

VAASAN YLIOPISTO
JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Marco Ehrstén

ENSIHOIDON KENTTÄJOHTAMISTOIMINTA

Tapaustutkimus sairaanhoitopiirien valinnoista ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämiseksi

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2019

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	3
1. JOHDANTO	7
1.1. Tutkimuksen tausta	7
1.2. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	9
1.3. Tutkimusasetelma	12
2. JULKISEN SEKTORIN PALVELUJÄRJESTELMÄ	16
2.1. Strateginen ohjaus	16
2.2. Julkinen hallinto sosiaali- ja terveystalouden ympäristössä	19
2.3. Sosiaali- ja terveystalouden ohjaus	23
3. SUOMALAINEN ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ	30
3.1. Ensihoitopalvelun järjestäminen	30
3.2. Ensihoitopalvelun johtaminen	34
3.3. Hallituksen esitys terveydenhuoltolain muutoksiksi	38
3.4. Tilannetietoisuus operatiivisessa johtamistoiminnassa	39
3.5. Tilannekuva operatiivisessa tilannejohtamisessa	45
4. TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINESTO	47
4.1. Tapaustutkimus tutkimusstrategiana	47
4.2. Tutkimusaineiston kuvaus ja tutkimuksen toteuttaminen	49
4.3. Aineiston analysoiminen	54
4.4. Tutkimuksen luotettavuus	56
5. TUTKIMUSTULOKSET	60
5.1. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistavat	60
5.1.1. Kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapa sairaanhoitopiireittäin	60
5.1.2. Vastaaajien käsityksiä kenttäjohtamistoiminnan järjestämisestä	64
5.2. Ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuva	68
5.2.1. Tärkeimmät tehtävät	68
5.2.2. Hoidollinen tehtäväkuvaus	70

5.3.	Tilannetietoisuus ja tilannekuva ensihoidon kenttäjohtajan toiminnassa	74
5.4.	Ensihoidon kenttäjohtajien näkemyksiä	77
5.4.1.	Kenttäjohtamistoiminnasta	77
5.4.2.	Hoidollisesta tehtävänkuvasta	81
5.4.3.	Tilannekuvan ylläpitämisestä	86
5.5.	Tutkimustulosten yhteenveto	88
6.	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	94
	LÄHDELUETTELO	99
	LIITE 1. Kyselylomakkeen saatekirje	110
	LIITE 2. Haastattelupyynnön saatekirje	112
	LIITE 3. Teemahaastattelurunko	114
	LIITE 4. Lomakekyselyn kysymykset	116

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminta -tutkimuksen tutkimusasetelma	13
Kuvio 2. Lundqvistin ohjausmalliajattelu	25
Kuvio 3. Kunnan palvelutuotannon ohjauksen osa-alueita	26
Kuvio 4. Tilannetietoisuuden merkitys dynaamisessa päätöksentekoprosessissa	44
Kuvio 5. Sairaanhoidopiirien valinnat ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistä vaksi	62
Kuvio 6. Kenttäjohtamisalueiden sekä ensihoitoyksiköiden määrä sairaanhoidopiireittäin / ensihoidon kenttäjohtaja	64
Kuvio 7. Ensihoidon kenttäjohtajan hoidollinen taso sairaanhoidopiireittäin ja HUS ensihoidon järjestämistapa-alueittain ilmoitettuna	72
Taulukko 1. Ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokat	33
Taulukko 2. Lomakekyselyn vastaajien virka-asema	52
Taulukko 3. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan palveluntuottaja	61
Taulukko 4. Sairaanhoidopiirien ensihoidon hallinnollisesta johtamisesta vastaavien henkilöiden näkemyksiä kenttäjohtamistoiminnan järjestämistoimintamallista.	66
Taulukko 5. Sairaanhoidopiirin ensihoidon johtamisesta vastaavien henkilöiden näkemyksiä ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan palveluntuottajasta	67
Taulukko 6. Vastaajien näkemyksiä ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvasta	70
Taulukko 7. Hoitotasaisen ensihoitajan ja ensihoidon kenttäjohtajan oikeus hoidollisten toimenpiteiden suorittamiseen	73
Taulukko 8. Ensihoidon kenttäjohtajärjestelmien välittämä tilannetieto	76

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen yksikkö**

Tekijä:	Marco Ehrstén	
Pro gradu -tutkielma:	Ensihoidon kenttäjohtamistoiminta: Tapaustutkimus sairaanhoitopiirin valinnoista ensihoidon kenttäjohtamistoinnin järjestämiseksi	
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri	
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede	
Työn ohjaaja:	Seija Ollila	
Valmistumisvuosi:	2019	Sivumäärä: 120

TIIVISTELMÄ:

Suomalainen ensihoitotoiminta on ollut jatkuvan muutoksen ja kehityksen vallassa viimeisten kahden vuosikymmenen ajan. Vielä 2000-luvun alkupuolella ensihoito toimi kiinteänä osana kuntien omaa palvelutuotantoa, ilman selkeää ja koordinoitua lääketieteellistä johto- ja kokonaisvastuuta. Muutostarve oli yleisesti tunnustettu asia. Ensihoitojärjestelmän rakenteita uudistettiin vuoden 2010 terveydenhuoltolailla (1326/2010) ensihoitopalvelun järjestämisen ja ensihoitopalvelun sisällön, sekä Sosiaali ja terveysministeriön ensihoidosta antamalla asetuksella (340/2011) ensihoitopalvelun tehtävien ja johtamisjärjestelmän osalta. Terveydenhuoltolaki siirsi ensihoitopalvelun järjestämisvastuun kunnilta sairaanhoitopiireille ja asetus velvoitti jokaisen sairaanhoitopiirin perustamaan alueellisen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva Suomalaisen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän toiminnasta, sekä selvittää millaisia valintoja eri sairaanhoitopiirit ovat kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapojen osalta tehneet. Oletuksena on, että vaikka kenttäjohtamisjärjestelmät sisältävät paljon yhteisiä piirteitä, on järjestelmien välillä myös suuria eroavaisuuksia toiminnan organisoiminnin ja käytännön toteutuksen osalta. Tutkimuksen mielenkiinto kohdistui edellä mainitun lisäksi myös siihen, miten ensihoidon kenttäjohtajat itse näkevät kenttäjohtamistoiminnan suhteessa lainsäätäjän toiminnalle asettamiin tavoitteisiin, sekä miten toiminnan organisoimistavat vaikuttavat ensihoidon kenttäjohtajien tilannetietoisuuden ylläpitämiseen ja hoidolliseen johtovastuuseen? Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä aihetta tarkasteltiin sekä kunnallisen palvelutuotannon ohjauksen ja valtionohjauksen näkökulmista, että yleisesti ensihoitotoiminnan järjestämisen, tilannetietoisuuden ja tilannekuvan, sekä valtion ensihoitotoiminnalle kohdistavan säädösohjauksen näkökulmista.

Tutkimus toteutettiin kaksiosaisena tapaustutkimuksena, jossa tutkimuksen tapaus muodostui ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta. Tutkimuksen ensimmäinen, ensihoidon kenttäjohtotoiminnan järjestämistä kartoittava osa koostui sairaanhoitopiirin ensihoidon hallinnosta vastaaville henkilöille lähetetystä lomakekyselystä. Lomakekyselyllä haettiin sekä sairaanhoitopiiriakohtaisia tietoja ensihoidon kenttäjohtamisen järjestämistavoista, että kyselyn vastaajien yksilöllisiä käsityksiä kenttäjohtotoiminnan järjestämistavasta, ensihoidon kenttäjohtajien hoidollisesta roolista, sekä hoidollisen tehtävänkuvan ja tilannekuvan yhdistämisen haasteista. Tutkimuksen toisessa osassa aihetta syvennettiin seitsemän ensihoidon kenttäjohtajan puolistrukturoidulla teemahaastattelulla.

Tulosten mukaan ensihoidon kenttäjohtajien tehtävänk kuva vastaa pääosin lainsäätäjän kenttäjohtamistoinnalle määrittelemää tehtävämääritelmää. Ensihoidon kenttäjohtajan pääasialliseksi tehtäväksi nähdään alueen ensihoitoresursseista vastaaminen ja ensihoitoyksiköiden toiminnan koordinoiminen yhdessä hätäkeskuksen kanssa. Suurimmat toiminnalliset eroavaisuudet kohdistuivat näkemyksiin ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisesta tehtävänkuvauksesta, sekä näkemyksiin ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisesta asemasta suhteessa hoitotason ensihoitajaan. Kenttäjohtajan hoidollisen roolin merkitys koettiin monen sairaanhoitopiirin alueella todellisuudessa suuremmaksi, kuin ensihoitoasetuksen hoitotoiminnalle antama painoarvo.

AVAINSANAT: Ensihoito, ensihoitopalvelu, ensihoidon kenttäjohtaminen, ensihoidon kenttäjohtotoiminta, tilannekuva, tilannetietoisuus, tilannekuvan ylläpitäminen

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimuksen tausta

Suomalainen ensihoitotoiminta on ollut jatkuvan muutoksen ja kehityksen vallassa viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Vielä 2000-luvun alkupuolella ensihoito kuului kiinteäksi osaksi kuntien omaa palvelutuotantoa, ilman selkeää ja koordinoitua lääketieteellistä johto- ja kokonaisvastuuta. Ensihoidosta säädettiin erillisesti osaltaan sekä kansanterveyslain (66/1972) 14 §:ssä, että tarkemmin sairaankuljetusasetuksessa (565/1994). Kansanterveyslaki määritteli ensihoidon palvelutuotannon kuntien järjestämisvastuulle, mutta kohdisti osan hoitotasaisen ensihoidon valvontavastuusta sairaanhoitopiireille. Vuoden 1994 Sairaankuljetusasetus tarkensi käsitteitä ensihoito, sekä perus- että hoitotasoinen ensihoito. Ensihoidon operatiivista johtamista laki tai asetus ei määritellyt.

Apulaisoikeuskansleri Jonkka selvitti 2000-luvun alkupuoliskolla ensihoidon kansallista kokonaistilannetta ja selvityksen perusteella antoi 15.1.2007 diaaripäätöksen (1/50/07), joka velvoitti Sosiaali- ja terveysministeriön aloittamaan valmistelun ensihoitoa koskevan lainsäädännön tarkistamiseksi ja ajan tasalle saattamiseksi. Selvittäessään ensihoidon kokonaistilannetta, apulaisoikeuskansleri Jonkka kiinnitti huomionsa muun muassa siihen, että Suomessa ensihoidon ohjauksen ja valvonnan katsottiin joidenkin näkemysten mukaan olevan ”*pirstoutunutta*” ja ”*retuperällä*”, sekä johtamistoiminnan osalta siihen, että ”*lääkinnällinen pelastustoimen johtaminen ja johtaja tulisi olla määriteltynä*”, koska selvityksen mukaan johtovastuuseen saattoi kyseisenä aikana käytännössä joutua ”*henkilö ensimmäisenä paikalle tulleesta sairaankuljetusyksiköstä*” (AOK 1/50/07). Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämistä selvittämään asettaman ohjausryhmän loppuraportissa todetaan, ettei ensihoidolla ollut käytössä selkeää operatiivista esimiesjärjestelmää, kuten esimerkiksi poliisi- ja pelastusviranomaisilla, vaan operatiiviset esimiespäätökset tehtiin käytännössä tilannekohtaisesti. Raportissa mainittiin esimiesjärjestelmän puuttumisen johtaneen tilanteeseen, jossa useat pelastuslaitokset olivat perustaneet lääkintäesimiehen virkoja, ”*joita tosiasiaassa hoitavat pelastuslaitoksen palveluksessa terveystoimelle kuuluvaa tehtävää.*” (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:13, 29). Apulaisoikeuskanslerin kannanotto, ja kannanottoa

seuranneiden työryhmäraporttien suositusten voidaan katsoa toimineen perusteina nykyisille sairaanhoitopiirien koordinoimille ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmille.

Uuden ensihoitojärjestelmän puitteet luotiin vuoden 2010 Terveydenhuoltolailla (1326/2010) ensihoitopalvelun järjestämistavan ja ensihoitopalvelun sisällön, sekä Sosiaali ja terveysministeriön ensihoidosta antamalla asetuksella (340/2011) ensihoitopalvelun tehtävien ja johtamisjärjestelmän osalta. Terveydenhuoltolaki siirsi ensihoitopalvelun järjestämisvastuun kunnilta sairaanhoitopiireille, ja asetus velvoitti jokaisen sairaanhoitopiirin perustamaan alueellisen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän. Ensihoitoasetuksessa (340/2011) ensihoidon päivystävän kenttäjohtajan tehtäviksi määriteltiin muun muassa hoitotasoisena ensihoitajana toimiminen, usean ensihoitoyksikön yhteistehtävillä sekä moniviranomaistilanteissa ensihoidon tilannejohtajana toimiminen, ja ensihoitoresurseista vastaaminen, sekä hätäkeskuksen ja ensihoitopalvelun välillä yhteyshenkilönä toimiminen. Asetuksen voimaantulon myötä ensihoito pyrki asemoitumaan johtamisjärjestelmissä samalle tasolle pelastus- ja poliisiviranomaisten johtamisjärjestelmien kanssa, vaikkakin kenttäjohtajalle säädöksiin annetut valtuudet olivat vielä varsin kapeat verrattuna muiden viranomaistahojen operatiivisiin johtajiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2016:67, 12).

Lainsäädännöllä määriteltiin ensihoidon kenttäjohtotoiminnan reunaehdot päivittäisjohtamisen, mutta ei kenttäjohtopalvelun järjestämisvastuun osalta. Ensihoitoasetuksen (340/2011) mukaan sairaanhoitopiireillä tuli olla ensihoidon kenttäjohtaja, ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman ensihoidon palvelutaso-oppaan mukaan monet ensihoitopalvelun järjestämiseen vaikuttavat asiat puolsivat puolestaan sitä, että kenttäjohtotoiminta olisi sairaanhoitopiirin omaa toimintaa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11, 18). Ei kuitenkaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010), Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antamassa asetuksessa (340/2011), kuin Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa ensihoidon palvelutason muodostamisoppaassakaan (2011) yksiselitteisesti määritelty, mikä taho kenttäjohtotoiminnan tuottaisi ja tarkemman sisällönkin määrittäminen jäi osaltaan epätarkaksi ja tulkinnanvaraiseksi. Valtion ohjauksen epäselvyys antoi sairaanhoitopiireille mahdollisuuden kenttäjohtamistoiminnan järjestämiselle

jokaisen sairaanhoitopiirin omista lähtökohdista tarkasteltuna, minkä seurauksena johtamisjärjestelmistä muodostui varsin heterogeeninen kokonaisuus.

Pitkään valmisteltu sosiaali- ja terveystalouden uudistus ja siihen liittyvä palveluiden uudelleen järjestäminen koskettaa myös ensihoitoa. Sosiaali- ja terveystalouden uudistamisen valmistelun yhteydessä on tehty ensihoidon osalta pienempiä muutoksia terveydenhuoltolakiin, sekä annettu päivitetty asetus ensihoidosta. Uusi Ensihoitoasetus (585/2017) astui voimaan vuoden 2018 tammikuussa. Asetuksen ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa koskevaan osaan ei tehty sisällöllisiä muutoksia, ainoastaan korostettiin päivittäistoiminnan johtamista, mutta asetuksen perustelumuistiossa todettiin olevan perusteltua, että sairaanhoitopiiri johtaisi itse ensihoidon kenttäjohtotoimintaansa, ja että ensihoidon kenttäjohtajat olisivat palvelussuhteessa sairaanhoitopiiriin. Lisäksi asetus tarkoitti ensihoidon kenttäjohtajien pääasialliseksi tehtäväksi ensihoitoresursseista vastaamisen ja hoitotasoisena ensihoitajana ensihoidotehtävillä toimimisen, jos tämä on mahdollista suorittaa muita kenttäjohtajan tehtäviä vaarantamatta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoidosta, perustelumuistio 2017: 16.)

Parasta aikaa eduskunnan suuressa salissa käsitellyssä oleva Hallituksen esitys laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta on tarkentamassa ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan vuoden 2021 alusta lähtien kokonaisuudessaan maakuntien omalle järjestämisvastuulle. Esityksen mukaan maakunnallinen pelastustoimi voi jatkossa osallistua ensihoitopalvelun ensihoito- ja ensivastetoiminnan tuottamiseen, mutta maakunnan omaksi tehtäväksi jäisi ensihoitolääkäri ja ensihoidon kenttäjohtotoiminta. (HE 311/2018.)

1.2. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

1.1.2018 voimaan astunut Ensihoitoasetus (585/2017), sekä Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema opas ensihoidon palvelutasopäätöksen muodostamiseksi (2017) määrittelevät ensihoidon kenttäjohtajan tehtäviksi:

- Toimialueensa ensihoidon tilannekuvan ylläpitämisen ja ensihoitoyksiköiden sekä ajoneuvojen toiminnan johtamisen niin päivittäistoiminnassa kuin päivittäistoiminnan ruuhkatilanteissa sekä monipotilas-, moniviranomais- ja mahdollisilla suuronnettomuustehtävillä.
- Hätäkeskuksen avustamisen tilanteissa joissa annetuista hälytys- ja toimintaohjeista joudutaan poikkeamaan tehtävien ruuhkautuessa tai esimerkiksi ensihoitoyksiköiden kysynnän ylittäessä vapaan yksikkötarjonnan.
- Ensihoitotehtävillä hoitotasoisena ensihoitajan toimimisen, jos tehtävän suorittaminen ei aiheuta haittaa yllä mainittujen muiden tehtävien suorittamiselle.

Ensihoidon johtamisjärjestelmän perusteet luotiin siis vuoden 2010 terveydenhuoltolain ja 2011 ensihoitoasetuksen myötä. Ensihoidon kenttäjohtotoiminnalle asetus määritteli siirtymäaikaan siten, että sairaanhoitopiireillä tuli olla kenttäjohtajat viimeistään 1.1.2014. Järjestelmien luomisen jälkeen ei kuitenkaan liene yhteistä kattavaa kokonaiskuvaa siitä, millaisia kenttäjohtamisjärjestelmiä Suomeen on perustettu, tai mikä järjestelmien tarkempi sisältö on? Oletuksena onkin, että vaikka kenttäjohtamisjärjestelmät sisältävät paljon yhteisiä piirteitä, on järjestelmien välillä myös suuria eroavaisuuksia toiminnan organisoinnin ja käytännön toteutuksen osalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva Suomalaisen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän toiminnasta. Tutkimuskysymyksiksi valikoituivat seuraavat kysymykset.

1. Miten ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa on valtakunnallisesti organisoitu ja millaisia strategisia valintoja sairaanhoitopiirit ovat tehneet ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämisessä?
2. Miten kenttäjohtamistoiminnan organisointitavat vaikuttavat kenttäjohtajien tietoisuuden ylläpitämiseen ja hoidolliseen johtovastuuseen?
3. Miten ensihoidon kenttäjohtajat näkevät kenttäjohtamistoiminnan suhteessa valtionohjauksen toiminnalle asettamiin tavoitteisiin?

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapojen osalta tutkimus pyrkii selvittämään, millä eri tavoilla sairaanhoitopiirit kenttäjohtamistoimintansa järjestävät. Tämän

osalta tutkimus rajautuu ainoastaan järjestämistapojen kuvaamiseen ilman syvempää analyysia niistä syistä ja perusteista, mitkä ovat järjestelmien taustalla rakennusvaiheessa vaikuttaneet.

Tehtävänkuvan osalta tutkimuksessa pyritään selvittämään sitä, vaikuttaako kenttäjohtamistoimintojen erilainen organisoiminen siihen, miten esihoitoasetuksen määrittelemä kenttäjohtajien tehtäväkuva käytännössä toteutuu. Erityinen mielenkiinto kohdistuu toisaalta organisoimistapojen vaikutuksesta alueellisen tilannekuvan ylläpitämiseen, päätöksentekoon, ja toisaalta siihen, miten esihoitoasetuksen lause ”*tarvittaessa hoitotason ensihoitajana osallistua ensihoitotehtävien suorittamiseen*” näyttäytyy ensihoidon kenttäjohtajien päivittäistoiminnassa, sekä hoitotilanteiden päätöksenteossa. Tilannetietoisuuden ylläpitämistä ja tilannekuvan muodostamista tarkastellaan tässä tutkimuksessa ainoastaan osana toiminta-alueen valvontaa, sekä tähän mahdollisesti liittyvää viranomaisyhteistyötä. Tilannekuvan tai tilannetietoisuuden muodostumista ei siis tarkastella osana ensihoidon kenttäjohtajan tilannejohtamista monipotilas tai moniviranomaistehtävillä.

Ensihoitoasetuksen perustelumuihistiossa todetaan ensihoidon perustason yksikön muodostavan hoidon ensimmäisen portaan, hoitotasoisien yksikön hoidon toisen portaan, ja lääkäriyksikön hoidon kolmannen portaan (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoidosta, perustelumuihistio 2017: 12–16). Ensihoidon kenttäjohtaja asettuu näin lainsäätäjän näkökulmasta hoidon toiselle portaalle hoitotasoiseksi ensihoitajaksi. Olettamuksena kuitenkin on, että tosiasiassa kenttäjohtoyksikkö on monin paikoin varusteltu vaativammalla hoito- ja lääkevalikoimalla kuin hoitotasoinen yksikkö, ja toisaalta olettamuksena on myös, että kenttäjohtaja on monen sairaanhoitopiirin ohjeistuksissa määritelty korkeamman hoidon yksiköksi, kuin hoitotasoinen ensihoitoyksikkö ja hoitotasoinen ensihoitaja. Tältä osin tutkimuksen mielenkiinto kohdistuu ensihoidon kenttäjohtajien kokemuksiin siitä, miten yhteistehtävillä hoito- ja päätöksentekovastuu jakautuu ensihoidon kenttäjohtajien ja muun hoitotasoisien henkilöstön välillä, sekä siihen onko ensihoitotehtäville osallistumisella vaikutusta oman toiminta-alueen tilannekuvan ja tilannetietoisuuden ylläpitämiseen. Edellä mainittujen lisäksi tutkimus hakee vastausta myös, miten ensihoidon kenttäjohtajat itse kokevat tehtävänkuvansa ja poikkeako tämä näkökulma lainsäätäjän kenttäjohtajille säädöksellä asettamasta tehtävämääritelmästä.

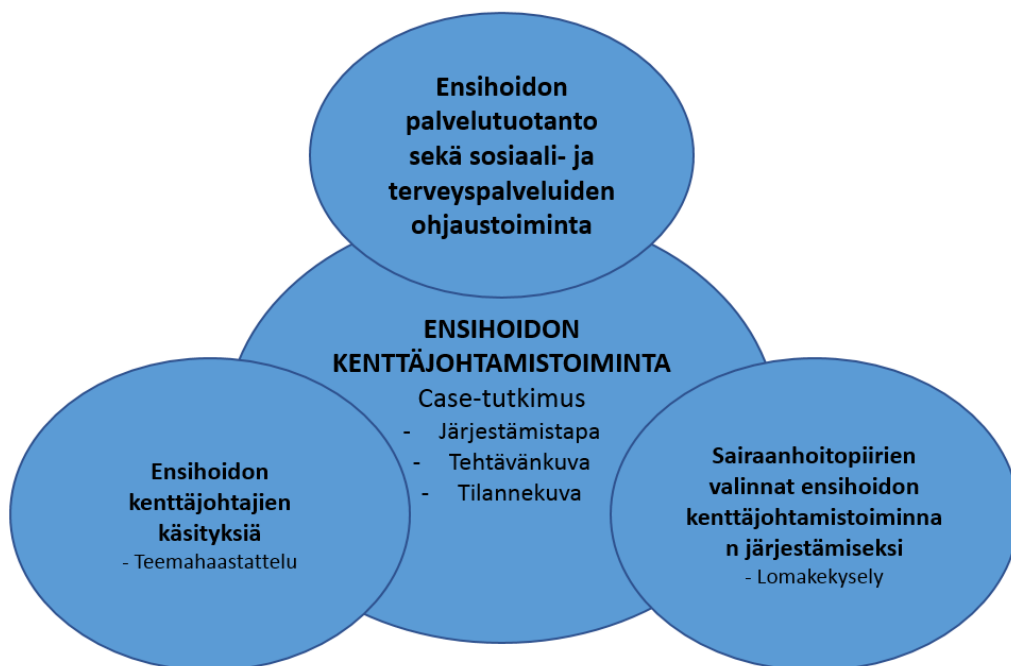
1.3. Tutkimusasetelma

Ensihoidon järjestämisvastuu on lainsäädännöllisesti Suomen 20 sairaanhoitopiirillä. Sairaanhoitopiirit järjestävät alueensa ensihoitopalvelun, sekä vastaavat ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämisestä. Jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla ensihoitopalvelun johtamisesta vastaava lääkäri ja tarvittava määrä ensihoidon kenttäjohtajia. Sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkärit vastaavat oman alueensa ensihoitopalvelun toiminnan ohjaamisesta ja ensihoidon kenttäjohtajat oman alueensa ensihoidon päivittäistoiminnan johtamisesta.

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan säädösohjaus tekee toiminnan järjestämisestä jäykkää ja muodollista. Toiminnan järjestämistä ohjaavina tekijöinä toimii julkisen hallinnon säädös- ja informaatio-ohjaus. Lainsäätäjä määrittelee toiminnalle tavoitteet, joiden puitteissa sairaanhoitopiirien kuntayhtymät ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestävät. Varsinaisesta ensihoidon kenttäjohtamisen järjestämistavasta ei Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidon palvelutason määrittelystä antaman ohjeistuksen, tai sääntelyn pohjalta ole löydettävissä selkeää mallia. Ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvan määrittelemisen on siten rajattu koskemaan tässä tutkimuksessa ainoastaan ensihoidon operatiivista johtamista. Mahdollinen hallinnollinen kehittämistoiminta, tai tehtävänkuvaukseen liitettävä henkilöstöhallinnollinen esimiesasema on määritelty sairaanhoitopiirien itsensä päättäväksi olevaksi asiaksi. (585/2017; Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14, 2017: 20.)

Tämän tutkimuksen osalta tutkimuksen tapauksen eli tutkimuskohteen muodostaa ensihoidon kenttäjohtamistoiminta. Ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa tarkastellaan tässä työssä sairaanhoitopiireittäin toiminnan järjestämistavan, ensihoidon kenttäjohtajien tehtävänkuvan, sekä tilannekuvan ylläpitämisen kautta. Tietoa haettiin järjestelmien organisoimisen osalta kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkäreille osoitetulla lomakekyselyllä, sekä puolistrukturoituna teemahaastatteluna toteutetulla seitsemän kenttäjohtajan haastattelulla. Lomakekyselyn osalta tulokset raportoitiin sairaanhoitopiireittäin, poikkeuksena Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, jonka osalta tulokset raportoitiin kuutena erillisenä toiminnallisena kokonaisuutena. Tämä siksi, että HUS-

alueella ensihoidotoiminta on järjestetty sairaanhoitoalueittain siten, että jokaisen alueen toiminnasta vastaa oma kenttäjohto-organisaationsa, alueen ensihoidon vastuulääkärin alaisuudessa. Haastateltavat puolestaan edustivat viittä ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta vastaavaa organisaatiota kolmen eri sairaanhoitopiirin alueelta. Haastatteluilla selvitettiin ensihoidon kenttäjohtajien käsityksiä kenttäjohtamistoiminnasta kenttäjohtajan tehtävänkuvan, hoidollisen tehtävänkuvan, kuin tilannetiedon ylläpitämisen näkökulmasta. Tutkimuksen tarkempi asetelma on nähtävissä kuviossa yksi.



Kuvio 1. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminta -tutkimuksen tutkimusasetelma

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan strategista johtamista on tarkoituksenmukaisinta tarkastella osana koko ensihoitopalvelun järjestämistä. Tällöin tarkastelu ulottuisi koko ensihoitopalvelun strategiaan, ja kenttäjohtamistoimintaan osana sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelua. Tämä avaisi mahdollisuuden tarkastella ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaa kokonaisuutena, hallinnolliset kehittämisen vastualueet, sekä mahdollinen

hallinnollinen esimiestyö mukaan lukien. Koska tutkimus kuitenkin sellaisenaan muodostuisi kovin laajaksi, on tutkimuksen rajauksen kannalta tarkoituksenmukaista tarkastella tässä yhteydessä ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa erillisesti ainoastaan lainsäätäjän tehtävämääritelmän mukaisesti, ja tarkastella sairaanhoitopiirien strategisia valintoja ainoastaan lakisääteisen viranomaistoiminnan kontekstissa. Tässä työssä strategiaa tarkastellaan vain niiden valintojen näkökulmasta, joita sairaanhoitopiirit ovat tehneet säädosperusteisen ensihoitopalvelun operatiivisen päivittäisjohtamisen osalta.

Tässä tutkimuksessa ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan osalta tehtyjä strategisia valintoja kartoitetaan ja vertaillaan sen mukaan, millaisilla eri tavoilla sairaanhoitopiirien alueilla ensihoidon kenttäjohtoyksiköiden toiminta on järjestetty. Järjestämismalleiksi valikoituivat seuraavat vaihtoehdot.

- Alueelliseen ensihoidon tilannekeskukseen tai vastaavaan sijoitettu ensihoidon kenttäjohtaja jonka tehtävänkuvaa ei normaaleissa päivittäistilanteissa kuulu kiireellisille ensihoidon tehtäville osallistuminen
- Ensihoidon kenttäjohtajan toimiminen osana potilaita ei kuljettavaa ensihoitoyksikköä (=johtoyksikkö)
- Ensihoidon kenttäjohtajan toimiminen osana potilaita kuljettavaa ensihoitoyksikköä (=ambulanssi)

Kyseisistä vaihtoehdoista ensimmäinen painottaa resurssi- ja tilannekuvajohtamista. Toisessa vaihtoehdossa johtaminen painottuu resurssi- ja tilannekuvajohtamiseen, mutta tehtävänkuvaa liittyy myös kiireellisten potilaiden hoitokontakteja. Kolmas vaihtoehto puolestaan painottaa potilaiden hoitokontaktia hieman enemmän, kuin johtoyksikkötoiminta. Järjestämismallit ovat aluekohtaisia. Jos sairaanhoitopiirien alueella on kenttäjohtamisen suhteen useita kenttäjohtoyksiköitä, yksiköiden toimintakin voi painottua eri tavalla kunkin toiminta-alueen erityispiirteiden mukaisesti.

Tutkimuksen alkuvaiheessa tarkoituksena oli selvittää kenttäjohtamistoiminnan toteutumista ja sairaanhoitopiirien strategisia valintoja tarkemmin vielä sairaanhoitopiirien ensihoidon palvelutasopäätösten, ensihoidon kenttäjohtajien kirjallisten tehtävänkuvauksen,

sekä hätäkeskukselle annettujen ensihoidon kenttäjohtoyksiköiden hälytysohjeistusten dokumenttianalyysin avulla. Tutkimusvaiheessa dokumenttianalyysi karsittiin kuitenkin pois tutkimuksen rajaamisongelmien, sekä kyseisten dokumenttien saamisvaikeuksien vuoksi. Lopullinen tutkimusmateriaali koostui tämän vuoksi ainoastaan haastattelu-, sekä lomakekyselyn muodostamasta aineistosta.

2. JULKISEN SEKTORIN PALVELUJÄRJESTELMÄ

2.1. Strateginen ohjaus

Kielitoimiston sanakirja määrittelee strategian kahdella tavalla. Ensimmäinen määritelmä viittaa sodankäyntiin ja tarkoittaa strategian olevan *sodankäynti-, sodanjohtotapa ja sodanjohtotaito, esimerkiksi sissisodan strategia tai hyökkäys- ja puolustusstrategia*. Toinen sanakirjan tarjoama merkitys liittyy suunnitelmallisuuteen, kuten *perusluonteinen toimintasuunnitelma, esimerkiksi ongelman ratkaisussa noudatettava strategia, uusi markkinointistrategia, joukkueen pelistrategia*. (Kielitoimiston sanakirja 2018.) Yhteistä molemmille määritelmille on suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus. Strategia voi olla päämäärä, maali tai tavoite.

Strategiatermistö on alun perin tuhansia vuosia vanha, ja lähtöisin Antiikin Kreikan sotatermistöstä, jossa sana *strategos* viittasi kenraaliin, johtajaan (Tuomi & Sumkin 2009:26). Puhekielessä sana *strategi* liitetäänkin helposti hallitsijoihin tai taitaviin sotapäällikköihin, ja *strategia* voidaan ymmärtää esimerkiksi armeijan taistelusuunnitelmana. Sana *strategi* harvemmin yhdistyy mielikuvana yritysjohtajaan, vaan ennemmin sellaisiin historiallisiin henkilöihin kuten Julius Caesar, Aleksanteri Suuri, tai Napoleon. *Strategia*-käsitteenä on lähtöisin sotaopin puolelta, ja yhteiskunnan talouden ja hallinnon osa-alueilla *strategiaoppia* on hyödynnetty vasta viimeisen puolen vuosisadan aikana (Kamensky 2015:15).

Tuomi ja Sumkin (2009: 28) määrittelevät strategian muuttuvana organisaation tulevaisuuden tekemisen välineenä ja kehittymisen toimintamallina. Joyce (2012: 152) määrittelee julkisen sektorin strategian koostuvan strategisesta tavoitteesta, ja keinoista tavoitteisiin pääsemiseksi. Harisalon (2008: 240) mukaan strateginen ajattelu voidaan nähdä keinona määrittellä tulevaisuutta ja organisaation asemaa siinä. Strategian tarkoitus on varmistaa organisaation menestys niin lyhyellä, kuin pitkälläkin aikavälillä (Harisalo 2008: 237). Rannisto (2005: 76–77) on väitöstutkimuksessaan määritellyt strategian tavoitteelliseksi suunnitelmien verkoksi, johdonmukaiseksi toiminnaksi, ja kartaksi toivotuun lopputulokseen. Ranniston mukaan *strategia* määrittelee organisaatiolle toiminta-

ajatuksen, syyn sen olemassa oloon. Ilman määriteltyä toiminnan näkökulmaa, ei strategiaankaan määrittelemine ole mahdollista.

Kamenskyn mukaan strategian yksiselitteinen määrittelemine on vaikeaa, koska strategiaa voidaan tarkastella eri näkökulmista ja ulottuvuuksista, ja käsitteenä strategia on tilannesidonnainen toimintaympäristön ja asiayhteyden mukaan. Kamensky lähestyykin strategian määritelmää *liikeyrityksen strategiamääritelmällä, muiden kuin liikeyritysten strategiamääritelmällä, yhteiskunnan strategiamääritelmällä ja yksittäisen ihmisen strategiamääritelmällä*. Jokaiseen määritelmään liittyy olennaisena hallinta, jolla yksilö, yhteiskunta tai yritys sopeutuu, muokkaa ja vaikuttaa, valitsee aina muuttuvan tilanteen, osaamisen ja käytettävissä olevien resurssien myötä. Kohdetaho voi olla piirteiltään erilainen, mutta käytännössä kyse on aina ympäristön hallinnasta, sopeutumisesta ja muokkaamisesta. (Kamensky 2015: 15, 23–24, Kamensky 2014: 18.)

Mintzbergin. (1998: 9–15) mukaan strategia on helppo nähdä määritelmänä organisaation ylimmän johdon suunnitelmasta asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, mutta todellisuudessa strategia koostuu monista erilaisista määritelmistä. Mintzbergin mukaan strategiaa voidaan tarkastella tarkoituksellisesti valittuna suunnitelmana tai toimintasuuntana, etenemisenä nykyhetkestä tulevaisuuteen (plan) tai suunnittelemattomana, mutta toistuvana ja johdonmukaisena toimintana (pattern). Jos ensimmäinen määrittelee toiminnan tarkoituksenmukaisena, eteenpäin katsovana suunnitelmana, niin toista voidaan tarkastella historiallisesti johdonmukaisena toimintana. Organisaatio hyödyntää menneisyydessä tekemiään valintoja, ja toistaa samoja valintoja tulevaisuudessa. Mintzbergin mukaan strategian ei aina tarvitse olla tulevaisuuteen katsovaa ja loppuun asti tarkasti suunniteltua, vaan strategian pitää kehittyä ja muuttua.

Mintzbergin määritelmän mukaisesti strategiaan voidaan liittää myös asema (position) ja näkökulma (perspective). Strategialla asemana Mintzberg tarkoittaa esimerkiksi markkina-aseman saavuttamista ja havaitun markkinakysynnän täyttämistä. Strategia näkökulmana on merkitykseltään laajempi. Jos strategia asemana (position) katsoo ulospäin, eli täyttää markkinatyhjiön uuden tuotteen tai palvelun kehittämisellä, niin näkökulmalla (perspective) tarkoitetaan enemmän organisaation oman sisäisen toiminnan tarkastelua ja

uudistumista. Lopuksi strategia voidaan nähdä myös juonena (ploy), millä yksinkertaisimmillaan voidaan tarkoittaa kilpailijan harhauttamista tai oman toiminnan tarkoituksensa peittämistä.

Strategian määritelmiä on monia, tosin yhteistä määritelmille lienee strategian tarkasteleminen tavoitteellisesta näkökulmasta käsin. Julkisen sektorin ulkoinen strategia-ympäristö muodostuu politiikan, talouden ja lainsäädännön yhteisvaikutuksesta (Mercer 1991: 76). Julkisen ja yksityisen sektorin strategisena erona voidaan pitää kilpailua, mutta Kamenskyn mukaan julkiselle sektorille ominaisen markkinakilpailun puuttuminen ei tee strategiaohjauksesta tarpeetonta. Kilpailun alaisilla markkinoilla toimiva taho tarvitsee toimivan strategian ylläpitääkseen tai kasvattaakseen markkinaosuuttaan. Kamensky kuvaa toimivan strategian olevan yrityksen olemassaolon ehto. Vaikka kaikilla julkisen sektorin toimijoilla ei ole toimialallaan sen hetkistä kilpailupainetta, on kaikilla organisaatioilla jokin tarkoitus, tavoite ja pyrkimys jonkin olemassa olevan tarpeen tyydyttämiselle. Tämä edellyttää tavoitteita, suunnitelmaa ja toteutusta. Strategian tarve on erilainen, mutta ei tarpeeton. (Kamensky 2014:16–17.)

Yksi tapa määritellä strategian tarvetta on muutos. Yhteiskunnan rakenteiden ja markkinoiden muuttuessa julkisen sektorin strategia toimii parhaimmillaan palvelun lisäarvon mahdollistajana. Olennaisena kohtana lisäarvon syntymisessä toimii yhteiskunnallinen muutos, muutoksen tunnistaminen, ja palvelurakenteen muotoutuminen tarvetta vastaavaksi kustannustehokkaaksi toiminnaksi (Joyce 2012: 155–157). Toisaalta kilpailutalouden ulkopuolella toimiva taho voi myös jatkaa palveluaan, vaikka muutos olisi tapahtunut. Muutosta ei tällöin joko huomata, ymmärretä muutoksen vaikutusta, tai ymmärretään muutoksen vaikutus ilman halua tai osaamista oman toiminnan muuttamiseksi. (Kamensky 2014:21.) Strategia onkin keino muutoksen tunnistamiseen, käsittelemiseen ja hallitsemiseen (Harisalo 2008: 239). Kokonaisuutena strateginen johtaminen käsittää organisaation suunnitelmallisen toiminnan valitun tahtotilan saavuttamiseksi.

Strateginen johtaminen voidaan erottaa tarkoitusten, merkitysten, ja ihmisten (leadership) johtamiseksi, sekä asioiden (management) johtamiseksi (Rissanen & Hujala 2011: 82, Harisalo 2008: 244–245). Leadership tehtävinä pidetään yleisesti esimerkiksi ihmisten

Valtion ja kuntien välissä toimii väliportaan aluehallintotasoa. Aluehallinto koostuu sekä valtion aluehallinnon, että kuntaperusteisen aluehallinnon hallintoviranomaisista (Nyholm ym. 2016: 152). Valtion osalta aluehallintotasoa muodostuu Sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin valvonta ja lupa-asioista vastaavista terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvirasta, aluehallintovirastoista (AVI), sekä elinkeino- liikenne- ja ympäristökeskuksista (ELY). Vuoden 2021 alusta nämä virastot mahdollisesti yhdistyvät osin yhdeksi valtion lupa- valvontavirasto Luovaksi (Alueuudistus 2018). Kyseinen uudistus on vielä epävarmalla pohjalla, tuleville maakunnille kunnilta siirrettävien tehtävien lainsäädännön keskeneräisyyden vuoksi.

Kuntatoiminnassa aluehallintotasolla tarkoitetaan kunnallista yhteistoimintaa, joka yleisimmin järjestetään kuntaliittojen, kunnallisten yhteistoiminta-alueiden ja kuntayhtymien muotoisena toimintana. (Heinämäki 2012: 109.) Kuntien yhteistoiminta on joko valtion sääntelemää ja näin velvoittavaa julkisoikeudellista toimintaa, tai kuntien vapaaehtoisesti järjestämää yksityisoikeudellista yhteistoimintaa (Anttiroiko, Haveri, Karhu, Ryyänen & Siitonen 2007: 183).

Kuntien ja valtion suhdetta määrittelee Suomen Perustuslaki (731/1999), jonka mukaisesti Suomi muodostuu itsehallinnollisista kunnista, joiden hallinto perustuu kuntien asukkaiden itsehallintoon. Itsehallinto nauttii Perustuslain tarjoamaa suojaa, mikä tarkoittaa, että kunnan asukkaat päättävät itse kuntansa hallinnosta, taloudesta ja hallintoelimestä. (Lainkirjoittajan opas 2014). Kansanvaltaisina eliminä valtion- ja kunnanhallinto ovat periaatteessa samanarvoisia, ja kunnanhallintoa tulisi käsitellä ennemmin itsenäisenä hallinnollisena toimijana, kuin osana valtion hallintokoneistoa. Kuntien toiminnan ohjauksen voi tältä osin katsoa olevan suoraa demokraattista ja poliittista vaikuttamista ja ohjaamista. Kunnan asukkaat äänestävät itsehallintonsa mukaisesti edustajansa kunnanvaltuustoon, ja osallistuvat näin oman asuinympäristönsä suoraan demokraattiseen päätöksentekoon. (Nyholm ym. 2016: 160.)

Perustuslain (731/1999) 121 §:n mukaan kuntien tehtävistä säädetään erillisesti lailla. Näin kuntia velvoittavat tehtävät perustuvat lakiin, eikä kunnille voida määritellä velvoit-

tavia tehtäviä kuin säädösohjauksella. Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tulee järjestää sille lainsäädännöllä erillisesti määritellyt tehtävät, ja itsehallinnon perusteella itselleen ottamat muut tehtävät. Kunta voi tuottaa lailla määritellyt tehtävät joko itse, tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Valtio puolestaan ohjaa kuntia näiden keskeisten toimintojen järjestämisessä.

Julkisoikeudellista valtaa kunnissa käyttävät virkamiehet, joiden virkavastuu määräytyy Kuntalain (410/2015) 87 §:n mukaisesti. Virkasuhteen edellytys on julkisen vallan käyttäminen. Virkasuhteeseen nimeämisestä mainitaan myös Suomen perustuslain (731/1999) 124 §:ssä, jonka mukaan julkista valtaa työssään käyttävä voidaan nimetä ainoastaan virkasuhteeseen, ja julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla. Virkamiessääntelyn taustalla vaikuttaa niin sanottu ”*virkamiessääntelyperiaate*”, jonka katsotaan antavan takeet hyvän hallintotavan noudattamiselle ja tehtävien asianmukaiselle hoitamiselle (Anttiroiko ym. 2007: 187).

Kuntien ja valtion tehtäville ei ole yksiselitteistä jakoa, mutta lainsäädännön kehittyminen on vähitellen määritellyt kansalaisten palveluiden järjestämisen kuntien vastuulle (Anttiroiko ym. 2007: 35). Kuntapohjaisen palvelujärjestelmän etuna pidetään paikallisten olosuhteiden huomioimista yhdessä kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksien turvaamisen kanssa (Möttönen 2012: 23). Vastuu terveydenhuollon toteuttamisesta on kunnilla, Sosiaali- ja terveysministeriön vastatessa toiminnan ohjauksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö johtaa sosiaali- ja terveystalouden lainsäädännön sekä toimintapolitiikan kehittämistä, valmistelua ja yhteensovittamista, valtion aluehallintotason vastatessa palvelujärjestelmän alueellisesta ohjauksesta ja valvonnasta (Heinämäki 2012: 116). Kunnat ja kuntayhtymät järjestävät valtion normi-, eli säädösohjauksen mukaisen terveydenhuollon palvelurakenteen. Suomalaisen terveydenhuollon voidaan sanoa olevan kaikkien kansalaisten yhtäläisesti käytettävissä oleva kunnallinen peruspalvelu (Ihalainen 2007: 25). Julkisen sektorin oman palvelutuotannon lisäksi Suomessa toimii myös palveluiden tuottamiseen osallistuva laaja yksityisten yritysten ja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä.

Kiireellinen erikoissairaanhoito katsotaan kansalaisen subjektiiviseksi, ei määrärahasidonnaiseksi oikeudeksi (Kuntien tehtävien kartoitus 2013: 29-30). Erikoissairaanhoidon järjestämisestä, johon ensihoitokin Terveystalain mukaisesti kuuluu, säädetään Erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 7 §:ssä. Pykälän mukaan kunnan tulee erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kuulua sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoito järjestetään kuntayhtymään kuuluvien kuntien yhteistoimintana. Yhteistoiminnan tasosta sovitaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkuntien kesken tehtävässä terveydenhuollon järjestämissopimuksessa siten, kuin Terveystalain (1326/2010) 34 §:ssä määritellään.

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien toiminta on säädösperusteista, julkisoikeudellista toimintaa. Kunnat toimivat sairaanhoitopiirin omistajina, mutta kuitenkin irrallaan sen päivittäistoiminnasta (Nyholm ym. 2016: 152-154). Kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa sairaanhoitopiirien toimintaan on pyritty parantamaan osapuolten välisellä sopimusohjauksella, jonka mukaisesti sovitaan palvelutoiminnan hinnoista, vastuista ja velvoitteista (Anttiroiko ym. 2007: 191). Sopimisen lähtökohtana on pidetty kuntien johtohenkilöiden, sekä sairaanhoitopiirin johdon yhteisiä hankkeita, ja tarvetta yhteisten neuvotteluiden avulla sopia terveydenhuollon palvelurakenteesta ja hillitä kustannuskehitystä. Sopimusohjauksesta huolimatta, joidenkin arvioiden mukaan, sairaanhoitopiirit ovat kuitenkin valtion säädösohjauksen ja juridisen hoitoaikojen sanktioimisen johdosta enemmän valtion, kuin omistajakuntiensa ohjauksessa (Karila 2014: 224- 226).

Sairaanhoitopiirit toimivat omistajakuntiensa poliittisessa ohjauksessa, vaikkakin toiminnallisesti itsenäisinä. Kuntayhtymien hallinto perustuu Kuntalakiin (410/2015), jossa määritellään kuntayhtymän toiminnan perustuvan yhtymän perustamissopimukseen ja yhtymän ylimmästä päätöksenteosta vastaavan lautakunnan. Perustamissopimuksessa määritellään kuntayhtymän edustajisto ja edustajiston kokoonpanon määräytyminen. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtamisesta vastaa hallitus, jonka jäsenet valitaan lautakunnasta. Sairaanhoitopiirien taloudesta vastaavat sen jäsenkunnat siten, kuin perustamissopimuksessa on sovittu.

Nykyinen julkisen sektorin palvelurakenne on kokemassa suuren muutoksen eduskuntakäsittelyssä olevan sosiaali- ja terveystalouden, sekä maakunta -uudistuksen myötä. Hallituksen esityksessä (HE 15/2017) ehdotetaan säädettäväksi maakuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, sekä niiden toimeenpanolaki. Lakiesityksen keskiössä on 18:a julkisoikeudellisen, itsehallinnollisen maakunnan perustaminen, joiden keskeisiä tehtäviä olisivat jatkossa terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestäminen. Maakuntien ylin päättävä elin olisi vaaleilla valittava maakuntavaltuusto. Uudistuksen myötä vastuu muun muassa kunnallisista sosiaali- ja terveystalouksista, sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, siirtyisi maakuntien järjestämisvastuulle. Tarkoitusta varten maakuntiin perustettaisiin maakunnan liikelaitos, jonka vastuulla olisi merkittävää julkista valtaa sisältävien palveluiden, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluiden järjestäminen. Merkittävää uudistuksessa on hallituksen kaavailema sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden monipuolistaminen, mikä tapahtuisi luomalla maakunnan omille palveluntuottajille, sekä yksityisille ja kolmannen sektorin palveluntuottajille tasapuoliset toimintaedellytykset. Osana edellä mainittua muutosta valmistellaan lakia asiakkaan valinnanvapaudesta (HE 16/2018).

2.3. Sosiaali- ja terveystalouksien ohjaus

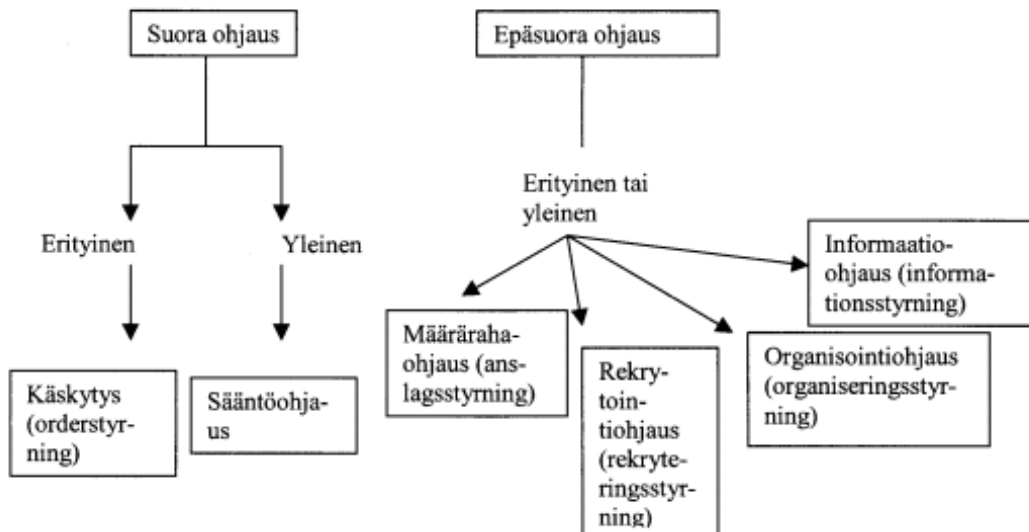
Ohjauksen voi määritellä olevan minkä tahansa toimintayksikön toiminnan välitöntä tai välillistä suuntaamista, halutun tuotoksen aikaansaamiseksi (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002: 21). Valtionohjauksella tarkoitetaan sitä, miten julkisten palveluiden palvelujärjestelmien päätöksiä tehdään ja toimeenpannaan (Tynkkynen, Milen & Moisio 2016: 9). Valtionhallinnossa ohjaus on hajautunut usealle eri taholle, kuten eduskunnalle, ministeriöille, aluehallintoviranomaisille, eri virastoille ja laitoksille (Oulasvirta ym. 2002: 22). Ohjausta voidaan tarkastella politiikan välineenä, jolla demokraattisesti tehty poliittinen päätös tai ohjelma toteutetaan halutulla tavalla (Oulasvirta ym. 2002: 46). Terveydenhuollon valtionohjaus on luonteeltaan pitkälti toimintaedellytyksiä luovaa ja tavoitteita asettavaa (Ihalainen 2007: 25).

Valtion kunnille kohdistaman ohjauksen keskeisimmät muodot ovat normi-, resurssi ja informaatio-ohjaus. Normiohjauksella tarkoitetaan velvoittavia, kunnille lainsäädännöllä asetettuja tehtäviä. Resurssiohjaus pitää sisällään taloudellisesti negatiivisen tai positiivisen ohjauksen, jonka säätely tapahtuu kielteisesti esimerkiksi verojen ja maksujen kautta, ja kannustavasti esimerkiksi tukien ja avustusten muodossa. Informaatio-ohjauksella tarkoitetaan tiedon välittämistä. Normi- ja talousohjaus, kuten informaatio-ohjauskin, toimii positiivisten (esimerkiksi vertailutieto ja suositukset) ja negatiivisten (kiellot, toiminnan estäminen) ulottuvuuksien kautta. (Kauppila & Tuulonen 2016: 9; Niiranen (2013a: 35.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa valtio käyttää kaikkia ohjauspolitiikan keinoja rinnakkain (Niiranen 2013b: 209). Ohjauksen sisältöön vaikuttavat poliittiset tavoitteet, sekä talous ja julkisen talouden rahoitusjärjestelmä. Ohjaus on aina sidoksissa hallintojärjestelmään ja hallinnontasojen poliittisiin valtasuhteisiin (Tynkkynen ym. 2016: 9). Valtion perinteisten ohjauskeinojen lisäksi Niiranen (2013b: 212) on tunnistanut uudeksi ohjauskeinoksi niin sanotun monimuotoisen hybridiohjauksen vaiheen. Hybridiohjaukseksi Niiranen määrittelee ohjauksen, jossa tunnistetaan monitaso- ja monitaho-ohjaus, sekä valtion lisäksi muiden ohjaavien toimijoiden tunnistaminen.

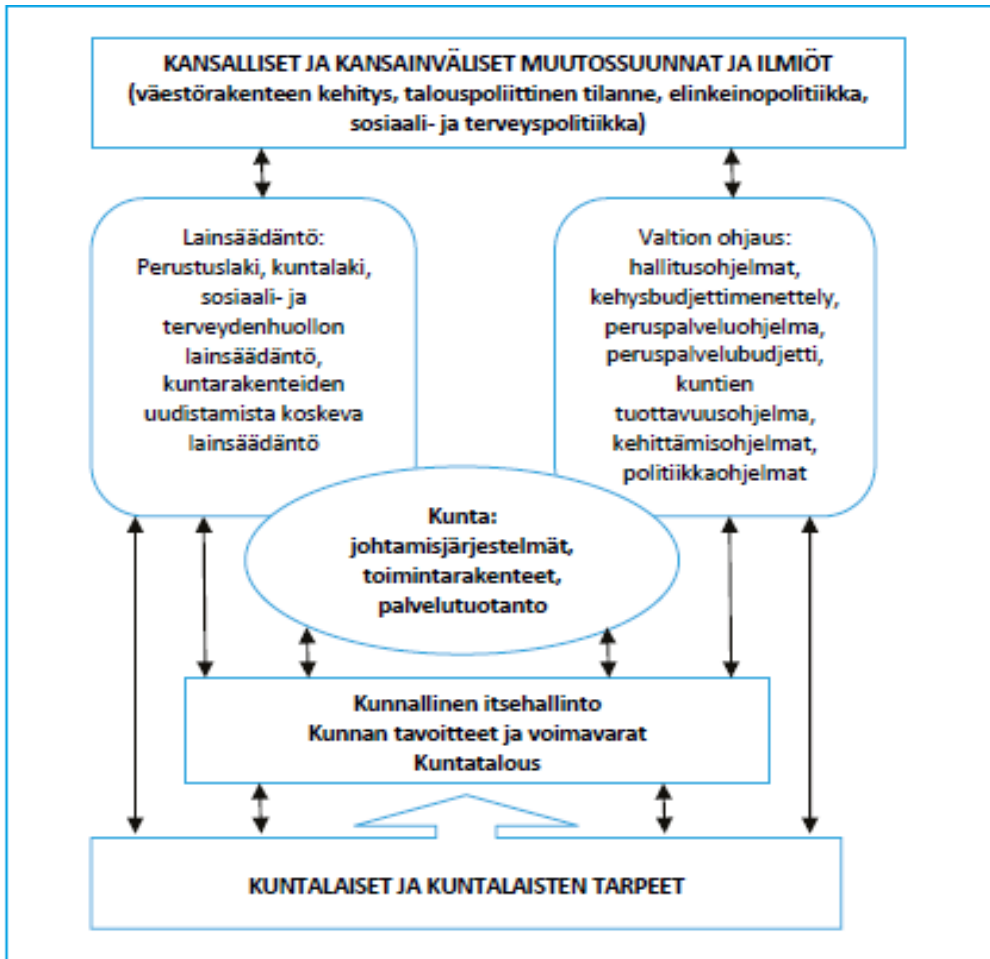
Oulasvirta ym. (2002: 20) esittävät hallinnon ohjausmuodot Lundqvistin (1992) perinteisen ohjausmalliajattelun mukaisesti kuviossa kaksi. Lundqvistin ohjausmallissa ohjaus jaetaan suoraan ja epäsuoraan vaikuttamiseen. Suoralla ohjauksella Lundqvist tarkoittaa substanssisidonnaista julkisen hallinnon toimenpiteiden sisältöä, esimerkiksi säännöksen avulla yksittäiseen tapahtumaan vaikuttamista. Epäsuora ohjaus perustuu enemmän tiedon, organisoinnin ja taloudellisen ohjauksen avulla tapahtuvaan vaikuttamiseen. Epäsuora ohjaus voi olla spesifiä, yksittäiseen asiaan vaikuttamista tai yleistä kokonaistoimintaan, kuten terveydenhuoltoon kohdistuvaa (Ihalainen 2007: 46). Oulasvirran ym. mukaan Lundqvist tarkoittaa rekrytointiohjauksella esimerkiksi valtion toimesta määritellyjä julkisen hallinnon virkojen pätevyysvaatimuksia, ja organisointiohjauksella esimerkiksi hallintoyksiköiden tiloihin vaikuttamista. Tiedolla vaikuttamista on puolestaan esimerkiksi julkisen sektorin viranhaltijoiden koulutus. (Oulasvirta ym. 2002: 20–21.)

Ihalaisen (2007: 46) mukaan Lundqvistin ohjausmalliajattelua voidaan soveltaa ohjaukseen yleisemminkin, vaikka Lundqvist asettaakin mallinsa osaksi politiikan ja hallinnon suhdetta valtionhallinnossa.



Kuvio 2. Lundqvistin ohjausmalliajattelu (Oulasvirta ym. 2002: 2).

Näkemyks kuntien palvelukokonaisuuteen vaikuttavasta eri tasojen ohjaustoiminnasta on tiivistetty kuvioon kolme. Kuntien toimintaympäristö nousee kuntalaisten tarpeesta, mutta myös yleisistä politiikan kansainvälisistä ja kansallisista suuntauksista. Kansainväliset muutokset ja ajankohtaiset ilmiöt tuovat kulloisenakin ajankohtana vaikutuksensa siihen poliittiseen kontekstiin, jossa kansallista sosiaali- ja terveystaloutta tuotetaan. Poliittiset virtaukset ja yhteiskunnallinen taloustilanne vaikuttavat niihin poliittisiin ohjelmiin, joissa myös tulevaisuuden kuntapolitiikkaa tehdään. Hallitusohjelman tavoitteiden pohjalta muodostettavien lakiesitysten sisällölle on ominaista poliittisten näkemysten painottuminen (Niiranen, Puustinen, Zitting & Kinnunen 2013: 105).



Kuvio 3. Kunnan palvelutuotannon ohjauksen osa-alueita Niirasen ym. (2013: 28) mukaisesti.

Kuntien tehtävien ja tehtäviä ohjaavan lainsäädännön katsotaan lisääntyneen merkittävästi 2000-luvulla. Kunnille ja kuntayhtymille asetettujen velvoitteiden vähentäminen otettiin valtion rakennepoliittiseen ohjelmaan vuonna 2013, tavoitteena miljardin euron vuotuiset säästöt. (Keskimäki, Moisio & Pekurinen 2016: 10.) Valtiovarainministeriön selvityksen mukaan hyvinvointipalveluiden ja sääntelyn välinen riippuvuus asettaa tulevaisuudessa haasteita tavoitteelliselle kuntapalveluiden vähentämiselle. Palveluiden karsimisen katsotaan vaikuttavan kuntalaisten etuihin ja oikeuksiin, ilman samanaikaista tehtävää hyvinvointivaltion kokonaisuuden uudelleen arviointia (Kuntien tehtävät ja velvoitteet 2015: 49).

Sosiaali- ja terveyspalvelu, sekä maakuntauudistus muuttavat jatkossa valtion ohjaustoinnin painotusta. Aikaisemmin valtio on tarkasti ohjannut kuntia sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä, ja valtionhallinnon toimesta on myös epäilty mahdollistaako nykyinen ohjausjärjestelmä kuntalaisten tasa-arvoisen palveluiden saatavuuden. Tämä siksi, että kuntapalvelujärjestelmän on koettu olevan hajanainen, eikä kuntien toimivan valtion määräämällä tavalla (Möttönen 2014: 7). Samalla kuntien lakisääteiset tehtävät ovat yhteiskunnallisen debatin kohteena. Heinämäki (2012: 119) on todennut kuntien aseman olevan ristiriitainen. Osa toimijoista on nähnyt valtion ohjauksen vähentyneen siinä määrin, että voi kysyä onko kunnallinen toiminta irtaantunut kokonaan valtion ohjauksesta? Samanaikaisesti osa kokee kehityksen suuntautuvan kohti valtion suurempaa kontrollia ja normiohjausta, sekä kuntien itsehallinnon supistumista.

Valtiohallinnon sosiaali- ja terveyspoliittiseksi strategiaksi kirjattiin 2000-luvun puolessa välissä hyvinvointi -käsitteen liittäminen osaksi kaikkea päätöksentekoa, ja kaikille sosiaalisesti tasapuolisen aseman mahdollistaminen yhteiskunnassa. Strategiamääritelmän mukaan tämä onnistuisi vahvoilla peruspalveluilla, terveyserojen kaventamisella, ja siirtämällä sosiaali- ja terveyspalveluiden painopistettä enemmän kohti ennalta ehkäisevää toimintaa, sekä uudistamalla sosiaali- ja terveyspalveluiden pirstaleista rakennetta kohti yhteneväisiä ja kestäviä rakenteita. (Sosiaalisti kestävä Suomi 2010: 4–12.) Yhtenä Strategian toteuttamisen välineenä toimi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), joka toimi valtioneuvoston vahvistamana virallisena Sosiaali- ja terveysministeriön strategisena sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjausvälineenä.

Kaste-ohjelma koostui kahdesta, vuosien 2008-2011 ja 2012-2015 aikana toimineesta ohjelmakaudesta. Ohjelman toisen kauden päätavoitteet muodostuivat asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden parantamisen, sekä hyvinvointi ja terveyserojen kaventumisen ympärille. Ensimmäisen tavoitteen osalta ohjelman arviointiryhmä totesi tavoitteen toteutuneen, ja asiakaslähtöisen asenteen juurtuneen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön. Merkittävimpänä ja kiistattomimpana tuloksena nähtiin sosiaali- ja terveyspalvelutoimijoiden lisääntynyt yhteistyö. Hyvinvointi ja terveyserojen kaventumisen osalta arviointiryhmä totesi, että tavoite ei toteutunut pääosin ohjelmasta riippumattomista syistä, kuten hitaasta talouskasvusta ja pitkäaikaistyöttömyyden noususta johtuen. Kaste-ohjelman

nähtiin olleen kuitenkin tärkeässä roolissa tulevan sote-rakenneuudistuksen valmistelussa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2016: 2, 6, 22.)

Kaste -ohjelman jälkeen valtionhallinnon strategisina kärkihankkeina on vuosien 2016-2018 aikana toiminut useita sotepalveluiden uudistamiseen tähtääviä hankkeita, josta raportoidaan tarkemmin alkuvuoden 2019 aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan hankkeiden lähtökohtana on toiminut esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, terveyspalveluiden yhdenvertaisten palveluiden tarjoaminen iäkkäille sekä omais- ja perhehoitajille, lapsi- ja perhepalveluiden parantaminen, työkykyä parantavien tukien parantaminen, sekä terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen hyvien käytänteiden ja toimintamallien levittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet ja säädösvalmistelu 2019.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden strategiset tavoitteet ovat viimeisten vuosien ajan olleet varsin yhteneväiset, mutta tavoitteen saavuttamisen keinot ovat vaihdelleet. Jos aikaisemmin on pidetty kiinni ajatuksesta, että terveydenhuolto on valtion tukema kunnan perustehtävä, ollaan tästä näkökulmasta siirtymässä ainakin perusterveydenhuollon osalta malliin, jossa terveydenhuolto on valtion tukemaa, kunnallisten toimijoiden sekä yksityisen palvelutuotannon yhteistä kilpailevaa toimintaa. Valmistelussa olevan sote-rakenneuudistuksen tavoitteina nähdään yhdenvertaisuuden ja asiakaslähtöisyyden lisääminen, ja sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen yleisinä tavoitteina pidetään kansalaisten omien sosiaali- ja terveyspalveluiden aidon vaikutusmahdollisuuden lisäämistä. (Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi 2018: 14). Samalla periaate kansalaisten ikään, asuinpaikkaan tai sosioekonomiseen asemaan riippumattomasta sosiaali- ja terveyspalveluiden tasaveroisesta saatavuudesta, on herättänyt pohdintaa perustuslakivaliokuntaa myöten (PeVL 15/2018). Edellä mainittuja hyvinvointivaltion periaatteita voidaan Ihalaisen (2007: 42–43) mukaan pitää verorahoitteen palvelurakennejärjestelmän tavoitteena, mutta samalla olisi mielekäästä pohtia laajemmin, onko kysymys ihmisten terveyden hallinnasta ja ohjauksesta edes mahdollista strategisen ohjauksen avulla?

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (2018: 14–15) todetaan ohjausjärjestelmän monimuotoistuvan sosiaali- ja terveysterveyspalvelu-uudistuksen myötä järjestelmää ohjaavien toimijoiden ja ohjausvälineiden määrän kasvaessa. Katsauksessa todetaan palveluiden järjestämisen ja kehittämisvastuullisten maakuntien, ja tulevien yhteistyöaluiden synnyttävän avoimia verkostoja perinteisten ohjausmallien rinnalle. Yhtenä tärkeänä tulevaisuuden ohjauskeinona mainitaan vuorovaikutusohjaus, jonka avulla tuetaan myönteistä uudistumista ja ilmiölähtöisten tulevaisuuden ratkaisujen kehittymistä. Hallituksen esityksessä maakuntien perustamisesta (HE 15/2017) ehdotetaan maakuntien vastuulle kuuluvaa sosiaali- ja terveydenhuoltotoiminnan ohjauksen vahvistamista. Esityksen mukaan tavoite mahdollistetaan neljännesvuosittain määriteltäville valtioneuvoston strategisilla sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteilla, jotka maakunnan tulisi ottaa huomioon toiminnassaan.

Kokonaisuutena voi todeta nykyisen poliittisen suuntauksen johtavan ainakin nykyisten sosiaali- ja terveysterveyspalvelu-uudistus -linjausten mukaan kuntien tehtävien kokonaisarviointiin, ja osittaiseen itsehallinnon supistumiseen resurssiohjauksen siirtäessä sosiaali- ja terveysterveyspalveluiden rahoitusta suoraan valtiolle, ja siirtäessä paikallista sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallista päätösvaltaa isompien hallintoelimien vastuulle. Sote- ja maakuntataudistuksen myötä tapahtuva kuntien kunnallisveron alennus, osittainen kuntien yhteisöverotuottojen siirtäminen valtiolle, ja kuntien valtionosuuksien vähentyminen merkitsevät suurta muutosta kunnallisen toiminnan rahoitus pohjaan (HE 15/2017). Muutos siirtää kuntien perinteistä tehtäväkenttää enemmän elinvoima-, hyvinvointi-, ja infrastruktuuri-tasolle (Majava 2017: 7). Möttösen (2012: 19–22) mukaan nyt valmisteltavaa rakenteellista uudistusta voikin verrata hyvinvointivaltion uudelleen rakentamiseen, ja painotuksen siirtymiseen suoran demokratian hajautetuista ja paikallisista poliittisista ratkaisuista keskitetyn valtakunnallisen terveysterveyspolitiikan suuntaan. Yksittäisen kunnan palveluiden ohjausrooli on siirtymässä uusien maakuntien hallinnon myötä suorasta ohjauksesta enemmän välillisen ohjauksen muotoon.

3. SUOMALAINEN ENSIHOITOJÄRJESTELMÄ

3.1. Ensihoitopalvelun järjestäminen

Sairaalan ulkopuoliseksi ensihoidoksi katsotaan äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen henkilön hoitaminen ja kiireellinen kuljettaminen hoitopaikkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018). Ensihoitoa tukevan hätäkeskuslaitoksen lakisääteinen tehtävä on taas vastata hätäilmoitusten vastaanottamisesta, vastata ensihoidon tehtävänseurannasta, ja toimia linkkinä kansalaisten ja tehtävää suorittavien viranomaistahojen välillä (Hätäkeskuslaki 692/2010). Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, mikä käsittää alueellisen ensihoidon järjestämistavan ja toteuttamisen potilaan kiireellisestä tilanarviosta, tarvittavan ensihoidon antamisesta, ja tarvittaessa tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan kuljettamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14, 2017: 10). Ensihoitoketjiksi mielletään yleisesti kokonaisuus aina hätäilmoituksesta ja hätäkeskuksen tehtävänkäsittelystä, ensihoitopalvelun aktivoinnista ja sitä seuraavasta potilaan tilan arvioimisesta, potilaan kuljettamisesta tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan ja sairaalassa tapahtuvasta potilaan jatkohoidosta.

Ensihoitopalvelun järjestämisestä säädetään Terveysministeriön (2010/1326) 39 §:ssä. Pykälä velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää ensihoitopalvelun järjestämisessä. Lakiin ensihoidon osalta (2016/1516) tehtyjen tarkennusten mukaan ensihoitopalvelu on suunniteltava, ja toteutettava kokonaisuutena yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon yksiköiden kanssa siten, että ensihoitopalvelu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykselliset lähipalvelut muodostavat yhdessä toiminnallisen kokonaisuuden. Ensihoitopalvelu voidaan terveydenhuoltolain mukaan tuottaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omana toimintana, yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa, järjestämällä ensihoitopalvelu yhteistyössä alueellisen pelastustoimen kanssa tai hankkimalla palvelu joltain toiselta palveluntuottajalta.

Terveysministeriön 40 §:ssä määritellään ensihoitopalvelun tarkempi sisältö. Ensihoitopalvelun sisältö käsittää tämän mukaisesti ensihoitovalmiuden ylläpitämisen, ja ensisijai-

sesti sairaalan ulkopuolella tapahtuvan, äkillisesti sairastuneiden tai vammautuneiden potilaiden hoidon tarpeen arvion, kiireellisen hoidon toteuttamisen, sekä potilaan kuljettamisen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Edellä mainittujen lisäksi Terveydenhuoltolain 40 § määrittelee ensihoidon osalta varautumisen ja valmiuden suunnitelmien ylläpitämisestä ja valmisteleminen suuronnettomuuksien ja muiden erityistilanteiden osalta, virka-avun antamisesta poliisille sekä muille viranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi, sekä potilaiden ja muiden henkilöiden tarvittavasta ohjaamisesta psykososiaalisen hoidon piiriin.

Terveydenhuoltolain 39 § velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää ensihoidon palvelutasopäätöksen laatimiseksi, ja Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antama asetus (585/2017) määrittelee palvelutasopäätöksen tarkemman sisällön. Palvelutasopäätöksessä kuvataan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun järjestämistapa ja tarkempi sisältö, ensihoitohenkilöstön koulutusvaatimukset ja muut ensihoidon toteuttamiseen olennaisesti liittyvät seikat. Palvelutasopäätöksellä varmistetaan ensihoidon palvelutuotannon tehokas ja tarkoituksenmukainen järjestäminen.

Ensihoidon toiminnanohjaus tapahtuu Suomessa yliopistosairaaloiden alaisuudessa toimivien viiden erityisvastuualueen ja osin sairaanhoitopiirin kuntayhtymien välillä. Valtioneuvoston asetus 156/2017 määrittelee erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueiden määräytyvän yliopistosairaaloiden ja niiden vaikutuspiiriin kuuluvien sairaanhoitopiirien mukaan. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 46 § taas määrittelee tehtävistä, joista erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien on yhdessä ensihoidon osalta sovittava. Tästä yhteistoiminnasta ja yhteensovittamisesta vastaa erityisvastuualueen ensihoitokeskus. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on muun muassa sopia niistä tavoittamisviiveistä, joiden kuluessa potilaat pyritään erilaisilla toiminta-alueilla tavoittamaan, vastata erityisvastuualueen ensihoitolääkäripäivystystoiminnan järjestämisestä, sekä vastata alueellisista valmiuden ja varautumisen suunnitelmista, jotka yhteen sovitetaan muiden toimijoiden ja viranomaisten suunnitelmien kanssa. Ensihoitokeskus vastaa lisäksi erityisvastuualueen korkeamman tason viestintä ja tietohallinnon ohjelmista, sekä ensihoitoa koskevien valtakunnallisten ohjeiden yhteen sovittamisesta muiden erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten kanssa. (1326/2010; 585/2017; Yhteiskunnan turvallisuusstrategia 2017: 83.)

Ensihoitopalvelun perustehtävä on kohdattaessa turvata äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan peruselintoiminnot, jatkaa potilaan hoitamista kuljetuksen aikana, ja kuljettaa potilas lääketieteellisesti arvioiden oikeaan hoitopaikkaan. Ensihoito voidaankin katsoa osaksi terveydenhuollon päivystystoimintaa, joka ensihoitotehtävien luonteen ja ensihoidon toimintaympäristön osalta muistuttaa muiden turvallisuusviranomaisten, kuten poliisin ja pelastustoimen työtä. Osassa ensihoidon tehtäväkenttää korostuu moniviranomaisyhteistyön toteuttaminen. (Määttä & Länkimäki 2017: 14.)

Ensihoitotoimintaa voidaan tarkastella hoitoketjuna, joka muodostuu tilanteen tunnistamisesta, hätäilmoituksen suorittamisesta, hätäpuhelun aikana suoritettavasta riskinarviosta, oikeatasoisen avun hälyttämisestä sekä potilaalle annettavasta ensihoidosta, ja tarvittaessa oikeaan terveydenhuollon päivystyspisteeseen kuljettamisesta. Tehtävän luonteen mukaisesti tehtävälle saatetaan liittää myös muita viranomaisyksiköitä. Ensihoitotehtävälle hälytettävien ensihoitoyksiköiden hälyttäminen perustuu hätäilmoituksen tietojen perusteella suoritettavaan riskinarvioon. Hätäkeskuksessa tapahtuvaa riskinarvion muodostamista ohjaa Sosiaali- ja terveysministeriön hätäkeskukselle antama terveystoimen tehtäväkäsittelyohje, ja ensihoitoyksiköiden hälytysvastetta puolestaan vastuullisen ensihoitopalvelun antama hälytysohjeistus (585/2017). Sairaanhoitopiirien yhdessä erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen kanssa tekemällä hälytysohjeella pyritään varmistamaan koko erityisvastuualueen maantieteellinen tarkasteleminen ilman sairaanhoitopiirien välisiä raja-aitoja, ja varmistamaan näin hätätilapotilaan tavoittaminen lähimmän ja tarkoituksenmukaisimman yksikön periaatteella (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14/ 2017: 12).

Tapahtumatietojen sekä oikein mitoitettun riskinarvion voidaan katsoa liittyvän hätätilapotilaan saaman hoidon oikea-aikaisuuteen ja selviytymisennusteeseen, sekä ensihoitopalvelun tarkoituksenmukaiseen hyödyntämiseen, mutta myös tehtävää suorittavien ensihoitajien työturvallisuuteen. Ensihoitotehtävän oikean riskinarvio heijastuu näin koko ensihoitojärjestelmän perusteisiin. Ensihoitotehtävien kiireellisyys jaetaan hätäkeskuksen suorittaman riskinarvion perusteella neljään kiireellisyysluokkaan taulukon 1. kuvamalla tavalla.

Taulukko 1. Ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokat ensihoitoasetuksen (585/2010) 6 §:n mukaisesti.

A-luokan tehtävä

korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna

B-luokan tehtävä

todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta

C-luokan tehtävä

avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia

D-luokan tehtävä

avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi

Ensihoitopalvelun yksiköiden hälyttämistä ohjaa sairaanhoitopiirien hätäkeskukselle annama ohjeistus yksiköiden hälyttämisestä. Hälytysohje pohjautuu vastuullisen sairaanhoitopiirin ja erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen riskinarvioon, jossa potilaiden tavoittamisviive on määritelty tehtävän kiireellisyysluokan ja kohteen maantieteellisen sijainnin mukaisesti. Maantieteellisen jaon mukaisesti sairaanhoitopiirin alue on jaettu nelikilometrin suuruisiin aluesolukoihin, sen mukaan kuuluuko solu ydintaajama-, muu taaajama-, haja-asutus- tai muuhun alueeseen. Jokaiselle solulle on ensihoitopalvelun riskinarviossa määritelty tehtävän kiireellisyysluokan mukainen aikataavoite, jonka kuluessa 50 % ja 90 % alueen tehtävistä tulee saavuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14/2017: 16–17.)

Ensihoitopalvelun yksiköiden hälyttäminen perustuu porrastetun hälytysvasteen periaatteeseen. Sillä tarkoitetaan eri hoitotasoilla olevien yksiköiden käyttämistä samalla tehtävällä potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi, ja oikean hoidon tason tarjoamisen varmistamiseksi (Valli 2016: 364, Määttä & Länkimäki 2017: 25). Yksiköiden porrastettu hälyttäminen perustuu hätäkeskukselle annettuun ensihoitopalvelun hälyttämisohjeeseen. Porrastetulla vasteella tarkoitetaan yleisesti ensivastetasoisten-, perus- ja hoitotasoisten ensihoidon yksiköiden, sekä ensihoidon kenttäjohto- ja lääkäriyksiköiden hälyttämistä ensihoitotehtäville alueen yksikköresurssien, hätäkeskuksen suorittaman tehtävän riskinarvion, sekä yksiköiden hälyttämisestä hätäkeskukselle annetun ohjeistuksen mukaisesti.

Porrasteinen vaste mahdollistaa korkeatasoisen ensihoidon tarjoamisen yhdistettynä yksiköiden taloudelliseen ja tarkoituksenmukaiseen hyödyntämiseen. (Määttä & Länkimäki 2017: 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antaman asetuksen 10 § määrittelee hoitotasoisena ensihoitajana toimimisen osaksi ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaa. Ensihoitoasetuksen perustelumuiustiossa (2017: 13–14) määritetään hoitotasoisen ensihoitajan tehtäviksi muun muassa potilaan tarkennetun tilan ja hoidon tarpeen arvion, kohdennettujen oireenmukaisten ja löydösperusteisten tutkimusten tekemisen, vaativampien hoitotoimenpiteiden suorittamisen, ja suonensisäisen lääkityksen annostelemisen. Hoitotasoiselta ensihoitajalta edellytettävästä vuosittaisesta täydennyskoulutuksesta ei ensihoidosta annetussa asetuksessa (585/2017, tai ensihoidon palvelutaso-oppaassa (2017) määritetä tarkemmin.

3.2. Ensihoitopalvelun johtaminen

Yhteiskunnan turvallisuusstrategian mukaan ensihoitopalvelun tehtävänä on turvata kansalaisten välitön avuntarve kansallisena kokonaisuutena. Tämä nähdään tapahtuvaksi kaikissa oloissa niin päivittäistehtävillä, kuin suuronnettomuuksien ja poikkeusoloihin varautumisenkin aikana. Yhteiskunnan turvallisuusstrategian mukaan johtaminen perustuu ”*lakisääteisiin tehtäviin ja toimivaltaisen viranomaisen vastuuseen*”. Muiden viranomaistoimijoiden tehtävänä on tukea toimivaltaista vastuuviranomaista. (Yhteiskunnan turvallisuusstrategia 2017: 19–22.)

Yleisjohto pelastustoiminnassa kuuluu Pelastuslain (379/2011) mukaan pelastustoiminta-alueen vastuulliselle pelastusviranomaiselle. Tämän mukaisesti yleisjohtajana toimiva pelastustoiminnan johtaja vastaa onnettomuus- tai häiriötilanteen tilannekuvan ylläpitämisestä ja viranomaisyhteistyön yhteensovittamisesta. Tehtävälle osallistuvat muut viranomaistoimijat toimivat oman toimialansa johdon alaisuudessa siten, että niiden toimenpiteet edistävät onnettomuustilanteen kokonaisvaltaista selvittämistä. Terveystoimen osalta tämä tarkoittaa yhteistehtävillä ensihoitotoimijoiden toimimista oman johtonsa

alaisuudessa, mutta tilanteen yleisjohdon kuuluvan pelastusviranomaiselle. Ensihoidon tilannejohto määräytyy tällöin joko päivystävälle ensihoitolääkärille tai päivystävälle ensihoidon kenttäjohtajalle.

Lainsäätäjä on määritellyt ensihoitopalvelun johtamisesta Ensihoidosta annetun asetuksen (585/2010) 9 § pykälässä. Asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä tulee olla alueen ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, joka johtaa alueen ensihoidotoimintaa sen mukaan, miten alueen ensihoidon järjestämissopimuksessa on määritelty. Tämän lisäksi erityisvastuualueella tulee olla ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys. Päivystävä ensihoitolääkäri vastaa toiminta-alueensa ensihoidon lääketieteellisestä tilannejohtamisesta yhdessä ensihoidon kenttäjohtajan kanssa. Lainsäädännöllisesti tilannejohtaminen on määritelty sekä ensihoidon kenttäjohtajan, että päivystävän ensihoitolääkärin tehtäväksi, kuitenkin ilman selkeää työnjakoa. Ensihoitolääkärin vastuuksi on määritelty yksittäisten potilaiden tilanne- ja lääkinnällinen johtovastuu (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14/2017: 20). Usean sairaanhoitopiirin alueella on alueellisin ohjeistuksin määritelty päivystävän ensihoitolääkärin vastaavan lääketieteellisestä johtamisesta ja ensihoidon kenttäjohtajan yleisestä operatiivisesta johtamisesta (Ekman 2015: 213).

Ensihoitopalvelun tehokas operatiivinen johtaminen edellyttää toiminta-alueen erityispiirteiden, sekä vastuullisen ensihoitopalvelun strategian tuntemista. Ensihoitopalvelun kenttäjohtajan tehtävänä on johtaa oman toiminta alueensa ensihoitopalvelun ensihoitoresurssien mahdollisimman tehokasta käyttämistä, ja lisäksi valvoa palvelutasopäätöksen määrittelemää toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14, 2017: 20). Kenttäjohtajan rooli korostuu usean yksikön tilanteissa ja moniviranomaistehtävillä (Ensihoitoasetus perustelumuiotio 2017: 16). Ensihoitoresurssien johtaminen edellyttää dynaamista lähestymistapaa, jolloin yksiköiden hälytysperusteet eivät saa perustua pelkästään asemapaikkoihin vaan toiminnassa korostuu liikkuvien ja matalariskisempiä tehtäviä suorittavien yksiköiden tehokas hyödyntäminen. Tarvittaessa ensihoidon kenttäjohtaja ohjeistaa hätäkeskusta ja alueensa ensihoitoyksiköitä siten, että alueellinen ensihoidovalmius säilyy optimaalisella tasolla (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14/2017: 21). Haastavimmillaan ensihoidon kenttäjohtajan toiminta näyttäytyy

tilanteissa, joissa potilaan lääketieteellisen hoitovastuun lisäksi kenttäjohtaja vastaa myös tehtävän operatiivisesta yleisjohtamisesta ja koko toiminta-alueen tilannekuvan ylläpitämisestä (Taskinen & Helenius 2017: 90). Näissä tilanteissa korostuu potilaskohtaisen lääketieteellisen johtovastuun jakaminen.

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan strategisen johtamisen kontekstissa ensihoidon päivystävä kenttäjohtaja voidaan mieltää ensihoitopalvelunsa operatiivisen hälytystoiminnan johtajaksi. Ensihoitopalvelun päivittäistoiminnan ohjaaminen edellyttää oman toimintakentän, ensihoitopalvelun järjestämistavan, ja taustalla toimintaa ohjaavan sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksen perusteiden tuntemista. Tässä yhteydessä ensihoidon kenttäjohtajan asema oman toimialueensa ensihoidon asiantuntijana sekä ensihoitotoiminnan toimintastrategian käytännön toteuttajana, vastaa Harisalon (2008: 244) määritelmää strategisesta operatiivisesta johtajasta myös mahdollisen hallinnollisen tehtävänkuvan osalta.

Pystyäkseen toteuttamaan ensihoitotoiminnalle asetetut tavoitteet, tulisi sairaanhoitopiirin valitsema ensihoidon strategia jalkauttaa tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti, ja ensihoidon kaikkien toimintaportaiden tehtävänkuvan olla selkeitä ja johdonmukaisia. Ilman selkeästi määriteltyä ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaa tai ensihoitopalvelun toiminnan strategisten avaintavoitteiden määrittelemistä, kenttäjohtamistoiminta näyttyy enemmän yksilötason kokemusperäisenä toimintana, kuin suunnitelmallisena strategian jalkauttamisena.

Ensihoitotoimintaa ohjaava säädösperusta määrittelee sairaanhoitopiirin ensihoidosta vastaavan lääkärin tehtäväksi muun muassa ensihoitopalvelun toiminnan suunnittelun, toiminnan lääketieteellisen ohjaamisen, ja ensihoitotoiminnan sisäisen valvonnan (ensihoitoasetus perustelumuistio 2017: 15). Toiminnan kokonaisvaltaisen ohjauksen näkökulmasta voidaan todeta sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksen toimivan ensihoitopalvelun strategisena järjestämissuunnitelmana. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapa on osa ensihoitopalvelun päivittäistoiminnan johtamista, jolloin ensihoidon kenttäjohtamistavan voidaan katsoa olevan ensihoitopalvelun strateginen va-

linta. Olennaista tässä kontekstissa on tarkastella myös ensihoitopalvelun sisäistä toimintaa, eikä pelkästään lainsäätäjän määrittelemää ulkoista toimintaa. Operatiivinen ensihoitotehtävien johtamisvastuu, sekä oman toiminta-alueen tilannekuvan ylläpitämisen lisäksi ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaa ohjaa organisaatioiden sisäiset toimintamallit hallinnollisesta esimiesasemasta, sekä mahdollisesta tehtävänkuvaan liittyvästä ensihoidon asiantuntijuudesta, ja tähän liittyen myös ensihoitotoiminnan kehittämisen roolista. Olennainen kysymys ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan suhteen lieneekin, tarkastellaanko ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaa ainoastaan operatiivisten ensihoitotehtävien ja toiminta-alueen tilannekuvan ylläpitämisen, vai lisäksi oman ensihoitopalvelunsa palvelutasopäätöksen toteutumista ohjaavasta roolista. Edellä mainitulla näkökulmalla ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvasta on merkityksensä arvioitaessa tulisiko ensihoidon kenttäjohtotoiminnan järjestämisen tapahtua sairaanhoitopiiriin omana toimintana siten, että ensihoidon kenttäjohtajat ovat palvelussuhteessa sairaanhoitopiiriin, kuten Sosiaali ja terveysministeriön Ensihoidosta antaman asetuksen (585/2017) perustelu­muistiossa (2017: 16) todetaan, vai olisiko tarkoituksenmukaista johtaa päivittäistoimintaa esimerkiksi osana alueellisen pelastuslaitoksen ensihoidon palvelutuotantoa? Onko ensihoitopalvelun strategian toteuttaminen mahdollista ilman selkeää palvelussuhdetta lainsäädännöllisesti toimintastrategiasta vastaavaan tahoon?

Ensihoitoasetuksen (585/2017) 10 §:n mukaan ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaan on mahdollista tarvittaessa yhdistää hoidollisia ensihoitotehtäviä, jos niiden toteuttaminen ei vaaranna muiden pykälässä mainittujen tehtävien suorittamista. Asetuksen 9 § määrittelee puolestaan päivystävän ensihoitolääkärin johtavan päivittäistä tilannekohtaista lääkinnällistä toimintaa yhdessä alueen ensihoidon kenttäjohtajan kanssa. Lainsäätaja siis määrittelee ensihoidon kenttäjohtajan tarvittaessa toimivan hoitotasoisena ensihoitajana, mutta vastaavan myös tilannekohtaisesta lääketieteellisestä johtamistoiminnasta. Ekmanin (2015: 213) mukaan ensihoitolääkäri vastaa tilannekohtaisesta lääketieteellisestä ja ensihoidon kenttäjohtaja tilannekohtaisesta operatiivisesta johtamisesta. Tämän mukaisesti ensihoitolääkäri johtaa yhteistehtävällä potilaan hoitamista ja kenttäjohtaja ensihoidon yksikköresursseja. Niiden tehtävien osalta joihin hälytetään ensihoidon kenttäjohtoyksikkö ilman lääkärivastetta, toimintaa lähtökohtaisesti johtaa tehtävälle hä-

lytetty ensihoidon kenttäjohtaja. Tehtävän lääkinällinen johtovastuu voidaan tällöin tarvittaessa siirtää kohteen saavuttavalle ensihoitoyksikölle, mutta ongelmatilanteissa juridinen vastuu säilynee kenttäjohtajalla ainakin tilanteissa, joissa ensihoidon kenttäjohtaja osallistuu potilaan hoidon toteuttamiseen, mutta on siirtänyt potilaan hoitovastuun ensihoitoyksikön ensihoitajalle.

Ensihoidon kenttäjohtajan osallistuminen ensihoitotehtäville määritetään vastuullisen ensihoitopalvelun hälytysohjeistuksessa. Hälytysohjeistus määrittelee ne operatiiviset ensihoidon tilanteet, joihin ensihoitopalvelun päivystävä kenttäjohtaja hälytetään. Yleisimmin kyseessä on tällöin joko usean yksikön moniviranomaistehtävä kuten esimerkiksi liikenneonnettomuus, tai yksittäisen potilaan kohdalla A-kiireellisyysluokan hälytyskriteerien täyttyminen. Joidenkin sairaanhoitopiirien alueella kenttäjohtoyksikkö voidaan tarvittaessa hälyttää ohjeistuksen mukaisesti myös B-kiireellisyysluokan tehtäville. Hälytysohjeistus vaihtelee paikallisesti ensihoitojärjestelmien ja sairaanhoitopiirien maantieteellisten seikkojen mukaisesti, perustuen esimerkiksi siihen, miten ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmä on rakennettu, minkä tasoisia ensihoidon yksiköitä alueella toimii, ja miten ensihoidon lääkäriyksikköä pystytään hyödyntämään.

3.3. Hallituksen esitys terveydenhuoltolain muutoksiksi

Osana tulevaa Sosiaali- ja terveystalouden sekä maakunta -uudistusta, hallitus on esittänyt muutoksia myös ensihoitopalvelun toimintaan ja järjestämisvastuisiin. Hallituksen terveydenhuoltolakiuudistuksen (HE 311/2018) tavoitteena on vahvistaa ensihoidon osuutta osana yhteiskunnallista kokonaisturvallisuutta, ja tehostaa yhteistyötä muiden yhteiskunnan turvallisuusviranomaisten kanssa. Esityksen keskiössä on ensihoitopalvelun suunnittelun ja toteutuksen valtakunnallinen kokonaisuus, jolloin tulevien maakuntien aluerajoja ylittäviä tilanteita varten olisi muodostettu yhteneväiset menettelytavat ja ohjeistukset, sekä riittävän vahva ohjaus ja johtaminen. (HE 311/2018: 16–18.)

Tällä hetkellä eduskunnan käsittelyssä oleva Hallituksen esitys (311/2018) tarkentaa Hallituksen esitystä (HE 15/2017) maakunta- ja sosiaali- ja terveystalvvelujärjestämlain kirjauksista ensihoidon palvelutuotannon järjestämisen osalta. Esityksessä tarkennetaan ensihoitopalvelun sisältävän luonteeltaan viranomaistoimintaa ja julkisen vallan käyttämistä sisältäviä, yhteiskunnan kokonaisturvallisuuteen vaikuttavia tehtäviä, jolloin ensihoitopalvelun tuottaminen on katsottu tarkoituksenmukaiseksi järjestää maakunnan omana toimintana, ja erikseen määritellä mitä ensihoitopalvelun osia maakunta voi hankkia muilta palveluntuottajilta. Maakunnan oman järjestämistoiminnan alle määritellään kuuluvaksi ensihoitopalvelun johtaminen, ensihoidon palvelutasopäätöksestä ja ensihoidon palvelutuotannon tuottamistavasta päättäminen. (HE 311/2018: 16–18, 25–26.)

Hallituksen esityksen (311/2018) 40 § määrittelee, että maakunta voi jatkossa hankkia ensihoitopalvelun palvelutuotantoa ainoastaan ensivaste- ja ambulanssitoimintaa varten. Ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, ensihoitolääkäritoiminta, ensihoidon kenttäjohtamistoiminta, sekä alueellisten ensihoidon valmius- ja varautumissuunnitelmien laatiminen, ja muille viranomaisille annettavat tukitoiminnot esitetään kokonaisuudessaan säädettäväksi maakunnan omana toimintana. Tässä kontekstissa huomionarvoista on, että myös maakunnan pelastustoimi katsotaan osaksi ensihoitopalvelun ulkopuolista palvelutuotantoa, ilman oikeutta esimerkiksi ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan tuottamiseen. Ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaan ei esitetä muutoksia, ainoastaan tarkennetaan ensihoidon kenttäjohtajan toimintaa maakunnallisen tilannekuvan ylläpitäjänä. (HE 311/2018: 18, 27–29.)

3.4. Tilannetietoisuus operatiivisessa johtamistoiminnassa

Operatiivisen johtamistilanteen hallinnassa voidaan puhua tilannetietoisuuden ja siihen liittyen jaetun tilannetietoisuuden, sekä tilannekuvan käsitteistä. Käsitteitä pidetään monitulkintaisina, mutta tietyiltä osin myös yleisesti hyväksytyinä. (Nofi 2000: 18–19, Patrick, James, Ahmed & Halliday 2007: 393–394). Yksi yleisesti hyväksytty määritelmä tilannetietoisuudelle on Endsleyn (1995: 37).

“The perception of the elements in the environment within a volume of time and space, the comprehension of their meaning and the projection of their status in the near future”

Tilannetietoisuudesta (SA, situational awareness) kuulee yleisesti puhuttavan käsiteltävässä monimutkaisia, dynaamisesti eteneviä tilanteita. Ajallisesti käsite pohjautuu ensimmäisen maailmansodan aikoihin, jolloin monien ilmataisteluvoittojen lentäjiin yhdistettiin korostuneen tilannetietoisuuden käsite. Tämän jälkeen tilannetietoisuus on laajalti yhdistetty myös lääketieteeseen, siviili-ilmailuun niin lentämisen, kuin lento-onnettomuuk-sienkin osalta, sekä osaksi yhteiskunnan hallinto-organisaatioiden ja pelastusviranomais-ten johtamistoimintaa. (mm. Endsley, Taekman & Wright 2004: 66–67, Patrick ym. 2007: 393, Seppänen, Mäkelä, Luokkala & Virrantaus 2012: 2).

Yksinkertaisimmillaan tilannetietoisuutta voidaan tarkastella yksilön subjektiivisena kä-sityksenä sen hetkisestä ympäristöstään, tiedoksi lähiympäristön tapahtumista (Busby & Witucki-Brown 2010: 444), tai toisin sanoen ”*tiedän mitä tapahtuu – mitä voi tapahtua – mitä toimintavaihtoehtoja minulla on*” (Nofi 2001: 24). Haastavimmillaan tilannetietoi-suus näyttäytyy osana kompleksisia systeemejä. Lentäminen esimerkiksi vaatii monen yhteisvaikutuksellisen tekijän kuten mittariston, tietokoneiden ja ympäröivän maailman yhtäaikaista hahmottamista. Lentäjän tilannetietoisuus on tällöin altisteinen monelle yh-täaikaiselle informaatiolähteelle. Tehtävien suorittaminen, ongelmien ratkaiseminen ja päätösten tekeminen tapahtuvat varsin kapean aika-avaruuden sisällä. Oikea päätöksen-teko on riippuvainen tarkasta, ajan tasaisesta ja onnistuneesta tilannetietoisuuden ylläpi-tämisestä. Tilannetietoisuuden ylläpitäminen on sitä vaikeampaa, mitä kompleksisem-masta ja dynaamisemmasta tilanteesta on kysymys. (Endsley 1995: 33.)

Virrantaus ja Mäkelä (2009: 217) ovat määritelleet tilannetietoisuuden dynaamiseksi vä-littömän toimintaympäristön tilanteiden hahmottamiseksi ja ymmärtämiseksi, vas-taukseksi kysymyksiin mitä lähiympäristössäni tapahtuu, miten tilanne etenee, ja mitä voin tehdä ongelman suhteen. Endsley kuvaa tilannetietoisuutta kuvauksena, miten yksilö hahmottaa välittömän ympäristönsä nykytilan. Endsleyn mukaan tilannetietoisuuden kä-site koostuu kaikesta eri puolilta saatavilla olevan tiedon jalostumisesta kokonaiskuvaksi,

ja kokonaiskuvan perusteella tapahtuvasta toiminnasta ja päätösten tekemisestä. Tilannetietoisuus edeltää kaikkea päätöksentekoa ja on tärkeä osa dynaamista päätöksentekoprosessia. (Endsley ym. 2001: 3 & Endsley ym. 2004: 66.) Hyvien päätöstentekijöiden toimintaa määrittelee ensin tapahtuva tilanteen ymmärtäminen johdettuna välittömään tilanteen ratkaisuvaihtoehtojen valintaan (Endsley 1995: 34).

Tilannetietoisuutta voi kuvata yksilöllisenä, kokonaisvaltaisena ja kokemusperäisenä tulkintana ympäröivän maailman tapahtumista. Tilannetietoisuuden syntymiseen vaikuttavat yksilölliset rakenteelliset tekijät, sekä tilanteeseen vaikuttavat tilannetekijät. Rakenteelliset tekijät ovat elämän ja kokemusten perusteella rakentunutta kokemusperäistä hiljaista tietoa, jonka vaikutus näkyy siinä, miten erilaisia tilanteita tulkitaan. Rakenteellisia tekijöitä on vaikea määrittellä yksiselitteisesti, mutta ainakin koulutuksella ja työkokemuksella, osaamistasolla, muistikapasiteetilla, arvomaailmailmalla ja yksilön persoonallisuudella katsotaan olevan vaikutusta, miten ympäröivä maailma näyttäytyy, ja minkälaisia tulkintoja lähiympäristön tapahtumista syntyy. Rakenteellisilla tekijöillä on oleellinen merkitys tilannetietoisuuden kokemisessa. Tilanteellisilla tekijöillä tarkoitetaan kussakin tilanteessa suoritettavan tehtävän luonnetta ja kyseiseen tehtävään liittyviä olosuhteita. Rakenteelliset ja tilanteelliset tekijät yhdessä vaikuttavat, miten tehtävän suorittamisen kannalta oleellinen informaatio vastaanotetaan ja tulkitaan. Osalla ihmisistä tilannetietoisuuden muodostaminen on luonnostaan helpompaa kuin toisille. (Endsley ym. 2001: 3–5, Nofi 2001: 23–24.)

Globalisoitunut maailma ja yhteiskunnan teknistyminen on johtanut saatavilla olevan informaation moninkertaistumiseen, ja luonut haasteensa alati lisääntyvän informaation käsittelylle, tulkinnalle ja onnistuneelle päätöksenteolle. Eri alojen toimijoilla tieto ja tiedontarve vaihtelevat alalle ominaisen tiedontarpeen mukaisesti. Informaation määrä ei kuitenkaan enää automaattisesti tarkoita ymmärryksen lisääntymistä samassa suhteessa, vaan voi johtaa myös tilannetietoisuuden menettämiseen. (Endsley ym. 2001: 3–5.)

Tieto ja tiedon määrä ovat merkityksellistä niin tilannetietoisuuden syntymisen kuin tilannekuvan muodostumisen kannalta. Osa tiedosta on saatua ja osa välitettyä. Tällöin puhutaan jaetusta tilannekuvasta tai jaetusta tilannetietoisuudesta. Tilanteiden ratkaisemisen

keskiössä on yhteinen ymmärrys tapahtuman tai tilanteen luonteesta ja kehittämisestä. Tehokkaan toiminnan edellytys on toimintaan osallistuvien tiimien tehokas tilannetiedon tuottaminen ja jakaminen (Seppänen ym. 2012: 1). Luonteeltaan tilannetietoa voi kuvailla kriisitilanteisiin liittyväksi, dynaamiseksi ja jatkuvasti muuttuvaksi informaatioksi jonkin tilanteen kehittämisestä (Luokkala, Nikander, Korpi, Virrantaus & Torkki 2016: 277–278). Tilannetiedon saamisen ja jakaminen merkitys korostuu suurten onnettomuustilanteiden pelastustoiminnassa, ollen merkittävässä roolissa tilannetietoisuuden kehittämisessä sekä toimijoiden henkilökohtaisen tilannekuvan ylläpitämisessä (own situational world) (Busby & Witucki-Brown 2011: 449). Jaetusta tilannetietoisuudesta puhutaan silloin, kun toimijoiden yksilöllisen tilannetietoisuuden jakamisen seurauksena kaikki ryhmän jäsenet omaavat saman tilannetietoisuuden tason. (Nofi 2001: 26).

Norri-Sederholm (2013) on väitöskirjassaan tutkinut ensihoidon kenttäjohtajan tilannetietoisuutta ja tilannetiedon virtaamista moniviranomaistehtävillä. Tutkimustulosten mukaan moniviranomaistehtävällä tärkeimmät tilannetiedon virtaamisen kategoriat muodostuivat yksittäisen tehtävän tapahtumatiedoista, tehtävän statuksesta, alueen statuksesta, työturvallisuudesta ja taktiikasta. Tiedon tarve vaihteli tutkimuksen tehtäväskenaarioiden mukaisesti, mutta tutkimuksessa painottui sekä saatu, että välitetty tilannetieto. Tilannekuvan muodostamista ohjaavaa informaatiota välittyi eniten Virve-viestiliikenteen ja ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmän välityksellä. Edellä mainittujen lisäksi tietoa saatiin kasvokkain, puhelimen-, sekä sähköisen ensihoitokertomuksen välityksellä. Ensihoidon kenttäjohtajan välittämä tieto jakaantui tasaisesti puhelimen, Virve-viestiliikenteen ja kasvokkain tapahtuvan raportoinnin välillä. Pieni osa tiedosta välittyi myös sähköisen ensihoitokertomuksen tarjoamasta informaatiosta. Tutkimustulosten mukaan ensihoidon kenttäjohtajat toimivat selkeinä yhdyshenkilöinä ensihoitoyksiköiden ja muiden viranomaistoimijoiden välillä, vaikuttaen jaetun tilannetietoisuuden syntymiseen.

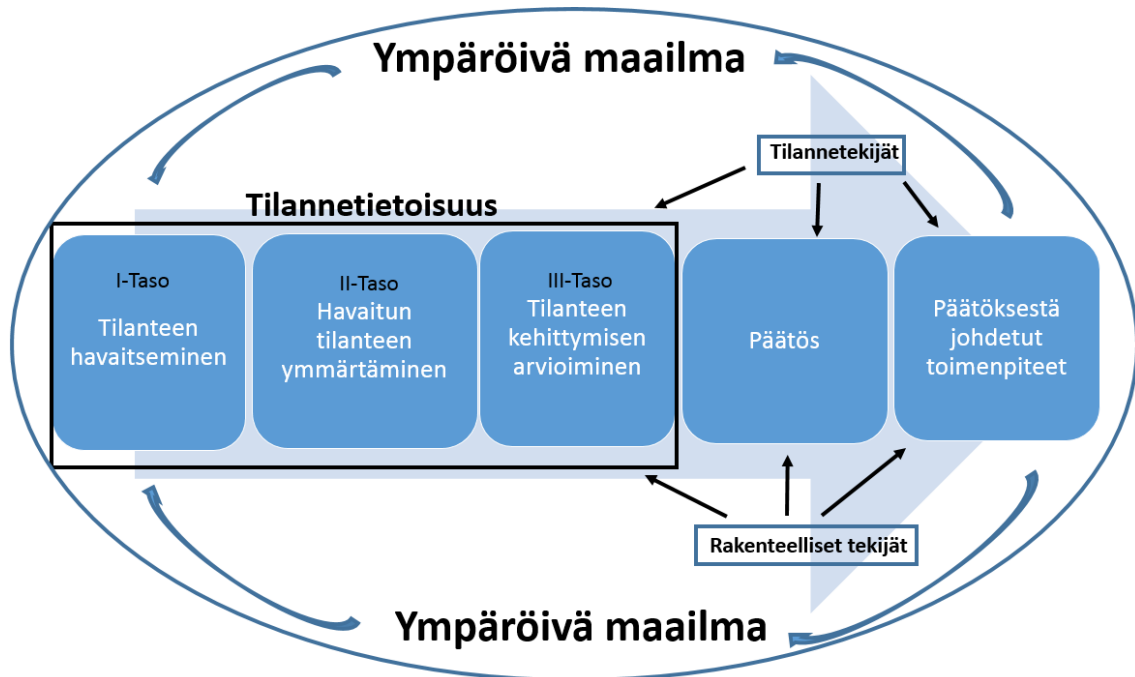
Endsley (2001: 4–6; 1995: 36–37, 42) on jakanut tilannetietoisuuden saavuttamisen kolmeen tasoon. Tilannetietoisuuden saavuttamisen ensimmäinen taso kuvaa välittömän ympäristön elementtien ominaisuuksien ja dynamiikan hahmottamista (*perception of the elements in the environment*). Elementeillä tarkoitetaan kaikkia niitä asioita ja tilanneteki-

jöitä, jotka ovat oman toiminnan kannalta merkityksellisiä. Eri alojen toimijoiden tilannetietoisuus muodostuu erilaisista tilannetekijöistä. Ensimmäisen tason toimija on kykenevä hahmottamaan omaan ympäristöön liittyviä oleellisia elementtejä. Tason toimijan tilannetietoisuuden syntymistä ohjaa pääsääntöisesti työ- ja pitkäkestoisen muistiin varastoituneen, kokemusperäisen, ja opitun tiedon tulkitseminen.

Tilannetietoisuuden saavuttamisen toisella tasolla kuvataan nykytilanteen ymmärtämistä (*comprehension of the current situation*). Toisen tason tilannetietoisuudessa yhdistyy ensimmäisen tason elementtien havaitsemisen ja hahmottamisen lisäksi ymmärrys elementtien merkityksestä toimintaan. Kokemuksella on suuri merkitys toisen tason tilannetietoisuuden saavuttamisessa. Novii toimija voi saavuttaa tilannetietoisuuden ensimmäisen tason, mutta kokea haastavaksi elementtien ja tiedon yhdistämisen toisen tason toimijalle tunnusomaiselle, oikein mitoitettulle ja oikea-aikaiselle tavoitteelliselle toiminnalle. (Endsley ym. 2001: 4–6.)

Tilannetietoisuuden saavuttamisen kolmannen ja korkeimman tason toimija on kykenevä hahmottamaan ja ennakoimaan lähitulevaisuuden tapahtumia ympäröivän maailman todellisuuden perusteella (*projection of future status*, ja suhteuttamaan toimintansa tilanteen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Kaikilla toimijoilla ei välttämättä ole asiantuntijuutta tai kykyä saavuttaa tilannetietoisuuden kolmatta tasoa. (Endsley ym. 2001: 5–6; Endsley 1995: 37.)

Tilannetietoisuuden tasot toimivat jatkumona. Ensimmäisen tason saavuttaminen on edellytys toiselle ja edelleen kolmannelle tasolle siirtymisessä. Ensimmäisen tasolla toimija on kykenevä havainnoimaan välittömän ympäristön tuottaman informaation, toisella tasolla hän on kykenevä ymmärtämään tilanteen ja kolmannella tasolla muuttamaan saadun informaation ja sen merkityksen arvioksi lähitulevaisuuden tapahtumista. Kyseessä on kehän muotoinen jatkumo (kuvio 4), jossa tilannetietoisuuden tasot johtavat päätöksentekoon ja päätöksentekoa seuraavaan toimintaan, jonka jälkeen jatkumo alkaa alusta. Tilannetietoisuuden ylläpitäminen on jatkuva prosessi. Edellä mainittu Endsleyn (1995: 35) kuvaus tilannetietoisuuden muodostumisesta ja jalostumisesta osaksi päätöksentekoprosessia, on avattu tarkemmin kuviossa 4.



Kuvio 4. Tilannetietoisuuden merkitys dynamisessa päätöksentekoprosessissa Endsleyn (1995: 35) mallin pohjalta muokattuna.

Tilannetietoisuus on tärkeä osa päätöksentekoprosessia. Yksilön käsitys välittämän ympäristön merkityksellisistä tekijöistä muodostaa tilannetietoisuuden perustan, jolta osin ratkaisuvaihtoehtoja syntyy. Ympäristön merkityksellisten elementtien havaitseminen voi syntyä puhtaasti aistiperäisesti, tai se voidaan havaita jonkin teknisen järjestelmän puolesta. Havaintoja seuraava tilannetietoisuus johtaa päätöksen syntymiseen ja tästä johdettuihin toimenpiteisiin. Havaintojen tulkitsemisen, päätöksenteon ja valittavien toimenpiteiden taustalla vaikuttavat yksilölliset tilanteen tulkitsemiseen ja toimintaan vaikuttavat tekijät kuten koettu tilannepaine, tilanteeseen kohdistuva työmäärä ja järjestelmien tuottama informaatio. Näiden lisäksi yksilölliset rakenteelliset tekijät kuten kokemustaso, koulutus ja yleinen kyvykkyys vaikuttavat prosessin kaikissa vaiheissa. Kuvioista 4. nähdään päätöksentekoprosessin muodostuvan kehän muotoisena etenevästä mallista, jossa saavutettu tilannetietoisuus johtaa päätöksentekoon, päätöksenteosta johdettuihin toimenpiteisiin, alkaakseen jälleen alusta. (Endsley 1995: 35.)

3.5. Tilannekuva operatiivisessa tilannejohtamisessa

Tilannekuva ja tilannetietoisuus ovat lähikäsitteitä, vaikkakin tilannetietoisuus on paremmin määritelty. Tilannekuvalle ei ole löydettävissä selkeää yksittäistä määritelmää, eikä tilannekuvan määritelmä edellytä eri toimijoiden välistä yhteistä ymmärrystä. Eri viranomaistoimijat käsittävät tilanteen eri tavalla yksilöllisten ominaisuuksiensa ja yhteiskunnallisen roolinsa vuoksi. Eri toimijoiden tilannekuvista muodostettu yhteinen tilannekuva on laajempi ja kattavampi, kuin ainoastaan yhden yleisesti hyväksytyyn tilannekuvamääritelmän pohjalta muodostettu ymmärrys. (Huovila ym. 2010: 20.)

Kuusisto (2005) pitää tilannekuva -termin käyttämistä osin ongelmallisena, koska sille on asetettu paljon erilaisia merkityksiä ja tulkintoja. Kuusiston mukaan tilannekuvan voi katsoa sisältävän käsitteet *tilanne*, *tilannekuva*, *tilannetietoisuus* ja *tilanneymmärrys*, sekä *tilanteen malli*. Kuusiston mukaan näitä kaikkia käytetään limittäin ja kaikkien kuvaavan tilannekuvaa jollain tasolla. Tilannekuvan ja tilannetietoisuuden eron Kuusisto puolestaan määrittelee siten, että tilannetietoisuus on tilanteen tulkintaa yksilön itsensä kautta. Sen syntyminen edellyttää ulkopuolisen datan ja oman suorituskyvyn ymmärtämistä. Tilannekuva taas on yhdestä eksaktista tilanteesta saatu kuva tai käsitys. Sillä ei tarkoiteta ainoastaan teknistä järjestelmätietoa tai kameroiden tuottamaa kuvaa, vaan siihen linkittyä olennaisena osana mittaamattomia asioita, kuten tietoisuus ja ymmärrys tapahtumista, tapahtuman välittömistä seurauksista, ja arvio tilanteen kehittymisestä. Tilannekuva voidaan nähdä jonkin tapahtuman sen hetkisenä tilanteena, tietynlaisena subjektiivisena ”snapshot” -kuvana siitä, mitä on juuri sillä hetkellä tapahtumassa. (Kuusisto 2005: 3–11).

Tilannekuvalla on erilaisia merkityksiä sen mukaan, kuka puhuu ja missä ajassa ja paikassa puhutaan (Kuusisto 2005: 3). Tilannekuva voi olla toimivaltaisen viranomaisen käsitys jostain tilanteesta tai tapahtumasta, siihen liittyneistä tekijöistä, sekä tilanteen arvioidusta kehittymisestä (Varautuminen ja kokonaisturvallisuus 2010: 58). Kuusiston (2005: 7–8) määritelmän mukaan tilannekuvaa voi tarkastella yhteisen turvallisuustilanteen analyysina, tietoisuutena vallitsevista olosuhteista, ilmaisuksi mitä on tapahtunut tai tapahtumassa, sekä analysoiduksi ja jäsennetyksi tiedoksi jonkin toimialueen tilanteesta.

Valtion turvallisuusstrategian mukaan tilannekuva sisältää asiantuntijoiden kuvauksen häiriötilanteen olosuhteista ja tapahtumista, seurauksista ja arvioidusta kehittymisestä (Yhteiskunnan turvallisuusstrategia 2010: 53).

Yhteiskunnan turvallisuusstrategian mukaan häiriötilanteiden hyvä johtaminen koostuu yhteistyön, tilanneymmärryksen ja tilanteen kehittymisen muodostamasta tilannekuvan ja viestinnän osa-alueista. Hyvän johtamisen edellytyksenä korostuvat johtamisvastuut, sekä tilannekuvan kokoamisen ja jakamisen periaatteet. (Yhteiskunnan turvallisuusstrategia 2017: 15–16.) Luotettava tilannekuva on kaiken johtamisen ja päätöksenteon perusta (Varautuminen ja kokonaisturvallisuus 2010: 58). Selkeä tilannekuva mahdollistaa oikein mitoitettujen toimenpiteiden käynnistämisen. (Huovila ym. 2010: 19.)

Entistä suurempi osa viranomaisten johtamistoiminnasta on yhteistoimintaa muiden toimivaltaisten viranomaisten kanssa. Näissä tilanteissa korostuu kokonaisvaltainen eri toimijoiden hallinnonalojen välisen yhteisen tilannekuvan muodostaminen. Jaettu yhteinen tilannekuva korostuu varsinkin monia eri hallinnonaloja koskettavien vakavien kriisien ja häiriötilanteiden aikana, vaikka tilanteen toiminnallinen kokonaisjohtovastuu olisikin selkeästi jollain toimivaltaisella viranomaistaholla. (Mäntyvaara 2012: 43.)

Yhteistä tilannekuvan määrittelemiselle näyttäisi olevan käsitys sen yhteiskunnallisesta ulottuvuudesta tilanteen arvioimisen ja yhteiskunnallisen päätöksenteon osana. Tilannekuvalla tässä työssä tarkoitetaan toimivaltaisen viranomaisen, päättäjän tai muun yhteiskunnallisen vaikuttajan käsitystä jonkin yhteiskunnallisen tapahtuman, häiriötilanteen tai onnettomuustilanteen syistä, seurauksista ja etenemisestä. Ensihoidon kenttäjohtajan toiminnan kontekstissa tilannekuva nähdään tässä työssä ensihoidon kenttäjohtajan sen hetkenä tietona oman toiminta-alueen operatiivisesta tilanteesta Tämä käsittää tilannetiedon käynnissä olevista ensihoitotehtävistä, alueen ensihoitoyksiköiden kokonaismäärästä, sijainnista ja suoritettavien ensihoitotehtävien suhteesta osana toiminta-alueen ensihoitovalmiutta. Tilannekuva osana moniviranomaistehtävien johtamista on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

4. TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO

4.1. Tapaustutkimus tutkimusstrategiana

Tapaustutkimus on tiedon hakemista ja keräämistä joko yksittäisestä tapauksesta, tai pienestä joukosta yksittäisistä, toisiinsa suhteessa olevista tapauksista, jotka muodostavat ymmärrettävän kokonaisuuden (Hirsjärvi ym. 2014: 134; Moilanen, Ojasalo & Ritalahti 2009: 53). Sen avulla haetaan syvällistä ja monipuolista kuvaa tutkittavasta ilmiöstä, tarkoituksena ymmärryksen muodostaminen (Kananen 2017:41–48). Tapaustutkimukselle asetettuja vaatimuksia ovat ilmiön sijoittuminen nykytodellisuuteen ja tutkimuksen toteuttaminen sen luonnollisessa ympäristössä, monipuolisten aineistojen ja menetelmien käyttäminen, sekä tutkijan halun saada ilmiöstä rikas, syvälinen ja kokonaisvaltainen (holistinen) kuva. Viimeisenä piirteenä Kananen mukaan on tapausten rajoittuminen yleensä vain yhteen, mutta tutkimus voidaan toteuttaa myös monitapaustutkimuksena, jolloin kokonaisuuden muodostavia tutkittavia tapauksia on useita. (Kananen 2013:54.)

Yin mukaan tapaustutkimusta voi suositella vaihtoehdoksi silloin, kun haetaan vastausta jonkin tarkkarajaisen, ajankohtaisen ilmiön tai tapahtuman osalta miten (how) ja/tai miksi (why) -kysymyksillä. Kananen mukaan edellä mainittuihin kysymyksiin voidaan liittää myös kuinka-kysymys. (Yin 2002: 1–2, 9, 22–23; Kananen 2013: 54.) Yin edelleen kuvaa, että tapaustutkimus voi olla kuvailevaa (descriptive), selittävää (explanatory), tai tutkivaa (exploratory), jolloin tutkimusstrategia muodostuu sen pohjalta, millaisia vastauksia tutkimuksella haetaan. Tapaustutkimus voi kohdistua yhteiskunnallisiin toimijoihin tai joihinkin rajattuihin ihmisryhmiin, mutta se voi kohdistua myös johonkin toiminnalliseen tapaukseen kuten esimerkiksi prosessiin, ohjeistukseen, tai esimerkiksi jonkin päätöksen toimeenpanoon. Oleellista on, että tapaukselle pystytään löytämään alku- ja loppupiste, eli tapaus saadaan selkeästi rajattua. (Yin 2002: 1–2, 9, 22–23; Peuhkuri 2005: 295). Yin mukaan tapaustutkimuksen luonteelle on ominaista ymmärryksen hakeminen esimerkiksi jonkin päätöksen tai päätösten osalta kysymyksillä, miksi ne tehtiin, miten kyseiset päätökset implementoitiin, ja mikä oli näiden osalta lopputulos? Päätös muodostuu näin ollen kiinnostuksen kohteeksi. (Yin 2002: 12).

Tapaustutkimuksessa tapauksen määrittelyminen voi olla hankalaa. Edellisessä kappaleessa Yin kuvailee tapausta osana tutkimusta varsin laveasti, mutta tapauksen määrittelyminen voi olla myös vaikeaa. Yksilö voi muodostaa tapauksen. Jos ryhmä muodostuu useasta yksilöstä, muodostavat nämä yksilöt silloin tutkimuksen, joka käsittää monta tapausta eli tutkimus muodostuu monitapaustutkimukseksi. Tämä siksi, että yksilö on varsin hankalasti määriteltävissä, ja tarvittavan tiedon tunnistaminen ja kerääminen vaativat paljon työtä. Helpommin määriteltäviä tapauksia ovat esimerkiksi rajatut organisaatiot, ohjeet, muutosprosessit, toimintakokonaisuudet ja vastaavat. (Yin 2002: 22–23.) Peuhkuri painottaa, että tapauksen valinnan on oltava teoreettisesti perusteltua. Viime kädessä tapaus määrittyy empirian ja teorian vuoropuhelusta, jossa olennaista on tapauksen rajaus. Tapaustutkimuksessa painottuvat toisaalta etukäteen painotetut teoreettiset tavoitteet, ja toisaalta kiinnostus tapahtumien erityispiirteisiin. (Peuhkuri 2005: 295.)

Tapaustutkimuksen tarkoituksena ei ole välttämättä muodostaa uutta teoriaa, tai kehittää ratkaisua tiettyyn ongelmaan, vaan tapaustutkimuksessa lähdetään tapauksen syvällisestä ymmärtämisestä ja kuvaamisesta. Uuden teorian syntyminen voi olla myös mahdollista, varsinkin selittävässä (exploratory) tapaustutkimusmuodossa. Teorian ja empirian suhteen tapaustutkimukselle tyypillistä on empirialähtöisyys, jolloin päättely lähtee liikkeelle tapauksesta, mutta toisaalta teorian osuutta ei poissuljeta. Teorian ja empirian suhde tapaustutkimuksessa katsotaan abduktiiviseksi. (Moilanen ym. 2009: 54; Kananen 2013: 55–56.) Tutkijalla voi olla tutkittavan ilmiön suhteen joitain teoreettisia ajatuksia, joita yritetään tutkimuksessa todentaa (Hirsjärvi & Hurme 2011: 136).

Yin mukaan yleisin virhe tapaustutkimuksen tekijällä on käyttää tilastollisia tuloksia perusteena tapaustutkimuksen tulosten yleistämiseksi. Vain aikaisemmin muodostettua teoriaa voidaan käyttää vertailukohtana, joten ainoastaan silloin, kun aikaisempi teoria ja tutkimuksen tulokset kohtaavat, voidaan puhua yleistävyydestä tai tulosten ”toisinnosta”. (Yin 2002: 33.)

Tutkimusmenetelmien osalta tapaustutkimuksen ei katsota olevan oma tutkimusotteensa, vaan kyseessä on perinteisten menetelmien, kuten kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen yhdistelmä. Vaikka tapaustutkimuksen katsotaan olevan lähempänä laadullista

tutkimusta, voidaan sen katsoa kuitenkin olevan hyvin lähellä triangulaatiota, jolloin se sopii hyvin monimutkaisten kokonaisuuksien tutkimiseen. (Kananen 2013: 9; Kananen 2017: 35–48.) Tutkimusaineisto voi koostua havainnoinnista, haastatteluista, sekä dokumenttien ja datan keräämisestä (Hirsjärvi 2014: 134). Yin mukaan tapaustutkimuksessa tarvittava tietopohja voidaan kerätä kuudesta lähteestä; dokumenteista tai arkistoista, käyttämällä havainnointia tai osallistuvaa havainnointia, haastattelemalla tai esimerkiksi esineitä tutkimalla (Yin 2002: 83).

4.2. Tutkimusaineiston kuvaus ja tutkimuksen toteuttaminen

Tässä tutkimuksessa käytettävä tapaus muodostuu ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta. Ensihoidon kenttäjohtaminen on lainsäätäjän tarkasti määrittelemää viranomaistoimintaa, joka voidaan tässä yhteydessä nähdä tapaustutkimuksen edellyttämänä tarkkarajaisena kokonaisuutena. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan kuvaaminen on mahdollista tapaustutkimuksen keinoin, vaikka toimintaan liittyy eri sairaanhoitopiirien järjestämistapojen osalta myös eroavaisuuksia. Olennaista tapaustutkimuksen toteuttamisen osalta on tarkastella ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa lainsäätäjän määrittelemän viranomaistoiminnan kontekstista.

Tämän työn tarkoituksena on kuvata sairaanhoitopiirien ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan suhteen tekemiä valintoja, ja syventää kenttäjohtamistoiminnan kuvausta tarkemmin ensihoidon kenttäjohtajien käsityksiin erilaisten järjestämistapojen vaikutuksesta kenttäjohtajan ydintehtävän eli alueen ensihoitotoiminnan kokonaishallinnan osalta. Kokonaishallinnan kuva liittyy tässä yhteydessä tilannetietoisuuden, tilannekuvan ja päätöksenteon käsitteisiin, joiden voidaan katsoa liittyvä oleellisella ja kiinteällä tavalla ensihoidon kenttäjohtajan ydintehtävänkuvaan. Kyseessä on Yin jaottelun mukaisesti deskriptiivinen eli kuvaileva tapaustutkimuksen muoto, jonka tarkoituksena ei ole uuden teorian tuottaminen, vaan ymmärryksen lisääminen tutkimuksen tapauksesta eli ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta.

Tutkimusongelma määrittelee, millaista aineistoa tutkija ongelman ratkaisemiseksi tarvitsee, ja miten aineisto tulisi kerätä. Tutkimusmenetelmiä tulisi täten harkita aina suhteessa tutkimusongelmiin, kohteena olevaan ilmiöön ja sen luonteeseen. (Hirsjärvi & Hurme: 2011: 15). Tapaustutkimuksessa vastaus tutkimusongelmaan kerätään eri lähteistä, jotta tutkittavasta tapauksesta saadaan muodostettua kokonaiskuva. Tiedonkeruun ja aineiston hajanaisuus tekee tutkimuksesta nimenomaan tapaustutkimuksen (Kananen 2013: 77).

Tämän tutkimuksen osalta tarvittava tutkimusaineisto kerättiin kaikille Suomen 20 sairaanhoitopiirin ensihoidon hallinnon edustajalle osoitetulla lomakekyselyllä, sekä kolmea sairaanhoitopiiriä ja viittä eri kenttäjohto-organisaatiota edustavan seitsemän ensihoidon kenttäjohtajan puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Tutkimusaineiston avulla haettiin vastauksia siihen, millaisia toiminnallisia valintoja on kenttäjohtamistoimintojen järjestämisen suhteen eri sairaanhoitopiireissä tehty, ja miten ensihoidon kenttäjohtajat kokevat oman tehtävänkuvansa suhteessa toiminta-alueensa tilannekuvan ylläpitämisen, ja tehtävänkuvaan liittyvän hoidollisen ensihoitotoiminnan näkökulmasta. Tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusmenetelmien valintaa.

Sairaanhoitopiirien strategisia valintoja selvitettiin ensihoidon vastuulääkäreille osoitetun sähköisen Webropol-lomakekyselyn avulla. Kyselylomake on yleisin määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä (Valli 2018: 261). Kyselyllä pyrittiin selvittämään ja kuvaamaan millaisilla eri tavoilla sairaanhoitopiireissä pyrittiin vastaamaan ensihoitoasetuksen edellyttämiin tavoitteisiin palvelun toteuttamistavan, johtamisjärjestelmän käytännön toiminnan, sekä ensihoidon kenttäjohtajille annettujen hoito-odotusten osalta, ja toisaalta selvittämään miten ensihoidon palvelutuotannosta vastaavat lääkärit kokevat ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan.

Hirsjärven & Hurstin mukaan kyselylomake sopii hyvin menetelmäksi silloin kun halutaan selvittää konkreetteja ja selkeitä aiheita (Hirsjärvi & Hursti 2011: 37). Kyselylomakkeen suunnittelussa korostuu etukäteissuunnittelu, koska aineistosta ei voi tehdä jälkikäteen tarkennuksia (Valli 2018: 261). Tässä tapauksessa kyselyllä kartoitettiin sitä, miten lakisäätäinen kenttäjohtamistoiminta on sairaanhoitopiirien alueella järjestetty. Aihetta

voi tältä osin pitää selkeänä ja konkreettisena. Kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä testattiin esikyselyllä, jonka tulosten perusteella osa kysymyksistä muutettiin paremmin ymmärrettävään muotoon ja kahden kysymyksen vastausvaihtoehtoja lisättiin. Lopullisen kyselylomakkeen kaikkia kysymyksiä ei lopulta sisällytetty tutkimukseen, koska materiaalin koko olisi tehnyt tutkimuksesta tältä osin liian hajanaisen ja kokonaisuutena liian laajan.

Kysely lähetettiin kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien tiedossa oleville ensihoidon vastuulääkäreille. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin osalta kysely toteutettiin sairaanhoitoalueittain. Tämä siksi, että HUS-alueella ensihoidon kenttäjohtamistoiminta järjestetään sairaanhoitoalueittain kuutena erillisenä toiminnallisena kokonaisuutena. Lohjan ja Raaseporin sairaanhoitoalueet järjestävät ensihoitopalvelunsa yhteisesti, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueet omina erillisinä toimintakokonaisuuksinaan ja HYKS-sairaanhoitoalue vielä kolmena erillisenä ensihoito- ja ensihoidon kenttäjohtamiskokonaisuutena. Jokaisen HUS sairaanhoitoalueen ensihoidosta vastaa oma ensihoidon vastuulääkäriinsä. Tämän mukaisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon kenttäjohtamistoiminta myös raportoitiin erillisesti kuutena toiminnallisena kokonaisuutena. Kysely lähetettiin siis yhteensä 19 sairaanhoitopiirin edustajalle ja lisäksi kuudelle HUS-alueen ensihoidosta vastaavalle lääkärille.

Kyselylinkki lähetettiin ensimmäisessä vaiheessa kaikkien sairaanhoitopiirien tiedossa oleville ensihoidon yli- tai vastuulääkäreille. Henkilöiden sähköpostiosoitteet saatiin ensihoidon vastuulääkäreiden keskinäisestä sähköpostiluettelosta. Sähköpostiin liitettiin sähköinen vastauslinkki, sekä saatekirje tutkimuksen tarkoituksesta ja menetelmästä. Viikon kuluttua kaikkia ei -vastanneita lähestyttiin muistutusviestillä. Vastausprosentin jäädessä vielä muistutuksenkin jälkeen noin 50 %:n, lähestyttiin vastaamattomien sairaanhoitopiirien osalta kyseisen ensihoito-organisaation muita hallinnollisia esimiehiä, kuten ensihoitopäälliköitä ja ensihoidon osastonhoitajia. Vastaajajoukkoa laajennettiin, koska tutkimukseen haluttiin sisällyttää tietoa mahdollisimman monen sairaanhoitopiirin ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistavasta. Kaikkien kyselyyn vastanneiden virka-asema on nähtävissä taulukossa 2. Kyselyviestejä lähetettiin yhteensä 64 kappaletta

35 eri henkilölle. Vastauksia saatiin yhteensä 24, jolloin kokonaisvastausprosentiksi muodostui 96 %. Ainoastaan Itä-Savon sairaanhoitopiirin edustajaa ei tavoitettu vastaamaan kyselyyn.

Taulukko 2. Lomakyselyn vastaajien virka-asema.

Vastaajan asema	n	Prosentti
Ensihoidon yli- tai vastuulääkäri	13	54
Sairaanhoitopiirin ensihoitopäällikkö	9	38
Muu ensihoidon vastaava esimies (esimerkiksi palvelupäällikkö tai osastonhoitaja)	2	8
Yhteensä	24	100

Sairaanhoitopiirin strategisten valintojen lisäksi tutkimuksen tiedonintressi kohdistui ensihoidon kenttäjohtajien käsityksiin kenttäjohtamistoiminnasta, ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvasta, sekä sairaanhoitopiirien järjestämistapojen vaikutuksesta ensihoidon kenttäjohtajan päivystysvuoron aikaisen tilannekuvan ylläpitämiseen. Tämän osalta tietoa haettiin seitsemän ensihoidon kenttäjohtajan puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastatteluissa aihetta käsiteltiin kolmen eri teeman avulla. Haastatteluteemat muodostuivat tutkimuskysymysten ympärille, jolloin aihetta lähestyttiin ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvan, tilannekuvan ylläpitämisen ja hoidollisen johtovastuun teemojen ympäriltä. Jokaista haastateltavaa lähestyttiin sähköpostitse kyseisen toimintayksikön esimiehen suostumuksella, kyseisen esimiehen esityksen perusteella. Lisäksi jokaiselle haastateltavaksi valikoituneelle lähetettiin saatekirje (Liite 3), jossa kuvailtiin tarkemmin tutkimuksen tarkoitusta, tutkimusmenetelmiä, haastattelun teemoja, ja haastateltavaa pyydettiin ilmoittamaan sähköpostitse suostumuksensa haastatteluun osallistumisesta.

Teemahaastattelu on yksi tapaustutkimuksen yleisimmistä tiedonkeruumenetelmistä. Haastattelu sopii tiedonhankintaan hyvin, kun aiheesta halutaan saada subjektiivista tietoa eli välittää tietoa haastateltavan ajatuksista, kokemuksista ja tunteista, tai kysymyksessä on esimerkiksi aikaisemmin vain vähän kartoitettu aihe (Hirsjärvi & Hurme 2011:

35–41). Puhtaimmillaan teemahaastattelu näyttäytyy silloin, kun ilmiötä ei tunneta eli tutkittavasta asiasta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa tai olemassa olevaa teoriaa. Haastateltaviksi tulisi valita sellaisia henkilöitä joita tapaus koskettaa. (Kananen 2013: 93–94.) Vaikka haastattelut ovat merkityksellisiä tapaustutkimuksen tiedon keräämisessä, tulisi niihin suhtautua kuitenkin vain suullisina raportteina, eikä käyttää haastatteluaineistoja ainoana tiedonkeruumenetelmänä. Haastattelu menetelmänä on altis väärinymmärryksille ja -tulkinnoille. (Yin 2002: 92.)

Tämän tapaustutkimuksen osalta haastateltavien ryhmä koostui ensihoidon kenttäjohtajista. Yhteensä haastateltavat edustivat kolmen sairaanhoitopiirin ja viiden eri ensihoitopalvelun kenttäjohtamisorganisaatioita. Haastateltaviksi valikoituneiden edellytettiin olevan toimeen tai virkaan valittuja, ensihoidon kenttäjohtajan päivystysvuoroja säännöllisesti sairaanhoitopiirinsä alueella suorittavia henkilöitä, joiden tehtäväkuva vastasi Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antaman asetuksen (585/2018) ensihoidon kenttäjohtajalle määrittelemää tehtäväkuva. Kaikki haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Kahden haastateltavan osalta haastattelu suoritettiin puhelimitse, ja viiden haastateltavan kanssa kasvokkain. Kaksi haastattelua suoritettiin haastateltavien operatiivisen päivystysvuoron aikana. Molemmat päivystysvuoron aikaisista haastatteluista keskeytyivät hetkeksi päivystyspuhelimeen vastaamisen vuoksi. Keskeytys oli molemmissa tapauksissa kuitenkin luonteeltaan lyhyt, eikä aiheuttanut ongelmaa haastattelun etenemiselle. Kaikille haastateltaville luvattiin anonymiteetti siten, että haastateltavien henkilö- ja organisaatitiedot jäävät ainoastaan tutkijan, sekä tutkimusta yliopiston puolelta ohjanneen lehtorin tietoon.

Lomakyselyn sekä haastattelun lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä dokumenttipohjaista tietoa sairaanhoitopiirien kenttäjohtamistoiminnasta, sekä kenttäjohtajille määritellystä tehtäväkuvasta. Dokumentteja pyydettiin joko sähköpostitse tai postitse saatekirjeessä ilmoitettuun postiosoitteeseen. Dokumenttien osalta sairaanhoitopiireiltä pyydettiin ensihoidon palvelutasopäätöksen viimeistä päivitettyä versiota, ensihoidon kenttäjohtajan kirjallista tehtäväkuvausta ja tehtävän vaativuuden arviota, sekä ensihoidon

kenttäjohtajan hälyttämisestä hätäkeskukselle annettua ohjetta. Yllä mainittujen dokumenttien saaminen osoittautui kuitenkin varsin haastavaksi, joten dokumenttianalyysi rajattiin lopulta kokonaisuudessaan tutkimuksen ulkopuolelle.

4.3. Aineiston analysoiminen

Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto muodostui ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapoja kartoittaneen lomakekyselyn aineistosta, sekä teemahaastattelun avulla toteutetun seitsemän ensihoidon kenttäjohtajan haastatteluaineistosta. Lomakekyselyllä haettiin sekä yksilöllisiä, sairaanhoitopiiri kohtaisia tietoja ensihoidon kenttäjohtamisen järjestämistavasta, että vastaajien yksilöllisiä käsityksiä kenttäjohtotoiminnan järjestämistavasta, ensihoidon kenttäjohtajien hoidollisesta roolista, sekä hoidollisen tehtävänkuvan ja tilannekuvan yhdistämisen haasteista. Teemahaastattelulla puolestaan syvennettiin lomakekyselyssä kartoitettuja aihepiirejä ensihoidon kenttäjohtajien näkemyksillä kenttäjohtamistoiminnasta.

Tutkimuksen ensimmäinen osa muodostui sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville henkilöille suunnatusta lomakekyselystä. Kyseessä oli kokonaisotanta, tarkoituksena raportoida kaikkien Suomen sairaanhoitopiirien strategiset valinnat sen osalta, miten sairaanhoitopiirit ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestävät. Kyselyn tarkoituksena ei ollut tilastollisen, mitattavan tiedon saaminen, vaan enemmän sairaanhoitopiirikohtaisen yksilöllisen tiedon tuottaminen ja raportoiminen, miten ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa Suomessa järjestetään. Edellä mainitun lisäksi kyselyllä kartoitettiin lyhyesti vastaajien henkilökohtaisia näkemyksiä siitä, miten vastaajat näkevät ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvan sekä järjestämistavan. Lomakekyselyn kysymykset koostuivat pääasiassa strukturoiduista valintakysymyksistä, pieneltä osin vastaajien mielipiteitä kartoittaneista järjestysasteikollisista kysymyksistä, sekä kahdesta täydentävästä avoimesta kysymyksestä.

Likertin asteikon mukaisille järjestysasteikollisille asteikoille soveltuvia tilastollisia menetelmiä on vain vähän (Vehkalahti 2014: 35). Koska painoarvo kyselyssä ei ollut matemaattisen informaation tuottaminen, eikä kyselyssä selvitetty vastaajien taustamuuttujia kuin ammattiryhmän osalta, on mielipidettä mittaavissa kysymyksissäkin tulokset analysoitu ja raportoitu ainoastaan jakaumaa kuvaavilla yksinkertaisilla tilastollisilla tunnusluvuilla kuten keskiarvolla, mediaanilla ja keskihajonnalla. Lomakekyselyn analysointi tapahtui pääasiassa edellä mainitun lisäksi myös suoralla raportoinnilla järjestämistavan suhteen, ja kvalitatiivisella sisällönanalyysillä avoimien kysymysten osalta. Lomakekysely on käytännössä yleensä kvantitatiivinen menetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2009: 74). Vallin (2018: 248) mukaan määrällisen tarkastelun ei kuitenkaan tarvitse välttämättä tarkoittaa tilastollisten menetelmien hyväksikäyttöä, vaan numeerisesta aineistosta saatuja tietoja voidaan käyttää myös laadullisen tutkimuksen alueella kuvailemalla aineistoa numeroiden kautta.

Tämän tutkimuksen analyysin keskiössä oli tapaustutkimukselle tyypillisesti tutkittavan tapauksen luonteen kuvaaminen (Hirsjärvi ym. 2009: 135). Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisesti induktiivisen ja osin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että tuloksia johdetaan ainoastaan aineistosta avoimesti tarkastelemalla ja deduktiivisella sitä, että tutkittava tapaus on kiinteästi yhteydessä teoriaan ja teoriasta johdettuihin tulkintoihin. Koska tutkittava aihe on tutkijalle ennalta tuttu, ei tulkinta voi olla puhtaasti aineistopohjaista vaan enemmän induktion ja deduktion yhdistelmä. Tällöin puhutaan abduktiosta (Kananen 2013: 109–110). Abduktiossa, tai toisin sanoen teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä, tuloksissa on teoreettisia kytkentöjä, mutta tulokset eivät kuitenkaan nouse suoraan teoriasta (Valli 2018: 212–213). Abduktio lähtee ilmiöstä, mutta ei poissulje teorian käyttämistä (Kananen 2013: 51). Tässä tapaustutkimuksessa tulkintaa ohjaa empiria, teorian kulkiessa taustalla.

Tutkimuksen toisessa osassa tietoa koottiin seitsemän ensihoidon kenttäjohtajan puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastattelun teemat nousivat tutkimuskysymyksistä. Tuomen & Sarajärven (2009: 75) mukaan teemahaastattelun teemat pohjautuvat

yleensä kirjalliseen viitekehykseen eli ilmiöstä aikaisemmin jo tiedettyyn. Haastatteluiden kestot vaihtelivat 20 minuutista 43 minuuttiin. Yhteensä haastatteluaineistoa kertyi 201 minuuttia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja puhtaaksikirjoitettiin eli litteroitiin satarkasti haastattelunauhoituksista. Litteroitua aineistoa muodostui yhteensä 105 sivua. Koska haastatteluaineistolla pyrittiin ymmärryksen lisäämiseen ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta, suoritettiin aineiston analyysi sisällönanalyysilla. Hirsjärven ym. (2009: 224) mukaan laadullinen analyysi ja päätelmien tekeminen sopivat hyvin lähestymistavaksi silloin, kun tavoitteena on ymmärryksen lisääminen. Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston analyysissa käytettiin osin induktiivista ja osin abduktiivista päättelyä. Abduktiivisessa analyysissa tutkijalla on mielessään valmiina joitain teoriasta lähteviä ajatuksia, joita hän pyrkii todentamaan aineistonsa avulla (Hirsjärvi & Hurme 2014: 136).

Litteroinnin jälkeen haastatteluaineisto koodattiin haastateltavien mukaan numeroilla yhdestä seitsemään ja purettiin tutkimuskysymysten mukaisesti erillisesti teemoihin, jotka muodostuivat ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapojen, ensihoidon kenttäjohtajan yleisen- ja hoidollisen tehtäväkuvan, sekä tilannetietoisuuden ylläpitämisen käsitteiden ympärille. Purkamisen jälkeen jokaisesta teemasta muodostettiin osin alaluokkia ilmiöiden ja käsitteiden yleisyyden havaitsemiseksi, jolloin kokonaisuus asettui tutkijalle helpommin käsitettävään ja raportoitavaan muotoon.

4.4. Tutkimuksen luotettavuus

Tapaustutkimuksen luotettavuusarviointi johdetaan käytetyistä tutkimusmenetelmistä sen mukaan, mitä lähestymistapaa tutkija tutkimuksessaan käyttää (Kananen 2013: 114). Luotettavuutta arvioidaan yleisesti tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti -käsitteiden avulla. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata, ja reliabiliteetilla taas tutkimuksen toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia (mm. Hirsjärvi ym. 2015: 231; Vehkalahti 2014: 41). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskiössä ovat kysymykset tutkimuksen totuudesta ja objektiivisuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2009:

134). Tapaustutkimuksessa validiteettia voidaan mitata sisäisellä ja ulkoisella validiteetilla. Ulkoisella validiteetilla haetaan toistettavuutta, sitä onko tutkimus yleistettävissä tapauksen ulkopuolelle. Sisäinen validiteetti taas kohdistuu tutkimuksesta johdettujen päätelmien oikeellisuuteen. (Laitinen 1998: 59, 61–67.) Laadullisen tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti -käsitteitä on kritisoitu siksi, että ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä, ja käsitteellisesti niiden koetaan vastaavan ainoastaan määrällisen tutkimuksen tarpeisiin (Tuomi & Sarajärvi 2009: 136). Tapaustutkimuksen osalta luotettavuuden kritiikki on kohdistunut yleisesti näkemykseen tapaustutkimuksen toistettavuuden ongelmasta. Tämän mukaan tapaustutkimuksen tulokset koskevat vain tutkittavaa tapausta, ilman yleistämisen mahdollisuutta (Peuhkuri 2005: 296-297).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisilla tavoilla sairaanhoitopiirit ovat ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestäneet ja miten ensihoidon kenttäjohtajat toiminnan kokevat. Tutkimusote oli pääosin kvalitatiivinen, pientä kvantitatiivista osuutta lukuun ottamatta. Tutkimus suoritettiin kaksivaiheisena. Tutkimuksen ensimmäisessä osiossa lähestyttiin sairaanhoitopiirien ensihoidon hallinnollisia lääkäreitä ja esimiehiä lomakekyselyn muodossa ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapojen kartoittamiseksi. Tutkimuksen toinen osio koostui seitsemän ensihoidon kenttäjohtajan haastattelusta. Haastattelujen tarkoituksena oli kerätä kokemuseräistä tietoa ensihoidon kenttäjohtamisen käytännön toiminnasta.

Tutkimuksen ensimmäisen osan lomakekysely toteutettiin puolistrukturoituna kyselynä, jossa pääpaino oli yksiselitteisillä valintakysymyksillä. Kyselyn perusjoukko muodostui kokeneista ensihoidon ammattilaisista, mikä vähensi kontekstiin liittyvää tulkinnan- ja väärinymmärryksen mahdollisuutta. Luotettavuuden parantamiseksi kyselyn saatekirjeessä annettiin vastaajille mahdollisuus yhteydenottoon, jos kysymyksissä nähtäisiin tulkinnanvaraa tai epäselvyyttä. Tämän osalta vastaajista kaksi oli kyselyn osalta yhteydessä tutkijaan varmistaakseen, ettei tutkija ymmärtäisi annettua vastausta väärin. Samoin yhdeltä vastaajalta tutkija itse pyysi selvennystä väärinkäsityksen välttämiseksi. Edellä mainituista selvennyksistä kaksi pohjautui yksittäisiin kysymyksiin ja yksi koski yleistä kyselyyn vastaamista. Selvennysten voi katsoa lisänneen tutkimuksen luotettavuutta, mutta samalla herättää kysymyksen kysymysten suuremmasta tulkinnanvaraisuudesta. Valli

(2018: 261) toteaa, että on tärkeää rakentaa kyselylomake siten, että vastaaja ymmärtää sen kuten tutkija on tarkoittanut. Edellä mainitun lisäksi osasta kysymyksiä puuttuivat vastaukset yhden vastaajan osalta, mistä syystä tuloksissa raportoiduista kysymyksistä osassa vastaajia oli eri määrä (n=24 tai n=23).

Muutama kysymys koostui järjestysasteikollisista, vastaajan mielipidettä mittaavista Likertin-asteikollisista kysymyksistä. Näiden kysymysten osalta tarkoituksena ei ollut tilastollisen, matemaattisen tiedon tuottaminen. Tällöin toisaalta kysymysten tulosten hyödynnettävyyden ei voi katsoa olevan paras mahdollinen. Ei todennäköisyysotantaan perustuvan määrällisen aineiston käyttäminen on ongelmallista, koska tuloksia ei pysty yleistämään. Tällöin tutkija pystyy ainoastaan kuvaamaan aineistoa ilman vertailtavuutta muihin vastaaviin aineistoihin (Valli 2018: 260). Yleistettävyyden ongelmaa vähentää tässä tapauksessa tutkimuksen kokonaisuutana. Kyselyssä vastaukset saatiin kartoitettua Suomen kaikkien muiden sairaanhoitopiirien osalta, ainoastaan Itä-Karjalan sairaanhoitopiirin edustajaa ei joko tavoitettu, tai edustaja ei vastannut kyselyyn.

Kokonaisuutena lomakekysely tarjosi vastauksia kysymyksiin, joihin tutkija vastauksia kaipasi. Kyseessä oli kokonaistutkimus ja vastausprosentti oli kattava. Vastaajat olivat kaikki kokeneita ensihoidon ammattilaisia, jolloin tulkintavaran järjestämistapaa mittaavien kysymysten osalta voi katsoa olevan kokonaisuudessaan vähäinen. Jälkikäteen arvioituna tutkijan kokemattomuus kyselyn muodostamisessa johti kuitenkin liian pitkään ja monisyiseen kyselylomakkeeseen, ja mielipidettä mittaavien järjestysasteikollisten kysymysten hyödyntämisen vaikeuteen.

Hirsjärven & Hurmeen (2014: 184-185) mukaan haastatteluaineiston luotettavuus perustuu valmistautumiseen sekä haastatteluaineiston laatuun. Valmistautumisella tarkoitetaan selkeää perus- ja tarvittaessa syventävien kysymysten etukäteismuodostamista, ja laadulla esimerkiksi tallenteiden teknistä äänenlaatua, litteroinnin sääntöjen yhdenmukaista noudattamista ja luokittelun säännönmukaisuutta. Haastattelun käyttämisen etuna on joustavuus. Haastattelutilanteessa haastattelijalla on mahdollisuus tarkentaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja tarkentaa käytettyjä ilmauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009: 73). Näin voidaan varmistua siitä, että haastateltavat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla.

Tässä tutkimuksessa haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja nauhoitettiin vastaajien luvalla. Nauhoituksen apuvälineinä käytettiin puhelinhaastatteluissa maksullista ACR Pro License sovellusta ja tapaamisissa ilmaista Pro äänentallentaja-sovellusta. Haastatteluiden jälkeen aineisto ladattiin tutkijan tietokoneelle säilytystä ja litterointia varten. Kaikissa haastatteluissa nauhoitteen tekninen laatu testattiin ennen varsinaisen haastattelun aloittamista. Litteroinnissa ei ollut nauhoitteiden teknisestä laadusta johtuvia ongelmia. Kaikki haastattelut purettiin sanatarkasti ja vastaajat numeroitiin sattumanvaraisesti. Lopuksi aineisto yhdistettiin tutkimuskysymysten teemojen pohjalta, ja teemat luokiteltiin vielä alaluokkiin merkitysten ja yleisyyden havaitsemista varten.

Osa tutkimuksen raportointia on luottamuksellisuuden periaate (Hirsjärvi & Tuomi 2014: 20). Tässä tutkimuksessa tutkija lupasi kaikille haastatelluille anonymiteetin. Tämä siksi, että ensihoidon kenttäjohtaminen on Suomessa suhteellisen uutta toimintaa, ja ensihoidon kenttäjohtajien määrä suhteellisen pieni. Tämä tarkoittaa, että ensihoidon kenttäjohtajat ovat ammattiryhmässään keskinäisesti tunnettuja, jolloin lausuntoihin voidaan kohdistaa myös vertaisarviointia. Haastateltavien henkilöllisyyksien esiin tuominen olisi tutkijan arvion mukaan voinut haastatteluvaiheessa johtaa siihen, että haastateltavat kokevat enemmän puhuvansa organisaationsa nimissä, eikä oman alansa asiantuntijoina. Tämä olisi saattanut vaikuttaa haastatteluiden sisältöön. Tästä syystä haastateltaville kerrottiin jo suostumusvaiheessa henkilötietojen salassa pitämisestä.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistavat

5.1.1. Kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapa sairaanhoitopiireittäin

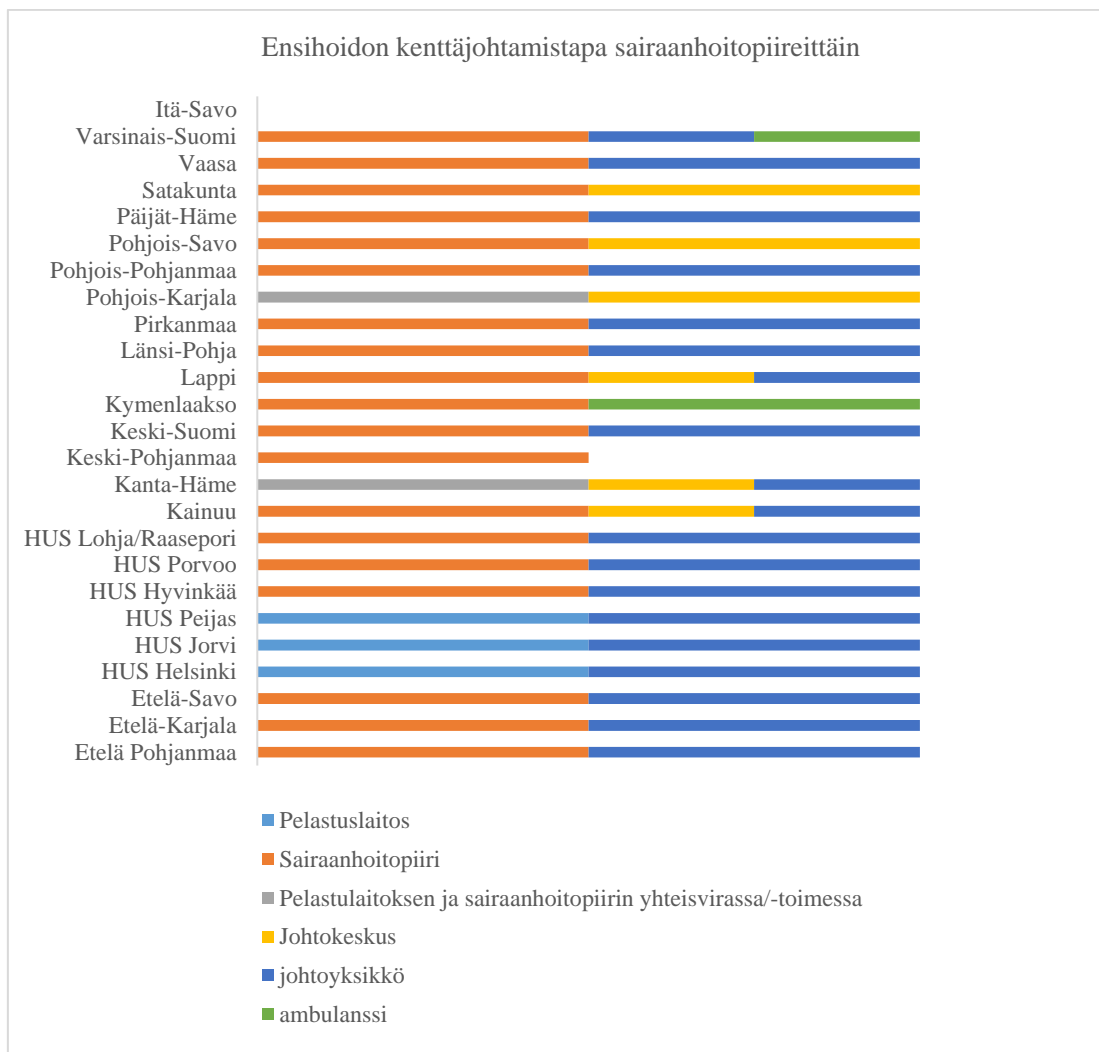
Ensihoidon kenttäjohtamistoiminta on osa ensihoitopalvelua, joka terveydenhuoltolain mukaan kuuluu sairaanhoitopiirin kuntayhtymien järjestettäväksi. Vaikka Terveydenhuoltolaki ei suoraan velvoita jokaisen sairaanhoitopiirin itse vastaavan oman alueensa kenttäjohtamisen palvelutuotannosta, voidaan tämän katsoa olevan ensihoitoasetuksen (585/2017) perustelumuition, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidon palvelutasomääritelmän muodostamista ohjaavan oppaan (2018) perusteella sekä vastuullisen ministeriön, että lainsäätäjän tahtotila. Kenttäjohtamistoiminta onkin järjestetty pääosin sairaanhoitopiirien omana toimintana.

Taulukosta 3. selviää, että neljä viidestä sairaanhoitopiiristä järjestää ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan omana toimintanaan. Pelastuslaitoksen tuottamana kenttäjohtamistoimintaa järjestetään kokonaisuudessaan ainoastaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, jossa alueelliset pelastuslaitokset vastaavat kenttäjohtamistoiminnasta HYKS-sairaanhoitoalueen eli Helsingin, Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden toiminta-alueilla. Lisäksi pelastuslaitoksen ja sairaanhoitopiirin yhteistoimintana (=yhteisvirka) palvelua tuotetaan kahden sairaanhoitopiirin alueella siten, että Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella ensihoidon kenttäjohtajat ovat virkasuhteessa sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Karjalassa alueellisen pelastuslaitoksen kanssa.

Taulukko 3. Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan palveluntuottaja.

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan palveluntuottaja	n	Prosentti
Sairaanhoitopiiri	19	79
Alueellinen pelastuslaitos	3	13
Toiminta järjestetään yhteistoimintana (=yhteisvirat/-toimet) toisen tahon kanssa (esim. 50 % ja 50 %)	2	9
Alueella toimii ensihoidon kenttäjohtajia erillisesti sekä sairaanhoitopiirin, että pelastuslaitoksen viroissa	0	0
Yhteensä	24	100

Sairaanhoitopiirien tekemiä valintoja kenttäjohtotoiminnan järjestämistavan osalta selvitettiin kysymyksellä, toimiiko sairaanhoitopiirin kenttäjohtaja/kenttäjohtajat päivittäistoiminnan oloissa pääsääntöisesti valmiutta ja ensihoitotoimintaa koordinoivina tilanne- tai johtokeskuskenttäjohtajina, kiireellisiä päivittäistehtäviä omalla johtoyksiköllä suorittavina kenttäjohtajina, tai osaksi kuljettavia ensihoitoyksiköitä (=ambulanssi) sijoittuvina kenttäjohtajina. Kuviossa 5. on nähtävillä sairaanhoitopiirien valinnat ensihoidon kenttäjohtotoiminnan järjestämistavan sekä palvelutuotannon osalta. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin edustajan vastaus puuttui toimintamallikysymyksestä. Vastausten perusteella ainoastaan yksi sairaanhoitopiiri ilmoitti järjestävänsä toiminnan siten, että ensihoidon kenttäjohtaja toimii osana kuljettavaa ensihoitoyksikköä (=ambulanssi). Kolme sairaanhoitopiiriä ilmoitti järjestävänsä palvelun ainoastaan tilanne-/johtokeskuskenttäjohtaja -periaatteella ja kolme sairaanhoitopiiriä ilmoitti järjestelmästä, jossa toimii tilanne-/johtokeskuskenttäjohtaja sekä lisäksi johtoyksiköllä ensihoitotehtäviä suorittava kenttäjohtaja. Tämän osalta jää kuitenkin epäselväksi, ovatko vastaajat tarkoittaneet kenttäjohtajan toimivan osana tilanne-/johtokeskusta, mutta vastaavan tarvittaessa myös joillekin ensihoitotehtäville, vai onko kyseessä kahden kenttäjohtajan toimintamalli (erillisesti tilanne-/johtokeskus sekä johtoyksikkö) jossa toinen ensihoidon kenttäjohtaja vastaa ensihoitopalvelun toiminnasta valmiuden ja koordinoinnin osalta, ja toinen kenttäjohtaja vastaa erikseen määritellysti kiireellisille ensihoitotehtäville.



Kuvio 5. Sairaanhoitopiirien valinnat ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistavaksi.

Lähes kaikki sairaanhoitopiirit järjestävät kenttäjohtotoimintansa siten, että yksi kenttäjohtaja vastaa päivystysvuoronsa aikana koko sairaanhoitopiirin laajuisesta toiminta-alueesta. Vain kolme sairaanhoitopiiriä on jakanut toimintansa alueellisesti erillisiin päivystysalueisiin, joiden kenttäjohtamistoiminnasta vastaa oma kenttäjohtajansa (kuvio 6.). Poikkeuksena edellä mainittuun on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, jonka osalta kenttäjohtamistoiminta on järjestetty kuutena erillisenä toiminnallisena kokonaisuutena. Tästä syystä jokainen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kenttäjohtamisalueesta on myös tutkimuksessa raportoitu erillisesti.

Kuviosta 6. selviää sairaanhoitopiirien valinnat kenttäjohtamisalueiden sekä ensihoidon kenttäjohtajan vastaamien yksiköiden kokonaismäärän osalta. Ainoastaan Pohjois-Pohjanmaan sekä Kymenlaakson alueella sairaanhoitopiiri on jaettu erillisiin kenttäjohtamisalueisiin. HUS alueella toiminta on myös aluepainotteista, mutta alueet järjestävät toimintansa kokonaisuudessaan itsenäisesti. Lisäksi kyselyn vastauksista selviää, että 66 %:lla sairaanhoitopiireistä yhdellä päivystävällä kenttäjohtajalla on alaisuudessaan < 20 ensihoitoyksikköä ja 13 %:lla sairaanhoitopiireistä 30–39 ensihoitoyksikköä. Kaiken kaikkiaan kenttäjohtamisalueiden koot sekä yksikkömäärä/sairaanhoitopiirin kenttäjohtaja vaihtelevat suuresti. Ison kenttäjohtamisalueen, sekä ensihoitoyksiköiden suuren määrän voi nähdä kenttäjohtajan operatiivisen vastuun painottumisena enemmän resurssiohjauksen suuntaan, kun pienempien alueiden kuten esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kohdalla, kenttäjohtajan tehtäväkuvaa lienee helpompi ohjata myös hoidollisen toiminnan suuntaan.



Kuvio 6. Kenttäjohtamisalueiden sekä ensihoitoyksiköiden määrä sairaanhoitopiireittäin / ensihoidon kenttäjohtaja.

5.1.2. Vastaajien käsityksiä kenttäjohtamistoiminnan järjestämisestä

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan varsinaisen järjestämistavan lisäksi tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitopiirien edustajien käsityksiä siitä, millainen kenttäjohtamismalli heidän mielestään palvelisi sairaanhoitopiirinsä toimintaa parhaiten, ja mikä taho voisi tai minkä tahon pitäisi vastata kenttäjohtotoiminnan palvelutuotannosta. Kysymysasettelulla oli tarkoitus selvittää vastaavatko käsitykset todellisia järjestämismalleja. Vastausvaihtoehdoissa bunkkeri-/tilannekeskus kenttäjohtaja määriteltiin ensihoidon operatiivisesta toiminnasta ja ensihoidon päivittäisestä resurssiohjauksesta vastaavaksi kenttäjohtajaksi il-

man hoidollisen tukiyksikön roolia. Yksin liikkuvalla kenttäjohtajalle annettiin puolestaan määritelmä, jossa ensihoitotoiminnan operatiiviseen ohjaamisen lisäksi tehtävänkuvan liittyi ensihoitoyksiköiden hoidollinen tukeminen. Potilaita kuljettavaan yksikköön (ambulanssi) sidotun kenttäjohtajan määritelmä käsitti edellisten lisäksi myös mahdollisuuden joillekin itsenäisesti suoritettaville ensihoitotehtäville vastaamisen. Vastausvaihtoehtoja painotettiin Likertin asteikolla yhdestä kuuteen, jossa vaihtoehtojen yksi ja kaksi valitseminen kuvasivat saman mielisyyttä annetulle vaihtoehdolle, ja vaihtoehtojen neljä ja viisi valinta puolestaan erimielisyyttä annetulle vaihtoehdolle. Tulokset on taulukoissa esitetty muodossa n (%).

Tulosten mukaan mielipiteet kenttäjohtamistoiminnan järjestämisessä noudattelevat pa-noarvoiltaan nykyisiä sairaanhoitopiirien järjestämismalleja. Ensihoidon kenttäjohtajan katsotaan toimivan koko sairaanhoitopiirin ensihoitotoiminnasta vastaavana ensihoidon operatiivisena esimiehenä, joka vastaa pääasiallisesti ensihoidon resurssiohjauksesta ja hätäkeskuksen tukemisesta, mutta voi tarvittaessa myös tukea hoidollisesti muiden ensihoitoyksiköiden toimintaa. Tehtävänkuvan voi nähdä tällöin ohjaavan myös järjestämistapaa.

Taulukosta 4. nähdään vastausten painottuvan järjestämistoimintamallin osalta pääosin tilannekeskusjohtajan sekä johtoyksiköllä operoivan kenttäjohtajan välillä, vaikka vastauksissa oli myös hajontaa. Vastaajista 65 % ilmaisi samanmielisyyttä palvelun järjestämiseksi tavalla, jossa ensihoidon kenttäjohtaja toimisi oman johtoyksikkönsä välityksellä vastaten koko sairaanhoitopiirin laajuudesta alueesta. Vastaajista 33 % katsoi, että palvelu tulisi järjestää puhtaasti tilannekeskustoimintamallilla. Edellä mainittujen kahden vastausvaihtoehdon (tilannekeskus/johtoyksikkö) välillä suurin erottava tekijä lieneekin suhtautuminen ensihoidon kenttäjohtajan hoidolliseen tehtävänkuvaan, suhteessa ensihoitopalvelun päivittäistoiminnan resurssien käytön ohjaamiseen. Vaihtoehdot, joissa ensihoidon kenttäjohtaja toimisi osana kuljettavaa ensihoitoyksikköä (=ambulanssi), sekä vaihtoehdot joissa painottui aluekenttäjohtajatoimintamalli, eivät saaneet kannatusta. Tulokset näkyvät taulukossa 4. muodossa n (%).

Taulukko 4. Sairaanhoidopiirien ensihoidon johtamisesta vastaavien henkilöiden näkemyksiä kenttäjohtamistoiminnan järjestämistoimintamallista.

Toimintamalli	1-2 täysin tai osittain samaa mieltä	3 en sama enkä eri mieltä	4-5 osittain tai täysin eri mieltä	6 en osaa sanoa	Vastaajia yhteensä	Keskiarvo	Mediaani
KOKO SHP:n alueesta vastaava bunkkeri-/tilannekeskusjohtaja	8 (33)	4 (17)	14 (58)	0	24	3,33	4
KOKO SHP:n alueesta vastaava, yksin liikkuva kenttäjohtaja	12 (52)	3 (13)	8 (35)	0	23	2,83	2
KOKO SHP:n alueesta vastaava, potilaita kuljettavaan ensihoitoyksikköön (ambulanssi) sijoitettu kenttäjohtaja	1 (4)	3 (13)	19 (83)	0	23	4,57	5
OSASTA SHP:n aluetta vastaava, yksin liikkuva kenttäjohtaja	4 (17)	4 (17)	15 (66)	0	23	4,04	5
OSASTA SHP:n aluetta vastaava, potilaita kuljettavaan ensihoitoyksikköön sijoitettu kenttäjohtaja	4 (17)	4 (17)	15 (66)	0	23	4,04	5
Keskiarvon keskihajonta	1,4						

Toimintamallin lisäksi tutkimuksessa kiinnosti vastaajien käsitys ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan järjestämistä vastaavasta suhteesta kenttäjohtamistoiminnan varsinaiseen palveluntuottajaan. Tämän osalta tutkimuksessa pyrittiin selvittämään vastaajien näkökulmaa siihen, kokivatko vastaajat mahdolliseksi erottaa kenttäjohtamistoiminnan järjestämistä vastuuta ja varsinaista kenttäjohtamistoiminnan palvelutuotantoa eri tahoille. Kysymyksen vastausvaihtoehtojen painotusta mitattiin Likertin asteikolla yhdestä kuuteen sen mukaisesti, miten sama- tai erimielinen vastaaja oli annetulle vaihtoehdolle.

Vastausten mukaan ensihoidon kenttäjohtotoiminnan järjestämisvastuu sekä palvelutuotanto, nähtiin kokonaisuudessaan selkeästi sairaanhoidopiirin ylläpitämänä toimintana. Taulukosta 5. selviää, että sairaanhoidopiirien edustajista 79 % oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämän ”Sairaanhoidopiiri järjestää kenttäjohto-toiminnan ja kenttäjohtajat ovat sairaanhoidopiirin palveluksessa, vaikka muu ensihoidon palvelutuotanto olisi esimerkiksi alueellisella pelastuslaitoksella” kanssa. Tältäkin osin vastaukset ovat linjassa sen kanssa, miten ensihoidon kenttäjohtamistoiminta on todellisuudessa sairaanhoito-

piireittäin järjestetty. Alueellinen pelastuslaitos kenttäjohtamistoiminnan palveluntuottajana ei saanut kannatusta. Vastaajista ainoastaan kolme kannatti vaihtoehtoa, jossa sairaanhoitopiiri ulkoistaisi kenttäjohtamistoiminnan toisen viranomaistahon suorittamaksi. Vastausten jakaantumisen voi tulkita tarkoittavan sitä, että sairaanhoitopiirien näkemyksen mukaan varsinainen ensihoidon johtamistoiminta kuuluu terveystoimen, ei toisen viranomaistahon tuottamaksi toiminnaksi. Tulokset taulukossa 5. ovat muodossa n (%).

Taulukko 5. Sairaanhoitopiirien ensihoidon johtamisesta vastaavien henkilöiden näkemyksiä ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan palveluntuottajasta.

Järjestämistapa ja palvelutuotanto	1-2 osittain samaa mieltä	3 en täysin tai enkä eri mieltä	4-5 osittain tai täysin eri mieltä	6 en osaa sanoa	Vastaajia yhteensä	Keskiarvo	Medi-aani
Sairaanhoitopiiri järjestää kenttäjohtotoiminnan ja kenttäjohtajat ovat sairaanhoitopiirin palveluksessa, vaikka muu ensihoidon palvelutuotanto olisi esimerkiksi alueellisella pelastuslaitoksella	19 (79)	4 (17)	1 (4)	0	24	1,67	1
Sairaanhoitopiiri koordinoi ja ohjeistaa toimintaa, mutta kenttäjohtajat ovat hallinnollisesti ja toiminnallisesti pelastuslaitoksen palveluksessa (pelastuslaitoksen viroissa/toimissa)	3 (13)	6 (26)	14 (61)	0	23	3,96	5
Pelastuslaitos voi koordinoi ja ohjeistaa ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan kokonaisuudessaan	1 (4)	1 (4)	20 (87)	1 (4)	23	4,78	5
Jos sairaanhoitopiiri koordinoi ja ohjeistaa toiminnan ei varsinaisella kenttäjohtamistoiminnalla ole merkitystä niin kauan, kun toiminta järjestetään julkisen sektorin viranomaistoimintana	7 (30)	0	16 (70)	0	23	3,65	5
Jos sairaanhoitopiiri koordinoi ja ohjeistaa toiminnan voi sairaanhoitopiirien lähtökohdista katsottuna palveluntuottajana toimia vaikka yksityisen sektorin toimija	2 (9)	1 (4)	20 (87)	0	23	4,52	5
Keskiarvon keskihajonta	1,6						

5.2. Ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuva

5.2.1. Tärkeimmät tehtävät

Tutkimuksessa kartoitetuista sairaanhoitopiireistä/HUS ensihoidon järjestämisalueista 71 % (n=17) on katsonut ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaan liittyvän julkisen vallan käyttämistä ja 29 % (n=7), ettei tehtävään liity julkisen vallan käyttämistä. Asiaa selvitettiin kysymyksellä, ovatko sairaanhoitopiirien ensihoidon kenttäjohtajat nimetty virkavai työsuhteeseen? Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueen ensihoidon kenttäjohtajista kolmen järjestämistahon kenttäjohtajat olivat nimettyjä virkasuhteeseen ja kolmen työsuhteeseen, vaikka tehtäväkuvaan voisi ajatella olevan yhden sairaanhoitopiirin alueella yhdenmukainen. Eroavaisuus kertoneekin yleisesti ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaan liittyvistä tulkintaeroista. Tulkintaero on mielenkiintoinen siksi, että kenttäjohtajan tehtäväkuva perustuu pääasiallisesti lainsäätäjän määrittelemään toimintaan, jolloin palvelussuhteiden oikeudellisen määrittelynkkin tulisi olla tässä suhteessa yhdenmukainen.

Sairaanhoitopiirin edustajien mukaan ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaan tärkeimmät tehtävät nousevat lainsäätäjän asettamasta tehtävämääritelmästä. Tehtäväkuvaan ja tärkeimpien tehtävien osalta tutkimuksessa haettiin vastausta siihen, nähdäänkö kenttäjohtajan hoidollinen tehtäväkuva yhtä tärkeänä osana toimintaa, kuin ensihoitopalvelun päivittäistoiminnan resurssiohjauskin. Taulukosta 6. selviää, että vastaajien näkemykset noudattelivat lainsäätäjän tahtotilaa siltä osin, että ensihoitopalvelun päivittäisresursseista ja moniviranomaisyhteistyöstä vastaaminen nähtiin painoarvoltaan selkeästi tärkeimpinä tehtävinä, ja toisaalta vastaukset hoidollisen roolin osalta jakaantuivat selkeästi. Vastaajat suhtautuivat varsin yksimielisesti vaihtoehtoihin tilannejohtajuudesta, tilannekuvaan ylläpitämisestä, sekä viranomaisyhteistyöstä. Vastausten mediaanijakaumasta sekä keskiarvosta nähdään kyseisten tehtävien painottuvan tärkeimmiksi kenttäjohtajan päivystystehtäviksi. Hoidollinen tehtäväkuva sijoittui järjestyksessä vasta edellä mainittujen tehtävien jälkeen.

Kysymyksen asetelussa tarjottiin vaihtoehtona myös ensihoidon kenttäjohtajan korkeampaa hoidollista roolia ajatuksella, nousisiko kenttäjohtajan vahva hoidollinen rooli yhtä tärkeäksi tehtäväksi, kuin varsinaisen ensihoidon järjestämisalueen johtamistoimintakin. Vaikka osa vastaajista (41 %) näki hoidollisen roolin painottumisen tärkeänä, vastaajista 46 % kuitenkin koki, ettei ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvan painotusta tulisi siirtää hoidolliseen suuntaan. Vastaajista 84 % katsoi toiminnan painotuksen siirtymisen resurssiohjauksen puolelle toivottavaksi kehityssuunnaksi. Vastausten voi tulkita tarkoittavan, että resurssiohjaus katsotaan selkeästi ensihoidon kenttäjohtajan tärkeimmäksi tehtäväksi. Hoidollinen toiminta puolestaan jakavaa vastaajien mielipiteitä sen mukaan, kuinka kiinteäksi osaksi kenttäjohtajan tehtävänkuvaa hoidollinen toiminta tulisi liittää. Vastauksen painotuseroissa tulee selkeästi esille millaisen strategisen valinnan sairaanhoitopiirit ovat järjestämistavan osalta tehneet. Tilannekeskukseen sijoitettu ensihoidon kenttäjohtaja ei osallistu hoidollisten tehtävien suorittamiseen samalla tavalla, kuin yksin johtoyksiköllä tai osana kuljettavaa ensihoitoyksikköä toimiva ensihoidon kenttäjohtaja.

Lainsäätäjän tahtotila ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvassa liittyy ensisijaisesti päivittäiseen resurssiohjaukseen ja alueellisen tilannekuvan ylläpitämiseen. Lainsäätäjän mukaan resurssiohjauksen lisäksi kenttäjohtajan tehtävänkuvaa voidaan liittää hoidollisia tehtäviä, mutta ainoastaan jos hoidollinen tehtävänkuvauus pystytään toteuttamaan resurssiohjauksen ja tilannekuvan ylläpitämisen häiriintymättä. Lainsäätäjä on määritellyt hoidollisen tehtävänkuvauksen osalta kenttäjohtajan sijoittuvan hoitotasoisesti ensihoitajaksi. Taulukosta 6. nähdään 58 %:a vastaajista olevan saman mielisiä sille, että ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisen tehtävänkuvan ja osaamistason tulisi olla selkeästi korkeammalla tasolla kuin alueen hoitoyksiköillä ja 46 % katsoi, että kenttäjohtajan hoidollisen tason tulisi olla samalla tasolla toiminta-alueen hoitotasoisien ensihoitoyksiköiden kanssa. Kysymys jakaa vastaajia selkeästi, ja vastausten perusteella voidaan katsoa ensihoidon operatiivisen johtamis- ja koordinaatiotoiminnan kuuluvan kenttäjohtajan ensisijaiseksi vastuualueeksi. Hoidollinen toiminta tulee järjestyksessä tämän jälkeen.

Taulukko 6. Vastaajien näkemyksiä ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvasta.

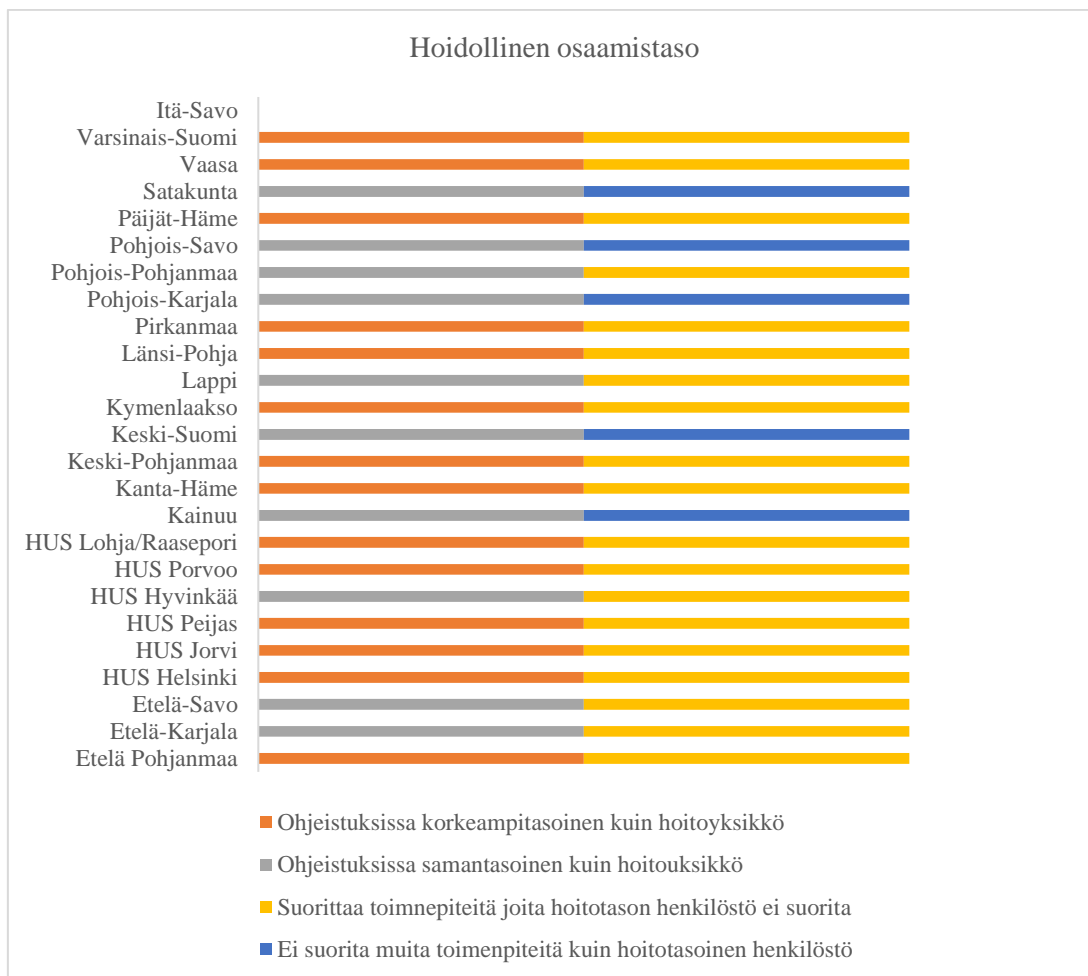
Tehtävänkuva	1-2 täysin tai osittain samaa mieltä	3 en sama enkä eri mieltä	4-5 osittain tai täysin eri mieltä	6 en osaa sanoa	Vastaajia yhteensä	Keskiarvo	Mediaani
Ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisen tehtävänkuvan ja osaamistason tulisi olla samalla tasolla kuin muilla alueen hoitotasoisilla ensihoitoyksiköillä	11 (46)	1 (4)	11 (46)	1 (4)	24	3,25	3,5
Ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisen tehtävänkuvan ja osaamistason tulisi olla selkeästi korkeammalle tasolle kuin muilla alueen ensihoitoyksiköillä	14 (58)	4 (17)	6 (25)	0	24	2,54	2
Ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaa tulisi siirtää enemmän hoidolliseen ja muita ensihoitoyksiköitä hoidollisesti tukevaan rooliin	10 (41)	3 (13)	11 (46)	0	24	3,13	3
Ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvaa tulisi siirtää koko aluetta tukevaan, pääsääntöisesti resursseja koordinoivaan rooliin	20 (84)	2 (8)	2 (8)	0	24	1,92	2
Ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvassa oleellista on monipotilas ja suuronnettomuustilanteissa lääkinnällisenä tilannejohtajana toimiminen	23 (96)	0	1 (4)	0	24	1,25	1
Ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvassa oleellista on toiminta-alueen kokonaiskuvan valvominen ja hätäkeskuksen kanssa ensihoitotehtävien koordinoiminen	24 (100)	0	0	0	24	1,08	1
Ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvassa oleellista on päivystysvuoron aikaisesta viranomaisyhteistyöstä vastaaminen	23 (96)	1 (4)	0	0	24	1,13	1

5.2.2. Hoidollinen tehtävänkuvuus

Sairaanhoitopiirien valintoja ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisessa tehtävänkuvassa tarkasteltiin sen mukaan, onko ensihoidon kenttäjohtoyksikkö määritelty eri sairaanhoitopiireillä hoitotasoisista ensihoitoyksikköä korkeampitasoiseksi yksiköksi. Korkeamman tason yksikön määritelmänä käytettiin potilaan hoitamisen johtamisvastuuta, eli sitä ”*vas- taako ensihoidon kenttäjohtaja kohteessa ollessaan aina potilaan hoidosta, riippumatta muista kohteessa olevista yksiköistä (pois lukien lääkäriyksikkö)*”. Sairaanhoitopiireistä

sekä HUS ensihoidon järjestämisalueista 58 % (n=14) ilmoitti ensihoidon kenttäjohtoyksikön olevan määritelty hoidollisesti korkeampitasoiseksi yksiköksi kuin hoitotasoinen ensihoitoyksikkö, ja 42 % (n=10) puolestaan kenttäjohtoyksikön olevan hoitotason yksikön kanssa hoidollisesti samantasoinen yksikkö. Kuviosta 7. nähdään, että osa sairaanhoitopiireistä ja HUS ensihoidon järjestämisalueista joiden vastausten mukaan kenttäjohtoyksikkö toimii samalla hoidollisella tasolla hoitotasoinen ensihoitoyksikön kanssa, ilmoittivat kenttäjohtajan kuitenkin olevan koulutettu suorittamaan sellaisia hoidollisia toimenpiteitä tai tutkimuksia, joita hoitotasoinen ensihoitaja ei pääsääntöisesti suorita. Vastaukset kuvastanevat tulkintavaikeutta sen osalta, miten lainsäätäjän määrittelemää hoitotason ensihoitajan roolia tulkitaan.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon järjestämisalueista viisi ilmoitti kenttäjohtajan olevan määritelty korkeampitasoiseksi yksiköksi kuin hoitoyksikkö ja yksi sairaanhoitoalue kertoi kenttäjohtajan toimivan samalla hoidollisella tasolla hoitotasoinen ensihoitajan kanssa.



Kuvio 7. Ensihoidon kenttäjohtajan hoidollinen taso sairaanhoitopiireittäin ja HUS ensihoidon järjestämistapa-alueittain ilmoitettuna.

Hoidollista tehtävänkuvausta tarkasteltiin edelleen selvittämällä minkälaisia hoito- ja toimenpidekohtaisia eroavaisuuksia ensihoidon kenttäjohtajan ja hoitotasoinen ensihoitajan välillä löytyy. Taulukosta 7. selviää ensihoidon kenttäjohtajan olevan veloitettu suorittamaan enemmän vaativia hoitotoimenpiteitä, kuin hoitotasoinen ensihoitaja. Kyselyn vastauksista selvisi myös kenttäjohtoyksikön varustukseen usealla alueella kuuluvan vaativia lääkkeitä, joita ei pääsääntöisesti hoitotason yksiköissä ole. Kaksi vastaajista ilmoitti kenttäjohtajan varustukseen olevan lisätty jokin lihasrelaksantti, ja kahdeksalla alueella kenttäjohtoyksikön lääkevarustukseen oli lisätty propofoli. Täydennyskoulutuksen osalta ensihoidon kenttäjohtajien lisääntynyt hoidollinen vastuu ei näkynyt korkeampana

täydennyskoulutuspäivien määränä, vaan asettui pääosin samalle tasolle hoitotason ensihoitajien kanssa. Saatujen vastausten mukaan 79 %:lla sairaanhoitopiireistä/HUS ensihoidon järjestämisalueista hoitotasoisten ensihoitajien vuosittaisten täydennyskoulutuspäivien määrä asettui 3-4 päivään vuodessa. Ensihoidon kenttäjohtajilla 71 % järjestämisalueista ilmoitti ensihoidon kenttäjohtajille saman 3-4:n päivän vuosittaisen täydennyskoulutusmäärän. Kolmella järjestämisalueella (13 % vastaajista) vuosittaisten ensihoidon kenttäjohtajientäydennyskoulutuspäivien määrä jäi ainoastaan 1-2 päivään vuodessa. Neljän sairaanhoitopiirin/HUS ensihoidon järjestämisalueen täydennyskoulutuspäivien määrä nousi yli >5 päivään vuodessa. Kaikkien vastaajien osalta yhteensä 17/24 sairaanhoitopiiriä/HUS ensihoidon järjestämisaluetta ilmoitti ensihoidon kenttäjohtajan täydennyskoulutukseen kuuluvan lääkkeellisen intubaation harjoittelemisen leikkaussaliolosuhteissa.

Taulukko 7. Hoitotasoisien ensihoitajan ja ensihoidon kenttäjohtajan oikeus hoidollisten toimenpiteiden suorittamiseen.

Mitä alla olevista toimenpiteistä hoitotasoinen ensihoitaja ja ensihoidon kenttäjohtaja on oikeutettu suorittamaan	Hoitotasoinen ensihoitaja % (n)	Ensihoidon kenttäjohtaja % (n)
Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen lääkkeellisen intubaation avulla	17 (4)	75 (18)
Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen supraglottisella välineellä	88 (21)	100 (24)
Tajuttoman potilaan intubaation tai supraglottisen välineen asentamisen jälkeinen ventilaattoriin kytkeminen	33 (8)	83 (20)
Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen trakeostomian avulla	21 (5)	46 (11)
Elottoman potilaan ilmatien varmistaminen intubaation avulla	75 (18)	92 (22)
Elottoman potilaan ROSC:n saavuttamisen jälkeen ventilaattoriin kytkeminen	42 (10)	88 (21)
Paineilmarinnan purkaminen muuta apuvälinettä kuin neulaa käyttämällä	4 (1)	25 (6)
Kohdennettu ultraäänitutkimus esimerkiksi elottomalle- tai vammaipotilaalle	0 (0)	21 (5)
Valtimon kanyloiminen ja valtimoverinäytteen ottaminen	4 (1)	21 (5)
Verikaasuanalyysi laskimonäytteestä	21 (5)	38 (9)
Vastanneet sairaanhoitopiirit	100 (24)	100 (24)

Kokonaisuudessaan määritelmä ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisesta vastuusta suhteessa tehtävien johtamisvastuuseen vaatisi täsmennystä. Taulukosta 7. nähdään ensihoidon kenttäjohtajan olevan koulutettu suorittamaan sellaisia hoidollisia toimenpiteitä, joita hoitotason ensihoitaja ei suorita. Vaikka hoidollista tehtävää ei voida suoraan yhdistää määritelmään korkeampitasoisesta yksiköstä lienee selvää, että oikeus vaativien toimenpiteiden suorittamiseen korreloi ainakin osittain johtovastuun kanssa, ja määrittelee yksikön toimivan korkeammalla hoidon portaalla kuin hoitotasoinen ensihoitoyksikkö.

Hoitotasoinen ensihoitaja on laaja käsite, eikä nimitys kuvaa vertailukelpoisesti kenttäjohtoyksikön tarjoamaa hoidon tasoa. Joidenkin sairaanhoitopiirien alueella hoitotasoisia yksiköitä on hoidollisesti jaettu jo hoito- ja vaativan hoitotason yksiköihin. Kyselyn vastausten mukaan joissain tapauksissa sairaanhoitopiirin alueella toimii sekä hoitotason, että vaativan hoitotason ensihoitoyksiköitä, sekä kenttäjohtoyksikkö joka myös suorittaa jossain määrin ensihoitotehtäviä. Toisen sairaanhoitopiirin alueella kenttäjohtoyksikköä kuvataan termillä ”vaativan hoitotason yksikkö”. Se, että kenttäjohtajan hoidollisia valmiuksia ei ole viranomaisohjeistuksissa tarkemmin määritelty on osaltaan johtanut tilanteeseen, jossa sairaanhoitopiirit muodostavat omista lähtökohdistaan käsin yksiköille erilaisia hoidon tason määritelmiä. Tämä taas muokkaa käsityksiä yleisesti käytössä olevalle ensivaste-, perustaso-, hoitotaso ja lääkäriyksikkö ajatteluun perustuvalla ensihoitojärjestelmän hoidon porrastamiselle.

5.3. Tilannetietoisuus ja tilannekuva ensihoidon kenttäjohtajan toiminnassa

Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antaman asetuksen (565/2017) 10 § määrittelee ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväksi oman toiminta-alueensa tilannekuvan ylläpitämisen, ja toiminta-alueensa ambulanssien ja muiden ensihoidon yksiköiden käytöstä päättämisen niin päivittäis-, kuin päivittäistoiminnan ruuhkatilanteissa, sekä usean yksikön yhteistoiminta- ja moniviranomaistehtävillä.

Ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvassa tietoisuus oman päivystysympäristön tapahtumista vaikuttaa kykyyn tukea hätäkeskuksen toimintaa tilanteissa, joissa ensihoidon kysyntä ylittää alueen ensihoitoyksiköiden resurssitarjonnan. Toiminta-alueen tilannekuvalla on vaikutuksensa myös ensihoitoresurssien etupainotteisessa hallinnassa, jotta ruuhkatilanteissa mahdollinen hätätilapotilaan kohtaaminen ei viivästyisi kohtuuttomasti. Tältä osin on oleellista kenttäjohtajan saama informaatio ensihoidon käynnissä olevista tehtävistä, tehtävien luonteesta sekä tehtävien arvioiduista suorittamisajoista.

Tilannekuvan muodostumista sekä oleellisen tilannetiedon saatavuutta selvitettiin tutkimuksessa siltä osin, onko kaikilla sairaanhoitopiireillä käytössä tilannetietoa tarjoava sähköinen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmä, ja minkälaista tilannetietoa ensihoidon kenttäjohtaja järjestelmästä saa. Resurssien etupainotteisen hallinnan osalta sairaanhoitopiireiltä kysyttiin lisäksi, onko ensihoidon kenttäjohtajalla mahdollisuus seurata reaaliaikaisesti oman toiminta-alueen ensihoidon yksiköiden ensihoitokertomuksia. Mahdollisuus ensihoitokertomuksen reaaliaikaiselle seuraamiselle katsottiin liittyvän ensihoitoyksiköiden toiminnan ennakoimisen kontekstiin.

Taulukosta 8. nähdään kaikilla sairaanhoitopiireillä olevan käytössä ajankohtaista tilannetietoa tarjoava ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmä. Yhdeksän sairaanhoitopiirin alueella kenttäjohtajalla olisi mahdollisuus seurata ensihoidon yksiköiden sähköistä ensihoitokertomusta, mutta vain kuuden sairaanhoitopiirin alueella tämä kuuluu osaksi ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaa. Jokaisen sairaanhoitopiirin alueella ensihoidon kenttäjohtajalla on mahdollisuus ensihoitoyksiköiden reaaliaikaisen tilatiedon sekä karttasijainnin seurannalle. Tilatiedolla tarkoitetaan ensihoitoyksikön operatiivista tilannetta, esimerkiksi onko yksikkö vapaa suorittamaan mahdollista ensihoitotehtävää, kohteessa hoitamassa ja tutkimassa potilasta, tai esimerkiksi kuljettamassa potilasta hoitolaitokseen. Ensihoitoyksiköiden ensihoitokertomuksen seuraaminen oli mahdollinen yhdeksän vastaajan alueella, tosin ensihoitokertomuksen seuraaminen osana tehtäväkuvaa oli sallittua ainoastaan kuuden vastaajan alueella.

Ensihoidon kenttäjohtajan tilannekuvan ylläpitäminen pohjautuu käytössä olevien ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmien antamaan informaatioon. Tärkein resurssija ohjaava tilannetieto on yksiköiden sen hetkinen tilatieto ja karttasijainti. Taulukosta kahdeksan selviää, että ensihoidon kenttäjohtajat pystyvät seuraamaan päivystysalueensa kaikkien yksiköiden toimintaa varsin kattavasti. Tältä osin edellytykset tilannekuvan ylläpitämiseen ovat olemassa. Joissain tilanteissa kenttäjohtajan tilannekuvan ylläpitämistä ja kenttäjohtajan ennakoitukykyä voisi parantaa mahdollistamalla ensihoitoyksiköiden ensihoitokertomusten reaaliaikainen seuraaminen. Olennaista tilannekuvan ylläpitämisessä on kuitenkin myös kysymys kenttäjohtajan muiden tehtävien vaikutuksesta aktiiviseen tilannekuvan ylläpitämiseen. Tämän osalta tutkimuksen mielenkiinto kohdistui siihen, onko hoitolle tehtäville osallistumisella vaikutusta tilannekuvan ylläpitämiseen?

Taulukko 8. Ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmien välittämä tilannetieto.

Onko sairaanhoitopiirinne alueella käytössä kenttäjohtajajärjestelmä, josta kenttäjohtaja pystyy seuraamaan	n	Prosentti
Kaikkien oman sairaanhoitopiirin ensihoidon yksiköiden karttasijaintia	24	100
Toisen sairaanhoitopiirin yksiköiden sijaintia silloin kun yksiköt tarvittaessa suorittavat ensihoitotehtäviä yli sairaanhoitopiirirajojen, toisen sairaanhoitopiirin alueella	21	87,5
Päivystävän ensihoitolääkäriyksikön karttasijaintia	23	95,8
Pelastuksen yksiköiden karttasijaintia	21	87,5
Ensihoidon yksiköiden tilatietoja	24	100
Ensihoidon yksiköiden sähköistä ensihoitokertomusta	9	37,5
Vastanneet sairaanhoitopiirit	24	100

Tilannekuvan ylläpitämistä potilashoidon aikana selvitettiin lomakekyselyssä avoimella kysymyksen avulla. Kysymyksellä haettiin näkemyksiä siihen, pystytäänkö ensihoidon kenttäjohtajan johtamistoimintaan yhdistämään potilaskontakteja ilman tilannekuvan häiriintymistä. Vastausten mukaan tilannekuvan ylläpitäminen vaikeutuu selvästi silloin,

kun tehtävänkuvaaan liittyy myös potilaan hoitamista. Yhteensä 82 %:ssa avoimen kysymyksen vastauksista korostettiin tilannekuvan häiriintyvän kenttäjohtajan hoitaessa potilasta. Tilannekuvan ylläpitämistä voitaisiin vastausten mukaan parantaa ensihoidon kenttäjohtajan johtamista tukevalla toiminnalla, kuten lisäämällä kenttäjohtajalle työpari, tai siirtämällä ensihoidon johtamistoiminta oman alueen nimetylle varakenttäjohtajalle. Siirtämällä oman toiminta-alueen johtamisvastuu toisen sairaanhoitopiirin kenttäjohtajalle vaativien hoitotehtävien ajaksi, tai varsinkin suurien kaupunkien yhteydessä toimivalla tilannekeskuksen ja operatiivisen kenttäjohtajan yhdistelmällä.

”Hoitotilanteessa tilannekuvaa ei pysty ylläpitämään.”

”Kyllä aiheuttaa, varsinkin jos kenttäjohtaja toimii yksin. Kenttäjohtajilla tulee olla työpari joka voi toimia kenttäjohtajan silminä ja korvina kentän operatiivisesta tilanteesta, mikäli kenttäjohtaja joutuu hetkellisesti sitoutumaan potilaan hoitoon. Lisäksi organisaatiolla tulee olla ns. varajärjestelmä jolla saadaan ensihoidon tilannekeskukseen lisähenkilöstöä silloin kun päivystävä kenttäjohtaja tarvitsee tukea kentän hoitamisessa.”

”pääsääntöisesti kenttäjohtamistoiminta ei heikennä/haittaa potilaiden hoitamista eikä päinvastoin; kyse on priorisoinnista eri tilanteissa (yksittäinen hätätilapotilas vs. monipotilastilanne/SURO)

- potilaiden hoitaminen on EKJ keskeinen osaamisalue ja taitojen ylläpito ja kehittäminen edellyttävät säännöllistä hoidollista kontaktia

- tilannekuvan seuranta/valmiuksien ylläpito ovat tärkeitä osa-alueita, mutta EKJ on oivallinen potilasturvallisuustyökalu (seuraa/tukee ensihoitajien osaamista)”

5.4. Ensihoidon kenttäjohtajien näkemyksiä

5.4.1. Kenttäjohtamistoiminnasta

Ensihoidon kenttäjohtajien tehtävänkuvissa sekä käsityksissä kenttäjohtamistoiminnan järjestämisestä, on samanlaista hajontaa kuin valtakunnallisissa järjestämistavoissakin. Ensihoidon kenttäjohtajien näkemyksiä kartoitettiin haastatteleamalla seitsemää ensihoidon kenttäjohtajana toimivaa henkilöä. Haastattelun tulosten perusteella ei voida muodostaa kuvaa yhdestä yhdenmukaisesta järjestelmästä tai tehtävänkuvasta, vaan vastauk-

sissa näkyi osin suuriakin eroavaisuuksia haastateltavien käsityksistä kenttäjohtajajärjestelmästä, kenttäjohtajan tehtävänkuvasta sekä yleisesti ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta, ja johtamistoiminnan mahdollistamisesta suhteessa hoidollisena tukena toimimiseen. Vastausten painottumista määritteli osin vastaajien oman toiminta-alueen erityispiirteet, mikä korostui suhtautumisessa ensihoidon kenttäjohtajan hoidolliseen tehtävänkuvaan. Kolmella vastaajalla seitsemästä tehtävässä näkyi henkilöstöhallinnon osuus, kun muilla neljällä vastaajalla ei ollut hallinnollista esimies- alaissuhdetta oman sairaanhoitopiirin ensihoitajiin vaan ainoastaan operatiivinen, tehtävien suorittamiseen liittyvä esimies- alaissuhde. Hallinnollinen esimiessuhde koettiin yleisesti päivystysvuorossa aikaa vievänä tehtävänä, mutta yksikään vastaajista ei korostanut sen häiritsevän varsinaista päivystystehtävän suorittamista.

Ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän osalta vastaajat suhtautuivat myönteisimmin järjestelmään, jossa ensihoidon kenttäjohtaja toimii osana johtoyksikköä, mahdollistaen ensihoidon kenttäjohtajalle valvovan, koordinoivan ja tukevan roolin lisäksi myös mahdollisuuden operatiivisten tehtävien suorittamiselle. Yksikään vastaajista ei kuitenkaan nähnyt hoidollista tehtävää ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvassa tärkeimpänä tehtävänä, vaan vastaajat nimesivät tärkeimpinä tehtävinä yleisen, jatkuvan tilannekuvan ylläpitämisen, ensihoitoyksiköiden resurssiohjauksen, sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutason toteutumisen varmistamisen, sekä hätäkeskuksen avustamisen ruuhkatilanteissa. Oman toiminta-alueen tilannekuva korostui tehtävänkuvassa kaikilla vastaajille. Vastaajat näkivät resurssiohjauksen painoarvon jopa suurempana, kuin ensihoitoasetuksen määritelmän hätäkeskuksen avustamisesta tilanteissa, joissa alueellinen resurssikysyntä ylittää resurssitarjonnan. Tämän osalta kenttäjohtajien rooli nähtiin enemmän aktiivisesti päivittäistehtäviä ohjaavina henkilöinä, kuin ainoastaan ruuhkatilanteissa hätäkeskusta avustavina viranomaisina.

”Tehtävänkuvana on minun mielestä niin kun tukea hätäkeskuksen toimintaa. Vähän niin kuin backuppina olla siinä että, katsotaan missä ambulanssit liikkuu, millä tavalla hälytykset ohjautuu, ohjautuuko ne oikeille yksiköille, onko tarkoituksenmukaisin se yksikkö kun se lähin yksikkö, kun hätäkeskus toki tekee riskiarvion ja lähettää sinne minkä tällä hetkellä ELS heille ehdottaa.” (H3)

”...tärkein on se resurssien jakajana ja sen tilannekuvan ylläpitämisestä siellä et osataan niitä ambulansseja käyttää järkevästi ja oikein, ja mahdollisimman hyvin hyödyntää sitä omaa.” (H1)

”Ensihoidon kenttäjohtajan perustehtävä mun mielestä on valvoa, että palvelutasopäätös toteutuu alueella ja viiveet ei kasva liian pitkiksi.” (H5)

Kuusi vastaajaa seitsemästä suhtautui hoidollisille tehtäville osallistumiseen positiivisesti ja näki, että hoidollisen tehtävänkuvan pystyy yhdistämään muuhun kenttäjohtamistoimintaan, jos toiminta-alueen koko sen mahdollistaa. Hoidollinen tehtävä nähtiin yleisesti tärkeänä osana ensihoidon kenttäjohtajan asiantuntijuutta, ja toisaalta myös mielekkäänä lisänä omassa tehtävänkuvassa. Puhtaan johtokeskustelyöskentelyn katsottiin voivan johtaa siihen, että kenttäjohtaja kadottaa tuntuman varsinaisen ensihoitotyön sisältöön ja vähentää työn merkitsevyyttä.

”Mutta ne ei voi musta täysin irrallaankaan olla. Se hoitaminen siellä kentällä ja sitten se johtaminen, että sitten ihan pelkästään vaan jostain koordinoidaan.” (H7)

”Mä itse koen, että kuitenkin sillä ensihoidon kenttäjohtajalla sen lisäksi että se on valvova roolitus ja kentän tarkkailija, mutta että sillä olisi tavallaan myös asiantuntijaroolitus, eli osallistuu aktiivisesti siihen hoitotyöhön.” (H6)

”Se kadottaa myös tämän yhteyden niihin, tavallaan siihen kovaan ensihoitoon ja siihen hoitotyöhön.” (H1)

Kenttäjohtamistoiminnan järjestämisen osalta haastavaksi koettiin hoidollisen tehtävänkuvan painottaminen osana kenttäjohtajan kokonaistoimintaa. Hoidollinen toiminta nähtiin toisaalta kiinteänä osana sairaanhoitopiirin kenttäjohtamistoimintaa, mutta samalla strateginen linjaus tehtävänkuvan painottamisesta suhteessa ensihoitoasetuksen tehtävänkuvamääritelmään jäi osittain epäselväksi. Ensihoitoasetuksen mukainen resurssi johtaminen ja hätäkeskuksen tukeminen määriteltiin ensisijaisiksi tehtäviksi, mutta samalla koettiin järjestelmien osalta ristiriitaa sen suhteen, että hoidollisen roolin merkitys on todellisuudessa suurempi, kuin ensihoitoasetuksen hoitotoiminnalle antama painoarvo. Samalla tiedostettiin sairaanhoitopiirin tai sairaanhoitopiirin kenttäjohtamisalueen koon vaikuttavan siihen, miten hoidollinen tehtävä yhdistetään muuhun kenttäjohtajan tehtävänkuvaan. Osa vastaajista koki ongelmallisena sen, että saman erityisvastuualueen ja osin

jopa yhden sairaanhoitopiirin sisällä voi tässä suhteessa olla suhteellisen suuria painotus-arvoja sen suhteen, miten ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuva ja kenttäjohtamisen toimintamalli on rakennettu.

”Että tällä hetkellä musta aivan liikaa varianttia ja, siinä vaihtelua. Toisessa painottuu hoito, selkeästi linja enemmän, ja toisessa on selkeästi enemmän se kentän johtaminen ja musta siinä ei ole musta hyväksyttävää niin suuret erot.” (H7)

Samalla kun osa vastaajista olisi korostanut oman alueen ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisille tehtäville sitoutumista, saattoi saman sairaanhoitopiirin osalta toinen kokea, ettei tehtäväkuvaan tulisi kuulua hoidollista osuutta ollenkaan. Ja vaikka hoidollinen tehtäväkuva yleisesti koettiin mielekkäänä ja tärkeänä osana kenttäjohtamistoimintaa, nähtiin myös sen sujuva toteuttaminen osin haastavaksi kokonaistoiminnan hallinnan vuoksi. Vastaajien mukaan hoitotoiminnan sujuva toteuttaminen vaatisi kenttäjohtajan lisäksi erillistä tukitoimintaa, jonka voisi toteuttaa esimerkiksi kenttäjohtajan työparin avulla tai hajauttamalla sairaanhoitopiiri erillisiin toiminta-alueisiin, jolloin mahdollistetaisiin muodostuvien toiminta-alueiden kenttäjohtajien välinen yhteistoiminta. Vaihtoehtona esitettiin myös toimintamallia, jossa kenttäjohtajan tehtäväkuva jaetaan erilliseen tilannekeskukseen sijoitetun kenttäjohtajan, sekä operatiiviseen yksikköön sijoittuvan kenttäjohtajan yhteistoiminnalla. Vastaajien mukaan ensihoito- tai tilannekeskukseen sijoittuvalla lisäkenttäjohtajalla voitaisiin varmistaa suurilla toiminta-alueilla aluekenttäjohtajille johtamisen tuki, esimerkiksi yli toiminta-alueet ylittävien ensihoitoyksiköiden resurssihallinnan osalta, sekä tukea suuremmilla väestöpohja-alueilla tarvittaessa monipotilas- tai mahdollisen suuronnettomuuden aikaista toimintaa. Hoidollisen kenttäjohtajan rooli nähtiin tältä osin tärkeänä osana enemmän lähialueen ensihoitotyötä tukevana ja hallinnoivana henkilönä, jonka toimintaa tarvittaessa tuetaan erillisen johto- tai tilannekeskustoiminnan puolelta.

”... mitä meillä nyt vastuunsiirtona on, tehtävänsiirtona, lääkäriyksiköiltä. Se ei tule vähentymään. Alue, joka on sen verran iso, että tällainen dispatcher-tyyppinen, joku bunkkerikenttäjohtaja sen lisäksi olis vielä tarpeellinen.” (H6)

”Toki se vois olla siinä taustalla tämmöisenä johtamismuotona, että siellä olisi taustalla sitten tämmöinen Tike tai vastaava, tai (johtami-) ensihoitokeskus, mikä se sitten johtaisikin tarvittaessa, niin se vois selkeästi nähdä, että se kenttäjohtoyksikkö on nyt kiinni sitten potilaassa, jossain kriittisen potilaan hoitamisessa, niin se

pystyy sitten sitä kenttää hoitamaan. Tai onko se sitten naapurialueen kenttäjohtaja tai miten se sitten hoidetaankin.” (H7)

”Mä perustaisin ensihoidon tällöisen johtokeskuksen mikä olisi fyysinen työskentelypiste.” (H4)

Resurssiohjauksen, sekä hoidollisille tehtäville osallistumisen lisäksi ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuvassa korostui selkeästi kenttäjohtajan valvova roolitus. Valvova roolitus käsitettiin niin hätäkeskuksen tehtävänannon, kuin ensihoitoyksiköiden hoidollisen toiminnan seuraamisen, että sairaanhoitopiirin muodostaman ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaisen toiminnan seuraamisena ja valvontana. Ensihoitoyksiköiden hoidollisen toiminnan seuraaminen ei ollut riippuvainen siitä, kuuluivatko sekä ensihoidon kenttäjohtaja, että ensihoitajat saman organisaation palvelukseen, tai oliko kyseessä esimerkiksi yhteistoimintasopimuksen mukainen toiminta, jossa ensihoidon varsinainen palvelutuo-
tinto oli eriytetty ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmästä.

5.4.2. Hoidollisesta tehtävänkuvasta

Tutkimuksessa haastateltiin yhteensä seitsemää ensihoidon kenttäjohtajan toimessa tai virassa olevaa kenttäjohtajaa. Vastaajista kolme kertoi toimintaohjeistuksella määritellysti toimivansa hoidollisesti korkeampitasoisena yksikkönä kuin hoitotason ensihoitoyksikkö, ja neljä vastaajaa kertoi hoidollisen tason olevan ensihoitoasetuksen määritelmän mukaisesti sama kuin hoitotason ensihoitoyksiköllä. Hoidollisesti korkeamman tason yksikön määritelmän epäselvyyttä asiassa kuvastaa se, että neljästä samalla tasolla kuin hoitotasoinen ensihoitaja vastanneesta ensihoidon kenttäjohtajasta kaksi kuitenkin kyseenalaisti tulkinnan samasta hoidollisesta tasosta, ja yhden sairaanhoitopiirin alueelta tutkimuksen kyselyosuuteen vastannut hallinnon edustaja vastasi kenttäjohtajan toimivan korkeammalla hoidollisella tasolla kuin alueen hoitotasoinen ensihoitaja, mutta haastattelussa saman sairaanhoitopiirin ensihoidon kenttäjohtaja puolestaan katsoi toimivansa samalla tasolla kuin hoitotasoinen ensihoitaja.

”... on määritelty ohjeessa, että se on hoidollisesti yläpuolella sitten.” (H1)

”Virallinen vastaus on, että ei, mutta käytännössä on. Eli velvoitteita on-, tai kummin päin sen nyt vois sanoa paremmin. Velvoitteita hoitaa asioita on enemmän kuin annettuja vastuita.” (H6)

Vaikka lainsäätäjä on määritellyt ensihoidon kenttäjohtoyksikön toimivan saman tasoisena yksikkönä kuin hoitotasoinen ensihoitoyksikkö, koettiin linjaus epämääräiseksi osin sen vuoksi, että kenttäjohtoyksiköiden valikoimaan on lisätty lääkkeitä, sekä annettu oikeuksia haastavampien toimenpiteiden suorittamiseen. Osassa vastauksia korostui, että jo nyt osa ensihoitolääkäriyksiköiden tehtävistä on siirretty kenttäjohtajille ja kehityssuunnan epäiltiin jatkuvan samanlaisena.

”Tämä on tämmöinen yksi ristiriita, minkä olen itse huomannut, että määritellään hoidolliseksi ensihoitajaksi, tai sille tasolle, ja näin tietysti lainsäätäjä myöskin säädösten avulla sen kertoo, mutta sitten kuitenkin on semmoinen tapa, että halutaan, että toimii korvaavana yksikkönä korkeamman tason yksikölle eli lääkäriyksikölle.” (H5)

Yleinen kenttäjohtajien näkemys oli, että ensihoidotehtävillä korkeampi hoitoprofiili näkyy selkeästi johtamisvastuuna. Samalla vastaajat katsoivat lähes yksimielisesti, ettei vastuun jakaminen ole mahdollista. Päätöksiä pystytään tekemään yhdessä, mutta viime kädessä kenttäjohtaja kantaa juridisen vastuun.

”Tietysti se, että vastuu on eri asia kuin se, että miten päätöksiä tehdään, että päätöksiä voi tehdä yhdessä ihan hyvin, mutta vastuun kantaa aina joku, ja kyllä se vaan ikävä kyllä se kenttäjohtaja on, mun mielestä joka silloin hoidollisessakin tehtävässä sen vastuun kantaa.” (H6)

Ensihoidon kenttäjohtajan hoidollinen johtamisvastuu on ristiriitainen asia. Samalla, kun ensihoidon kenttäjohtaja toimii lainsäätäjän mandaatilla moniviranomaistehtävillä ensihoidon johtamisvastuullisena tahona, ei samanlaista määritelmää ole yksittäisillä päivittäistehtävillä. Hoidollisten tehtävien johtamisvastuun jakautuminen tai jakautumatta jättäytyminen, näkyy myös vastaajien käsityksissä sen osalta kuka yksittäistä tehtävää johtaa. Vastausten mukaan johtamisvastuu määräytyy suurelta osin kenttäjohtajakohtaisena kokemuksena. Koska johtamisvastuu ei kaikilla alueilla määräydy yksiselitteisesti, tulisi johtamisvastuu määritellä aina erillisesti tehtävään määriteltyjen yksiköiden kesken. Tämän osalta osa haastatelluista kokee tehtävän johtamisen kuuluvan kohteen ensimmäi-

senä tavoittavalle hoitoyksikölle, jolloin kenttäjohtaja toimii ainoastaan hoidollisena tukiyksikkönä, kun taas osa kokee kenttäjohtajan olevan johtovastuussa aina tehtävälle liittytyään.

”Tämä on semmoinen mitä me ollaan paljon keskusteltu ja tässä meillä sitä varianttia tulee paljon sitten, että näitä toimintatapoja on, että osa haluaa selkeästi johtaa kaikki tilanteet ja olla se ja sitten toiset vähän vähemmän ehkä ja enemmän tarvittaessa tilanteen mukaan sitten. Mutta tämä on semmoinen, tästä on varmaan yhtä monta toimintatapaa, kun on kenttäjohtajaa.” (H7)

Yksimielisyys vallitsee kuitenkin siitä, että hälytykseen liitetty kenttäjohtaja pystyy aina ottamaan johtovastuun itselleen kokiessaan sen tarpeelliseksi. Samalla koetaan, että vaikka yksittäisen potilaan hoidon johtaminen ei olisi määritelty kohteessa olevalle kenttäjohtajalle, vastaa kenttäjohtaja kuitenkin viime kädessä potilaan hoidosta. Tässä mielessä korkeamman hoidollisen tason yksikön määritelmä nähdään erillisenä käsitteenä varsinaisesta johtamisvastuusta. Käsitys siitä, poikkeako yksikkö lainsäätäjän määrittelemästä yksikkötasosta (hoitoyksikkö), ja tämän määritelmän vaikutus johtamisvastuun määräytymiseen, tekee kenttäjohtajan profiilista osin haastavasti käsitettävän. Selkeimmin asia hahmotettiin niiden haastateltavien kenttäjohtoalueella, joissa sairaanhoitopiirin ohjeistus selkeästi määritteli yksikön toimivan johtovastuullisena, ja hoidollisesti korkeampitasoisena yksikkönä kuin hoitotasoinen ensihoitoyksikkö. Vastausten mukaan hoidollisten tehtävien johtamisvastuu kuitenkin tulisi määritellä paremmin.

”No se onkin hyvä kysymys, kun ei sitä ole kukaan kunnolla määritellyt.” (H6)

Tulosten mukaan ensihoidon kenttäjohtajat kokevat ensihoitotehtävän kokonaisvastuun tulevan esimiesaseman mukana, vaikkakin kysymykseen liittyvä hoidollisen johtamisvastuun mandaatti koettiin epäselväksi ja tarkennusta vaativaksi. Johtamisvastuu määriteltiin osin ensihoidon kenttäjohtajan laajennetun hoidollisen tehtävänkuvan perusteella, sekä velvollisuudella määritellä yksittäisen tehtävän johtamisvastuullinen taho, mutta myös koetulla velvollisuudella yleiselle ensihoitoyksiköiden toiminnan valvonnalle.

Vaikka hoidollisten tehtävien johtamisvastuun katsottiin viime kädessä kuuluvan kenttäjohtajalle, koettiin ensihoitoyksiköiden ja kenttäjohtajan välinen yhteistyö yleisesti toimivaksi, tiimityön periaatteita noudattavaksi toiminnaksi. Kenttäjohtajan katsottiin tuovan erityisosaamista esimerkiksi hoidollisten toimenpiteiden ja lisäkokemuksen merkeissä, mutta samalla korostettiin yhteistyön merkitystä ja sitä, että yleensä tehtävillä kenttäjohtaja toimii enemmän tuki- kuin johtoyksikkönä. Osin kenttäjohtoyksikön laajennettu hoidollinen tehtäväkuva koettiin jopa haastavaksi sen osalta, että varsinainen hoidollinen tehtävämäärä jää suhteellisen vähäiseksi, jolloin kokeneilla ensihoitajilla katsottiin olevan suuremman tehtävämäärän tuoman kokemuksen mukaisesti osin paremmat edellytykset yksittäisten vaativien tehtävien hoitamiseksi. Tämä ei vastausten mukaan kuitenkaan korreloinut varsinaisen johtamisvastuun kanssa. Johtamisvastuun katsottiin aina tulevan aseman myötä, vaikka se yksittäisellä tehtävällä olisi erillisesti siirretty tai pidetty kohteen ensimmäisenä saavuttamalla hoitotasoisella ensihoitajalla.

”Kyllä mä haluan myöskin tiimityön merkitystä oikeasti korostaa. Että tässä tasa-vertaisia hoitajina ollaan myöskin näiden meidän H-tyyppien kanssa. Et ihan yhteistyössä, hyvässä yhteistyössä potilaat hoidetaan. En näe siinä, että mun pitäisi päälle päsmätä niin kauheasti” (H2)

”Yleensä kun mä osallistun ensihoitotehtäville niin, jos se ensihoitotehtävä on hoitotason yksiköllä lähtenyt rullaamaan hyvin läpi, niin ei mun, aina oletettavasti tarvitse ottaa sitä johtovastuuta. Mä voin sanoa, että jatka vaan siitä ja toimin hoitojohtajana tai tilannejohtajana tässä, että mä tuen sua, mikä siinä on.” (H1)

Vaikka hoidollinen johtamisvastuu katsottiin selkeästi ja myös toivotuksi osaksi tehtäväkuvaa, näkyi vastauksissa myös, että strategiaa tämän osalta tulisi tarkastella uudelleen. Vaadittu kenttäjohtajan osaamistaso suhteessa tehtävien ja toimenpiteiden suorittelemäärään katsottiin osin riittämättömäksi. Osassa vastauksia korostettiin strategian uudelleen linjausta sen mukaan, että joko kenttäjohtajien hoidollisten tehtävien määrää kasvatetaan, tai sitten hoidollisten tehtävien suorittamisesta pitäisi luopua. Hoidollisten tehtävien vähäisyyden koettiin vaikuttavan hoidollisen osaamistason ylläpitämiseen.

”Niin se on tietenkin mitä sen halutaan nyt sitten olevan, että onko se nyt sitten asetuksen mukaista toimintaa, tai miten uusi asetusta sitten miettii, että onko se vaan nyt sitä sitten että johdetaan sitä operatiivista kenttää ja katsotaan, että yksiköt on

ja tehdään sitä yhteistyötä esimerkiksi hätäkeskuksen tehtäväseurannan ja hätäkeskuksen kautta, ja muitten toimijoiden kanssa, vai onko se sitten sitä että osallistutaan niihin, tuodaan jotain lisääpua sitten tai, lisää hoitovalmiutta kentälle. Et just et pitää sitten erottaa ja ottaa se strateginen suunta sitten et molempia musta ei voida.” (H7)

Suurella osin vastauksia korostui täydennyskoulutuksen ja hoidollisen osaamistason välisen epäsuhdan merkitys. Hoidollinen tuntuma ei vähäisen tehtävämäärän vuoksi ole paras mahdollinen, jolloin riittävän korkeatasoinen täydennyskoulutus katsottiin korkeatasoisen hoidon tarjoamisen edellytykseksi. Vastauksissa korostui kuitenkin ensihoidon kenttäjohtajien oma näkemys siitä, että jos hoidollista täydennyskoulutusta ei ole tarpeeksi saatavilla, luottamus omaan toimintakykyyn heikkenee.

”Että meille tulee suoritteita ihan hirveen paljon vähemmän tietenkin kuin rivien-sihoitajilla. Et kyllä se on faktajuttu, että ilman koulutusta me taannutaan, ilman potilaskontakteja, ilman oikeasti hoidollisesti haastavia potilaita, niin kyllä oikeasti voin vannoa, että aika montaa meidän alueen kenttäjohtajaa mietityttää, että me pysytään hoidollisesti edes sillä tasolla mitä meidän pätevimmät ensihoitajat tällä hetkellä on.” (H2)

Täydennyskoulutuksen riittämättömyyttä perusteltiin osin taloudellisilla syillä, ja osin ensihoidosta vastaavien lääkärin vaihtuvuudella, sekä vastaavien lääkärin aikataululla. Täydennyskoulutuksen vastuun katsottiin kuuluvan nimenomaan oman organisaation ensihoidon vastuulääkäreille ja ilman toimivaa, riittävästi resursoitua asiantuntijalääkärin panosta täydennyskoulutuksen katsottiin jäävän riittämättömäksi.

”Nyt voisin sanoa suoraan, että en saa. Meillä on ollut vaikeuksia tässä ylemmällä tasolla eli ensihoidon vastuulääkäri on pitkään ollut vähän kysymysmerkillä.” (H3)

Näkemykset täydennyskoulutuksen toteutumisesta jakaantuivat vastaajien kesken. Neljä vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa täydennyskoulutusmäärään vaikkakin katsoivat, että sitä voisi olla myös enemmän, ja kolme vastaajaa katsoi täydennyskoulutusmäärän riittämättömäksi. Vastauksissa painottui sairaanhoitopiirikohtaiset eroavaisuudet.

5.4.3. Tilannekuvan ylläpitämisestä

Ensihoidon kenttäjohtajan tilannekuva muodostuu pääosin ensihoitoyksiköiden toiminnasta tilannetietoa välittävän ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmän informaation, yksiköiden viestiliikenteen, sekä tietyiltä osin hätäkeskuksen välittämän tilannetiedon perusteella. Jatkuvan tilannetietoisuuden ylläpitäminen katsottiin tapahtuvan enemmän viestiliikenteen perusteella ja tarkan tilannekuvan muodostuminen puolestaan katsottiin edellyttävän kenttäjohtamisjärjestelmän tarjoamaa tarkkaa informaatiota.

” mulla on itsellä tapana kuunnella aktiivisesti radioliikennettä koko ajan, ja sieltä ylläpitää sitä tilannekuvaa ” (H6)

”Mutta oikeastaan toi viestiliikenne, niin sehän on automaatio, että radiota kuunnellaan koko ajan ja sieltä muodostuu päähän tiettyä kuvaa siitä alueesta.” (H5)

Ensihoidon kenttäjohtajan tilannekuvan ylläpitämisen edellyttämä tiedontarve täyttyi ensihoitoyksiköiden sijainnin, suoritettavien tehtävien kiireellisyyssasteen sekä ensihoitoyksiköiden tilatiedon tarjoaman kokonaiskuvan perusteella. Myös hätäkeskuksen välittämä tilannetieto katsottiin olennaiseksi osaksi tilannekuvan ylläpitämistä, joskin hätäkeskuksen tehtävä katsottiin tältä osin käytännössä enemmän normaalista poikkeavan tiedon tai tapahtuman välittämiseksi. Osa vastanneista kenttäjohtajista katsoi mahdollisuuden ensihoitokertomusten reaaliaikaiselle seuraamiselle liittyvän tilannekuvan ylläpitämiseen ensihoitoyksiköiden toiminnan ennakoimisen mahdollistajana. Osa vastaajista seurasi ensihoitoyksiköiden toimintaa ensihoitokertomusten avulla aktiivisesti, jopa toimintaa valvovasta näkökulmasta, kun osa katsoi tiedontarpeen tältä osin liittyvän ainoastaan tehtäville, joilla katsottiin olevan esimerkiksi työturvallisuusuhka tai esimerkiksi epäily mahdollisesti realisoituvasta tarpeesta toisen viranomaistahon avulle. Kolmella vastaajalla ei ollut mahdollisuutta ensihoitokertomuksen seuraamiseen, mutta seurantamahdollisuuteen suhtauduttiin vastaajien osalta kuitenkin positiivisesti.

”Mä tarvitsen reaaliaikaista dataa siitä, että missä mun yksiköt menee ja minkälaisella statuksella. Potilastietojärjestelmästä tai sähköisestä ensihoidon potilastietojärjestelmästä saan sitä tietoa, missä vaiheessa ne tehtävät menevät, mitä tehtäviä siellä pyörii ja missä vaiheessa ne tehtävät on ” (H5)

Haastatteluvastausten perusteella hoidollinen tehtäväkuva nähdään kiinteänä osana nykyistä ensihoidon kenttäjohtajatoimintaa, mutta samalla tiedostetaan johtamiskyvyn häiriintyminen tilanteissa, joissa kenttäjohtaja on aktiivisesti mukana potilaan hoitamisessa.

Vastaajat näkivät, että kenttäjohtajan hoidollisen tehtävän kiinteä yhdistäminen asetuksen mukaiseen toimintaan on mahdollista, mutta vaativan järjestelmälle tukitoimintoja esimerkiksi työparin, toisen alueen kenttäjohtajan tai erillisen tilanne-/johtokeskuksen muodossa. Suurin tilannekuvan ylläpitämistä häiritseväksi tekijäksi nähtiin hoidollisten tehtävien suorittaminen. Potilastyö vaatii keskittymistä, jolloin ulkoisen maailman seuraaminen ja tilannekuva häiriintyvät. Tilannekuvan häiriintyminen nähtiin ongelmalliseksi, mutta varsinkin pienemmillä kenttäjohtamisalueilla hyväksyttäväksi asiaksi. Osa vastaajista katsoi tilannekuvan häiriintyvän päivittäin, osa kuvasi tilannekuvan menettämisen tapahtuvan muutamia kertoja kuukaudessa.

No siis yhden kriittisesti sairaan potilaan hoitaminen sitoo kenttäjohtajaa niin paljon, että silloin se tilannekuva häviää. (H6)

”... kiiretehtävälle jos mennään lisäavuksi, niin kyllä siinä se tilannekuva häiriintyy.” (H3)

Muina tilannekuvan häiriintymistä aiheuttavina tilanteina tuloksissa nousi esille esimerkiksi ensihoitohenkilöstön henkilöstöhallinnon toteuttaminen, sekä muut työnantajan siirtämät tehtävät, kuten oman vastuualueen tekemiseen liittyvät kirjalliset työt. Tilannekuvan ylläpitäminen korostui kaikissa vastauksissa. Toisaalta osa vastaajista näki tilannekuvan ylläpitämisen pääosin passiivisena, viestiliikenteen seuraamisen avulla päivittyvänä tehtävänä, johon kiinnitettiin tarkempaa huomiota vasta jonkin erillistä huomiota vaativan tehtävän tai hätäkeskuksen tukipyynnön yhteydessä. Toiset vastaajista kokivat tehtävän tärkeimpänä päivystystehtävänä, jota ylläpidettiin aktiivisesti kaikin keinoin.

”Mä pidän sitä päätehtävänä. Mä en tee päivystäessä oikeastaan mitään muuta” (H5)

Kokonaisuudessaan tilannekuvan ylläpitäminen nähtiin päivystystoiminnan taustalla tapahtuvana toimintana, mutta kuitenkin siten, että tietoisuutta oman kenttäjohtamisalueen

tapahtumista pyrittiin ylläpitämään jollain tasolla koko ajan. Passiivisen tilannekuvan ylläpitämisen apuvälineenä toimi viranomaisverkossa tapahtuva viestiliikenne ja tarkennettu tilannekuva muodostettiin aina jonkin huomiota vaativan tapahtuman ilmaantuessa. Tällöin tilannekuva päivitettiin ja tarkennettiin ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän tarjoaman informaation perusteella. Vaikkakin tilannekuvan ylläpitäminen koettiin joissain työtilanteissa hankalaksi ylläpitää, nähtiin sen päivittämisen tapahtuvan suhteellisen nopeasti sen jälkeen, kun tarve tarkennetulle tilannekuvulle ilmaantui.

5.5. Tutkimustulosten yhteenveto

Ensihoidon kenttäjohtamistoiminta on valtion säädösohjauksella sairaanhoitopiirien vastuuksi määriteltyä toimintaa. Säädösohjausta on täydennetty informaatio-ohjauksella, mitä edustaa esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön ohje sairaanhoitopiireille ensihoidon palvelutasopäätöksen muodostamiseksi. Ohjauksen osittainen tulkinnanvaraisuus on mahdollistanut sairaanhoitopiireille palvelun järjestämisen jokaisen sairaanhoitopiirin omista lähtökohdista käsin. Tulkinnanvaraisuutta tarkoittaa esimerkiksi ensihoitoasetuksen (585/2017) kirjaus ensihoidon kenttäjohtajien toimimisesta sairaanhoitopiirinsä ensihoidon tilannejohtajina, ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta. Asetuksen perustelumuiistiossa (2017: 16) linjataan olevan *perusteltua*, että sairaanhoitopiiri johtaa alueensa kenttäjohtotoimintaa, ja kenttäjohtajat ovat palvelussuhteessa sairaanhoitopiiriin. Kohta on kuitenkin ilmeisen tulkinnanvarainen ja enemmän suositukseksi katsottu, koska vaikka ehdottomasti suurin osa sairaanhoitopiireistä toimii perustelumuiistion määrittelemällä tavalla, on esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella pelastuslaitoksen kokonaisuudessaan tuottamaa kenttäjohtotoimintaa, ja lisäksi Kanta-Hämeen sekä Pohjois-Karjalan -sairaanhoitopiirien alueella molempien osapuolten yhteisesti tuottamaa kenttäjohtotoimintaa. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä ensihoidon kenttäjohtajat ovat palvelussuhteessa sairaanhoitopiiriin ja Pohjois-Karjalassa pelastuslaitokseen.

Ensihoidon kenttäjohtotoiminta on varsin tuoretta, terveydenhuollon palvelutuotannon ja viranomaisjohtamisen välimaastossa suuntaansa etsivää toimintaa. Tämä näkyy ensihoi-

don kenttäjohtajien palvelussuhteiden oikeudellisessa määrittelyssä, mikä korostuu esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella samaa tehtävää suorittavan, mutta eri organisaatioiden palveluksessa olevien henkilöiden työsuhteiden erilaisena tarkasteluna. Kyseessä on tulkinta ensihoidon kenttäjohtajan palvelussuhteen määrittelemisestä joko kunnalliseksi virka- tai työsuhteeksi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella kolmen ensihoidon järjestämisalueen kenttäjohtajat ovat virka- ja kolmen alueen työsuhteisia. Virka- ja työsuhteen eroavaisuuden keskiössä on määritelmä kunnallisen virkamiehen oikeudellisesta asemasta julkisen vallan käyttäjänä (410/2015). Lainsäätäjä on määritellyt julkisen vallan käyttämisen kuuluvan osaksi tehtäviä, joissa esimerkiksi lakiin perustuvan toimivallan perusteella yksipuolisesti päätetään toisen edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta tai annetaan yksipuolisesti toista velvoittava määräys tai puututaan toisen etuun tai oikeuteen (Kunnallisen esimiehen virkasuhdeopas 2015: 10). Vaikka julkisen vallan käyttämisestä säädetään virkamiehen tehtävänä, jää kunnan vastuulle sen määrittelemisen kuuluuko tehtävänkuvaan julkisen vallan käyttöä vai ei (Metsäranta 2012). Ratkaisevaa virkasuhteen käyttämiselle on tehtävien sisältö. Kuntalain (410/2015) mukaan virkasuhteeseen tulisi nimittää silloin, kun tehtävässä käytetään julkista valtaa ja kuntatyönantaja on edelleen määritellyt, että virkasuhteeseen tulisi nimittää, vaikka tehtävässä käytettäisiin julkista valtaa vain vähäisessä määrin (Kunnallisen esimiehen virkasuhdeopas 2015: 9).

Kaikista sairaanhoitopiireistä/HUS ensihoidon järjestämisalueista seitsemän (29 %) on katsonut, ettei ensihoidon kenttäjohtajan tehtävänkuva sisällä julkisen vallan käyttöä. Tulos on mielenkiintoinen, koska kenttäjohtajan ydintehtävänkuva perustuu lainsäädännöllä määriteltyyn johtamistoimintaan, jossa määrätään alueen ensihoitopalvelun yksiköiden käyttämisestä ja vaikutetaan päivittäistasolla siihen, miten ja missä ajassa ensihoitopalvelua kunnan asukkaalle tarjotaan. Ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluaineiston mukaan yhtenä tärkeimmistä kenttäjohtajan tehtävistä nähtiin etupainotteisesti tapahtuva ensihoitoyksiköiden käytön ohjaaminen, sekä sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksen toteutumisen valvonta. Edellä mainittujen tehtävien voidaan tutkijan mielestä arvioida täyttävän julkisen vallan käytön kriteeristön.

Ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuva toteutuu pääsääntöisesti Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antaman asetuksen määrittelemällä tavalla. Ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuva ensihoitopalvelun yksiköiden toiminnan ohjaamisesta, sekä alueellisen tilannekuvan ylläpitämisestä on lainsäätäjän toimesta selkeästi määritelty. Määritelmän mukainen toiminta nähdään myös sairaanhoitopiirien vastauksissa, sekä kenttäjohtajien haastatteluaineistossa ensihoidon kenttäjohtajan ensisijaisena tehtävänä. Ensihoidon kenttäjohtajan ydintehtävä on sekä lomakekyselyn, että haastatteluvastausten perusteella oman päivystysalueensa resurssi johtamisesta vastaaminen, sekä tilannekuvan ylläpitäminen. Osittain ristiriitaisena tuloksena näyttäytyy kenttäjohtajan hoidollinen rooli ja asema osana ensihoitopalvelun toimintaa.

Suuri osa sairaanhoitopiireistä katsoo hoidollisen tehtäväkuvan kuuluvan osaksi ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuva. Kenttäjohtotoimintaa on rakennettu tavalla, joka nostaa ensihoidon kenttäjohtajan hoidollista profiilia enemmän, kuin lainsäätäjän on tahotilanaan määritellyt. Tältä osin kyse on selkeästä sairaanhoitopiirien strategisesta valinnasta poiketa lainsäätäjän määrittelemästä tehtäväkuvasta. Valinta perustunee tarpeeseen nostaa sairaanhoitopiirin ensihoidon hoidollista tasoa kokonaisuutena aikaisempaa korkeammalle. Tutkimustulosten mukaan kenttäjohtoyksikön hoidollisen tason nostaminen näkyy annetuissa hoito- ja toimenpideoikeuksissa, sekä kattavampana lääkevalikoimana. Esimerkiksi tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen turvallisesti lääkkeellisen intubaation avulla (taulukko 7.) katsotaan yhdeksi päivystävän ensihoitolääkärin tärkeimmistä tehtävistä (Ångerman, Kirves & Virta 2018: 348). Sen on ensihoidossa osoitettu parantavan varsinkin traumaattisesta aivovauriosta kärsivien potilaiden neurologista ennustetta (Pakkanen, Virkkunen, Kämäräinen, Huhtala, Silfvast, Nurmi & Yli-Hankala: 2017). Samalla endotrakeaalisen intubaation onnistuminen on todennäköisempää ja potilasturvallisempaa ensihoitolääkärin, kuin muun ensihoitohenkilöstön suorittamana (Lousius, Roislien & Lockett: 2012).

Valviran (11.2.2014) kannanoton mukaan anestesiaintubaatio ensihoidossa edellyttää riittävän kokemuksen omaavan lääkärin läsnäoloa, mutta myös ensihoitaja voi suorittaa toimenpiteen, jos tilanne johtaisi muuten suurella todennäköisyydellä potilaan menehtymi-

seen. Kannanotto on annettu nykyisten ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmien perustamisen jälkeen. Tässä valossa se, että 18 sairaanhoitopiiriä/HUS ensihoidon järjestämisaluetta ilmoittaa kyseisen toimenpiteen ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväksi (taulukko 7.) nostaa kenttäjohtajan hoitoprofiilia huomattavasti. Edellä mainittujen 18 alueen kohdalla kahden kenttäjohtoyksikön lääkevalikoimaan on lisäksi intubaatiota helpottamaan lisätty lihasrelaksantti ja kahdeksalla alueella anestesia-aineena toimii propofoli, joka on aikaisemmin kuulunut sairaalan ulkopuolella lähinnä ensihoitolääkäreiden lääkevarustukseen. Asia suhteen olisikin mielenkiintoista tutkia millä laajuudella kyseistä toimenpidettä suoritetaan? Onko kyseessä ainoastaan oikeus toimenpiteen suorittamiseksi välittömästi henkeä uhkaavissa tilanteissa, vai tapahtuuko näin säännöllisesti osana päivittäistä toimintaa? Kokonaisuudessaan potilaan ilmatien turvaaminen, sekä ilmatien varmistamisen jälkeinen ventilaattoriin kytkeminen näyttäytyy ristiriitaisena hoidollisena toimenpiteenä. Vastusten mukaan kyseinen hoitotoimenpide katsotaan monilla alueilla tehtäväksi, jonka kenttäjohtaja voi, tai kenttäjohtajan odotetaan suorittavan, mutta johon valvova viranomainen suhtautuu nihkeästi.

Ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluista selviää, että hoidollisille tehtäville osallistumista pidetään olennaisena ja tärkeänä osana kenttäjohtajan tehtävänkuvaa, mutta suoritettavien tehtävien määrän jäävän riittämättömäksi osaamistason ylläpitämisen varmistamiseksi. Tehtävämäärän vähäisyyden vuoksi säännöllinen täydennyskoulutus katsottiin tärkeäksi osaksi ammattitaidon ylläpitämistä, mutta kolme haastateltavaa seitsemästä katsoi tämän jäävän riittämättömäksi. Lisäksi lomakekyselyn tulosten mukaista, kolmen sairaanhoitopiirin/HUS ensihoidon järjestämisalueen ilmoittamaa yhden tai kahden vuositaisen täydennyskoulutuspäivän määrää voidaan vastuuseen nähden pitää erittäin vähäisenä.

Ensihoidon kenttäjohtajalle on määritelty vastuu toiminta-alueensa ensihoitoyksiköiden johtamisesta. Monen sairaanhoitopiirin alueella myös ensihoidon kenttäjohtoyksikön hoidollinen taso on määritelty sairaanhoitopiirien vastauksissa korkeammalle tasolle, kuin lainsäätäjän määrittelemä hoitotason yksikkö. Johtamisvastuuta ei voi lähtökohtaisesti jakaa. Korkeampitasoinen, johtamismandaatilla toimiva yksikkö lienee viime kädessä aina

juridisessa vastuussa. Tämä ei tarkoita, etteikö yksittäisen tehtävän suorittamista tai koordinoimista pysty delegoimaan ensihoitajalle, mutta kokonaisvastuu lienee ensihoidon kenttäjohtajalla. Lainsäätäjän korostama hoitotason yksikkönä toimiminen luo haasteensa hoidollisiin yhteistoimintatilanteisiin. Voiko kenttäjohtoyksiköllä olla operatiivinen esimiesasema moniviranomaistehtävillä, mutta ei terveystoimen tehtävälajin tehtävillä? Asia ei ole yksiselitteinen, ja näkökulma tulisi ehdottomasti tarkentaa sairaanhoitopiirien sisäisillä ohjeistuksilla. Se, että näin ei ole monilla alueilla tapahtunut, on luonut tilanteen eräänlaiselle johtamistoiminnan välimaastolle, jossa tietoisuus kenttäjohtajan vastuusta voi hämärtyä. Tämä näkyi myös ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluissa toiveena selkeämmän hoidollisen tasomääritelmän strategisesta linjauksesta. Osassa haastatteluvastauksia katsottiin hoidollista vastuuta olevan enemmän kuin annettuja oikeuksia.

Tilannekuvan saamisen ja tilannetietoisuuden ylläpitämisen edellytyksenä on tieto ympäristön tapahtumista ja tapahtumien merkityksestä oman toiminnan kannalta. Tilannetietoisuuden saavuttamisessa on ensisijaista saatu ja jaettu tieto. Tilannetietoisuuden käsitteeseen nivoutuu ymmärrys ympäröivän todellisuuden tapahtumista ja niiden lähitulevaisuuden vaikutuksesta. (mm. Endsley 1995, Endsley 2001, Nofi 2001.) Tilannekuvaa voi puolestaan kuvata jonkin tietyn hetken tarkkana kuvauksena, eräänlaisena pysäytyskuvana toiminta-alueen sen hetkisestä tilanteesta.

Ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluaineiston perusteella ensihoidon kenttäjohtajan ympäristön oleellinen tilannetieto virtaa jatkuvasti pääosin viestiliikenteen välityksellä. Tältä osin tulokset ovat samansuuntaisia Norri-Sederholmin (2015) väitöskirjan tulosten kanssa. Ensihoidon kenttäjohtajan tilannekuvan hallinnassa olennainen järjestelmä on ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmä, josta oman toiminta-alueen tarkan tilannekuvan saa tarvittaessa päivitettyä. Ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluissa tehtäväkuvassa korostui jatkuvan tilannekuvan ja tilannetietoisuuden ylläpitäminen. Tilannekuvan muodostuu kenttäjohtajajärjestelmän tarjoaman tarkan ja aikasidonnaisen tilannetiedon perusteella, viestiliikenteen passiivisen kuuntelun voi tässä kontekstissa sijoittaa tilannetietoisuuden käsitteen alaisuuteen.

Tilannekuvan ja tilannetietoisuuden osalta ongelmallisena koettiin ensihoidon kenttäjohtajan muiden työtehtävien vaikutus tarkan tilannekuvan ylläpitämiseen. Hoidollisten tehtävien suorittamisen katsottiin yleisesti häiritsevän alueen tilannekuvan ylläpitämistä. Tätä pidettiin selkeänä, mutta osin myös hyväksyttävänä osana hoidollisen tehtäväkuvan vaikutusta toimintaan. Samalla kuitenkin tiedostettiin tarve tukijärjestelmälle ensihoidon kenttäjohtajan ollessa sidottu potilaan hoitokontaktiin. Kokonaisuutena tilannekuvan menettäminen nähtiin pääosin lyhytkestoisena tapahtumana, jonka aiheuttaa yleisimmin joko hoidollisille tehtäville osallistuminen, tai vaihtoehtoisesti asemapaikalla tapahtuvat muut työtehtävät, kuten esimerkiksi henkilöstöhallinnon vastuut. Vaikka tilannekuvan menettäminen koettiin osittain ongelmallisena, katsottiin sen nopean päivittämisen onnistuvan tarpeen niin vaatiessa.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kokemassa historiallista muutosta valmistelussa olevan maakunta, sekä sosiaali- ja terveystalvelu-uudistuksen myötä. Valmistelussa olevat muutospaineet näkyvät myös ensihoitotoiminnassa, vaikka muutokset eivät tältä osin ole aivan yhtä dramaattisia. Uudistuksen myötä 2000-luvun selvitystyö ensihoitotoiminnasta ja ensihoidon johtamisesta, sekä 2010 terveydenhuoltolain myötä valtion ohjauksessa alkanut ensihoidon johtamistoiminta on tuonut ensihoidon toimintaympäristöön suuria muutoksia. Muutokset jatkunevat ensihoitopalvelun sisällön ja järjestämistavan, sekä ensihoidon johtamistoiminnan tarkentamisen osalta tulevaisuudessa, vaikka nykyhallituksen sosiaali ja terveystalvelu sekä maakuntaudistus siirtyisikin kokonaisuudessaan seuraavan hallituksen vastuulle. Itse näen eduskuntakäsittelyssä olevien ensihoitopalvelumuutosten (HE 15/2017, HE 311/2018) pohjautuvan suurempaan tarpeeseen asemoida ensihoito ja ensihoidon johtamistoiminta julkisen vallan viranomaistoiminnaksi, jolla mahdollistetaan nykyisten sairaanhoitopiirien tai tulevien maakuntien alueita ylittävän, valtakunnallisen suunnitelmakokonaisuuden luominen. Tämä on nähdäkseen yhteiskunnan valmiuden ja varautumisen, sekä kokonaisturvallisuuden osalta välttämätöntä. Uskonkin muutosten toteutuvan jollain aikavälillä, vaikka sote- ja maakunta -uudistus kaatuisikin.

Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt luomaan kokonaiskuvan muutostarpeesta, joka kohdistui ensihoitoon ja ensihoidon johtamistoimintaan aina 2000-luvun alusta lähtien ja sen, miten tarpeeseen vastattiin. Sysäys ensihoitojärjestelmän muutokselle lähti ensihoidon palvelutuotannon, sekä ensihoidon valtakunnallisen ja kunnallisen ohjaustoiminnan hajanaisuudesta, jonka ei katsottu enää vastaavan modernin ensihoitojärjestelmän vaatimuksia. Ohjausjärjestelmän hajanaisuus ja yhteisten palvelutuotantokriteerien puuttuminen mahdollistivat pienille kunnille ensihoidon tarkastelemisen enemmän kustannus- kuin toiminnan hyödyn tai potilasturvallisuuden näkökulmasta (AOK 1/50/07). Ensihoidon johtamisjärjestelmien puuttuminen puolestaan ohjasi suurten kaupunkien ensihoidon palvelutuotannosta vastaavia pelastuslaitoksia perustamaan omia lääkintäesimiesten virkoja, joiden avulla pelastuslaitoksen vastasivat ensihoidon olemassa olevaan johtajuusvajeesseen (Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2008:13, 29).

Vuoden 2010 Terveydenhuoltolailla (1326/2010) siirrettiin ensihoidon järjestämisvastuu kunnilta sairaanhoitopiireille, ja veloitettiin sairaanhoitopiirejä luomaan ensihoidolle ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja raportoida millaisia valintoja sairaanhoitopiirit ovat kenttäjohtamistoiminnan järjestämistapojen suhteen tehneet, selvittää ensihoidon kenttäjohtajien käsityksiä järjestämistapojen vaikutuksesta ensihoidon kenttäjohtajan tilannekuvan ylläpitämiseen ja hoidolliseen toimintaan, ja tarkastella miten ensihoidon kenttäjohtajat asemoivat kenttäjohtamistoiminnan suhteessa toiminnan ohjaukseen. Tutkimuksella haettiin vastauksia enemmän, miten ja kuinka, kuin miksi – muodossa.

Teoreettisen viitekehysten tarkoituksena on kulkea tämän tutkimuksen taustalla, ilman tutkimuksen toteuttamista selkeästi ohjaavaa teoriaa. Viitekehys koostuu strategiäkäsitteen määrittelemisestä, sekä julkisen sektorin hallintorakenteiden ja kunnallisen palvelutuotannon ohjaustoiminnasta. Teoreettisen rakenteen muodostaminen oli osin haastavaa samanaikaisesti etenevän sosiaali- ja terveyspalvelu, sekä maakunta -uudistuksen käsittelyn johdosta. Työn aikana jouduin useasti pohtimaan ovatko nykyisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän hallinnolliset rakenteet sisällöltään vanhentuneita tutkimuksen valmistuessa. Jälkikäteen ajateltuna tehtävää olisi helpottanut kirjallisuuden lähestyminen enemmän päätöksiä ja ohjelmia ajallisesti raportoimalla, jolloin muutokset olisi pysynyt selkeämmin sijoittamaan osaksi julkisen hallinnon kehitystä. Haastavana koin myös päätöksen, millä laajuudella kyseisiä hallinnon rakenteita ja sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjaustoimintaa tulisi tutkimuksessa lähestyä, ensihoidon ohjauksen ja nykyisten palvelutuotantorakenteiden ollessa varsin uutta ohjaustoimintaa.

Ensihoitojärjestelmän muutos, sekä ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmien toiminta perustuvat pääosin valtion säädös- ja informaatio-ohjaukseen. Ensihoidon säädösohjaus perustuu Terveydenhuoltolakiin (1326/2010), jota ensihoidon osalta täydennettiin vuonna 2016, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antamaan asetukseen vuosilta 2011 ja 2017. Nyt käynnissä on jo kolmas lainsäädäntökierros 10 viimeisen vuoden ajalta. Valtioneuvoston lainvalmistelun kehittämisohjelman (2000: 11) linjausten mukaan lainsäädännön tulisi perustua pienten uudistusten sijaan kokonaisuudistuksiin. Ensihoitoa koskevan lainsäädännön muuttaminen on muutaman viime vuoden aikana tapahtunut

enemmän korjaamalla olemassa olevia pykäläiä, kuin lainsäädännön kokonaisuudistuksella. Tätä voinee pitää ymmärrettävänä, kokihan ensihoidon säädösohjaus suuren ja perustavaa laatua olevan muutoksen 2000-luvun puolella välissä. Ensihoitopalvelu, ensihoidon johtamisjärjestelmä osana ensihoitopalvelua, kuten toimintaa ohjaava lainsäädäntökin, hakee vielä sitä toiminnallista asemaa mihin ensihoito terveydenhuoltopalveluna sekä viranomaistoimintana tulee kokonaisuudessaan tulevaisuudessa sijoittumaan. Tästä johtuen koin myös tarpeelliseksi avata ensihoitotoiminnan sääntelypohjan perusteellisesti ja syy siihen, miksi suomalainen ensihoitotoiminta käsittää viitekehuksesta suuren osan.

Tämän tapaustutkimuksen tutkimusosa koostui lomakekyselystä sekä ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluista. Lähestymistapa tuntui tutkimuksen toteuttamisvaiheessa tasapainoiselta vaihtoehdolta, mutta jälkikäteen ajatellen lomakekyselyn olisi voinut toteuttaa huomattavasti suppeammin, ja toisaalta vastaajien mielipiteitä järjestysasteikolla mitattavia kysymyksiä olisi voinut pohtia enemmän analyysivaihtoehtojen pohjalta. Nyt kysymysten anti jää varsin suppeaksi, vaikkakin kyseisten kysymysten pohjalta selviää vastausten korreloivan todellisia ensihoidon kenttäjohtotoiminnan järjestämistapoja. Kokonaisuudessaan tutkijan halu mahdollisimman kokonaisvaltaisen näkemyksen saamiseen näkyi lomakyselyn laajuudessa. Tästä syystä kaikkia saatuja tuloksia ei pystynyt sisällyttämään tulosten analyysiin ja raportointiin. Raportoitava aineisto olisi kasvanut liian laajaksi.

Ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmistä on muotoutunut kansallisesti varsin heterogeeninen kokonaisuus. Lainsäätäjä on antanut toiminnan järjestämistavan sairaanhoitopiirin vastuulle, jolloin jokainen sairaanhoitopiiri on organisoinut toiminnan omista lähtökohdistaan käsin. Valtion ohjaus ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan tarkan sisällön määrittelyssä näkyy ainoastaan asetuksen kirjauksessa kenttäjohtotoiminnan kokonaistavoitteista, sekä kenttäjohtajien kelpoisuusehdoissa. Järjestämistapa jäi sairaanhoitopiirien päätettäväksi, ja kirjaus palvelua tuottavan tahonkin määrittelemisestä osin tulkinnanvaraiseksi. Edellä mainittujen kohtien lisäksi myös ensihoidon kenttäjohtajan hoidollinen tehtäväkuva jäi määritelmältään avoimeksi. Tehtävämääritelmän epäselvyys välittyi

myös ensihoidon kenttäjohtajien haastatteluaineistosta. Varsinkin näkemykset ensihoidon kenttäjohtajan hoidollisesta roolista suhteessa ensihoitoasetuksen ensihoidon kenttäjohtajalle määrittelemään tehtävänkuvaukseen koettiin osin ristiriitaisena.

Ensihoidon kenttäjohtajan hoidollinen vastuu on suuri. Lainsäädännön mukaan ensihoidon kenttäjohtaja voi osallistua ensihoidotehtäville hoitotasoisena ensihoitajana, mutta ainoastaan jos tämä pystytään toteuttamaan muiden asetuksessa määriteltyjen tehtävien häiriintymättä. Vastaajat itse katsoivat hoidollisen toiminnan merkittäväksi ja vaativaksi osaksi omaa tehtävänkuvansa. Samalla organisaation strategisten linjausten epämääräisyys, sekä tehtävänkuvan tarkan määrittelyn puuttuminen korostui osassa vastauksia. Osin vastuita katsottiin olevan enemmän kuin määriteltyjä oikeuksia, ja osin määritelmät hoidollisesta roolista katsottiin epäselviksi. Osa vastaajista koki kenttäjohtoyksiköille siirtyvän hoidollisia tehtäviä lääkäriyksiköiltä. Samalla, kun kenttäjohtoyksiköiden toimintaoikeuksia ja lääkevarustusta on lisätty, on käytännön potilaskontaktien määrä kuitenkin vähentynyt. Vähäinen potilaskontaktien määrä voi näkyä hoitotuntuman häiriintymisenä ja itseluottamuksen puutteena. Huomionarvoista oli myös joidenkin organisaatioiden sisäinen epäselvyys hoidollisesta roolista siltä osin, toimiiko ensihoidon kenttäjohtaja korkeampitasoisena yksikkönä kuin toiminta-alueen hoitotasoinen ensihoitaja, ja miten johtosuhteet tehtävällä määräytyvät.

Haastatteluaineiston paremman yleistettävyyden osalta, olisi tutkijan tullut haastatella useampia eri sairaanhoitopiirien palveluksessa toimivia ensihoidon kenttäjohtajia. Järjestelmien toiminnallinen erilaisuus, sekä vahvat käsitykset ensihoidon kenttäjohtajan käytännön tehtävänkuvasta heikentävät vastausten yleistettävyyttä. Tältä osin voidaan kysyä, olisivatko haastatteluaineiston tulokset olleet samanlaisia, jos haastateltavien määrä olisi ollut hieman isompi?

Vaikka tutkimuksessa olisi ollut mielenkiintoista selvittää sairaanhoitopiirien erilaisten kenttäjohtamisjärjestelmien taustalla vaikuttaneita syitä, olisi syy-seuraussuhteiden selvittäminen osoittautunut varsin haasteelliseksi ja tutkimuksen muoto olisi muuttunut enemmän monitapaustutkimuksen muotoon. Tällöin jokainen sairaanhoitopiiri olisi muodostanut erillisen analysoitavan tapauksen ja tutkimuksesta olisi tullut laaja. Jo alustava

kunnianhimoinen ajatus tutkimuksen tapauksen, eli ensihoidon kenttäjohtojärjestelmän tarkastelun syventämisestä dokumenttianalyysillä osoittautui haasteelliseksi. Jälkikäteen ajateltuna voi myös todeta, että dokumenttianalyysin lisääminen olisi laajentanut tutkimusta liiaksi, vaikka sillä olisi saatu vastauksia sairaanhoitopiirien strategisten valintojen taustalla vaikuttaneista syistä.

LÄHDELUETTELO

1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki

1326/2010. Terveystieteidenhuoltolaki

1516/2016. Terveystieteidenhuoltolakiin ensihoidon osalta tehdyt muutokset

156/2017. Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista

340/2011. Ensihoitoasetus

379/2011. Pelastuslaki

410/2015. Kuntalaki

565/1994. Sairaankuljetusasetus

585/2017. Ensihoitoasetus

66/1972. Kansanterveyslaki

692/2010. Häätäkeskuslaki

731/1999. Suomen Perustuslaki

Alasuutari, Pertti (2011). Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta vastapaino.

Alueuudistus 8/2018. Saatavilla: https://alueuudistus.fi/documents/1477425/2717457/Luova+yleisesittely+10_2017/94731053-cc9d-428f-860a-1485f48108b2/Luova+yleisesittely+10_2017.pdf

Valviran kannanotto 11.2.2014. Anestesian ja sedaation anto ensihoidossa

Anttiroiko, Ari-Veikko, Arto Haveri, Veli Karhu, Aimo Ryyänen & Pentti Siitonen (2002). Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampere: Tampereen yliopisto.

AOK 1/50/07. Apulaisoikeuskanslerin päätös Sosiaali- ja terveysministeriölle 15.1.2017. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/foka/2007/20071151>

Busby, Steven & Janet Witucki-Brown (2010). Theory development for situational awareness in multi casualty incidents. *Journal of emergency nursing* 37(5) /2011.

Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi (2018). Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus katsaus. Valtioneuvoston julkaisusarja 22/2018.

Ekman, Simo (2015). Ensihoitopalvelun johtaminen. Teoksessa: Maaret Castrén, Simo Ekman, Rami Ruuska & Tom Silfvast. Suuronnettomuusopas. Helsinki: Duodecim.

Endsley, Mica (1995). Toward a theory of situational awareness in dynamic systems. *Human factors* 37/1995.

Endsley, Mica (2001). Designing for Situation Awareness in Complex System. Proceedings of the Second international workshop on symbiosis of humans, artifacts and environment. Saatavilla: https://www.researchgate.net/profile/Mica_Endsley/publication/238653506_Designing_for_situation_awareness_in_complex_system/links/542b1ada0cf29bbc126a7f35/Designing-for-situation-awareness-in-complex-system.pdf

Endsley, Mica, J. Taekman & M. Wright (2004). Objective measures of situation awareness in a simulated medical environment. *Quality Safety Health Care* 13/2004.

Harisalo, Risto (2008). Organisaatioteoriat. Tampere: Tampereen yliopisto.

HE 15/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi. Saatavilla: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_15+2017.pdf

HE 16/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016.pdf>

HE 311/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta. Saatavilla: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_311+2018.pdf

Heinämäki, Liisa (2012). Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 75/2012.

Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2011). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2009). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huovila, Henrik, Jari Korpi, Jari Kortström, Ville Kotovirta, Riitta Molarius, Minna Nissilä, Päivi Mikkonen, Päivi Mäntyniemi, Jenni Rauhala, Tapio Tourula, Nina Wessberg & Jussi Yliaho (2010). Uhkatilanteiden hallinta. Hälytys-, tilannekuva ja varoitusjärjestelmän kehittäminen. VTT tiedotteita 2543/2010.

Ihalainen, Rauno (2008). Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

- Joyce, Paul (2012). *Strategic leadership in the public services*. Lontoo: Routledge.
- Kamensky, Mika (2014). *Strateginen johtaminen, Menestyksen timantti*. Helsinki: Talentum.
- Kamensky, Mika (2015). *Menestyksen Timantti, strategia, johtaminen, osaaminen, vuorovaikutus*. Helsinki: Talentum.
- Kananen, Jorma (2013). *Case-tutkimus opinnäytetyönä*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, Jorma (2017). *Laadullinen tutkimus Pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karila, Alpo (2014). *Kuntien ja sairaanhoitopiirien jännitteinen suhde. Tarvitaanko ikuisuusongelmasta uutta tutkimustietoa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2/2014*. Saatavilla: <http://elektra.helsinki.fi/se/k/0356-3669/42/2/kuntienj.pdf>
- Kauppila, Tarja & Anja Tuulonen (2016). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 5/2016*.
- Keskimäki, Ilmo, Antti Moisio & Markku Pekurinen (2016). *Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016*.
- Kielitoimiston sanakirja 5.1.2018. Saatavilla: <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>
- Koistinen, Michaela (2011). *Tilannetietoisuus ja tilannekuva operatiivisessa liikenteen hallinnassa. Liikenneviraston tutkimuksia ja selvityksiä 54/2011*.

Kunnallisen esimiehen virkaopas (2015). KT Kuntatyöntajat. Helsinki.

Kuntaliitto, internetsivut. Saatavilla 13.1.2019. https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja_terveysasiat/palveluiden-jarjestaminen-ja-tuottaminen/jarjestamisvastuu

Kuntien tehtävien kartoitus (2012). Raportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2/2013.

Kuntien tehtävät (2012). Valtiovarainministeriön Julkaisuja 2/2013.

Kuntien tehtävät ja velvoitteet (2015). Täydennysraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 30/2015.

Kuusisto, Rauno (2005). Tilannekuvasta täsmäjohtamiseen. Johtamisen tietovirrat kriisin hallinnan verkostossa. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 81/2005.

Lainkirjoittajan opas (2014). Oikeusministeriö. Elektroninen lähde. Saatavilla: <http://lainkirjoittaja.finlex.fi/>

Laitinen, Hannele (1998). Tapaustutkimuksen perusteet. Kuopion yliopiston julkaisuja 55. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopisto.

Lehto, Juhani, Anneli Anttonen, Arto Haveri & Hannele Palukka (2012). Julkisen palvelun muutos tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Anneli Anttonen, Arto Haveri, Juhani Lehto & Hannele Palukka. Julkisen ja yksityisen rajalla – Julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lossius, Hans Morten, Roislien, Jo & Lockey, David J (2012). Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers. *Critical Care* 2012:16.

- Majava, Jarkko (2017). Kuntien poliittiset johtamis- ja päätöksentekojärjestelmät muutoksessa. Arttu2-tutkimusohjelman julkaisusarja 8/2017.
- McAuley, John, Joanne Duberley & Phil Johnson (2007). Organization Theory. Challenges and Perspectives. Edinburgh: Pearson education limited.
- Mercer, James L (1991). Strategic planning for public managers. New York: Quorum Books.
- Metsäranta, Teija (2012). Mikä ihmeen julkinen valta? Kuntatyöntäjä 5/2012. Saatavilla: <https://www.kuntatyontajalehti.fi/2012/5/mika-ihmeen-julkinen-valta>
- Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand & Joseph Lampel (1998). Strategy Safari: A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Moilanen, Teemu, Ojasalo, Katri & Ritalahti, Jarmo (2009). Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WsoyPro Oy.
- Mäntyvaara, Hannu (2012). Tilannekuva ja tilannetietoisuus. Teoksessa Hyvä – Paha hallinto. Johtaminen, tilannekuva, tieto ja luottamus turvallisuudessa. Tampere: Maanpuolustuskorkeakoulun Johtamisen ja sotilaspedagogiikan laitos.
- Määttä, Teuvo & Länkimäki, Sami (2017). Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa: Kuisma, Markku, Peter Holmström, Jouni Nurmi, Kari Porthan & Tuomas Taskinen. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Möttönen, Sakari (2014). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusi ohjausjärjestelmä. Helsinki:
- Niiranen, Vuokko (2013a). Kunta-valtio -suhde ja ohjauksen monet muodot. Teoksessa: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan 40 ensimmäistä vuotta -juhla-julkaisu. Valtiovarainministeriön julkaisuja 4. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

- Niiranen, Vuokko (2013b). Sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjausympäristöt ja ohjausmekanismit. Teoksessa: Seija Ollila & Harri Raisio. Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotisjuhlan kunniaksi. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia 277
- Niiranen, Vuokko, Alisa Puustinen, Joakim Zitting & Juha Kinnunen (2013). Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Kuntaliitto. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia 25/2013.
- Nofi, Albert (2000). Defining and Measuring Shared Situational Awareness. Center for naval analyses. Final report.
- Norri-Sederholm, Teija (2015). Tiedon tarpeesta jaettuun tietoon. Häätäkeskuspäivystäjän ja ensihoidon kenttäjohtajan tilannetietoisuus. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio.
- Nyholm, Inga, Jari Stenvall, Jenni Airaksinen, Elias Pekkola, Arto Haveri, Klaus Af Ursin & Seppo Tiihonen 2016. Julkinen hallinto Suomessa. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Oulasvirta, Lasse, Jukka Ohtonen ja Jari Stenvall (2002). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 19/2002.
- Pakkanen, Toni, Antti Kämäräinen, Heini Huhtala, Tom Silfvast, Jou:ni Nurmi, Ilkka Virkkunen & Arvi Yli-Hankala (2017). Physician-staffed helicopter emergency medical service has a beneficial impact on the incidence of prehospital hypoxia and secured airways on patients with severe traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2017: 25:94.
- Patrick, J, N. James & A. Ahmed & P. Halliday (2007). Observational assessment of situation awareness, team differences and training implications. *Ergonomics* 20.2.2007. Saatavilla: <https://doi.org/10.1080/00140130600576272>.

Peuhkuri, Timo (2004). Tapaustutkimuksen valinnat. Esimerkkinä Saaristomeren rehevöitymis- ja kalankasvatuskiista. Teoksessa: Räsänen, Pekka, Anu-Hanna Anttila & Harri Melin. Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Peuhkuri, Timo (2005). Tapaustutkimuksen valinnat. Esimerkkinä Saaristomeren rehevöitymis- ja kalankasvatuskiista. Teoksessa Pekka Räsänen, Anu-Hanna Anttila & Harri Melin (2005). Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä. PS-kustannus.

PeVL 15:2018. Perustuslakivaliokunnan lausunto Hallituksen esityksestä 15:2008.

Rissanen, Sari & Anneli Hujala (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen näkökulmat. Teoksessa: Johanna Lammintakanen, Johanna & Sari Rissanen (2011). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Porvoo: WSOY kirjakeskus.

Salminen, Ari (2011). Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus.

Seppänen, Hannes, Jaana Mäkelä, Pekka Luokkala & Kirsi Virrantaus (2012). Developing shared situational awareness for emergency management. Safety Science 55/2013.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE 2012–2015) ulkoinen arviointi. Loppuraportti. (2016). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16:2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö, ensihoito. Internetsivut (2018). Saatavilla: 20.8.2018. <https://stm.fi/ensihoito>

Sosiaali- ja terveysministeriö, hankkeet ja säädösvalmistelu. Internetsivut (2019). Saatavilla: 24.1.2019. <https://stm.fi/hankkeet>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Internetsivut (2018). Saatavilla: 13.1.2019. <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vas-tuut>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta, perustelumuuisto 2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11 (2011). Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 14 (2017). Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille.

Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 67 (2016). Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. 15.12.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 14 (2017) Ohje ensihoitopalvelujen palvelutasopäätöksen laatimiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13 (2008). Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämistä. Sairaan kuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia (2010). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1:2011. Suomen Kuntaliitto.

Taskinen, Tuomas & Pietari Helenius (2017). Päivittäistehtävien operatiivinen johtaminen. Teoksessa: Markku Kuisma, Peter Holmström, Jouni Nurmi, Kari Porthan & Tuomas Taskinen. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2008). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

- Tuomi, Lauri & Tuula Sumkin (2009). Strategia arjessa – oivalluksia organisaation uudistajille. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa, Anneli Milen & Antti Moisio (2016). Valtionohjaus ja julkisen talouden ohjausjärjestelmä. Teoksessa: Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016.
- Tähtinen, Juhani, Eero Laakkonen & Mari Broberg (2011). Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos ja Opettajankoulutuslaitos.
- Valli, Juha (2016). Porrastettu vaste. Teoksessa: Maaret Castrén, Jouni Kurola, Vesa Lund, Martti Martikainen & Tom Silfvast. Ensihoito-opas. Helsinki: Duodecim.
- Valli, Raine (2018). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valtioneuvoston lainvalmistelun kehittämisohjelma II (2000). Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 6/2000.
- Varautuminen ja kokonaisturvallisuus – Komiteamietintö (2010). Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 21/2010.
- Vehkalahti, Kimmo (2014). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura.
- Virrantaus, Kirsi & Mäkelä, Jaana (2009). Supporting the development of shared situational awareness for civilian crisis management with geographic information science. Teoksessa Urban and regional data management. Lontoo: Taylor & Francis Group.
- Yhteiskunnan turvallisuusstrategia (2010). Valtioneuvoston periaatepäätös 16.12.2010.

Yhteiskunnan turvallisuusstrategia (2017). Valtioneuvoston periaatepäätös. 2.11.2017.

Yin, Robert K (2003). Case study research, design and methods. Thousand Oaks: Sage Publications.

Ångerman, Susanne, Hetti Kirves & Jouni Nurmi (2017). A before-and-after observational study of a protocol for use of the C-MAC videolaryngoscope with a Frova introducer in pre-hospital rapid sequence intubation. *Anaesthesia*. 2017: 73, 348-355.

LIITE 1. Kyselylomakkeen saatekirje

SAIRAAHOITOPIIRIEN STRATEGISET VALINNAT ENSIHOIDON KENTTÄJOHTAMISTOIMINNAN JÄRJESTÄMISEKSI

Arvoisa ensihoidon yli- tai vastuulääkäri, ensihoitopäällikkö, ensihoidon kenttäjohtaja

Opiskelen Vaasan yliopistossa hallintotieteiden maisteriohjelmassa, pääaineenani sosiaali- ja terveyshallintotiede. Olen tekemässä tutkintooni liittyvää pro gradu -tutkimusta sairaanhoitopiirien strategisista valinnoista ensihoidon kenttäjohtamistoimintojen järjestämisessä. Tutkimukseni ohjaajina toimivat dosentti, HTT Seija Ollila, sekä dosentti Tom Silfvast Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.

Tutkimuksesta

Ensihoitopalvelun puitteet luotiin vuoden 2010 terveydenhuoltolain uudistuksessa (1326/2010) ensihoitopalvelun järjestämistavan, ensihoitopalvelun sisällön ja palvelutasopäätöksen osalta, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antamassa asetuksessa (340/2011) ensihoitopalvelun tehtävien ja johtamisjärjestelmän osalta. Järjestelmien luomisen jälkeen ei kuitenkaan liene yhteistä kattavaa kokonaiskuvaa siitä millaisia kenttäjohtamisjärjestelmiä Suomeen on perustettu, tai mikä järjestelmien tarkempi sisältö on. Oletuksena on, että vaikka kenttäjohtamisjärjestelmät sisältävät paljon yhteisiä piirteitä, on järjestelmien välillä myös suuria eroavaisuuksia toiminnan organisoinnin ja käytännön toteutuksen osalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin muodostaa kokonaiskuva Suomalaisen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän toiminnasta, sairaanhoitopiirien strategisista valinnoista toiminnan järjestämiseksi ja tarkemmin selvittää

1. Miten ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa organisoidaan ja johdetaan strategisesti?
2. Miten kenttäjohtamistoiminnan organisoitavat vaikuttavat kenttäjohtajien tilannetietoisuuden ylläpitämiseen, päätöksentekoon ja hoidolliseen johtovastuuseen?
3. Miten ensihoidon kenttäjohtajat näkevät kenttäjohtamistoiminnan suhteessa toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin?

Kyseessä on vertaileva Case-tutkimus, jossa tapauksen muodostaa suomalainen ensihoidon kenttäjohtamistoiminta. Tiedonlähteen tutkimukselle muodostavat järjestelmien organisoimisen osalta sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkäreille tehtävä lomakekysely, sekä sairaanhoitopiireistä saatavat järjestelmän toiminnan organisoimisen kannalta oleellinen dokumentaatio. Näi-

den lisäksi tietoa haetaan ensihoidon kenttäjohtajien osalta puolistrukturoituna teemahaastatteluna toteutettavan, arviolta 10–15 kenttäjohtajan haastattelulla. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole arvottaa sairaanhoitopiirien toimintaa tai määritellä yhtä oikeaa tapaa kenttäjohtamistoimintojen järjestämiselle vaan tutkimus on luonteeltaan enemmän kartoittava ja kuvaileva.

Tutkimuksessa tarvittavat tiedot/dokumentit

Tutkimuksen mahdollistamiseksi pyytäisin sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun yli-/vastuulääkäreitä vastaamaan sähköpostissa olevan linkin kautta avautuvaan webropol -kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa arviolta 15–20 minuuttia. Kysely sulkeutuu 22.12.2017, johon mennessä pyytäisin kyselyyn vastaamaan.

Lisäksi pyytäisin ensihoitopalvelun vastuuhenkilöiltä vielä erillisesti alla mainittuja dokumentteja. kyseiset dokumentit ovat tutkimuksen toteuttamisen kannalta oleellisen tärkeitä. Jos ette itse pysty dokumentteja välittämään, olisin kiitollinen, jos tarvittaessa välittäisitte pyyntöni sellaiselle taholle joka tämän pystyisi tekemään.

- 1. Sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksen uusin päivitys**
- 2. Sairaanhoitopiirin ensihoidon kenttäjohtajan voimassa oleva hälytysohjeistus**
- 3. Ensihoidon kenttäjohtajan kirjallinen tehtävänkuvaus**
- 4. Ensihoidon kenttäjohtajan työn vaativuuden arviointi**

Materiaalin voi lähettää oheiseen sähköpostiosoitteeseen tai halutessanne kirjattuna kirjeenä alla olevaan postiosoitteeseen. Kaikki saatu informaatio, sekä vastaajien tunnistetiedot jäävät ainoastaan tutkijan tietoon. Saatu materiaali tuhoaan tutkimuksen valmistuttua, kesäkuuhun 2018 mennessä. Kaikki dokumenteista saatu informaatio hälytysohjeistuksen kirjauksia lukuun ottamatta käsitellään siten, ettei organisaatioita pysty tunnistamaan. Mahdolliset tehtäväkohtaiset palkkatiedot eivät myöskään kuulu tutkimuksen selvityksen piiriin. Tarvittaessa vastaan mielelläni kaikkiin mahdollisesti heräviin kysymyksiin.

Dokumentteja pyytäisin toimitettavaksi,

Yhteystiedot poistettu

Yhteistyöterveisin,

Marco Ehrstén

LIITE 2. Haastattelupyynnön saatekirje

SAIRAANHOITOPIIRIEN STRATEGISET VALINNAT ENSIHOIDON KENTTÄJOHTAMISTOIMINNAN JÄRJESTÄMISEKSI

Arvoisa ensihoidon kenttäjohtaja,

Opiskelen Vaasan yliopistossa hallintotieteiden maisteriohjelmassa, pääaineenani sosiaali- ja terveyshallintotiede. Olen tekemässä tutkintooni liittyvää pro gradu -tutkimusta sairaanhoitopiirien strategisista valinnoista ensihoidon kenttäjohtamistoimintojen järjestämisessä. Tutkimukseni ohjaajina toimivat dosentti, HTT Seija Ollila, sekä dosentti Tom Silfvast Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.

Tutkimuksesta

Ensihoitopalvelun puitteet luotiin vuoden 2010 terveydenhuoltolain uudistuksessa (1326/2010) ensihoitopalvelun järjestämistavan, ensihoitopalvelun sisällön ja palvelutasopäätöksen osalta, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoidosta antamassa asetuksessa (340/2011) ensihoitopalvelun tehtävien ja johtamisjärjestelmän osalta. Järjestelmien luomisen jälkeen ei kuitenkaan liene yhteistä kattavaa kokonaiskuvaa siitä millaisia kenttäjohtamisjärjestelmiä Suomeen on perustettu, tai mikä järjestelmien tarkempi sisältö on. Oletuksena on, että vaikka kenttäjohtamisjärjestelmät sisältävät paljon yhteisiä piirteitä, on järjestelmien välillä myös suuria eroavaisuuksia toiminnan organisoinnin ja käytännön toteutuksen osalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin muodostaa kokonaiskuva suomalaisen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmän toiminnasta, sairaanhoitopiirien strategisista valinnoista toiminnan järjestämiseksi ja tarkemmin selvittää

4. Miten ensihoidon kenttäjohtamistoimintaa organisoidaan ja johdetaan strategisesti?
5. Miten kenttäjohtamistoiminnan organisointitavat vaikuttavat kenttäjohtajien tilannetietoisuuden ylläpitämiseen, päätöksentekoon ja hoidolliseen johtovastuuseen?
6. Miten ensihoidon kenttäjohtajat näkevät kenttäjohtamistoiminnan suhteessa toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin?

Kyseessä on vertaileva Case-tutkimus, jossa tapauksen muodostaa suomalainen ensihoidon kenttäjohtamistoiminta. Tiedonlähteen tutkimukselle muodostavat järjestelmien organisoimisen osalta sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkäreille tehtävä lomakekysely, sekä sairaanhoito-

piireistä saatavat järjestelmän toiminnan organisoimisen kannalta oleellinen dokumentaatio. Näiden lisäksi tietoa haetaan ensihoidon kenttäjohtajien osalta puolistrukturoituna teemahaastatteluna toteutettavan, arviolta 6-10 kenttäjohtajan haastattelulla. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole arvottaa sairaanhoitopiirien toimintaa tai määritellä yhtä oikeaa tapaa kenttäjohtamistoimintojen järjestämiselle vaan tutkimus on luonteeltaan enemmän kartoittava ja kuvaileva.

Tutkimuksen eteneminen

Tutkimuksen tässä vaiheessa tässä vaiheessa ainoastaan haastatteluaineisto on keräämättä ja toivoinakin sinun olevan halukas jakamaan asiantuntijuuttasi ensihoidon kenttäjohtamistoiminnasta. Yksikkösi esimies on jo antanut suostumuksensa haastattelun avulla tapahtuvalle tiedon keräämiselle. Haastattelu toteutetaan erillisesti sovittuna ajankohtana. Myös puhelimitse tapahtuva haastattelu on mahdollinen. Kyseessä on vapaamuotoinen teemoittain etenevä yksilöhaastattelu, käsittäen ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaan, tilannetietoisuuden ylläpitämiseen, päätöksentekoon ja hoidolliseen johtovastuuseen liittyvistä teemoista johdettuja kysymyksiä. Haastatteluista saatua tietoa ei yhdistetä yksittäisiin sairaanhoitopiireihin, vaan tutkimuksessa hyödynnetään ensihoidon kenttäjohtajia lähinnä tehtäväkuvansa kokemuseräisinä asiantuntijoina. Myös haastateltavien tunnistetiedot jäävät ainoastaan tutkijan tietoon, eikä yksittäisiä vastaajia tai heidän edustamiaan sairaanhoitopiirejä tuoda valmiissa tutkielmassa esille tunnistettavassa muodossa. Kaikki haastattelut myös nauhoitetaan luotettavan analyysin varmistamiseksi.

Yhteistyöterveisin,

Marco Ehrstén

Yhteystiedot poistettu

LIITE 3. Teemahaastattelurunko

HAASTATTELUKYSYMYKSET

Yleiset kysymykset

Miten sairaanhoitopiirisi kenttäjohtamistoiminta on järjestetty, eli toimitko

- bunkkerikenttäjohtajana (tilanne-/johtokeskus kenttäjohtaja, Ei osallistu normaalitilanteissa ensihoitotehtäville)?
- Osana potilaita ei-kuljettavaa yksikköä (johtoyksikkö)?
- Osana potilaita kuljettavaa yksikköä (ambulanssi)?
- Joku muu tapa, mikä?

Tehtäväkuvasi

- Miten näet ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvan Suomessa?
- Mikä on tehtäväkuvasi omalla päivystysalueellasi
 - Mitkä ovat tärkeimpiä tehtäviäsi omalla toiminta-alueellasi?
 - Onko tehtäväkuvasi sellainen kuin ensihoidon kenttäjohtajalla tulisi olla?
 - Jos voisit itse vaikuttaa, niin muuttaisitko tehtäväkuvaasi jollain tavalla?
- Miten näet ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvan suhteessa toiminta-alueen koordinaation ja kiireellisten ensihoidon tehtävien välillä?
- Millainen ensihoidon kenttäjohtamistoimintojen järjestämismalli palvelisi sinun mielestäsi parhaiten ensihoitotoimintaa?
- Muuttaisitko oman alueesi kenttäjohtamistoimintaa jollain tavalla?

Tilannekuva

- Minkälaista tietoa tarvitset alueen kenttäjohtamistoiminnan tueksi?
- Mistä ja miten saat johtamisen tueksi tarvittavan informaation?
- Miten aktiivisesti ja missä tilanteissa ensihoidon kenttäjohtajan tulisi valvoa ja ohjata oman alueen ensihoidon yksiköiden toimintaa?
- Kuinka tarkasti seuraat alueesi tapahtumia päivystysvuorosi aikana?
- Minkälaisia asioita seuraat?

- Onko sellaisia tilanteita, jolloin oma käsityksesi alueesi yksiköiden tilanteesta häiriintyy?
 - Mitä teet silloin?
 - kuinka usein tällaisia tilanteita on?
- Onko oman alueesi kenttäjohtamisen järjestämistavalla vaikutusta siihen miten pystyt ylläpitämään tietoisuutta oman alueesi tapahtumista?
- Onko ensihoitoyksiköiden sähköisellä hoitokertomuksella merkitystä yksiköiden toiminnan seurannassa?

Johtamistoiminta / johtamisvastuu hoidollinen toiminta ensihoitotehtävillä

- Millaisena koet hoidollisen roolisi ja asemasi ensihoidon kenttäjohtajana
- Kohdistuuko hoidolliseen rooliisi ristiriitaisuuksia
 - johtamisen suhteen?
 - päätöksenteon suhteen?
 - tehtäville osallistumisen suhteen?
- Miten ensihoidon kenttäjohtajan asemasi määräytyy omalla alueellasi suhteessa hoitotoimittajaan?
- Mihin suuntaan ohjaisit kenttäjohtajan hoidollista roolia?
- Saatko tarvittavasti täydennyskoulutusta oman hoidollisen tehtäväsi hoitamista varten?
- Millaista täydennyskoulutusta kaipaisit lisää?
- Onko sinulla tarpeeksi tehtäviä hoidollisen roolisi osaamisen ylläpitämiseksi?

LIITE 4. Lomakekyselyn kysymykset

1. Onko tehtävänkuvasi

- a. Ensihoidon yli- tai vastuulääkäri
- b. Sairaanhoidopiirin ensihoitopäällikkö
- c. Jokin muu tehtävä, mikä?

2. Edustamasi sairaanhoidopiiri**3. Mikä taho tuottaa sairaanhoidopiirinne kenttäjohtotoiminnan?**

Kysymyksellä ei tarkoiteta palvelusta lakisääteisesti vastaavaa tahoja (shp) vaan palvelutuotannon käytännössä järjestävää tahoja.

- a. Sairaanhoidopiiri itse
- b. Alueen pelastuslaitos
- c. Toiminta järjestetään yhteistoimintana (=yhteisvirka/-toimi) toisen tahon kanssa (esim. 50 % ja 50 %)
- d. Alueella toimii ensihoidon kenttäjohtajia erillisesti sekä sairaanhoidopiirin, että pelastuslaitoksen viroissa

Jos valitsit kysymyksen 3 vastaukseksi vaihtoehdon "toiminta järjestetään yhteistoimintana" niin vastaisitko vielä kysymyksiin 4-5. Muuten voit siirtyä kysymykseen 6

4. Järjestetäänkö yhteisvirka (-toimi) yhteistyössä

- a. Toisen sairaanhoidopiirin kanssa, minkä
- b. Alueen pelastuslaitoksen kanssa
- c. Jonkin muun tahon kanssa, minkä

5. Jos kyseessä on yhteisvirka/-toimi, kumman järjestävän tahon alaisuuteen henkilöstö kuuluu hallinnollisesti (=palkanmaksaja)?

- a. Oman sairaanhoidopiirin tai toisen sairaanhoidopiirin
- b. Alueen pelastuslaitoksen
- c. Muun järjestävän tahon, minkä

6. Kuinka monta virassa/toimessa olevaa ensihoidon kenttäjohtajaa on sairaanhoidopiirinne alueella yhteensä?

Kysymyksellä tarkoitetaan kaikkien sairaanhoidopiirin alueella toimivien, ensihoitoasetuksen tarkoittamalla tavalla kenttäjohtajiksi laskettavien henkilöiden yhteenlaskettua kokonaismäärää. Ei kuinka monta kenttäjohtajaa on yhtä aikaa pätevyytysvuorossa.

- a. 1-6
- b. 7-10
- c. 11-15
- d. 16-20
- e. 21-25
- f. >25

7. Onko päätoimisilla ensihoidon kenttäjohtajilla virka- vai työsuhde eli onko heidät valittu

- a. Virkaan
- b. Toimeen

8. Toimiiko sairaanhoitopiirinne kenttäjohtaja?

Valitse toimintaanne parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos sairaanhoitopiirin alueella on erilaisia järjestämismalleja, voit valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Aluetta ja ensihoitovalmiutta pääsääntöisesti ainoastaan koordinoivana kenttäjohtajana (tilanne- tai johtokeskukseen sijoitettu ns. bunkkerikenttäjohtajakenttäjohtaja, ei osallistu normaalitilanteessa kiireellisille ensihoidon päivittäistehtäville)
- Osana potilaita ei kuljettavaa kenttäjohtoyksikköä (=johtoyksikkö)
- Osana kuljettavaa ensihoitoyksikköä (=ambulanssi)

9. Kuinka moneen kenttäjohtoalueeseen sairaanhoitopiirinne on jaettu?

- 1
- 2-3
- 4-5
- >5

Kuinka monen ensihoitoyksikön toiminnasta sairaanhoitopiirinne kenttäjohtaja vastaa (osallistuu yksiköiden toiminnan koordinoimiseen) päivystysvuoronsa aikana kokonaisuudessaan. Jos kenttäjohtaja osallistuu myös siirtokuljetusten koordinoimiseen, sisällytä siirtokuljetusyksiköt (ambulanssit) kokonaisuudessaan. Vastaa alueesi toiminnan mukaisesti joko kysymyksen 10, 11 tai 12.

10. Jos sairaanhoitopiirinne alueella on aluekenttäjohtajärjestelmä (enemmän kuin yksi aluekenttäjohtaja), niin kuinka monesta ensihoitoyksiköstä yksi aluekenttäjohtaja vastaa. Voit vastata keskiarvon perusteella (yksiköitä/aluekenttäjohtaja)?

- 10 tai vähemmän
- 11-19
- 20-29
- 30-39
- 40 tai enemmän

11. Jos sairaanhoitopiirinne alueella toimii ns. bunkkerikenttäjohtaja ja lisäksi alueittaisia kenttäjohtoyksiköitä, kuinka monesta ensihoitoyksiköstä bunkkerikenttäjohtaja kokonaisuudessaan vastaa?

- 10 tai vähemmän
- 11-19
- 20-29
- 30-39
- 40 tai enemmän

12. Jos sairaanhoitopiirinne alueella toimii ainoastaan yksi kenttäjohtaja (järjestämismallista riippumatta) kuinka monesta ensihoitoyksiköstä kyseinen kenttäjohtaja kokonaisuudessaan vastaa?

- 10 tai vähemmän
- 11-19
- 20-29
- 30-39
- 40 tai enemmän

13. Onko sairaanhoitopiirinne alueella käytössä sähköinen kenttäjohtajärjestelmä, josta kenttäjohtaja pystyy seuraamaan (valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto)

- Kaikkien oman sairaanhoitopiirin ensihoidon yksiköiden karttasijaintia
- Toisen sairaanhoitopiirin yksiköiden sijaintia silloin kun yksiköt tarvittaessa suorittavat ensihoidotehtäviä yli sairaanhoitopiirirajojen toisen sairaanhoitopiirin alueella

- c. Päivystävän ensihoitolääkäriyksikön karttasijaintia
 - d. Pelastuksen yksiköiden karttasijaintia
 - e. Ensihoidon yksiköiden tilatietoja
 - f. Ensihoidon yksiköiden sähköistä ensihoitokertomusta
14. Kuuluuko sairaanhoitopiirinne ensihoidon kenttäjohtajan tehtäväkuvaan yksiköiden ensihoitotehtävien reaaliaikainen seuranta sähköisen ensihoitokertomuksen (tai muun vastaavan järjestelmän) avulla
- a. Kyllä
 - b. Ei
15. Mikä sähköinen ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmä alueellanne on käytössä? Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.
- a. Merlot Office
 - b. Codean Leda Control
 - c. PEKE
 - d. Jokin muu järjestelmä, mikä
16. Onko alueenne ensihoidon kenttäjohtaja sairaanhoitopiirin ohjeistuksissa määritelty hoidollisesti korkeampitasoiseksi yksiköksi kuin hoitotason ensihoitoyksikkö? Kysymyksellä tarkoitetaan sitä, vastaako ensihoidon kenttäjohtaja kohteessa ollessaan aina potilaan hoidosta, riippumatta muista kohteessa olevista yksiköistä (pois lukien lääkäriyksikkö)?
- a. Kyllä
 - b. Ei
17. Onko alueenne kenttäjohtaja koulutettu suorittamaan/odotetaanko tarvittaessa suorittavan sellaisia lääkinnällisiä toimenpiteitä, joita alueen hoitotason henkilöstö ei suorita?
- a. Kyllä
 - b. Ei
18. Mitä seuraavista toimenpiteistä voi sairaanhoitopiirinne alueella toimiva HOITOTASON ensihoitaja suorittaa? Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.
- a. Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen lääkkeellisen intubaation avulla
 - b. Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen supraglottisella välineellä
 - c. Tajuttoman potilaan intubaation tai supraglottisen välineen asentamisen jälkeinen ventilaattoriin kytkeminen
 - d. NIV-hoidon aloittaminen
 - e. Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen trakeostomian avulla
 - f. Elottoman potilaan ilmatien varmistaminen intubaation avulla
 - g. Elottoman potilaan ROSC:n saavuttamisen jälkeen ventilaattoriin kytkeminen
 - h. Paineilmarinnan purkaminen muuta apuvälinettä kuin neulaa käyttämällä
 - i. Kohdennettu ultraäänitutkimus esimerkiksi elottomalle- tai vammaapotilaalle
 - j. Valtimon kanyloiminen ja valtimoverinäytteen ottaminen
 - k. Verikaasuanalyysi laskimonäytteestä
 - l. Hoitotasoinen ensihoitaja ei suorita mitään mainituista hoitotoimenpiteistä
19. Onko jossain sairaanhoitopiirinne HOITOTASOISESSA ensihoitoyksikössä tai yksiköissä joitain seuraavista lääkeaineista? Voit valita useamman vaihtoehdon.
- a. Yleisanestesian mahdollistava lääke (muu kuin bentsodiatsepiini, esimerkiksi Propofoli), mikä
 - b. Jokin muu voimakas analgeetti kuin opiaatti (esim. ketamiini), mikä

- c. Lihasrelaksantti tajuttoman potilaan intubaation mahdollistamiseksi
- d. Kouristavan potilaan toisen linjan lääkeaine (esim. Levetirasetaami)
- e. Jokin aivopainetta alentava lääkeaine
- f. Jokin elektrolyyttivalmiste verikaasuanalyysilla todetun elektrolyyttihäiriön hoitamiseksi
- g. Kyseiset lääkeaineet eivät kuulu hoitotasaisen ensihoitoyksikön varustukseen

20. Voiko ensihoidon KENTTÄJOHTAJA suorittaa joitain alla olevista toimenpiteistä? Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.

- a. Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen lääkkeellisen intubaation avulla
- b. Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen supraglottisella välineellä
- c. Tajuttoman potilaan intubaation tai supraglottisen välineen asentamisen jälkeinen ventilaattoriin kytkeminen
- d. NIV-hoidon aloittaminen
- e. Tajuttoman potilaan ilmatien varmistaminen trakeostomian avulla
- f. Elottoman potilaan ilmatien varmistaminen intubaation avulla
- g. Elottoman potilaan ROSC:n saavuttamisen jälkeen ventilaattoriin kytkeminen
- h. Paineilmarinnan purkaminen muuta apuvälinettä kuin neulaa käyttämällä
- i. Kohdennettu ultraäänitutkimus esimerkiksi elottomalle- tai vammapotilaalle
- j. Valtimon kanyloiminen ja valtimoverinäytteen ottaminen
- k. Verikaasuanalyysi laskimonäytteestä
- l. Hoitotasoinen ensihoitaja ei suorita mitään mainituista hoitotoimenpiteistä

21. Onko alueenne ensihoidon KENTTÄJOHTOYKSIKÖSSÄ/-YKSIKÖISSÄ joitain seuraavaista lääkeaineista? Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.

- a. Yleisanestesian mahdollistava lääke (muu kuin bentsodiatsepiini, esimerkiksi Propofoli), mikä
- b. Jokin muu voimakas analgeetti kuin opiaatti (esim. ketamiini), mikä
- c. Lihasrelaksantti tajuttoman potilaan intubaation mahdollistamiseksi
- d. Kouristavan potilaan toisen linjan lääkeaine (esim. Levetirasetaami)
- e. Jokin aivopainetta alentava lääkeaine
- f. Jokin elektrolyyttivalmiste verikaasuanalyysilla todetun elektrolyyttihäiriön hoitamiseksi
- g. Kyseiset lääkeaineet eivät kuulu hoitotasaisen ensihoitoyksikön varustukseen

22. Kuinka monta täydennyskoulutuspäivää hoitotasaiselta ensihoitajalta edellytetään vuodessa?

- a. 1-2
- b. 3-4
- c. 5-6
- d. >6

23. Kuinka monta täydennyskoulutuspäivää ensihoidon kenttäjohtajalta edellytetään vuodessa

- a. 1-2
- b. 3-4
- c. 5-6
- d. >6

24. Harjoitteleeko sairaanhoitopiirin ensihoidon kenttäjohtaja säännöllisesti vuosittain? Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.

- a. Lääkkeellisen intubaation suorittamista leikkaussaliolosuhteissa
- b. Päivystyksellisen potilaan hoitamista sairaalan päivystyspoliklinikalla

- c. Tajuttoman potilaan hoitamista teho- tai tehostetun valvonnan osastoilla
- d. Synnytyksen avustamista synnytysosastolla

25. Kuuluuko alueen kenttäjohtajan täydennyskoulutukseen vuosittain? Voit valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- a. Johtamista erilaisten johtamissimulaatioiden avulla (esim. ETS)
- b. Simulaatiopohjaista kriittisen potilaan hoitamista
- c. Luentopohjaista koulutusta
- d. Jotain muuta koulutusta

26. Miten näkisit ensihoidon kenttäjohtajan johtamiskyvyn ja tilannekuvan säilymisen niissä tilanteissa, kun tehtäväkuvaan kuuluu sekä kenttäjohtamistoimintaa, että potilaan hoitamista. Aiheuttaako potilaan hoitaminen ongelman tilannekuvan ylläpitämiselle?

27. Voit lopuksi kertoa miten sinä näet ensihoidon kenttäjohtamistoiminnan ja mihin suuntaan toimintaa valtakunnallisesti kehittäisit?