

PIRKANMAALAISTEN ASiantuntijoiden Näkemyksiä ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta ja sen toimeenpanosta

Minna Peltomaa

Pro gradu -tutkielma

Terveystieteiden
terveyshallintotiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveystieteiden
terveysjohtamisen laitos

Marraskuu 2014

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveyshallintotiede

PELTOMAA, MINNA: Pirkanmaalaisten asiantuntijoiden näkemyksiä ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta ja sen toimeenpanosta

Pro gradu -tutkielma, 75 sivua, 3 liitettä (5 sivua)

Tutkielman ohjaajat: Professori, YTT, HTL Vuokko Niiranen
 Professori ma, FT Johanna Lammintakanen

Marraskuu 2014

Avainsanat: toimeenpano, valtionohjaus, lainsäädäntö, palvelujärjestelmä, ensihoito

Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistus alkoi Suomessa vuonna 2010, kun terveydenhuoltolaissa säädettiin ensihoitopalvelujen järjestämisvastuun siirrosta peruskunnilta sairaanhoitopiireille. Tutkimuksessa selvitettiin tapaustutkimuksen avulla asiantuntijoiden näkemyksiä ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta ja sen toimeenpanosta peilaten asetettuihin tavoitteisiin. Tutkimuksessa kerättiin Pirkanmaalla toimivien ensihoitajien, heidän lähijohtajiensa sekä kuntatoimijoiden näkemyksiä uudistuksesta. Lisäksi selvitettiin ensihoitopalvelujen kehittämistarpeita ja odotuksia järjestelmän tulevaisuudesta. Tutkimuksen viitekehystenä toimi implementaatioteoria ja ohjausmalli-ajattelu.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Haastateltavat valittiin kahdesta pirkanmaalaisesta kunnasta käyttäen apuna lumipallo – menetelmää (snowball) ja tutkijan harkintaa. Tutkimusaineiston muodostivat kymmenen (10) yksilöhaastattelua. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysi -menetelmällä, jota ohjasi ensihoitopalvelua ohjauksessa lainsäädännössä asetut tavoitteet.

Tutkimuksen tulosten perusteella ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksessa korostui kaksi asiaa: uusien toimintojen vaikutukset toimintaan ja toiminnan kustannukset. Nämä asiat ovat tiiviisti kytköksissä toisiinsa, sillä uudet lainsäädännön mukanaan tuomat toiminnot nähdään myös osasyynä ensihoitopalvelun kasvaneisiin kustannuksiin Pirkanmaalla. Toisaalta uudet toiminnot ovat nostaneet ensihoitopalvelun laatua, sillä ensihoitopalveluissa on nyt käytössä ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys, yhdenmukaistuneet henkilöstön pätevyysvaatimukset ja yksiköiden välitön, ympärivuorokautinen lähtövalmius. Yleisesti ensihoitopalvelujärjestelmän uudistus näyttää parantaneen palvelun saatavuutta ja tasavertaisuutta, vaikka ensihoitopalvelujärjestelmää ei vielä nähdä maakunnallisena kokonaisuutena. Ensihoitopalvelujärjestelmän kehittämiseen ja tulevaisuuden odotuksiin nähdään vaikuttavan muun muassa päivystysasetuksen tuleminen, seuraavan palvelutasopäätöksen sisältö ja kuntien ensihoitopalvelulle asetamat säästöpainet.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies, Department of Health and Social Management, Health Management Sciences

PELTOMAA, MINNA: The views of the specialist of Pirkanmaa on the reform of the emergency medical service system and its implementation

Master's thesis, 75 pages, 3 appendices (5 pages)

Advisors: Professor Vuokko Niiranen
 Professor Johanna Lammintakanen

November 2014

Keywords: implementation, government steering, legislation, service system, emergency medical services

In Finland, the reform began in 2010 when it was passed in the Health Care Act that emergency medical services are to be provided by hospital districts instead of municipalities. This study explains through case study the specialist views of reform of the emergency medical service system and its implementation through set objectives. The study gathers the views of paramedics, their superiors as well as municipal representatives working in Pirkanmaa concerning the reform. Additionally, the need to develop emergency medical services further and the expectations on the future of the system were studied. Implementation theory and the governance model serve as a framework for the study.

The study was conducted by using a qualitative case study. The interviewees were selected from two municipalities of Pirkanmaa with the help of snowball sampling and the researcher's own deliberation. The study material consists of ten individual interviews. The interviews were analysed by using a content analysis method that was guided by the goals set in legislation concerning emergency medical services.

Based on the results of the study, two factors were highlighted in the reform: how new functions effect emergency medical service and the costs of the services. These two factors are tightly linked together because new functions introduced by legislation are seen as a partial reason for the increased in costs of emergency medical services in Pirkanmaa. At the same time, new functions have increased the quality of emergency medical services. Nowadays, there are round-the-clock on-call emergency medical doctors available, standard qualification requirements for paramedic and immediate, round-the-clock dispatch of emergency units. In general, the reform of the emergency medical service system seems to have improved the availability and equality of service, even if the system is not yet considered as a regional structure. The decree regulating on-call services, the content of the next standard of service decision and the pressure from municipalities to reduce the costs of emergency care services are seen to have an effect to the development and future expectations of the emergency care service system.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
1.1	Tutkimuksen tausta	3
1.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	6
2	TOIMEENPANO JA ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN	
	UUDISTUS	8
2.1	Toimeenpano- eli implementaatioteoria	8
2.2	Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen implementaatio	
	Pirkanmaalla	10
3	ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN OHJAUS	13
3.1	Ohjausmalliajattelu	13
3.1.1	Valtionohjaus.....	15
3.1.2	Lainsäädännön muodostuminen.....	16
3.1.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen erityispiirteet	17
3.1.4	Ohjaustapahtuma ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksessa	20
3.2	Ensihoitopalvelujärjestelmä ja sitä ohjaava lainsäädäntö Suomessa ...	22
4	YHTEENVETO: TOIMEENPANO JA OHJAUSMENETELMÄT	
	ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTUKSESSA	26
5	TUTKIMUKSEN AINEISTONKERUU JA ANALYYSIMENETELMÄT .	27
5.1	Tutkimusmenetelmän valinta	27
5.2	Case Pirkanmaa	28
5.3	Tutkimusaineisto ja aineiston keruu.....	29
5.4	Tutkimusaineiston analyysi	31
6	TUTKIMUSTULOKSET: ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN	
	UUDISTUKSEN VAIKUTUKSET	36
6.1	Uudet toiminnot ja niiden toimeenpano	36
6.2	Toiminnan kustannukset	42
6.3	Vaikutukset ensihoitopalvelun asiakkaille ja henkilöstölle	46
6.4	Ensihoitopalvelun laatu, kehittäminen ja odotukset tulevaisuudesta...	51
7	POHDINTA	59
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	59
7.2	Tutkimustulosten tarkastelua.....	61
7.3	Päätelmät	65

LÄHTEET	69
----------------------	-----------

KUVIOT

KUVIO 1 Hallinnon ohjausmuodot (Lundquist 1972).....	13
KUVIO 2 Ohjauksen lähtökohdattelijät	14
KUVIO 3 Ohjaustapahtuma ensihoitopalvelujärjestelmässä	21
KUVIO 4 Yhteenvedo: Implementaatio ja ohjausmenetelmät ensihoitopalvelujärjestelmässä	26

KUVAT

KUVA 1 Pirkanmaa Suomen kartalla	28
--	----

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Ensihoitopalveluita ohjaava lainsäädäntö	22
TAULUKKO 2 Esimerkki I analyysirungon muodostumisesta.....	33
TAULUKKO 3 Esimerkki II aineiston analyysistä.....	34

LIITTEET

LIITE 1 Tiedote tutkimukseen osallistuvalla sekä suostumuslomake	
LIITE 2 Haastattelujen kysymystenrunko	
LIITE 3 Analyysirungon yläluokkien muodostuminen	

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Vuonna 2010 voimaan astunut terveydenhuoltolaki (L1326/2010) siirsi ensihoitopalvelujen järjestämisvastuun peruskunnilta sairaanhoitopiireille. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) antama asetus ensihoitopalvelusta (A340/2011) määrittelee tarkemmin sairaanhoitopiirin tehtävät ensihoitopalveluissa ja erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen toiminnassa. Sairaanhoitopiirit ovat neuvotelleet kuntien kanssa ensihoidon palvelutasopäätös – sopimuksen, jossa sovitaan sairaanhoitopiirin alueella ensihoidosta, sairaankuljetuksesta ja ensihoitokeskuksen toiminnasta.

Kuntalaissa määritellään, että kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueellaan. Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetty tehtävät. Laissa säädetty tehtävät voi hoitaa itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia muilta palvelujen tuottajilta. (L365/1999, 1§ 3 mom, 2§ 2-3 mom). Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee palvelujen järjestämisvastuun oikeudelliseksi vastuuksi huolehtia siitä, että palvelut, jotka on lailla säädetty, hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palvelun voi tuottaa kunta itse, yhteistoiminta-alueen tai yksityisen palvelutuotannon kautta. Palvelujen järjestäjä määrittelee palveluiden tarpeen ja vastaa niiden yhdenvertaisesta saatavuudesta, laadusta ja saavutettavuudesta. Järjestämisvastuussa oleva päättää palvelujen tuotantotavasta sekä seuraa palvelujen tuottamista, laatua ja vaikuttavuutta. Palvelut rahoitetaan pääasiassa verovarjoilla, mutta sen lisäksi palvelujärjestelmän rahoitus muodostuu asiakasmaksuista, Kelan maksuosuuksista, yksityisten vakuutusmaksuista ja työnantajien maksamista maksuista. (L 733/1992; L1326/2010; Rissanen & Lammintakanen 2012, 22; STM 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käynnissä osana kunta- ja palvelurakennemuutostusta muutos- ja uudistamisprosessi, jonka tavoitteena on turvata tulevaisuuden kasvavat palvelutarpeet niukkenevilla resursseilla mahdollisimman tehokkaasti, mutta laadukkaasti.

Palvelujen suunnittelussa korostuu myös terveysterojen kaventaminen väestöryhmien välillä, palveluiden saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden sekä yhdenvertaisuuden turvaaminen. Näitä asioita korostaa myös perustuslaki, terveydenhuoltolaki, Terveys 2015 – ohjelma ja Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Kaikissa korostuu myös yhteistyö kuntien kesken, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. (L731/1999, L169/2007, L1326/2010, STM 2011:1, Terveys 2015 – ohjelma.)

Ensihoidon palvelujärjestelmän uudistuksen päämääränä on ollut luoda kattava, tasa-
puolinen ja asianmukainen ensihoitopalvelujärjestelmä, jonka keskiössä on asiakas. Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistus on myös osa käynnissä olevaa palvelurakennemuutosta (HE 90/2010, 74–75). Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistamistarpeet, myös terveydenhuoltolain osana, saivat huomiota, kun ¹apulaisoikeuskansleri ²Jaakko Jonkka antoi päätöksensä Sosiaali- ja terveysministeriölle 15.1.2007, joka otti kantaa ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämiseen. Jonkka oli erilaisten tutustumis- ja tarkastuskäyntiensä yhteydessä tehnyt oma-aloitteisesti päätöksen, että tutkii kuulemiaan ja havaitsemiaan epäkohtia ensihoitoon liittyen. Päätöksessään apulaisoikeuskansleri Jaakko Jonkka (2007) tarkasteli kriittisesti lainsäädäntöä, joka on ollut ensihoidon ja sairaankuljetuksen osalta hajallaan. Suurimpana epäkohtana hän näki lähtövalmiusaikojen vaihtelun, josta ei ollut olemassa säädöksiä ja näin ollen se saattoi ihmiset eriarvoiseen asemaan. Ongelmana näyttäytyi myös asiakkaan oikeudellinen asema, ensihoidon käsitteiden määritelmättömyys ja vanhentunut liikennelupakäytäntö. Lisää selkeyttä tarvittiin myös järjestämisvastuuseen, sairaanhoitohenkilöstön kelpoisuusvaatimuksiin ja rahoitusjärjestelmään. Myös ensihoidon ja sairaankuljetuksen ohjaus, valvonta ja konsultaatio mahdollisuudet todettiin puutteellisiksi. Jonkka toi myös vahvasti esille huolen yhdenvertaisuuden toteutumisesta yksilön kannalta.

¹ Oikeuskansleri (OK) ja apulaisoikeuskanslerit (AOK) toimivat oikeuskanslerin virastossa ja toimintaa ohjaa laki valtioneuvoston oikeuskanslerista (L193/2000). OK:n ja AOK:n tehtäviin kuuluvat valtioneuvoston ja presidentin toiminnan laillisuuden valvonnan lisäksi valtion viranomaistoiminnan, oikeuslaitosten ja julkisen toiminnan valvominen sekä kirjallisiin kanteluihin vastaaminen. OK ja AOK:t voivat lisäksi suorittaa tarkastuksia virastoissa, laitoksissa ja muissa toimintayksiköissä sekä ottaa asioita omasta aloitteestaan käsittelemään. Kanslereilla on aloiteoikeus ja he voivat tehdä ehdotuksia säännösten ja määräysten kehittämiseksi ja muuttamiseksi, jos niissä on havaittu puutteita tai ristiriitaisuuksia. Kanslerit voivat päätöksissään antaa asiasta huomautuksia viranhaltijalle, viranomaiselle tai yhteisölle sekä harkita syytteen nostamisesta. (L193/2000, 6§ & 7§.) OK:n ja AOK:n työjaosta on säädetty valtioneuvoston asetuksessa oikeuskanslerinvirastosta (A253/2000). ² Jaakko Jonkka on toiminut apulaisoikeuskanslerina 2001–2007 ja oikeuskanslerina 2007- Oikeuskanslerin virastossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien uudistamisesta ja näkemyksistä niiden toimeenpanosta on tutkittu erilaisista näkökulmista. Viime aikoina laajimmin palvelujen uudistamista on tutkittu kunta- ja palvelurakenneuudistuksen (Paras – hanke 2005–2012) yhteydessä, jossa tehtiin kuntien sosiaali- ja terveyspalveluita koskeva arviointitutkimus 2012 (Paras -ARTTU). Palvelurakenne-uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistaminen nähdään kunnissa tuotannonmuutoksina eikä niinkään palvelujärjestelmän uudistamisena. Palvelujärjestelmä uudistamisen vaikeutena on nähty uudistuksen hajanaisuus ja käsitteiden epätarkkuus, joka on vaikuttanut kokonaisuuden ymmärtämiseen. Kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa on palvelurakenneuudistuksen aikana kehitetty ja toiminnan rakenteita uudistettu. Päättäjien näkökulmasta palvelurakenneuudistus näyttäytyy kuntapäättäjille monimuotoisena ja sillä on vaikutusta kunnissa tapahtuvaan päätöksentekoon. Muutosten hallinta voi kuitenkin olla vaikeaa juuri uudistusten monimuotoisuuden vuoksi. (Nyholm 2008, 227; Kokko ym. 2009, 118; Sandberg 2012, 41; Niiranen ym. 2013b, 106.)

Valtio ohjaa kuntia lainsäädännön eli normiohjauksen avulla. Lainsäädäntöä muuttamalla tapahtuu myös palvelujärjestelmien uudistumista. Määräajoin vahvistettavissa kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmissa sisältävät erilaisia ohjausmuotoja, kuten resurssi, säädös- ja vuorovaikutusohjausta. Näiden lisäksi ohjaukseen vaikuttavat myös hallitus- ja peruspalveluohjelmat. Valtiontarkastusviraston (VTV) raportissa eduskunnalle 2014 tuodaan esille, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valtiolla on riittämättömät keinot ohjata kuntien lakisääteisiä tehtäviä ja yhteistyötä muiden ohjaavien tahojen kanssa tulisi lisätä. Liisa Heinämäen (2012) väitöskirjatutkimuksessa ilmeni valtion ohjauskeinojen vaikea tunnistaminen ja ohjelmaohjausta ei nähty ohjauskeinona lainkaan. (Heinämäki 2012, 200; Niiranen ym. 2013b, 43, 47, 110; VTV 2014, 84–85.)

Kuntien terveydenhuollon toimintaa voidaan tarkastella myös sopimusohjauksen kautta. Kunnat ovat sairaanhoitopiirien jäseniä ja tilaavat sieltä erikoissairaanhoidon palvelut. Sopimuksen osapuolina ovat sairaanhoitopiiri ja kunta tai kuntien muodostama tilaajarengas. Maarit Sihvosen (2006) väitöskirjatutkimuksessa tarkasteltiin juuri Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjausta sopimuksen tilaajaa ja tuottajan näkökulmista. Sopimusohjaus nähdään uutena ohjausmenetelmänä. Tutkimuksessa ilmeni, että tilaajarengas jäsenet muodostavat eliitin, jolla on neuvottelujen vuoksi paljon informaatiota

hallussaan, mutta tieto ei aina saavuta muita kuntien viranhaltijoita tai luottamushenkilöitä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan uudistusta, joka on lähtenyt liikkeelle lainsäädännön muutoksesta. Valtio siis ohjaa kuntia normi- eli säädösohjauksen avulla. Oikeustieteellisen tutkimuksen näkökulmasta uudistusta voitaisiin tarkastella kahdesta näkökulmasta, lain soveltamisesta ja tulkinnasta. Lainsäädäntötutkimuksen avulla voidaan tarkastella lakien tavoitteenasettelua ja se keskittyy säädetyin oikeuden syntyminen, laadinnan, toteuttamisen ja vaikutusten arviointiin. Lakiuudistusten tavoitteita tarkastellessa on syytä oikeustieteellisen tutkimuksen valossa huomioida, että lainsäädännössä asetettu tavoite voi olla moniportainen ja monitasoinen. Tavoitteen asettelu voi jäädä myös liian yleisluontoiseksi. Lain tavoitteisiin voi sisältyä myös ristiriitaisuuksia tai ne sisältävät ilmaisuja, joiden mainitseminen ei johda mihinkään eivätkä ehdota konkreettista tapaa, miten tavoitteisiin voisi päästä. (Tala 2001, 113–117; Tala 2005b, 217–218, 231.)

Parempaa sääntelyä - toimintaohjelman kärkihankkeessa oli mukana myös terveydenhuoltolain valmistelu. Terveydenhuoltolain valmistelu oli osana laajempaa uudistusta, joka liittyi kunta- ja palvelurakenne uudistukseen. Terveydenhuoltolain uudistus oli myös kirjattuna hallitusohjelmaan (Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007, 52). Terveydenhuoltolaki oli yksi niistä lainvalmisteluhankkeista, jotka toteutessaan toivat mukanaan jotakin uutta. Terveydenhuoltolaki toi mukanaan uutena asiana potilaiden valinnanvapauden. Terveydenhuoltolain valmistelua kuvattiin vahvasti poliittisesti ohjatuksi, jossa viranhaltijoiden asiantuntemuksen hyödyntäminen jäi vähäiseksi. Tätä voidaan kritisoida siksi, että se ei mahdollista kovinkaan monipuolisesti vaihtoehtoisten toteutumistapojen pohtimista. (Rantala 2011, 56, 73, 212.)

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen kohteena on ensihoitopalvelujärjestelmän uudistus, joka on muuttanut ensihoitopalvelun järjestämistä ja toimintaa Pirkanmaalla. Tutkimuksen tarkoituksena on tapaustutkimuksen keinoin selvittää, miten pirkanmaalaiset asiantuntijat näkevät ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen ja sen toimeenpanon peilaten asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi tarkoituksena on selvittää heidän näkemyksiään ensihoitopalvelun

kehittämisestä uudistuksen jälkeen ja odotuksista ensihoitopalvelun tulevaisuudesta. Haastatteluaineiston muodostavat Pirkanmaalla tapaustutkimuskuntien alueella toimivat ensihoitajat, heidän lähijohtajansa sekä kuntatoimijat, joita tässä kutsun yleisesti asiantuntijoiksi. Tutkimuksen tuloksia peilataan myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksessä asetettuihin tavoitteisiin, jotka on laadittu vuosille 2012–2014.

Tutkimuskysymykset

1. Miten pirkanmaalaiset asiantuntijat näkevät ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen ja sen toimeenpanon uudistukselle asetettuihin tavoitteisiin peilaten?
2. Millaisia näkemyksiä pirkanmaalaisilla asiantuntijoilla on ensihoitopalvelujärjestelmän kehittämisestä uudistuksen jälkeen?
3. Millaisia ovat pirkanmaalalaisten asiantuntijoiden odotukset ensihoitopalvelujärjestelmän tulevaisuudesta?

2 TOIMEENPANO JA ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTUS

2.1 Toimeenpano- eli implementaatioteoria

Toimeenpano- eli implementaatioteorialla tarkoitetaan toimintaa, joka tähtää mekanismin eli toimintatavan löytämiseen. Mekanismin eli toimintatavan avulla saadaan tuotettua haluttu lopputulos. Implementaatioteoria on osa mekanismisuunnittelua ja se tarjoaa systemaattisen mallin vaihtaa tietoa ja vuorovaikuttaa, jonka avulla resurssit voidaan kohdentaa oikein. Implementaatio alkaa, kun mietitään mitä kohdentamisella saadaan aikaan. Implementaatioteoria lähestyy asiaa siitä näkökulmasta, että kun huomio on kohdistettu käytetyn toimintatapaan, saadaan selville, mitä sen avulla on saatu tuotettua. (Corchon 2007, 7; Korpela 2012,104; Kakhbod 2013, 5.)

Kun tarkastellaan toimeenpanoa eli implementaatiota osana poliittishallinnollista prosessia, se näyttäytyy hieman eri näkökulmasta, vaikka siinäkin kiinnostuksen kohteena on vuorovaikutus. Implementaatio määritellään jonkin asian toteuttamiseksi, joka on yleensä politiikan toteuttamista. On kysytty myös, voidaanko politiikka ja implementaatio erottaa toisistaan? Implementaatiota voidaan katsoa hieman erilaisesta näkökulmasta. Toimeenpano nähdään vuorovaikutusprosessina, joka tähtää asetettujen tavoitteiden toteutumiseen erilaisten toimenpiteiden avulla. Implementaatio alku- ja loppupiste tulisi olla nähtävissä tai määriteltävissä, jotta sen onnistumista tai epäonnistumista voitaisiin arvioida. (Pressman & Wildavsky 1984, xxi; Hill & Hupe 2014, 3-4.) Amerikkalainen opettaja ja rehtori Anna Pankake (2013, 10) on kuvannut osuvasti implementaatiota koulutusjärjestelmässä, *making things happen*, jonka voisi vapaasti suomentaa: laittaa asiat tapahtumaan tai toimimaan. Pankaken mielestä implementaatio ei tapahdu ainoastaan silloin kun on kyseessä uusi asia, vaan asioita pitää laittaa tapahtumaan koko ajan. Implementaatiotapahtumat voivat myös olla rutiininomaisia, uusia tai ainutkertaisia.

Pressman ja Wildavsky kirjoittivat vuonna 1972 teoksen, jonka nimi oli implementaation, jossa esiteltiin klassinen top - down – näkökulma heidän tutkimuksensa kautta. Siinä tarkastellaan toimeenpanoa ja sen toteutumista hallinnon alemmalla tasolla, kun toteuttamiseen annetut ohjeet ovat tulleet ylemmältä taholta. Implementaation onnistumiseen

vaikuttavat kytkökset eri organisaatioiden ja paikallisten yksiköiden välillä. Implementaatioketjun yhteistyön tulisi toimia täydellisesti, jotta ei syntyisi implementaation vajuusta (implementation deficit). Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa monien pienten asioiden jäädessä toimeenpanossa epäselväksi, muodostuu paljon asioita, joita jäävät huomiotta. Top - down – näkökulman kritiikki toi esille bottom - up – näkökulman (ks. Michael Lipsky 1971, 1980), jossa kuvataan toimeenpanon olevan toimeenpanoprosessissa olevien tekijöiden vaikutusten tulos. Tässä toimeenpanon analysointi aloitetaan ns. pohjalta eli tarkastellaan paikallisten toimijoiden vuorovaikutusta ja sen vaikutusta toimeenpanon onnistumiseen. Näiden kahden lähestymistavan keskinäinen väittely on tänä päivänä laantunut ja keskusteluissa pyritään tuomaan esille molempien näkökulmien keskeiset ideat. (Leskinen 2001, 82–84; Hill & Hupe 2014, 46–47, 53, 58.)

Lakiuudistusten implementaatiota eli toimeenpanoa ja lain vaikutusten välistä yhteyttä tutkitaan lainsäädäntötutkimuksessa. Implementaatio- eli toimeenpanotutkimuksen avulla haetaan vastausta, esimerkiksi miten lakiuudistuksen toteutuksen kävi ja mitä sen implementaatiosta voidaan oppia. Lainsäädännön valmisteluvaiheessa tulisi suunnitella myös sen implementaatio. Huomattavaa on, että säädöksen valmistelu tapahtuu yleensä keskushallintotasolla ja sitä toteuttavat paikalliset tahot. Lakiuudistusten implementaatiokäsite sisältää erilaisten julkiseen organisaatioon kuuluvien tekemiä toimenpiteitä säädöksen toteuttamiseksi sekä vuorovaikutusta toimijoiden ja säätelyn kohteen välillä. (Tala 2001, 215–218, 220.) Toimeenpanotutkimus nähdään erityisesti esimerkiksi valtion asettamien tavoitteiden toteutumisenä kuntatasolla. Toimeenpanosta ollaan kiinnostuneita käytännön näkökulmasta eli mitä tapahtuu toimeenpanon aikana. Toimeenpanon onnistumista voidaan arvioida prosessina sen eri vaiheissa. Toimeenpanotutkimuksen nähdään sijoittuvan hallinnon ja politiikan väliin lähestymistapansa vuoksi. (Vartiainen 2000, 78; Leskinen 2001, 72–73; Sihvonen 2006, 43–44.)

Kuntien erilainen toiminta vaikuttaa sen tuottamiin hyvinvointipalveluihin, jotka voivat olla eri tavoin tuotettuja, mutta sen ei nähdä vaikuttavan palvelujen yhdenmukaisuuteen. Vaikka kunnissa toimitaan eri tavoin, ei voida lähtökohtaisesti ajatella, että se johtaisi kuntalaiset eriarvoiseen asemaan, vaan kuten kuntalaissakin (L365/1995) todetaan, kunta pyrkii toiminnallaan ja palveluja tuottamalla tarjoamaan asukkailleen hyvinvointia. Kunnan tulee kuitenkin huomioida saatavuus ja laatu palveluita suunnitellessaan

(L169/2007). 1990 – luvulle asti lainsäädännön toimeenpanoa valtio valvoi esimerkiksi valtionosuusjärjestelmän kautta, johon liittyi myös hallinnon ohjaus. Näillä keinoin valvottiin tavoitteiden toteumista ja kunnat nähtiin osana valtiota eikä niinkään itsehallinnollisina yksikköinä. 2000 – luvulla kuntien itsehallinto nähdään, kuten laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (L169/2007) asetti tavoitteeksi, toimintakykyisenä rakenteena, joka luo asukkailleen hyvinvointia huomioiden perusoikeudet ja yhdenvertaiset palvelut. (Ryynänen 2004, 84–85.)

Tässä tutkielmassa toimeenpanoa eli implementointia tarkastellaan ensihoitopalvelujen uudistamisen näkökulmasta. Terveystieteiden ja terveydenhuollon laissa ja asetus ensihoitopalveluista ovat muodostaneet säädökset, kuinka ensihoitopalvelu jatkossa tulee järjestää. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisesti sairaanhoitopiirit ovat valmistelleet alueidensa kuntien kanssa ensihoidon palvelutasopäätöksen, jossa sovitaan palvelutasosta ja sen toteuttamisesta alueella. Seuraavassa luvussa käydään läpi toimeenpanon eli implementoinnin vaiheita Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelujärjestelmän uudistamisessa.

2.2 Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen implementaatio Pirkanmaalla

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä aloitettiin ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen implementoinnin valmistelu vuonna 2010, jolloin oli käynnissä ensihoidon kehittämishanke. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyi kokouksessaan 29.11.2010 Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman, jonka sairaanhoitopiiri on laatinut. Terveystieteiden ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatiminen on veloitettu Valtioneuvoston antamassa asetuksessa: Hoitoon pääsyn toteuttaminen ja alueellinen yhteistyö (A1019/2004, 7§, 1-2 mom). Asetuksen ohjeistamana sitä on suunniteltu yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja se on voimassa valtuustokauden ajan. Sopimus sisältää suunnitelman alueellisesta yhteistyöstä ja palveluiden yhteensovittamisesta. (Varjonen-Toivonen 2010, 1; A1019/2004.)

Vuoden 2010 lopussa hyväksytyssä sopimuksessa ennakoitaan ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen vaikutuksia Pirkanmaan alueeseen. Käynnissä olevan kehittämishankkeen tehtävänä on ollut valmistella uudistuksen toimeenpanoa valmisteilla olevan

terveydenhuoltolain pohjalta. Siinä on ennakoitu, että Pirkanmaalla merkittävät uudistukseen liittyvät asiat ovat ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys ja ensihoitopalvelujen tehtävien hoitamiseen tarvittavat henkilöstöresurssit. Sairaanhoitopiiri on myös osoittanut omassa organisaatiossaan ensihoitopalvelun lakisääteisestä järjestämisestä vastaavan tahon, Tampereen yliopistollisen sairaalan toimialueen seitsemän. Suunnitelmat toiminnan järjestämiseksi on aloitettu ennakoidusti jo ennen ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta säätävän lainsäädännön hyväksymistä. (Varjonen-Toivonen 2010, 65.)

Ensihoitopalvelut ovat esillä myös valtuustonkauden 2013–2016 Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissopimuksessa, jonka Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto on hyväksynyt kokouksessaan 10.12.2012. Järjestämissopimuksessa mainitaan tuotettavat palvelut ja niiden työnjako – luvussa päivystyspalveluista Pirkanmaalla. Järjestämissopimuksessa on huomioitu sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun järjestämisvastuu. Ensihoitopalvelun osalta arvioidaan, että koska ensihoitopalvelu saatavuus on parantunut, se mahdollistaisi päivystyksen keventämisen. Sopimus linjaa myös, että ensihoitoyksiköitä kehitetään luomalla uusia palveluita, jotka voidaan toteuttaa lähellä asiakasta. Tällaisia olisivat asiakkaalle tarjottavat palvelut esimerkiksi palvelutarpeen arviointi ja haavan ompelu. Kehittäessä ensihoitopalvelua ja päivystystoimintaa, on tärkeää, että tietojärjestelmiin kirjatut asiat välittyvät hoitavalta taholta toiselle. (Mattelmäki 2012, 15.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksestä ilmenee joitakin käytännön asioita, joita ensihoitopalvelujärjestelmän toimeenpanon valmistelujen eteen on tehty. Päätöksestä ilmenee myös toimeenpanon suunnittelua. Koska sairaanhoitopiiri voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan omana toimintana tai yhteistyössä pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa, oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ensin tehnyt aiesopimuksen Pirkanmaan pelastuslaitoksen kanssa kiireellisten ensihoitopalvelujen tuottamisesta tietyillä alueilla (Tampere, Pirkkala, Nokia, Lempäälä, Vesilahti, Ylöjärvi ja Valkeakoski). Muiden alueiden kilpailusta oli aloitettu valmistelemaan. Lisäksi kiirettömän ensihoidon kilpailutus oli järjestetty ja sen toiminta suunniteltu alkamaan kaksivaiheisesti vuoden 2012 loppupuolella. Etukäteisvalmisteluja ja toiminnan suunnittelua tarvittiin myös siltä osin, että osalla sairaanhoitopiirin kunnista oli voimassaole-

via ensihoitopalvelusopimuksia, joiden irtisanomisajat jatkuivat vielä 1.1.2013 jälkeen. (PSHP 2012, 7-8.)

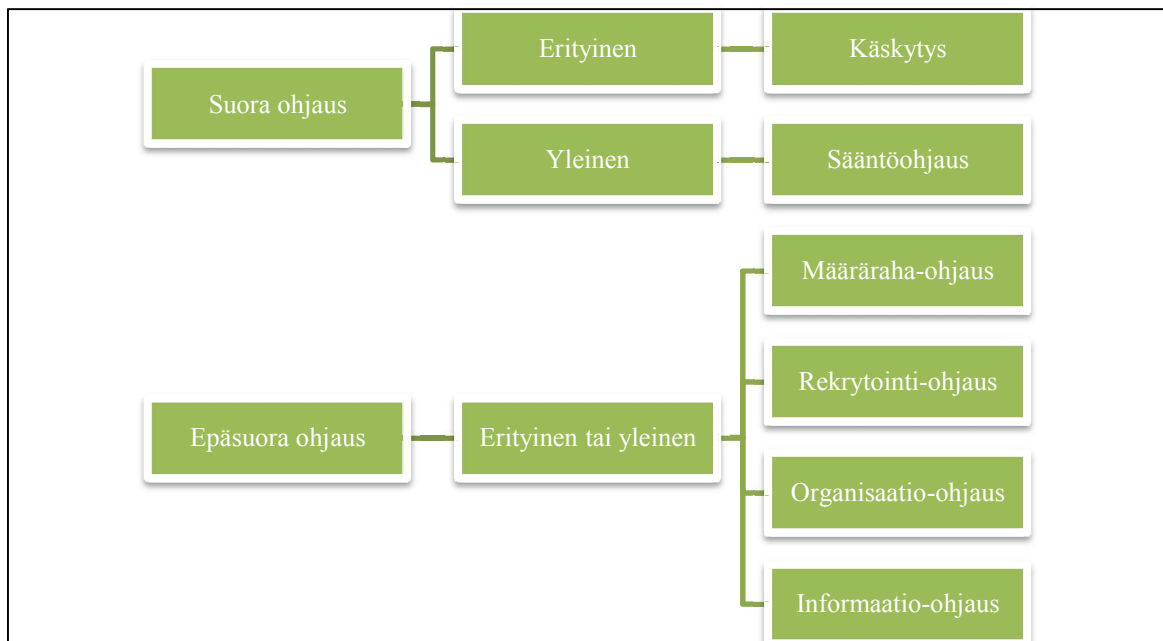
Ensihoitopalvelujärjestelmän implementaation suunnittelu ja valmisteluvaiheessa tehtiin erilaista viranomaisyhteistyötä muun muassa hätäkeskuslaitoksen kanssa. Ensihoitokeskuksen tehtävänä oli yhteen sovittaa terveystoimen ohjeet alueensa hätäkeskuksen kanssa. Näissä määritellään muun muassa ensivasteen käyttö ja erilaisten kiireellisyysluokkien ohjeistukset. (PSHP 2012, 17–19.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös hyväksyttiin 13.11.2012 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuuston kokouksessa.

3 ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN OHJAUS

3.1 Ohjausmalliajattelu

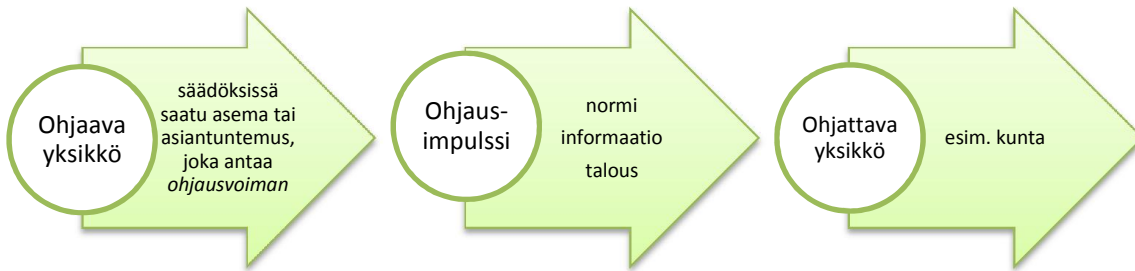
Valtio ohjaa kuntien toimintaa eri tavoin. Valtion antama ohjaus voidaan jakaa ruotsalaisen Lennart Lundquistin (1972) hallinnon ohjausmallin (Kuvio 1) mukaan suoraan käskytyks- ja sääntöohjaukseen sekä epäsuoraan määräraha-, rekrytointi-, organisaatio- ja informaatio-ohjaukseen. Tässä tutkimuksessa on taustalla sääntö- eli normiohjaus, mutta joukossa on myös informaatio- ja resurssiohjausta. Normiohjauksella tarkoitetaan valtiohallinnon antamia sääntöjä, jotka rajoittavat hallinnon vapautta toimia. (Lundquist 1972, 37; Lundquist 1992, 79; Oulasvirta ym. 2002, 20, 24.)



KUVIO 1 Hallinnon ohjausmuodot (Lundquist 1972)

Ohjauksella tarkoitetaan suoraan tai välillisesti tehtävää vaikuttamista jonkun yksikön toimintaan tai halutun toiminnan tai tuotoksen aikaansaamiseksi. Ohjaus on osa poliittista päätöksentekoa. Se ohjaa hallintoa ja sillä vaikutetaan esimerkiksi säädösten avulla toimintayksikön toimintaan. Ohjaustapahtuman osatekijät on havainnollistettu kuviossa 2, jossa ohjaava yksikkö, jolla on ohjausvoima asemansa tai asiantuntijuutensa puolesta,

antaa ohjausimpulssin esimerkiksi säädöksen tai informaation muodossa ohjattavalle yksikölle, jonka toimintaa tai tuotosta halutaan muuttaa. Ohjausimpulssi voi liittyä myös taloudelliseen asiaan. (Ahlstedt ym. 1977, 49–51; Luhmann 1997, 41; Oulasvirta ym. 2002, 16; Stenvall & Syväjärvi 2006, 17.)



KUVIO 2 Ohjauksen lähtökohtatekijät

(Mukaillen Ahlstedt ym. 1977, 49–50, Oulasvirta ym. 2002, 16)

Ohjaukseen vaikuttaa myös se, mihin ohjaus kohdistuu ja kuka ohjausta antaa. Ohjaus voi olla yleistä tai yksityiskohtaista ja se voidaan kohdistaa eri tuotantoprosessin osiin. Valtion antama ohjaus on jakautunut eri toimijoille kuten hallitukselle, eduskunnalle, ministeriöille ja aluehallintoviranomaisille. Kuntatasolla tapahtuu muun muassa sopimusohjausta kunnan ja palveluntuottajien sekä sairaanhoitopiirin kesken. (Oulasvirta ym. 2002, 22; Sihvonen 2006, 256.) Toimintaympäristö, jossa ohjausta annetaan, vaikuttaa sen toteutumiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöt eivät ole yksikertaisia. Ohjaus vaikuttaa niin kansalaisiin kuin sitä hallinnoiviin viranomaisiin. Myös se, millainen ohjausvoima asian takana on, vaikuttaa lopputulokseen. (Oulasvirta ym. 2002, 32–33.)

Suomessa kunnilla on ristiriitaisia odotuksia valtiolta kunnille annetun ohjauksen suhteen. Toisaalta toivotaan vapautta toteuttaa toiminnot tehokkaasti, tuottavasti ja itsenäisesti, mutta toisaalta toivotaan lainsäädännöltä täsmällisyyttä, jotta kuntalaiset saisivat

palvelut yhdenvertaisesti kaikkialla. Edellä mainitut asiat ovat myös vaikuttaneet siihen, että kunnilla on vahva itsenäinen asema, jotta se voi nopeasti reagoida toimintaympäristössään tapahtuviin muutoksiin ja silti saada toiminnot tuotettua tehokkaasti ja tuottavasti. Vastaavasti liian itsenäinen toiminta on tuonut eroja toimintojen tasoon ja laatuun, jonka vuoksi tarvitaan vahvaa valtionohjausta. (Valtionvarainministeriö 2011, 21–22; Kuntaliitto 2014.)

3.1.1 Valtionohjaus

Tässä alaluvussa esitellään valtion ohjausmenetelmistä normi- eli sääntöohjaus, informaatio-ohjaus sekä resurssiohjaus. Ohjelmaohjaus, joka nähdään informaatio-ohjauksen osana, esitellään seuraavassa luvussa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen erityispiirteiden yhteydessä.

Ohjaus voidaan jakaa kolmeen luokkaan sääntely, taloudelliset keinot ja informaatio. Sääntely eli normiohjaus voidaan jakaa vielä positiivisiin ja negatiivisiin. Positiivisella sääntelyllä tarkoitetaan määräyksiä ja sitovia ohjeita kun taas negatiivisella sääntelyllä tarkoitetaan kielloja. Negatiivinen sääntely eli kiellot voidaan jakaa vielä ehdottomiin ja ehdollisiin. Ehdollisissa kielloissa voi olla tilanteita, joissa sallitaan poikkeuksia esimerkiksi saa toimia, jos on toimilupa. (Vedung 2000, 127–130.) Mesarovic, Sanders ja Sprague (1964, 494–495, 501) määrittivät tapoja, joilla korkeampi tai ylempi taho voi vaikuttaa alemman tason yksikön organisaation toimintaan käskyvallallaan. Toiminnan ohjauksen ja tavoitteiden nähtiin tapahtuvan kahdella tapaa: suoraan tai epäsuoraan. Monitasoisten ja monia päämääriä sisältävien toiminnanohjauksen ja tavoitteiden takia, päätöksenteko ei ole suoraviivaista.

Kuntien tehtäviä ohjataan lainsäädännöllä eli normiohjauksella, joka on valtion keino ohjata kuntia niiden lakisääteisissä tehtävissä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaikuttaa myös säädös sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (L 733/1992), joka ohjaa palvelujen rahoittamista. Tätä voidaan kutsua resurssiohjaukseksi. Normiohjauksen lisäksi tarvitaan tietoa, joten tässä tulee ohjausmuotojen yhdistämistä eli kun lainsäädäntöä lähdetään toteuttamaan, käytetään myös informaatio-ohjausta. Normiohjaukseen ja lainsäädännön muodostumiseen Suomessa vaikuttaa myös Euroo-

pan unionin toiminta. (L 733/1992; Syväjärvi & Stenvall 2006, 66; Narikka 2008, 21; Lammintakanen & Rissanen 2012, 40.)

Informaatio-ohjauksella tarkoitetaan tilannetta, jossa ohjauksen antaja (valtio) antaa tietoa ohjattavalle (kunta), jonka avulla ohjattava voi kehittää omaa toimintaansa tai sen tuottavuutta. Saadun tiedon avulla varmistetaan, että normi- ja resurssiohjaaminen toteutuu. Informaatio-ohjaus siis tähtää toiminnan tai käyttäytymisen muuttumiseen. Informaatio-ohjaus ei sido informaation saajaa, mutta sen on tarkoitus olla viestinä esimerkiksi kunnalle tarkastella informaation kohteena olevaa asiaa ja saada miettimään, pitäisikö asiaa muuttaa tai kehittää. Informaatio-ohjaus on Lundquistin hallinnon ohjausmallin mukaan epäsuoraa (ks. kuvio 1), mutta se voi olla yleistä tai erityistä. (Lundquist 1972, 37; Stenvall & Syväjärvi 2006, 17.)

Oikeudelliselle säätelylle lainsäätäjän ja julkisen päätöksentekijän näkökulmasta on myös vaihtoehtoisia toimintatapoja kuten julkisten ja yksityisten toimijoiden väliset sopimukset, joissa sovitaan yhteisestä suunnittelusta, toimintaohjelmista (ohjelmaohjaus) ja resurssien käytöstä (resurssiohjaus). Muita keinoja ovat itsesäätely ja poliittis-hallinnollinen rahoituspäätös johonkin tiettyyn tarkoitukseen. Lisäksi eri aikoina on ollut erilaisia tapoja oikeussäätelyn toteuttamiseen kuten asiamiesjärjestelmät, ryhmäkanteet, yksityinen velkajärjestely, erilaiset sovittelumenettelyt ja seuraamusjärjestelmät kuten liiketoimintakielto (Tala 2005a, 18-19, 21.)

3.1.2 Lainsäädännön muodostuminen

Suomessa lakien laadintaan liittyy kolme vaihetta: lain valmistelu, päätöksenteko sekä lain toteutuminen ja vaikutukset. Tätä kutsutaan oikeustieteessä lain elinkaareksi. Lain toimeenpano on erilaista riippuen siitä, millaisesta laista on kysymys. Lain toimeenpanolla on myös erilaisia vaikutuksia, sillä laki voi vaikuttaa yksityisten, yritysten tai julkisten organisaatioiden talouteen. Lain elinkaaren eri vaiheita voidaan tutkia ja sitä kautta saadaan tietoa kokonaisuudesta, johon laki on vaikuttanut. Tietojen avulla voidaan analysoida, arvioida ja vertailla lakien laadintaa ja vaikutuksia. Oikeussäätelyssä tunnistetaan lakien laadinnasta ja vaikutusten tarkastelusta käsite instrumentaalinen. Tällä tarkoitetaan oikeudellista säätelyä, joka toimii julkisen päätöksentekijän toimin-

tavälineenä. Julkinen päättäjä voi käyttää oikeussäätelyä keinona korjata epäkohtia tai pyrkiä ohjaamaan toimintaa. (Tala 2005a, 1-3, 14.)

Lain toteutumista ja vaikutuksia arvioidaan seuraavien tekijöiden kautta: tavoitteenasettelu, sisältö, implementaatio ja tapa, jolla säätelyyn on reagoitu eri tahoilla (Tala 2005a, 143). Lakien laadinta on tavoitteellista toimintaa ja niiden avulla pyritään saamaan aikaan tietty asiantila. Lainvalmisteluprosessissa tavoitteenasettelun muotoutuminen on merkittävästi ohjannut lain valmistelua. Lain tavoitteenasettelua voi lähestyä eri tavoin ja tavoitteiden kirjoittaminen säädösehdotukseen vaihtelee luonteeltaan. Tavoitteen asetteluun voidaan suhtautua vähättelevästi, hämmästellä tai vakavasti. Koska lainsäädäntötoimintaan liittyy instrumentaalisuus, se tuo automaattisesti tarkasteluun toiminnan tavoitteiden arvioinnin. Lain tavoitteenasettelu muotoutuu monien prosessien seurauksena, jossa on mukana sekä enemmistö päätöksentekoa että erimielisten kompromisseja. (Tala 2005a, 26; Tala 2005b, 217–218, 222).

Yleisesti lakien valmistelu ja niiden laatu ovat olleet tutkimuksen kohteena esimerkiksi Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen hallituksen kärkihankkeissa (Rantala 2011). Oikeusministeriö on myös kiittänyt huomioita lain laatimiseen ja julkaissut esimerkiksi lain kirjoittajan oppaan (2013) ja käynnissä on ollut hanke sujuvampaan lainlaatimiseen (Osaamisella laatua lainsäädäntöön 7/2013). Oikeustieteen tohtori Jyrki Tala (2005b) on tutkinut lain tavoitteen asettelua lain valmisteluvaiheessa. Lain tavoitteidenasettelusta on tunnistettu kolme erilaista lähestymistapaa: vakava, hämmästelevä ja vähättelevä. Erilaiset lähestymistavat kertovat lain laatijan suhtautumisesta tavoitteenasetteluun ja niiden tärkeyteen lain kannalta. (Tala 2005b, 219–220.)

3.1.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen erityispiirteet

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vastuulla on sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Normiohjauksessa se vastaa lainsäädännön valmistelusta ja ohjaamisesta. STM valmistelee keskeiset uudistukset ja johtaa sosiaali- ja terveyspolitiikan palvelujen kehittämistä. Se pitää yhteyttä poliittisiin päättäjiin ja poliittiseen päätöksentekoon. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ohjaukseen vaikuttaa sen julkinen luonne, missä politiikka ja siihen liittyvä päätöksenteko ohjaavat toimintaa. Monet sosiaali- ja terveydenhuollon toimet

vaativat normiohjausta, jotta viranomaisten tehtävät toteutuvat ja niitä saadaan kaikille laadullisesti ja tasapuolisesti annettua. Sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjauksessa on käytössä ns. minimistandardeja erilaisiin toimintoihin, mutta myös informaatio-ohjaus voi sisältää minimistandardeja, tämä voidaan mieltää myös resurssiohjaukseksi. (Oulasvirta ym. 2002, 31; Valtiovarainministeriö 2011, 113; Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut.)

Kunnallisia palveluja, kuten sosiaali- ja terveydenhuoltoa, ohjataan erilaisilla ohjelmilla. Tätä kutsutaan ohjelmaohjaukseksi, joka voidaan nähdä osana informaatio-ohjausta. Ohjelmia on erilaisia, sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaikuttavat monialaiset hallitusohjelmiin kirjatut ohjelmat kuten hallituksen peruspalveluohjelma ja Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma (KASTE). (Niiranen 2010, 95–96; Lammin-takanen & Rissanen 2012, 40). KASTE -ohjelma on joka neljäs vuosi Valtioneuvosto vahvistama ohjelma, joka perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin (L733/1992). Lain viidennen pykälän ensimmäisen momentti määrittelee kehittämisohjelman sisällön: ”Kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveystavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset.” Informaatio-ohjausta ovat myös kansalliset laatusuositukset, joiden tavoitteena on tehokkaiden toimintatapojen kehittäminen ja suunnittelu sekä toiminnan arviointi. Laatusuositukset ohjaavat kuntia parhaiden käytäntöjen käyttöönotossa. Esimerkkinä laatusuosituksista sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden laatusuositukset sekä terveyden edistämisen laatusuositus. (STM 2013.)

KASTE – ohjelman tavoitteet seuraavat STM:n strategisia linjauksia. KASTE – ohjelman tavoitteena ovat muun muassa terveyserojen kaventaminen ja sosiaali- ja terveyspalvelurakenteiden uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön strategia sosiaali- ja terveystavoitteille (2011) strategian keskeinen viesti on sosiaalinen kestävyys. Sosiaalinen kestävyys nähdään hyvinvoivana yhteiskunta, jossa hyvinvoinnin perustana on vahva yhteistyö eri hallinnon alojen välillä. Yhteistyön avulla on tavoitteena aikaan saada terveys ja hyvinvointi osaksi kaikkea päätöksentekoa, mahdollistetaan kaikille hyvinvointia muun muassa vähentämällä terveyseroja ja luomalla uudet palvelu- ja toiminta-

rakenteet. Palvelujen uudistamisen lähtökohtana ovat asiakaslähtöisyys ja palvelurakenteiden pirstaleisuuden poistaminen luomalla kestävät ja yhtenäiset rakenteet sosiaali- ja terveydenhuollolle. Strategian linjaukset toimeenpannaan eri tavoin. Toimeenpanossa käytetään sitovaa säädös- ja resurssiohjausta, mutta myös informaatio-ohjausta. Strategian toteutumista seurataan erilaisilla seurantaindikaattoreilla. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaa myös 2001 vuonna voimaan tullut Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta (STM 2001:8), joka kestää vuoteen 2015 asti. Yhteistyöohjelman tavoitteena on tukea ja edistää terveyttä yhdessä kaikkien hallinnon alojen kanssa erilaisten ohjelmalla asetettujen tavoitteiden kautta.

Erilaisten ohjauskeinojen tulisi olla tasapainossa ja ristiriidattomia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa korostuu normi- ja informaatio-ohjauksen tasapaino suhteessa resurssiohjaukseen. Tätä voidaan kutsua tasapainoiseksi ohjauspolitiikkamalliksi. Ohjauksessa tulee huomioida, miten annetut ohjeet voidaan toteuttaa ohjattavan resursseilla. Tasapainoisen ohjauksen toteutuminen vaatii erilaisia toimia kuten suunnitelmallisuutta ohjausmenetelmän valinnassa sekä arviointi – ja valvontatiedon keruuta että ohjauksen ja toimeenpanon toimivuuden arviointia. Normiohjaukseen pyritään vaikuttamaan ja sitä kehittämään myös erilaisten hankkeiden kautta, jotta lain laadinnan laatu paranisi. Vanhasen II hallituksen hallitusohjelmassa kirjattu Paremmän sääntelyn kriittinen arviointi – hanke, jossa oli mukana 22 lainsäädäntöhanketta, pyrki hyvään säädösvalmisteluun merkittävässä lainsäädäntöhankkeissa. Terveyslahti oli yksi näistä 22 hankkeesta. Lain valmistelua on arvioitu myös eduskunnan valiokuntatyöskentelyn näkökulmasta Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimushankkeessa, jonka raportti on julkaistu 2011. (Oulasvirta ym. 2002, 48–49; Ahtonen ym. 2011, 1; Rantala 2011, 2.)

Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen (2012, 40.) määrittelevät valvonnan yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausmenetelmäksi (ks. myös Narikka 2008; Niiranen 2010). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat Aluehallintovirastot (AVI) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira (STM internet-sivut). Virastojen tehtävät on määritelty niistä säädetyissä ja annetuissa laeissa: laki aluehallintovirastosta (L896/2009) ja laki sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirastosta (L669/2008) sekä virastoista annetuissa asetuksissa: Valtioneuvoston asetus aluehallintovirastoista (A906/2009) ja Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontaviras-

tosta (A676/2008). Aluehallintoviraston tehtävänä on aluehallintovirastosta annetun lain neljännen pykälän mukaan valvoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lainmukaista toteutumista.

Aluehallintovirastoilla on lakisääteisenä tehtävänä ohjata ja valvoa terveydenhuollon lainsäädännön toteutumista, edistää alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumista sekä arvioida peruspalvelujen alueellista saatavuutta (L896/2009, 2§, 4§). Etelä-Suomen aluehallintovirasto on julkaissut selvityksen alueeltaan, jossa tarkasteltiin ensihoidon palvelutasopäätöksiä. Selvityksessä on arvioitu, toteutuivatko palvelutasopäätöksissä laissa annetut edellytykset. Lain toteutumisen seuranta on yksi keino arvioida lain onnistumista. (Lindfors-Niilola ym. 2013).

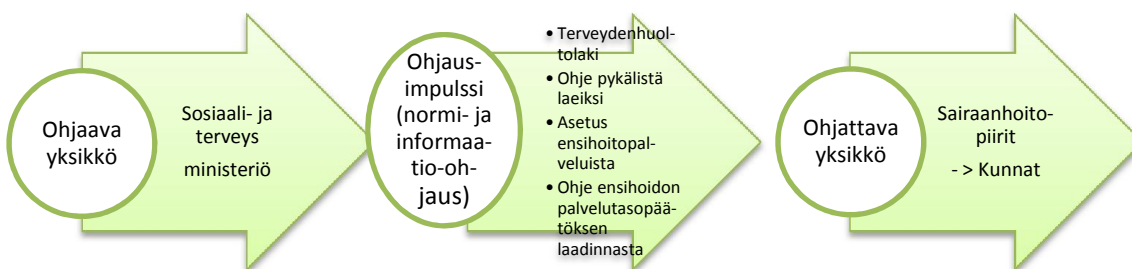
Etelä-Suomen aluehallintovirasto selvitti vuonna 2013 alueensa sairaanhoitopiirien ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage -ohjeistukset. Selvitys on tehty osana aluehallintoviraston ohjaus- ja valvontatehtävää. Selvitys osoitti, että Etelä-Suomen alueella olevien viiden sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätökset olivat lainsäädännön mukaisia. Laaditut palvelutasopäätökset olivat kuitenkin sisällöltään eritasoisia ja ne oli tehty eri näkökulmista. Osa oli laadittu organisaatiolähtöisesti, osa taas asiakkaan näkökulmasta. Päätöksissä ilmeni puutteita muun muassa asiakirjan virallisissa hyväksymismerkinnöissä, väestön määrän muutoksissa vuodenaajat huomioiden ja erityiskohteiden alueilla toimimisesta kuten lentokentillä. (Lindfors - Niilola ym. 2013, 5, 48.)

3.1.4 Ohjaustapahtuma ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksessa

Ensihoidon palvelujärjestelmän uudistaminen toteutetaan käyttämällä erilaisia ohjausmenetelmiä (kuvio 3), tässä tapauksessa vahvimmin uudistusta ohjaa normi- eli sääntö-ohjaus, mutta myös informaatio-ohjaus. Normi- eli sääntöohjauksena toimii terveydenhuoltolaki ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista. Normiohjaus kohdistuu valtion taholta sairaanhoitopiireihin ja sen kautta kuntiin, joiden järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon tehdään uudistusta muuttamalla järjestämisvastuuta ja palvelujärjestelmää. Valtionohjauksen erilaisia muotoja on tutkittu monipuolisesti ja ohjausmuodot eivät ole yksiselitteisiä vaan niissä voi yhdistyä useita ohjausmuotoja. Aina ei voi edes tarkasti erottaa onko kyseessä sääntely, informaatio-ohjaus vai jokin

muu ohjausmuoto. Normi- ja informaatio-ohjaukseen on nähty myös sisältyvän tietoa, joka ei ole yhteneväistä. Esimerkiksi informaatio-ohjauksella kuten sääntöohjauksella on yleensä jokin toimintaa muuttava vaikutus, vaikka kyseessä on ei-pakottava toimi. Ajatellaan, että myös normiohjaus, kuten muutkin ohjausmuodot, sisältävät aina informaatiota. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 17; Niiranen 2010, 99–100; Heinämäki 2012, 83; Niiranen 2013, 209.)

Käyttäen ohjauskeinona informaatio-ohjausta (Kuvio 3), lain laatija on ohjeistanut terveydenhuoltolain toimeenpanoa sekä ensihoitopalvelun uudistamisessa palvelutasopäätöksen laatimista. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeessa Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi (2011) terveydenhuoltolakiin liittyviä asioita ja linkittänyt siihen lakiin liittyvät asetukset ja muut ohjeet. Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksessa Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut sairaanhoitopiirejä laatimalla ohjeen ensihoidon palvelutasopäätöksen laatimista varten. Ohjeen tavoitteena oli syventää terveydenhuoltolaissa annettuja perusteluja ja sen on tarkoitus toimia valmistelun ja päätöksenteon tukena palvelutasopäätöstä laadittaessa. (STM 2011:11.)



KUVIO 3 Ohjaustapahtuma ensihoitopalvelujärjestelmässä

(Mukaillen Ahlstedt ym. 1977)

3.2 Ensihoitopalvelujärjestelmä ja sitä ohjaava lainsäädäntö Suomessa

Ensihoitopalvelun tehtävänä on äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin hoidon turvaaminen tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana (Kuisma ym. 2013, 14). Ensihoitopalvelun tehtävät ja järjestäminen on säädetty terveydenhuoltolaissa (L1326/2010) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalveluista (A340/2011). Toimintaa ohjaa sairaanhoitopiireissä laaditut ensihoidon palvelutasopäätökset (L1326/2011, 39§; A340/2011, 4§). Ensihoitopalvelujärjestelmään vaikuttaa myös muu lainsäädäntö, joka on koottu taulukkoon 1.

TAULUKKO 1 Ensihoitopalveluita ohjaava lainsäädäntö

Laki	Merkitys ensihoitopalveluissa
Perustuslaki 731/1999	Kansalaisten palvelujen yhdenvertaisuus
Kuntalaki 365/1995	Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen
Laki Kunta- ja palvelurakennuudistuksesta 169/2007	Palvelujen järjestämisen, tuottamisen ja rahoituksen kehittäminen
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta 733/1992	Resurssiohjaus
Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004	Alueellinen terveydenhuollon järjestämispöimus
Terveydenhuoltolaki L1326/2010 Erikoissairaanhoitolaki L1062/1989 Kansanterveyslaki L66/1972	Ensihoitopalvelun järjestäminen ja sisältö Ensihoitokeskus
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 340/2011	Ensihoitopalvelun tehtävät Eriyisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävät Palvelutasopäätöksen sisältö Ensihoitopalvelun riskialueuokat ja tavoittamisajat Ensihoitopalvelun yksiköt ja henkilöstö Johtamisjärjestelmä
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrittely
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992	Potilaan oikeudet
Laki sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta (L669/2008)	Luvat ja valvonta
Laki aluehallintovirastosta (L896/2009)	
Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 676/2008	

Valtioneuvoston asetus aluehallintovirastoista 906/2009	
---	--

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystystoimintaa ja siitä vastaavat terveydenhuoltolain 39 pykälän mukaan sairaanhoitopiirit. Järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille vuonna 2011 ja ensihoitopalvelun uudistus on pitänyt toteuttaa viimeistään 1.1.2013 mennessä. Sairaanhoitopiirit ovat laatineet ensihoidon palvelutasopäätöksen kuntayhtymän alueella ja siinä sovitaan ensihoitopalvelun järjestämistapa ja sisältö. Lisäksi siinä määritellään henkilöstön koulutusvaatimukset ja potilaiden tavoittamisajat. Terveydenhuoltolain myötä jokaiselle erityisvastuualueelle on perustettu ensihoitokeskus (L1326/2010, 46 §), joka vastaa lääkäritasoisesta päivystyksestä, lääkerihelikopteritoiminnasta, ei-kiireellisistä potilassiirroista, vastaa alueensa viranomaisradioverkon toiminnoista ja antaa terveystoimen hälytysohjeet Hätäkeskukselle. (L1326/2010, Kuisma ym. 2013, 14.)

Ensihoitopalvelujen sisältö on määritelty terveydenhuoltolain 40 pykälässä seuraavasti:

1. äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön
2. ensihoitovalmiuden ylläpitäminen
3. tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin
4. osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa
5. virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista (A340/2011) määrittelee tarkemmin ensihoitopalvelun ja sen sisältämät tehtävät. Ensihoitovalmiuden ylläpitämisen lisäksi sairaanhoitopiiri johtaa ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja laatii ohjeet potilaan kuljettamisesta tai kuljettamatta jättämisestä. Sen vastuulla on päivittäiseen ja normaalista poikkeavaan toimintaan liittyvät asiat, väestön neuvonta ja tiedotus ensihoitopalvelusta. Sairaanhoitopiiri seuraa toimintaa sekä tuottaa tunnuslukuja toiminnasta ja tuloksellisuudesta palvelutasopäätöksen toteutumiseksi. (A340/2011, 2§, 3§.)

Asetuksessa ensihoitopalveluista määritellään ensihoitopalveluun liittyviä käsitteitä. Pääkäsite on ensihoitopalvelu, jonka toimintaa ovat ensivaste ja perus- ja hoitotaso, jossa toimivat ensihoitajat sekä lääkäripäivystys. Asetuksen kahdeksannessa pykälässä on määritelty ensivasteessa sekä perus- ja hoitotason yksikössä toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusvaatimukset. Erikseen on määritelty ensihoidon kenttäjohtajien tehtävät ja siihen vaadittava koulutus. Ensihoidon tehtävät luokitellaan hätäkeskuksen tekemän riskiarvioinnin mukaan kiireellisyysluokkiin A, B, C ja D. Ensihoidon palvelu-tasopäätöksissä on määritelty tavoiteajat, jonka kuluessa eri tehtäväkiireellisyysluokissa olevat potilaat tulee tavoittaa. (Kuisma ym. 2013, 17; A340/2011.)

Edellä on kuvattu terveydenhuoltolain ja ensihoitopalveluasetuksen pääkohtia ja mitä tästä on ensihoitopalveluista säädetty ja miten niitä on määritelty. Perusteluista ensihoitopalvelun uudistukseen löytyy hallituksen Eduskunnalle antamasta esityksestä, joka on esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (HE 90/2010). Yhtenä tärkeimmistä perusteluista on ollut parantaa terveyspalvelujen saatavuutta ja palveluja sekä kehittää ensihoitopalveluja. Ensihoidon keskitämällä sairaanhoitopiirin toiminnaksi tavoitellaan myös ihmisten yleisen turvallisuuden lisäämistä. (HE 90/2010, 77, 87.) Ensihoitopalveluun terveydenhuoltolaissa ja ensihoitoasetuksessa tehdyt muutokset perustuvat pitkälti Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän Sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraporttiin ja selvitysmies Markku Kuisman selvitykseen Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittämisestä.

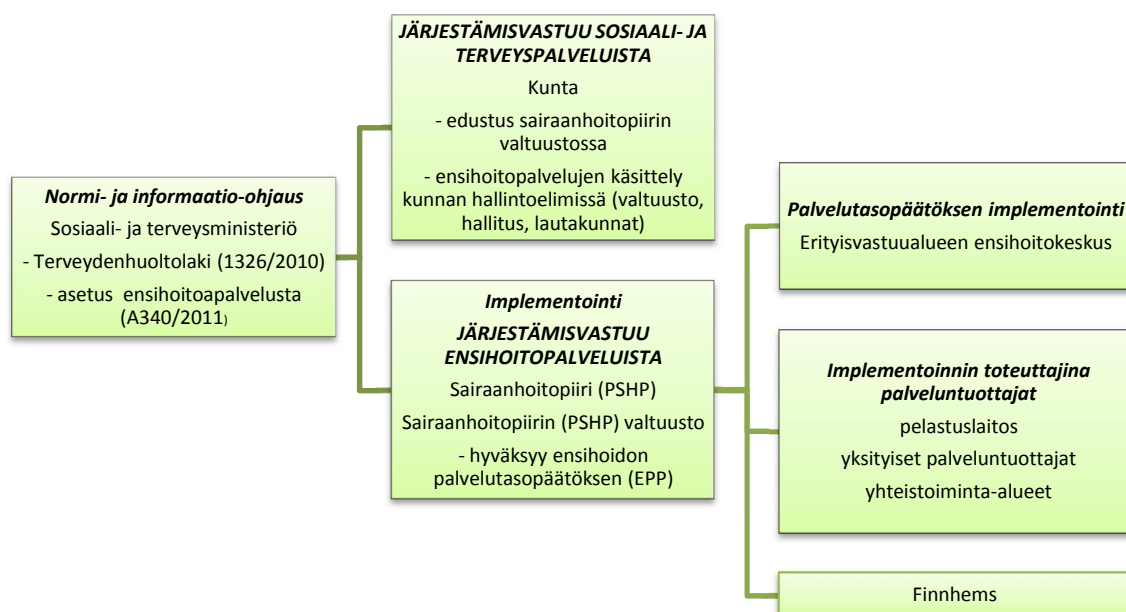
Hallituksen eduskunnalle antamassa esityksessä terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010) tuodaan esille myös asioita, jotka vaikuttavat terveydenhuoltolain arviointiperusteisiin. Tärkeänä nousee esille tavoite kehittää ensihoitoa esimerkiksi kehittämällä yhteistoimintaa, tuottavuutta ja voimavarojen järkevää käyttöä. Vaikutusten merkittävyys riippuu paljolti siitä, kuinka uudistukset viedään käytäntöön ja miten ehdotettuja toimenpiteitä saadaan toteutumaan. Haasteena tuodaan esille myös rahoituksen selkiyttäminen, mikä on myös ensihoidossa kehitettävä asia. Hallituksen esityksessä on ensihoidon osalta todettu, että uudistuksella on taloudellisia vaikutuksia Pirkanmaan alueella, koska siellä ei ole aiemmin ollut ensihoitolääkäripäivystystoimintaa. Kustannussäästöjä hae-

taan myös keskitetyn toiminnan kuten ensihoitokeskuksen koordinoinnin kautta, kun toimintaa ohjataan ja tuotetaan yhdestä paikasta. (HE 90/2010, 77–79.)

Ensihoidon vaikuttavuutta on selvitetty Finohtan (Finnish Office for Health Technology Assessment) toimesta vuonna 2008 järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen muodossa. Finohta tekee yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuusarviointia, edistää arviointitiedon käyttöä ja tuottaa luotettavaa tietoa terveydenhuollon päätöksenteon tueksi. (THL internetsivut.) Ensihoidon vaikuttavuus -katsaus on tehty täydentämään Sosiaali- ja terveysministeriön Markku Kuisman ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden selvitystä (2007). Ensihoidon vaikuttavuuden tasoarvion on tarkoitus toimia terveydenhuollon päätöksenteon tukena Suomen oloissa kuvattuna. Kirjallisuuskatsauksen taustalla vaikuttaa myös Finohtan vuonna 2000 julkaisema raportti lääkintähelikopteritoiminnan vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta Suomessa. Finohtan raportissa todetaankin, että ensihoidon toimintatapoja valittaessa, tulisi pyrkiä kohtuullisen tasa-arvoisesti saatavilla olevaan toimintaa. Tähän kuitenkin vaikuttaa se, että toiset asuvat lähempänä hoitopaikkaa kuin toiset ja eri vuoden aikoina väestö jakaantuu eri puolelle Suomea eri tavalla. Myös viikonpäivällä ja vuorokauden ajalla voi olla merkitystä, kun tarkastellaan ensihoidossa toteutunutta tasa-arvoa. Vain osa ensihoidossa tehtävissä hoitotoimenpiteissä perustuu näyttöön, mutta suuri osa kliiniseen kokemukseen tai uskomukseen. (Ryynänen ym. 2008, 5, 71–72.)

4 YHTEENVETO: TOIMEENPANO JA OHJAUSMENETELMÄT ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTUKSESSA

Tutkimusta ohjaavat implementaatioteoria ja ohjausmalli-ajattelu sekä terveydenhuolto-laissa, Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalveluasetuksessa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksessä uudistukselle asetetut tavoitteet. Tutkimuksessa tarkastellaan, miten uudistus on toimeenpantu peilaten uudistukselle asetettuja tavoitteita. Ensihoitopalvelujärjestelmän muutoksessa näkyvät myös valtion erilaiset keinot ohjata tahoja, joka on vastuussa palvelujen järjestämisestä. Tutkittava ilmiö eli ensihoitopalvelujärjestelmän uudistus on valtion normi- eli sääntöohjauksen tulos, mutta sisältää myös informaatio- ja resurssiohjausta. Lainsäädäntöä muuttamalla järjestämisvastuuta muutettiin niin, että kuntien vastuulla ollut ensihoitopalvelu siirtyi sairaanhoitopiirien järjestettäväksi. Muutoksen toteuttamista varten on annettu myös asetus, joka antaa tarkemmat ohjeet palvelujärjestelmän muutoksen toteuttamisesta. Lisäksi palvelujen vastuulla olevaa tahoja, sairaanhoitopiirejä, on ohjattu antamalla informaatiota erilaisten ohjeiden muodossa. Kuviossa 4 kuvataan yhteenvetona implementaation ja ohjausmenetelmien vaikutusta ensihoitopalvelujärjestelmän uudistukseen.



KUVIO 4 Yhteenveto: Implementaatio ja ohjausmenetelmät ensihoitopalvelujärjestelmässä

5 TUTKIMUKSEN AINEISTONKERUU JA ANALYYSIMENETELMÄT

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämä on laadullinen tapaustutkimus, jossa tavoitteena oli tuottaa haastattelujen avulla tietoa tutkittavasta ilmiöstä eli ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta Pirkanmaalla (Rastas 2005, 79). Tapaustutkimuksen avulla pääsin tutkimaan ilmiötä sen todellisessa ympäristössä ja tilanne oli todellinen eikä sisältänyt koeasetelmaa. Tapaustutkimuksen avulla tavoittelin tarkempaa kuvausta tutkittavasta ilmiöstä, jotta voisin analysoida myös haastateltavien antamia merkityksiä uudistuneelle toiminnalle. Tapaustutkimuksessa tutkimus kohteena olevalta ilmiöltä odotin sen sisältävän jonkin kiinnostavan asian, joka tekee tapauksesta ”tapauksen”. Tässä tutkimuksessa valitsin kiinnostavaksi tapauksesi ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen, josta tuli tutkimukseni kohde. Siihen liittyvät asiat ovat mielenkiintoisia ja sen vaikutukset näkyvät niin hallinnossa kuin konkreettisesti ensihoidon kentälläkin. (Salminen 1993, 187; Peuhkuri 2005, 293; Laine ym. 2007, 9-11.)

Tapaustutkimuskirjallisuus korostaa Timo Peuhkurin (2005, 295) mielestä tapauksen valinnan merkitystä ja sen perustelemista teorian näkökulmasta. Tavallisemmin tapauksen valinta on teorian ja empirian eli kokemuksen yhdistämisen tulosta. Tärkeintä on rajaaminen, joka tapahtuu tutkimustavoitteiden ja teoreettisen viitekehyksen kautta. Näkemykset ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta ja sen toimeenpanosta peilaten asetettuihin tavoitteisiin, ovat rajanneet tämän tutkimuksen tapausten valintaa. Haastattelututkimuksessa osallistuvien määrään vaikuttavat käytettävissä olevat resurssit, raha ja aika. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tutkimusilmiön tarkastelualueeksi olin valinnut Pirkanmaan, jossa on 22 kuntaa. Kuntien määrä oli myös osasy syy tutkimuksen rajaamiselle, jotta muodostuva tutkimusaineisto olisi hallittavissa ja siksi valitsin vain kaksi kuntaa tähän tutkimukseen.

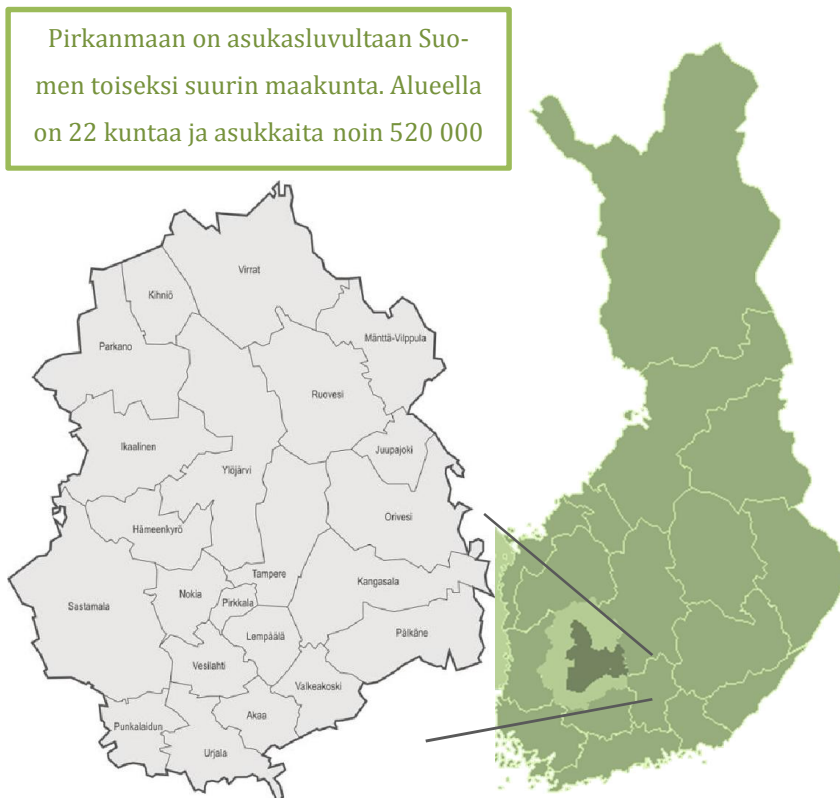
Pirkanmaan kunnista päätin valita kaksi kuntaa, joissa on erilainen ensihoitopalvelujen tuottamistapa. Toisen kunnan, Oriveden alueella, ensihoitopalveluja tuottaa yksityinen palveluntuottaja ja toisella alueella, Pirkkalassa, palvelut tuottaa Pirkanmaan pelastus-

laitoksen organisaatio. Tarkastelemalla ensihoitouudistusta yksittäisten kuntien kautta, odotin, että saan yksityiskohtaisempaa tietoa ja eri toimijoiden kokemuksia uudistuksesta sekä monipuolisemman kuvan uudistuksesta. (Kananen, 2013, 77.)

Tutkimusta varten hain kaksi tutkimuslupaa koskien Pirkkalan kuntaa ja Oriveden kaupunkia. Pirkkalan kunnan tutkimuslupahakemuksen lähetin Pirkkalan perusturvatoimen kirjaamoon ja sen oli hyväksynyt Pirkkalan perusturvaosaston terveydenhuollon ylilääkäri. Toisen luvan hain Tampereen kaupungin konsernihallinnolta, koska vuoden 2014 alusta alkaen Tampere on hoitanut isäntäkuntamallilla Oriveden kaupungin sosiaali- ja terveystalvet. Luvan hyväksyi konsernihallinnossa toimiva projektipäällikkö ja tutkimusta varten nimettiin yhteyshenkilö Tampereen kaupungin konsernihallinnosta.

5.2 Case Pirkanmaa

Pirkanmaan on asukasluvultaan Suomen toiseksi suurin maakunta. Alueella on 22 kuntaa ja asukkaita noin 520 000



KUVA 1 Pirkanmaa Suomen kartalla

(Yhdistetty kaksi kuvaa, jotka löytyvät osoitteista:

http://www.pirkanmaa.fi/files/files/pirkanmaa/kuvia%20ja%20karttoja/Pirkanmaa_2013.jpg ja

http://tilastokeskus.fi/tup/seutunet/tampere_alue_fi.html)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyi 13.11.2012 ensihoidon palvelutasopäätöksen alueellaan, joka astui voimaan 1.1.2013 ja on voimassa 31.12.2014 asti. Palvelutaso päätöksessä on sovittu Pirkanmaan alueen ensihoitopalveluista ja asetettu toiminnalle tavoitteet. Pirkanmaan ensihoitopalvelun strategiset tavoitteet kuvataan seuraavalla tavalla: ”Ensihoitopalvelun tärkeimpänä tavoitteena on samantasoisten ensihoitopalvelujen tarjoaminen riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla. Tavoitteena on osaavan, hyvin johdetun ja tehokkaan ensihoitopalvelun järjestäminen Pirkanmaalle luomalla toiminnallinen maakunnallinen kokonaisuus ilman kunta- ja aluerajoja. Tavoitteena on, että ensihoitopalvelu on tuottavaa, vaikuttavaa ja tehokasta ja käytettävissä olevat resurssit on kohdennettava oikein”. (PSHP palvelutasopäätös 2012, 3.)

Pirkanmaan ensihoidon palvelutasopäätös rakentuu Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalveluasetuksessa (A340/2011) säädettyihin asioihin ja se laatimisessa on käytetty apuna Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat ohjeet sairaanhoitopiireille palvelutasopäätöksen (STM 2011:11) laatimiseksi. Päätös sisältää Pirkanmaan alueen riskialue- luokat, tehtävien kiireellisyysluokat ja tavoittamisajat, yksiköiden asemapaikat, palvelutason määrittelyn sekä kuntien väliset kustannustenjakoperusteet. Lisäksi päätöksessä määritellään ensihoitopalvelun yksiköt, henkilöstö ja johtaminen sekä eri tahojen kanssa tapahtuvat yhteistyö ja virka-apu. Päätöksessä määritellään myös toimeenpanon aikataulu. (PSHP palvelutasopäätös 2012.)

Pirkanmaan alueen väestö koostuu 22 kunnan alueella asuvista noin 520 000 asukkaasta (kuva 1). Tässä tutkimuksessa tapaustutkimuskuntina toimivat Pirkkala ja Orivesi. Pirkkala on noin 18 000 asukkaan kunta Pirkanmaalla ja sijaitsee aivan Tampereen naapurissa. Pirkkalan ensihoitopalvelun toteuttamisesta vastaa Pirkanmaan pelastuslaitos. Orivesi on 9600 asukkaan kunta, joka sijaitsee 40 kilometrin päässä Tampereelta. Oriveden ensihoitopalvelut tuottaa yksityinen palvelujentuottaja. (Oriveden kaupunki, Pirkkalan kunta, Pirkanmaan liitto.)

5.3 Tutkimusaineisto ja aineiston keruu

Tutkimusaineiston muodostivat Pirkkala ja Orivesi, jotka muodostivat tässä tapaustutkimuksen kaksi tapausta. Näiden kahden tapauksen avulla on valittu tutkimuksen haas-

tateltavat ja kerätty aineisto. Haastateltavat muodostivat rajatun joukon, jotka haastattelukysymyksiin vastaamalla muodostivat näkemyksen ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta, sen toimeenpanosta peilaten asetettuihin tavoitteisiin Pirkanmaalla.

Haastattelumenetelmänä olen käyttänyt puolistrukturoitua haastattelua, jossa etenin kysymysrunгон avulla. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja kysymykset olin muodostanut etukäteen peilaten ensihoitopalvelujärjestelmän uudistukselle laissa ja asetuksessa asetettuja tavoitteita. Nämä toimivat keskustelun runkona, mutta mahdollistivat tarkentavat lisäkysymykset. (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 11.) Kysymykset testasin etukäteen tekemällä koehaastattelun ensihoitopalveluissa työskentelevälle henkilölle. Koehaastattelua ei nauhoitettu eikä sen sisältöä analysoitu tutkimusta varten. Koehaastattelun avulla testasin haastattelurungon toimivuutta ja haastatteluun kuluvaa aikaa.

Tässä tutkimuksessa kaikkia haastateltavia voidaan luonnehtia asiantuntijoiksi. Haastateltavat valittiin heidän työtehtävänsä perusteella, ei henkilökohtaisin perustein. Tietoa keräsin haastattelemalla ensihoitajia, ensihoitopalvelun lähijohtajina toimivia sekä kuntatoimijoita. Haastateltavaksi valitsin asiantuntijat, koska oletin, että heillä on tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja sen merkityksestä käytännön ensihoitopalveluun. Ilmiöstä pyrin saamaan fakta-tietoa, mutta asiantuntijahaastateltavat pystyvät tuottamaan myös omiin kokemuksiin liittyviä tietoa. (Alastalo & Åkerman 2010, 373–374, 378.)

Haastateltavaksi valitsin kuntatoimijoita, ja nämä haastateltavat valittiin sekä tutkijan esityön perusteella että ns. lumipallotekniikan (snowball sample) avulla (Metsämuuronen 2006, 47). Siinä ensimmäinen haastateltava nimesi seuraavan haastateltavan, kenellä hän olettaa olevan tietoa oman kuntansa ensihoitopalvelujärjestelmästä. Myös kuntatoimijoiden haastatteluja voidaan ajatella asiantuntijahaastatteluina, sillä heidät on valittu haastateltavaksi työtehtävänsä perusteella olettaen, että heillä on ilmiöön liittyvää tietoa.

Pirkkalassa aloitin haastattelut tutkimussuunnitelman mukaisesti sosiaali- ja terveystalveluista vastaavan kuntatoimijan haastattelulla. Pyysin häntä nimeämään kuntansa organisaatiosta kuntatoimijan, jolla olisi tietoa ensihoitopalvelusta Pirkkalan kunnan näkökulmasta. Koska Pirkkalassa ensihoitopalvelut tuottaa Pirkanmaan pelastuslaitos,

pyysin Pirkanmaan pelastuslaitokselta haastateltavaksi henkilöä, jonka alaisuuteen ensihoitopalvelut kuuluvat. Hän puolestaan nimesi kaksi ensihoitajaa Pirkkalasta haastatteluja varten. Ensihoitajien haastattelut tein heidän työvuorojensa aikana, enkä tiennyt etukäteen, ketkä henkilöt tulevat haastatteluun. Haastattelut tein pääsääntöisesti henkilöiden työpaikoilla, mutta yhden haastateltavan kutsuin kotiini haastattelua varten käytännön syistä.

Orivedellä haastattelin ensimmäisenä kaupunginjohtajaa ja hän nimesi seuraavaksi haastateltavaksi toisen kuntatoimijan. Ensihoitopalveluista haastattelin lähijohtajana toimivaa henkilöä sekä kahta hänen nimeämäänsä ensihoitajaa. Haastattelut tein henkilöiden työpaikoilla, lukuun ottamatta yhtä ensihoitajan haastattelua, jonka tein puhelinhaastatteluna pitkän välimatkan ja aikataulujen yhteensopimattomuuden takia.

Tutkimusaineistoa täydensin ensihoitokeskuksen vastuualuejohtajan haastattelulla, mikä toimi myös asiantuntijahaastatteluna ja siinä selvitin yleisesti ensihoitouudistukseen liittyviä asioita. Tämän haastattelun avulla sain lisätietoa Pirkanmaan tilanteesta, sillä vain Pirkanmaahan kohdistuvaa kirjallista tietoa ensihoitopalveluista on vähän saatavilla julkisten dokumenttien avulla.

Haastatteluja tein yhteensä 10 ja niiden kesto vaihteli 12 minuutista 109 minuuttiin. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 259 minuuttia. Litteroitua tekstiä muodostui Word tekstinkäsittelyohjelmalla (riviväli 1,15 Calibri fontilla 12) kirjoitettuna 35 sivua. Litteroinnin jälkeen numeroin haastattelut juoksevalla numerolla 1-10. Numeroinnin avulla voin osoittaa, että tulosten analyysiä olen tehnyt käyttäen kaikkia aineiston haastatteluja ja mistä haastattelusta kyseinen näyte on peräisin.

5.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston käsittelyn aloitin nauhoitettujen haastattelujen purkamisella. Olin nauhoittanut kaikki haastattelut ja litteroin ne analysointia varten. Litterointi on osa aineiston analyysiä, sillä litteroinnissa tehdyt valinnat vaikuttavat laadullisen aineiston validiteettiin eli luotettavuuteen. Lukijalla ei ole pääsyä tutkimuksen alkuperäiseen aineistoon, mutta tulkintojen läpinäkyvyyden näytän lukijoille haastattelunäytteiden kaut-

ta, jotka esitän tulosten yhteydessä. Haastattelunäytteiden perustella lukija saa mahdollisuuden tehdä omia tulkintoja näytteiden perusteella. (Silverman 2006, 159; Nikander 2010, 432–433.)

Haastatteluja tehdessäni olin jo päättänyt, että analysoin aineistoa asiasisältöjen perusteella. Tämän takia en haastatteluiden enkä litteroinnin aikana ole kiinnittänyt huomiota haastateltavien ilmeisiin, eleisiin, vuorovaikutukseen tai puhumisen tapaan. Litteroin omat ja haastateltavien puheenvuorot sanasta sanaan enkä käyttänyt litterointimerkintöjä kuten taukojen pituuksia, puhumisen tapaa tai elekieleen liittyviä ilmaisuja. Litteroinnin aikana pääsin tutustumaan keräämäni aineiston sisältöön ja sen jälkeen luin paperille tulostettuja tekstejä läpi sekä tein merkintöjä sivumarginaaleihin. Merkinnät toimivat aineiston muistiinpanoina ja toivat esille, mitä aineisto sisältää pitäen samalla mielessä tutkimuskysymykset ja ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksen tavoitteet. Tämän vaiheen jälkeen aloitin aineiston luokittelun analyysirungon avulla. (Richards 2005, 69; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93; Ruusuvuori 2010, 424–423.)

Tätä aineistoa olen analysoinut teorialähtöistä eli deduktiivista otetta soveltaen. Teorialähtöisessä sisällön analyysissä käytetään luokittelua, joka perustuu johonkin teoriaan tai käsitteistöön. Uudistukselle asetetut tavoitteet toimivat apuna aineiston analyysirungon rakentamisessa ja aineiston analyysissä. Analyysirungon rakentamisen olin aloittanut käymällä läpi ensihoitopalvelujärjestelmän uudistukselle asetettuja tavoitteita. Muodostin rungon, jossa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalveluista (340/2011) sekä näiden perusteluasiakirjoissa (HE 90/2010 ja Koskela 2011) asetetut tavoitteet oli listattu ja niitä yhdistelemällä muodostin yläluokat (liite 3). Yläluokkien muodostumiseen vaikuttivat myös tutkimuksen viitekehuksesta implementaation eli toimeenpanon ja normi- eli sääntöohjauksen vaikutukset yläluokkaan. Taulukossa 2 olen kuvannut ensihoitopalvelun henkilöstö – yläluokan muodostumista. Ensihoitopalvelun tavoitteista olen poimittu keskeisen sisällön kuvaamaan tavoitetta analyysirungon muodostumisessa. Yläluokkien muodostumiseen vaikuttivat myös tutkimuskysymykset (ks. luku 1.2). (Silverman 2005, 159; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97, 113–116.)

TAULUKKO 2 Esimerkki I analyysirungon muodostumisesta

Tavoite	Muodostettu yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> • perus- ja hoitotason henkilöstön määrittely • pätevyysvaatimukset • henkilöstön saatavuuden turvaaminen • säännöllinen koulutusmahdollisuus • asiantuntemus • terveydenhuollon hoitoketjun vahvistaminen 	Ensihoitopalvelun henkilöstö

Yläluokkia muodostui analyysirunkoon seitsemän (7):

1. Uudet toiminnot ja niiden implementointi
2. Toiminnan kustannukset
3. Ensihoitopalvelun henkilöstö
4. Ensihoitopalvelun laatu ja vaikutukset asiakkaille
5. Uudistuksen vaikutus ensihoitopalveluissa työskenteleviin
6. Ensihoitopalvelun kehittäminen
7. Odotukset ensihoitopalvelun tulevaisuudesta

Analyysissä etenin teorialähtöistä sisällönanalyysiä mukaillen, joka on useimmin käytetty menetelmä laadullisen aineiston analyysissä (Elo ym. 2014, 1). Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä yläluokat, joiden muodostumisen olen kuvannut esimerkin avulla taulukossa 2, olivat valmiina, mutta alaluokat muodostin aineiston perusteella. Taulukossa 3 on esimerkki alaluokkien muodostumisesta ja aineiston luokittelusta. Ensin taulukossa on alkuperäinen ilmaus, toisessa sarakkeessa on alkuperäisten ilmausten perusteella muodostettu pelkistetty ilmaus, joista olen muodostanut aineistosta nousevan alaluokan. Alaluokka on sijoitettu etukäteen muodostetun yläluokan alle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.)

TAULUKKO 3 Esimerkki II aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”kustannuksia nostanut uudet toiminnot: ensihoitokeskus, kenttäjohtajajärjestelmä, lähtövalmius” ”myös pätevyysvaatimukset vaikuttavat kustannuksiin” ”jonkin verran kalustovaatimukset” ”kustannusten kasvu valtava, vaikka palvelutaso ei muuttunut” ”vanhassa systeemissä vaikea erotella kustannuksia” ”pystymmekö vertaamaan aikaisempaan?” ”mistä kustannukset koostuvat?” ”kustannusten muodostumisen avaaminen” ”vertailu, millainen muissa sairaanhoitopiireissä kustannustaso on ja miten muodostunut” ”ei ole tuottavaa kunnan näkökulmasta”	kustannusten nousun monet syyt kohonneet kustannukset vertailu entiseen malliin vaikeaa kustannusten muodostuminen vertailutieto tuottamatonta	kustannusten moniulotteisuus kustannustietoisuus ja vertailtavuus	TOIMINNAN KUSTANNUKSET

Haastattelut sisälsivät myös kysymyksiä, joissa haastateltavat pystyivät tuomaan esille omia kokemuksiaan uudistuksesta, toimeenpanosta, vaikutuksista omaan työhön ja odotuksista ensihoidon tulevaisuudesta oman työnsä näkökulmasta. Nämä taulukoin samoja periaatteita noudattaen kuin tavoitteita käsiteltäessä kolmen eri pääluokan alle (ks. liite 3). Aineiston analyysin loppuvaiheessa tein vielä erillisen yhteenvetotaulukon itselleni, helpottamaan tulosten aukikirjoitusta lukuun kuusi. Siinä käytin apuna muodostuneita alaluokkia, jotka olin yhdistänyt yläluokkiin. Jokaisen yläluokan yhteyteen kokosin, mitä siitä oli noussut keskeisesti esille.

Aineiston analyysiä tehdessäni en ole luokitellut vastauksia vastaajien taustatietojen perusteella. Tällä tavoin olen pyrkinyt turvaamaan haastateltavien anonymiteetin eli yksityisyyden säilymisen. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kuvausta tutkittavasta ilmiöstä Pirkanmaan alueella asiantuntijoiden kuvaamana, joten asioita ei peilata taustatietoihin. Kuitenkin haastateltavat toivat monipuolisesti esille erilaisia näkökulmia ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta, koska heidän suhteensa ensihoitopalveluihin ovat erilaiset. Tämän takia en voida välttyä siltä, että vastauksissa nousee esille asioita, jotka liittyvät vain ensihoitajan työhön tai kuntatoimijoiden käsitykseen asioista. Aineis-

ton analyysiä tehdessä nousi erityisesti esille uudistuksen vaikutus ensihoitajan työhön, joten muodostin oman yläluokan, johon keräsin ensihoitajien esille tuomia asioita. Tämän esittelen alaluvussa 6.2.5 Uudistuksen vaikutus ensihoitopalveluissa työskenteleviin. Tässäkin kappaleessa olen huomionnut, että tulokset ja haastattelujen katkelmat esitän niin, että haastateltavien yksityisyys säilyy.

Analyysin tulokset esitellään yhteenvedonomaisesti enkä vertaile kuntia toisiinsa. Aineiston perusteella olen muodostanut kokonaisuuden, jossa tarkastelen, millaisia näkemyksiä vastaajilla on ensihoitopalvelujärjestelmän uudistuksesta ja sen toimeenpanosta peilaten asetettuihin tavoitteisiin sekä odotuksiin että kehittämistarpeisiin tulevaisuudessa. Koska tutkimuksen tarkastelualueena on Pirkanmaa, olen tulosten analyysissä peilannut myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksen tavoitteita.

6 TUTKIMUSTULOKSET: ENSIHOITOPALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTUKSEN VAIKUTUKSET

6.1 Uudet toiminnot ja niiden toimeenpano

Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistukseen liittyy uusia toimintoja ja toimintatapoja, joiden vaikutus näkyy erityisesti Pirkanmaalla. Hallituksen esityksessä terveydenhuolto- laiksi ensihoitokeskuksen perustamisen tavoitteena on ollut toiminnan suunnittelun ja ohjauksen keskittäminen, jotta kustannuksia saataisiin vähennettyä. Ensihoitokeskukselta odotetaan myös tehokkuutta. (HE 90/2010, 81, 84.) Uusilla toiminnoilla tarkoitetaan uudistuksen myötä käynnistynyttä ensihoitokeskusta, ympärivuorokautista ensihoitolääkäripäivystystä ja ensihoidon kenttäjohtajatoimintaa. Edellä mainitut ovat konkreettisia uusia toimintoja Pirkanmaan alueella, mutta näiden lisäksi järjestelmän uudistuksessa on asioita, jotka vaativat asioiden ajattelua uudella tavalla ensihoitopalveluissa. Tärkeimpänä näistä on tavoite, että ensihoitopalvelu on maakunnallinen, toiminnallinen kokonaisuus ilman kuntarajoja.

Erityisvastuualueen ensihoitokeskus

Pirkanmaan erityisvastuualueen ensihoitokeskus (jatkossa ensihoitokeskus) on perustettu 1.5.2011. Ensihoitokeskus on sairaanhoitopiirin lakisääteinen eli normiohjauksen pohjalta syntynyt uusi toiminto. Ensihoitokeskuksesta säädetään terveydenhuoltolain 46 pykälässä ja tarkemmin STM ensihoitopalveluasetuksessa (3 §), jossa määritellään sen tehtävät. Erityisvastuualueen tehtävänä on terveydenhuoltolain (46 §) mukaan:

- ”1) vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä
- 2) suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan
- 3) sovittaa yhteen alueensa hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirrot
- 4) vastata sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta
- 5) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet.”

Ensihoitokeskuksen tehtäviä on tarkennettu ensihoitopalveluasetuksen (A340/2011) kolmannessa pykälässä. Sen mukaan ensihoitokeskus vastaa alueensa ensihoitopalvelujen yhteensovittamisesta huomioimalla maantieteelliset erityispiirteet ja kielen. Ensihoi-

tokeskus osallistuu myös muiden erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten kanssa valtakunnallisten ohjeiden laatimiseen. Ensihoitokeskus seuraa alueensa toiminnan tunnuslukuja, vaikuttavuutta ja edistää tutkimustoimintaa. Ensihoitopalveluissa käytettävien sähköisten potilastietojärjestelmien yhteensovittaminen sairaanhoitopiiriin muiden tietojärjestelmien kuuluu myös ensihoitokeskuksen tehtäviin. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ensihoidon palvelutasopäätöksessä vuosille 2013–2014 (2012, 15) on asetettu tavoitteeksi ”voimavarojen oikea, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen suuntaaminen potilaan laadukkaan ensihoidon toteuttamiseksi”.

Haastateltavat toivat esille, että ensihoitokeskus näyttäytyy melko hallinnollisena, mutta myös ohjeiden antajana ja koulutusten järjestäjänä. Yhtenäisten lääke-, hoito- ja konsultaatio-ohjeiden myötä koko alueella toimitaan samojen ohjeiden mukaisesti, joka on tuonut toimintaan järjestelmällisyyttä ja selkeyttä. Aineistosta nousevat vastaukset kuvaavat ensihoitokeskuksen roolia ohjaavaksi, joka ohjaa tuottamalla informaatiota ensihoitopalvelun yksiköiden käyttöön.

”...se on näkyvintä, ensihoitokeskuksen hallinnollinen toiminta”(H4)

”...saatu koulutusta ensihoitokeskuksen kautta...”(H7)

”ensihoidon on mennyt järjestelmällisemmäksi, kun ensihoitokeskus valvoo ja ohjeistaa toimintaa...”(H9)

Haastateltavien vastausten perusteella yhteistyö ensihoitokeskuksen kanssa on monimuotoista. Yhteistyö näyttäytyy eri toimijoiden näkökulmasta erilaisena ja yhteistyössä on erilaisia tasoja. Ensihoitokeskuksella on rooli viranomaisyhteistyössä, jossa se toimii linkkinä ensihoitopalvelun ulkopuolella oleviin yhteistyötahoihin. Haastattelussa ilmaistiin, että yhteistyö näkyy hyvin konkreettisena esimerkiksi ohjeiden saamisen muodossa. Toisaalta yhteistyötä palveluntuottajiin ja kuntiin ei nähty toimivana kokonaisuutena eikä aina ole helppo saada yhteyttä ensihoitokeskukseen tai vastausta esitettyihin kysymyksiin. Myös palautetta toiminnasta toivottiin saatavan enemmän. Haastateltavat toivat esille, että ensihoitokeskuksen rooli yhteistyötä koordinoivana yksikkönä ei näyttyä kaikille samanlaisena. Muutama haastateltava arveli, että yhteistyö ensihoidon kentällä on voinut lisääntyä, mutta yhteistyötä alueen kuntien kanssa ei nähty lisääntyneen tai parantuneen millään tavalla.

”...nyt puhutaan tässä siitä, että miten kunta sen näkee (yhteistyön lisääntymisen) tai miltä se näyttäätyy järjestäjän siinä PSHP:n vinkkelistä... että yhteistyö on lisääntynyt ja se varmasti voi olla niin ja hoitopolut on selkiytynyt, mutta kuntatasolla se ei näy eikä näyttäyty” (H1)

”ennen asiat hoituivat nopeastikin (kunnan kanssa), nyt lähtee postia ensihoitokeskukselle ja vastaus tulee sitten kun tulee.” (H6)

Ensihoitokeskuksen tehtäviin kuuluva tunnuslukujen seuranta sai osakseen kritiikkiä ja tunnuslukujen säännöllinen saaminen kuntien käyttöön nähtiin erittäin puutteellisena. Esimerkkinä tuotiin esille, että samantyyppinen kuukausittainen raportointi ensihoitopalvelujen toteumasta kuin erikoissairaanhoidon toteumasta nykyisin tulee, olisi hyvä tiedonsaanti keino. Toisaalta muutamassa haastattelussa tuotiin esille, että tietoja toiminnasta voisi hankkia myös omaehtoisesti ja miettiä, millaista tietoa kunnat tarvitsevat päätöksenteon tueksi ensihoitopalveluista ja niiden toteutumisesta. Erityisesti kuntatoimijat olivat tyytymättömiä saatuihin tietoihin toimintaluvuista ja toiminnankustannuksista. Kustannusten ennakointi kunnissa on ollut vaikeaa, koska raportointi sairaanhoidopiiriltä kunnille on ollut puutteellista. Kunnilla ei ollut käytettävissä vuoden 2013 osalta tietoja ensihoidon kustannuksista laadittaessa vuoden 2014 budjettia. Ensihoitokeskuksen rooli voidaan siis nähdä ohjaavana myös alueensa kuntia ja palveluntuottajia kohtaan, kun se tarjoaa heille informaatiota toiminnasta ja kustannuksista.

”Äärettömän pettynyt olen raportointiin joka sieltä PSHP:stä tulee...” (H1)

”pitää myös terästyä (kuntien), mitä tietoja sieltä tarvitaan ja voidaan-ko kesken vuoden jotain tehdä korjaavia liikkeitä tai miten palvelutaso täyttyy...” (H10)

Muutoksia ensihoitopalveluihin ensihoitokeskuksen koordinoimien tehtävien myötä ovat olleet tutkimustoiminnan lisääntyminen ja hoitolaitosten väliset siirrot. Ensihoitokeskuksen koordinoima tutkimustoiminta näkyy ensihoidon kentällä jonkin verran, mikä näkyy työssä kirjallisten töiden lisääntymisenä. Pirkanmaan ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaan, hoitolaitosten väliset siirrot on eriytetty ensihoidosta ja niitä koordinoi ensihoitokeskus. Siirtokuljetuksia hoitavat erilliset 25 yksikköä, joita ensihoitokeskus voi käyttää apuna esimerkiksi suuronnettomuustilanteissa.

”...tietysti pirkanmaalaisittain on kiireettömän siirtokuljetuksen erottaminen ensihoitojärjestelmästä... toimii tosi tehokkaasti ja hyvät ensimmäisen toimintavuoden luvut on hyviä ja sen suhdetta vanhaan järjestelmään on vaikea erottaa”(H3)

Ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmä

Ensihoitopalvelun kenttäjohtajan tehtävät ja pätevyysvaatimukset on määritelty STM ensihoitopalveluasetuksessa (A340/2011, 10§). Kenttäjohtajajärjestelmän yhtenä tavoitteena on toimia yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa kentällä. Lisäksi kenttäjohtajat osallistuvat ensihoidon hoitotason tehtäviin ja toimivat moniviranomais- ja monipotilastehtävissä terveydenhuollon yksiköiden tilannejohtajina. Kenttäjohtaja vastaa yhdessä hätäkeskuksen kanssa ensihoitovalmiudesta ja alueensa ensihoitoyksiköiden tehtävienjaosta. Kenttäjohtaja on yhteydessä hätäkeskukseen ja voi tukea hätäkeskusta, jos se joutuu poikkeamaan normaaleista päivittäistoiminnanohjeista, jotka se on alueensa ensihoidokeskukselta saanut. (HE 90/2010, 134; A340/2011 10§; Kuisma ym. 2013, 25, 85.)

Pirkanmaalla nähdään, että alkukankeuden jälkeen kenttäjohtajatoiminta on lähtenyt kentällä sujumaan. Kenttäjohtaja nähdään mahdollisena lisäapuna ja lisäavun hälyttäjänä ensihoitotehtävissä. Kenttäjohtajan rooli on ensihoidon kentällä kuitenkin enemmän koordinoivana kuin konkreettisenä lisäapuna ensihoitotehtävissä. Tilanteissa, joissa ensihoitotehtävää on suorittamassa useat yksiköt ja useat viranomaiset, nähdään kenttäjohtajan johtamisosaamisen olevan paikallaan esimerkiksi liikenneonnettomuustilanteissa.

”ehkä nyt hieman aluksi alkukankeutta, toiminta hakee uomiaan...”(H5)

”aluksi hämmensi, miksi tulee meitä kokeneita neuvomaan, nyt toimii tosi hyvin, olemme ymmärtäneet sen roolin ja antaman tuen, jos tapahtuu esim. isoja onnettomuuksia”(H9)

”katselisivat enemmän kenttää, ei aina tarvitse tulla kohteeseen... kokonaiskuva Pirkanmaan tilanteesta...”(H7)

”kokisin että sen kenttäjohdon tehtävä olis tää kentän yksiköiden jatkuva organisoiminen ja sen johtamisosaamisen tuominen sinne monen yksikön monipotilastehtäville eikä ehkä niinkään sellaisen yksittäisen potilaan hoitoon lääkinnällisen osaamisen tuominen”(H5)

Haastatteluissa tuli esille, että kenttäjohtajajärjestelmä on ollut olemassa jossain muodossa jo aikaisemmin ja on tuttu varsinkin pelastuslaitoksen organisaation kautta. Kenttäjohtaja toimii samantyyppisesti kuin pelastuslaitoksella käytössä oleva lääkintäesimiestoiminta (”Lauri 4”).

”kenttäjohtajajärjestelmä on tuttu, koska sitä on toteutettu aikaisemmassa järjestelmässä.... pelastuslaitoksen sisällä oli lääkintäesimies...”(H3)

”...aikaisemmin oli periaatteessa kenttäjohtajajärjestelmä, lääkintäesimiehet toimii samassa roolissa, hieman eri muodossa kun nykyään...”(H4)

Ensihoidon kentällä toimivien mielestä kenttäjohtajaa tarvitaan pitämään halussaan kokonaistilannetta. Sen tulisi olla kenttäjohtajan tärkein tehtävä, sillä jos hän osallistuu itse ensihoitotehtävään, kokonaisuuden hallinta ei onnistu. Kenttäjohtaja tekee tarvittaessa myös valmiussiiroja, jos hän havaitsee jollekin alueelle jäävän ns. ”tyhjiön” eli siellä on puutetta ensihoitoyksiköistä. Kenttäjohtajan tehtävää pidetään tärkeänä ja varsinkin roolia kokonaistilanteen hallitsijana. Kenttäjohtaja ohjaa kentän toimintaa seuraamalla alueensa ensihoitotehtäviä ja tuottaa informaatiota yksiköille sekä hätäkeskuskelle.

”kenttäjohtajalta kysellään, mikä auto voi minnekin lähteä, toivoisin, että enemmän keskittyisivät autojen organisointiin, joskus tullut lääkitsemisavuksi ja kolaritilanteessa on hyvä, että ottaa johtajuuden.”(H7)

”kenttäjohtajan pitäisi olla koko ajan tietoinen koko Pirkanmaan kaikista yksiköistä ja samalla hän itse osallistuu osittain operatiiviseen toimintaan se ei ole mahdollista tehdä kahta asiaa yhtä aikaa”(H3)

Ensihoidon kenttäjohtaja tehtävän olemassaolo nähdään myös ensihoidon uskottavuuden kannalta hyvänä, koska on tärkeää, että ensihoidollakin on oma toimintaa johtava henkilö, joka muilla viranomaisilla on jo ollut.

”se ensihoidon kenttäjohtaminen on tietynlaisen uskottavuuden tuonut koko alalla....että on joku selkästi alueella sitä johtava hahmo olemassa johtaa.....se sen tehtävä yleistä ensihoidon uskottavuutta se nostaa kyllä”(H5)

Ympäri vuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys

Ympäri vuorokautisen ensihoitolääkäripäivystyksen käynnistyminen alkoi Pirkanmaalla uudistuksen myötä, kun terveydenhuoltolain 46 pykälässä säädettiin erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien tehtäväksi ympäri vuorokautisen ensihoitopalvelun lääkäripäivystyksen suunnittelu ja toteuttaminen sekä lääkärihelikopteritoiminta. Ympäri vuorokautinen ensihoitopalvelun lääkäriyksikön toimeenpano käynnistyi, kun Pirkanmaan ensihoitokeskuksen maayksikkö aloitti toimintansa 1.9.2011 ja lääkärihelikopteritoiminta aloitettiin 1.9.2012.

Ensihoitolääkäripäivystyksen alkaminen on pääasiassa herättänyt positiivisia ajatuksia, heidät nähdään osaavina, ensihoitokentän tuntevina ja he ovat saatavilla ympäri vuorokauden. Ensihoitolääkärit myös ohjaavat kenttää, kun tarvitaan konsultaatioapua tai päätetään potilaan hoitopaikasta.

”...positiivisessa mielessä että hoito-ohjeisiin ja menettelyihin on tullut tietynlainen selkeys...”(H5)

”helpottanut ja selkeyttänyt konsultointia”(H6)

”luo turvaa, oon tosi tyytyväinen, nyt selkeä, ketä konsultoi verrattuna entiseen, ei tiennyt ketä konsultoi tai millaisia vastauksia”(H7)

”nyt selkeä konsultaatiopaikka, hoito-ohjeiden tiedustelupaikka, puhelimitse saadaan yhteys ja voi konsultoida lääkäriä, joka tuntee kentän olosuhteet...”(H4)

Ensihoitolääkäripäivystyksen puuttuminen on aiheuttanut lisätyötä sairaaloissa päivystävälle lääkäreille. Lääkärin konsultointi on nyt selkeämpää ja tarvittaessa lääketieteellinen osaaminen tuodaan myös kohteeseen potilaan luo. Se on vaikuttanut myös siihen, että kentälle on tullut jonkin verran lisää toimenpiteitä ja lisätutkimusmahdollisuuksia. Haastateltavien mielestä tärkeintä on kuitenkin, että voi konsultoida sellaista lääkäriä, joka tuntee olosuhteet, missä ensihoidon kentällä toimitaan. Tällöin esimerkiksi saadut ohjeet ovat sellaisia, mitä kentällä on mahdollista toteuttaa.

”...ketä konsultoi verrattuna entiseen, ei tiennyt ketä konsultoi tai millaisia vastauksia... Nyt päivystäjät ovat kiinnostuneita, varsinkin kantavat huolta jos perustaso lähtenyt kiiretehtävään”(H7)

”tietää ketä konsultoi, se on selkeää, ennen mietittiin, ketä nyt pitäisi konsultoida...”(H9)

”nyt pelkästään ensihoitoa tekevät lääkärit, se tuo laatua...”(H6)

Päivystävällä ensihoitolääkärillä on mahdollisuus etsiä lisätietoja potilaasta, koska kentällä ei ole mahdollisuutta saada tietoonsa muuten potilaan aikaisempia potilastietoja. Ensihoitolääkäri voi olla apuna myös hoitopaikan valinnassa, vaikka suurin osa potilaisista kuljetetaan Pirkanmaalla Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapuun Acutaan. Potilaita hoidetaan enemmän kotona kuin aikaisemmin, suuntaus ollut vastaavanlainen jo ennen tätä uudistusta, mutta nyt saa tarvittaessa lisää hoito-ohjeita ja apua hoitopaikan valinnasta lääkäriltä. Varsinkin kuljettamatta jättämispäätökseen haetaan usein tukea konsultoimalla ensihoitolääkärinä.

”aika paljon joutuu konsultoimaan just niistä hoitopaikoista...”(H5)

”rajatapauksissa käydään neuvotteluja, jos itsellä epävarmuus kuuluko potilas perusterveydenhuoltoon vai erikoissairaanhoidon...”(H4)

Ensihoitolääkäritoiminta on saanut jonkin verran kritiikkiä, millaisiin tehtäviin sen pitäisi osallistua ja millaisiin ei. Haastateltavat kuitenkin uskoivat, että kokemusten karttuessa tämä asiaa selkenee ja saa vakiintuneen muodon. Kokemus ensihoidon kentällä toimimisesta yhdessä ensihoitajien kanssa lisää osaamista ja sen mukana ensihoitopalvelun laatua.

”viä hakee paikkaansa että mikä on se kynnys missä lääkäriyksiköllä on käyttöä ja missä ei että”(H3)

”...keskittyvät tähän, ymmärrys lisääntyy koko ajan, kentän ja lääkärin osaaminen yhdessä = laatua”(H6)

6.2 Toiminnan kustannukset

Hallituksen esityksessä terveydenhuoltolaiksi (HE90/2010, 79, 81) perustellaan ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirtämistä kunnilta sairaanhoitopiireille kustannusten hallinnalla. Keskitetty toiminnan suunnittelu ja ohjaaminen mahdollistaisi taloudellisemmän tavan toimia. Hallituksen esityksessä on arvioitu ensihoitopalveluun liittyvien

muutosten kustannusvaikutuksia jonkin verran. Esityksessä on huomioitu Pirkanmaan erityisasema ensihoitolääkäripäivystyksen osalta ja todettu, että ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys tulee nostamaan Pirkanmaalla ensihoidon kustannuksia, koska vastaavaa järjestelmää ei ole aiemmin ollut. Muualla maassa ensihoitolääkäripäivystys ei aiheuta lisäkustannuksia vaan laki vakiinnuttaa jo käytössä olevaa toimintaa. Toisaalta Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen ensihoitopalveluista perustelumuihossa Anne Koskela (2011, 17) arvioi, että ensihoitopalvelun uudelleen järjestäminen nostaa kustannuksia erityisesti uudistuksen toimeenpanovaiheessa, mutta toiminnan vakiintuessa tuo keskitetyn toiminnan avulla kustannussäästöjä.

Kustannuksia nostaviksi arvioidaan uusien toimintojen kuten kenttäjohtajajärjestelmän käyttöönottoa ja välitöntä lähtövalmiutta sekä henkilöstön palkkakulujen muutosta. Kustannusten nousua aiheuttavat myös henkilöstön pätevyysvaatimuksien muuttuminen. Kaiken kaikkiaan ensihoidon kustannusten ennakoiminen on vaikeaa, koska aikaisemman sairaankuljetustoiminnan, jota ei ollut tarkasti säädelty, kustannusten selvittäminen on ollut vaikeaa. Myös sairaanhoitopiirien tekemät päätökset potilaiden tavoittamisajoista ja käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat ensihoitopalvelun kustannuksien muodostumiseen. (HE 90/2010, 82–83.)

Kaikissa haastatteluissa ensihoidon kasvaneet kustannukset tulivat esille ilman, että niistä ehdin kysyä muiden asioiden yhteydessä. Kustannusten nousun syynä Pirkanmaan alueella nähtiin uusien toimintojen tuleminen ja muutokset toiminnassa, kuten ensihoitokeskuksen toiminta, kenttäjohtajajärjestelmä ja lähtövalmiuden nostaminen välittömäksi koko alueella. Myös pätevyysvaatimuksien muuttuminen nähtiin kustannuksia nostavaksi.

”... ymmärrettäviä kustannusnousu perusteita on uudet yksiköt, on siis ensihoitokeskus... sitten kenttäjohtajajärjestelmä... nämä on selkeitä uusia toimintoja, joiden kustannuksia on helppo erotella, niitä ei ollut vanhassa järjestelmässä” (H3)

”laatutaso parani nyt, välitön lähtöaika nyt, miehitys koko ajan paikalla. Koulutuksen lisävaatimukset, laatu parani, aikaisemminkin oltiin hyvin tyytyväisiä, mutta kustannustaso nousi merkittävästi.. ...Suhteessa, mikä oli laatutason parannus, kustannustaso nousi enemmän kuin kuntalaisten palvelutaso.” (H8)

Kaikki haastateltavat toivat myös esille kuntien aseman ensihoidon kustannusten maksajana. Huolta herätti kustannusten kasvun nousu ja samaan aikaan huonontunut kuntien taloustilanne. Ensihoitopalveluihin kohdistuu säästöpainetta ja ne näkyvät jo esimerkiksi kalustohankinnoissa. Suurin huolenaihe on seuraavan ensihoidon palvelutasopäätöksen sisältö ja pelko esimerkiksi yksiköiden vähenemisestä.

”...näkyvät konkreettisemmin välineistössä, ei uusita niin usein, uusien välineiden saanti/hankinta ei ole yhtä jouhevaa kuin aikaisemmin, johtuu rahasta...”(H4)

Haastatteluissa tuli myös ilmi, että on epäselvää, miten nykyiset kustannukset ovat muodostuneet ja mihin nykyisiä kustannuksia verrataan. Useat haastateltavat totesivat, että vertailua ei suoranaisesti varmasti voi edes tehdä. Toisaalta myös tieto, millaiset ensihoidonkustannukset ovat muissa sairaanhoitopiireissä, kiinnosti haastateltavia, jotta he voisivat verrata oman sairaanhoitopiirin kustannuksia muihin.

”onko vertailukelpoista aikaisempaan, pitää puhua samoista asioista, jotta voidaan vertailla.”(H8)

”meillä palvelutaso on pysynyt samana ja koska meillä oli hyvä palvelutaso jo ennen tätä...”(H1)

”...merkittävin kustannustennousuun liittyy ensisijaisesti siihen että mikä valmius on ollut aikaisemmin... muutoksessa on isoimmat eurot kun siirrytään välittömään valmiuteen...”(H3)

”...iso muutos on sitten ensihoitoasetuksen tuomat henkilöstön pätevyysvaatimukset...”(H3)

”... jonkin verran kalustuksellisia vaatimuksia...!”(H3)

Kustannusten nousulle nähdään kuitenkin loogisia syitä ja monet kustannusten nousuun vaikuttavat tekijät selittyvät laissa tapahtuneilla muutoksilla. Lainsäädännön muutokset ovat tuoneet mukanaan uusia toimintoja, jotka aiheuttavat lisäkustannuksia.

”...se tietysti nostaa varmasti kustannuksia ...mutta kun se ei näy täällä mitenkään, sitten se että sillä on kustannuksia nostava vaikutus, kannatan koulutusta, siitä ei ole kysymys.”(H1)

”jotenkin näillä valmiusaikojen nostamisella on perusteltu kaikki kustannusnousut, vaikka ymmärtääkseni siinä on aika paljonkin muitakin tekijöi-

tä jotka niitä kustannuksia nostaa jos että jos iso organisaatio perustetaan ja lyödään jotain käyntiin...”(H5)

Kustannusten noususta esitetään esimerkkinä tapaustutkimuskuntien ensihoitopalvelun kustannuskehitys ensimmäisen vuoden aikana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin esityksessä Pirkkalan kunnan ensihoidon kokonaiskustannukset ovat vuoden 2013 osalta noin 570 000 euroa ja Oriveden kaupungin 355 000 euroa. Ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaan kustannukset jaetaan suhteessa 50 % asukasluvun ja 50 % käytetyn ajan perusteella. Esityksessä tuodaan esille myös ennakoitujen kustannukset ja toteuman perusteella tehtävä lisälaskutus tai palautusmäärät kunnille. Ennakoituihin laskelmiin nähden Pirkkalan kunta maksaa vuodesta 2013 lisää noin 130 000 euroa ja Oriveden kaupunki saa hieman palautusta noin 24 000 euroa suhteessa siihen, mitä ovat ennakkoon maksaneet. (Hiltunen 2013, PSHP ensihoidon palvelutasopäätös 2012.)

Muutamat haasteltavat pystyivät esittämään arvion kustannusten nousun suuruudeksi omalla toiminta-alueellaan. Pirkkalan kunnan osalta arvio oli, että kustannukset ovat nousseet 250 000 euroa vuodessa, vaikka palvelutaso on pysynyt samana. Oriveden kaupungin osalta arvio on, että kustannukset ovat nousseet noin 150–200 000 euroa vuodessa, vaikka palvelutasossa ei tapahtunut muutosta. Tästä syystä kaikki eivät ole nähneet uudistusta tarpeellisena, koska panostamalla rahaa uudistuksen toteuttamiseen, koetaan, että ei ole saatu tai tarvittu mitään lisää. Myös tyytyväisyys uudistusta edeltäneeseen aikaan on vaikuttanut mielipiteeseen asiasta.

”mietin miten tätä puolta, itse en nähnyt sitä panostusta sen väärinä, mitä tämä tuo kustannuksia lisää, tottahan se on ja monta henkeä on pelastettu... palvelut eivät muuttuneet kuitenkaan mihinkään”(H2)

” millaista laatutasoa tavoitellaan, laki pitää täyttää, mutta laadun ja kustannusten tasapaino, erilaisia malleja varmaan on, jolla se voidaan tehostaa toimintaa ja saada kustannuksia alas”(H8)

Uudistuksen tavoitteena oli kustannussäästöjen aikaansaaminen keskitetyllä toiminnan ohjaamisella. Tämän tavoitteen ei voi katsoa toteutuneen ainakaan uudistuksen tässä vaiheessa. Aineiston keruu hetkellä uudistus oli ollut voimassa ja toiminnassa vuoden ajan. Syitä siihen, miksi tämä tavoite ei ole toteutunut, haastateltavat toivat esille useita. Lainsäädännön muuttuessa ensihoitopalvelujärjestelmään tuli mukaan uusia toimintoja,

mitkä nostivat kustannuksia. Uuden ja vanhan järjestelmän vertaaminen on myös osoittautunut vaikeaksi, jonka takia kustannuskehitystä on ollut vaikea arvioida. Uudistuksen kaikkia hyötyjä keskittämistä ei myöskään ole osattu käyttää tai saatu toimimaan. Haastateltavat ajattelevat myös vielä melko paljon oman kunnan tai yksikön näkökulmasta, vaikka asioita tulisi tarkastella koko Pirkanmaan näkökulmasta. Ensihoitopalvelua ei siis nähdä vielä maakunnallisena kokonaisuutena ja tämä näkyy myös kustannusajattelussa.

”käytännössä ei tullut mitään lisää, meistä tuli maksumiehiä ja sitä ainakin tulevaisuudessa keskustellaan, mutta pienemmillä paikkakunnilla ei ymmärrettävästi ole rahkeita maksaa kokonaan siitä heille aiheutuvia kustannuksia” (H2)

”nythän maksajia ovat tässä kehyskunnat ja Tampere, kauempana olevat maksavat vähemmän... kunnan näkökulmasta tämä ei ole aluealuepolitiikkaa, että meidän pitäisi tukea kauempana olevia” (H1)

6.3 Vaikutukset ensihoitopalvelun asiakkaille ja henkilöstölle

Ensihoitopalvelun uudistuminen näkyy myös ensihoidon asiakkaille ja se on vaikuttanut ensihoitopalveluissa työskenteleviin muuttuneiden pätevyysvaatimusten takia. Uudistuksen vaikutukset näkyvät myös kentällä työskentelyssä.

Ensihoitoyksiköiden välitön lähtövalmius on näkynyt asiakkaille siten, että he ovat saaneet apua paikalle nopeammin kuin aikaisemmin. Tämä voi kuitenkin vaihdella alueittain ja on näkynyt eri tavoin eri paikkakunnilla. Pirkanmaalla näkyvin muutos on ollut se, että potilaan luo voi tulla ensihoitajien lisäksi lääkäri tai kenttäjohtaja hoitamaan potilasta. Kokonaisuudessaan hätätilapotilaan luo voi mennä enemmän resursseja kuin ennen ja myös lääkärihelikopterin ilmestyminen taivaalle on huomattu kunnissa. Asiakkaat näkevät uudistuksen konkreettisesti esimerkiksi kenttäjohtajan tai lääkärin läsnäolona hoitotilanteissa tai lääkärihelikopteritoiminnan kautta. Resursseja hätätilanteessa on enemmän käytettävissä ja apu saadaan paikalle nopeammin. Asiakkaalle uudistus näyttäytyy myös muuttuneiden hoitokäytäntöjen kautta, hoito aloitetaan jo kohteessa. Ennen keskityttiin potilaan kuljettamiseen sairaalaan. Tämä kehitys on tosin alkanut jo ennen tätä uudistusta.

”on näkynyt ainoastaan helikopterilentojen lisääntymisenä...”(H2)

”tietysti se että kuntalaiset voi hämmästyttää, että miks ihmeessä, kuntalainen on varmaan aiemmin ajatellut, että ensihoito on se, että tullaan hakemaan ja viedään jonnekin, nyt hoidetaan enemmän kotona, mut siinäkin se on kans aika tavalla mennyt yli”(H1)

”kenttäjohtaja ja ensihoitolääkäri, joka tulee autolla tai kopterilla paikalle, se on näkyvintä”(H4)

”palvelu paranee tulee nopeammin, mutta kalustoa on vähemmän, voi avunsaanti viivästyä”(H6)

Pätevyysvaatimukset on määritelty asetuksessa ensihoitopalveluista (A340/2011, 8§), johon on kirjattu ensivaste-, perus- ja hoitotason yksiköissä työskentelevän henkilöstön pätevyysvaatimukset. Kahdeksannen pykälän mukaan ensihoitopalvelun yksiköiden henkilöstöllä on oltava vähintään seuraava koulutus:

- ”1) **ensivaste**yksikössä vähintään kahdella henkilöllä ensivastetoimintaan soveltuva koulutus
- 2) **perustason** ensihoidon yksikössä:
 - a) ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus
 - b) toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö.
- 3) **hoitotason** ensihoidon yksikössä:
 - a) ainakin toisen ensihoitajan on oltava ensihoitaja AMK taikka terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen opintokokonaisuuden yhteistyössä sellaisen ammattikorkeakoulun kanssa, jossa on opetus- ja kulttuuriministeriön päätöksen mukaisesti ensihoidon koulutusohjelma
 - b) toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö.”

Koulutusvaatimuksien määrittelyyn ja pätevyysvaatimuksiin vaikuttivat ensihoitopalvelun säätäminen osaksi terveydenhuoltoa ja tavoitteena on terveydenhuollon hoitoketjujen vahvistaminen, kun tarvearvion, potilaan tilan vakiinnuttamisen ja kuljettamisen tekevät terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet henkilöt. (HE 90/2010, 87.) Haastatelluaineiston perusteella ensihoitajien kirjatut pätevyysvaatimukset nähdään hyvänä ja laatua nostavana tekijänä, joka yhdenmukaistaa ensihoitopalvelun kenttää. Pääasiassa

pätevyysvaatimuksien tuleminen on koettu positiivisena ja hyvänä asiana, joka on selkeyttänyt ensihoidon kenttää.

”...on hyvä, että on hyvin koulutettuja ensihoitajia... kannatan koulutusta...”(H1)

”...näkynyt sillä tavalla, että ihmiset ovat innostuneet opiskelemaan ensihoitajia amk tutkintoa tai lisäkoulutukseen, vaikka työkokemuksen perusteella ollaan päteviä”(H9)

”koulutusvaatimukset nousivat, paransi laatua, kun vaaditaan tietyt koulutukset, yhdenmukaiset ainakin”(H8)

Pätevyysvaatimusten muuttuminen on vaikuttanut eri tavalla riippuen siitä, kenen palveluntuottajan palveluksessa on ennen uudistusta työskennellyt. Näiden haastattelujen perusteella suurin vaikutus muuttuneille pätevyysvaatimuksille on ollut pelastuslaitoksella, jossa on työskennellyt pelastaja-ammattinimikkeellä olevia henkilöitä ensihoitotehtävissä. Tämä on aiheuttanut pelastuslaitoksella muun muassa ongelmia työvuorojärjestelyissä ja johtanut jopa yhteistoimintamenettelyyn.

”tämmönen asetus on työelämän kannalta huono... tää kovinkin kiistelty pelastajien osuus... tämä alkoi 2013 alusta pelkän asetuksen pätevyysvaatimukset muutti meidän aikaisemman henkilöstörakenteen oleellisest...yt neuvottelua käytiin eri ammattiryhmien kanssa, jotta me pystyttiin muokkaan asetuksen mukainen henkilöstö”(H3)

Muutokseen on ensihoitopalveluissa pääasiassa osattu varautua ja jo aikaisemmin ovat olleet voimassa uutta lainsäädäntöä vastaavat pätevyysvaatimukset. Jonkin verran uudistus on vaikuttanut perus- ja hoitotason autojen miehityksiin, mutta siitä ei ole muodostunut ongelmaa. Koulutusvaatimusten muuttuminen ei ole näkynyt työntekijöiden rekrytoinnissa.

”ei varsinaista ongelmaa, vanhat työntekijät saivat jatkaa, mutta ilman lisäkoulutuksia eivät voi hakea uusiin paikkoihin tai virkoihin”(H4)

Kuitenkin kritiikkiä on saanut osakseen se, että ei ole tarkasti tiedossa, mitä 30 opintopisteen lisäkoulutukseen pitää sisältyä. Lisäksi nähdään, että pitkä työkokemus sai väistyä pätevyysvaatimusten tieltä. Lisäkoulutuksen puuttuminen voi vaikeuttaa myös toisen työnantajan palvelukseen siirtymistä. Pätevyysvaatimukset vaikuttavat myös, jos

palveluntuottaja vaihtuu, se voi viedä joltakin työpaikan, jos vaadittavaa koulutusta ei ole.

”...se on aika heikkokin eli siinä on hoitotason määräyksessä sairaanhoitaja joka joutuu suorittaa 30 opintopisteen ensihoitoon suuntaavan lisäkoulutuksen kukaan ei ole avannut mitä se 30 opintopisteen lisäkoulutus on sisällöltään...”(H3)

Sosiaali- ja terveystalvuelujärjestelmien keskittämislellä (tässä ensihoitopalvelut) tavoitellaan myös henkilöstön osaamisen ja saatavuuden parantumista (HE 90/2010, 79). Pätevyysvaatimusten nousun nähdään myös lisäävän osaamista. Uudistuksen myötä saatu lisä- ja täydennyskoulutus, joka on ollut ensihoitokeskuksen organisoimaa, on ollut säännöllisempää ja tavoitteellisempää.

”hyvää, että hoitotason autossa hyvä osaaminen, osaamista myös perustasolla, koulutus lisääntynyt... osaaminen lisääntynyt ja ihmiset kehittyneet koulutusten takia”(H7)

”ensihoido tarjooa asiallista ja asiantuntevaa hoitoa”(H1)

”sairaanhoitopiiri on aikaisemminkin järjestänyt ensihoitajille koulusta, nykyään se on säännöllisempää ja tavoitteellisempää”(H4)

”...koulutusvaatimukset ja se vaatimus siitä jatkuvasta lisäkouluttautumisesta kurssittamisesta ne on selkeästi muuttunut... näkisin että se on parantanut kyllä palveluiden laatua ja tasapuolistanut eripalvelun tuottajien toimintaa”(H5)

Konkreettisesti ensihoitopalvelun uudistuksen vaikutukset työskentelyyn ensihoidossa vaihtelevat, vaikka pääasiassa työnkuva on pysynyt ennallaan. Ensihoitajien perustyönkuva on pysynyt pääosin ennallaan, mutta esimerkiksi hoito-ohjeiden laatija ja hoidon konsultointipaikka on muuttunut. Järjestämisvastuun siirtyminen näkyy myös siinä, että hoito- ja konsultaatio-ohjeet sekä muutokset lääkevalikoimaan tulevat nyt ensihoitokeskuksen kautta. Lähtövalmiuden muutokset ovat vaikuttaneet ensihoidon henkilöstöön eniten. Kaikkialla ei ollut aiemmin välitöntä lähtövalmiutta ympärivuorokauden, vaan osan aikaa päivystettiin varalla ollessa kotona. Siirtyminen välittömään lähtövalmiuteen on muuttanut työaikoja ja varallaolo on jäänyt pois. Välitön lähtövalmius varallaolon sijasta nähdään positiivisena muutoksena. Se on tuonut mukanaan selkeät työajat ja selkeän palkan verrattuna entiseen ja sillä on positiivinen vaikutus työhyvinvointiin.

”perustyönkuva on säilynyt ennallaan, työnantaja pysynyt samana... nyt sairaanhoitopiiri määrittää asemapaikat, hoito-ohjeet... perustyönkuvassa ei ole isoa eroa konkreettisesti”(H4)

”välitön lähtövalmius, varallaolo poistunut, ennen 3 vrk töissä, nyt erilaisia työvuoroja 8 tai 24 h, enemmän vapaata, se on tosi hyvä asia. Varallaolo oli kotona. Nyt töissä ollessa asemalla, vapaalla olen vapaalla”(H7)

”työaika selkeä, ennen varallaoloa, kotipäivystys. Nyt ollaan asemalla, se on oikeaa työaika, välitön lähtövalmius, ja koko työajasta normaali palkka... Tuntuu, että työtä arvostetaan, kun se on nyt näin selkeästi järjestetty”(H9)

Ensihoitopalvelujen uudistuksen myötä työtehtävät ovat hieman muuttuneet ja töitä on organisoitu eri tavoin. Esimerkiksi maakunnasta Tampereelle potilaan tuonutta yksikköä voidaan sen vapauduttua hälyttää ensihoitotehtävään, jos sen nähdään olevan lähin vapaana oleva yksikkö. Tämä on monipuolistanut ja tuonut haasteitakin ensihoitajille Pirkanmaan alueella.

”työ monipuolistunut, esimerkiksi hälytetään Tampereen tehtäviin, jos ollaan paikalla tai lähimpänä, se monipuolistaa omaa työtä”(H9)

”hälytystehtävät on vähän muuttuneet, perustasolle kiireettömät tehtävät, kiireelliset ensisijaisesti hoitotasolle, henkilöstö jakautunut eri lailla autoissa, sairaanhoitaja hoitotason autoissa, he ovat siellä aina”(H7)

Ensihoitopalvelun sähköisten tietojärjestelmien käyttöönotto Pirkanmaalla ei ole vielä toteutunut. Kirjaukset potilaan ensihoitotapahtumasta tehdään edelleen paperille eikä ensihoitajilla ole suoraan yhteyttä alueen potilastietojärjestelmiin. Ensihoitopalveluun sähköinen potilastietojärjestelmä on tulossa jossain vaiheessa, mutta tarkkaa ajankohtaa ei ole tiedossa. Tilannetta, jossa tarvitaan tietoja potilaan aikaisemmasta terveydentilasta, on helpottanut, että ensihoitopalvelun päivystävällä lääkärillä on pääsy alueen potilastietojärjestelmiin. Konsultaation avulla voi saada lisätietoa esimerkiksi potilaan perussairauksista tai lääkityksistä. Tämä nähdään parannuksena ja tuovan apua ensihoitotyötä tekeville kentälle.

”on käyty keskustelua pitkään, uskon, että jossain vaiheessa tulee, välillä enemmän esillä, ilmeisesti siinäkin vielä vähän vaiheessa se asia. Pitää tulla koko alueelle sama järjestelmä”(H4)

”tiedän että sellainen on käytössä... kovasti odotan että semmonen tulee on siitä varmasti puhuttu...”(H5)

6.4 Ensihoitopalvelun laatu, kehittäminen ja odotukset tulevaisuudesta

Ensihoitopalvelun uudistamisella on tavoiteltu laatua ja laadun nähdään muodostuvan eri tekijöistä. Palvelujärjestelmän uudistumisen jälkeen toiminnan kehittäminen jatkuu ja erilaisia odotuksia kohdistuu myös ensihoitopalvelun tulevaisuudelle.

Ensihoitopalvelun laatu

Ensihoitopalvelujärjestelmän uudistamisen keskeisenä tavoitteena on ollut ensihoidon saatavuuden, yhdenmukaisuuden, tasapuolisuuden ja laadun parantaminen. Edellä mainittujen asioiden tavoittelu lainsäädäntöä muuttamalla oli myös apulaisoikeuskansleri Jaakko Jonkan (2007) lausunnon tarkoituksena, sillä hän toi esille huolen yksilön kannalta yhdenvertaisuuden ja eriarvoisuuden toteutumattomuuden ensihoitopalveluissa. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen ensihoitopalveluista (A340/2011) perustelumuistiossa hallintoneuvos Anne Koskela (2011, 5) tuo esille, että sairaanhoitopiireissä tulee suunnitella ja toteuttaa mahdollisimman tasavertainen ja laadukas ensihoitopalvelu huomioiden alueensa väestön tarpeet. Koskelan arvion mukaan uudistuksen vaikutukset asiakkaille näkyvät nimenomaan kuntakohtaisten erojen kaventumisena, tuovat laatua hoitoon ja tasapuolistavat hoidon saatavuutta.

Haastatteluaineiston perusteella ensihoitopalvelun laatua on saatu parannettua Pirkanmaalla. Laadukkaaseen ensihoitoon nähdään vaikuttavan monet eri tekijät. Laatua nostavat lainsäädäntöön kirjatut pätevyysvaatimukset ja ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys. Näiden asioiden yhteisvaikutus nostaa ensihoitopalvelun laatua ja osaamista sekä tuo lisää lääketieteellistä osaamista kentälle.

”saatavuus, riittävyys, samantasoisuus, yhdenmukaisuus toteutuvat.”(H8)

”kyllä ne ihan kohtalaisesti toteutuvat, periferiassa yöllä vain yksi auto ja silloin tuntuu, ettei se riitä”(H7)

Osa vastaajista näkee tämän uuden lain laatulakina, mutta silti palvelujen saatavuuden, valtakunnallisen yhdenmukaisuuden ja tasavertaisuuden toteutuminen nähdään eri tavoin tai jollakin tavalla puutteellisena. Näkemyksissä korostuu, että näillä resursseilla ei päästä yhdenmukaiseen tavoitavuuteen maantieteellisten erojen takia. Vastaajien mielestä myös valtakunnallisesti ensihoitopalveluissa on vielä eroja eikä voida puhua yhdenmukaisesta toteutustavasta kaikissa sairaanhoitopiireissä. Lisäksi eri vuorokauden aikoina palvelujen yhdenmukaisessa saatavuudessa on eroja, varsinkin yöllä. Toisaalta esimerkiksi riskiluokituksen avulla saadaan tarkempaa tietoa eri alueiden ensihoidotarpeista.

”uudistus lähtenyt yhdenmukaisuudesta, tämä on laatulaki, kansalaisten yhdenvertaisuuden parantaminen”(H8)

”voimakas hyvä parannus nyt on että oikeesti hyvää tietoa riskiruuduittain ensihoidon tarpeesta ympäri pirkanmaata”(H3)

”jos lähdetään siitä, että kaikille tasalaatuiset, ei toteudu, asumispaikka vaikuttaa... ei onnistu näillä resursseilla... eivät voi toteutua, toiminta-alue laaja, pitkiä matkoja sorateitä ym.”(H6)

”laki muovasi toimintaympäristöä aika lailla, yhdenmukaistaminen ei mielestäni ole toteutunut, tapoja toteuttaa on yhtä paljon, kun on sairaanhoitopiirejä”(H4)

”yhdenvertaisuudesta, edes Pirkanmaalla ihmiset eivät ole samassa asemassa, liittyy muuhunkin kuin ensihoitoon, siihen yritetään epätoivoisesti tehdä jotakin koko ajan”(H2)

Ensihoitopalvelun kehittäminen

Hallituksen esitykseen terveydenhuoltolaista vuonna 2010 on kirjattu tavoitteeksi kehittää ensihoitopalvelua, joka nähdään osana meneillään olevaa palvelurakennemuutosta (HE 90/2010, 6). Ensihoitopalvelun uudistus nähdään näiden haastattelujen perusteella kaiken kaikkiaan melko positiivisena, mutta monilla osa-alueilla nähdään myös kehittämistarpeita. Haastateltavat kiinnittivät huomioita myös siihen, että palvelujärjestelmän uudistus on ollut voimassa vasta vähän aikaa, joten kehittymistä tapahtuu myös kun aikaa kuluu. Uusista asioista saatujen käytännön kokemuksia tulisi hyödyntää, kun tehdään kehittämissuunnitelmia. Tästä esimerkkinä mainitaan ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmä. Kehittämistyötä tulisi myös tehdä yhteistyössä eri tahojen kanssa, jotta saavutettaisiin potilaan kannalta paras mahdollinen hoitoketju Pirkanmaalle.

”paljon hyvää, plussan puolella pidän uudistusta” (H7)

”Pirkanmaan alueella tärkein olisi kehittää kenttäjohtajan roolia, henkilökohtainen mielipide on, että sen pitäisi olla ohjaava toimija, ei suorittaja...” (H4)

”yhteistyötä voi aina lisätä, se yhteistyö lääkäriin ja kenttäjohtajaan kehittyi koko ajan” (H9)

”...kokemuksen kautta, kun vähän kuluu aikaa, uudistusta pidetty jo vähän aikaa käynnissä, tulee uusia ajatuksia ja tiedontarpeita. Raportoinnin kautta tietoa, foorumi, jossa puida asioita ensihoitoasiaa pitää puida ja vaikuttaa ennakoivasti” (H10)

”yhteistyötä voisi tehdä eri asioiden tiimoilta. Kehittämistiimi voisi olla, kattaisi esim. acuta, teho ja kenttätyö, kaikki toisivat tietonsa ja toiveensa yhteen, sen pohjalta potilaiden hoito” (H6)

Ensihoidon palvelutasopäätöksestä, siihen sisältyvistä asioista ja sen kehittämisestä nousi esille myös parannettavia asioita. Palvelutasopäätöksen sopimuskauden pituus, joka on nyt kaksi vuotta, nähdään liian lyhyenä. Sopimuksen pituus vaikuttaa ensihoidon kehittämiseen, koska lyhyellä aikajänteellä kehitystyötä ei ehdi tekemään. Palvelutasopäätöksen kahden vuoden voimassaolo on vaikuttanut myös erityisesti ensihoidon kentällä työskenteleviin työntekijöihin. Palvelutasopäätöksen sisältö vaikuttaa, miten ensihoitopalvelut toimivat seuraavalla sopimuskaudella. Työntekijöitä askarruttaa omien töiden jatkuminen tai työnantajan vaihtuminen ja sen vaikutus omaan työhön. Tämä asia korostuu, jos työskentelee yksityisen palvelutuottajan palveluksessa.

”sopimuksen kesto tulisi olla pitempi... Kuka ryhtyy kahden vuoden sopimuksella hommaan ja voi hankkia kaluston ym.? (H6)

”toivoisin pitempää sopimuskautta, 2 vuotta on lyhyt aika. Paremmin pääsisi asioita kehittämään, jos pitempi aikajana kuin kaksi vuotta” (H9)

”työntekijän silmin, kuka on työnantaja jatkossa? Toivosi, että vanha systeemi jatkuisi. Jos palveluntuottaja vaihtuu, pääseekö vanhana vai pääseekö ollenkaan, stressaavaa muutaman vuoden välein työsuhte katkolla” (H9)

Toiminnan kehittämiseen toivotaan maltillisia ratkaisuja ja uusien toimintatapojen hyvää valmistelua esimerkiksi pilotoimalla. Yhteistyön lisääminen nähdään myös tärkeänä

eri toimijoiden kesken, jotta kaikki mahdolliset taloudelliset hyödyt saadaan käyttöön. Mahdollisuutena tulee myös nähdä tukitoimintojen oikeanlainen käyttäminen eli mihin tilanteisiin tarvitaan ensivastetta, milloin lääkäriyksikköä tai kenttäjohtajaa. Näiden tukitoimintojen avulla pystytään paikkaamaan ja tuomaan lisäapua erilaisiin tilanteisiin. Lisäksi ne ovat hyviä työkaluja toiminnan ja talouden suunnittelussa ja toteuttamisessa.

”myös laitteiden huolto ja päivitys keskitetysti. Voisi keskitetysti kilpailuttaa, saisi taloudellista etua. Yhteistyötä voisi tehdä eri asioiden tiimoilta” (H6)

”... hyvin tarkkaan mietittävä just näitä ensihoitoon liittyviä tukitoimintoja että mitä pystytään niitten avulla taas paikkaan eli nyt alkaa olla hyvää tietoa ja on näitä ambulanssin lisäksi on se ensivastetointo ja on lääkäriyksikkö ja on kenttäjohtoyksikkö, kaikki ne on niitä työkaluja joilta ihminen apua saa” (H3)

Ensihoitopalvelujen kehittämiseen nähdään vaikuttavan myös vuoden 2015 alusta voimaan tulevan päivystysasetuksen ja sen, miten hätäkeskuksen toimintaa kehitetään. Hätäkeskuksen siirtyminen pois Pirkanmaalta on ollut heikentävä asia ensihoitopalveluille jo nyt, koska se sijaitsee melko kaukana. Lisäksi hätäkeskuksen roolin muuttuminen näkyy ensihoitopalvelun kentän kanssa tehtävässä yhteistyössä.

”nyt on mielenkiintoista nähdä, millaisia vaikutuksia päivystysasetus tuo tähän kokonaisuuteen.” (H2)

”aikaisemmin toiminut hätäkeskusjärjestelmä josta jonkin verran sai apua ja tukea siihen tehtävän suorittamiseen niitä sitä ei enää oikein ole” (H5)

Odotukset tulevaisuudesta

Ensihoitopalvelujen kehittämisessä nousi vahvasti esille ensihoidon palvelutasopäätöksen lyhyt, kaksivuotinen sopimuskausi. Seuraavan ensihoidon palvelutasopäätöksen valmistelu ja sisältö mietitytti haastateltavia monella tapaa. Monet toivat esille, että seuraavan palvelutasopäätöksen sisältöön kohdistuvat toiveet liittyvät kustannusten hallintaan. Toisaalta osa ei kohdistanut päätökseen mitään odotuksia vaan tunsikin enemmänkin pelkoa ja epävarmuutta, mitä se tuo tulleessaan. Kuntien taloudellisen tilanteen heikkeneminen tuo säästöpainetta myös ensihoitopalveluihin. On vaikea ennakoida, miten säästöpainet vaikuttavat ensihoitopalveluihin, mutta suurimpana pelkona on

yksiköiden väheneminen. Keinona säästökohdeiden löytämiselle, on ensihoitopalvelun kaikkien toimintojen tarkka läpikäyminen ja miettiminen, mistä voidaan säästää ilman, että lainsäädännön velvoitteet vaarantuvat.

”enemmän on varmaan pelkoja kuin odotuksia siitä, että yksiköitä ehkä jopa vähennetään” (H5)

”luonnollisesti kuntapuolella eletään semmosta talousvaikeutta että uskosin että talous tulee näyttelemään suurta roolia seuraavaan palvelutasopäätökseen. Missä sitten pystytään säästämään tulee olla hyvin tarkkaan harkittua ja perusteltua...” (H3)

”toivomus, että kustannukset pysyvät hanskassa, taloutta pitää miettiä, mutta myös palvelutaso pitää olla riittävä ja realistinen. ei voi palvelutaso enää parantaa, jos kustannustaso karkaa. Hinta-laatusuhde kohdalleen” (H10)

”ehkä enemmän pieniä pelkoja, kun ottaa huomioon kuntien taloustilanteen, joka ei ainakaan ole parantunut sitten viime sopimuksen tekotilanteen, säästöpainetta on ensihoidonkin suhteen varmasti... toivomme, ettei tule merkittäviä muutoksia eikä yksiköiden määrää vähennetä” (H4)

Palvelutasopäätöksen valmistelu nähdään myös tapahtuvan pääosin sairaanhoitopiirin toimesta ilman, että kuntatoimijat pääsevät mukaan vaikuttamaan siihen riittävästi tai heidän äänensä pääsee kuuluville. Haastateltavat toivat myös esille, että ensihoitopalveluun liittyvistä asioista keskustellaan alueen kuntapäätäjien tapaamisissa ja tilaisuuksissa, joissa kokoontuu erikoissairaanhoidon kehyskuntien tilaajarenkkaan edustajia. Valmisteluun toivotaan lisää vuorovaikutteisuutta. Kuntatoimijat kaipaavat myös tietoa päätöksenteon tueksi ja sitä saataisiin esimerkiksi keskustelemalla käytännön ensihoitotyötä tekevien kanssa. Valmistelun aikana tulisi myös keskustella, millaista laatutasoa seuraavalla sopimuskaudella tavoitellaan. Haastatteluissa tuotiin esille, että sairaanhoitopiirin valtuustossa olevien oman kunnan edustajien kanssa pitäisi lisätä keskustelua. Olisi tärkeää tietää, millaisella tiedolla valtuutettu päätöksensä tekee. Valtuutetun päätökseen vaikuttavat myös puoluepolitiikka.

”... Voisiko olla vähän vuorovaikutteisempi se valmistelu?” (H1)

”... enemmänkin voisi keskustella... päättäjillä paljon asioita, joita pitää hallita, kaikkea ei pääsee syvällisesti miettimään. Keskustelua myös käytännön työntekijöiden kanssa” (H10)

”millaista laatutasoa tavoitellaan, laki pitää täyttää, mutta laadun ja kustannusten tasapaino, erilaisia malleja varmaan on, jolla se voidaan tehostaa toimintaa ja saada kustannuksia alas”(H8)

Seuraavan palvelutasopäätöksen aikana mahdollisesti saadaan aikaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus koko valtakunnassa ja sen vaikutukset ensihoitopalveluihin herättivät myös monenlaisia ajatuksia. Tapahtuvien muutosten vaikutusta ensihoitopalveluihin ei pystytä mitenkään ennakoimaan tässä vaiheessa, kun muut ratkaisut ovat vielä auki.

”ei päivää riittä, jos siitä keskustellaan, mutta mikä on uusi sote... nyt valmistellaan uutta sopimusta vain vuosille 2015-2016, miten voidaan sopimus tehdä, kun mitä siltä odotetaan? Tuleeko ehtoja?... ei kukaan tiedä vielä”(H6)

Kunnille tuotettavien ensihoitopalvelujen kustannusten jakamisperusteet on asia, josta kuntapäättäjät haluavat keskustella ja miettiä niiden jakoperusteita. Myös näkemykset, että ensihoitopalvelu olisi maakunnallinen kokonaisuus, ei vielä näyttäydy ainakaan ensihoitopalvelun kustannuksista puhuttaessa. Esimerkiksi se, että yhdessä päätetään Pirkanmaan alueen ensihoitopalveluista, mutta kuitenkin kukin kunta haluaa sellaisen palvelutason ja maksuperusteen, joka sopisi heille parhaiten. Muutamat kysyivätkin, että pitääkö isompien kuntien maksaa pienempien kuntien kustannuksia? Toisaalta Hallituksen antamassa esityksessä terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010, 83), ohjeistetaan sairaanhoitopiirejä tekemään ensihoidon palvelutasopäätös, jossa ”toiminnansuunnittelussa lähtökohtana on koko väestön tasavertainen palvelu, eikä enää kuntakohtainen ja kuntarajoihin perustuva suunnittelu”.

”maksuperuste on iso keskusteltava asia, nousee väkisin esiin, se on yksi osa yhdenvertaisten palvelujen tarjoamista”(H2)

”valmistelussa pitäisi koota Pirkanmaan kunnat yhteen ja käydä sellainen keskustelu kokemuksista, odotuksista ja ajatuksista”(H8)

Odotuksissa ensihoitopalvelun tulevaisuuteen liittyen tuli esille myös perustyön ja työpaikkojen arvostaminen tulevaisuudessakin. Palvelutasopäätöksen sisällön säilyminen samana kuin kuluvalle sopimuskaudella voitaisiin myös turvata ihmisten työpaikat.

”pitäydyttäisiin perusasioissa, jos rahat on tiukalla, pitää keskittyä siihen, että perustoiminta on kunnossa”(H7)

”työntekijän silmin, kuka on työnantaja jatkossa? Toivosi, että vanha systeemi jatkuisi”(H9)

Uudistuksen toimeenpanon suhteen esitettiin myös parannusehdotuksia. Konkreettinen ja suoraan käytäntöön suuresti vaikuttava asia oli, että ensihoidon palvelutasopäätös astui voimaan 1.1.2012. Se vaikeutti toimeenpanoa, koska päivä oli kansallinen vapaa-päivä eli Uudenvuoden päivä. Tämän asian huomiointi, että sopimus olisi alkanut esimerkiksi 2.1.2012, olisi helpottanut käytännön asioiden järjestelyä. Myös palvelutasopäätöksen hyväksymisen jälkeen tehtäville kilpailutuksille tulisi varata riittävästi aikaa.

”... uudistuksen ajoitus, voiko muutos tulla voimaan muutoin kuin vuoden ensimmäisenä päivänä?”(H6)

Uudistuksen valmistelussa ja toimeenpanossa olisi vastaajien mielestä ollut parannettavaa. Tämä koskee niin toimeenpanoa Pirkanmaalla kuin ensihoitopalvelun uudistuksen valmistelua lainsäädännön tasolla. Selkeästi kuitenkin nähdään, että kun aikaa kuluu ja kokemusta uudistuksesta kertyy, asioiden odotetaan kehittyvän ja menevän oikeaan suuntaan. Yleisesti ensihoitopalvelun uudistuksessa on vastaajien mielestä nähtävissä sen valmistelijoiden tavat jäsentää ensihoitopalvelujärjestelmää. Kritiikkiä järjestämistapaa kohtaan saa erityisesti se, että uudistuksen valmistelussa ei ole huomioitu tarpeeksi hyvin erilaisia maantieteellisiä alueita ja pitkiä etäisyyksiä. Asiat, jotka toimivat Etelä-Suomen tiheään asutuilla alueilla eivät välttämättä toimi optimaalisesti harvempaan asutuilla alueilla esimerkiksi Pohjois-Suomessa. Myös yksityisen palveluntuottajan asema on vastaajien mielestä heikentynyt palvelujärjestelmää uudistaessa.

”uudistus, siinä valossa kun se tehtiin, siinä näkyy niiden tekijöiden kädenjälki ja intressit, se hieman harmittaa, olisi pitänyt ottaa huomioon kaikki toimijat tai koko Suomi. Olisi pitänyt pontevammin tavoitella parasta mahdollista hyötyä... tehdä yhteistoiminnallinen projekti tästä koko uudistuksesta (toimeenpanosta Pirkanmaalla) henki olisi voinut olla toisentalainen. (H4)

”jossain paikoissa se on ehkä vähän hätäsesti viety eteenpäin se uudistus, no toki se on ehtii elää muutaman vuoden aikana varmaan oikeeseen suuntaan”(H5)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullinen tutkimus on prosessi, joka on luonteeltaan kokonaisvaltaista ja se kootaan todellisista tilanteista. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat myös haastattelu, jossa ihmisten erilaiset näkökulmat asioihin pääsevät esille ja tutkimuksen kohdejoukko on valittu tarkoituksen mukaiseksi. Tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen tulee kiinnittää huomiota. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan raportti tutkimuksesta mahdollisimman tarkoin kuvattuna avaa lukijalle tulkintojen ja päätelmien taustat. Nämä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Luottavuuden arvioinnissa huomio kiinnitetään koko tutkimusprosessiin ja sen eri vaiheisiin. (Hirsjärvi ym. 2007; 160, 226–227; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–128, 135–141; Kiviniemi 2010, 70.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamissa ohjeissa korostetaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön toimintatapoja, rehellisyyttä ja huolellisuutta tutkimuksen eri vaiheissa. Ne perustuvat rehellisyyteen ja tarkkuuteen kaikissa tutkimusprosessin eri vaiheissa kuten tiedonkeruussa, aineiston analyysissä ja tulosten raportoinnissa. Tutkimusta varten on myös hankittu asianmukaiset tutkimusluvut. (Hirsjärvi ym. 2007, 24–25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133; TENK 2012, 6.) Eettisyys on huomioitu tässä tutkimuksessa monin tavoin. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää kohtelevaa ihmisiä kunnioittavasti sekä varmistamaan tutkittavien vapaaehtoisuuden. Tutkimuksen toteuttamista varten hain kaksi tutkimuslupaa organisaatiolta, johon tutkimus kohdistuu. Tutkittaville olen sekä kirjallisesti että suullisesti kertonut tutkimuksen vaiheista sekä haastattelun sisällöstä. Kaikilta haastateltavilta pyysin myös kirjallisen suostumuksen tutkimushaastattelun tekemiseen. Kirjallisessa tiedotteessa (ks. liite 1) olin kertonut tutkittaville tutkimusaineiston käsittelystä ja säilyttämisestä sekä mahdollisuudesta jättäytyä pois tutkimuksesta milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkittavien kanssa kävin myös keskustelua tapaustutkimusasetelman vaikutuksesta tutkimukseen. Kaikille oli selvää, että koska haastateltavat tulivat kahdesta kunnasta, on mahdollisuus, että lukija voi päätellä, ketä kuntatoimijoista tai esimiesasemassa olevista olen haastatellut. Esille tulleista asioista olen tehty tulosten osalta synteetin enkä ole esittänyt asioita erikseen kummankaan kunnan nimissä.

Haastattelujen luotettavuuteen vaikuttavat monet eri tekijät. Silveinanin (2006, 286–287) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan kokemus haastattelutilanteista, esihaastattelujen tekeminen ja samalla haastattelukysymysten esitestaus, jotta voidaan varmistaa, että kysymykset ovat ymmärrettäviä. Haastattelun luotettavuutta lisää myös se, että tutkija on nauhoittanut haastattelut, litteroinut ne auki ja pystyy niiden avulla esittämään otteita haastatteluista raportissaan. Edellä mainittuja periaatteita olen noudattanut tätä tutkimusta tehdessäni ja kaikki vaiheet olen kuvannut luvussa viisi.

Tutkimusaineiston analyysin olen pyrkinyt avaamaan mahdollisimman hyvin tuoden esille esimerkkejä aineiston luokittelusta, jotta lukija näkee, miten olen analyysin tehnyt. Haastattelunäytteiden avulla lukija saa käsityksen haastatteluiden sisällöstä ja hänellä on mahdollisuus tehdä omia päätelmiä, vaikka pääsyä koko aineistoon ei ole (Silverman 2006, 159; Nikander 2010, 432–433). Tutkimustulosten esittämisessä olen huomioinut tutkittavien yksityisyys ja tulokset on esitetty niin, että yksilöt eivät ole tunnistettavissa. Vastaajien henkilöllisyyden olen häivyttänyt haastattelunäytteistä, mutta vastaajan työtehtävä on mahdollista saada selville näytteiden perusteella. Tätä asiaa en voinut välttää, sillä esimerkiksi uudistuksen vaikutus kentällä työskenteleviin paljastaa, että kyseessä on todennäköisesti ensihoitajan esittämä näkemys asiasta. Tapaustutkimusasetelman takia, tulokset ovat sidoksissa aikaan ja paikkaan, jossa sen olen tehnyt. Myöskään tutkimuksen toistettavuus tämän takia ei ole kaikilta osin mahdollista. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 163–164; Peuhkuri 2005, 296, 298; Laine ym. 2007, 11.)

Tutkijana olen pyrkinyt säilyttämään objektiivisuuden tutkimaani ilmiötä kohtaan. Tutkimuksen kohteena oleva ensihoitopalvelujärjestelmä ei ole minulle ennestään kovinkaan tuttu enkä ole koskaan työskennellyt ensihoitopalvelussa. Olen hankkinut tietoa ensihoitopalvelujärjestelmästä kirjallisuuden avulla, mutta myös keskustelemalla ensihoitopalvelussa työskentelevien henkilöiden kanssa, jotta saisin käsityksen ensihoidosta. En asu kummankaan tapaustutkimuskunnan alueella. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja se on herättänyt julkisuudessa paljon keskustelua myös Pirkanmaalla. Olen seurannut tätä keskustelua ja uskon, että kyseessä on yleinen julkinen keskustelu, joka koskee kaikkia ensihoidossa toimivia niin sairaanhoitopiiriä kuin kuntien eri toimijoita sekä ensihoidon kentällä työskenteleviä.

Tutkimustuloksissa on huomioitava, että tarkastelemalla tästä aineistosta saatuja tuloksia, saadaan tietoa ilmiöstä paikallisella tasolla eikä se ole suoraan yleistettävissä koskemaan muita alueita. Uudistuksesta tehtävät havainnot voidaan kuitenkin nähdä esimerkkeinä, miten ensihoitopalvelujärjestelmän uudistus näyttäytyy laajempänä ilmiönä. Huomioitavaa on myös tutkimuksen teon ajankohta, sillä tulokset ovat myös aikasidonnaisia. Tutkimushaastattelut tein maaliskuuhun vaihteessa 2014, jolloin Pirkanmaan ensihoidon palvelutasopäätös oli ollut voimassa hieman yli vuoden, koska sopimus tuli voimaan 1.1.2013. (Peuhkuri 2005, 296, 298; Laine ym. 2007, 11.)

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Uudistuksen myötä ensihoitopalvelun pirstonaisen toimijakentän on nähty yhdenmukaistuneen, kun asetukseen ensihoitopalveluista on kirjattu ensihoitopalveluhenkilöstön pätevyysvaatimukset. Kirjatut pätevyysvaatimukset ovat myös nostaneet osaamisen tasoa ja laatua kentällä yhdessä käynnistyneen ympärivuorokautisen ensihoitolääkäripäivystyksen kanssa. Vaikka pätevyysvaatimusten tuloon oli ensihoitopalveluissa vaurauduttu, huonona asiana nähtiin pelastuslaitoksella ensihoitotehtävissä työskentelevien pelastajien heikentynyt asema, koska heillä ei ole terveydenhuollon koulutusta. Pätevyysvaatimusten muuttumisessa nähtiin myös, että pitkä työkokemus sai väistyä koulutuksen tieltä.

Tutkimustulosten perusteella uudistus nähdään melko positiivisesti, vaikka toiminnassa on asioita, joita haluttaisiin muuttaa tai kehittää. Positiivisena koettiin ensihoitopalvelun järjestämisen keskittäminen yhdelle taholle eli sairaanhoitopiirille. Vastaajien mukaan, nyt on selkeämpää, kuka johtaa ja on vastuussa ensihoitopalveluun liittyvissä asioissa. Aikaisemmin ensihoitopalvelussa oli useita tahoja, joihin oltiin yhteydessä, kun hoidettiin käytännön asioita tai tehtiin hankintapäätöksiä. Keskitetyn toiminnan kautta saadaan myös hoito- ja konsultaatio-ohjeita sekä toiminnan ohjaamista. Tämä yhdenmukaistaa kentällä tapahtuvaa toimintaa. Maailman terveysjärjestön vuonna 2008 (WHO World Health Organization) julkaisemassa ensihoitopalveluraportissa nostetaan esille tärkeänä asiana ensihoitopalveluiden yhtenäinen ja kattava organisaatio sekä toimintatavat, jotka kytkeytyvät maan muuhun terveydenhuoltoon. Raporttiin oli koottu 27 eurooppalaisen valtion ensihoitopalvelun (EMS emergency medical services) lainsäädäntö, rahoitus,

sairaalan ulkopuolinen ensihoitopalvelu ja päivystys, koulutusvaatimukset ja ensihoitopalvelu kriisitilanteissa. Raportti sisältää myös ensihoitopalvelun kuvauksen sekä arviointia eri maiden toiminnasta. Siinä kiinnitettiin huomiota myös ensihoitopalvelun henkilöstön koulutusvaatimuksiin, joissa havaittiin olevan paljon eroa niin lääkäreiden kuin ensihoitopalveluissa työskentelevien sairaanhoitajien tai sairaankuljettajien koulutuksessa. (WHO 2008, 13–14.)

Ensihoitopalvelun uudistuksen toimeenpano sai myös kritiikkiä haastateltavilta. Kritiikki kohdistui uudistuksen toimeenpanon valmisteluun Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, mutta myös lainsäädännön valmisteluun. Tutkimustuloksissa on piirteitä klassisesta top-down ja bottom –up näkökulmista uudistuksen implementaation osalta. Uudistuksen toimeenpanon ja toimeenpanon valmistelun, erityisesti ensihoidon palvelutasopäätöksen valmistelu, nähtiin tapahtuvan pääasiassa ylemmällä tasolla sairaanhoitopiirissä ja sitä toteutettiin alemmalla tasolla eli ensihoidon kentällä ylhäältä annettujen ohjeiden mukaan. Yhteistyön lisäämistä ja vuorovaikutteisuutta toivottiin erityisesti sairaanhoitopiirin ja kuntien välille. Tutkimustulosten perusteella voidaan havaittavissa puutteita implementointiketjun yhteistyön toimivuudessa (Hill & Hupe 2014, 43–47). Kukaan haastateltava ei myöskään tuonut esille, että toimeenpanosta olisi ollut eri tahoilla suunnitelma, miten ensihoitopalvelun toimeenpano alueella tehdään.

Päätöksentekoon osallistuminen ja vaikuttaminen ensihoitopalveluun liittyvissä asioissa ovat siirtyneet kauemmaksi kuntatoimijoista. Kuntatoimijat eivät ole vahvasti mukana ensihoitopalveluita koskevassa päätöksenteossa tai palvelutasopäätöksen valmistelussa, vaan päätösten nähtiin syntyvän sairaanhoitopiirissä. Puutteena nähtiin kuntien ja sairaanhoitopiirin valtuustossa edustavien ajantasaisen tiedon saaminen ja kustannusten seuranta, joka vaikeuttaa tulevan ennakointia ja suunnittelua. Ensihoitokeskuksella nähdään olevan informoijan rooli, koska sen vastuulla on muun muassa tunnuslukujen seuranta. Ensihoitokeskukselta toivotaan parempaa ja ajantasaisempaa tietoa ensihoitopalvelun käytöstä ja kustannuksista. Haastatteluissa tuli ilmi, että keskustelua ensihoitopalveluista tiedetään käytävän esimerkiksi kuntatoimijoiden tapaamisissa, mutta tieto ei näytä saavuttavan kaikkia tahoja, jotka tietoa tarvitsisivat. Kuntatoimijoiden omaa aktiivisuutta tarvitaan, jotta he saavat ajankohtaista tietoa päätöstentekonsa tueksi.

Tämän tutkimuksen päätöksenteko ja osallistumis- sekä vaikuttamismahdollisuuksista esiin tulleet asiat saavat vahvistusta aikaisemmista tutkimustuloksista. Niiranen ym. (2013a, 66–67) ovat todenneet tutkimuksessaan, että kuntien toiminnallisen johdon ja luottamushenkilöiden välinen yhteistyö vaikuttaa päätöksentekoon ja saatuun tietoon. Tarvitaan toimivat välineet tiedon välittämiseksi sekä keskustelua saatujen tietojen merkityksestä eri toimijoiden välillä. Luottamushenkilöiden saama tieto nähdään koostuvan esittelytekstien, vuorovaikutuksen sekä itse hankitun tiedon yhteistuloksena. Samansuuntaisia tuloksia kuin tässä tutkimuksessa saatiin myös Maarit Sihvosen (2006) väitöskirjatutkimuksessa, jossa tarkasteltiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen toimivuutta vuosina 2001–2005 haastatteleamalla sopimuksen tilaajien (kuntia tai kuntien muodostaman tilaajarenkkaan jäseniä) ja tuottajan (sairaanhoitopiirin) edustajia. Sihvosen tutkimuksen keskeisenä tutkimustuloksena on, että sopimuksen neuvottelijoilla on erilaisia rooleja neuvotteluissa ja osa osallistuu toimintaan aktiivisesti ja toiset passiivisemmin. Halua osallistua sopimusten valmisteluun ja suunnitteluun on myös osalla kuntien luottamushenkilöistä ja sairaanhoitopiirin henkilöstöllä. Tutkimuksessa todettiin myös, että neuvottelijoilla ollut tieto ei aina saavuttanut kuntien viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä tai kuntalaisia ja sairaanhoitopiirin henkilöstöä, jotta heillä olisi ollut mahdollisuutta vaikuttaa asioihin saadun tiedon perustella.

Ensihoidon kustannusten nousu nousi kaikkien haastateltavien puheessa esille ja mietittiin, miten ensihoitopalvelun kustannukset tulevaisuudessa kehittyvät ja vaikuttavat kuntien kykyyn maksaa ensihoitopalvelusta. Palvelujärjestelmiin tehtävien uudistuksien on jo ennakkoon arvioitu kasvattavan terveydenhuollon kustannuksia väistämättä. Tämä ilmenee peruspalveluohjelmasta, jonka tavoitteena on parantaa tehtävien ja rahoituksen tasapainoa kunnissa ja linjata hallituksen kuntapolitiikkaa. (Niiranen 2010, 94–95; Valtiovarainministeriö 2013, 27.) Toisaalta, jos kustannusten nousua katsotaan kuntalaisten näkökulmasta, voidaan hyödyntää Paras – arviointiohjelman (ARTTU) yhteydessä tehdyn kuntalaistutkimuksen tulosta, jossa kuntalaiset ovat arvioineet kuntiin kohdistuvia uudistuksia ja niiden vaikutuksia kuntalaisiin. Vuonna 2008 julkaistussa tutkimuksessa, Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa, tehdyn kyselytutkimuksen mukaan, kuntalaiset ovat kuitenkin valmiita hyväksymään kunnallisverossa tapahtuvat korotukset, jos korostusten avulla voidaan turvata kunnalliset palvelut, palvelujen läheisyys ja laatu. Kuntalaiset pitivät myös tärkeänä mahdollisuutta vaikuttaa palveluihin ja esimerkiksi mahdollisuu-

teen valita itse palvelujen tuottajan. Ensihoitopalvelujärjestelmässä kuntalainen ei voi itse valita tapahtumahetkellä, kenen palveluntuottajan palveluja käyttää, mutta vaikuttamismahdollisuus ensihoitopalvelujen tuottamisen valintaan omalla alueella tulisi olla mahdollista jollakin tavalla. Kuntalaiskyselyssä pidettiin myös suoran vaikuttamisen mahdollisuuksia tarpeellisena, ensihoitopalvelussa voitaisiin esimerkiksi kuulla niitä, jotka ovat palveluja käyttäneet. (Pekola-Sjöblom 2008, 206, 209.) Tässä tutkimuksessa uudistuksen vaikutukset asiakkaille näyttäytyivät muun muassa lisääntyneinä resursseina sekä nopeammin saatuna hoitona.

Tutkimuksessa tarkasteltiin ensihoitopalvelujärjestelmän uudistusta, jonka analyysissä peilattiin uudistukselle eri asiakirjoissa ja lainsäädännössä asetettuja tavoitteita. Oikeustieteellisen tutkimuksen näkökulmasta havaittu, että lainsäädännön tavoitteenasettelu voi olla ristiriitaista ja asetetut tavoitteet yleisluontoisia tai epämääräisiä. Tämä on ilmennyt erityisesti viranomaisdokumenteja tarkastelemalla kuten Hallituksen perusteluasiakirjoja tai lakiesityksiä. Näiden dokumenttien tarkoituksena on ollut edistää säädöksen läpimenoa eivätkä ne aina ole puolueettomia tai tuo esille lainsäädäntöehdotukseen liittyviä kielteisiä vaikutuksia. (Tala 2005b, 231.) Peilaten ensihoitopalvelun uudistuksen tavoitteita tutkimustulosten mukaan, osa tavoitteista on toteutunut ja niiden toteutumiseen on vaikuttanut niiden konkreettisuus esimerkiksi pätevyysvaatimukset. Tavoitteena on myös ollut sellaisia asioita, joiden mittaaminen ei ole helppoa tai niiden toteutuminen nähdään eri tavoin. Tutkimus osoitti, että esimerkiksi hoidon saatavuuden ja yhdenmukaisuuden toteutuminen nähdään eri tavoin. Osa vastaajista totesi, että yöaikaan ei olemassa olevilla resursseilla voida päästä yhdenmukaiseen tavoitettavuuteen.

Valtion ohjausmenetelmistä tutkimustuloksissa tulee esille Lennart Lundquistin (1977) ohjausmallin mukaisista ohjausmenetelmistä normi-, informaatio-, sopimus- ja resursiohjaus. Normiohjaaminen on käynnistänyt sairaanhoitopiirissä lainuudistuksen valmistelun. Valtion normiohjauksen kohteena on ollut sairaanhoitopiiri, mutta haastateltavat tuovat esille ensihoitokeskuksen toiminnan ensihoitopalvelun toimintoja eri tavoin ohjaavana yksikkönä. Informaatio-ohjaus näkyy eri tahojen ohjauksena. Informaatio-ohjausta antaa Sosiaali- ja terveysministeriö sairaanhoitopiireille, mutta informaatio-ohjaus jatkuu edelleen, kun sairaanhoitopiiri toimii ohjeistajana, kun on valmisteltu ensihoidon palvelutasopäätöstä. Vaikka valtio ei suoranaisesti ole ohjannut resurssien

käyttöä ensihoitopalvelun uudistuksessa, sisältää lainsäädäntö sellaisia asioita, jotka vaikuttavat suoraan toiminnan resursseihin. Esimerkiksi kenttäjohtajajärjestelmää varten on perustettu uusia vakansseja. Sairaanhoidopiirillä on myös sopimusohjausta palvelun tuottajien kanssa.

Ohjaustapahtuma edellyttää yhteydenpitoa ja yhteistyötä. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa nähdään sujuvana, mutta yhteydenpitomahdollisuuksia kuntien, palveluntuottajien ja ensihoitokeskuksen kesken on kehitettävä yhteistyön parantamiseksi. Konkreettista ohjaamista tapahtuu myös kenttäjohtajan ja päivystävän ensihoitolääkärin toimesta. Heidän antama ohjaus kohdistuu hätäkeskukseen, palvelun tuottajiin ja ensihoitoyksiköihin. Ohjaavien ja ohjattavien tahojen välisen yhteistyön toimiminen nähdään tärkeänä ja sitä halutaan kehittää edelleen. Kaikkien ohjausta antavien tahojen (ensihoitokeskus, kenttäjohtaja, ensihoitolääkäri) ohjaustoiminta perustuu lainsäädäntöön ja siinä annettuihin ohjeisiin. Kaikki ohjaustapahtumaan osallistuvat tahot ovat osallistuneet myös omalta osaltaan ensihoitopalvelujärjestelmän implementaatioon eli toimeenpanoon.

7.3 Päätelmät

Tutkimustulokset osoittavat, että ensihoitopalvelujärjestelmää ei vielä nähdä maakunnallisena kokonaisuutena, jota sairaanhoidopiiri järjestää ensihoitokeskuksen organisoimana. Tämä tuli esille usean eri asian yhteydessä kuten kysyttäessä ensihoitopalvelun kustannuksista ja kustannustenjaosta, ensihoitoyksiköiden määrästä, yhdenvertaisen saavutettavuudesta tai palvelun tasapuolisuudesta. Lähes kaikki haastateltavat lähestyivät ensihoitopalveluun liittyviä asioita oman kuntansa tai organisaationsa näkökulmasta. Ajattelutavan muutos on kuitenkin jo käynnistynyt ja koska uudistus on vasta alussa, uskotaan toiminnasta saatujen kokemusten kehittävän toimintaa ja ajattelua.

Tutkimus osoitti, uudistuksen ollessa vielä näin alkuvaiheessa, on odotuksia, että ensihoitopalvelun uudet toiminnot kuten ensihoitokeskus, kenttäjohtajajärjestelmä ja ympärivuorokautinen ensihoitolääkäri päivystys vielä kehittyvät ja saadun kokemuksen myötä yhteistyömuodot kehittyvät. Haastateltavat kuvailivat varsinkin uudistuksen alussa suhtautuneensa epäluuloisesti kenttäjohtajan toimenkuvaan, mutta ovat alkaneet hiljal-

leen nähdä kenttäjohtajan roolin tärkeänä kentän ja yksiköiden koordinoijana. Myös päivystävän ensihoitolääkärin toimenkuva on selkeytynyt ja sen tuomaa osaamista osataan jo hyödyntää erilaisissa ensihoitotilanteissa tai konsultaatioissa.

Tutkimustulosten perusteella kaksivuotinen ensihoidon palvelutasopäätös on liian lyhyt ja sen nähdään vaikeuttavan toiminnan pitkäjänteistä kehittämistä. Sopimuksen valmistelu nähtiin sairaanhoitopiirissä tapahtuvana toimintana ja siihen toivottiin lisää vuorovaikutteisuutta sairaanhoitopiirin ja kuntien välille. Ensihoitopalvelujen toiminnan ohjaus on keskittynyt ensihoitokeskukseen, mutta myös ensihoidon kenttäjohtajilla on toimintaa ohjaava rooli. Molempien toimijoiden roolit ovat syntyneet valtion normiohjauksen tuloksena. Ohjaavien tahojen roolia ja yhteistyön lisäämisen tähtääviä keinoja tulee kehittää, jotta tieto saadaan kulkemaan ajantasaisesti eri tahoille.

Ensihoitopalvelun uudistuessa toimintaan liittyvät kustannukset nousivat vahvasti esille haastatteluissa. Kustannusten nousu puhutti paljon, vaikka se on ollut ennakoitavissa useissa eri asiakirjoissa ja muistiossa ennen uudistuksen voimaantuloa. Toisaalta saatu informaatio on myös ollut ristiriitaista. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010) perustelee ensihoitopalvelujen järjestämisvastuu siirtämistä kunnilta sairaanhoitopiireille muun muassa keskittämisen avulla saatavilla kustannussäästöillä. Vastavasti sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen ensihoitopalveluista (A340/2011) perustelumuistossa (Koskela 2011) arvioidaan, että ensihoitopalvelujen uudelleen järjestely tulee nostamaan ensihoitopalvelun kustannuksia varsinkin uudistuksen toimeenpanovaiheessa. Kustannukset nousivat esille myös ensihoitopalvelujen tulevaisuuden odotuksista puhuttaessa ja säästöpainneiden odotetaan vaikuttavan myös ensihoitopalveluun tulevaisuudessa. Kustannuksista puhuttaessa tulisi kiinnittää huomiota myös siihen, mitä niillä saadaan ja millaisia vaikutuksia ne saavat aikaan asiakkaille.

Lisätietoa Pirkanmaan ensihoitopalveluiden uudistuksen nykytilasta on tullut tutkimusaineiston keräämisen ja analysoinnin jälkeen, ennen tutkimuksen lopullista valmistumista. Pirkanmaan ensihoitopalveluita koskeva auditointiraportti (KPMG Oy 2014) ensihoitopalvelun kustannuksista on julkaistu ja sen antama informaatio on ollut käytettävissä, kun alueella on valmisteltu ja päätetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksestä vuosille 2015–2016. Ensihoitopalvelun uusimpien vaiheiden kuvaa-

misen avulla saadaan lisätietoa Pirkanmaan alueella ensihoitopalvelun uudistuksen etenemisestä ja sitä voi peilata haastateltavien näkemyksiin ensihoitopalvelun kehittämisestä ja tulevaisuuden odotuksista.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilaama ja KPMG Oy Ab:n tekemä auditointiraportti ensihoidosta julkaistiin eväällä 2014. Auditointiraportissa on analysoitu järjestämisvastuun taloudellisia vaikutuksia Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja sen jäsenkuntiin. Raportti vahvistaa tämän tutkimuksen tuloksia, jossa nousee esille samat kustannusten nousuun vaikuttavat asiat Pirkanmaalla, mitä tämän haastatteluaineiston perusteella on voitu päätellä. Kustannusten nousun syyksi kuvataan rakenteellisia tekijöitä, jotka suurin osa on ensihoitopalvelun lainsäädännöstä johtuvia kuten lähtövalmiuden nousu, tavoittamisaikojen määrittely, ensihoitokeskuksen perustaminen, ensihoidon henkilökunnan pätevyysvaatimukset, vastuulääkäri sekä lääkärihelikopteritoiminta. (KPMG 2014, 1, 3, 14–17.)

Myös Pirkanmaan ensihoidon palvelutasopäätös vuosille 2015–2016 on sairaanhoitopiirin valtuustossa hyväksytty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuustossa 29.9.2014. Kuntien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta sairaanhoitopiirin hallitus esitti uuteen palvelutasopäätökseen muutoksia, joilla saataisiin reilun miljoonan euron säästöt vuodessa. Kunnat halusivat kustannussäästöjä sekä avointa keskustelua kustannuksista myös tämän tutkimusaineiston perusteella. Kustannussäästöjen toteuttamisen edellytyksenä olisi neljän ensihoitoyksikön lakkauttamista Pirkanmaan reuna-alueilta; Kuhmoisista, Sahalahdelta, Mäntästä, Vesilahdelta ja yhden yksikön Tampereelta. Kaikki yksiköt olisivat ensihoidon perustason yksiköitä. Esitykseen sisältyi myös ehdotus, että Tampereella muutetaan yksi yksikkö kuljettavaksi yksiköksi (entinen lääkintäesimies) ja yksi perustason yksikkö hoitotason yksiköksi. Hallituksen esityksessä oli myös toinen malli, jolla kustannussäästöä saataisiin jopa 2,8 miljoonan euron säästöt yksiköitä lakkauttamalla. (Pöytäkirja 9.9.2014)

Hallituksen esitys yksiköiden lakkauttamisesta sai runsaasti julkisuutta paikallisessa lehdessä ennen valtuuston kokousta (AL 9.9.2014; AL 15.9.2014; AL 29.9.2014). Lehdessä oli esimerkiksi kertomus ensihoidon suorittamista tehtävästä, joissa pelastettiin naisen henki ja hän toipui nopeasti saadun avun ansioista. Lisäksi ensihoitajat arvioivat

yksiköiden vähentämisen vaikutuksia potilaiden saavutettavuuteen ja alueellisen palvelun tasapuolisuuden toteutumisesta. Heidän aloitteestaan kerättiin myös kansalaisadressi, jossa oli yli 7000 nimeä, jotka vastustivat ensihoitoyksiköiden lakkauttamisia Pirkanmaalla. Adressi luovutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuuston puheenjohtajalle Arto Satoselle ennen valtuuston kokouksen alkamista syyskuussa. Myös osa Pirkanmaan pienten kuntien virkamiehistä ja terveydenhuollon ammattijärjestöt muun muassa Tehy, olivat huolissaan Pirkanmaa alueen asukkaiden palveluluiden saatavuuden toteutumisesta lain edellyttämällä tavalla.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto päätti 29.9.2014 hyväksyä kokouksessaan hallituksen esitykselle tehdyn vastaesityksen ensihoidon palvelutasopäätöksestä, joka ei vähennä ensihoitoyksiköiden määrää Pirkanmaalla. Ensihoitopalvelun toimintaan ei tule muutoksia, vaan se jatkuu, kuten voimassa olevalla sopimuskaudella on lähtövalmiuden ja yksiköiden osalta toimittu. Tampereen ensihoidon hoitoyksiköihin tehtiin kuitenkin hallituksen esityksen mukaiset muutokset perustason yksiköiden muuttamisesta hoitotason yksiköiksi. Palvelutasopäätöksessä päätettiin kuitenkin muuttaa ensihoidon kustannusten jako perustetta, joka muodostui ennen 50 % asukasluvun ja 50 % tehtävään käytetyn ajan perusteella, jatkossa kustannukset jaetaan 30 % asukaslukuun ja 70 % käytettyyn aikaan perustuen. (Pöytäkirja 9.9.2014)

LÄHTEET

Alastalo Marja & Äkerman Maria 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljillä. Teoksessa: Hyvärinen Matti, Nikander Pirjo & Ruusuvuori Johanna (toim.) Haastattelun analyysi. Osuuskunta Vastapaino, Tampere, 372–392.

Ahlstedt Juha, Janhukainen Iiro & Vartola Juha 1977. Organisaatio ohjausjärjestelmänä julkisessa hallinnossa. *Ekonomia-sarja*. Amer – yhtymä Oy Weilin+ Göösin kirjapaino, Espoo.

Ahtonen Riitta, Keinänen Anssi & Kilpeläinen Mia 2011. Eduskunnan valiokuntien näkemys lainvalmistelutyön laadusta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 111. Hakapaino Oy, Helsinki.

Corchon Luis C. 2007. The Theory of Implementation: what did we learn? Working Paper 08-12. Economic Series 7. Departamento de Economía; Universidad Carlos III de Madrid, Spain. Saatavissa: <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/id/10438/we081207.pdf.txt/>

Elo Satu, Kääriäinen Maria, Kanste Outi, Pölkki Tarja, Utriainen Kati & Kyngäs Helvi 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. SAGE Open January-March 2014: 1–10.

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. HE 90/2010. Saatavissa: finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100090 (Luettu 10.10.2013).

Heinämäki Liisa 2012. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Väitöskirja. Tutkimus 75/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Hill Michael & Hupe Peter 2014. Implementing public policy. Third edition. SAGE publications Ltd. the Dorset Press, Dorchester.

Hiltunen Kari-Matti 2013. Ensihoidon palvelutasopäätös: mennyttä ja ennustetta. Valtuuston tiedotus- ja keskustelutilaisuus 9.12.2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Jonkka Jaakko 2007. Sairaankuljetuksen ja ensihoitojärjestelmän kehittäminen. Apulaisoikeuskansleri Jaakko Jonkan päätös sosiaali- ja terveysministeriölle 15.1.2007, nro. Valtioneuvoston oikeuskansleri. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/foka/2007/20071151> (Luettu 05.12.2013).

Kakhbod Ali 2013. Resource Allocation in Decentralized Systems with Strategic Agents. An Implementation Theory Approach. Springer theses, New York.

Kangasalan kunta. Sosiaali- ja terveystalvet. Yhteistoiminta-alue. Saatavissa: http://www.kangasala.fi/sosiaali_ja_terveys/yhteistoiminta-alue/ (Luettu 17.9.2014).

Kananen Jorma 2013. Case -tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 143. Suomen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.

Kiviniemi Kari 2010. Laadullinen tutkimusprosessi prosessina. Teoksessa: Aaltola Juhani & Valli Raine (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell Oy, Juva, 70-85.

Kokko Simo, Heinämäki Liisa, Tynkkynen Liina-Kaisa, Haverinen Riitta, Kaskisaari Marja, Muuri Anu, Pekurinen Markku & Tammelin Mia 2009. Kunta- ja palvelurakennuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvetjen järjestämisestä ja tuottamisesta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 36/2009. Yliopistopaino, Helsinki.

KPMG Oy Ab 2014. Ensihoidon arviointi 4.7.2014. Saatavissa www.pshp.fi/ktweb (Luettu 16.9.2014).

Korpela Ville 2012. Väitöskirja implementaatioteoriasta. Kansantaloudellinen aikakauskirja 108 (1), 101–105.

Koskela Anne 2011. Muistio 29.3.2011 Sosiaali- ja terveystministeriön ensihoitopalveluasetuksesta. Sosiaali- ja terveystministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-19008.pdf (Luettu 30.01.2014).

Kuisma Markku, Holmström Peter, Nurmi Jouni, Porthan Kari & Taskinen Tuomas 2013. Ensihoito. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kuisma Markku 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetustalvetjen kehittäminen – selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2007:26. Sosiaali- ja terveystministeriö, Helsinki.

Kuntaliitto 2014. Internetsivut. Saatavissa: www.kuntaliitto.fi (Luettu 2.2.2014).

Laine Markus, Bamberg Jarkko & Jokinen Pekka 2007. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa: Laine Markus, Bamberg Jarkko & Jokinen Pekka (toim.). Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki, 9-38.

Lammintakanen Johanna & Rissanen Sari 2012. Poliitiikka ja strategia sosiaali- ja terveystjohtamisessa. Teoksessa: Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveystjohtaminen. WSOYpro Oy, Helsinki, 39–58.

Leskinen Hannu 2001. Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveystdenhuollon palvelurakennepoliitiikan toimeenpani ja sen arviointi. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Acta – väitöskirjasarja 1/2001. Kuntaliiton painatuskeskus, Tampere.

Lindfors-Niilola Anne, Riihelä Kirsti & Raija Kaskinen 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage -ohjeistukset. Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. 26/2013

Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja. Saatavissa:
<http://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+ja+triage-ohjeistukset,%20Etel%C3%A4-Suomen+alueen+sairaanhoitopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5d762d9309be> (Luettu 22.10.2013).

Luhmann Niklas 1997. Limits of steering. *Theory, Culture & Society* 14(1), 41–57.

Lundquist Lennart 1972. *Förvaltningen i det politiska systemet*. Studentlitteratur, Lund, Ruotsi.

Lundquist Lennart 1992. *Förvaltning, stat och samhälle*. Studentlitteratur, Lund, Ruotsi.

Mattelmäki Ulla (koonnut) 2012. Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissopimus 2013–2016. Saatavissa: www.pshp.fi (Luettu 12.12.2013).

Mesarovic Mihajlo, Sanders Jerry & Sprague C. Freemont 1964. *An Axiomatic Approach to Organizations from a General Systems Viewpoint*. Teoksessa Cooper William, Leavitt Harold & Shelly II Maynard (toim.) *New perspectives in organization research*. Library of Congress Catalogue Card 64-23832. John Wiley & Sons, INC. USA, 493–513.

Metsämuuronen Jari (toim.) 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä.

Narikka Jouko 2008. *Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja hankinta*. AS Paketti, Tallinna.

Niiranen Vuokko 2013. *Sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjausympäristöt ja ohjausmekanismit*. Teoksessa Ollila, S. & Raisio, H. (toim.) *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä*. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotisjuhlan kunniaksi. *Acta Wasaensia* 277. *Sosiaali- ja terveyshallintotiede* 8, 207–215.

Niiranen Vuokko, Joensuu Minna & Martikainen Mika 2013a. *Millä tiedolla kuntia johdetaan? Kunnallisan alan kehittämissätiön Tutkimusjulkaisu – sarjan julkaisu nro 74*. Vammalan kirjapaino Oy, Sastamala.

Niiranen Vuokko, Puustinen Alisa, Zitting Joakim & Kinnunen Juha 2013b. *Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa*. Paras -ARTTU- ohjelman tutkimuksia nro 25. Itä-Suomen yliopisto ja Kuntaliitto. Staroffset, Helsinki.

Niiranen Vuokko 2010. *Hallinto ja ohjaus*. Teoksessa: Niemelä Pauli (toim.) *Hyvinvointipolitiikka*. WSOYpro Oy, Helsinki, 90–106.

Nikander Pirjo 2010. *Laadullisten aineistojen litterointi, käänttäminen ja validiteetti*. Teoksessa: Hyvärinen Matti, Nikander Pirjo & Ruusuvoori Johanna (toim.) *Haastattelun analyysi*. Osuuskunta Vastapaino, Tampere 423–445.

Nyholm Inga 2008. *Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana*. *Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kuntaliitto. Kuntatalon kirjapaino, Helsinki.

- Oikeusministeriö 2013. Lain laatijan opas. Saatavissa: www.oikeusministerio.fi/fi/.../Lainkirjoittajan_opas_low_20130904.pdf (Luettu 1.5.2013).
- Oriveden kaupunki. Sosiaali- ja terveystalvet. Oriveden kaupungin internet – sivut. Saatavissa: <http://www.orivesi.fi/?pid=5&cg=5&lang=fi> (Luettu 3.2.2014).
- Oulasvirta Lasse, Ohtonen Jukka & Stenvall Jari 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus – Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19 Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111337/julkaisu.pdf?...1> (Luettu 1.3.2014).
- Osaamisella laatua lainsäädäntöön 2013. Sujuvampaan lainvalmisteluun -hankkeen loppuraportti. Raportti IV. Oikeusministeriön julkaisu 7/2013. Saatavissa: http://oikeusministerio.fi/material/attachments/om/valmisteilla/kehittamishankkeet/6ENQ8MSjH/sjuvampaan_lainvalmisteluun_loppuraportti.pdf (Luettu 31.10.2013).
- Pankake Anita 2013. Implementation: Making things happen. Florence, KY, USA
- Pekola-Sjöblom Marianne 2008. Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa. Tutkimus kuntalaisten asenteista ja osallistumisesta ARTTU – tutkimuskunnissa 2008. Paras – ARTTU-tutkimuksia nro 9. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Peuhkuri Timo 2005. Tapaustutkimuksen valinnat. Esimerkkinä Saaristomeren rehevöitymis- ja kalankasvatuskiista. Teoksessa: Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna & Melin Harri (toim.). Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. WS Bookwell Oy, Juva, 291–308.
- Pirkanmaan liiton internet – sivut. Saatavissa: www.pirkanmaa.fi (Luettu 12.9.2014).
- Pirkkalan kunnan internet – sivut. Saatavissa: www.pirkkala.fi (Luettu 12.9.2014).
- Pressman Jeffrey & Wildavsky Aaron 1984. Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland. Berkley.
- PSHP Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ensihoidon palvelutasopäätös 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuuston päätös 13.11.2012. Saatavissa: www.pshp.fi/ktweb (Luettu 31.01.2014).
- Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007. Edita Prima, Helsinki.
- Pöytäkirja 29.9.2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuuston kokous. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10114&contentlan=1> (Luettu 3.10.2014).
- Rantala Kati 2011. Lainvalmistelun laatu hallituksen kärkihankkeissa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 255. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Rastas Anna 2005. Kulttuurit ja erot haastattelutilanteessa. Teoksessa: Ruusuvuori Johanna ja Tiittula Liisa (toim.). Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere, 78–103.

Richards Lyn 2005. *Handling Qualitative Data. A Practical Guide*. The Cromwell Press Ltd, Witshire, Great Britain.

Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna 2012. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa: Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. WSOYpro Oy, Helsinki, 15–38.

Ruusuvuori Johanna 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa: Hyvärinen Matti, Nikander Pirjo & Ruusuvuori Johanna (toim.) *Haastattelun analyysi*. Osuuskunta Vastapaino, Tampere, 424–431.

Ruusuvuori Johanna ja Tiittula Liisa 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori Johanna ja Tiittula Liisa (toim.). *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino, Tampere, 9-21.

Ryynänen Aimo 2004. *Kunnat valtion valvonnassa. Kunnallisalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu nro 44*. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Ryynänen Olli-Pekka, Iirola Timo, Reitala Janne, Pälve Heikki & Malmivaara Antti 2008. *Ensihoidon vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 32/2008*. Gummerus Kirjapaino Oy, Vajaakoski.

Saarela-Kinnunen Maria & Eskola Jari 2001. *Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus*. Teoksessa: Aaltola Juhani & Valli Raine (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, 158–169.

Salminen Ari 1993. *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Painatuskeskus Oy, Helsinki.

Sandberg Siv 2012. *Paras -uudistus kuntapäätäjän silmin. Paras -ARTTU –tutkimuksia 20*. Åbo Akademi & Suomen kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.

Sihvonen Maarit 2006. *Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1154. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Silverman David 2006. *Interpreting qualitative data. Third edition*. The Alden Press, Oxford, Great Britain.

Stenvall Jari & Syväjärvi Antti 2006. *Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä*. Valtiovarainministeriö, tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Edita Prima Oy, Helsinki. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20060308Hyvaein/100663.pdf (Luettu 1.10.2013).

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2011:11. *Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoito- palvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11. Yliopistopaino, Helsinki.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2011:1. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Julkaisuja 2011:1. Saatavissa: <http://urn.fi/ISBN:978-952-00-3106-0> (Luettu 18.9.2014).

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf (Luettu 5.5.2014).

STM Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi. Juvenes Print, Tampere.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001:8. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf (Luettu 18.9.2014).

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Terveys 2015 – kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:4. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf (Luettu 18.9.2014).

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Saatavissa: <http://www.stm.fi/palvelurakennemuudistus/kasitteet#tvastuu> (Luettu 02.09.2014).

Tala Jyrki 2001. Lakien vaikutukset. Lakiuudistusten tavoitteet ja niiden toteutuminen lainsäädäntöteoreettisessa tarkastelussa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 177. Hakapaino Oy, Helsinki.

Tala Jyrki 2005a. Lain laadinta ja vaikutukset. Edita Prima Oy, Helsinki.

Tala Jyrki 2005b. Lain tavoitteenasettelu oikeustieteen kannalta. Teoksessa: Tala Jyrki & Wikström Kauko (toim.). Oikeus – kulttuuria ja teoriaa. Juhlakirja Hannu Tolonen 2005. Turun Yliopisto, 217–236.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Hansaprint Oy, Vantaa.

TENK Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Luettu 2.3.2014).

Varjonen-Toivonen Maarit (koonnut) 2010. Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämisen suunnitelma 2009-2012. Saatavissa www.pshp.fi (Luettu 12.12.2013).

Vartiainen Pirkko 2000. Evaluointi vertailun välineenä. Teoksessa Salminen Ari (toim.). Hallintovertailun metodologia. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 234. Hallintotiede 26. Vaasan yliopistopaino, Vaasa, 67–87.

Vedung Evert 2000. Public policy and program evaluation. Transaction publishers, New Brunswick & Lontoo.

Valtiovarainministeriö 2011. Kuntiin kohdistuvan valtionohjauksen periaatteet. Normihanke työryhmän ehdotukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 13/2011. Saatavissa www.vm.fi/julkaisut (Luettu 19.11.2013)

Valtiovarainministeriö 2013. Peruspalveluohjelma 2014–2017. Valtiovarainministeriön julkaisuja 12a/2013. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

VTV Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014. Valtiontalouden tarkastusviraston vuosikertomus eduskunnalle toiminnastaan 2014 valtiopäiville. Valtiontalouden tarkastusviraston eduskunnalle annettavat kertomukset K 18/2014vp. Edita Prima Oy, Helsinki.

WHO World Health Organization 2008. Emergency medical services systems in the European union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Saatavissa: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf> (Luettu 17.4.2014).

Lait ja asetukset

L1062/1989 Erikoissairaanhoitolaki

L66/1972 Kansanterveyslaki

L365/1995Kuntalaki

L896/2009 Laki aluehallintovirastosta

L169/2007 Laki Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta

L193/2000 Laki valtioneuvoston oikeuskanslerista

L785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

L669/2008 Laki sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastosta

L733/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta

L559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

L731/1999 Perustuslaki

L1326/2010 Terveydenhuoltolaki

A340/2011 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalveluista

A906/2009 Valtioneuvoston asetus aluehallintovirastoista

A1019/2004 Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä

A676/2008 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastosta

Uutiset

Aamulehti 9.9.2014. Neljä paikkaa voi menettää ambulanssinsa.

Saatavissa:

<http://www.aamulehti.fi/Pirkanmaa/1194926121950/artikkeli/nelja+paikkaa+voi+menettaa+ambulanssinsa.html> (Luettu 9.9.2014)

Aamulehti 15.9.2014. Adressi ambulanssien puolesta on kerännyt yli 1 500 nimeä. Saatavissa:

<http://www.aamulehti.fi/Pirkanmaa/1194927272217/artikkeli/adressi+ambulanssien+puolesta+on+kerannyt+yli+1+500+nimea.html> (Luettu 15.9.2014)

Aamulehti 29.9.2014. Pian tullut apu pelasti naisen hengen, nyt ambulanssia uhkaa lakkaus.

<http://www.aamulehti.fi/Pirkanmaa/1194926121950/artikkeli/nelja+paikkaa+voi+menettaa+ambulanssinsa.html> (Luettu 29.9.2014)

LIITTEET

LIITE 1 Tiedote tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä sekä suostumuslomake



ITÄ-SUOMEN
YLIOPISTO

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

**Tiedote tutkimukseen osallistuvalla
sekä suostumuslomake**

Arvoisa haastateltava,

Teitä on pyydetty mukaan haastatteluun, jonka tarkoituksena on kerätä aineistoa Pro Gradu – tutkielmaa varten, jonka aiheena on Ensihoitouudistuksen toteutuminen ja kuntien kokemuksia uudistuksesta Pirkanmaalla. Kysymyksiin pystytte vastaamaan oman työtehtävänne tai asemanne perusteella. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Pyydän Teiltä kirjallista suostumustanne osallistua tutkimukseeni aineistonkeruuseen.

Pro Gradu – tutkielmaa ohjaavat Itä-Suomen yliopistosta Professori Vuokko Niiranen, vuokko.niiranen@uef.fi, p. 040- 5504801 ja Professori Johanna Lammintakanen, johanna.lammintakanen@uef.fi, p. 040- 355 2685

Tutkimuksen tavoite:

Pro gradu – tutkielma on osa terveyshallintotieteen opintojani Itä-Suomen Yliopistossa. Tutkimuksessa selvitetään, miten terveydenhuoltolaissa asetetut ensihoitopalveluun liittyvät tavoitteet ovat toteutuneet kunnassanne ja miten uudistus on koettu. Tutkimukseen osallistuu kaksi Pirkanmaalaista kuntaa ja molemmista kunnista haastatellaan 3-5 henkilöä.

Tutkimusmenetelmät:

Tutkimusmenetelmänä on tapaustutkimus. Tutkimusaineisto kerätään haastattelujen avulla valituista kahdesta kunnasta. Haastatteluihin osallistuvat valikoituvat ns. lumipallotekniikan avulla eli jokainen haastateltava nimeää kunnastaan ensihoitopalvelujen kanssa tekemisissä olevan tai siitä tietoa omaavan haastateltavan. Haastattelut aloitetaan perusturvajohtajan tai vastaavan haastattelulla. Tutkimukseen liittyvät haastattelut on tarkoitus tehdä maaliskuun 2014 aikana. Haastattelut nauhoitetaan ja haastateltavalta kerätään muutamia taustatietoja. Haastattelu etenee ennalta suunniteltujen kysymysten mukaan. Haastatteluun tulee varata aikaa noin tunti. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota eikä siitä koidu Teille kustannuksia.

Haastatteluista saaduista kokemuksista tehdään yhteenveto eikä tarkoituksena ei ole vertailla kuntia keskenään. Tutkimuksen tulokset raportoidaan niin, etteivät henkilöiden nimet tule missään vaiheessa ilmi. On kuitenkin mahdollista, vaikka henkilöiden nimet on poistettu, raportointivaiheessa yksittäinen henkilö voidaan tunnistaa asemaansa liittyvän roolin kautta.

Kieltäytyminen tutkimuksesta:

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja voitte kieltäytyä jatkamasta tutkimuksessa missä tahansa sen vaiheessa.

Luottamuksellisuus:

Tutkimuksessa noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) sekä Itä-Suomen yliopiston ohjeistoa tutkimuksen etiikasta ja tutkimusaineiston käsittelystä. Lupa tutkimuksen

suorittamiselle on saatu kunnastanne. Tutkija säilyttää haastatteluaineistoa, kunnes tutkielma saadaan valmiiksi ja hävitetään sen jälkeen. Tutkimusaineistoa käsittelee ainoastaan tutkimuksen tekijä, ja tutkimuksen ohjaajilla on pääsy aineistoon niiltä osin kuin se on tutkimuksen ohjauksen kannalta välttämätöntä.



ITÄ-SUOMEN
YLIOPISTO

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

**Tiedote tutkimukseen osallistuvalla
sekä suostumuslomake**

Allekirjoittamalla tämän tiedotteen annatte suostumuksenne haastatteluun.

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Yhteistyöterveisin,
Minna Peltomaa
TtM -opiskelija, sairaanhoitaja AMK

LIITE 2 Haastattelujen kysymysrunko

Ensihoitopalvelujärjestelmä:

Miten ensihoitopalvelu on kunnassasi järjestetty?

Millaisia tavoitteita ensihoitopalvelulle on asetettu kunnassanne?

Mihin tai miten ensihoitouudistus on vaikuttanut?

Mitä uudistus on tuonut mukanaan?

Millaiset taloudelliset vaikutukset uudistuksella on ollut kuntaanne?

Teema: saatavuus, riittävyys, yhdenvertaisuus, samantasoisuus, laadukas, tuottava, vaikuttava, tehokas

Terveystieteiden ja asetuksessa ensihoitopalveluista on useita tavoitteita ensihoitopalvelujen toteuttamiselle: saatavuus, riittävyys, yhdenvertaisuus ja samantasoisuus.

Miten mielestänne nämä ensihoidon tavoitteet toteutuvat kunnassanne?

Ensihoitopalvelujen tavoitteena on laadukas ensihoito. Mitä on laadukas ensihoito?

Miten laadukas ensihoito tulee esille tai näkyy käytännössä?

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksessä strategiset tavoitteet ovat osaava, tehokas ja hyvin johdettu ensihoitojärjestelmä. Miten tämä mielestäsi näkyy ja miten toteutuu?

Tavoitteena on myös, että ensihoitopalvelu on tuottavaa, vaikuttavaa ja tehokasta? Miten tämä näyttäytyy ensihoidossa?

Ensihoitopalveluasetuksessa ja sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksessä on määritelty riskialueet ja potilaiden tavoittamisajat. Miten nämä ovat vaikuttaneet toimintaan?

Yhteistyö ja alueelliset palvelut:

Millaista on alueellinen yhteistyö?

Miten on alueellinen yhteistyö toteutunut? Miten sitä voisi kehittää?

Koulutusvaatimukset:

Miten koulutusvaatimusten muuttuminen on näkynyt työssänne?

Onko koulutusvaatimusten tarkentaminen vaikuttanut ensihoitohenkilöstön saatavuuteen kunnassanne?

Miten koulutusvaatimusten tarkentuminen vaikuttaa osaamiseen?

Vaikutukset kuntalaisiin, asiakkaisiin ja potilaisiin

Millaisia vaikutuksia ensihoitopalvelu-uudistuksella on ollut asiakkaille? Kuvaile, kerro esimerkkejä.

Onko potilaiden hoito on muuttunut? Jos on, niin miten?

Ovatko hoitotoimet asiakkaan kotona lisääntyneet?

Ensihoitopalvelun kehittäminen:

Terveystieteiden ja asetuksessa on ollut tavoitteena kehittää ensihoitoa. Miten ensihoitoa on kehitetty? Ja miten sitä tulisi kehittää?

Millaisena näet ensihoitopalvelujen tulevaisuuden?

Toiminnan muutoksia:

Miten kenttäjohtamisjärjestelmä toimii alueellanne? Miten sitä voisi kehittää?

Onko käytössänne sähköinen potilaskertomusjärjestelmä? Jos ei, onko tietoa sen käytön tulosta?

Millaisia odotuksia teillä on sähköisestä potilaskertomusjärjestelmästä?
Ensihoitopalvelu-uudistuksen tavoitteena on vahvistaa hoitoketjuja keskitetyn koordinaation, toiminnan ohjauksen ja ympärivuorokautisen konsultaatiomahdollisuuden avulla? Miten mielestäsi toteutuu?

Muuta:

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös umpeutuu vuoden 2014 lopussa, millaisia odotuksia teillä on uudelle sopimuskaudelle?
Mitä muuta haluat sanoa ensihoitopalvelu-uudistuksesta oman kokemuksesi perusteella?

LIITE 3 Analyysirungon yläluokkien muodostuminen

Yläluokat	Yläluokan muodostumiseen liittyvät tavoitteiden aiheet ja teoria
1. Uudet toiminnot ja niiden implementointi	Implementaatio eli toimeenpanon näkökulman tarkastelu Normiohjauksen vaikutus <ul style="list-style-type: none"> • kenttäjohtamisjärjestelmä, tilannekohtaisesta johtamistoiminta kaikissa tilanteissa • ensihoitokeskus • yhteen sovitettava alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelujen toimintaa • seurattava alueensa ensihoitopalvelun toiminnan tunnuslukuja ja vaikuttavuutta, • yhteensovittaa sähköiset tietojärjestelmät • tutkimustoiminta • toiminnan tunnuslukujen seuranta • keskitetty koordinointi, yhteistyö, tehokkuus • lääkäritasoinen päivystys, konsultointi, hoitoon ohjaus • lääketieteellinen osaaminen
2. Toiminnan kustannukset	<ul style="list-style-type: none"> • kustannussäästöt • kustannustehokkuus • uudet toiminnot • toiminnan muutokset Normiohjauksen vaikutus
3. Ensihoitopalvelun henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> • perus- ja hoitotason henkilöstön määrittely • pätevyysvaatimukset • henkilöstön saatavuuden turvaaminen • säännöllinen koulutusmahdollisuus • asiantuntemus • terveydenhuollon hoitoketjun vahvistaminen Normiohjauksen vaikutus
4. Ensihoitopalvelun laatu ja vaikutukset asiakkailla	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon saatavuus, riittävyden turvaaminen, resurssit • Palvelun laatu, laadukkuus • Maantieteelliset näkökohdat huomioiden, mahdollisimman tasavertainen, yhdenvertainen, saatavuus • Vaikutukset asiakkaalle, asiakaskeskeisyys
5. Uudistuksen vaikutus ensihoitopalveluissa työskenteleviin	Implementaation vaikutus Normiohjauksen vaikutus
6. Ensihoitopalvelun kehittäminen	
7. Odotukset ensihoitopalvelun tulevaisuudesta	