtenä erikoissairaanhoidon palveluista maakunnille. (Valtioneuvosto 2017, viitattu 14.5.2017).

2.2 Ensihoitopalvelu osana terveydenhuoltoa

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä perustuu valtion tuella toteutettuun kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b.) Erikoissairaanhoidon palvelut sovitetaan yhteen väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Näin perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

2.2.1 Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa

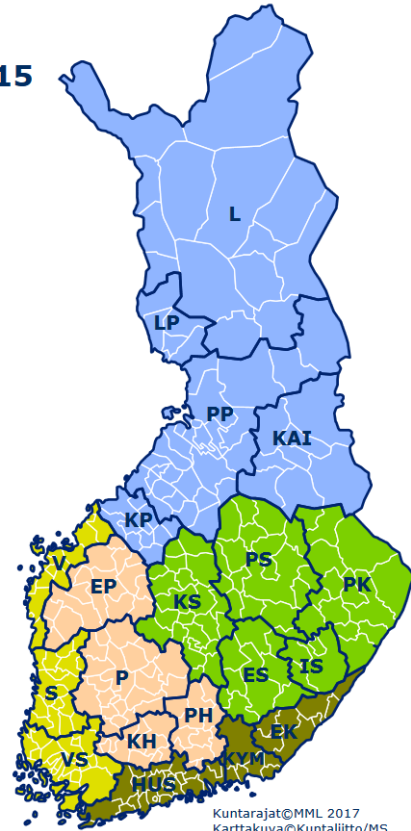
Kuntien tehtävänä on järjestää perusterveydenhuollon palvelut alueillaan. Ne voivat tuottaa palvelut yksin tai muodostamalla toisten kuntien kanssa kuntayhtymiä. Kunta voi myös ostaa sosiaali- ja terveyspalveluita muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b.) Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (Erikoissairaanhoidolaki 2010). Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueillaan. Niiden tehtävänä on tuottaa ne erikoissairaanhoidon palvelut, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksen mukaista tuottaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c.) Erityisvastuualueiden tehtävänä on huolehtia valtakunnallisesti keskitettävästä, erityisen vaativasta erikoissairaanhoidosta.

Erikoissairaanhoidon palveluita varten Suomi on jaettu 21 sairaanhoitopiiriin ja erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten viiteen erityisvastuu eli ERVA -alueeseen (katso kuva 1). ERVA -alueiden yliopistosairaalat ovat Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Turun yliopistollinen sairaala, Tampereen yliopistollinen sairaala, Kuopion yliopistollinen sairaala sekä Oulun yliopistollinen sairaala (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit 2017, väestö 31.12.2015

■ HYKS erva	1 919 254 as.	39 kuntaa
Helsinki ja Uusimaa	1 616 321	24 kuntaa
Etelä-Karjala	131 155	9 kuntaa
Kymenlaakso	171 778	6 kuntaa
■ KYS erva	815 093 as.	66 kuntaa
Pohjois-Savo	248 129	18 kuntaa
Etelä-Savo	103 278	9 kuntaa
Itä-Savo	43 453	4 kuntaa
Keski-Suomi	251 904	21 kuntaa
Pohjois-Karjala	168 329	14 kuntaa
■ OYS erva	741 950 as.	68 kuntaa
Pohjois-Pohjanmaa	407 160	29 kuntaa
Kainuu	75 324	8 kuntaa
Keski-Pohjanmaa	78 608	10 kuntaa
Lapin	117 789	15 kuntaa
Länsi-Pohja	63 069	6 kuntaa
■ TAYS erva	1 111 487 as.	64 kuntaa
Pirkanmaa	526 941	23 kuntaa
Etelä-Pohjanmaa	197 371	18 kuntaa
Kanta-Häme	174 710	11 kuntaa
Päijät-Häme	212 465	12 kuntaa
■ TYKS erva	870 541 as.	58 kuntaa
Varsinais-Suomi	477 372	28 kuntaa
Satakunta	222 957	17 kuntaa
Vaasa	170 212	13 kuntaa
Manner-Suomi	5 458 325 as.	295 kuntaa
Ahvenanmaa	28 983 as.	16 kuntaa
Koko maa	5 487 308 as.	311 kuntaa

Kuntaliitto
Kommunförbundet



Kuntarajat©MML 2017
Karttakuva©Kuntaliitto/MS

KUVA 1. Sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit 2017 (Kuntaliitto 2017, Viitattu 25.1.2017)

2.2.2 Sairaanhoitopiirit ensihoitopalvelun järjestäjänä

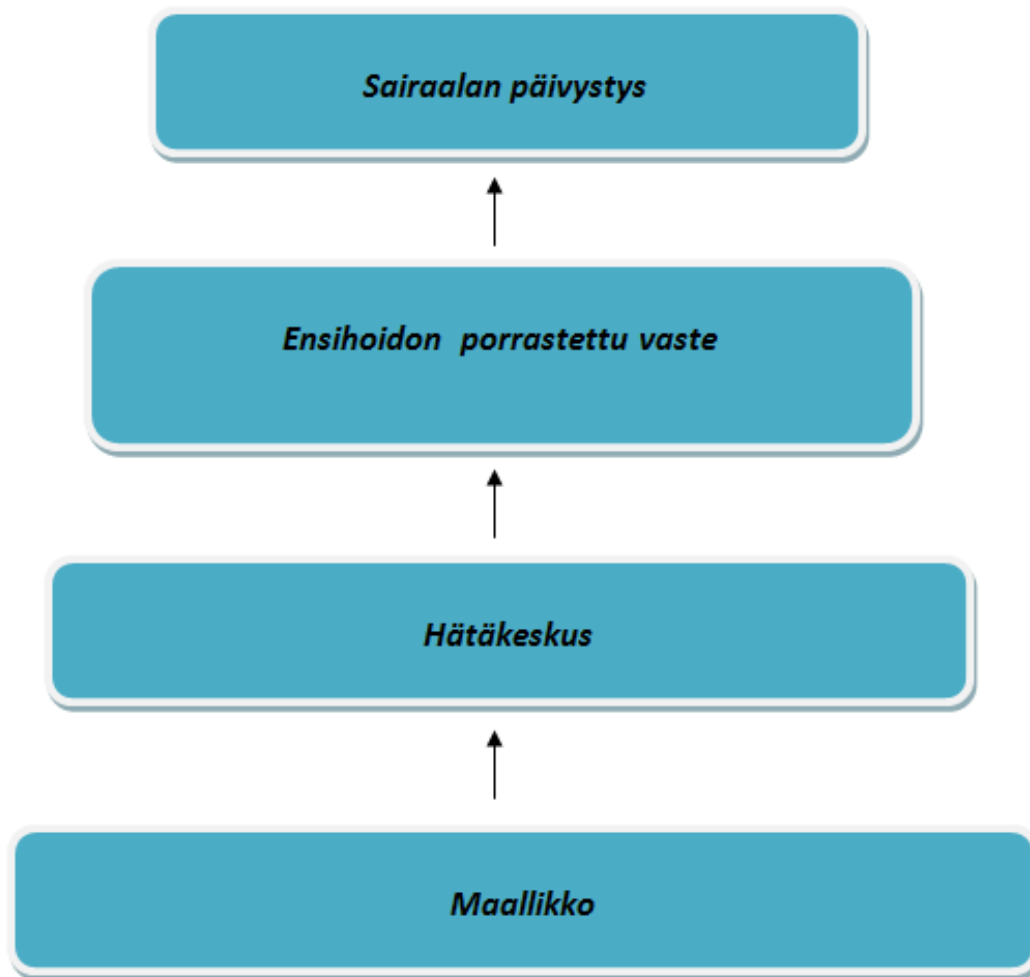
Ensihoidon järjestämisvastuu on sairaanhoitopiireillä. Sairaanhoitopiirit voivat järjestää ensihoitopalvelun itse tai yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin tai pelastuslaitoksen kanssa. Ne voivat myös hankkia palvelun muulta palveluntuottajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, 20–21.) Sairaanhoitopiirien on suunniteltava ensihoitopalvelu yhteistyössä terveydenhuollon päivystävien toimipisteiden kanssa siten, että ne muodostavat yhdessä toiminnallisen kokonaisuuden. Erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten tehtävänä on valvoa ja yhteen sovittaa alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelujen toimintaa, antaa niitä koskevia ohjeistuksia sekä valvoa ensihoidon palvelutasopäätöksissä määriteltyjen tunnuslukujen toteutumista. (Määttä 2015, 14–17.) Yleinen ensihoidon toiminnan ohjaaminen ja valvominen kuuluu Sosiaali- ja terveysministeriölle. Valvira ja AVI taas valvovat yhdessä sairaanhoitopiirien ensihoitokeskusten toiminnan asianmukaisuutta.

Ne kiinnittävät huomiota ensihoitokeskusten laadunhallintaan, potilasturvallisuussuunnitelman toteutumiseen sekä ensihoidon tavoittamisaikojen toteutumiseen. (Aluehallintovirasto 2015.)

Ensihoitopalvelun asetuksen mukaan jokaisen sairaanhoitopiirin tulee tehdä alueelleen ensihoidon palvelutasopäätös, jossa määritellään ensihoitopalvelun saatavuus, taso ja sisältö. (Määttä, 2015, 14–17.) Palvelutasopäätöksen tavoitteena on turvata samankaltaisille alueille yhdenmukainen ensihoitopalvelu, tehostaa ensihoitopalvelun resurssien käyttöä sekä tavoittaa valtaosa ensihoitoa tarvitsevista potilaista tavoiteajassa. Vuoden 2011 asetus ensihoitopalvelusta myös velvoittaa sairaanhoitopiirit johtamaan ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitopiireillä tulee olla ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri sekä ympärivuorokauden toimiva kenttäjohtajajärjestelmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, 12, 18–19.) Ensihoidon kenttäjohtaja toimii palveluntuottajasta riippumatta alueensa ensihoitajien toiminnallisena esimiehenä sekä sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun tilannejohtajina ympäri vuorokauden (Määttä 2015, 17). Lisäksi ensihoidon kenttäjohtaja tukee hätäkeskusta tilanteissa, joissa ennalta sovitusta päivittäistoiminnan ohjeistuksista joudutaan poikkeamaan. Ensihoidon kenttäjohtajat ovat hoitotason ensihoitajia. Heidän toimenkuvansa edellyttää lisäksi ensihoitojärjestelmän laaja-alaista tuntemusta sekä riittävää hallinnollista ja operatiivista osaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b, 14–15).

2.2.3 Moniportainen ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelun hoitoketju (katso kuvio 1) kuvaa toiminnallista palveluketjua, joka alkaa maallikon tekemällä hätäilmoituksella hätäkeskukseen ja päättyy sairaalan päivystykseen. Ensihoidon porrastettu vaste tarkoittaa taas sitä, että varsinkin korkeariskiseen tehtävään hälytetään useita yksiköitä potilaan tavoittamisviiveen minimoimiseksi sekä riittävän laajan osaamisen varmistamiseksi. Ensihoitopalvelu jaetaan ensivastetoimintaan, perustason ensihoitoon, hoitotason ensihoitoon sekä ensihoitolääkäri päivystykseen. (Määttä 2015, 21–23.)

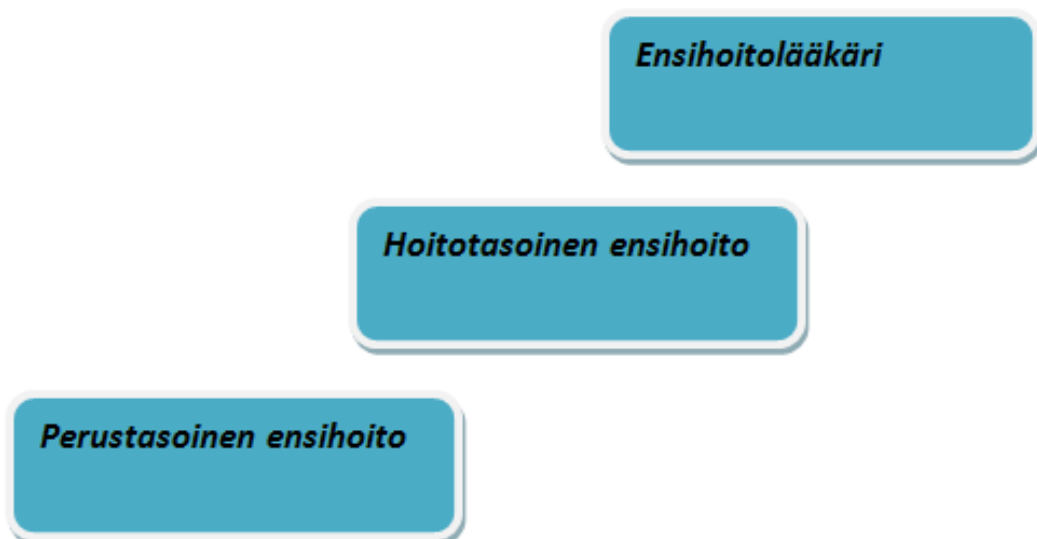


KUVIO 1. Ensihoitopalvelun hoitoketju

Ensivastetoiminta lasketaan terveydenhuollon toiminnaksi (Määttä 2015, 23). Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan tehtävään varustettujen ja koulutettujen viranomaisten tai muiden toimijoiden hälyttämistä potilaan luo tavoittamisviiveen lyhentämiseksi sekä näiden toimijoiden antamaa hätäensiapua (Valtioneuvosto 2011). Sairaanhoidopiiri määrittelee ensihoidon palvelutasopäätöksessä alueensa ensivastetoiminnan (Finlex 2010). Ensivastetoimintaa tarjoavat ja ylläpitävät lähinnä pelastuslaitokset. Harvaan asutuilla alueilla myös muut viranomaiset kuten poliisi ja rajavartiolaitos, ovat osallistuneet ensivastetoimintaan. (Sisäasiainministeriö 2011, 5.)

Ensihoito luokitellaan kolmiportaiseksi (katso kuvio 2). Ensihoitopalvelun portaiden tai tasojen määritelmä ei riipu niinkään ensihoidon toiminnan sisällöstä, vaan hoitoon osallistuvan henkilöstön koulutuksesta (Castrén ym. 2012, 20). Perustasoinen ensihoito muodostaa ensihoitopalvelun

ensimmäisen portaan. Perustason ensihoitoyksikkö pystyy tekemään peruselintoimintojen tilanarvio, aloittamaan henkeä uhkaavien tilojen yksinkertaiset hoitotoimet sekä annostelevaan luonnollista tietä annettavia lääkkeitä. Hoitotasoinen ensihoito muodostaa ensihoitopalvelun toisen portaan. Hoitotason ensihoitoyksikkö kykenee perustason ensihoidon lisäksi potilaan tarkennetun tilan ja hoidon tarpeen arvioimiseen, kohdennettuihin oireenmukaisiin löydöspäätelmiin tutkimuksiin sekä vaativampiin hoitotoimenpiteisiin ja suonensisäisen lääkityksen annosteluun. Ensihoitopalvelun kolmantena portaana on päivystävä ensihoitolääkäri. Ensihoitolääkäri osallistuu ensihoitotehtävien hoitamiseen muiden ensihoidon yksiköiden tukena joko maayksiköllä tai helikopterilla. Terveystieteiden laitoksen mukaan jokaisella erityisvastuualueella tulee olla vähintään yksi ympäri vuorokauden päivystävä ensihoitolääkäri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b, 10–14.)



KUVIO 2. Kolmiportainen ensihoitopalvelu

Ensihoitoyksikössä työskentelemiseen vaadittavista tutkinnoista on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta. Perustason ensihoidon yksikössä on oltava kaksi ensihoitajaa, joista vähintään toisen on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus. Toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon suorittanut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b, 10–11.) Hoitotason ensihoitoyksikössä toisen hoitajan pitää olla vähintään ensihoidon ammattikorkeakoulu tutkinnon suorittanut tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut säädetyn ensihoidon lisäkoulutuksen. Toisella hoitotason yksikössä toimivista ensihoitajista tulee olla vähintään terveydenhuoltoalan tutkinto. (Castren ym. 2012, 20.)

2.3 Tulevaisuuden haasteet

Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on kulkenut pitkän matkan pelkästä sairaiden potilaiden kuljetuksesta aina kotona annettavaan moniportaiseen ensihoitopalveluun asti. Matkan varrella kunnan tarjoamasta palvelusta on tullut osa erikoissairaanhoidon päivystyspalvelua. Ensihoitotehtävien määrä on lisääntynyt vuosittain ja samalla työnluonne on muuttunut. Hätäensiavun antamisen ja kiireellisen sairaalaan kuljetuksen lisäksi ensihoitajat työskentelevät päivittäin sosiaalisten hätätilanteiden sekä yksinäisyyden parissa. (Määttä 2015, 14.)

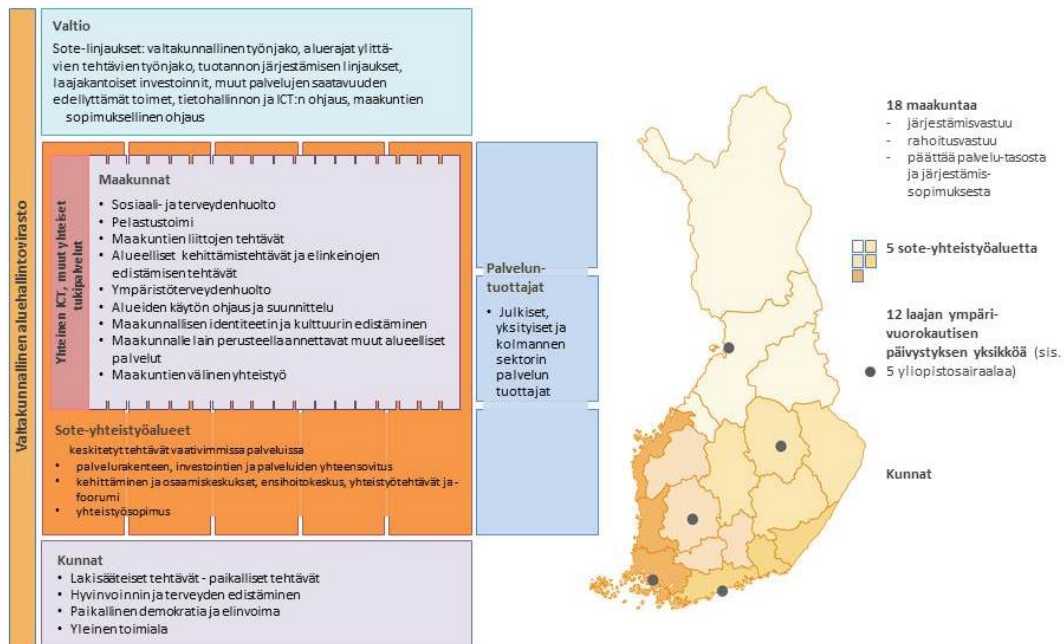
Huolimatta ensihoitopalvelun kehittymisestä myös nykymallisessa ensihoitopalvelussa koetaan olevan ongelmakohtia. Terveystieteellisen tavoite valtakunnallisesti tasapuolisesta ensihoitopalvelusta ei ole toteutunut. Aluehallintaviraston mukaan ensihoidon palveluiden saatavuus ei ole yhdenmukainen ja lisäksi sairaanhoitopiirien välillä on suuriakin eroja asetetuissa prosentuaalisissa tavoitteissa sekä niiden toteumisissa. Osa eroista selittyy maantieteellisillä eroavaisuuksilla ja osa sillä, että sairaanhoitopiirit järjestävät kukin tahoillaan ensihoidon eri tavoin, sillä yhtenäiset ohjeistukset puuttuvat. (Aluehallintavirasto 2015.)

Maakuntauudistuksen yhteydessä tullaan Suomessa toteuttamaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (Sote- ja maakuntauudistus 2017). Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on puuttua nykymallisen ensihoitopalvelun haasteisiin. Uudistuksen myötä on tarkoituksena muodostaa yhtenäinen kokonaisuus ensihoitopalvelun, päivystävien sairaaloiden sekä muun sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan kanssa. (Kurola ym. 2016, 9.) Maakuntauudistus ja siihen liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos tulevat olemaan suurimpia hallinnon ja toimintatapojen uudistuksia mitä Suomessa on tehty (Sote- ja maakuntauudistus 2017).

2.3.1 Maakuntauudistus

Maakuntauudistuksen tavoitteena on nykyaikaistaa palveluita sekä parantaa julkisen talouden kestävyttä (Sote- ja maakuntauudistus 2016, viitattu 14.5.2017). Maakuntauudistuksen yhteydessä tullaan perustamaan 18 uutta itsehallinnollista maakuntaa, jotka muodostetaan nykyisten maakuntajakojen pohjalta. Uudistuksen jälkeen Suomen julkinen hallinto käsittää kolme tasoa: valtio, maakunnat ja kunnat, jossa valtio vastaa ensisijaisesti maakuntien rahoituksesta (katso kuva 2). Maakuntien tehtävänä tulee olemaan alueensa sosiaali- ja terveystieteellisten palveluiden järjestä-

minen. Lisäksi maakunnille on suunniteltu siirrettäväksi tehtäviä kunnilta, kuntayhtymistä, aluehallintovirastoista, TE-toimistoista sekä ELY-keskuksista. (Sote- ja maakuntauudistus 2017, viitattu 14.5.2017.) Tässä vaiheessa maakunta ja sote-uudistusta maakuntien uusista tehtävistä on tarkasti määritelty ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon osuus.



KUVA 2. Maakuntien tehtävät ja uusi sote-rakenne (Sote- ja maakuntauudistus, viitattu 29.1.2017)

2.3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta, palveluita ja rahoitusta. Keskeisinä tavoitteina on peruspalveluiden vahvistamisen lisäksi hoidon saatavuus, saavutettavuus sekä yhdenvertaisuus. Palveluntuotanto pyritään toteuttamaan niin kutsutulla monituottajamallilla, jossa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen eriytetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 6.) Uudistuksen jälkeen maakunnat vastaavat alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja tuottajina voivat olla julkiset, yksi-

tyiset sekä kolmannen sektorin palvelun tuottajat. Maakuntien vaativampien palvelurakenteiden, investointien sekä palveluiden yhteensovitus keskitetään viiteen sote- yhteistyöalueeseen. (Sote- ja maakuntauudistus, viitattu 15.5.2017.)

Ensihoitopalveluiden osalta sote-uudistuksen tavoitteena on varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen hoitavassa yksikössä sekä asiakas- ja potilasturvallisuus. Vuoden 2019 alusta alkaen ensihoitopalveluiden järjestämisestä vastaavat maakunnat. Palvelun tuottajina voivat olla joko maakuntien omat sote- liikelaitokset tai pelastuslaitokset. Ensihoitopalveluun kuumattomat kiireettömät ambulanssipalvelut sekä potilaiden siirtokuljetukset kilpailutetaan. (Kurola ym. 2016, 9.) Sote-uudistuksen yhteydessä muodostetaan viisi ensihoitokeskusta, jotka tulevat sijoittumaan hallinnollisesti yliopistollisten keskussairaaloiden yhteyteen. Ensihoitokeskusten tehtävinä tulee olemaan maakuntien ensihoidon suunnittelun ja kehittämisen tukeminen sekä maakuntien ensihoitopalveluiden yhteisten tietojärjestelmäpalveluiden hoitaminen. Ensihoitokeskukset tulevat osallistumaan myös nykyistä laajemmin päivystystoiminnan sekä varautumis- ja valmiustehtävien ohjauksiin. (Valtioneuvosto 2017, viitattu 14.5.2017.)

2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli

Suomi kuuluu pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Pohjoismaisen hyvinvointivaltion katsotaan koostuvan sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista. Sosiaaliturvalla tarkoitetaan erilaisia rahamuotoisia etuuksia, joiden päämääränä on turvata toimeentulo. Sosiaaliturva jaotellaan sosiaaliavustuksiin ja sosiaalivakuutuksiin. Hyvinvointipalveluiden kolmena peruspilarina pidetään koulua, terveydenhuoltoa sekä sosiaalipalveluita. (Kröger 2016.) Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli on niin kutsuttu monikanavainen rahoitusmalli. Siinä rahoitus kerätään useasta lähteestä ja kohdennetaan palveluihin monen eri rahoittajan kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d, viitattu 17.5.2017.) Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on myös sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmallin uudistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 6).

2.4.1 Monikanavainen rahoitusmalli

Suomen valtion talouden perustana on vuotuinen valtion talousarvio. Talousarviossa määritellään valtion tulot sekä arvioidut määrärahat vuotuisiin menoihin. Talousarviossa määritellään myös määrärahojen käyttötarkoitukset sekä yleensäkin talousarvion perustelut. (Valtiovarainministeriö 2016.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat merkittävä osa valtion talousarviosta. Vuonna 2014 terveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä 19,5 miljardia euroa, kun valtion talouden kokonaismenot olivat 54,2 miljardia. Terveydenhuollon kustannuksista valtion rahoittama osuus oli 25 %, kuntien 37,3 % ja Kansaneläkelaitoksen 13,3 %. Muut kustannuksista vastaavat tahot olivat työnantajat, kotitaloudet sekä yksityiset vakuutukset ja avustuskassat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 1-5.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli on peruja 1960- ja 1970- luvuilla vaiheittain rakentuneesta järjestelmästä. Rahoitusmalli on monikanavainen, jossa palveluja rahoitetaan useista julkisista ja yksityisistä lähteistä eikä kokonaisuus ole yhtenäinen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 3-5.) Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on myös kohdennettu usean eri järjestyksen toteuttamiin palveluihin. Terveydenhuollon rahoitus onkin monitahoinen ja vaikeasti ohjattavissa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan pääosin valtion ja kuntien verotuloilla, lakisääteisillä ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Kansaneläkelaitos osallistuu rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 14.)

Nykyinen monikanavainen rahoitusmalli synnyttää tehottomuutta. Sen suurimmaksi ongelmaksi koetaan, ettei yhdelläkään taholla ole rahoituksesta tai tuloksista kokonaisvastuuta ja kukin taho pyrkii optimoimaan toimintaa vain omasta näkökulmastaan. (Sitra 2015.) Järjestelmä siis kannustaa siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta maksajalta toiselle. Järjestelmän koetaan myös ylläpitävän päällekkäistä palveluntarjontaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 3.)

Väestön ikääntyminen sekä sosiaali- ja terveystalouden laatuun kohdistuvien odotusten kasvu tulee kasvattamaan tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon menoja (Valtiovarainministeriö 2015, 15). Nykyinen rahoitusmalli on monimutkainen ja vaikeasti hahmotettava. Sitä on vaikea hallita ja ohjata. (Seppälä 2014, 47.) Maakuntauudistuksen ja siihen liittyvän sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä onkin valmisteltu myös sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus-

tuksen uudistamista. Tavoitteena hallituksella on monikanavaisen rahoituksen selkeyttäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d, viitattu 15.5.2017.)

2.4.2 Ensihoidon palvelun rahoitusmalli

Kuten sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli, myös ensihoidon palvelun rahoitus perustuu monikanavaisen rahoitusmalliin. Ensihoidon palvelun rahoittaminen tapahtuu kolmikanavaisen rahoitusmallin mukaan. Kunnat ja kuntayhtymät maksavat ensihoidon palvelusta palveluntuottajalle niin kutsuttua valmiuskorvausta, kansaneläkelaitos maksaa palveluntuottajalle kuljetustapahtumasta sairausvakuutuslain perusteella kilometriperusteisia kuljetuskorvauksia ja ensihoidonpotilaat maksavat kuljetuksesta omavastuusuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 8-10.) Ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa hoitoa ei korvata sairausvakuutuslain nojalla (Elo, Sankari & Rainiala 2013, 375–380). Rahoitusmalli perustuu ajettuihin kilometreihin, eikä niinkään ensihoidon todellisiin kustannuksiin tai hoidosta aiheutuviin kustannuksiin (Määttä 2015, 20). Esimerkiksi jos kohteessa on useita sairaankuljetusyksiköitä, myönnetään korvaus ainoastaan kuljettavalle yksikölle (Elo ym. 2013, 375–380).

Korvauskäytäntö on ajalta, jolloin ensihoidon palvelu ei vielä ollut osana terveydenhuoltolain mukaisia terveydenhuollon päivystyspalveluja ja jolloin sairaankuljetus miellettiin yksinomaan kuljetustapahtumaksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10). Rahoitusmalli ei siis tue ensihoidon palvelua kokonaisuutena eikä huomioi potilaan saamaa hoitoa, hoidon laatua tai kohteessa mahdollisesti olevia muita ensihoidon yksiköitä (Castrén ym. 2012, 23). Korvausjärjestelmä ei myöskään kannusta tehostamaan ensihoidon palveluja, sillä sen myötä palveluntuottajalle suoritettavat korvaukset pienenisivät. Kansaneläkelaitoksen maksamat kuljetuksiin ja kilometreihin perustuvat korvaukset ovat merkittävä osa palveluntuottajan liikevaihtoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10.)

Ensihoidon rahoituksen selvittämistä varten sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2011 ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän. Työryhmän tavoitteena oli löytää ratkaisu kokonaisvaltaisen palvelun rahoittamiseen. Työryhmä ehdotti rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi laadukasta ensihoidon palvelua kehittävää korvausmallia. Kehittämistyöryhmän ehdottamasta rahoitusuudistuksesta esitettiin eriävä mielipide. Rahoitusuudistusta ei ole otettu käyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4, 15–16.)

2.5 Ensihoitopalvelu maailmalla

Ensihoito on niin Suomessa kuin kansainvälisestikin vielä verraten nuori terveydenhuollon toimiala. Osin tästä syystä eri maista löytyy hyvinkin erilaisia ensihoitojärjestelmiä ja suurkaupunkien ensihoitopalveluiden toimintamallit poikkeavat merkittävästi toisistaan. Osissa suurkaupungeista, kuten esimerkiksi Lontoossa, ensihoitopalvelun tuottaa itsenäinen, julkinen ensihoitoorganisaatio. Toisissa suurkaupungeissa, kuten New Yorkissa, ensihoitopalvelua tarjoavat palo- ja pelastuslaitokset. (Määttä 2015, 27–28.) Lisäksi on malleja, joissa ensihoitopalvelun tuottavat yksityiset vakuutusyhtiöt tai sairaalat (Page ym. 2013, 44). Yleisesti ensihoidon kansainvälisen kehittämisen haasteina on pidetty ensihoitojärjestelmien hajanaisuutta, vastualueiden sirpaloitumista sekä tästä johtuvaa ensihoidon vaikuttavuuden arvioinnin vaikeutta. Alan tutkimustyö ja -tieto on kansainvälisestikin vähäistä. (Määttä 2015, 23 ja 28.)

2.5.1 Ensihoitopalvelu Yhdysvalloissa

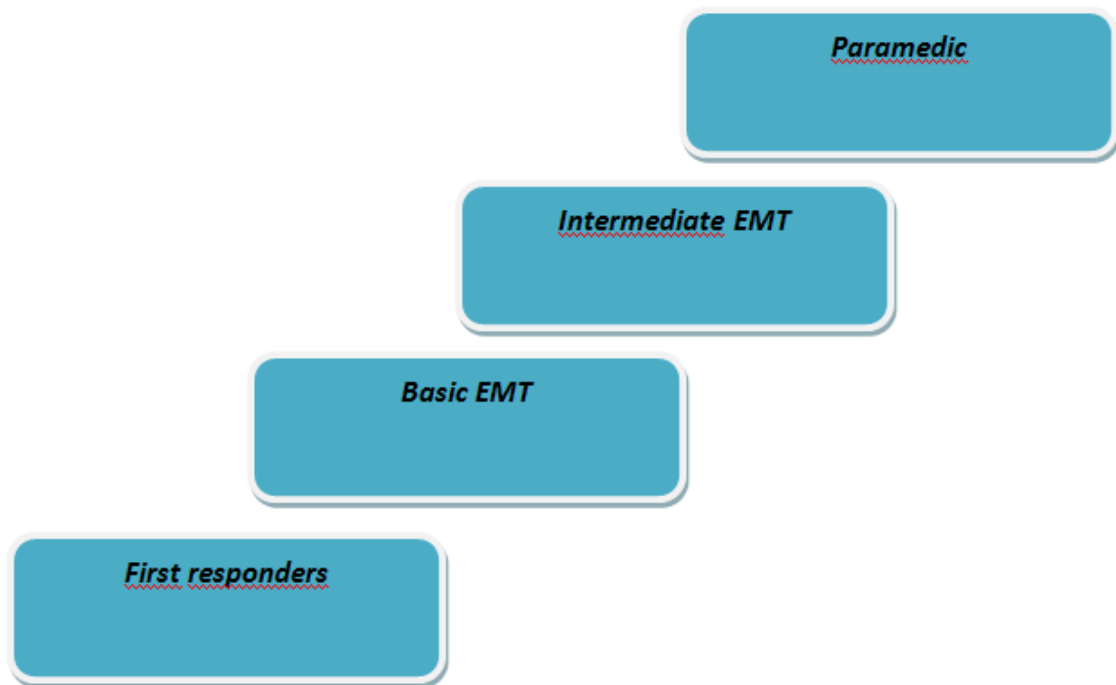
Terveydenhuolto Yhdysvalloissa on osin liittovaltion ja osin osavaltioiden säätelemää. Peruslainsäädännön osalta terveydenhuoltoa ohjeistaa ja valvoo liittovaltio. Yleislainsäädännön kautta kukin osavaltio määrittelee oman osavaltion toimintansa. Noin 20 % Yhdysvaltojen kansalaisista kuuluu julkisen ja 68 % yksityisen terveystakuutuksen piiriin. (U.S. Department of Health & Human Services 2016.) Palvelutaso ja järjestämistavat vaihtelevat osavaltioittain. Järjestelmää on kritisoitu kalliiksi, tehottomaksi sekä epätasa-arvoiseksi. (Institute of medicine 2004, 1.)

Ensihoitopalvelut ovat Yhdysvalloissa osa terveydenhuoltoa ja myös ensihoitopalveluiden järjestämistavat vaihtelevat osavaltioittain niin talousarvion ja rahoituksen, organisaation rakenteen kuin tarkoituksen ja tehtävienkin osalta. Ensihoitopalveluita tuottavat julkisen hallinnon lisäksi yksityiset tahot, kuten vakuutusyhtiöt, isot terveydenhuollon palveluntoimittajat sekä sairaalat. Julkinen ensihoitopalvelu on yleensä järjestetty muiden viranomaistahojen kuten palokuntien tai poliisilaitosten yhteyteen. (Page ym. 2013, 44–46.)

Terveydenhuollon kustannukset Yhdysvalloissa jaetaan osittain osavaltion budjetin ja potilaiden vakuutusyhtiöiden kesken. Osasta terveydenhuollon kustannuksista vastaavat potilaat. Tämä koskee myös ensihoitopalveluita. Osa yksityisistä sairaaloista ja vakuutusyhtiöistä tarjoavat maksuille asiakkailleen laadukasta hoitoa, joka sisältää myös sairaalan ulkopuolisen ensihoitopalve-

lun. He, joilla ei ole varaa kalliisiin sairaskuluvakuutuksiin, jäävät osin ilman tarpeellista sairaanhoitoa ja lääkitystä (Burwell, Frieden & Rothwell 2016, 6-7).

Yhdysvaltojen ensihoitojärjestelmä on moniportainen. Ensihoidon parissa työskentelee hoitajia neljällä eri koulutustasolla (katso kuvio 3). Niin kutsutut *Firstresponders*:it vastaavat hieman Suomessa toimivaa ensivasteyksikköä. *The basic emergency medical technician* (basic EMT) sekä *the intermediate emergency medical technician* (the intermediate EMT) voisi ajatella vastaavan perustason ensihoitajia. Neljännellä tasolla työskentelevät ensihoitajat (Paramedic) vastaavat parhaiten Suomen hoitotason ensihoitajia. (Page ym. 2013, 46.)



KUVIO 3. Yhdysvaltojen ensihoitajien koulutusjärjestelmä

Alimman tason (*Firstresponders*) koulutus kestää neljästäkymmenestä viiteenkymmeneen tuntiin. Koulutuksen jälkeen hoitajilla on perustietämys sairaalan ulkopuolella annettavasta ensihoidosta. Koulutetut hallitsevat muun muassa peruselvytyksen, murtumien tukemisen, haavojen hoidon sekä normaalin synnytyksen hoitamisen perusteet. Seuraavan tason (*Basic EMT*) koulutuksen jälkeen ensihoitajat osaavat myös hapen annostelun, potilaan siirron sekä tilannepaikalla tehtävän potilasluokittelun eli triagen. Kolmannen tason (*Intermediate EMT*) koulutusohjelmat vaihtelevat osavaltioittain, mutta lähtökohtaisesti koulutuksensa jälkeen ensihoitajat osaavat edellisten taitojen lisäksi myös sydämen monitoroinnin, iv-yhteyden avaamisen, defibrilaattorin käytön sekä

potilaan intuboinnin. Ylimmän tasonkoulutus kestää yleensä noin 25 viikkoa, sisältäen teoriaopin-
tojen lisäksi jopa 500 tuntia työharjoittelua kokeneempien ensihoitajien valvonnassa ja ohjauk-
sessa. Valmistuneet ensihoitajat hallitsevat ensihoidollisen lääkinnän, erilaisten ilmatienhallitse-
misen tekniikat, sydämen monitoroinnin, manuaalisen defibrilloinnin sekä esimerkiksi neulatora-
kosenteesin suorittamisen. (Page ym. 2013, 45.)

Yhdysvaltain ensihoitojärjestelmän hyvinä puolina koetaan selkeästi määritellyt osaamistasot
sekä osaamistasoihin pohjautuvat koulutukset. Ensihoitajat voivat edetä työrullaan porras kerral-
laan kohti vaativampia tehtäviä. Ensihoidon järjestelmän heikkoudet ovat Yhdysvalloissa kuta-
kuinkin samat kuin muussa terveydenhuollossa. Järjestelmää ei koeta tasapuoliseksi. Vaihtele-
vien järjestämistapojen takia toimintaa on vaikea valvoa ja ensihoitopalvelut koetaan tehottomiksi
ja kalliiksi. (Page ym. 2013, 47.) Myös kokonaisvaltainen ensihoidon kehittäminen koetaan haas-
teelliseksi pirstaleisen järjestämistavan vuoksi (Määttä 2015, 28).

2.5.2 Ensihoitopalvelu Iso-Britanniassa

Iso-Britannian sosiaaliturvaan kuuluu valtakunnallinen sosiaalivakuutusjärjestelmä sekä tervey-
denhuoltojärjestelmä. Järjestelmiä ylläpidetään verovaroin. (Euroopan komissio 2012, 4.) Tervey-
denhuollosta vastaa suurilta osin julkinen sektori NHS (National Health System) eli kansallinen
terveysjärjestelmä. Se on maailman vanhin julkinen terveydenhuoltojärjestelmä ja tuottaa 90 pro-
senttia maan terveydenhuoltopalveluista. NHS sisältää perusterveydenhuollon sekä sairaalapal-
velut koko maassa ja on käyttäjilleen ilmainen. Yksityinen terveydenhuoltosektori täydentää julkis-
ta terveydenhuoltosektoria. Yksityisellä sektorilla toimivat lähinnä muutama suurempi terveystal-
veluja tuottava organisaatio. Yksityisiä terveydenhuoltopalveluita varten osa Iso-Britannian väes-
töstä on ottanut itselleen vapaaehtoisen sairausvakuutuksen. (Touré 2010, 29–30.)

Iso-Britannian sairaankuljetuksen voi katsoa alkaneen virallisesti vuonna 1946, kun maakunnat
veloitettiin järjestämään sairaankuljetuksen alueillensa. Maakunnat saivat järjestää palvelun joko
itse tai ostamalla palvelun yksityisiltä palveluntuottajilta. 1979 terveysviranomaiset totesivat rapor-
tissaan, että sairaankuljetuspalveluiden laatu vaihteli merkittävästi eri maakuntien välillä niin ajo-
neuvojen, henkilöstön osaamisen kuin välineidenkin suhteen. Tästä johtuen sairaankuljetus siir-
rettiin suoraan valtion valvonnan alle. (Socialist Health Association 2015.) Tänä päivänä Iso-
Britanniassa on käytössä moniportainen ensihoitojärjestelmä, jossa ensihoitajia työskentelee

neljällä eri koulutusasteella (Emergencycare assistants, Technician, Paramedic sekä Specialist paramedic) (National Health System 2017). Ensihoitopalveluiden järjestämisestä vastaa kansallinen terveysjärjestelmä (NHS) ja toimintaa valvoo ja ohjaa valtio. Palvelun tarjoajia on yli 200 yksityistä yritystä. Lisäksi ensihoitopalveluita tarjoavat vapaaehtoiset ambulanssiyhdistykset. (Health and Social Care Information Centre 2013, 7-12.)

Iso-Britannian ensihoitojärjestelmän hyvinä puolina pidetään järjestelmän tasapuolisuutta. Ensihoitopalvelu on valtion ohjauksessa ja valtion antamat määräykset kattavat kaikki toimijat koko saarivaltiossa. Ensihoitopalvelu on myös ilmainen käyttäjilleen, niin kansalaisille kuin maahanmuuttajillekin. Haasteita ensihoitopalvelulle tuovat ensihoidotehtävien määrän vuotuinen nousu, sosiaalisten hätätilanteiden kasvu ja sitä kautta ensihoitopalveluiden kustannusten kasvu. (European Hospital and Healthcare Federation 2015, 65–66.)

2.5.3 Ensihoitopalvelu Saksassa

Saksa on 16 osavaltiosta muodostunut liittotasavalta. Jokaisella osavaltiolla on oma perustuslakinsa, joka pohjautuu koko maan perustuslakiin. Terveystieteiden päätöksenteko on jaettu hallituksen ja osavaltioiden kesken, mutta käytännössä valtio osallistuu terveydenhuollon järjestämiseen vain ylimpänä lainsäätäjänä. Terveystieteiden rahoitus perustuu terveysvakuutusjärjestelmään, jossa jokainen on veloitettu ottamaan itselleen terveysvakuutus joko julkisen sairauskassan tai yksityisen sairausvakuutuksen kautta. Sairauskassat ja vakuutuslaitokset neuvottelevat palvelut, laatumittarit sekä hinnat itsenäisesti palveluiden tuottajien kanssa. Valtion sairausvakuutusjärjestelmä kattaa myös ensihoidon palvelut. (Aronkytö 2010, 31–33.)

Saksassa sairaalan ulkopuolinen ensihoitopalvelu on julkinen palvelu, joka saa rahoituksensa sairausvakuutusten kautta. Liittovaltiot ovat veloitettuja tarjoamaan ensihoitopalvelut alueellaan ja tyypillisesti liittovaltiot ovat hoitaneet velvollisuutensa delegoimalla ensihoitopalvelun järjestämisen alueensa piirikunnille. Ensihoitopalveluita tarjoavat saksassa palolaitosten ja -kuntien lisäksi yksityiset tahot sekä eri yhteisöt. Koska ensihoitopalvelua järjestävät ja tuottavat useat eri tahot, palveluita ei koeta yhdenmukaisiksi. Alueellisia eroja on sekä palveluiden järjestämistavassa että laadussa. (Page ym. 2013, 19.)

Saksan ensihoitopalvelu on kolmiportainen, jolla työskentelevät niin kutsutut pelastusauttajat (Rettungshelfer), pelastusensihoitajat (Rettungssanitäter) sekä pelastusapulaiset (Rettungsassistent). Rettungshelfer tutkinnon suorittaneet ovat opiskelleet perustasoista akuuttihoitoa. He eivät osallistu potilaiden kuljetukseen. Rettungssanitäter koulutukseen sisältyy teoriaopintojen lisäksi 80 tuntia sairaalaharjoittelua ja 160 tuntia harjoittelua ambulanssissa. Rettungsassistent toimii komiportaisen ensihoitojärjestelmän ylimmällä tasolla. Hänen koulutuksensa on sisältänyt monipuolisesti käytännön ja teorian opintoja sekä 1600 tuntia ensihoidon harjoittelua. (Page ym. 2013, 20.)

2.5.4 Ensihoitopalvelu muutoksessa

Ensihoitopalvelun toimintaympäristö on muuttunut ympäri maailmaa ja haasteet ovat hyvin samantyyppisiä kuin Suomessakin. Väestön ikääntyminen ja lisääntyvä terveystalouden tarve on yleinen trendi. Myös moniongelmaisten potilaiden sosiaali- ja terveystalouden käyttö on lisääntynyt. Toimintaympäristöjen muuttuessa näihin haasteisiin on pyritty vastaamaan uudistamalla ensihoitopalvelun mallia ja muuttamalla toimintatapoja. (Kurola ym. 2016, 14–17.)

Yhdysvalloissa on kehitetty tiedolla johtamista ja pyritty hyödyntämään sitä ensihoitopalveluiden resurssien kohdentamisessa. Tiedolla johtaminen ei ole pelkästään menneisyyteen katsomista vaan myös vahvaa tulevan ennakkointia palvelutehokkuuden kasvattamiseksi. Tällöin päämääränä on jatkuva laadun kehittäminen sekä hyvien käytäntöjen varmistaminen niin organisaatio kuin yksilötasollakin. Parhaimmillaan tiedolla johtaminen on ulotettu yksiköiden valmiussuunniteluihin sekä työvuoron vahvuuksien määrittelyyn. (Firstwatch 2017, viitattu 22.5.2017.) Suomessa sote-uudistuksen yhteydessä on myös kehitetty kansallisia tietojärjestelmiä, jotka palvelisivat sekä ensihoitoa että päivystystoimintaa. Tietojärjestelmät mahdollistaisivat nykyisestä toimintamallista poikkeavat työskentely- ja potilasohjausmallit. (Kurola ym. 2016, 9.) Lisäksi hallitus on linjannut, että kansalliseen sähköiseen ensihoidokertomukseen voitaisiin integroida kansalliset ensihoitopalvelun hoito-ohjeet, jolloin ensihoidoyksiköiden antama ensihoito olisi samanlaista maakunnasta riippumatta (Finlex 2016, viitattu 18.5.2017).

Skotlannin ensihoito on osa kansallisen terveystalouden NHS:n palveluita. Toimintaympäristö Skotlannissa on hyvin samankaltainen kuin Suomessa. Väestöstä suurin osa on keskittynyt kaupunkeihin ja pohjoisosissa on laajoja harvaan asuttuja alueita. (Scottish ambulance service 2015, 4.)

Palvelujen tuottamisessa on Skotlannissa käytetty monipuolisesti erilaisia yksiköitä ambulanssien lisäksi, kuten lentokoneita, helikoptereita ja jopa polkupyörällä ja moottoripyörällä liikkuvia ensihoitajia. Ensihoitopalvelussa toimivat rinnakkain niin yhden ensihoitajan kuin kahden ensihoitajan yksiköt. (Kurola ym. 2016, 14.)

Myös Suomessa on huomattu monipuolisen palveluntuotannon mahdollisuudet ensihoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut luonnoksen uudesta ensihoitopalvelun asetuksesta, jonka mukaan ensihoitopalveluyksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Kulkuneuvona voi olla ambulanssin lisäksi erilaiset ensihoitoajoneuvot, helikopteri tai muut tarpeelliset kulkuneuvot. Asetus ottaa myös huomioon yhden yksikön mahdollisuuden. Luonnoksen mukaan hoitotason veloitteet omaava ensihoitaja voi toimia myös yksin ensihoitoyksikössä. Tällöin ensihoitajan tehtäviin kuuluu hoidon tarpeen arviointi, välittömän hoidon aloittamisen sekä muiden ensihoitopalvelun yksiköiden tukeminen. Kuljettaminen hoitolaitoksiin on yhden yksikön tehtävänkuvasta rajattu pois. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017e, 4-7.) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi aloitti maaliskuussa 2016 yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö. Yksikön ensihoitajan työtehtävinä ovat hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi erilaiset hoitotoimenpiteet sekä tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen. Yksikkö on osa päivystys olohuoneessa -hanketta. Hankkeessa pyritään kehittämään uudenlaista kotona asumista tulevaa mallia. (Eksote 2016, viitattu 18.5.2017.)

Potilaslogistiikkaan puuttuminen on ollut yksi keinoista, joilla on vastattu nykypäivän ensihoidon resurssihaasteisiin. Saksassa ensihoidon, poliisin sekä palokunnan hätäpuhelut tulevat hätäkeskukseen. Ensihoitoon liittyvät puhelut käsitellään ambulanssien valvontakeskuksissa, joissa puheluihin vastaavat ensihoitajat, jotka ovat saaneet täydennyskoulutuksen keskuksessa työskenteleeseen. Hätäpuhelun perusteella pyritään mahdollisimman pitkälle arvioimaan millaista apua paikalle lähetetään. (Page ym. 2013, 19.) Myös Skotlannissa jo hätäpuhelun aikana pyritään tekemään mahdollisimman tarkka potilaan hoidon tarpeen arviointi ja samalla arvioidaan hänen tarvitsemansa palvelu (Kurola ym. 2016, 14).

Suomessa vasta sote-uudistuksen myötä on ruvettu arvioimaan sitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksellinen puhelinneuvonta ja palveluohjaus voitaisiin toteuttaa linkittyen hätäkeskusrakenteen kanssa. Tavoitteena on saavuttaa mahdollisimman oikeiden resurssien käyttö kautta sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan. Sen avulla olisi tarkoitus ohjata potilasvirrat

tarkoituksenmukaisimpaan paikkaan ja toisaalta välttää tehtävien siirtoa muille organisaatioille. (Kurola ym. 2016, 9-16.) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella on kokeiltu kotihoidon ja ensihoitopalveluiden yhteistä tilannekeskusta. Se on osa hanketta, joka tähtää laajempaan yhteistyön kotihoidon ja ensihoitopalveluiden välillä. Tavoitteena yhteisellä tilannekeskuksella on löytää yhteisissä asiakastilanteissa joustavia ratkaisuja sekä monipuolistaa ja parantaa ikääntyneiden hoidon palveluita. Toiveena on, että yhteisen tilannekeskuksen avulla saataisiin kohdennettua resursseja oikein. (Kuopio 2017, viitattu 18.5.2017.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ensihoidon asiantuntijoiden näkemys tulevaisuudessa järjestettävästä ensihoitopalvelusta ja kustannusten jakamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on luoda tulevaisuuden ihannelilannetta kuvaava malli toimivasta, tasapuolisesta ja kustannustehokkaasta tavasta järjestää ensihoitopalvelut.

Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten ensihoitopalvelu on järjestetty tulevaisuuden ihannelilanteessa, vuonna 2030, ensihoidon asiantuntijoiden mukaan?
2. Miten ensihoidon rahoitus järjestettäisiin tulevaisuuden ihannelilanteessa, vuonna 2030, ensihoidon asiantuntijoiden mukaan?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä tutkimuksessa sovelletaan tulevaisuudentutkimusmenetelmää, jossa tutkimuskohteena ovat ensihoidon asiantuntijoiden näkemykset ensihoidon järjestämisen ja rahoittamisen mallista. Aineiston keruu toteutettiin kahdella tutkimuskierroksella. Ensimmäisellä tutkimuskierroksella aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella ja toisella kierroksella sähköisen kyselylomakkeen lisäksi asiantuntijaneelin ryhmähaastattelulla. Tulevaisuustutkimuksen menetelmistä päädyttiin Delfoi-menetelmään. Delfoi-menetelmä on tulevaisuuteen katsova tutkimusmenetelmä, joka soveltuu erinomaisesti asiantuntijoiden näkemyksien tutkimiseen (Hsu & Sandford 2007, 1).

4.1 Delfoi-menetelmä tulevaisuuden tutkimisen välineenä

Tutkimusmenetelmän valinta riippuu siitä, minkälaista tietoa halutaan, keneltä sitä halutaan ja mistä sitä saadaan (Hirsjärvi 2013a, 184). Kun tutkimuskohteena on tulevaisuus, tutkimusaineiston tuottajina ovat yleensä tutkimuksen kohteena olevan ilmiön asiantuntijat. Tulevaisuustutkimuksessa voidaan hyödyntää tutkimuksen metodologina asiantuntijamenetelmiä. Keskeistä asiantuntijamenetelmissä on niin tutkijan kuin asiantuntijoiden kyky tietämykseen, intuition tai havaitsemiseen tulevaisuuden kuvaamisessa. (Metsämuuronen 2002, 32.) Delfoi-menetelmä on yksi monista tulevaisuuden tutkimuksen asiantuntijamenetelmistä. Menetelmässä tavalla tai toisella asiantuntijoiksi määritellyt toimivat tulevan kehityksen ”oraakkeleina”. (Kuusi 2013, 248.)

Delfoi-menetelmä on tulevaisuudentutkimuksen menetelmä, joka jakaantuu perinteisesti useampaan kierrokseen (Kuusi 2013, 249). Ensimmäisellä tutkimuskierroksella kerätään tietoa asiantuntijoiden mielipiteistä. Tutkimuksen seuraavilla kierroksilla asiantuntijat pääsevät arvioimaan toistensa näkemyksiä. (Metsämuuronen 2000, 53.) Samalla asiantuntijoilla on mahdollisuus korjata ja syventää omia kannanottojaan (Linturi 2003). Onnistuessaan Delfoi-tutkimus onkin asiantuntijoille myös oppimisprosessi (Rubin 2012, 8-9).

Delfoi-tutkimuksessa tutkijan tulee itse päättää, mikä määrä tutkimuskierroksia antaa luotettavan tutkimustuloksen. Tutkimuskierrosten määrä riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. (Skulmoski, Hartman & Krahn 2007, 11.) Perinteisesti on ajateltu, että kierroksia ei tarvitse enää tehdä, kun yhteinen ymmärrys, eli konsensus, on löytynyt asiantuntijoiden välille (Kuusi 2013, 249). Nykykäsitteiden mukaan konsensuksen etsimistä pidetään kuitenkin ongelmallisena. Sen myötä saattaa jokin tärkeä informaatio tai oleellinen heikko signaali tulevaisuudesta kadota. Panelistien yksimielisyyden sijaan onkin suositeltavampaa, että asiantuntijat löytävät monia näkemyksiä tulevaisuudesta. (Metsämuuronen 2001, 27.)

Kuusen mukaan Delfoi-menetelmälle tyypillistä on tutkimusta varten koottu asiantuntijaryhmä, jossa asiantuntijat saavat mahdollisuuden ilmaista kantansa tutkijalle. Kannanottojen lähtökohtana voivat olla väitteet ja kysymykset, jotka täsmentyvät tutkimuksen edetessä. Asiantuntijoille välitetään myös tietoa anonymisti toisten asiantuntijoiden kannanotoista sekä niiden perusteluista. Asiantuntijoilla on siten mahdollisuus muuttaa mielipiteitään muilta asiantuntijoilta saadun palautteen perusteella kerran tai useammin. (Kuusi 2013, 135.) Delfoi-menetelmän sanotaankin tuovan asiantuntijoiden havaitsemat tulevaisuuden heikot signaalit ja kehittämistavoitteet suuremman asiantuntijajoukon arvioitavaksi. Anonymiteetin ansiosta kaikkien panelistien vastaukset ovat tasa-arvoisia. (Rubin 2012, 8-9.) Delfoi-menetelmä ehkäiseekin arvovalta- ja intressiristiriitoja nimettömyydellään (Skulmoski, Hartman & Krahn 2007, 2).

4.2 Asiantuntijoiden valinta

Jo tutkimussuunnitelmaa tehdessä tutkijan on päätettävä siitä, miten tutkittavat valitaan sekä paljonko tutkittavia tarvitaan (Hirsjärvi 2013a, 178). Delfoi-menetelmässä asiantuntijoiden määrä voi vaihdella kymmenestä yli tuhanteen asiantuntijaan (Metsämuuronen 2000, 55). Ratkaisevaa ei ole kuitenkaan asiantuntijoiden määrä, vaan laatu (Kuusi 2013, 254). Tähän tutkimukseen osallistui yhteensä 16 ensihoidon asiantuntijaa, joista 12 ensihoidon asiantuntijalle lähetettiin tutkimuksen kyselylomake ja neljä ensihoidon asiantuntijaa kutsuttiin asiantuntijapaneelin ryhmähaastatteluun.

Valitessaan tutkimukseen asiantuntijoita, tutkija joutuu pohtimaan sitä, kuka on riittävä asiantuntija kyseiseen paneeliin (Gordon 2015, 9). On tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon (Tuomi & Sarajärvi 2013, 89). Delfoi-menetelmässä

asiantuntijaksi valittavalla henkilöllä tulee olla ammatillisten tietojen ja taitojen lisäksi mahdollisimman laaja näkemys omasta alastaan (Rubin 2012, 9). Hyvä käytännöllinen lähtökohta Delfoi-paneelin valinnalle on, että paneelista löytyy asiantuntemusta muuttumattomien asioiden ja päätöksentekoon vaikuttavien intressien tuntemiseen sekä kykyä vaikuttaa tulevaan kehitykseen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 89). Asiantuntijapaneelissa arvokkaita ovat myös vastaajat, joilla on kyky provosoida muita panelisteja tai rohkeutta muodostaa uusia näkemyksiä (eDelfoi 2011, viitattu 20.2.2017). Tämän tutkimuksen ensihoidon asiantuntijat ovat ensihoidon vastuulääkäreitä, sairaanhoitopiirien ensihoitopäälliköitä, palveluntuottajan edustajia sekä ensihoidon tutkijoita ja erityisasiantuntijoita. Lisäksi tutkimuksessa on mukana sekä ensihoitokeskuksissa työskenteleviä kenttäjohtajia että eri työnantajilla työskenteleviä hoitotason ensihoitajia. Palveluntuottajissa on niin pelastuslaitoksen kuin yksityisen ensihoitopalvelun edustajia.

Hyvässä Delfoi-paneelissa ryhmä erilaisia ihmisiä ja näkemyksiä katalysoivat keskustelua (Kuusi 2013, 254–255). Jotta paneeli päättyisi hyvään ja monipuoliseen tulokseen, tutkijan tulisi valita asiantuntijoita siten, että panelisteilla olisi kattavia tietoja mahdollisimman laajalta näkökulmalta (Rubin 2012, 9). Tutkimukseen tulisikin valita tutkimusaihetta eri näkökulmista hallitsevia asiantuntijoita (Linturi 2007). Yhdeksi kriteeriksi tämän tutkimuksen asiantuntijoiden valinnoissa nostettiin asiantuntijoiden erilaiset maantieteelliset lähtökohdat. Alueelliset erityispiirteet, kuten maantieteelliset etäisyydet, sairaaloiden sijainnit sekä ensihoitoyksiköiden määrä alueella, vaikuttavat osaltaan ensihoidon järjestämistapaan (Määttä 2015, 28). Ensihoidon asiantuntijat on valittu tähän tutkimukseen kolmelta erilaiselta erityisvastuualueelta: Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelta (HYKS erva), Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelta (KYS erva) sekä Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelta (OYS erva).

4.3 Ensimmäinen tutkimuskierros

Tutkimuksen ensimmäisellä kierroksella asiantuntijat määrittelivät oman tulevaisuuden ihannetilannetta kuvaavan mallin ensihoitopalvelusta sekä ensihoidon rahoitusmallista. Lisäksi asiantuntijat pohtivat oman luodun skenaarionsa hyviä ja huonoja puolia toteutuessaan. Ensimmäisen tutkimuskierroksen avulla haettiin ensihoidon asiantuntijoiden näkemystä seuraaviin kysymyksiin:

Kuka vastaa ja kuka tuottaa ensihoitopalvelun tulevaisuuden ihannetilanteessa?

Kenen vastuulla tulee olemaan ensihoidon kentän valvonta ja ohjeistus?

Mitkä olisivat luodun mallin parhaat puolet ja mitkä sen ongelmat?

Millaiseen malliin ensihoidon rahoitus perustuu tulevaisuuden ihannetilanteessa?

Mitkä olisivat luodun mallin parhaat puolet ja mitkä sen ongelmat?

Miksi luodun mallin ensihoitopalvelu olisi kustannustehokas?

Miksi luotu rahoitusmalli on kustannustehokas?

4.3.1 Aineistonkeruu

Ensimmäisen tutkimuskierroksen aineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Kyselylomake laadittiin Webropol – sovelluksella ja itse kysely toteutettiin sähköpostitse. Asiantuntijoille lähetetty sähköposti sisälsi tutkimuksen saatekirjeen (liite 1) lisäksi linkin kyselylomakkeeseen (liite 2).

Aineiston keruun ja tutkimuksen onnistumiseen vaikuttaa kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu. Lomakkeen ulkonäön tulisi olla selkeä ja asiallinen ja tutkijan tulisi kiinnittää huomiota kysymysten asetteluun. Samaan teemaan liittyvien kysymysten tulisi olla lomakkeessa loogisessa järjestyksessä peräkkäin. (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2013, viitattu 30.1.2017.) Tämän tutkimuksen kyselylomake oli jaettu kahteen osioon, jossa toisessa käsiteltiin ensihoitopalvelun tulevaisuutta ja toisessa tulevaisuuden ihannetilanteen rahoitusmallia. Molempien osioiden lopussa oli annettu vastaajille mahdollisuus kommentoida vielä vapaasti osion teemoja. Kyselylomakkeessa ei kysytty vastaajien taustatietoja, sillä tutkimuksen toteuttaja oli arvioinut kaikki kyselyn vastaajat ensihoidon asiantuntijoiksi. Näin varmistettiin osaltaan tutkimukseen osallistu-

neiden anonymiys. Kyselylomake esitettiin kysymysten ymmärrettävyyden varmistamiseksi kuudella ensihoitajilla ennen tutkimuksen suorittamista.

4.3.2 Aineiston analysointi

Aineiston analyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston järjestelyä, sisällön ja rakenteiden erittelyä sekä aineiston jäsentämistä ja pohtimista. Analyysiin kuuluu myös aineiston luokittelu eri aiheiden ja teemojen perusteella. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, 73.) Tämän tutkimuksen ensimmäisen tutkimuskierroksen aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Laadullinen sisällönanalyysi on tyypillinen laadullisen aineiston analysointitekniikka. Sen avulla aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Laadullista sisällönanalyysiä käytetään yleensä tekstimuotoisten aineistojen analysoimiseksi. (Hsieh & Shannon 2005, 1277.) Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa ja sitä voidaan käyttää kaikissa kvalitatiivisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajarvi 2013, 107). Tutkimusaineisto pirstotaan ensin pienempiin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen kokonaisuudeksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, 97).

Tässä tutkimuksessa ensimmäisen tutkimuskierroksen aineisto käsiteltiin kysymyksittäin. Kyselylomakkeiden vastaukset auki kirjoitettiin yhdenmukaiseen muotoon. Auki kirjoitetun tekstin lukeminen auttoi muodostamaan kokonaisnäkemystä aineistosta. Tämän jälkeen tekstistä merkattiin korostusväreillä samaa tarkoittavat ilmaukset. Tästä aineistosta muodostettiin käsitteet, jotka järjestettiin teemoittain (katso taulukko 1). Teemoittamisessa aineistosta muodostetaan keskeisiä aiheita etsimällä aineistosta yhdistäviä seikkoja eli teemoja. Kun aineistoa käsitellään teemoittain, kunkin teeman alle kootaan aineistosta ne kohdat, joissa puhutaan kyseessä olevista teemoista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, 105–106.)

TAULUKKO 1 Esimerkki ensimmäisen tutkimuskierroksen aineiston teemoittamisesta

ILMAUKSET	KÄSITTEET	TEEMAT
<i>"Ensihoidon tuloksellisuuden benchmarkkaamisella olisi oma merkityksensä rahoituksen saannissa"</i>	Tuloksellisuuden benchmarkkaaminen	Laadun huomioiminen rahoituksessa
<i>"Ensihoidon rahoitusmallin ei tule perustua kilometreihin ja tehtävämääriin vaan toiminnan laatuun"</i>	Toiminnan laatu	
<i>"Kustannukset jaetaan kysynnän, välimatkojen, riskiruutujen ja ensihoidon valmiuden mukaan"</i>	Riskiruudut Ensihoidon valmius	Alueellisten erityispiirteiden huomioiminen rahoituksessa
<i>"Rahoitusmallissa tulisi kompensoida väkirikkaat ja vähän asukkaita olevat kunnat sekä pitkät välimatkat"</i>	Kysyntä Asukasluvut Pitkät välimatkat	

4.4 Toinen tutkimuskierros

Toisen tutkimuskierroksen aineiston keruu toteutettiin sekä kyselytutkimuksena että asiantuntijoiden ryhmäpaneelina. Ensimmäisen tutkimuskierroksen aineiston pohjalta laadittiin viisi skenaariota koskien ensihoitopalvelua tulevaisuudessa ja neljä skenaariota koskien ensihoitopalvelun rahoitusta. Tutkimuskierroksella ensihoidon asiantuntijat pohtivat ensimmäisen tutkimuskierroksen aineiston pohjalta luotuja tulevaisuuden skenaarioita. Nyt asiantuntijoilla oli mahdollisuus päästä arvioimaan itsensä ja toistensa luomia näkemyksiä tulevaisuudesta sekä pohtimaan skenaarioiden taustalla olevia poliittisia päätöksentekojä. Skenaariotyöskentely voidaan jakaa induktiiviseen ja deduktiiviseen skenaariotyöskentelyyn. Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista skenaariotyöskentelyä. Sen avulla tarkastellaan tapahtumakulkujen seuraamuksia ja niiden päätöksentekojen ja tapahtumien ketjuja, joiden avulla määrättyyn tulevaisuudentilaan voitaisiin päästä. (Rubin 2015.)

Toisen kierroksen avulla haettiin vastausta jokaisen skenaarion kohdalta seuraaviin kysymyksiin:

Mitä esitetty skenaario merkitsisi ensihoitopalvelun kannalta?

Minkälaisia poliittisia päätöksiä tulisi tehdä, että esitettyyn tulevaisuuden näkymään päädytään?

4.4.1 Aineistonkeruu

Tutkimuksen toisen vaiheen kyselylomake lähetettiin tutkimuksessa ensimmäisellä kierroksella vastanneille ensihoidon asiantuntijoille sähköpostitse. Kyselylomakkeen luonnissa käytettiin jälleen sähköistä Webropol-sovellusta. Sähköposti sisälsi saatekirjeen (liite 3) lisäksi linkin itse kyselylomakkeeseen (liite 4). Kyselylomake ja luodut skenaariot esitettiin neljällä ensihoidon asiantuntijalla ennen toisen tutkimuskierroksen suorittamista.

Tutkimusaineiston syventämiseksi tutkimuksen toisella kierroksella pidettiin myös ryhmäpaneeli. Ryhmäpaneelin avulla tutkija voi saada esiin uusia näkökulmia tutkittavasta asiasta, kun haastattelun osanottajat kuunnellessaan toisten asiantuntijoiden keskustelua saavat samalla kimmokkeita omia ajatuksia varten ja oppivat muiden ajatuksista. Ryhmäpaneeli toimii hyvin tutkimusmenetelmänä, jos vastaajilla on esimerkiksi yhteisiä työhön liittyviä kokemuksia ja ajatuksia. (Anttila 2014.) Ryhmäpaneeli pidettiin syksyllä 2016 ja asiantuntijapaneeliin kutsuttiin neljä ensihoidon asiantuntijaa. Neljään ensihoidon asiantuntijaan päädyttiin, sillä ryhmän koko haluttiin pitää pienenä. Suuren ryhmän kanssa keskustelun tallentaminen voi olla haastavaa. Lisäksi suuri määrä ihmisiä voi toimia keskustelun innoituksen sijaan sen tyrehdyttäjänä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009).

Tutkimuskierroksen ryhmähaastattelua varten ensihoidon tulevaisuutta koskevat skenaariot tulostettiin ensihoidon asiantuntijoiden kommentoitaviksi. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin käyttämällä puhelimeen ladattavaa ilmaissovellusta "äänitys+". Ennen ryhmähaastattelua tutkija testasi mikrofonin toimivuuden haastattelutilassa. Nauhoituksen lisäksi tutkija teki omia muistiinpanoja ryhmähaastattelun aikana. Nämä muistiinpanot toimivat litteroinnin apuna.

4.4.2 Aineiston analysointi

Delfoi-tutkimuksen toisen vaiheen aineisto koostui kyselylomakkeista saadusta aineistosta, ryhmäpaneelin nauhoituksesta ja paneelin aikana tehdyistä muistiinpanoista. Aineisto analysoitiin ensimmäisen tutkimuskierroksen tavoin sekä sisällönanalysillä että teemoittamalla. Analyysi suoritettiin skenaarioittain.

Aineiston analysointia varten ryhmähaastattelussa äänitetty nauhoitus litteroitiin. Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun puhemuotoisen aineiston puhtaaksi kirjoittamista aineiston analysointia varten (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009). Aineiston litteroinnissa päädyttiin eksaktiin litterointiin, eli aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanatarkasti ottaen huomioon myös täytesanat, yksittäiset äännähdykset sekä myös erilaiset tunteenilmaukset. Eksaktin litteroinnin hyviä puolia on se, että se mahdollistaa aineiston monipuolisen jatkokäytön (Tietoarkisto 2016, viitattu 16.3.2017). Ryhmäpaneelin aikana tehdyt muistiinpanot kirjoitettiin yhtenäiseen tekstimuotoon ja kyselylomakkeista saatu aineisto auki kirjoitettiin ensimmäisen tutkimuskierroksen tavoin.

Koko toisen tutkimuskierroksen aineisto käsiteltiin ja analysoitiin skenaarioittain. Ensin aineistoa tarkasteltiin kokonaisnäkömyksen muodostamiseksi, jonka jälkeen samaa tarkoittavat ilmaukset merkattiin korostusvärein. Lopuksi näistä ilmauksista muodostettiin käsitteitä, jotka järjestettiin teemoittain (katso taulukko 2).

TAULUKKO 2 Esimerkki toisen tutkimuskierroksen aineiston teemoittamisesta

ILMAUKSET	KÄSITTEET	TEEMAT
<p><i>"Potilaat hoidetaan entistä useammin kotonaan"</i></p> <p><i>"Mallissa turhia kuljetuksia entistä vähemmän"</i></p> <p><i>"...potilaat eivät siirry aina päivystykseen"</i></p>	<p>Potilaan hoito kotona</p> <p>Päivystyskäyntien väheneminen</p>	<p>Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lasku</p>
<p><i>"...hoidon jatkuvuutta pystytään paremmin kehittämään"</i></p> <p><i>"...potilastiedon välittäminen mahdollistuu"</i></p> <p><i>"ensihoidossa kirjatut asiat leviäisi laajemmallekin"</i></p> <p><i>"Potilaan tietojen eteenpäin vieminen ja sitä kautta potilasturvallisuus"</i></p>	<p>Hoidon jatkuvuus</p> <p>Tiedon kulku</p> <p>Potilasturvallisuus</p>	<p>Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden parantuminen</p>

5 TUTKIMUSTULOKSET

Ensimmäisen tutkimuskierroksen kyselyyn vastasi viisi ensihoidon asiantuntijaa kahdestatoista ja toisen kierroksen kyselyyn neljä asiantuntijaa viidestä. Asiantuntijapaneeliin saapuivat kaikki neljä kutsuttua ensihoidon asiantuntijaa.

5.1 Ensihoitopalvelu

Ensimmäisessä ensihoitopalvelua käsittelevässä skenaariossa esiteltiin yksikanavainen malli, jossa ensihoitopalvelun järjestämisestä vastaa valtio ilman väliportaita. Asiantuntijoiden näkemysten mukaan positiivista tässä skenaariossa on valtiolta tulevat ensihoitoa ja sen toimintaa koskevat yhdenmukaiset ohjeistukset. Tällaisen skenaarion toteutuessa ensihoitopalvelu olisi tasalaatuisia koko Suomessa. Asiantuntijoiden mukaan tällöin myös ensihoitoyksiköiden käyttö ristiin, eli eri alueiden ensihoitoyksiköiden käyttö toisilla alueilla, onnistuisi vaivattomasti.

...mutta se (laatu) ois samanlaista joka puolella...

yhtenäiset linjaukset ja ohjeistukset

selkeä kansalliseen kokonaisuuteen tähtäävä skenaario

Ensihoidon asiantuntijat eivät kuitenkaan pitäneet skenaarion toteutumista todennäköisenä, sillä se vaatisi isoja ja epätodennäköisiä poliittisia päätöksiä toteutuakseen. Lisäksi osa asiantuntijoista ennusti, että skenaario toteutuessaan tarkoittaisi yksityisten ensihoitoyritysten alasajoa, jota ei nähty suotavana.

Toisessa skenaariossa esiteltiin sulautettu malli, jossa ensihoitopalvelu oli sulautettu kokonaan osaksi terveydenhuoltoa. Skenaariossa pelastuslaitokset eivät enää osallistuneet ensihoitopalvelun järjestämiseen. Ensihoidon asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että ensihoidon tulisi olla tulevaisuudessa kiinteä osa terveydenhuollon ja päivystyspalveluiden ketjua. Heidän näkemyksensä mukaan ensihoitopalvelulla tulee olemaan tulevaisuudessa merkittävä rooli osana terveydenhuollon päivystyksen prosesseja. Toteutuessaan sulautettu malli laskisi vastaajien mielestä

myös terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, sillä aiempaa suurempi osa potilaista voitaisiin hoitaa kotona ilman kuljetusta päivystykseen. Vastaajat pitivät tämän skenaarion toteutumisen edellytyksenä etäyhteyksien, diagnostiikan sekä tiedonkulun kehittämistä myös ensihoitotyöhön. Tällainen toimiva teknologia parantaisi asiantuntijoiden mielestä ensihoidon potilasturvallisuutta ja potilaiden hoidon jatkuvuutta. Osa ensihoidon asiantuntijoista koki, että pelastuslaitosten kanssa tehtävä yhteistyö toisi merkittävän synergia edun ensihoidon kentälle ja ettei tätä etua olisi varaa hukata. Osan asiantuntijoista näkemysten mukaan riittäisi, että pelastuslaitos toimisi ainoastaan yhtenä viranomaisena muiden sidosryhmien viranomaisten kanssa tuottamatta enää ensihoitopalvelua sairaanhoitopiireille.

ensihoitopalvelu on päivystyspalveluiden yhteistyökumppani

ensihoidon ammattilaiset ovat olennainen linkki hoitoketjussa

...hoidon jatkuvuutta pystytään paremmin kehittämään

Kolmantena skenaariona asiantuntijoille esiteltiin nykytilanteenmalli, jossa ensihoitopalvelusta vastaavat sairaanhoitopiirit. Ensihoidon asiantuntijat eivät pitäneet nykyistä ensihoitopalveluiden järjestämisen mallia ihanteellisena. Nykymallissa ongelmallisena nähtiin ennen kaikkea se, että ensihoitopalvelu ei ole yhtenäinen koko Suomessa. Asiantuntijoiden mielestä nykytilanteenmallissa eri alueilla olisi edelleen erilaisia hoitolinjauksia ja yhteisiä pelisääntöjä olisi haastavaa sopia.

ei ainakaan se yhtenäisten hoitolinjauksien (malli)...

kuntalaiset on eriarvoisessa asemassa

Neljäntenä skenaariona esiteltiin malli, jossa ensihoitopalvelu oli sosiaali- ja terveysministeriön alla toimiva kansallinen peruspalvelu. Tässä peruspalvelumallissa ensihoito oli määritelty viranomaistoiminnaksi. Asiantuntijoiden mukaan viranomaistasituksen saaminen ensihoidolle olisi järkevää. Asiaa perusteltiin sillä, että silloin ensihoitajat toimisivat yhdenvertaisesti muiden viranomaisten kanssa. Viranomaisen vallankäytön mahdollistumisen katsottiin edistävän työturvallisuutta. Mallissa myös toiminnot olisivat yhdenmukaiset, kun työohjeistus olisi lakiperusteista.

Asiantuntijat olivat kuitenkin varsin yksimielisiä siitä, että tällaiseen skenaarioon päätyminen vaatisi isoja ja merkittäviä lakimuutoksia ja olisi siten epätodennäköinen skenaario.

toimitaan aktiivisesti samoilla "kentillä" kuin muutkin viranomaiset...

niin... aika paljon sais lakia muuttaa...

erittäin poikkeava ratkaisu kansainvälisestikin

Viimeisessä eli viidennessä skenaariossa esiteltiin malli, jossa ensihoitopalvelu olisi kokonaan kilpailutettua toimintaa. Suurin osa vastaajista näki kilpailutetun mallin enemmän uhkana kuin mahdollisuutena laadukkaan ensihoitopalvelun kehittymiselle. Kilpailutusprosessi nähtiin työläänä ja haasteellisena. Vastaajien näkemysten mukaan kilpailutetussa mallissa toiminnan vakiinnuttaminen olisi vaikeaa jatkuvien kilpailutusprosessien aikana. Skenaarion hyvinä puolina nähtiin kilpailutuksen mukanaan tuoma mahdollisuus vaikuttaa hintoihin ja sitä kautta ensihoidon kustannusten pienentyminen. Lisäksi osa vastaajista koki, että kilpailutus itsessään voisi kannustaa toimijoita kehittämään ensihoitopalvelua entistä laadukkaammaksi.

kilpailutusprosessit ovat työläitä

kansallinen kokonaisuus jää puuttumaan

kilpailutuksella voidaan painottaa tilaajalle tärkeitä kriteereitä ja tavoiteltavaa laatua

5.2 Ensihoitopalvelun rahoitusmalli

Ensimmäisessä ensihoitopalvelun rahoitusta käsittelevässä skenaariossa asiantuntijoille esiteltiin malli, jossa ensihoidon rahoitus oli yksikanavainen, valtion rahoittama ja rahoituksessa oli otettu huomioon alueelliset erityispiirteet. Asiantuntijoiden mielestä rahoitusmalli oli selkeä ja alueellisten erityispiirteiden huomioimista pidettiin tärkeänä. Vastaajien mukaan tällaisessa rahoitusmallissa kuljettaminen ei enää vaikuttaisi rahoituksen saamiseen. Tällöin ensihoitojärjestelmä voisi

keskittyä perustehtävänsä hoitamiseen sekä potilaiden ohjaamiseen oikeanlaisen avun piiriin. Yksikanavaisen rahoitusmallin heikkouksina pidettiin lähinnä alueellisten erityispiirteiden kriteereitä. Asiantuntijat näkivät, että kustannusten priorisointi ja kriteereistä päättäminen voisivat olla haasteellisia. Keskustelua herätti myös se, kuinka kallis systeemi lopulta tulisi olemaan, kun joka tapauksessa ensihoidon valmius tulisi turvata.

raha ei enää ohjaa palvelua vaan tarve, tehokkuus ja tuottavuus

tämmöinen malli selkeyttää rahaliikennettä

Toisen skenaarion rahoitusmalli perustui tehtäväperusteiseen rahoitukseen, jossa ensihoidon tehtävistä saatava korvaus tulisi kansaneläkelaitokselta. Lisäksi kotona hoidettavat tehtävät olisi määritelty osaksi kotisairaanhoidon kustannuksia. Kukaan ensihoidon asiantuntijoista ei nähnyt, että tällainen tehtäväperusteinen rahoitusmalli olisi yksistään toimiva. Tällaisessa mallissa ensihoidon valmius ja sen ylläpidosta saatava korvaus jäisivät jälleen taka-alalle. Asiantuntijat toivat myös esille, että ensihoidon tehtävien hinta vaihtelee kunnittain. Ensihoitoyksikön ylläpito maksaa kunnasta riippumatta saman verran, mutta vilkkaamassa kunnassa tehtävämäärät ja siten korvaukset voivat olla moninkertaiset hiljaisempaan kuntaan verrattuna.

Toiminnan perusrahoitus pitäisi taata... Mielestäni toimimaton malli

Tehtävämäärät ohjaavat liiaksi palvelua, valmius jää taka-alalle

Kolmannessa skenaariossa ensihoidon rahoitus määriteltiin yksikanavaiseksi, kuten ensimmäisessä skenaariossa, mutta tällä kertaa rahoituksesta vastaisivat Sote-alueet itse. Asiantuntijat pitivät sote-alueen rahoitusmallia kohtalaisen toimivana, joka onnistuessaan karsisi päällekkäiset järjestelmät rahoituksesta. Rahoitusmallin ongelmaksi vastaajat näkivät Sote-alueiden ja niiden ensihoitopalveluiden eriarvoistumisen, kun jokainen alue määritteli budjetissaan ensihoitopalvelulle eri hinnan.

Sote-alueen sisällä hyvä...

...piirtää rajoja sote-alueiden välille...

Viimeisessä skenaariossa ensihoitopalvelun rahoitus perustui toiminnan laatuun ja tasalaatuisen potilaiden palvelutarpeiden kysynnän vastaamiseen. Lähtökohtaisesti ensihoidon asiantuntijat näkivät rahoitusmallissa paljon hyviä puolia. Vastauksissa nousivat esille etenkin toiminnan kehittäminen sekä laadun paraneminen rahoitusmallin myötä.

Ensihoidon toimijat parantavat ja kehittävät toimintaansa

Paras malli.

Lähes kaikki asiantuntijat olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että tällaisessa mallissa toiminnan laadun ja niitä seuraavien mittareiden määrittäminen olisi haastavaa. Omat haasteensa toisi myös mittareiden laatiminen siten, että se palvelisi koko Suomea aina ruuhkaisesta Helsingistä pitkien välimatkojen pohjoiseen.

että miten se toiminnan laatu sitten määritellään...

Mittarit mietittävä ja sovittava tarkkaan

6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa ensihoidon asiantuntijoilla oli erilaisia näkemyksiä siitä, millainen ensihoidon järjestämisen ja rahoittamisen malli tulevaisuudessa olisi toimivin ja kustannustehokkain. Sen sijaan vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että tulevaisuuden ensihoitopalvelun tulisi toimia koko maassa samoilla peruseriaailla ja säädöksillä.

"tavoite on päästä siihen, että jokainen kansalainen sais samanlaista ensihoitoa"

6.1 Tulevaisuuden ensihoitopalvelu

Ensihoidon palveluiden saatavuus ei ole Suomessa yhdenmukainen ja sairaanhoitopiirien välillä on suuria eroja asetetuissa prosentuaalisissa tavoitteissa sekä niiden toteutumisissa. Sairaanhoitopiirit järjestävät kukin tahoillaan ensihoidon eritavoin ja yhtenäiset ohjeistukset puuttuvat. (Aluehallintavirasto 2015.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ensihoidon asiantuntijoiden mielestä toimivassa tulevaisuuden ensihoitopalvelussa ei olisi suuria alueellisia eroja, vaan laatu olisi sama ympäri Suomen. Asiantuntijoiden mukaan tulevaisuuden ihannetilanteessa ensihoitopalvelusta vastaisi valtio suoraan ilman väliportaita. Vahvan valtiollisen ohjauksen alla olevat ensihoitoalueet olisivat vähintään ERVA -alueiden kokoisia. Tällöin ensihoitopalvelun malli olisi hieman saman tyyppinen kuin Iso-Britanniassa, jossa ensihoitopalvelu on valtion ohjauksessa ja valtion antamat määräykset kattavat kaikki toimijat (European Hospital and Healthcare Federation 2015, 65).

Ensihoidontyön luonne on muuttunut vuosien saatossa ja kustannukset ovat lisääntyneet (Määttä 2015, 14). Sama trendi on ollut nähtävissä kansainvälisestikin. Ensihoitotehtävien määrä kasvaa vuosittain ja sosiaaliset hätätilanteet sekä yksinäisyys ovat nykyisin jo iso osa ensihoitajien päivittäistä työtä (European Hospital and Healthcare Federation 2015, 65–66). Tässä tutkimuksessa ensihoito nähtiin tulevaisuudessa yhtenä osana terveydenhuollon ja päivystyspalveluiden prosessia. Asiantuntijoiden mielestä tämä mahdollistaisi potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon ja katkea-

mattoman hoitoketjun. Tällöin ensihoitopalvelut myös vastaisivat omalta osaltaan laadukkaasta päivystyspotilaan hoidosta, vaikka varsinaiseen päivystyspisteeseen olisi pitkä kuljetusmatka. Toisaalta ensihoitajat yhteistyössä kotisairaanhoidon sekä sosiaalityön palveluiden kanssa kykenisivät hoitamaan potilaita myös pitkälle kotiin, mikä toisi merkittäviä säästöjä terveydenhuoltoon.

6.2 Tulevaisuuden ensihoitopalvelun rahoitusmalli

Ensihoitopalvelun rahoitusmalli on kolmikanavainen malli, jossa ensihoidon valmiudesta maksettavan korvauksen lisäksi palveluntuottaja saa kilometriperusteista kuljetuskorvausta sekä potilaiden maksaman omavastuuosuuden kuljetuksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 8-10). Ensihoidon asiantuntijoiden näkemysten mukaan tulevaisuuden ihannetilanteessa ensihoidon rahoitus olisi selkeä ja rahoitusmalli olisi yksikanavainen, jossa rahoitus tulisi esimerkiksi suoraan valtiolta. Tulevaisuudessa maksettaisiin ensihoidon valmiuden ylläpitämisestä ja rahoitusmalli ottaisi myös huomioon siinä määrin kuin mahdollista, erilaiset toimintaympäristöt ja maantieteelliset alueet Suomessa.

Tällä hetkellä ensihoidon rahoitusmalli ei kannusta tehostamaan ensihoitopalveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä ehdotti, että uusi ensihoidon rahoitusjärjestelmä motivoisi kehittämään laadukasta ensihoitopalvelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10, 15–16). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan myös asiantuntijat halusivat, että ensihoidon rahoitus kannustaisi kehittämään ensihoitopalveluiden laatua ja toimintaa. Tällöin rahoitus perustuisi osin laatuun, jossa laadun mittarit ja kriteerit olisi tarkkaan määritelty ja mietitty. Laatukriteereinä ja seurantana olisi hyödynnetty jo olemassa olevia terveydenhoidon laatumittareita.

6.3 Ensihoitopalvelu vuonna 2030

Eletään vuotta 2030. Viimeisen viidentoista vuoden aikana on kehitetty sekä ensihoitopalvelua että ensihoidon rahoitusmallia systemaattisesti. Nyt ensihoitopalvelu koetaan tehokkaaksi, laadukkaaksi ja tasapuoliseksi koko Suomessa. Tänä päivänä ensihoitopalvelun järjestämisestä, valvomisesta sekä ohjeistamisesta vastaa valtio. Valtion ohjauksen alla on viisi yliopistollista ensihoitokeskusta.

Uuden palvelumallin ansiosta ensihoitopalvelut koetaan tasapuolisiksi, eikä suuria alueellisia eroja laadussa, toimintatavoissa tai ohjeistuksissa ole. Yksiköiden käyttö ristiin on mahdollistunut, sillä enää ei ole tarkoin määriteltyjä aluerajoja. Myös työvoiman liikkuvuus on yhtenäisten ohjeistusten myötä helpottunut.

Suurin muutos on tapahtunut siinä, että tänä päivänä ensihoitopalvelut ovat kiinteä osa terveydenhuollon ja päivystyksen palveluita. Tämä on mahdollistanut potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon ja katkeamattoman hoitoketjun. Lisäksi yhä useampi potilas on voitu hoitaa kotiin ilman päivystyskäyntiä sairaalassa. Jo nyt on pystytty todistamaan, että tämä ensihoidon uudistus on tuonut merkittäviä säästöjä terveydenhuollolle. Uudistuksen yhteydessä ensihoidossa on otettu käyttöön vieridiagnostiikka. Laadukkaat etäyhteydet ja yhteiset terveydenhuollon kirjaamisjärjestelmät ovat parantaneet potilasturvallisuutta ja tiedon kulkua koko hoitoketjussa. Ensihoitopalvelun ansiosta kaikkialla Suomessa potilaat saavat hyvää, laadukasta hoitoa, vaikka varsinaiseen päivystyspisteeseen olisi matkaa.

Ensihoitopalvelun rahoitusmallin uudistuksen myötä ensihoidon rahoitus koetaan nyt, vuonna 2030, edulliseksi ja järkeväksi. Rahoitusmalli on yksikanavainen ja siksi rahaliikenne ensihoidossa koetaan selkeäksi. Kukin alue saa ensihoitopalvelun järjestämiseksi rahoituksen suoraan valtiolta. Rahoitus ottaa huomioon erilaiset toimintaympäristöt ja alueet Suomessa. Näin ensihoidon valmius on saatu turvattua myös pitkien kuljetusmatkojen alueilla.

Ensihoidon rahoitus ei perustu enää tehtävä- tai kuljetusmääriin, vaan laatuun, tuottavuuteen ja tehokkuuteen. Laadun mittareiden laadinnassa on hyödynnetty jo pitkään terveydenhuollon muilla

osa-alueilla käytössä olleita laadun mittareita. Nyt, vuonna 2030, koetaan että ensihoidon rahoitusmalli kannustaa ensihoidon toimijoita kehittämään toimintaansa.

7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaisena ensihoidon asiantuntijat näkevät tulevaisuuden ihannetilanteessa ensihoitopalvelun ja miten tuolloin ensihoidon kustannukset jaettaisiin. Tutkimuksen tuloksista nousi esille tulevaisuudenvisioita, jotka ovat käytössä jo jossain päin maailmaa sekä visioita, mitkä saattavat tulla toteen lähitulevaisuudessa sote-uudistuksen myötä.

Mielenkiintoa herätti se, että asiantuntijat eivät niinkään olleet halukkaita ottamaan kantaa siihen, minkä niminen taho tulevaisuudessa järjestää ensihoitopalvelut, vaan siihen millä tavoin ja millaista ensihoitopalvelua ylipäätään tulisi järjestää tulevaisuuden ihannetilanteessa. Asiantuntijat pitivät tärkeänä, että ensihoitopalvelu olisi yhdenmukaista valtakunnallisesti. Tähän he näkivät parhaimpana ratkaisuna sen, että ensihoitopalvelua tuottaisi yksi taho. Osa asiantuntijoista nimesi tahon valtioksi, osa taas ei nimennyt tahoja mitenkään.

Keskeisimpien tutkimustulosten mukaan asiantuntijat näkivät ensihoitopalvelun tärkeänä osana terveydenhuollon palveluita. Osa asiantuntijoista mukaan se turvaisi potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon. Osa taas perusteli asiaa sillä, että potilaita voisi hoitaa pitemmälle kotona, ilman päivystyskäyntiä. Tässä mallissa nousi myös vahvasti esille uudistuvan teknologian merkitys ja hyödyntäminen osana turvallista ja laadukasta terveydenhuoltoon kuuluvaa ensihoitopalvelua. Oli hienoa huomata, kuinka paljon samansuuntaisia ajatuksia kehittyvästä ensihoitopalvelusta tutkimukseen vastanneilla ensihoidon asiantuntijoilla oli kuin mitä maailmalla on kehitetty. Samanlaisen huomion pystyi tekemään myös tulevan sote-uudistuksen ja vastausten välillä. Esimerkiksi ensihoidon rahoitusmalli nähtiin tulevaisuudessa yksikanavaisena. Terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusmallin purkamista on suunniteltu sote-uudistuksen yhteydessä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017d, viitattu 15.5.2017).

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus koostuu reliabiliteetista sekä validiteetista. Reliabiliteetti tarkoittaa mitaustulosten toistettavuutta ja validiteetti tutkimuksen pätevyyttä. (Hirsjärvi 2013b, 231.) Reliabiliteetti ja validiteetti tarkoittavat laadullisessa tutkimuksessa ennen kaikkea tutkimuksen luotettavuutta, täsmällisyyttä sekä laatua (Golafshani 2003, 604). Tulevaisuutta tutkittaessa tutkimuksen luotettavuuden arviointi on haastavaa, sillä varsinaista luotettavuuden kriteeriä ei ole olemassa. Tulevaisuuden tutkimuksen arvo määräytyykin sen mukaan, miten kiinnostava ja vaikuttava tuotettu skenaario on, ei niinkään siitä onko se totta vai ei.

Delfoi-menetelmän on katsottu olevan hyvä asiantuntijamenetelmä tulevaisuuden tutkimiseen (Metsämuuronen 2000, 54). Etujensa lisäksi Delfoi-tekniikalla on kuitenkin todettu olevan puutteita. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija tiedostaa nämä puutteet. (Metsämuuronen 2015, 3.) Metsämuuronen on määritellyt Delfoi-tutkimukselle kriittisiä kohtia, joihin tutkijan tulisi kiinnittää huomiota. Yksi näistä kriittisistä kohdista on asiantuntijoiden valinta. Ei ole olemassa yksiselitteisiä vastauksia sille, kuka on riittävä asiantuntija Delfoi-tutkimukseen tai mikä ylipäätään on oikea määrä asiantuntijoita. (Metsämuuronen 2000, 55–56.) Asiantuntijajoukon valintaan kannattaakin käyttää aikaa. Jos asiantuntija paneeli on liian yksipuolinen tai asiantuntijoita on liian vähän, tulokset jäävät yksipuolisiksi. (Hsu & Sandford 2007, 3.) Tämän tutkimuksen asiantuntijapaneelin valinnassa oli otettu huomioon ensihoidon asiantuntijuuden lisäksi erilaiset ammatilliset sekä maantieteelliset lähtökohdat.

Toinen kriittinen kohta Delfoi-menetelmässä on tutkimuksen ensimmäinen kyselykierros. Ensimmäisen kyselykierroksen onnistuminen on tärkeää koko tutkimuksen onnistumisen kannalta. (Metsämuuronen 2015, 5.) Onnistumiseen vaikuttaa varsinkin kyselylomakkeen laatu (Gordon 2015, 12). Kyselylomakkeissa piilee aina se vaara, että kysymykset ovat vaikeaselkoisia ja moniselitteisiä. Tällöin tutkijan saamat tuloksetkin ovat epämääräisiä. (Kuusi 2013, 259.) Laadukkaan ja pätevän kyselylomakkeen suunnitteluun kuuluu lomakkeen esitestaaminen (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2013, viitattu 30.1.2017). Tässä tutkimuksessa molempien tutkimuskierrosten kyselylomakkeet esitestattiin ja muokattiin testauksen jälkeen ennen tutkimuksen suorittamista.

Kyselytutkimuksen onnistumiseen vaikuttaa myös vastaajien halu vastata kyselyyn. (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2013, viitattu 30.1.2017.) Ensimmäisen tutkimuskierroksen kyselyyn vastasi hieman alle puolet tutkimukseen kutsutuista asiantuntijoista. Syitä tähän on vaikea analysoida, mutta yksi mahdollisuus on, että vastaajat kokivat kyselyyn vastaamisen aikaa vievänä ja kyselyn turhan pitkänä. Ylipitkä kysely vähentää tutkimusten mukaan vastaamishalua (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2013, viitattu 30.1.2017). Huolimatta pienehköstä vastaajamäärästä, ensimmäisen tutkimuskierroksen aineisto oli laaja ja ensihoidon asiantuntijat löysivät useita erilaisia vaihtoehtoisia tulevaisuuden näkymiä niin ensihoitopalvelun mallin kuin ensihoidon rahoituksenkin suhteen. Tutkijan saamat tulokset ensimmäiseltä kierrokselta olivat monipuolisia.

Metsämuurosen mukaan kolmas kriittinen kohta Delfoi-menetelmässä on tutkimuksen toistettavuuden, eli reliabiliteetin, arvioiminen. Koska yhtenäistä metodologiaa ei ole, on teoriassa mahdollista, että eri tutkijat voivat saada samasta aineistosta erilaisia tutkimustuloksia. Myös eri asiantuntijaneelit voivat päästä eri lopputulokseen samassakin tutkimuksessa. Voikin sanoa, että Delfoi-tutkimuksen reliabiliteetin arviointi on haasteellista. (Metsämuuronen 2000, 56–69.) Tämän tutkimuksen kaikki työvaiheet on raportoitu ja raportissa on kuvattu myös kyselylomakkeet saatekirjeineen. On kuitenkin mahdollista, että tutkimus toistettaessa antaisi erilaisen tutkimustuloksen.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, kun se noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi 2013c, 23). Tutkimustyössä tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta, jotta tutkimus ja sen tulokset olisivat uskottavia ja luotettavia. Jokainen tutkija on ensisijaisesti itse vastuussa siitä, että hänen tutkimuksensa on hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti tehty. (Varantola 2012, 6.)

Eettisesti hyvässä tutkimuksessa lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisarvoa kunnioittavassa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvilla on selvitetty tutkimuksen kulku sekä se millaista tietoa tutkimuksella haetaan. Vastaajille on annettu mahdollisuus päättää itse osallistuuko tutkimukseen vai ei sekä annettu mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen missä vaiheessa tutkimusta tahansa. (Hirsjärvi 2013c, 23–25.) Tässä tutkimuksessa ensihoidon asiantuntijoihin otettiin yhteyttä sähköpostitse lähettävällä saatekirjeellä. Saatekirjeessä kerrottiin tut-

kimuksen taustasta, tarkoituksesta ja tutkimusmenetelmästä. Samalla asiantuntijoille kerrottiin myös tutkimuksen kulusta ja siitä, että tutkimus koostuu kahdesta erillisestä tutkimuskierroksesta. Saatekirjeessä painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä sitä, että tutkittavat saivat keskeyttää tutkimuksen kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Myös itse kyselylomake laadittiin siten, että tutkimuksen keskeyttäminen oli mahdollista.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tarvittavien tutkimuslupien haku (Varantola 2012, 6). Tutkijan on myös tarkistettava edellyttääkö tutkimusluvan saaminen eettisen toimikunnan lausuntoa. (Kuula 2011, 276). Tässä tutkimuksessa tutkimusluvut haettiin erikseen jokaiselta organisaatiolta, tutkimuslupahakemuksien liitteinä lähetettiin tutkimussuunnitelma. Osaan organisaatioista haettiin myös eettisen toimikunnan lausunto.

Eettisesti hyvässä tutkimuksessa tutkija kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien yksityisyyttä (Hirsjärvi 2013c, 23–25). Vastaajien yksityisyys ja nimettömyys vain korostuvat Delfoi-tutkimuksessa, jonka yksi erityispiirteistä on tutkittavien mahdollisuus kommentoida toistensa väittämiä pelkäämättä arvostiriitoja (Metsämuuronen 2000, 54). Tässä tutkimuksessa esille nousseita asioita ja ilmiöitä kuvattiin siten, ettei kuvatuista teemoista ja väittämistä ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia. Vastaajien henkilöllisyys ei käynyt ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Litteroidut ja analysoidut aineistot sekä muut tutkimukseen liittyvät aineistot, jossa vastaajat olisivat voineet olla tunnistettavissa, hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkija voi viedä tietäen tai tiedostamattaan tutkimustuloksia haluamaansa suuntaan. Tutkijan tuleekin olla huolellinen koko tutkimusprosessin ajan. Eettisesti pätevä tutkimus on puolueeton ja tarkastelee tuloksia neutraalisti. Tällaisessa tutkimuksessa tutkimustuloksia ei ole kaunisteltu tai yleistetty kriitikittömästi. Myös tutkimuksen raportointiin tulee kiinnittää huomiota. Raportoinnin on oltava perusteellista, eikä se saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. (Hirsjärvi 2013c, 23–25.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kulku, aineiston keruu sekä tutkimustulokset on raportoitu selvästi ja totuudenmukaisesti. Kyselylomakkeiden laadinnassa on pyritty puolueettomuuteen esitteittäjien avulla. Myös raportoinnissa ja tutkimustulosten tarkastelussa pyrittiin säilyttämään kriittinen ote.

7.3 Oman ammatillisuuden kehittyminen

Ammattikorkeakouluopetuksen lähtökohtana on ammatillisen asiantuntijuuden kehittäminen. Opinnäytetyöprosessin aikana on mahdollista syventää omia ammatillisia tietojaan. (Lumme ym. 2015.) Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä tutustuin laaja-alaisesti ensihoitopalvelun historiaan, sitä säätelevään lainsäädäntöön sekä ensihoitopalvelun kehittymisen takana olevaan poliittiseen päätöksentekoon niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Prosessin myötä ymmärrykseni ensihoitopalvelun taustalla vaikuttaviin asioihin ja yhteiskunnalliseen keskusteluun syveni. Opinnäytetyöni aihe oli erittäin mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Tutkimuksen edetessä kykyäni lukea ja ymmärtää terveydenhuollon ja ensihoidon päivittäisten uutisten takana vaikuttavia teemoja ja poliittisia päätöksiä kasvoi. Asiantuntijuus voidaankin määritellä yksilön kyvyksi havaita uutta, analysoida, tulkita ja yhdistää tietoa (Lumme ym. 2015).

Koin opinnäytetyöprosessin haastavana ja raskaana, mutta samalla myös mielenkiintoisena ja antoisana. Vuorotyö ja opiskelu yhdistettynä äitiyden haasteisiin on liene tuttua muillekin opiskelijoille. Aikaa opinnäytetyön tekemiseen ei vain tahtonut löytyä. Varsinkin loputtomalta tuntuvan tutkimuslupien hakuprosessin sekä laajan opinnäytetyön kirjoittamisen aikana opin ajanhallinnan, levon ja liikunnan merkityksen työn edistymiselle. Havaitsin myös kuinka tärkeää, on oman itsensä sekä vuorokausirytmensä tunteminen. Aamupäivällä ajatus luisti kirjoittamiseen paremmin, iltapäiväksi oli järkevämpi jättää mieluummin kotityöt.

Tämän tutkimuksen myötä olen oppinut hyödyntämään erilaisia tutkimusmenetelmiä tiedonkeruussa. Minulle kokonaan uusi tutkimusmetodi, Delfoi-menetelmä, toi lisää näkökulmaa ja haastetta tutkimuksen tekemiseen. Olen oppinut myös entisestään kriittistä asioiden tarkastelua sekä hyödyntämään erilaisia tiedonhakumenetelmiä. Olen opinnäytetyöprosessin aikana saanut paljon uutta tietoa sekä ihan konkreettistakin hyötyä päivittäiseen työhöni lähiesimiehenä. Opinnäytetyöprosessin aikana opin muun muassa pyytämään ja käyttämään hyväkseni muiden tarjoamaa apua. Nyt osaan arvostaa sekä työelämässä että opiskelujeni aikana luomiani ammatillisia verkostoja. Koen, että tämä on arvokas taito myös työelämässä. Lehtisen mukaan asiantuntijuus ei ole pysyvää ja paikalleen pysähtynyt osaaminen menettää nopeasti merkityksensä (Lehtinen 2013, 3). Seuraava haaste minulle oppijana onkin pohtia sitä, millaisissa töissä pääsen hyödyntämään kaikkea jo oppimaani ja millainen jatko-opiskelu syventäisi jo oppimaani tietoa.

7.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen myötä saatiin yhdenlainen ihannelannetta kuvaava skenaario ensihoitopalvelun tuottamisen sekä rahoituksen mallista. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että asiantuntijoille oli hyvin samankaltaisia näkemyksiä siitä, kuinka ensihoitopalvelut olisi tulevaisuudessa hyvä toteuttaa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sekä alueellisen ensihoitopalvelun että koko valtakunnallisen ensihoitopalvelun kehittämisessä.

Terveydenhuollossa tapahtuva suuri rakenteellinen muutos sekä paineet kustannustehokkuuden lisäämisestä tulevat väistämättä muokkaamaan voimakkaasti myös ensihoitopalvelua. Haasteita tulevaisuuteen tuovat myös kansainvälistyvä Suomi, väestön ikääntyminen sekä palvelujen verkottuminen. Päivystystoimintojen keskittäminen, terveydenhuollon lähipalveluiden huono saataavuus sekä pirstaleiset hoitosuhteet voivat lisätä entisestään ensihoidon kysyntää ja merkitystä.

Ensihoidon toiminnan vaikuttavuutta on tutkittu varsin puutteellisesti ja median luomat mielikuvat ensihoidosta ohjaavat helposti toimintaa ja päättäjiä. Tästä syystä ensihoitopalvelun kehittämistä varten tarvitaan tieteellisesti tutkittua tietoa. Ensihoitopalvelun kehitystyötä tulisi tehdä kansallisen tason lisäksi myös kansainvälisesti. Kautta lyhyen sairaankuljetuksen ja ensihoitopalvelun historian, valtiot ovat ottaneet oppia toisistaan. Tämän yhteistyön ja yhdessä oppimisen soisi jatkuvan tulevaisuudessakin.

LÄHTEET

Aluehallintovirasto. 2015. Aluehallintovirastot aloittavat ensihoidon valvonnan. Tiedotteet 2015. Viitattu 25.1.2017 <https://www.avi.fi/web/avi/-/aluehallintovirastot-aloittavat-ensihoidon-valvonnan#.WlhxLn0pp7d>

Anttila, Pirkko. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hallinta. Metodix. Viitattu 16.3.2017 <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>

Aronkylö, T. 2010. Terveysthuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa. Sitra. Viitattu 1.2.2017. <https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2016.pdf>

Asetus sairaankuljetuksesta 28.6.1994/565

Burwell, S., Frieden, T., Rothwell, C. 2016. Health, United States, 2015. U.S. Department of Health and Human Services. Library of Congress Catalog Number 76-641496. Washington, DC. Viitattu 2.2.2017 <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus15.pdf>

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino.

eDelphi. 2011. Delphi -metodi. Viitattu 20.2.2017 http://www.edelphi.fi/sv/content/info/functions/ed_3

Eksote. 2016. Yhden hengen liikkuva päivystyksikkö aloittaa Eksotessa. viitattu 18.5.2017 <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2016/Sivut/Yhden-hengen-liikkuva-p%C3%A4ivystyksikk%C3%B6-aloittaa-Eksotessa.aspx>

Elo, J., Sankari, M-L., Rainiala, M. 2013. Ensihoitopalvelun korvausasiat. Teoksessa T. Silfvast, M. Castrén, J. Kurola, V. Lund & M. Martikainen. Ensihoito opas. Saarijärven offset Oy, 375–380.

Erikoissairaanhoidolaki. 2010. Viitattu 26.1.2017
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Euroopan komissio. 2012. Sosiaaliturvaoikeudet Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Euroopan unioni. Viitattu 1.2.2017
http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_fi.pdf

European Hospital and Healthcare Federation. 2015. Emergency care. A HOPE survey. Viitattu 15.5.2017
http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/101_2015_HOPE-REPORT_Emergency-care.pdf

Finlex. 2016. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.viitattu 14.5.2017 <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2016/20160224#idp431658768>

Finlex. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 39 § Ensihoitopalvelun järjestäminen. Viitattu 23.1.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P39>

First watch. 2017.What is FirstPass?. Viitattu 22.5.2017 <http://www.firstwatch.net/what-we-do/enhancement-modules/firstpass/>

Golafshani, N. 2003.Understanding reliability and validity in Qualitative research.The Qualitative report. Volume 8, number 4 (597-604)

Gordon, T. 2015. The Delphi method. The Millennium Project. Futures Researsch Methodology – V3.0. Viitattu 18.5.2017

Health and Social Care Information Centre. 2013. Ambulance Services, England 2012-13.Viitattu 2.2.2017 <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB11062/ambu-serv-eng-2012-2013-rep.pdf>

Hirsjärvi, S. 2013a. Aineiston hankinnan suunnittelu. Teoksessa S. Hirsjärvi, P. Remes & P. Sajavaara. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.177-190.

Hirsjärvi, S. 2013b. Tutkimuksen reliabelius ja validius. Teoksessa S. Hirsjärvi, P. Remes & P. Sajavaara. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.231-233.

Hirsjärvi, S. 2013c. Tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset. Teoksessa S. Hirsjärvi, P. Remes& P. Sajavaara. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.18-27.

Hsieh, H-F & Shannon, S. 2005. Three approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research, Vol. 15 No. 9, 1277-1288

Hsu, C-C.& Sandford, B.2007. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. Practical Assesment, Research & Evaluation. Volume 12, number 10.

Institute of medicine. 2004. Insuring Americas health: Principles and recommendations. Viitattu 2.2.2017 <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2004/Insuring-Americas-Health-Principles-and-Recommendations/Uninsured6EnglishFINAL.pdf>

Kokkonen, T (toim.) 2012. Suomen laki. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2012. Helsinki: Talentum Media Oy.

Kröger, T. 2016. Sosiaalityön kotikenttä ja vieraskentät. Tampereen yliopiston arkisto. Viitattu 2.12.2016 <http://www.uta.fi/yky/arkisto/stperkurs/sisallys.htm>

Kuntaliitto. 2017. Sairaanhoitopiirit. Viitattu 25.1.2017. http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Documents/Ervat_Sairaanhoitopiirit_2017.pdf

Kuopio. 2017. Kotipalveluiden ja ensihoitopalveluiden yhteinen sosiaali- ja terveystalouden tilannekeskus. Sosiaali- ja terveystaloudet -uutiset. Viitattu 18.5.2017. <https://www.kuopio.fi/-/kotihoitoyhteinen-ensihoitopalveluiden-yhteinen-sosiaali-ja-terveystalouden-tilannekeskus>

Kurola, J., Ilkka, L., Ekstrand, A., Laukkanen-Nevala, P., Olkinuora, A., Pappinen, J., Riihimäki J., Silfvast, T. & Virkkunen, I. 2016. Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:67. Helsinki 2016. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79069/Rap_2016_67.pdf?sequence=1

Kurola, J. 2006. Ensihoito osana operatiivisten tukipalvelujen ja tehohoidon tulosityksikköä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. *Finnanest* 2/2006.Vol 39.

Kurola, J. 2001. Ensihoitojärjestelmä - mikä se on? *Finnanest* 4/2001. Vol.34.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. *Vastapaino*. Tampere.

Kuusi, O. 2013. Delfoi-menetelmä. Teoksessa O. Kuusi, T. Bergman & H. Salminen (toim.) *Miten tutkimme tulevaisuuksia?* Sastamala: Vammalan kirjapaino, 248-266.

Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. 2013. Viitattu 30.1.2017
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Lehtinen, E. 2013. Esipuhe. A., Ruohelo, H., Trapp (toim.) *Tulevaisuuden asiantuntijuutta rakentamassa*. Viitattu 25.3.2015
http://www.futurex.utu.fi/julkaisut_Tulevaisuuden%20asiantuntijuutta%20rakentamassa.pdf

Linturi, H. 2007. Delfoin metamorfooseja. Viitattu 20.8.2014
http://www.edelphi.fi/sv/content/info/method/02_delfoi

Linturi, H. 2003. Delfoi -oraakkelin matkassa. Viitattu 20.8.2014
http://www.futunet.org/en/materiaalit/metodit/2_metodit/1_delfix?C:D=347687&selres=347687

Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M., Sundqvist, L (toim.) 2015. *Asiantuntijuuden kehittyminen*. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.3.2015
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1113561758365/1154602211756/1154602921246.html>

Metsämuuronen, J. 2015. Tulevaisuuteen kohdistuvan Delfi-tutkimuksen reliabiliteetti. Viitattu 12.3.2015
<http://www.methelp.com/pdf/reliabiliteetti1.pdf>

Metsämuuronen, J. 2002. *Tulevaisuustutkimuksen perusteet*. Metodologia -sarja: 8.

Metsämuuronen, J. 2001. *Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä*. Viro.

Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu -miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki: Oy Edita Ab.

Määttä, T. 2015. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.)Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 14-29.

National Health System. 2017. Urgent and emergency care services in England. Viitattu 2.2.2017 <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSServices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Ambulanceservices.aspx>

Page, C., Sbat, M., Vazquez, K. & Yalcin, Z. 2013. Analysis of Emergency Medical Systems Across the World. Viitattu 2.11.2016 <https://web.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-042413-092332/unrestricted/MQFIQP2809.pdf>

Rubin, A. 2015. Skenaariotyöskentely Tulevaisuuskentutkimuksessa. Metodix. Viitattu 16.6.2016 <https://metodix.fi/2015/01/31/skenaariotyoskentely-tulevaisuuskentutkimuksessa/#Skenaarion%20kaksi%20merkityst%C3%A4>

Rubin, A. 2012. Futurex. Future experts –projektin Delfoi-tutkimus. Turun yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Brahean julkaisuja B:9. Viitattu 20.8.2014 http://futurex.utu.fi/julkaisut-Delfoi_tutkimus_Rubin.pdf

Ryynänen, O-P., Irola, T., Reitala, J., Pälvä, H & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 32/2008. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. Viitattu 30.1.2017 http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Scottish ambulance service. 2015. Annual report 2014/2015.

Seppälä, J. 2013. Ensihoitopalvelujen järjestäminen. Teoksessa T. Silfvast, M. Castrén, J. Kurola, V. Lund & M. Martikainen (toim.) Ensihoito-opas. Saarijärvi: Saarijärvi Offset Oy, 328-331.

Seppälä, T. 2014. Raha-automaattiyhdistyksen rooli sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa. Teoksessa T., Seppälä & M., Pekurinen (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportti 22/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: JuvenesPrint - Suomen Yliopistopaino Oy.

Sisäasiainministeriö. 2011. Operatiivisen yhteistyön kehittäminen harvaan asutuilla alueilla. Raportti. Viitattu 23.1.2017
http://www.intermin.fi/download/31873_harva_loppuraportti_final.pdf?435e6b7609d0d388

Sitra. 2015. Uusi sosiaali- ja terveystalouden rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Viitattu 26.4.2015.
<http://www.sitra.fi/yhteiskunta/sote-palveluiden-rahoitus>

Skulmoski, G. Hartman, F. & Krahn, J. 2007. The Delphi Method for Graduate Research. Journal of Information Technology Education. Volume 6.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten perusteiden työryhmä. Helsinki 2017. Viitattu 13.5.2017
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79310/Hoidon%20saatavuus%20alaty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20muistio.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Viitattu 29.1.2017 <http://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017c. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastuualueet. Viitattu 27.1.2017
<http://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastuualueet>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017d. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistus. Viitattu 17.5.2017 <http://stm.fi/monikanavarahoitus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017e. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta.

luonnos. Viitattu 17.5.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19. Viitattu 26.4.2015
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=12777119&name=DLFE-34026.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Ensihoito. Viitattu 20.1.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:13. Viitattu 21.2.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20202.pdf

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Muistio. Viitattu 23.1.2017 <http://stm.fi/documents/1271139/1365282/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6n+asetus+ensihoitopalvelusta.pdf/7d49ed26-881d-46b0-80f1-b0be83b18703>

Socialist Health Association. 2015. Royal Commission on the NHS Chapter 15. Viitattu 2.2.2017
<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/royal-commission-on-the-national-health-service-contents/royal-commission-on-the-nhs-chapter-15/>

Sote- ja maakuntauudistus. 2017. Viitattu 29.1.2017 <http://alueuudistus.fi/etusivu>

Sote- ja maakuntauudistus. 2016. Alustavat ehdotukset sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädännöksi. Tiivistelmät lakiluonnoksen keskeisistä asioista. Viitattu 14.5.2017
<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969580/Tiivistelm%C3%A4+hallituksen+lakiluonnosten+keskeisist%C3%A4+asioista+29.6.2016+sote-+ja+maakuntauudistus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Hyvinvointivaltio. Viitattu 22.11.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/hyvinvointipolitiikka/hyvinvointivaltio>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014. Tilastoraportti. Viitattu 22.11.2016
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130783/00_Tr13_16.pdf?sequence=1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Palvelujen järjestäminen ja vastuut. Viitattu 27.1.2017
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano/palvelujen-jarjestaminen-ja-vastuut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4:2011. Helsinki: Unigrafia Oy.

Tietoarkisto. 2016. Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. Aineistonhallinnan käsikirja. Viitattu 16.3.2017 <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-kasittely.html>

Touré, N. 2010. Iso-Britannia. Iso-Britannian maaraportti. Finpro. Viitattu 1.2.2017
<http://www.finpro.fi/documents/10304/16101/IsoBritanniamaaraportti15122011.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

U.S. Department of Health & Human Services. 2016. Health Insurance Coverage. Viitattu 2.2.2017 <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-insurance.htm>

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. & Jäppinen, S (toim.). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Saatavilla sähköisesti
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Valtioneuvosto. 2017. Ensihoitoa uudistetaan.. Laki- ja asetusmuutokset lausunnolle. Viitattu 14.5.2017 http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/ensihoitoa-uudistetaan-laki-ja-asetusmuutokset-lausunnolle

Valtioneuvosto. 2011. Harvaan asuttujen alueiden viranomaisyhteistoimintaan esitetään valtakunnallisia toimintamalleja. Artikkel. Viitattu 23.1.2017 http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/harvaan-asuttujen-alueiden-viranomaisyhteistoimintaan-esitetaan-valtakunnallisia-toimintamalleja

Valtiovarainministeriö. 2016. Talousarvioesityksen sisältö. Viitattu 12.11.2016 <http://budjetti.vm.fi/>

Valtiovarainministeriö. 2015. Sote- budjettikehys sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan keinona. Valtiovarainministeriön julkaisuja 6/2015. Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset. Viitattu 2.12.2016

<http://vm.fi/documents/10623/456829/Sote-budjettikehys+sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+kustannusten+hallinnan+keinona/cd6dd198-25d3-4758-9dd1-ba950d4e060d>

Valvira. 2014. Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Selvityksiä 2:2014. Viitattu 2.12.2016 https://www.valvira.fi/documents/14444/42787/Valtakunnallinen_selvitys_ensihoidosta.pdf

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuksen ensimmäisen kierroksen saatekirje
- Liite 2. Tutkimuksen ensimmäisen kierroksen kyselylomake
- Liite 3. Tutkimuksen toisen kierroksen saatekirje
- Liite 4. Tutkimuksen toisen kierroksen kyselylomake

Arvoisa ensihoidon asiantuntija,

Opiskelen Oulun ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Olen tekemässä tutkintooni liittyvää opinnäytetyötä aiheesta: ”Ensihoito vuonna 2030. Ensihoidon asiantuntijoiden näkemys ensihoidon järjestämisestä, valvomisesta ja rahoituksesta tulevaisuuden ihannetilanteessa”. Tutkimuksen tavoitteena on luoda tulevaisuuden ihannetilannetta kuvaava malli toimivasta, tasapuolisesta ja kustannustehokkaasta tavasta järjestää ensihoitopalvelut.

Tämän tutkimuksen asiantuntijapaneeliin on kutsuttu ensihoidon asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Tutkimuksen aineistonkeruu tullaan toteuttamaan kahdella erillisellä tutkimuskierroksella. Molemmilla kierroksilla tutkimukseen osallistuvat ensihoidon asiantuntijat saavat sähköpostitse sekä saatekirjeen että linkin kyselylomakkeeseen. Ensimmäisen kierroksen kyselylomakkeessa on avoimia kysymyksiä, toisen kierroksen kyselylomake sisältää ensimmäisen kierroksen pohjalta analysoituja väittämiä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Asiantuntijoiden henkilöllisyys ei käy ilmi missään vaiheessa tutkimusta ja kaikkia tutkimuksessa esille nousseita asioita ja ilmiöitä tullaan kuvaamaan siten, ettei kuvatuista teemoista ja väittämistä ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia.

Tutkimuksen ensimmäiseen kierrokseen vastaaminen tapahtuu alla olevan linkin kautta sähköisesti. Toivon, että vastaatkyselyyn _____mennessä.

Kiittäen yhteistyöstänne,

Riikka Pyhäluoto

vastaan mielelläni lisäkysymyksiin tutkimusta koskien,

Ensihoitopalvelu vuonna 2030.

Tämä kyselylomake on kolmisivuinen. Lomakkeen toisella sivulla on avoimia kysymyksiä koskien ensihoitopalvelun järjestämistä vuonna 2030 ja kolmannella sivulla avoimia kysymyksiä koskien ensihoitopalvelun rahoittamista vuonna 2030.

Voit keskeyttää kyselyn missä vaiheessa tahansa sivujen alalaidassa löytyvällä "keskeytä" -painikkeella. Saat tällöin uuden linkin kyselylomakkeeseen, johon on tallentunut jo vastaamasi tiedot.

Kiitos yhteistyöstäsi!

Ensihoitopalvelu

Vuonna 2030 ensihoitopalvelu on muuttunut vuoden 2015 aikaisesta mallista, sillä ensihoitopalvelun kehittämiseksi on tehty viimeisen 15 vuoden aikana paljon työtä.

Nyt, vuonna 2030, ensihoitopalvelun on todettu olevan toimiva, tasapuolinen ja kustannustehokas.

1. Kuka vastaa ensihoitopalvelun järjestämisestä vuonna 2030?

2. Kuka vastaa ensihoitopalvelun tuottamisesta vuonna 2030?

3. Kuka vastaa ensihoitopalvelun valvomisesta ja ohjeistamisesta vuonna 2030?

4. Mitkä ovat vuoden 2030 ensihoitopalvelumallin parhaat puolet?

5. Mitä ongelmia vuoden 2030 ensihoitopalvelumalliin liittyy?

6. Miksi vuoden 2030 ensihoitopalvelumalli on kustannustehokas?

7. Vapaa sana ensihoitopalvelusta.

Ensihoidon rahoitus

Vuonna 2030 ensihoidon rahoitus on muuttunut vuoden 2015 aikaisesta rahoitusmallista, sillä sen kehittämiseksi on tehty viimeisen 15 vuoden aikana paljon työtä.

Nyt, vuonna 2030, ensihoitopalvelun rahoituksen on todettu olevan toimiva ja kustannustehokas.

8. Millaiseen malliin ensihoidon rahoitus perustuu vuonna 2030?

9. Onko ensihoidon kustannuksia vuonna 2030 jaettu? Jos on, miten?

10. Mitkä ovat vuoden 2030 ensihoitopalvelun rahoitusmallin parhaat puolet?

11. Mitä ongelmia vuoden 2030 ensihoitopalvelun rahoitusmalliin liittyy?

12. Mikä tekee vuoden 2030 ensihoitopalvelun rahoitusmallista kustannustehokkaan?

13. Vapaa sana ensihoidon rahoitusmallista.

14. Palaute tutkijalle.

Arvoisa ensihoidon asiantuntija,

Opiskelen Oulun ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyöni aiheesta: ”Ensihoito vuonna 2030”. Tutkimuksen tavoitteena on luoda tulevaisuuden ihannelilannetta kuvaava malli toimivasta, tasapuolisesta ja kustannustehokkaasta tavasta järjestää ensihoitopalvelut. Kyseessä on ensihoidon asiantuntijoille suunnattu kaksivaiheinen Delfoi- tutkimus.

Osallistuitte syksyllä 2015 Delfoi - tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen. Ensimmäisen kierroksen kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä koskien sekä ensihoitopalvelua että ensihoidon rahoitusmallia tulevaisuudessa. Tutkimuksen asiantuntijapaneeliin oli kutsuttu ensihoidon asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Ensimmäisen kierroksen vastauksien analysoinnin pohjalta olen luonut tutkimuksen toiseen vaiheeseen tulevaisuuden ensihoitopalveluita kuvaavia skenaarioita ensihoidon asiantuntijoiden arvioitaviksi.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Asiantuntijoiden henkilöllisyys ei käy ilmi missään vaiheessa tutkimusta ja kaikkia tutkimuksessa esille nousseita asioita ja ilmiöitä tullaan kuvaamaan siten, ettei kuvatuista teemoista ja väittämistä ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia.

Tutkimuksen toiseen kierrokseen vastaaminen tapahtuu alla olevan linkin kautta sähköisesti. Tutkimukseen vastaaminen vie noin viisitoista minuuttia. Toivoisin, että vastaisitte kyselyyn _____ mennessä

Kiittäen yhteistyöstänne,

Riikka Pyhälä

Ensihoidon tulevaisuuden rahoitusmalli

1. Eletään vuotta 2030. Ensihoitopalvelua on kehitetty systemaattisesti viimeisen viidentoistavuoden aikana. Näin on saatu aikaan valtakunnallisesti samoilla peruseriaatteilla toimiva ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelun järjestämisestä vastaa valtio ilman väliportaita.

***Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun kannalta?
Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?***

2. Eletään vuotta 2030 ja ensihoitopalvelu on sulautettu kokonaan osaksi terveydenhuoltoa. Pelastustoimi ei osallistu enää ensihoitopalvelun järjestämiseen.

***Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun kannalta?
Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?***

3. Eletään vuotta 2030. Viimeisen viidentoista vuoden aikana on kehitelty ja testattu useita erilaisia ensihoitopalvelun malleja. Nyt on päätetty pitäytyä samassa palvelumallissa kuin sote-uudistuksen aikoihin. Ensihoitopalvelun järjestää sote-alue itse, yhteistyössä pelastustoimen kanssa tai ostamalla palvelu muulta palveluntuottajalta.

***Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun kannalta?
Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?***

4. Eletään vuotta 2030 ja ensihoitopalvelu on sosiaali- ja terveysministeriön alla toimivakansallinen peruspalvelu. Uudistuksen yhteydessä ensihoitopalvelu määriteltiin myösviranomaistoiminnaksi, kuten poliisi ja puolustusvoimat.

***Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun kannalta?
Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?***

5. Eletään vuotta 2030 ja ensihoitopalvelu on kokonaan kilpailutettua toimintaa.

***Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun kannalta?
Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?***

6. Eletään vuotta 2030. Ensihoitopalvelun kehittämisen yhteydessä on kehitetty myös ensihoidon rahoittamisen mallia. Ensihoitopalvelun rahoitusmalli on nykyään yksikanavainen ja rahoittamisesta vastaa valtio. Rahoituksen määrässä on otettu huomioon alueelliserityspiirteet, kuten välimatkat, riskiruudut sekä asukasmäärä ja ikäjakauma.

Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun rahoituksen kannalta? Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?

7. Eletään vuotta 2030 ja ensihoitopalvelu on kokonaan kilpailutettua toimintaa.

Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun rahoituksen kannalta? Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?

8. Eletään vuotta 2030. Viimeisen viidentoista vuoden aikana on kehitelty ja testattu useita erilaisia ensihoitopalvelun rahoitusmalleja. Lopulta on päätetty pitäytyä samassa kolmikantaisessa rahoitusmallissa kuin sote-uudistuksen aikana.

Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun rahoituksen kannalta? Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?

9. Eletään vuotta 2030 ja ensihoitopalvelun rahoitusmalli perustuu vahvasti toiminnan laatuun ja tasalaatuisen potilaiden palvelutarpeiden kysynnän vastaamiseen. Myös ensihoidontuloksellisuuden benchmarkkaamisella on oma merkityksensä rahoituksen saamisessa.

Kerro mitä skenaario merkitsee ensihoitopalvelun rahoituksen kannalta? Millaisia päätöksiä tulisi tehdä, että tällaiseen tulevaisuuden näkymään päädyttäisiin?

10. Vapaa sana ja palaute tutkijalle