

ENSIHOIDON PALVELUTASO

Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi
sairaanhoitopiireille

Ensihoidon palvelutaso
Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11

ISBN 978-952-00-3311-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-3312-5 (PDF)

ISSN-L 1236-2050
ISSN 1236-2050 (painettu)
ISSN 1797-9854 (verkkójulkaisu)

URN:ISBN: 978-952-00-3312-5
<http://um.fi/URN:ISBN: 978-952-00-3312-5>

www.stm.fi/julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö
Kannen kuva: Plugi Oy
Taitto: Yliopistopaino Helsinki, 2011

TIIVISTELMÄ

ENSIHOIDON PALVELUTASO

Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille

■ Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki siirtää kuntien järjestämisvastuulla olevan sairaankuljetuksen sairaanhoitopiirien tehtäväksi vuoteen 2013 mennessä. Toimintakokonaisuutta kutsutaan jatkossa ensihoitopalveluksi, ja siitä tulee kiinteä osa terveydenhuollon päivystyspalveluja. Samalla luovutaan käsitteestä sairaankuljetus. Jatkossa ensihoitopalvelu on terveydenhuollon toiminnallinen osa, joka vastaa pääasiassa hoitolaitosten ulkopuolella olevien potilaiden kiireellisestä hoidon tarpeen arvioinnista ja kuljetuksesta.

Terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta säädetään, että sairaanhoitopiiri vahvistaa ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen. Siinä muun muassa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, päätetään tavoiteajoista, joiden sisällä ensihoitopalvelun tulisi tavoittaa potilaat sairaanhoitopiirin eri osissa erikseen kuvattun riskialuejaottelun mukaisesti sekä kuvataan tarkemmin palvelun sisältöä.

Tämä ohje perustuu sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusolojen terveydenhuollon neuvottelukunnan alaisuudessa toimineen lääkinnällisen pelastustoiminnan jaoston valmistelemaan ohjeluonnokseen. Ohjeluonnoksesta saatujen lausuntojen korjaus- ja täydennysehdotuksia otettiin huomioon ohjeen viimeistelyssä.

Ohje syventää säädöspohjan perusteluja sekä antaa palvelutasopäätöksen laatimisesta ja sen sisällöstä tarkempia ohjeita. Se on laadittu palvelutasopäätöksen valmisteluun ja päätöksentekoon osallistuvien avuksi.

Asiasanat: **ensihoido, julkiset palvelut, päätökset, terveydenhuolto**

SAMMANDRAG

SERVICENIVÅN FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Anvisning för sjukvårdsdistrikten för uppgörande av beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården

■ Hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft i maj 2011 överför ansvaret för den sjuktransport som kommunerna för närvarande ordnar till sjukvårdsdistrikten före år 2013. Verksamhetshelheten kallas i fortsättningen för prehospital akutsjukvård, och den blir en fast del av hälso- och sjukvårdens jourtjänster. Samtidigt slopas begreppet sjuktransport. I fortsättningen är prehospital akutsjukvård en funktionell del av hälso- och sjukvården, som huvudsakligen ansvarar för bedömningen av brådskande vårdbehov för och transport av patienter utanför vårdinrättningarna.

I hälso- och sjukvårdslagen och social- och hälsovårdsministeriets förordning som utfärdats med stöd av denna föreskrivs att sjukvårdsdistriktet bekräftar beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I förordningen fastställs bl.a. hur den prehospitala akutsjukvården ordnas, beslutas om insatstiderna inom vilka den prehospitala akutsjukvården ska nå patienterna i sjukvårdsdistriktets olika delar enligt en separat beskriven indelning i riskområden samt beskrivs närmare om innehållet i servicen.

Denna anvisning baserar sig på det utkast till anvisning som beretts av sektionen för medicinsk räddningsverksamhet som lytt under delegationen för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden vid social- och hälsovårdsministeriet. Förslagen till korrigerande och kompletterande i utlåtandena över anvisningsutkastet beaktades vid färdigställandet av anvisningen.

Anvisningen fördjupar motiveringen i författningsgrunden samt ger närmare anvisningar om uppgörande av beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och dess innehåll. Den har uppgjorts för beredning av beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och till hjälp för deltagarna vid beslutsfattandet.

Nyckelord: prehospital akutsjukvård, offentliga tjänster, beslut, hälso- och sjukvård

SUMMARY

SERVICE LEVEL IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

Instructions for the hospital districts for preparing decisions on service level in prehospital emergency care

■ The new Health Care Act that entered into force in May 2011 transfers the duty of organising emergency medical services (EMS), which the local authorities are at present responsible for, to the hospital districts by the year 2013. In the future this operation is called prehospital emergency care, and it will be an integral part of the emergency services in health care. At the same time the concept ambulance transport will be abandoned. In the future, EMS is a functional part of health care, and it is chiefly responsible for the assessment of the urgent care needs and transport of patients outside health care institutions.

The Health Care Act and the Decree of the Ministry of Social Affairs and Health on Prehospital Emergency Care enacted in virtue of it lay down that the hospital district shall confirm the service level decision for prehospital emergency care. It e.g. specifies the manner of organising the EMS and the times within which the EMS should reach the patients in different parts of the hospital district in accordance with a predefined division in risk regions and describes in more detail the content of the service.

These instructions are based on the draft instructions prepared by the subcommittee on medical emergency operations of the Advisory Board for Health and Welfare in Emergency Conditions under the Ministry of Social Affairs and Health. Proposals for correcting and supplementing the instructions given in the opinions received on the draft instructions were taken into consideration in the finalisation of the instructions.

The instructions go deeper into the grounds for the legislation and specify how to prepare the decision on service level and its content. They have been drawn up to support those involved in the preparation of the service level decisions and decision-making.

Key words: **decisions, health care, prehospital emergency care, public services**

SISÄLLYS

1 Johdanto.....	9
2 Ensihoitopalveluun ja palvelutasopäätökseen liittyvät säädökset ...	10
3 Ensihoidon palvelutasopäätöksen tavoitteet.....	12
4 Ensihoitopalvelun sisältö.....	13
4.1 Palvelun saatavuus.....	14
4.2 Palvelutarpeen ennustaminen.....	14
4.3 Ensivastepalvelujen järjestäminen.....	17
4.4 Ensihoitolääkäripäivystys.....	18
4.5 Ensihoitopalvelun johtaminen.....	18
5 Ensihoitopalvelun järjestämistavat	20
6 Ensihoitopalvelun henkilöstön koulutus	22
7 Yhteistyö hätäkeskuksen kanssa	23
8 Virka-apu ja yhteistyö muiden viranomaisten kanssa.....	25
9 Raportointi	27
Liitteet	28
Kirjallisuutta.....	33
Lainsäädäntöä	35

I JOHDANTO

Kansanterveyslain (66/1972) 2 §:n ja erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 5 §:n mukaan kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yleinen ohjaus, suunnittelu ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaavaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää tekemään alueensa ensihoidon palvelutasosta päätöksen. Terveydenhuoltolain nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) säädetään yksityiskohtaisemmin palvelutasopäätöksen laatimisesta. Sairaanhoitopiiri vahvistaa palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksen toteutumista on seurattava säännöllisesti, esimerkiksi puolivuositain, muun toiminnan ja talouden seurannan ohessa ja palvelutasopäätöstä on päivitettävä tarvittaessa.

Terveydenhuoltolain mukaan palvelutasopäätöksessä tulee määrittää ensihoitopalvelun järjestämistapa, johtamisjärjestelmä, palvelun sisältö, henkilöstön koulutus- ja pätevyysvaatimukset, tavoitteet potilaan tavoittamisajoista sekä muut ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta olennaiset seikat. Sairaanhoitopiirien on turvattava ensihoitopalvelujen saatavuus yhdenvertaisesti alueellaan.

Valtioneuvoston asettaman poikkeusolojen terveydenhuollon neuvottelukunnan alaisuudessa toimineen lääkinällisen pelastustoiminnan jaosto on valmistanut ohjeen ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimisen tueksi. Ohjeen tarkoituksena on antaa sairaanhoitopiireille käytännön tukea palvelutasopäätösten laatimisessa.

2 ENSIHOITOPALVELUUN JA PALVELUTASOPÄÄTÖKSEEN LIITTYVÄT SÄÄDÖKSET

Perustuslaki velvoittaa noudattamaan yhdenvertaisuusperiaatetta julkisten terveystalvelujen järjestämisessä. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyttä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Hänen tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

Jo kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa on ollut velvoite suunnitella terveydenhuollon palvelut siten, että ne muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Uuden terveydenhuoltolain tavoitteena on vahvistaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja lisätä yhteistyötä terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen ja muiden toimijoiden välillä. Lakiuudistuksen tavoitteena on myös kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuollon palvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava sen vastuulla olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Lisäksi alueen terveydenhuollon palvelut on järjestettävä riittävän lähellä asukkaiden omia yhteisöjä, jollei palvelujen alueellinen keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Terveydenhuoltolaissa tarkoitettun ensihoitopalvelun sisällöstä ja tehtävistä säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella ensihoitopalvelusta. Asetuksen säännökset koskevat soveltuvin osin myös hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja silloin, kun potilaan tilan edellyttämän hoidon ja valvonnan turvaamiseksi on tarkoituksenmukaista käyttää potilaan kuljettamiseen mainitussa asetuksessa tarkoitettua ensihoitopalvelun yksikköä.

Terveydenhuoltolain mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma ja samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien on laadittava erikoissairaanhoidon järjestämissuunnitelma. Näissä asiakirjoissa sovitaan muun muassa

yhteistyöstä terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä. Säännöksiä täydentää valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (377/2011). Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on sovittava miten kiireellinen sairaanhoito toteutetaan sairaanhoitopiirin alueella. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu. Ensihoitokeskuksen toiminnasta erityisvastuualueella on sovittava erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Sairaanhoitopiirin tulee myös seurata ja valvoa yhdessä sen alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa, että yhtenäiset hoidon perusteet toteutuvat alueella.

Ensihoitopalvelujen järjestämisessä oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen palvelujen saanti edellyttää nopeaa ja oikeaa hoidon tarpeen arviota ja väestön tarpeisiin oikein suunnattua resursointia. Useissa ensihoidon resurssien sijoittamismalleissa tavoitteena on potilaan keskimääräisen tavoittamisviiveen lyhentäminen. Tällöin on kuitenkin mahdollista, että vaikka suurin osa väestöstä tavoitetaan entistä nopeammin, saattaa haja-asutusalueella avunsaanti viivästyä. Tehokkuuden lisääminen ei siten välttämättä edistä yhtäläisiä mahdollisuuksia palvelun saantiin.

3 ENSIHOIDON PALVELUTASO- PÄÄTÖKSEN TAVOITTEET

Ensihoitopalvelun suunnittelun lähtökohtana tulee olla samantasoisten palvelujen tarjoaminen riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla.

On kuitenkin hyväksyttävä, että potilaan tavoittamisen enimmäisaikaa ei voida sitovasti määrittää kaikissa olosuhteissa esimerkiksi saaristossa, vesialueilla tai tietttömiä taipaleiden takana maastossa. Myös ennakoimattomissa ensihoidon ruuhkatilanteissa, suuronnettomuuksissa tai joissakin erityistilanteissa tavoittamisviiveet väistämättä kasvavat.

Palvelutasopäätöksen avulla:

- turvataan palvelutarpeeltaan samanlaisille alueille samantasoisen palvelu
- tuotetaan käytettävissä olevilla resursseilla ensihoitopalvelua mahdollisimman tehokkaasti
- tavoitetaan valtaosa alueen ensihoitoa tarvitsevista potilaista tavanomaisesta elinympäristöstään (koti, työpaikka, yms.) alueellisesti määritellyssä enimmäisajassa.

Näiden periaatteiden mukaisesti tehty palvelutasopäätös turvaa mahdollisimman tasa-arvoisen palvelujen saannin.

4 ENSIHOITOPALVELUN SISÄLTÖ

Terveydenhuoltolaissa määritelty ensihoitopalvelu sisältää aiemmin kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa käytetyt käsitteet sairaankuljetus, ensihoito ja lääkinällinen pelastustoiminta. Ensihoitopalvelu kattaa alueellisesti palvelun järjestämisen Manner-Suomen maa-alueilla, sisävesillä ja saaristossa sekä satamaan kiinnitettynä olevilla aluksilla. Potilaiden tavoittamisesta ja kuljettamisesta merialueella olevilta aluksilta säädetään meripelastuslaissa (1145/2001), ja ensihoitopalvelun kytkemisestä potilaan hoitoon näissä tilanteissa sovitaan erikseen sairaanhoitopiirin ja meripelastusviranomaisten välillä.

Ensihoitopalvelu on kokonaisuus, joka vastaa potilaan kiireellisestä tilanarviosta ja tarvittaessa ensihoidosta ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettamisesta tarkoituksenmukaisimpaan terveydenhuollon yksikköön. Päivystystoimintoja keskitettäessä korostuu potilaiden tarkoituksenmukaisen hoitoon ohjauksen merkitys, mikä vähentää turhien potilassiirtojen ja siten syntyvien ambulanssityhjiöiden määrää.

Kiireettömät ennalta suunnitellut hoitolaitosten väliset potilassiirrot ja kotiinkuljetukset eivät kuulu ensihoitopalvelun järjestämisvastuulle. Sairaanhoidopiiri voi kuitenkin palvelutasopäätöksessä päättää, että esimerkiksi tehtävien vähäisen lukumäärän vuoksi osa näistä kuljetuksista voidaan hoitaa myös ensihoitopalvelun käytössä olevilla yksiköillä. Sairaanhoidopiirin ja näitä kuljetuksia suorittavien palveluntuottajien välillä tehtävissä sopimuksissa on sovittava yksiköiden hälyttämis- ja käyttöperiaatteista ensihoitopalvelun ja muiden tehtävien hoitamisessa.

Siirtokuljetusten koordinoituvastuu on terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävä. Tavoitteena on koko kuljetuskapasiteetin hyödyntäminen ja tehokas logistiikka. Kun siirtokuljetusten koordinointi ensihoitokeskusten tekemänä käynnistyy, hätäkeskukset eivät enää jatkossa välitä kiireettömiä siirtokuljetuksia.

Ensihoitopalvelu tulee suunnitella siten, että se mahdollistaa saumattoman yhteistoiminnan hätäkeskuksen, pelastustoimen, poliisin sekä muiden viranomaisten ja toimijoiden, esimerkiksi kolmannen sektorin, kanssa. Nykyistä suurempi väestöpohja ja maantieteellinen alue mahdollistavat toiminnan ohjauksen ja kokonaisvaltaisen suunnittelun tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

4.1 PALVELUN SAATAVUUS

Lääketieteelliset perusteet aikarajoille

Hätätilapotilaan tavoittamisen nopeudesta ei ole olemassa säädöksiä tai muita sitovia määräyksiä. Lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvia aikarajoja on myös vähän. Kriittisen potilasryhmän muodostavat elottomat potilaat, joiden kohdalla selviytymisen mahdollisuuksia ei käytännössä ole, mikäli potilaan tavoittamisviive ylittää 10 minuuttia ilman maallikkoelvytystä. Kun otetaan huomioon hätäpuhelun käsittelyyn kuluva aika ja yksikön lähtöviive, ensihoitopalvelun yksikölle jää aikaa tavoittaa potilas noin kahdeksan minuuttia. Hengitystie-este, runsas verenvuoto tai muu vastaava välittömästi henkeä uhkaava tilanne on kiireellisyydeltään rinnastettavissa sydänpysähdykseen.

Myös uhkaavan sydän- ja aivoinfarktin hoidossa on kuvattu selkeät aikarajat, jotka tulee ottaa huomioon tavoittamisviiveiden määrittelyssä. 15 minuutin aikaraja perustuu tutkimuksiin, joissa on selvitetty eräiden hoitojen aloittamisviiveiden vaikutuksia hoitotuloksiin. Esimerkiksi sydän- ja aivoinfarktin liuotushoidossa 15 minuutin lisäviiveellä on tilastollisesti merkitsevä vaikutus hoidon lopputulokseen. Samansuuntaista näyttöä on myös sydäninfarktin pallolaajennushoidosta.

Yllä mainitun perusteella voidaan yleisesti ottaen todeta, että hätätilapotilas tulisi saavuttaa 10 minuutin kuluessa hätäpuhelun alusta. Tämä edellyttää hätäkeskuksen nopeaa ja oikeansuuntaista riskinarviota hätäilmoituksen tekijän antamien tietojen pohjalta. Hyvin suunnitellut hälytysohjeet takaavat nopean ja tarkoituksenmukaisen yksikön/yksiköiden hälyttämisen kohteeseen.

Koti- ja ulkomaisten esimerkkien perusteella näyttää siltä, että hyvin toimivassa ensihoitojärjestelmässä yksiköt ovat pääsääntöisesti välittömässä lähtövalmiudessa sekä yksiköiden sijaintia seurataan ja tarvittaessa asemapaikka muutetaan reaaliaikaisesti vallitsevan tilanteen mukaan. Hyvin toimiva hätäkeskus ja oikeaan osuva riskinarvio yhdessä toimivan kenttäjohtamisjärjestelmän kanssa kohdentavat resurssit oikein ja vähentävät toiminnasta aiheutuvia riskejä, kuten turhia hälytysajoja. Lisäksi ensivastetoiminnalla voidaan jossain määrin lyhentää kriittisimpien potilaiden tavoittamisviivettä ja nopeuttaa hätätilapotilaan hoidon aloittamista.

4.2 PALVELUTARPEEN ENNUSTAMINEN

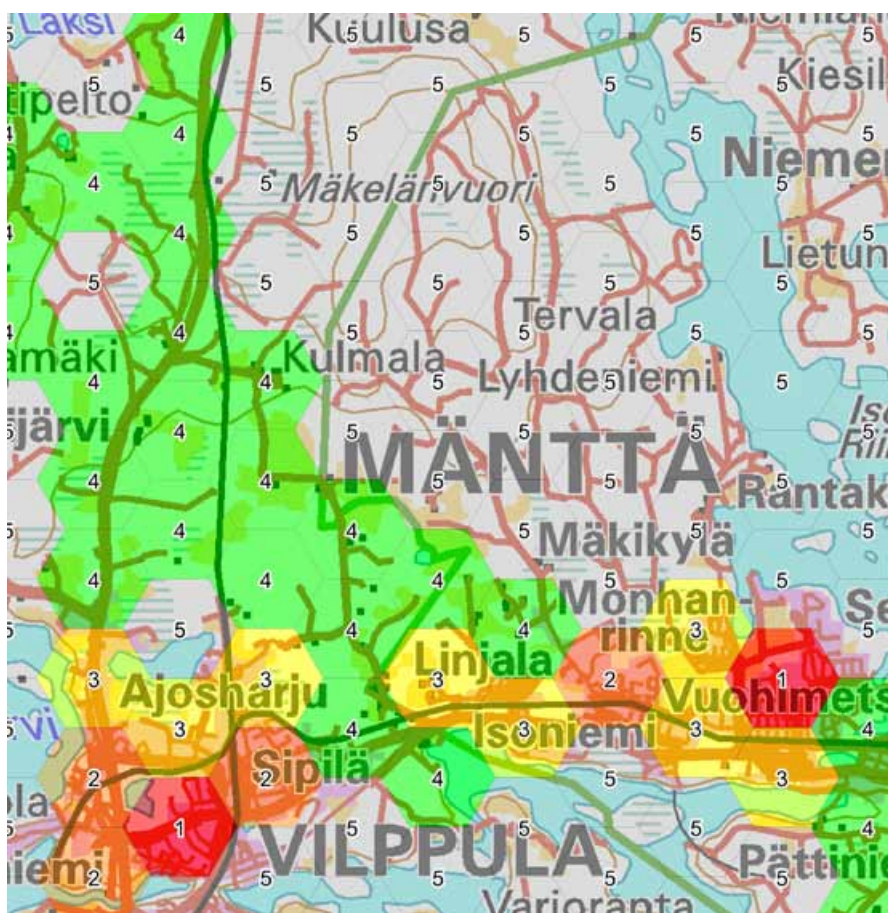
Palvelutasomäärityksessä sairaanhoitopiiri jaetaan 1 km² suuruisiin alueisiin, joiden ensihoitotehtävien määrä ennustetaan käyttäen alueella vakinaisesti asuvan väestön määrää, ikärakennetta ja muita alla esitettäviä indikaattoreita. Aluejaossa käytettävä pohjaruudukko on saatavissa yleisimmissä paikkatieto-ohjelmistojen tiedostomuodoissa.

Valtaosan tehtävämäärien vaihtelusta selittää vakituisen väestön määrä sekä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä, ottaen huomioon myös esimerkiksi työssäkäynnin tai vapaa-ajan toiminnan tilapäinen vaikutus palveluihin. Esitetyllä menetelmällä varmistetaan, että riskiluokituksessa käytettävä aluejako

on riippumaton kulloinkin voimassa olevasta kunta- tai muusta aluejaoista. Kullekin alueelle lasketaan ennuste tulevasta tehtävistä 12 kuukauden ajalle. Käytettävän ennustemallin tulee kattaa kaikki ensihoitopalvelun ns. perustehtävät (A-D), mutta ei siirtokuljetuksia.

Ennustemallin tulosten perusteella kukin alue jaetaan riskialueiluokkiin seuraavin perustein:

Riskialue-luokka	Määritelmä	Esimerkki
1	yli 350 tehtävää vuodessa (yli 1 vuorokaudessa)	Suuren kaupungin keskusta
2	50 - 350 tehtävää vuodessa (vähintään 1 viikossa mutta alle 1 vuorokaudessa)	Kaupungin asuinlähiö, pienen kaupungin keskusta
3	10 - 50 tehtävää vuodessa (vähintään 1 kuukaudessa mutta alle 1 viikossa)	Maaseututaajama
4	< 10 tehtävää vuodessa, mutta alueella on vakituista asutusta tai kanta-/valtatie.	Asuttu maaseutu
5	Asumattomat tai tieverkon ulkopuolella olevat alueet	Metsä, meri- tai järviolue, saari, johon ei mene tietä



Esimerkki riskialueuokituksen näkymästä karttapohjalla. Pohjakartta © Maanmittauslaitos lupanro 53/MML/11

Riskialueluokituksen tekemiseen ei tule käyttää pelkästään toteutuneita tehtäviä, koska erityisesti harvaan asutuilla alueilla esimerkiksi vuoden mittaisessa aineistossa satunnaisvaihtelu voi vääristää tuloksia. Sen sijaan mallin tuottamaa ennustetta voidaan tarvittaessa täydentää aikaisemmalla toteutamalla erityiskohteiden osalta. Tällaisia erityiskohteita voivat olla esimerkiksi palvelutalot, muut sosiaalialan hoitopaikat sekä julkiset rakennukset, kuten linja-auto- tai rautatieasemat ja vastaavat. Lisäksi riskikartoituksessa tulee huomioida kausivaihtelu, mikäli esimerkiksi mökkiasutus tai muu matkailu muuttaa riskiä normaalista. Täten palvelutasopäätös voidaan tehdä erilaisena eri vuodenaikoina. Liikenneonnettomuuksista aiheutuvat riskit otetaan huomioon rajankäynnissä luokkien 4 ja 5 välillä siten, että ruudun alueella kulkeva kanta- tai valtatie nostaa riskialueluokituksen luokasta 5 luokkaan 4.

Asumattomat ja tieverkon tavoittamattomissa olevat alueet luokitellaan riskialueluokkaan 5. Tehtävämäärät näillä alueilla ovat erittäin pieniä, minkä vuoksi palvelutasopäätöksessä määritellyt tavoittamisajat jäävät lähinnä viitteellisiksi. Sairaanhoidopiirin on tästä huolimatta järjestettävä ensihoitopalvelut myös näille alueille.

Yhden sairaanhoidopiirin alueella voi olla kaikkia eri riskialueluokkia. Palveluiden tavoitetaso tulee olla riskialueluokittain sama koko sairaanhoidopiirin alueella palvelujen järjestämistavasta riippumatta.

Riskialueluokkien määrittelyn jälkeen asetetaan tavoitteet sille, minkä ajan sisällä eri riskialueluokkien väestö pyritään tavoittamaan eri tehtäväkiireellisyysluokissa. Ensihoitopalvelun hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehdyn tehtäväkiireellisyysarvion perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan, jotka ovat A, B, C ja D. Tehtäväkiireellisyysluokitus on määritelty ensihoitopalvelusta annetussa asetuksessa.

Palvelutasopäätöksessä määritellään, kuinka suuri osuus kunkin riskialueluokan väestöstä pyritään tavoittamaan vähintään ensivastetasoisella yksiköllä A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokan tehtävissä 8 minuutin ja 15 minuutin sisällä hälytyksestä. Lisäksi määritellään, kuinka suuri osuus kunkin riskialueluokan väestöstä pyritään tavoittamaan ensihoitopalvelun yksiköllä C-tehtäväkiireellisyysluokassa 30 minuutin ja D-tehtäväkiireellisyysluokassa kahden tunnin sisällä hälytyksestä. Lisäksi on päätettävä, kuinka suuri osuus väestöstä pyritään tavoittamaan hoitotasoisella ensihoitoyksiköllä 30 minuutin sisällä hälytyksestä A- ja B-kiireellisyysluokan tehtävissä (taulukko 1), mikäli potilaan hoito sitä edellyttää. Kaikissa tehtävissä ei ole tarpeen käyttää hoitotason yksikköä, joten tiedot kerätään vain niistä tehtävistä, joissa se on katsottu tarpeelliseksi.

Palvelutasopäätöksen seurannassa tavoittamisajan laskenta alkaa siitä, kun hätäkeskus on hälyttänyt asianomaisen yksikön, ja päättyy siihen, kun yksikkö on saavuttanut tehtäväkohteen. Tilatieto ”kohteessa” annetaan Virve-päätelaitteella, sillä tämä tilatieto siirtyy ja tallentuu hätäkeskuksen tietojärjestelmästä sosiaali- ja terveystoimen ST-Pronto tietokantaan, josta sairaanhoidopiirit saavat tiedot käyttöönsä. Lisäksi tulee seurata ”potilas kohdattu” tilatietoa. Hätäkeskus seuraa erikseen riskinarvioinnista ja puhelun

käsittelystä aiheutuvia viiveitä, mikä tulee ottaa huomioon erikseen esimerkiksi hälytysohjeiden laatimisessa.

Taulukko 1.

Riskialue	A/B			C	D
	Vähintään hätäensiapuun pystyvä yksikkö		Hoitotason yksikkö	Ambulanssi	Ambulanssi
Riskialue	8 min	15 min	30 min	30 min	2 h
Luokka 1					
Luokka 2					
Luokka 3					
Luokka 4					
Luokka 5					

Tavoittamisviiveet lasketaan yksikön saamasta hälytyksestä tehtäväkohteen saavuttamiseen.

Palvelutasopäätöksen toteutumisen seurannassa voidaan käyttää taulukkoa 2.

Taulukko 2.

Riskialue- luokka	A				B				C		D	
	EYV/ perustaso		HOITO- TASO		EYV/ perustaso		HOITO- TASO		50 %	90 %	50 %	90 %
	50 %	90 %	50 %	90 %	50 %	90 %	50 %	90 %				
1												
2												
3												
4												
5												

4.3 ENSIVASTEPAJVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Sairaanhoitopiiri voi päättää ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalveluaan. Ensivasteella tarkoitetaan avun saamista potilaan luo silloin, kun ensivasteyksikkö tavoittaa kohteen ambulanssia nopeammin. Ensivastetoiminta ei ole kuitenkaan lain velvoittamaa pakollista toimintaa, vaan sen järjestäminen ja käyttö harkitaan alueellisten tarpeiden mukaan. Ensivasteyksikön lisäksi hälytetään useimmiten myös ensihoidon yksikkö, sillä ensivasteyksikkö ei yleensä kuljeta potilasta. Sairaanhoitopiiri ohjeistaa tehtävälaji- ja kiireellisyysluokkakohtaisesti Hätäkeskuslaitosta ensivasteyksiköiden hälyttämisperiaatteista, joiden tulee olla yhteneväiset koko sairaanhoitopiirin alueella.

Ensivastetoiminnasta tulee tehdä järjestävän organisaation kanssa sopimus, jossa määritellään valmius, vastuu- ja vakuutusksymykset, koulutusvaatimukset, kustannusten korvaaminen ja muut tarpeelliset seikat. Sairaanhoitopiiri voi tehdä sopimuksen suoraan ensivastepalveluja tuottavan tahon kanssa tai sopia pelastustoimen kanssa siitä, että pelastustoimi huolehtii palvelutasopäätöksen mukaisista sopimuksista.

Ensivasteyksikön tulee olla hätäkeskuksen hälytettävissä, ja sen henkilöstöllä tulee olla sairaanhoitopiirin määrittelemä ensivastekoulutus. Ensihoitopalvelusta annetun asetuksen mukaan ensivasteyksikössä vähintään kahdella henkilöllä tulee olla ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Asetuksessa määritellyt koulutusvaatimukset ovat vähimmäisvaatimuksia ja sairaanhoitopiiri voi palvelutasopäätöksessä ja ensivastetoiminnan palveluntuottajan kanssa tekemässään sopimuksessa määritellä muita koulutusvaatimuksia. Asianmukaisesti ensivastetehtäviin koulutetusta henkilöstä käytetään nimitystä ensiauttaja.

Ensivastetoimintaa tuottavat esimerkiksi pelastustoimi, järjestöt, kuten Suomen Punainen Risti tai meripelastusseurat, poliisi, rajavartiolaitos, puolustusvoimat tai terveydenhuollon omat yksiköt.

4.4 ENSIHOITOLÄÄKÄRIPÄIVYSTYS

Sairaanhoitopiirien erityisvastuualueelle yhdessä perustama ensihoitokeskus vastaa ensihoitolääkäripäivystyksestä. Erityisvastuualueittain tulee olla vähintään yksi ympärivuorokautisesti päivystävä ensihoitolääkäri. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit sopivat keskenään toiminnan käytännön järjestämisestä ja kustannusten jakamisesta. Sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaavat lääkärit voivat osallistua ensihoitolääkäripäivystykseen.

Päivystävän ensihoitolääkärin tehtävänä on antaa potilaskohtaisia hoito-ohjeita alueensa ensihoidon henkilöstölle, toimia konsulttina ensihoidollisissa kysymyksissä muille terveydenhuollon toimintayksiköille sekä ohjata ensihoidon potilaita tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. Virka-aikana hoito-ohjepyynnöt voidaan sopia ohjattaviksi sairaanhoitopiirin omalle ensihoidon vastuulääkärille ja päivystysaikana päivystävälle ensihoitolääkärille.

Erityisvastuualueittain voidaan päättää lääkäri- tai lääkintähelikopteri-toiminnasta alueella. Lentotoiminnan ylläpitämisestä vastaa yliopistosairaaloiden perustama yhtiö, ja erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit vastaavat lääkinnällisistä kustannuksista.

4.5 ENSIHOITOPALVELUN JOHTAMINEN

Ensihoitopalvelusta annetun asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin on johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa. Ensihoitopalvelun kytkeytyminen osaksi terveydenhuollon muita päivystyspalveluja, muuttuva järjestämistapa ja alueella mahdollisesti toimivat useat eri ensihoitopalvelun tuottajat puoltavat sitä, että sairaanhoitopiiri itse huolehtii ensihoitopalvelun johtamisesta kaikissa tilanteissa. Sairaanhoitopiirillä tulee olla ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, jolla tulee olla riittävä ensihoidon operatiivinen ja hallinnollinen osaaminen. Vastaava lääkäri antaa alueelleen hoito- ja potilasohjausohjeet ja hän vastaa niistä viranomaistehtävistä, joita ensihoitopalvelulle on eri säädöksissä annettu.

Sairaanhoitopiirin alueella on aina oltava tavoitettavissa toimivaltainen terveysviranomaisena. Toimivaltaista terveysviranomaista tarvitaan esimerkiksi

ensihoidon palvelun virka-avusta päättämiseen. Toimivaltaisena viranomaisena voi toimia esimerkiksi päivystävä ensihoidolääkäri.

Sairaanhoitopiirillä on oltava toiminnan järjestämistä varten riippumatta ympäri vuorokauden toimivat kenttäjohtajat. Sairaanhoitopiiri arvioi, mikä on toiminnan järjestämisen kannalta tarpeellinen määrä kenttäjohtajia. Ensihoitopalvelun kenttäjohtajat toimivat moniviranomais- ja monipoltilanteissa terveydenhuollon tilannejohtajina ensihoidon palvelusta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoidolääkärin alaisuudessa. Lisäksi kenttäjohtajat toimivat hoitotason resursseina ensihoidon tehtävien hoitamisessa sekä ensihoidon valmiiden valvojina yhdessä hätäkeskusten kanssa. Kenttäjohtajan tehtävänä on tarvittaessa myös tukea hätäkeskusta tehtävien keskinäisessä kiireellisyysjärjestyksen määrittämisessä, esimerkiksi tehtävien määrän ylittäessä kapasiteetin. Sairaanhoitopiirien tulee ennalta sopia Hätäkeskuslaitoksen kanssa kenttäjohtajien ja hätäkeskusten välisistä yhteistyömuodoista, jotta yhteistyö noudattaisi samoja toimintalinjoja eri sairaanhoitopiireissä ja hätäkeskusalueilla. Sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoidon palvelun kenttäjohtajien lukumäärä ja operatiivinen toimenkuva alueellisesti.

Ensihoitopalvelun operatiivinen johtaminen perustuu sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärin antamiin alueellisiin ohjeisiin sekä päivystävän ensihoidolääkärin ja sairaanhoitopiirin kenttäjohtajien toimintaan, jotka ohjaavat ja valvovat palvelutasomäärittelyn mukaista toimintaa. Muu esimerkiksi työehtoihin ja työn suorittamiseen sekä työvuorojärjestelyihin liittyvä johtaminen riippuu ensihoidon palvelun järjestämistä varten ja on osa palveluntuottajien omaa työnjohtoa.

5 ENSIHOITOPALVELUN JÄRJESTÄMISTAVAT

Sairaanhoitopiiri voi terveydenhuoltolain 39 §:n 2 momentin mukaan valita säännöksessä mainituista järjestämistapavaihtoehdoista tarkoituksenmukaisimman tavan järjestää ensihoitopalvelu. Sairaanhoitopiiri voi järjestää palvelun

- omana toimintana
- yhteistoiminnassa toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa
- yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen kanssa
- tekemällä sopimuksen palvelujen tuottamisesta yksityisen tai muun palveluntuottajan kanssa.

Sairaanhoitopiiri voi järjestää ensihoidon palvelut eri tavoin alueensa eri osissa. Palvelut voidaan näin järjestää alueelliset erityistarpeet ja -olosuhteet huomioiden. Palvelun järjestämistapaa valitessaan sairaanhoitopiirin tulee kiinnittää huomiota ensihoitopalvelun potilasturvallisuuteen, laatuun ja hoidon prosessien kehittämiseen yhdessä alueen päivystyspisteiden kanssa.

Järjestettäessä ensihoitopalvelu terveydenhuollon omana toimintana alueen ensihoitopalvelu tai osa siitä hoidetaan sairaanhoitopiirin palveluksessa olevalla henkilöstöllä ja sairaanhoitopiirin hallinnassa (omistamalla tai esimerkiksi leasing-sopimuksella) olevalla kalustolla. Tällöin terveydenhuollon eri päivystyspalvelujen kehittäminen voidaan parhaiten toteuttaa alueellisena kokonaisuutena. Henkilöstön täydennys-, ylläpito- ja jatkokoulutus yhteistyössä terveydenhuollon muiden yksiköiden kanssa sekä työkierto tuo merkittäviä synergiaetuja toimintaan. Saman työnantajan palvelusuhteessa toimien ensihoitopalvelun henkilöstö on terveystoimen yhteiskäytössä muun muassa suuronnettomuustilanteissa ja poikkeusoloissa.

Ensihoitopalvelun yksiköiden sijoittaminen alueen terveydenhuollon yksiköiden yhteyteen tukee myös muiden terveydenhuollon toimintamuotojen kehittämistä, kuten kotiin tuotavien sairaalapalvelujen (esimerkiksi avo- ja kotisairaala tai tehostettu kotihoito) laajentamista. Omana toimintana palvelun järjestäminen tapahtuu suoraan työnantajan ja työntekijän välisten sopimusten ja ohjeiden mukaan ilman kilpailutus- ja hankintaprosessia tai sopimusohjausta.

Ensihoitopalvelu voidaan myös järjestää yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa.

Järjestettäessä ensihoitopalvelu tai osa siitä sopimalla yhteistoiminnasta alueen pelastustoimen kanssa ilman kilpailuttamista tai hankkimalla palvelut hankintalainsäädännön mukaisesti julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta vastuu palvelujen laadusta ja saatavuudesta säilyy sairaanhoitopiirillä.

Erilaiset järjestämismallit mahdollistavat ensihoitopalvelun järjestämisen siten, että sairaanhoitopiiri voi alueelliset tarpeet huomioiden suunnitella palvelun väestöä parhaiten palvelevalla tavalla. Pelastustoimi on suurin ensivastepalvelujen tuottaja, ja pelastushenkilöstön monialaisen osaamisen hyödyntäminen sekä kaluston ja asemapaikkaverkoston yhteiskäyttö tuo monin paikoin merkittävää lisäetua. Etenkin alueilla, joissa ei ole vakinaisen palokunnan asemaverkosta, yksityiset palveluntuottajat muodostavat keskeisen palveluntuottajaryhmän.

6 ENSIHOITOPALVELUN HENKILÖSTÖN KOULUTUS

Ensihoitopalvelusta annetussa asetuksessa on määritelty ensihoitohenkilöstön vähimmäiskoulutusvaatimukset. Palvelutasopäätöksessä voidaan määrittää asetusta tiukemmat kriteerit alueellisesti. Palvelutasopäätöksessä määritellään alueen ensihoitopalvelussa työskentelevältä henkilöstöltä edellytettävä perus- ja lisäkoulutus. Koulutusvaatimusten on koskettava koko ensihoitopalvelun henkilöstöä riippumatta palvelun tuottajasta.

Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä myös ensiauttajien, kenttäjohtajien ja ensihoitolääkäreiden koulutusvaatimukset.

7 YHTEISTYÖ HÄTÄKESKUKSEN KANSSA

Hätäkeskustoiminnasta säädetään hätäkeskustoiminnasta annetussa laissa (692/2010) sekä valtioneuvoston asetuksessa hätäkeskustoiminnasta (877/2010). Vuoden 2011 alusta Hätäkeskuslaitoksen virka-alue on koko Suomi lukuun ottamatta Ahvenanmaata. Nykyisistä viidestätoista hätäkeskuksesta ja niiden toimialueista muodostetaan vuoteen 2015 mennessä kuusi hätäkeskusaluetta (kartta liitteenä). Samalla otetaan käyttöön uusi hätäkeskustietojärjestelmä, joka mahdollistaa kaikkien keskusten verkottumisen yhteisen hätäkeskustietokannan kautta.

Hätäkeskusalueiden hätäkeskusten sijaintipaikkakunnat ovat jatkossa:

	Hätäkeskusalue	Sijaintipaikka	Nykyiset hätäkeskukset
1	Uudenmaan hätäkeskusalue	Kerava	Helsingin, Länsi-Uudenmaan, Itä- ja Keski-Uudenmaan hätäkeskukset
2	Pohjois-Suomen ja Lapin hätäkeskusalue	Oulu	Lapin hätäkeskus sekä Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun hätäkeskus
3	Pohjanmaan ja Keski-Suomen hätäkeskusalue	Vaasa	Pohjanmaan ja Keski-Suomen hätäkeskukset
4	Pirkanmaan ja Satakunnan hätäkeskusalue	Pori	Pirkanmaan ja Satakunnan hätäkeskukset
5	Varsinais-Suomen ja Hämeen hätäkeskusalue	Turku	Varsinais-Suomen ja Hämeen hätäkeskukset
6	Itä- ja Kaakkois-Suomen hätäkeskusalue	Kuopio	Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon ja Kaakkois-Suomen hätäkeskukset

Hätäkeskusyhteistyö ja ensihoitopalvelun hälytysohje

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on antanut hätäkeskuslaitokselle yleisohjeet terveystoimen ja sosiaalitoimen tehtävänkäsittelystä hätäkeskuksessa. Ensihoitopalvelun alueellisten hälytys- toiminta- ja muiden ohjeiden laatimisesta vastaavat sairaanhoitopiirit. Hätäkeskusalueen terveydenhuollon erityisvastuualueen ensihoitokeskukset vastaavat alueensa sairaanhoitopiirien laatimien hälytysohjeiden yhteensovittamisesta ja hyväksymisestä hätäkeskusten käyttöön. Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävänä on huolehtia valtakunnallisten ensihoitopalvelua kokevien ohjeiden käyttöönotosta yhteistoiminnassa toiminta-alueen sairaanhoitopiirien kanssa.

Ohjeiden tulee sisältää myös ensihoitokeskusten koordinoimien siirtokuljetusten resurssitiedot muun muassa mahdollisten suuronnettomuuksien varalta. Ohjeita on päivitettävä tarpeen mukaan. Viranomaisen voi tilanteen aikana tarvittaessa muuttaa ennalta määriteltujen ohjeiden mukaan hälytetyt voimavarat. Ohjeissa tulee määritellä viranomaiset ja henkilöt, jotka ovat oikeutettuja tekemään tilanteen aikaisia muutoksia.

Vastuu ilmoituksesta tai tehtävästä siirtyy hätäkeskukselta vastaanottavalle viranomaiselle, sen tehtäviä hoitavalle yksikölle tai muulle päivystyspisteelle, kun asianomaisen viranomaisen vastuutaho kentällä on vastaanottanut Hätäkeskuslaitoksen toimittaman tehtävän tai ilmoituksen esimerkiksi VIRVE-päätelaitteeseensa tai kenttäjohtojärjestelmäänsä. Tilanteen niin vaatiessa vastaanottavan viranomaisen on asetettava tehtävät tärkeys- ja kiireellisyysjärjestykseen. Mikäli näitä tilanteita varten ennalta sovitusta sairaanhoitopiirin ja hätäkeskuksen välisistä toimintaohjeista joudutaan poikkeamaan, huolehtii kenttätoiminnasta vastaava lääkinnällisen tilanteen johtaja (esimerkiksi päivystävä ensihoitolääkäri tai kenttäjohtaja) priorisoinnista ja antaa tarvittaessa hätäkeskukselle lisäohjeita tehtävien priorisoinnin suhteen. Keskeistä on Hätäkeskuslaitoksen ja viranomaisen kenttäjohdon yhteistyö tilannekuvan ylläpidon kannalta.

8 VIRKA-APU JA YHTEISTYÖ MUIDEN VIRANOMAISTEN KANSSA

Virka-apu

Virka-avulla tarkoitetaan viranomaisen antamaa apua toiselle viranomaiselle, jotta apua pyytävä viranomainen voisi suoriutua vastuullaan olevan tehtävän hoitamisesta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan ensihoitopalveluun sisältyy virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi. Virka-avulla ei tarkoiteta sitä, että toimivaltainen viranomainen tekee tai varautuu tekemään omia tehtäviään, kuten esimerkiksi ensihoidon varallaoloa mahdollisen oman tehtävän suorittamiseen pelastustoimen tulipalo- tai räjähdysvaaratilanteissa. Sen sijaan ambulanssin henkilökunnan käyttö palotilanteen työvoimana on virka-apua, jonka hälytyskäytännöistä tulee sopia ennalta. Virka-avun antamisesta, sen epäämisestä tai rajoittamisesta tulee tehdä päätös. Sairaanhoidopiirin tulee huolehtia siitä, että päätösvaltainen terveystieteiden tutkimuskeskuksen on aina tavoitettavissa. Ensihoidon henkilöstöä ei saa määrätä sellaiseen virka-aputehtävään, joka aiheuttaa normaalityöstä poikkeavan työturvallisuusrisikin tai edellyttää erityiskoulutusta.

Pelastustoimi

Ensihoidon tarvitsema pelastustoimen virka-apu liittyy tavallisimmin potilaan tavoittamiseen (huoneistoon tai muu potilaan luo pääsy tai siirtäminen).

Poliisi

Ensihoitopalvelu tarvitsee tavallisimmin virka-apua poliisilta mielenterveyslain (1116/1990) mukaisissa tehtävissä.

Poliisin vaativissa tilanteissa (esim. piiritys-, panttivanki- ja pommiuhka-tilanteet) poliisi voi pyytää ensihoitovalmiuden nostamista, mikä tavallisesti järjestetään paikallisen ensihoitopalvelun antamana virka-apuna.

Taktisella ensihoidolla (TEMS = Tactical Emergency Medical Support) tarkoitetaan erillistä järjestelmää, jolla terveydenhuollon asiantuntemus varmistetaan poliisin vaativissa tilanteissa. Taktisessa ensihoitotoiminnassa kysymyksessä ei ole varsinainen poliisille annettava poliisilain (493/1995) 41 §:n mukainen virka-apu, vaan toiminnasta sovitaan erikseen sairaanhoidopiirin ja poliisilaitosten välillä.

Rajavartiolaitos

Potilaiden tavoittamisesta ja kuljettamisesta merialueella olevilta aluksilta säädetään meripelastuslaissa. Ensihoitopalvelun osallistumisesta potilaan hoitoon näissä tilanteissa sovitaan alueellisesti sairaanhoitopiirin ja meripelastusviranomaisten välillä.

Merialueiden saarissa ja sisävesillä ensihoidotehtävät kuuluvat ensihoitopalvelun vastuulle. Näiden tehtävien hoitaminen edellyttää yhteistyökäytännöistä sopimista alueen pelastustoimen, meripelastusviranomaisten ja tarvittaessa vapaaehtoisjärjestöjen (esim. järvi- ja meripelastusseurat) kanssa.

Sairaanhoitopiirit sopivat erikseen muusta Rajavartiolaitoksen kanssa tehtävästä yhteistyöstä, esim. ensivastetoiminnasta.

Sosiaalitoimi

Ensihoitopalvelun ja sosiaalitoimen välinen yhteistyö liittyy yleensä lastensuojelulaissa (417/2007) tarkoitettuihin tehtäviin, psykososiaalisen tuen tehtäviin, vanhusten kotona pärjäämisen varmistamiseen sekä majoitus ja asumispalvelutarpeiden arviointiin liittyviin tilanteisiin, joista tulee sopia alueellisesti. Käytännön yhteistyö toteutetaan tyypillisesti ensihoitopalvelun toiminta-alueen sosiaalipäivystyksen kanssa.

9 RAPORTOINTI

Potilaiden ensihoidon laadun ja saatavuuden, palvelutasopäätöksen toteutumisen ja ensihoitopalvelun toiminnan tuloksellisuuden seuraamiseksi ensihoitopalvelun toimintaa on seurattava ja siitä on raportoitavasäännöllisesti, esimerkiksi puolivuositain. Ensihoitopalvelu tarvitsee seurantatietoa myös oman toimintansa analysoimiseksi, muun muassa ostopalvelusopimusten toteuman seuraamiseksi sekä tutkimus- ja kehittämistyötä varten. Avoimuutta lisäisi sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksen julkaiseminen esimerkiksi Internet-sivuilla.

Esimerkki raportoinnissa käytettävästä lomakkeesta on liitteessä 3.

LIITE I

ESIMERKKI ENSIHOIDON PALVELUTASOPÄÄTÖKSESTÄ
ALUEEN PERUSTIEDOT

Sairaanhoidopiirin nimi	Mallilan SHP
Väkiluku edellisen vuoden lopussa	163544
0 – 17	33491
18 – 64	90498
– 65	39555
Sairastavuusindeksi	109
Alueen kokonaispinta-ala (km ²)	18002
Vesi- tai merialueita kokonaispinta-alasta (km ²)	2544

RISKIALUEJAKO

Riskialueluokka	kpl	Asukasluku alueella
Luokka 1	2	7403
Luokka 2	45	53664
Luokka 3	332	64002
Luokka 4	7069	38471
Luokka 5	10554	4

PALVELUN SAATAVUUS RISKIALUEITTAIN PÄIVITTÄISTEHTÄVISSÄ

Riskialueluokka	A/B Vähintään hätäensiapuun pystyvä yksikkö		A/B Hoitotason yksikkö	C Ambulanssi	D Ambulanssi
	8 min	15 min	30 min	30 min	2 h
Luokka 1	95 %	99 %	95 %	80 %	80 %
Luokka 2	80 %	95 %	95 %	75 %	80 %
Luokka 3	70 %	90 %	90 %	75 %	60 %
Luokka 4	30 %	50 %	80 %	60 %	60 %
Luokka 5					

POTILAAN HOITOON OSALLISTUVAN HENKILÖSTÖN KOULUTUS
 Ensihoitoasetuksessa määriteltyjen henkilöstön vähimmäiskoulutus-
 vaatimusten lisäksi ensihoitopalveluun osallistuvilta henkilöstöltä
 edellytetään/hyväksytään Mallilan sairaanhoitopiirissä seuraavaa koulutusta:

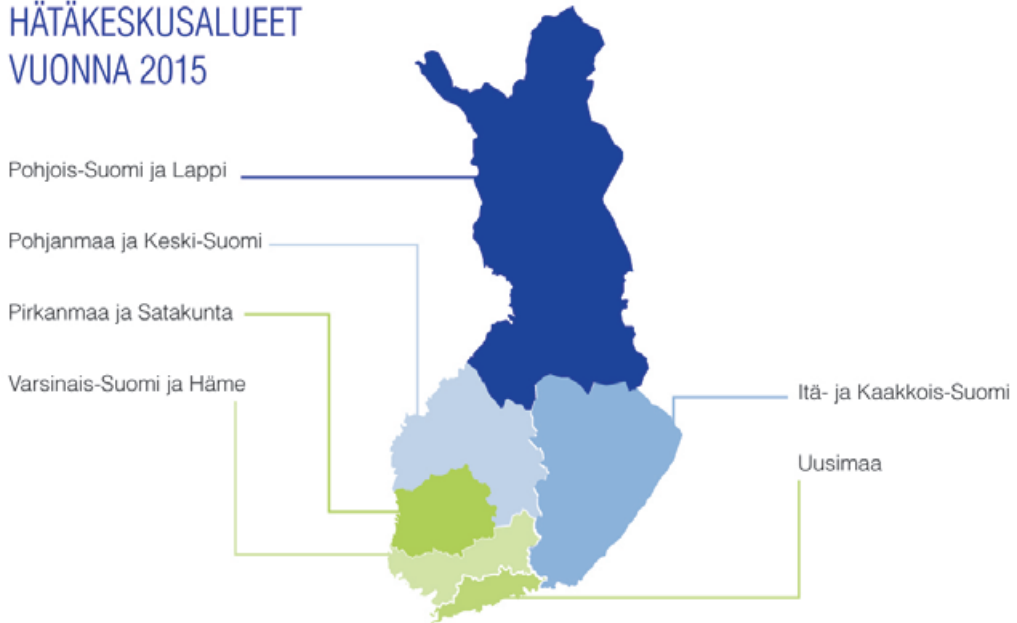
Ensihoidossa ammattimaisesti työskentelevien hyväksyttävät tutkinnot

Hoitotason yksikössä hoitovastuussa olevalla ensihoitajalla	Perustason yksikössä hoitovastuussa olevalla ensihoitajalla	<input checked="" type="checkbox"/>
Ensihoitaja-AMK tutkinto tai sairaanhoitaja-AMK jolla 30 ops lisäkoulutus	Ensihoitoon suuntautuvan koulutuksen omaava terveydenhuollon ammattihenkilö	<input checked="" type="checkbox"/>
Asetuksen siirtymäsäännöksen mukainen hoitotallolle kelpuuttava koulutus	<input type="checkbox"/> Muu terveydenhuollon ammattihenkilö	<input type="checkbox"/>
	Pelastaja, palomies-sairaankuljettaja	<input type="checkbox"/>
Hoitotason yksikön hoitovastuussa olevan työparina	<input type="checkbox"/> Perustason yksikön hoitovastuussa olevan työparina	
Ensihoitaja-AMK tutkinto tai sairaanhoitaja-AMK jolla 30 ops lisäkoulutus	Ensihoitoon suuntautuvan koulutuksen omaava terveydenhuollon ammattihenkilö	<input checked="" type="checkbox"/>
Asetuksen siirtymäsäännöksen mukainen hoitotallolle kelpuuttava koulutus	<input checked="" type="checkbox"/> Muu terveydenhuollon ammattihenkilö	<input checked="" type="checkbox"/>
Muu terveydenhuollon ammattihenkilö	<input checked="" type="checkbox"/> Pelastaja, palomies-sairaankuljettaja	<input checked="" type="checkbox"/>
Pelastaja, palomies-sairaankuljettaja	<input type="checkbox"/> Ensihoidossa ammattimaisesti työskenteleviltä vaadittava lisäkoulutus	
Kaikilta ammattimaisesti ensihoidossa työskenteleviltä edellytetään terveydenhuollon ammattitutkintoa	Terveydenhuollon ammattihenkilöiltä, joilla ei ole ensihoidon pohjakoulutusta, edellytetään täydennyskoulutusta (selvitys lisätiedoissa)	<input checked="" type="checkbox"/>
Ensiauttajilta hyväksyttävä koulutus	<input checked="" type="checkbox"/> Hälytysajokoulutus (selvitys lisätiedoissa)	<input checked="" type="checkbox"/>
SPEK ensivastekoulutus	<input checked="" type="checkbox"/> Esimiestehtävissä työskenteleviltä edellytettävä lisäkoulutus (selvitys lisätiedoissa)	<input checked="" type="checkbox"/>
SPR ensivastekoulutus	<input checked="" type="checkbox"/> Muut vaatimukset	
Muu koulutus (selvitys lisätiedoissa)	Hoitotason yksikön henkilöstön voi muodostaa H+P hoitopari	<input checked="" type="checkbox"/>
	Hoitotason yksikön henkilöstön tulee muodostua H+H hoitoparista	<input type="checkbox"/>

Ensiauttajilta hyväksytään myös Suomen Meripelastusseuran ensivastekoulutus. Sairaanhoitajilta ja muun kouluasteen tutkinnon suorittaneilta edellytetään yhteistyössä Mallilan AMK:n kanssa järjestettävä 5 opintopisteen ensihoitoon perehdyttävä lisäkoulutus. Kaikilta hälytysajoa suorittavilta edellytetään hälytysajokurssia.

LIITE 2

HÄTÄKESKUSALUEET VUONNA 2015

HÄTÄKESKUSALUEET
VUONNA 2015

LIITE 3

ESIMERKKI ENSIHOITOPALVELUN RAPORTISTA

PERUSTIEDOT

Sairaanhoitopiirin nimi			
Vuosi			
Raportointijakso		<input type="checkbox"/> 1.1 - 30.6. <input type="checkbox"/> 1.7 - 31.12.	
Ensihoitopalvelun tehtävät raportointiaikana		A	B
Ensihoitopalvelun suorittamat muut tehtävät		hoitolaitossiirrot	
		muut	

PALVELUN TOTEUTUNUT SAATAVUUS RISKIALUEITTAIN
PÄIVITTÄISTEHTÄVISSÄ

Riskialueluokka	Päätös		Toteutunut		Päätös	Toteutunut
	A/B Vähintään hätäensiapuun pystyvä yksikkö		A/B Vähintään hätäensiapuun pystyvä yksikkö		A/B Hoitotason yksikkö	A/B Hoitotason yksikkö
	8 min	15 min	8 min	15 min	30 min	30 min
Luokka 1						
Luokka 2						
Luokka 3						
Luokka 4						
Luokka 5						

Riskialueluokka	Päätös	Toteutunut	Päätös	Toteutunut
	C Ambulanssi	C Ambulanssi	D Ambulanssi	D Ambulanssi
	30 min	30 min	2 h	2 h
Luokka 1				
Luokka 2				
Luokka 3				
Luokka 4				
Luokka 5				

HENKILÖSTÖ

Ensihoidon tehtäviin osallistuneiden henkilöiden kokonaismäärä (ei ensiauttajia)	
joista päätoimisesti ensihoidossa työskentelevät	
sivutoimisesti tai osa-aikaisesti työskentelevät	
Ensiauttajien lukumäärä alueella	

KALUSTO JA VALMIUS

Sopimuksen mukaisesti tai muuten päivittäiskäytössä olevien ambulanssien lukumäärä		
Vara-ambulanssien lukumäärä		
Välittömässä valmiudessa olevien ambulanssien enimmäis- ja vähimmäismäärä	eniten	vähiten
Varallaolossa olevien ambulanssien enimmäis- ja vähimmäismäärä	eniten	vähiten
Välittömässä lähtövalmiudessa päivystetty aika yhteensä (tuntia)		
Varallaolossa (enintään 15 min) päivystetty aika yhteensä (tuntia)		
Varallaolossa (yli 15 min) päivystetty aika yhteensä (tuntia)		

TURVALLISUUS

	KPL
Ensihoidossa tapahtuneet potilasvahinkoilmoitukset	
Henkilöstön työtapaturmat	
Henkilöstöön kohdistuneet uhkatilanteet	
Ambulansseille tapahtuneet liikenneonnettomuudet	

Lisätiedot

KIRJALLISUUTTA

Herlitz J et al. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004; 90: 1114–1118.

Tutkimuksessa analysoitiin retrospektiivisesti 16712 sairaalan ulkopuolista elottomuutta Ruotsissa. Tutkimuksessa todettiin, että yhtään potilasta ei selvinnyt, jos alkurytminä oli pulssiton rytmi tai asystole, maallikkoelvytystä ei oltu annettu, elottomuutta ei ollut havaittu, elottomuus tapahtui kotona ja ambulanssin viive oli yli 12 minuuttia. Ryhmässä, jossa tavoittamisviive oli 8-12 minuuttia, yksi potilas ryhmässä olleesta 516:sta selviytyi vakavasti vammautuneena. Tutkijat esittävät, että edellä mainitut seikat ennustavat huonoa selviytymistä ja elvytyksen aloittamisen rajana voitaisiin pitää ainakin 12, mutta todennäköisesti 8 minuutin viivettä.

O'Keeffe C et al. Role of ambulance response times in the survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Emerg Med J.* 2010; Aug 25 (e-pub ahead of print).

Tutkimuksessa selvitettiin Iso-Britanniassa vuosilta 1996–2000 yhteensä 1161 sairaalan ulkopuolella elottomaksi menneen potilaan hoito. Tuloksena arvioitiin, että elottomien potilaiden osalta 1 minuutin viiveen lyheneminen parantaisi selviytymismahdollisuuksia 24 % (95% luottamusväli 4-48%).

Hacke W, Donnan G, Fieschi C ym. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363:768-74

Hyvän toipumisennusteen todennäköisyys 3 kuukauden kohdalla arvioituna oli sitä suurempi mitä pienempi oli hoidonaloitusviive ($P = 0.005$). Alteplaasin vaikutus hyvän ennusteen riskisuhteeseen (Odds Ratio) muuttui välillä 0-6h arvosta 2.8 arvoon 1.2. Aikajakson 0-1h ja 0-1,5h riskisuhteet olivat 2.8 ja 1.6. Tämän jälkeen riskisuhteen heikkeneminen oli hitaampaa.

Terkelsen CJ et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. *JAMA.*;304:763–71.

Tanskassa tehdyssä retrospektiivisessä tutkimuksessa selvitettiin viiveiden vaikutusta yhteensä 6209 ensivaiheessa pallolaajennuksella hoidetun sydäninfarktipotilaan kuolleisuuteen 2002–2008. Tuloksissa todettiin että järjestelmän aiheuttama viive (sekä sairaalan sisäinen että ulkoinen) vaikutti potilaiden selviytymiseen siten, että alle 1h oireiden alusta hoitoon päässeiden potilaiden kuolleisuus oli 15,4 %, 1-2h 23,3 %, 2-3h 28,1 % ja 3-6h 30,8 %. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < .001$).

Boersma E et al. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996; 348, 771-775

Sydäninfarktipotilaan liuotushoidon aloittaminen hyödyttää enemmän potilaita, joiden hoito aloitetaan alle 2h oireiden alusta.

Ontario Ambulance Act. Ontario Regulation 257/00. Kanada 2000.

Ensihoitopalvelusta vastuussa olevan aluekunnan ("Upper Tier Municipality") on raportoitava provinssille vuosittain prosenttiosuus korkeimman kiireellisyysluokan tehtävistä, jotka on tavoitettu 8 minuutissa.

National Fire Protection Association. NFPA 1710: Standard for the Organization and Deployment of Fire Suppression Operations, Emergency Medical Operations, and Special Operations to the Public by Career Fire Departments. USA 2010.

Standardi asettaa tavoitteeksi, että hoitotasoinen ensihoitoyksikkö olisi oltava kohteessa 8 minuutissa 90 % hälytyksistä.

Wulterkens D. EMS in The Netherlands: A Dutch Treat? JEMS, 2005 Dec 6

Katsausartikkelissa esitellään ensihoidon järjestelyä Alankomaissa, jossa lainsäädäntö edellyttää ambulanssin enimmäisvasteajaksi kiireellisissä tehtävissä 15 minuuttia tapahtumapaikasta riippumatta.

Sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelu. Opas hälytysohjeen laatimiseksi. STM:n oppaita 2005:23

Secretary of State for Health. The patient's charter. Department of Health, Iso-Britannia 1991.

Bewan G. Have targets done more harm than good in the English NHS? No. BMJ 2009; 338:a3129.

UK Health Care Commission. Ambulance trust methodology 2004/2005. http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_ambulance.doc

Englannissa on ollut vuodesta 2001 kansallinen tavoite ambulanssien enimmäisvasteajoista kiireellisillä tehtävillä. Enimmäisaika taajamissa on ollut 14 min. ja haja-asutusalueella 19 min. 95 %:ssa tehtävistä. Lisäksi kiireellisistä ("Category A") tehtävistä 75 % tulisi tavoittaa 8 minuutissa. Vastaava tavoite otettiin käyttöön Skotlannissa 2009 sekä hieman matalammilla raja-arvoilla (70 % ja 65 %) Pohjois-Irlannissa ja Walesissa vuonna 2008.

LAINSÄÄDÄNTÖÄ

Asetus ensihoitopalvelusta (340/2011)

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)

Kansanterveyslaki (66/1972)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Lastensuojelulaki (417/2007)

Meripelastuslaki (1145/2001)

Mielenterveyslaki (1116/1990)

Pelastuslaki (379/2011)

Suomen perustuslaki (731/1999)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (407/2011)

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (377/2011)