

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:26

Markku Kuisma

Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen

Selvityshenkilön raportti



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Helsinki 2007

ISSN 1236-2115
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)

Yliopistopaino
Helsinki 2007



Tiivistelmä

Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Helsinki 2007. 115 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2007:26) ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)

Toimeksianto: Selvitysmiehen tuli tehdä ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelu- ja kustannustasokartoitus, laatia ehdotukset sairaankuljetuksen ja ensihoidon järjestämisestä ja rahoittamisesta tulevaisuudessa sekä arvioida ensivastetoiminnan tulevaa merkitystä ja antaa tarvittaessa ehdotukset ensivastetoiminnan määrittelemiseksi, kehittämiseksi ja rahoittamiseksi.

Nykytilan ongelmat: Selvityksen yhteydessä havaittiin lukuisia, osin vakaviakin ongelmia. Merkittävimmät ongelmat liittyivät nykyiseen lainsäädäntöön, palveluiden järjestämiseen ja ohjaukseen, ambulanssien lähtövalmiusaikoihin, puuttuviin palvelutasonmäärittämiin, julkisen ja yksityisen sektorin tarkoituksenmukaisen työnjaon puuttumiseen, monikanavaisen rahoitusjärjestelmään, henkilöstön pätevyysvaatimuksiin sekä hoitolaitosten välisten potilassiirtojen logistiikan puutteisiin. Palvelu- ja kustannustasossa oli huomattavia alueellisia eroja, jotka eivät selity pelkästään eroilla sairastavuudessa tai alueellisissa erityispiirteissä vaan jotka liittyvät myös erilaisiin tapoihin järjestää ja ohjata palveluita.

Ehdotukset: Loppuraportti sisältää 18 keskeistä ehdotusta ensihoidon ja sairaankuljetuksen sekä potilassiirtojen kehittämiseksi tulevaisuudessa. Tavoitteena on yhtenäistää kansalaisten avunsaantia kiireellisissä tilanteissa, parantaa palveluiden laatua, selkeyttää palveluorganisaatiota, kehittää palveluiden ohjausta sekä parantaa tuottavuutta. Tärkeimmät ehdotukset: ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestäminen alueellisesti ja käytännön järjestämisvastuun siirto kunnilta sairaanhoitopiireille, palvelutasopäätöksiin laatimisvelvoitteen antaminen kunnille, ambulanssien lähtövalmiusajan määrittäminen välittömäksi kiireellisissä tehtävissä, tarkoituksenmukaisen työnjaon toteuttaminen julkisen ja yksityisen sektorin välillä, pelastuslaitosten lakisääteisen aseman määrittäminen kiireellisten tehtävien palvelutuotannossa, ensihoidon ja sairaankuljetuksen rahoittaminen toistaiseksi entisellä rahoitusmallilla ja kustannusvastuun siirto hoitolaitoksiin sisäänkirjoittamattomien potilaiden kuljetuksista Kelalta lähettävälle hoitolaitoksille, ensivastetoiminnan kehittäminen varsinaista ensihoitoa ja sairaankuljetusta tukevana toimintana, ensivastetehtävien rahoittaminen terveydenhuollon budjetista, henkilöstön pätevyysvaatimusten määrittäminen ja tutkintokoulutusjärjestelmän kehittäminen, hoitolaitosten välisten potilassiirtojen eriyttäminen ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta sekä niiden logistiikan kehittäminen. Ehdotusten toteuttamiseksi tulee tehdä tarvittavat muutokset lainsäädäntöön.

Asiasanat: ensihoito, lainsäädäntö, sairaankuljetus, selvitysmiehet, terveydenhuolto, terveydenhuoltopalvelut, terveyspolitiikka





Sammandrag

Markku Kuisma. Utvecklande av akutvårds- och sjuktransporttjänster. Utredningsmannens rapport. Helsingfors 2007. 115 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115, 2007:26) ISBN 978-952-00-2332-4 (inh.), ISBN 978-952-00-2333-1(PDF)

Uppdrag: Utredningsmannens uppgift var att utföra en kartläggning av service- och kostnadsnivån för akutvård och sjuktransport, utarbeta förslag till ordnande och finansiering av sjuktransport och akutvård i framtiden samt bedöma den framtida betydelsen av verksamheten för akut omhändertagande och vid behov lämna förslag till definition, utvecklande och finansiering av verksamheten för akut omhändertagande

Problem i nuläget: I samband med utredningen uppmärksammades ett flertal problem, delvis även allvarliga. De största problemen anknöt till nuvarande lagstiftning, ordnande och styrning av tjänster, beredskapstider för ambulanser, obefintliga definitioner av servicenivån, avsaknad av ändamålsenlig arbetsfördelning mellan offentlig och privat sektor, finansieringssystem bestående av flera kanaler, behörighetsvillkor för personalen samt brist på logistik i fråga om patientförflyttningar mellan vårdinrättningar. Det fanns betydande regionala skillnader i service- och kostnadsnivån som inte enbart kan förklaras med skillnader i prevalens eller regionala särdrag utan som också hänför sig till olika sätt att ordna och styra servicen.

Förslag: Slutrapporten innehåller 18 centrala förslag till utvecklande av både akutvård och sjuktransport samt patientförflyttningar i framtiden. Målet är att förenhetliga medborgarnas tillgång till hjälp i brådskande situationer, förbättra servicekvaliteten, skapa klarhet i serviceorganisationen, utveckla styrningen av servicen samt förbättra produktiviteten. De viktigaste förslagen är följande: att ordna akutvård och sjuktransport regionalt och flytta det praktiska ansvaret för ordnande från kommunerna till sjukvårdsdistrikten, ålägga kommuner skyldighet att utarbeta beslut om servicenivån, definiera beredskapstiden som omedelbar för ambulanser i brådskande uppgifter, genomföra ändamålsenlig arbetsfördelning mellan offentlig och privat sektor, definiera räddningsverkets lagstadgade ställning inom serviceproduktionen av brådskande uppgifter, tills vidare finansiera akutvård och sjuktransport med hjälp av den förra finansieringsmodellen och överföra kostnadsansvaret till vårdinrättningarna för transporter av icke inskrivna patienter från FPA till vårdinrättningar som sänder patienter, utveckla verksamheten för akut omhändertagande som en verksamhet som stöder den egentliga akutvården och sjuktransporten, finansiera uppgifterna inom akut omhändertagande via hälso- och sjukvårdsbudgeten, definiera behörighetsvillkoren för personalen och utveckla systemet för examensutbildning, åtskilja patientförflyttningar mellan vårdinrättningarna från akutvården och sjuktransporterna samt utveckla deras logistik. För att verkställa besluten måste nödvändiga ändringar av lagstiftningen göras.

Nyckelord: akutvård, hälso- och sjukvård, hälsopolitik, hälsovårdstjänster lagstiftning, sjuktransport, utredningsmän



Summary

Markku Kuisma. Development of emergency care and ambulance services in Finland. Report by Rapporteur ad int. Helsinki, 2007. 115 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2115, 2007:26) ISBN 978-952-00-2332-4 (pb), ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)

Assignment: The Rapporteur ad int. was assigned to survey the level of services and costs of emergency care and ambulance services, to draw up proposals for organising and financing ambulance service and emergency care in the future, as well as to evaluate the future importance of first response activities and to put forward, as needed, proposals for definition, development and financing of them.

Problems in the present situation: Numerous problems were encountered in the context of the survey, some of them serious. The most significant problems were associated with the present legislation, provision and guidance of services, times from receipt of alarm to departure of the ambulance, defects in the definition of adequate service level, lack of an appropriate division of labour between the public and private sector, the multi-channel financing system, qualification requirements for the staff, and defects in the logistics regarding transfers of patients between care institutions. There are considerable regional differences in the service and cost levels that cannot be explained by differences in morbidity or regional characteristics only but that are also linked to different ways of organising and guiding services.

Proposals: The final report encompasses 18 major proposals for developing emergency care, ambulance service and patient transfers in the future. The aim is to make the access of people to assistance in emergency situations more equitable, improve the quality of services, clarify the service organisation, develop service guidance, and to improve productivity. The most important proposals are related to the following: organising emergency care and ambulance service on a regional basis and transferring the practical responsibility for organising them from municipal authorities to hospital districts; obligating municipal authorities to draw up decisions on required service level; defining that an ambulance must be ready to depart immediately after receipt of alarm in urgent assignments; achieving an appropriate division of labour between the public and private sector; definition of the statutory status of rescue departments in the service provision regarding urgent tasks; financing of emergency care and ambulance service for the time being by the former model of financing, and transferring the financial responsibility in regard to the transport of patients that are not admitted to care institutions from the Social Insurance Institution to the care institutions sending the patients; development of first response as an activity supporting actual emergency care and ambulance service; financing first response tasks from the health care budget; definition of specific quality requirements for the staff and development of the degree-education system; separating patient transfers between care institutions from emergency care and ambulance service, and developing their logistics. To implement the proposals, the needed amendments must be made to the relevant legislation.

Key words: ambulance services, emergency care, health care, health care services, health policy, legislation



Esipuhe

Ensihoito ja sairaankuljetus on nopeasti kehittyvä terveydenhuollon osa-alue. Toiminnan järjestämistä ja rahoittamista koskevat säädökset ovat kuitenkin jääneet jälkeen samalla, kun itse toimintaa on voimakkaasti kehitetty vastaamaan nykypäivän tarpeita. Tämä on ollut omiaan luomaan ajoittaista vastakkainasettelua päättäjien sekä virkamiesjohdon ja asiantuntijoiden sekä henkilöstön välille.

Ensihoitoa ja sairaankuljetusta on uhannut riski jäädä väliinpuotoajaksi samalla kuin monissa muissa palveluissa on viime vuosina tapahtunut voimakasta keskittämistä niin järjestämisessä kuin itse tuotannossakin. Kymmenistä kunnallisista hätäkeskuksista muodostettiin lakimuutoksella 15 alueellista valtiollista hätäkeskusta ja samoin yli neljästä sadasta pelastus/palolaitoksesta muodostettiin 22 pelastustoimen aluetta. Pääkaupunkiseudulla merkittävin terveydenhuollon uudistus vuosiin toteutettiin vuoden 2006 alussa liittämällä yhteen kolme sairaanhoitoaluetta, jolloin syntyi HYKS sairaanhoitoalue. Ensihoito ja sairaankuljetus eivät voi jäädä tämän kehityksen ulkopuolelle, ja tulevaisuudessa alueellinen järjestäminen sekä suuremmat palveluntuottajien koot ovat välttämättömiä.

Jo selvityksen alkuvaiheessa kävi ilmeiseksi, että tarvittavien muutosten toteuttamiseksi tarvitaan lainsäädäntömuutoksia sekä tarkoituksenmukaista työnjakoa julkisen ja yksityisen palveluntuotannon välillä. Tarve alueelliselle palveluiden järjestämistavalle nousi voimakkaasti esille selvitystyön aikana. Vapaaehtoiseen alueelliseen järjestämiseen liittyi kuitenkin lukuisia epävarmuustekijöitä, minkä vuoksi päädyin esittämään sairaanhoitopiirien roolin selkeää vahvistamista ja sairaankuljetusta ja ensihoitoa koskevan lainsäädännön muuttamista. Sairaanhoitopiireille ei kuitenkaan voida siirtää absoluuttista järjestämisvastuuta, koska niillä ei ole verotusoikeutta. Sairaanhoitopiirit huolehtivat tulevaisuudessa ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä kuntien tekemien palvelutasopäätöksien ohjaamina. Kelan rooli toiminnan merkittävänä osarahoittajana jatkuu toistaiseksi, mutta kuntien tulee ottaa merkittävästi suurempi vastuu kustannuksista, jotka liittyvät riittävään ensihoitovalmiuteen ja potilaisiin, joita ei kuljeteta päivystykseen. Yksi selvityksen haasteista oli pohdinta julkisen ja yksityisen palveluntuotannon tarkoituksenmukaisesta työnjaosta. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen eriyttäminen hoitolaitosten välisistä potilassiirroista mahdollistaa järkevän ja eri osapuolten ydinosaamisen ja taloudelliset intressit huomioivan työnjaon julkisen ja yksityisen sektorin välillä.

Potilaan etu, palveluiden tarkoituksenmukainen järjestäminen ja ensihoitojärjestelmän toimintakykyisyys tulevaisuuden palvelujärjestelmässä tulee asettaa yksittäisen intressiryhmän tavoitteiden edelle. Toivon, että ehdotuksiani luetaan ja tulkitaan ennen kaikkea yhteiskunnallisena kokonaisratkaisuna ensihoidon ja sairaankuljetuksen nykytilan ongelmiin sekä tulevaisuuden haasteisiin.

Kiitän kaikkia palvelu- ja kustannustasokartoitukseen vastanneita organisaatioita ja henkilöitä sekä kaikkia niitä asiantuntijoita, joita minulla oli mahdollisuus kuulla selvitysprosessin aikana. Olen myös kiitollinen hankkeelle asetetulta ohjausryhmältä saamastani avusta. Selvitystyön onnistuminen ei olisi ollut mahdollista annetussa tiukassa aikataulussa ilman teknisen avustajani Markko Sorsan korvaamatonta apua.

Helsingissä 10.4.2007

Markku Kuisma

Sisällysluettelo

Tiivistelmä.....	3
Sammandrag	5
Summary	7
Esipuhe.....	9
1 Toimeksianto	15
2 Menetelmät	16
3 Nykyinen lainsäädäntö	18
4 Nykyjärjestelmän ongelmat	20
4.1 Lainsäädäntö	20
4.2 Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestäminen	20
4.3 Palvelutasomääritykset	21
4.4 Julkisen ja yksityisten palvelutuotannon työnjako	21
4.5 Ensihoidon vastuulääkäritoiminta	22
4.6 Ensivastetoiminta	22
4.7 Hätäkeskustoiminta	23
4.8 Liikennelupa	24
4.9 Rahoitus	25
4.10 Laskutus	26
4.11 Kilpailutus	26
4.12 Rekisterinpito	27
4.13 Valitusten käsittely	27
4.14 Lääkehuolto	27
4.15 Sairaan kuljetuspalvelujentuottajat	28
4.16 Lääkärihelikopteritoiminta	29
4.17 Hoitolaitosten väliset potilassiirrot	30
4.18 Saariston ensihoito ja sairaankuljetus	31
4.19 Ensihoito poliisijohtoisissa erityistilanteissa	32
4.20 Henkilöstön pätevyysvaatimukset	33
4.21 Tutkinnot	33
4.22 Joukkotilaisuuksien turvallisuussuunnittelu	34
4.23 Maallikkodefibrillaatioiminta	35
4.24 HUS:n valtakunnalliset tehtävät	35
5 Palvelu- ja kustannustasoselvityksen tulokset	36
5.1 Palvelutaso	36
5.2 Kustannustaso	43
5.3 Tulevaisuuden järjestämismalli	45
5.4 Palvelu- ja kustannustasokartoituksen rajoitukset	46

6	Arvio tulevaisuuden ensihoitopalveluun vaikuttavista tekijöistä	47
7	Arvio ensivastetoiminnan tulevasta merkityksestä ensihoito- ja sairaan- kuljetuspalvelujärjestelmässä.....	50
8	Eräiden järjestämis- ja rahoitusvaihtoehtojen pohdintaa.....	51
8.1	Järjestäminen.....	51
8.2	Julkisen ja yksityisten palvelutuotannon tarkoituksenmukainen työnjako	51
8.3	Rahoitus.....	52
9	Selvitysmiehen ehdotukset	55
9.1	Ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden järjestämismalliksi	55
9.2	Ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden rahoitusmalliksi.....	60
9.3	Ehdotus ensivastetoiminnan määrittelemiseksi, kehittämiseksi ja rahoittamiseksi	63
9.4	Muut ehdotukset	66
10	Yhteenveto keskeisimmistä ehdotuksista	78
	Liitteet.....	81
	Liite 1. Haastatellut asiantuntijat	81
	Liite 2. Ohjausryhmän kokoonpano.....	83
	Liite 3. Terveyskeskuksien vastausosuudet palvelu- ja kustannustasokartoitukseen sairaanhoitopiireittäin.....	84
	Liite 4. Ambulanssiasemien riskianalyysiin perustuva sijoittaminen sekä ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasomääritysten olemassaolo kunnissa.....	85
	Liite 5. Terveyskeskuksien ensihoidon vastuulääkäripalvelut sairaanhoitopiireittäin.....	86
	Liite 6. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalveluntuottajien lukumäärät kunnissa sairaanhoitopiireittäin	87
	Liite 7. Kunnan alueella toimivien ambulanssien lukumäärät sairaanhoitopiireittäin.....	88
	Liite 8. Sopimuksellisten ambulanssien lähtövalmiusajat sairaanhoitopiireittäin.....	89
	Liite 9. Ohjeellisten vasteaikojen määrittäminen terveyskeskuksissa sairaanhoitopiireittäin.....	90
	Liite 10. Sairaankuljetus- ja ensihoidotehtävien sekä hoitolaitosten välisten potilassiirtojen määrät v. 2006 sairaanhoitopiiriakohtaisesti.....	91
	Liite 11. Sairaankuljettajien lääkärikonsultaatioiden järjestäminen, konsultaatioiden jakautuminen eri paikkoihin sekä mahdollisuus siirtää 12-kanavainen EKG konsultoitavan lääkärin tulkittavaksi sairaanhoitopiireittäin.	92
	Liite 12. Sairaankuljetukseen ja ensihoitoon osallistuvan henkilöstön määrä toimijasta riippumatta sairaanhoitopiireittäin.....	93
	Liite 13. Kalusto mukaanlukien varakalusto sairaanhoitopiireittäin	94
	Liite 14. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen lääkehuollon järjestäminen sairaanhoitopiireittäin.....	95
	Liite 15. Suuronnettomuusvalmiuden riittävyys kunnissa sairaanhoitopiireittäin.....	96
	Liite 16. Ensihoidon ja sairaankuljetukset tukipalvelut sairaanhoitopiireittäin	97
	Liite 17. Poliisijohtoisten ensihoidon erityistilanteiden järjestäminen terveyskeskuksissa sairaanhoitopiireittäin.....	98
	Liite 18. Sairaanhoitopiirien oman potilassiirtotoiminnan järjestäminen	99

Liite 19. Sairaanhoidopiirien palveluksessa oleva vakituinen henkilöstö	100
Liite 20. Operatiiviset lääkäripalvelut: lääkäri- ja pelastushelikopterit sekä operatiiviset lääkäriyksiköt v. 2006.....	101
Liite 21. Sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja sairaankuljetuksen potilasvalitusten lukumäärät vv. 2004-2006	102
Liite 22. Sairaankuljetuksia koskevat potilasvahinkoilmoitukset	103
Liite 23. Kuntien kustannukset ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta sekä potilassiirroista sairaanhoidopiireittäin.....	104
Liite 24. Kuntien kustannukset (euroa) terveyskeskuksien väestöpohjan suuruuden mukaan.....	105
Liite 25. Sairaanhoidopiirien kustannukset potilassiirroista ja ensihoidosta v. 2006	106
Liite 26. Kelan maksamat sairaankuljetuskorvaukset (euroa) v. 2006	107
Liite 27. Keskeisimpien selvitysmiehen ehdotusten vaikutus palveluiden laatuun, palvelujärjestelmään ja kustannuksiin	108
Liite 28. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämismalli.....	110
Liite 29. Malli sairaanhoidopiirin ensihoidon vastuulääkärin tehtävistä*.....	111
Liite 30. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen järjestämismalli	112
Liite 31. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen luokitusjärjestelmä	113



1 Toimeksianto

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.1.2007 selvitysmiehen hankkeelle Ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden kehittäminen. Selvitystyö sisältyi pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelmaan.

Selvitysmiehen tehtävät:

1. Tehdä selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelu- ja kustannustasosta sairaanhoitopiireittäin. Selvitykseen liittyy kyseisen palvelutason aikaansaamiseksi käytössä olevat resurssit, henkilöstö ja kalusto. Selvityksen pohjalta mallinnetaan palvelutasomäärittämis-/määrittämiset resurssineen;
2. Laatia ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden järjestämisestä koskevaksi malliksi ottaen huomioon käynnissä oleva kunta- ja palvelurakennemuutos, ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämishankkeet Satakunnan, Päijät-Hämeen ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien alueilla sekä sisäasiainministeriön asettaman lääkäri- ja pelastushelikoptereiden hallinnon yhteistyöryhmän ehdotukset;
3. Tehdä ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden rahoitusmalliksi; ja
4. Arvioida ensivastetoiminnan tulevaa merkitystä ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujärjestelmässä ja tehdä tarvittaessa ehdotus ensivastetoiminnan määrittämiseksi, kehittämiseksi ja rahoittamiseksi.

Ahvenanmaa ei kuulunut selvityksen piiriin.

Selvitysmiehen tuli jättää luonnos loppuraportista Sosiaali- ja terveysministeriöön 28.3.2007 ja varsinainen loppuraportti 10.4.2007.

Selvitysmies kutsui tekniseksi avustajakseen ensihoitaja AMK Marko Sorsan Lapin pelastushelikopteri Aslakista.

2 Menetelmät

Selvitysmies tutustui toimeksiannon velvoittamana seuraaviin ensihoidon ja sairaankuljetuksen hankkeisiin asiakirjojen perusteella:

- Satakunnan sairaankuljetuksen alueellinen järjestäminen mukaanlukien 19.2.2007 valmistunut väliraportti
- Päijät-Hämeen ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämishanke
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon järjestämisuunnitelma ja alueelliset hankkeet; Lohjan alue (Hiita-alatyöryhmä), Keski-Uudenmaan alue sekä HYKS-alue
- Sairaan kuljetuksen luvan myöntämistä ja taksan vahvistamista koskevien käytäntöjen kehittämistä selvittäneen (SAKU) työryhmän muistio
- Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän raportti

Näiden lisäksi selvitysmies tutustui Kaakkois-Suomen ensihoitostrategiaan ja sen kustannusvaikutusten arviointiin. Kuntaliitto toimitti kunta- ja palvelurakennemuutostukseen liittyvää aineistoa. Selvitysmies huomioi myös apulaisoikeuskanslerin 19.1.2007 antaman päätöksen sairaankuljetuksen ja ensihoitojärjestelmän kehittämisestä.

Palvelu- ja kustannustason kartoittamiseksi tehtiin kyselytutkimukset, jotka lähetettiin kaikkiin maamme 244 terveyskeskukseen (johtavat lääkärit), 20 sairaanhoitopiiriin (johtajaylilääkärit) sekä 7 operatiiviseen lääkäriyksikköön (vastuulääkärit) Ahvenanmaata lukuunottamatta. Kysymyslomakkeet olivat erilaisia ja ne oli kohdennettu vastaajaryhmän organisaation mukaisesti. Tiedot pyydettiin vuodelta 2006. Vastaamisaikaa näihin kuin kaikkiin muihinkin kyselyihin annettiin enintään neljä viikkoa, mutta kaikki määräajan jälkeen saapuneet vastaukset otettiin mukaan. Ylimääräisenä tehtävänä kartoitettiin saariston sairaankuljetusvalmiuksia maamme 22 pelastusjohtajalle tehdyllä kyselyllä.

Kelalta pyydettiin tiedot ensihoidon ja sairaankuljetuksen Kela-korvauksista sairaanhoitopiireittäin. Lisäksi Kelalta pyydettiin arviota kustannuksista, jotka aiheutuvat korvausanomusten käsittelyprosessista.

TEO:lta ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoilta pyydettiin ensihoitoon ja sairaankuljetukseen liittyvien kanteluiden tietoja sairaanhoitopiireittäin vv. 2004-2006. TEO:lta pyydettiin lisäksi kannanotto koskien henkilöstön pätevyysvaatimuksia. Potilasvakuutuskeskuksesta pyydettiin tiedot potilasvahinkoilmoitusten määristä ja korvatuista potilasvahingoista sairaanhoitopiireittäin vv. 2003-2005. Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunnalta pyydettiin tiedot kuolemaan johtaneista ambulanssi-onnettomuuksista vv. 2000-2006.

Tulevaisuuden tutkimuskeskus toimitti selvitysmiehelle STM:n tilaaman vielä julkaisemattoman loppuraportin Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015. Työministeriöstä pyydettiin arvio EU:n työaikadirektiivin mahdollisista vaikutuksista ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimiviin työntekijöihin.

Selvitysmies päätti syventää näkemystään nykytilan ongelmista ja tulevaisuuden ratkaisumahdollisuuksista 56 asiantuntijan haastattelulla. Haastateltavat asiantuntijat valittiin heidän erityisosaamisensa tai alueellisen tai organisatorisen edustavuuden perusteella. Haastatellut asiantuntijat ovat liitteessä 1. Tämän lisäksi selvitysmies tutustui avustajansa kanssa erillisten käyntien yhteydessä Satakunnan ja Päijät-Hämeen ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämishankkeisiin sekä Lapin ensihoidon ja sairaankuljetuksen erityispiirteisiin.

Toimeksiannosta sekä palvelu- ja kustannustasokartoituksen pohjalta nousivat esille seuraavat selvityskysymykset, joihin annetut ehdotukset pyrkivät joko suoraan tai välillisesti vastaamaan:

- Mikä on ensihoitopalvelun merkitys tulevaisuuden terveydenhuoltojärjestelmässä?
- Mikä on sopiva alue tai väestöpohja järjestää ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut ja kenen toimesta järjestäminen olisi tarkoituksenmukaisinta hoitaa?
- Mikä on tarkoituksenmukainen työnjako julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä?
- Onko ensihoidossa ylipäättään olemassa palvelutasomäärittäjiä, tarvitaanko niitä ja miten palvelutaso tulisi määrittää?
- Voidaanko ja tulisiko hoitolaitosten väliset potilassiirrot eriyttää ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta?
- Mikä on Kelan rooli tulevaisuuden ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden rahoittajana?
- Minkälaisen koulutustaustan omaavia työntekijöitä ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa tarvitaan, mitkä ovat mahdolliset pätevyysvaatimukset sekä mikä on vanhan henkilöstön asema mahdollisten muutosten yhteydessä?
- Tarvitaanko uudistusten toteuttamiseksi lainsäädäntömuutoksia ja jos tarvitaan, niin minkälaisia?

Selvitysmiehen avustaja vastaanotti, tallensi ja jäsenteli palvelu- ja kustannustasokartoituksen tiedot ja selvitysmies suoritti tietojen analysoinnin, johtopäätösten teon ja ehdotusten laadinnat sekä asiantuntijoiden haastattelut.

STM asetti hankkeelle ohjausryhmän, jolle selvitysmies raportoi hankkeen edistymisestä. Ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa. Ohjausryhmän kokoonpano on liitteessä 2.

3 Nykyinen lainsäädäntö

Kansanterveyslain (66/1972) 2 §:n (71/1991) 1 momentin mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle ja 2 momentin mukaan kansanterveystyötä läänin alueella ohjaa ja valvoo lääninhallitus.

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 3 kohdan mukaan kunnan tulee huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuunottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

Sairaan kuljetuksesta säädetään siitä annetussa asetuksessa (565/1994), jossa on muun muassa määritelty ensihoito, sairaankuljetus sekä perustason ja hoitotason sairaankuljetus.

Asetuksen 3 §:n mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on: 1) suorittaa sairaankuljetusajoneuvon ja sen varusteiden käyttöönottotarkastus toimialueellaan; sekä 2) ohjata ja valvoa perustason ja osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n (1309/2003) 1 momentin mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät:

1. hoitamalla toiminnan itse;
2. sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa;
3. olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä;
4. hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta; taikka
5. antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Sairaan kuljetuksesta annetun asetuksen 4 §:n mukaan sairaanhoitopiiriin tehtävänä on ohjata ja valvoa osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 1 §:n 2 momentin (1049/1993) mukaan erikoissairaanhoitolla tarkoitetaan tässä laissa muun muassa lääkinnälliseen pelastustoimintaan kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lain 10 §:n (856/2004) mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan muun muassa huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

Meripelastuslain 1 §:n mukaan lain soveltamisala on merellä vaarassa olevien ihmisten etsiminen ja pelastaminen, heille annettava ensiapu sekä vaaratilanteeseen liittyvän radioviestinnän hoitaminen. Tässä laissa säädetään lisäksi perustason sairaankuljetuksesta merialueilla. Lain 8 §:ssä säädetään valmiusvaatimuksista, että meripelastustoimen

päivystysvalmiudessa olevalla helikopterilla tulee voida suorittaa etsintä- ja pelastustehävään liittyviä perustason sairaankuljetuksia.

Hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä annetun valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) 7 §:n 2 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee erityisesti arvioida muun muassa alueen päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus.

Luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä annetun lain 6 §:n (1092/2002) 1 kohdan mukaan ilman liikennelupaa saa suorittaa sairaankuljetusta valtion, kunnan, kuntayhtymän tai sairaalan hallinnassa olevalla sairausautolla. Lain 6 a §:n (662/1994) mukaan luvanvaraisen henkilöliikenteen harjoittaminen on sallittu joukkoliikenneluvan, linjaliikenneluvan, taksiluvan tai sairaankuljetusluvan nojalla. Lain 9 b §:n (662/1994) 7 momentin ja 9 §:n (622/1994) mukaan sairaankuljetuslupa voidaan myöntää hakijalle, joka hallitsee itseään ja omaisuuttaan, on vakavarainen, hyvämaineinen, ammattitaitoinen sekä muutoinkin henkilönä sopiva harjoittamaan henkilöliikennettä. Lain 8 §:n (662/1994) 4 momentin mukaan sairaankuljetusluvan myöntää se lääninhallitus, jonka alueella liikenteen asemapaikka on.

Sairaan kuljetuksen taksoista annetussa liikenne- ja viestintäministeriön asetuksessa N:o 709/2006 vahvistetaan ylimmät sallitut kuljetusmaksut harjoitettaessa liikennettä sairausautolla.

Suomen perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Lainkohta ilmaisee yleisen yhdenvertaisuusperiaatteen.

Lain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä.

4 Nykyjärjestelmän ongelmat

Nykykyisessä sairaankuljetus- ja ensihoitojärjestelmässä on havaittavissa useita osin vakaviakin ongelmia, joista osa on dokumentoitu jo aiemmin erilaisissa selvityksissä, päätöksissä tai muistioissa. Ongelmat keskittyvät toiminnan järjestämiseen ja ohjaukseen, palvelutasoon, sopimukseen ja rahoitukseen. Kliinisessä toiminnassa eli potilaiden tilanarviossa, hoidossa ja kuljetuksessa ongelmia on huomattavasti vähemmän.

4.1 Lainsäädäntö

Ensihoitoa ja sairaankuljetusta ohjaava lainsäädäntö on monilta osin jäänyt jälkeen, kun itse toiminta on voimakkaasti kehittynyt. Ohjausvastuun jakautuminen terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin kesken on johtanut siihen, että selkeää palvelujen kokonaisuohjausvastuuta ei ole millään taholla. Nykyinen maksulainsäädäntö tukee käytäntöä kuljettaa kaikki potilaat päivystyksiin Kela-korvauksen saamiseksi riippumatta siitä, onko kuljetukseen lääketieteellistä tarvetta vai ei. Lainsäädäntö ei siis selkeästi ohjaa toimintaa ydintehtävään eli potilaan tilan arviointiin ja välittömään hoitoon. Puutteistaan huolimatta nykyinen lainsäädäntö ei kuitenkaan ole aivan niin huono, kuin on viime aikoina annettu ymmärtää, ja jo nykyisen lainsäädännön aikana mm. alueellinen vapaaehtoisuuteen perustuva yhteistoiminta ja ensihoidon vastuulääkäripalveluiden järjestäminen sairaanhoitopiirin kautta on ollut mahdollista. Erikoissairaanhoitolaissa ei ole säädettyä estettä sille, ettei sairaanhoitopiiri voisi sopia kunnan kanssa ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä. Toisaalta vapaaehtoisuuteen perustuva järjestämisvastuun siirto sairaanhoitopiirille ei pidemmällä tähtäimellä sovellu hätätilapalvelun luonteeseen ja pitkäjännitteiseen kehittämiseen, mutta lyhyemmällä aikavälillä se voi toimia siirtymäajan järjestelyinä. Uudistamista kaipaavat ainakin kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, sairaankuljetusasetus, sairausvakuutuslaki, pelastuslaki, hätäkeskuslaki sekä laki luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä.

4.2 Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestäminen

Selvityksen aikana saadut tiedot olivat yhdensuuntaisia sen osalta, että yksittäinen kunta on keskimäärin liian pieni yksikkö järjestämään ensihoitoa ja sairaankuljetusta. Kuntakohtainen palvelujärjestelmä on sirpaleinen ja haavoittuva. Minimiväestöpohjana toiminnan tarkoituksenmukaiselle järjestämiselle voidaan pitää n. 80 000-100 000 asukasta, mikä toteutuu tällä hetkellä vain muutamassa maamme kunnassa. Myös kaksi nykyisistä sairaanhoitopiireistä (Itä-Savo ja Länsi-Pohja) jää selkeästi tämän väestömäärän alapuolelle. Kaikki kunnat eivät suhtaudu järjestämisvastuun velvoitteisiin tarpeeksi vakavasti. Saatujen tietojen mukaan osa pienistä terveyskeskuksista järjestää ambulanssilla taksitasoisia potilassiirtoja Kela-korvauksen saamiseksi ja kunnan itse maksaman valmiuskorvauksen minimoimiseksi, mikä puolestaan voi vakavasti vaarantaa alueen ensihoito-

valmiuden. Terveyskeskus- ja sairaalapäivystyspisteverkoston keskittyessä ensihoidon voimavaroja ei ole vastaavasti lisätty. Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen osallistuvien tahojen lukumäärä on tällä hetkellä aivan liian suuri, jotta palveluita voitaisiin ohjata tarkoituksenmukaisella tavalla. Lähimmän tarkoituksenmukaisimman yksikön käyttö ei läheskään aina toteudu kuntarajojen ja sairaankuljetussopimusten puutteiden vuoksi. Tämä ongelma liittyy nimenomaan pieniin, mutta osittain myös keskisuuriin kuntiin. Palveluntuottajien kanssa tehtyjen sairaankuljetus- ja ensihoitosopimusten laatu on usein heikko ja tästä syystä niiden käyttö toiminnan ohjaustyökaluina vaikeaa.

4.3 Palvelutasomääritykset

Valtaosassa maamme kunnista puuttuu ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasomääritys. Paikalliset sairaankuljetussopimukset määrittävät lähinnä yksiköiden määrän, valmiusajat ja varusteiston sekä henkilöstön kelpoisuusvaatimukset. Palvelutason keskeisiä tekijöitä, kuten lähtövalmiusaikaa ja potilaan tavoittamisaikaa eri kiireellisyysluokan tehtävissä, ei ole määritetty. Alueen ainoan ambulanssin lähtövalmiusaika hätätilanteisiin voi olla virka-ajan ulkopuolella jopa 15-30 min.

Esimerkki 15 min lähtövalmiusajasta: Hätäkeskus hälyttää kotipäivystyksessä olevan ambulanssin rintakipupotilaan luokse. Sairaankuljettaja A lähtee 5 min kuluttua hälytyksestä hakemaan sairaankuljettajaa B hänen kotoaan. Haku tapahtuu hälytysajona ja ajon alkaessa sairaankuljettaja päivittää statuslaitteesta yksikön matkalle. Sairaankuljettaja B on haettu ja ambulanssi valmiina matkaan potilaan luokse 13 min kohdalla. Koska ambulanssin lähtövalmiusajan rekisteröivää statuslaitetta on käytetty väärin, tallentuu tilastoihin 5 min liikkeellelähtöaika, kun se todellisuudessa on ollut 13 min.

Ambulanssiasemien sijoittaminen ei myöskään ole yleensä perustunut riskianalyysiin vaan ennemminkin kyseisenä aikana saatavilla olleisiin kiinteistöihin. Vertailun vuoksi todettakoon, että palvelutasomääritykset ovat laadullisesti kehittyneemmät pelastustoitmissa (Toimintavalmiusohje, Sisäasiainministeriön julkaisuja 2003 A:71). Kunnat eivät ole pääsääntöisesti huomioineet ensihoitopalvelujen tarpeen huomattavaa lisääntymistä tiettyinä vuodenaikoina kesämökkikunnissa ja Lapin hiihtokeskuksissa vaan palveluiden tarjonta on sama läpi vuoden. Toisaalta näiden kuntien taloudelliset edellytykset palvelutason kausiluonteiseen lisäämiseen voivat olla huonot.

4.4 Julkisen ja yksityisten palvelutuotannon työnjako

Tällä hetkellä ei ole olemassa selkeää työnjakoa julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä. Työnjako määräytyy yksittäisten kuntien tekemien kilpailutuksen tuloksena syntyvien sairaankuljetussopimusten tai viime kädessä hätäkeskuksen tilannekohtaisen päätöksen perusteella. Järjestelmä on työnjaon kannalta sekava ja helposti haavoittuva, ja työnjaon määrittäminen on aiheellista toiminnan pitkäjännitteisen kehittämisen tur-

vaamiseksi, palvelujen ohjauksen parantamiseksi ja ensihoitoon liittyvien viranomais-tehtävien asianmukaiseksi hoitamiseksi. Myös eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon kiinnittää huomiota julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseen työnjakoon. Ensihoito kuuluu perustehtävänä ja toiminnan luonteensa vuoksi julkishallinnon ydintoimintoihin, joiden on toimittava aina ympäri vuoden ja vuorokauden normaalioloista poikkeusoloihin saakka. Ylläpitääkseen kansalaisten perusturvallisuutta äkillisissä hätätilanteissa tasapuolisesti ja varmasti on julkisella sektorilla oltava keskeinen rooli palvelutuotannon kokonaisuudessa.

4.5 Ensihoidon vastuulääkäritoiminta

Tällä hetkellä sekä kunnat että sairaanhoitopiirit ylläpitävät osin päällekkäistä ensihoidon vastuulääkärijärjestelmää. Vastuulääkäreiden osaamistaso ja käytettävissä oleva työaika vaihtelevat huomattavasti. Pääsääntöisesti työaika on aivan liian vähän. Vastuulääkärin poissa ollessa ei hänelle ole nimettyä sijaista, johon hätäkeskus ja palveluntuottajat voisivat olla yhteydessä. Ongelmat keskittyvät selkeästi terveyskeskuksiin, mutta samantyyppisiä ongelmia on myös muutamassa sairaanhoitopiirissä. Selvitysmiehen mielestä vastuulääkärin tehtävien määrittely ei edellytä valtakunnallista ohjeistusta, mutta paikallinenkin määrittely monilla alueilla puuttuu. Vastuulääkärien työtä vaikeuttaa ensihoidon tietojärjestelmien puuttuminen tai puutteellisuus sekä se, että vastuulääkärillä ei ole oikeutta hätäkeskuksen terveystietoihin. Tietoon perustuvan johtamisen ja kehittämisen toteuttaminen on kohtuuttoman vaikeaa tai jopa mahdotonta.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtiin kartoitus ensihoidon vastuulääkäreiden toimintaedellytyksistä. Kartoitus oli osa Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinnäytetyötä (Sami Suonpää 2006, Turun yliopisto). Kyselyyn vastasi 16 terveyskeskuksen ja yksi aluesairaalan ensihoidon vastuulääkäriä. Vastaajien vastuuväestö edusti 89% koko sairaanhoitopiirin asukasluvusta. Selvityksessä havaittiin, että vastuulääkäreille oli varattu tehtävien hoitamiseen riittämättömästi työaika ja voimavaroja. Vain kolmasosa koki omaavansa riittävät valmiudet tehtävän hoitamiseen. Henkilökohtaisen kiinnostuksen aste sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon oli vähäinen tai sitä ei ollut ollenkaan 65%:lla vastaajista. Kaksi kolmasosaa vastuulääkäreistä oli valmis siirtämään ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisvastuun kunnilta joko sairaanhoitopiirille tai jollekin muulle yksittäistä kuntaa laajemmalle taholle.

4.6 Ensivastetoiminta

Terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole mainintaa ensivastetoiminnasta eikä siihen liittyvistä vastuista ja velvoitteista. Terveysviranomaisella, tai millään muullakaan viranomaisella, ei ole selkeää ohjausvastuuta toiminnasta. Suuremmissa kaupungeissa ensivastetoiminta on vakituisen pelastuslaitoksen osalta yleensä sisällytetty sairaankuljetussopimukseen, mutta VPK:ien osalta tilanne on kirjava. Ensivastetoiminnan sisällä

on kaksi eri tasoa; vakituisen pelastuslaitoksen ensivastetoiminta, jossa henkilöstö (tai osa siitä) on suorittanut pelastajatutkinnon ja VPK:n ensivastetoiminta, jossa tähän toimintaan osallistuva henkilöstö on suorittanut ensiauttajakoulutuksen. Muutamissa kunnissa ensivastetehtävään on voitu lähettää ensihoitoon perehdyttämätön terveyskeskuksen hoitaja VPK:n kuljetusautolla tai taksilla, mitä ei voida pitää asianmukaisena.

Ensivasteyksikön hälytysaiheet, kuten yhteen ensivastelähtöön osallistuva henkilömääräkin, voivat huomattavasti vaihdella eri kunnissa. Vakituisen pelastuslaitoksen ensivastelähtö on järkevää toteuttaa normaalilla pelastusyksikön miehityksellä, mutta jos VPK:n ensivastelähtöön lähtee viisi henkilöä kahden asemasta, on sillä suoranainen vaikutus kustannuksiin hälytyskorvausten kautta. Toiminnasta aiheutuvien kustannusten jaossa terveystoimen ja pelastustoimen välillä on maassamme useita käytäntöjä. Ensivasteyksiköitä on myös alettu käyttää ambulanssin tukiyksiköinä vaikka ambulanssin tiedettäisiin tavoittavan potilaan ensimmäisenä. Tukiyksikkötehtävät laskutetaan kuitenkin ensivasteenimikkeellä. Tukiyksiköiden käytöstä ei ole olemassa mitään tutkittua tietoa, ja on vaara, että niiden käyttö laajenee hallitsemattomasti.

4.7 Hätäkeskustoiminta

Hätäkeskustoimintaan liittyviä ongelmia käsitellään tässä yhteydessä vain rajoitetusti ja pääosa hätäkeskusuudistukseen liittyvistä ongelmista on tarkastelun ulkopuolella.

Lääninlääkärit ovat valvontakirjeellään v. 2006 huomauttaneet sairaankuljetuspalvelujen tuottajia siitä, että palveluntuottajat eivät saa ottaa vastaan suoraan kansalaisilta tulevia avunpyyntöjä vaan ne tulee ensin ohjata hätäkeskukseen asianmukaisen riskinarvion tekemistä varten. Valvontakirjeestä huolimatta eräät palveluntuottajat jatkavat ilmoitusten käsittelyä ja vastaanottoa. Hätäkeskuslaissa ei ole mainintaa siitä, voiko joku muu organisaatio hätäkeskuksen lisäksi ottaa vastaan ilmoituksia suoraan kansalaisilta.

Ainakin osaa hätäkeskuksia työllistää hoitolaitosten välisten potilassiirtojen välityspalvelu, mikä ei varsinaisesti kuulu hätäkeskuksien tehtäviin. Välitystoiminta häiritsee perustehtävän toteuttamista ja aiheuttaa hätäkeskuksille kustannuksia, mutta ei tuo tuloja. Vastuu välityspalvelun ylläpitämisestä kuuluisi joko hoitolaitoksille tai sairaankuljetuspalveluntuottajille niiden keskinäisten sopimusten perusteella. Hätäkeskukset kokevat ongelmalliseksi sen, että haja-asutusalueiden palveluntuottajat myyvät palveluaan sekä ensihoitovalmiuteen että terveyskeskuksien ja sairaaloiden potilassiirtoihin. Tämä voi johtaa siihen, että päiväsaikaan suuret alueet maakunnassa ovat ilman yhtään päivystävää ambulanssia niiden sitoutuessa kiireettömään potilaskuljetukseen oman päivystysalueensa ulkopuolelle, esimerkiksi potilaan noutoon keskussairaalasta oman kunnan terveyskeskukseen.

Hätäkeskuksen asiantuntijat ovat kokeneet useista alueen kunnista tulevan erilaisen ohjeistuksen merkittäväksi ongelmaksi ja toivoneet ohjeistuksen keskittämistä yhdelle toimijalle. Kunnista ei ole saatu riittävästi asiantuntemusta hätäkeskustoiminnan ohjeistamiseen ja tukemiseen.

Terveysviranomainen (ensihoidon vastuulääkäri) tarvitsee hätäkeskuksessa terveystoimen ilmoituksissa syntyvää tilastotietoa toiminnan ohjauksen ja suunnittelun tueksi.

Hätäkeskuslaitos on kuitenkin tulkinnut hätäkeskuslain 7-9 pykälää siten, että tietoja ei voi antaa terveystoimialalle. Vertailun vuoksi todettakoon, että poliisi- ja pelastusviranomaiset saavat oman toimialansa tiedot. Nykytilan syntyminen ei liene ollut lainsäätäjän alkuperäinen tarkoitus. Myöskään hätäkeskuksen ELS-tietojärjestelmän etäkäyttöä ei ole tehty terveystoimialalle mahdolliseksi.

Hätäkeskuksen ELS-tietojärjestelmässä on terveystoimen kannalta lukuisia puutteita, jotka haittaavat neliportaisen riskinarvion, tarkoituksenmukaisimpien yksiköiden valinnan, hälyttämisen ja puhelinohjauksen suorittamista sekä terveystoimen hallinnollisten tarpeiden toteuttamista. Järjestelmän puutteellisuuden lisäksi sen käyttäminen on hidasta ja monivaiheista, mikä osaltaan lisää kriittisen toiminnan virhemahdollisuuksia.

Hätäkeskuspäivystäjien kelpoisuusvaatimuksista on jouduttu tinkimään hätäkeskuspäivystäjätalouden vuoksi. Tästä on ollut seurauksena palvelutason lasku osassa hätäkeskuksia. Poliisin kelpoisuus hätäkeskuspäivystäjän tehtävään oli tarkoitettu alun perin koskemaan vaihtetta, kun poliisin vanhojen hätäkeskusten toiminta päättyi. Siellä toimineille poliisipäivystäjille turvattiin mahdollisuus siirtyä uusiin hätäkeskuksiin vanhoina työntekijöinä.

Hätäkeskuksia ei varsinaisesti valvo hätäkeskuslaitoksen keskusjohtoon lisäksi mikään ulkopuolinen viranomainen (vrt. TEO:n rooli terveydenhuollossa). Tämä on johtanut epätarkoituksenmukaiseen käytäntöön, jossa hätäkeskuksen tehtyä vakavan virhearvion terveystoimen ilmoituksen käsittelyssä potilaan tai omaisen ainoa tie ajaa asiaansa on rikosoikeudellinen. Potilasvahinkolaki ei koske hätäkeskuksessa terveystoimen ilmoitusten käsittelyssä tapahtuneita vahinkoja. Nykytilanteessa hätäkeskuspäivystäjä hälyttää ajoittain ambulanssin turhaan rikosoikeudellisen prosessin pelossa. Joissakin hätäkeskuksissa hyödynnetään poliisin varorekistereitä myös terveystoimen ilmoitusten käsittelyssä, mikä on potilaan ja avunpyytäjän oikeudellisen aseman kannalta kyseenalaista.

4.8 Liikennelupa

Yksityiset sairaankuljetusyrietykset ovat lääninhallitusten tarveharkintaisten liikennelupien alaisia. Liikennelupakäytäntöä on kritisoitu vanhanaikaiseksi, koska se ei huomioi terveydenhuollon tarpeita riittävän hyvin; mm. toiminnasta vastaavalta ei edellytetä terveydenhuoltoalan tutkintoa. Osassa lääninhallituksia lupa-asiat käsitellään edelleen liikenneosastolla eikä sosiaali- ja terveysosastolla. Lupalausunnot työllistävät eri viranomaisia huomattavasti etenkin Etelä-Suomessa. Hyvänä puolena liikenneluvissa on pidetty tarveharkintaista, mitä puolestaan ei ole laissa yksityisestä terveydenhuollosta. Osa yrityksistä on käsittänyt, että pelkkä luvan myöntäminen oikeuttaisi yrityksen saamaan tehtäviä hätäkeskukselta ja sopimuksen terveyskeskukselta. Todellisuudessa lupa vain mahdollistaa sen, että terveyskeskus tai sairaanhoitopiiri voi halutessaan tehdä sopimuksen yrityksen kanssa normaalin hankintamenettelyn jälkeen.

Lupaviranomaisen mahdollisuuksia puuttua epäasianmukaiseen luvanvaraiseen toimintaan ei ole määritetty. Nopeaa sanktiomahdollisuutta ei ole olemassa tilanteisiin, joissa havaitaan vakavia puutteita vaan yleensä joudutaan odottamaan oikeuden pää-

töstä asiasta. Vertailun vuoksi todettakoon, että lääninhallituksen myöntämän ravintolan anniskeluluvan valvonta ja tarvittaessa tapahtuva peruttaminen on mahdollistettu säädöksissä huomattavasti paremmin kuin sairaankuljetusluvan. Osa yrityksistä jättää ilmoittamatta lääninhallitukseen toiminnassa tapahtuvat oleelliset muutokset tai sen, että toimintaa ei aloiteta ollenkaan.

4.9 Rahoitus

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen rahoitusjärjestelmä on kolmikanavainen (Kela, kunnat ja potilaan omavastuu). Tietyillä maamme alueilla toiminta on selkeästi alibudjetoitu ja rahoitusvaje liittyy kuntien osuuteen. Toisaalta monikanavaisuudesta johtuen kuntien on vaikea saada käsitystä siitä, mitkä ovat palvelun todelliset kokonaiskustannukset. Tätä vielä osaltaan vaikeuttaa se, että suurimmassa osassa kuntia Kela-korvauksen perii palveluntuottaja eikä terveyskeskus. Kelan kuljetusperustaista rahoitusta on kritisoitu, koska se ei huomioi potilaan tilanarviota ja hoitoa, jotka ovat keskeisessä asemassa kokonaispalvelussa. Toisaalta Kelan korvausten etuna on se, että raha on korvamerkitty ensihoitoon ja sairaankuljetukseen. Sairausvakuutuskorvausten osalta on toisaalta huomioitava, että korvattava raha on vakuutettavan rahaa, eikä sillä voida budjetinomaisesti järjestää palveluita, oli palveluiden järjestäjä kuka tahansa. Historiallisten syiden vuoksi Kela korvaa myös jo hoitolaitokseen hakeutuneiden sisäänkirjoittamattomien potilaiden siirrot ”jatkokuljetuksina”. Käytäntö on perua ajalta, jolloin vakavasti sairastunut tai vammautunut potilas kuljetettiin ensin lähimpään terveyskeskukseen, jonka jälkeen hänet siirrettiin aluesairaalaan ja lopulta keskus- tai yliopistosairaalaan. Niin kauan kuin terveyskeskuksilla ja sairaaloilla itsellään ei ole kustannusvastuuta sisäänkirjoittamattomien potilaiden siirroista, ei myöskään ole riittävää painetta kehittää potilaiden hoitonojasta siten, että hoitopaikka valittaisiin jo ambulanssissa ensimmäisellä kerralla oikein mahdollisimman monessa tapauksessa. Kela korvaa harkinnanvaraisesti myös ilma-alusten käyttöä sairaankuljetuksessa. Huolimatta korvausanomusten pienestä määrästä, anomusten käsittely on poikkeuksellisen työlästä. Korvaukset yksityisen helikopterin käytöstä on määritetty STM:n asetuksessa 1337/2004 ja rajavartiolaitoksen helikopterin käytöstä SM:n asetuksessa 1118/2004. Asetusten määrittämät korvaukset ovat erisuuruisia ja näin ollen Kelan maksaman korvauksen suuruus riippuu siitä, käytetäänkö tehtävään yksityistä vai rajavartiolaitoksen helikopteria.

Osa terveyskeskuksista rahoittaa toimintaa antamalla sairaankuljetusyksiköille korvauksetta lääkkeitä, hoitotarvikkeita, hapen, VIRVE-puhelimet ja joissain kunnissa myös päivystystilat. Nämä kustannukset eivät tiliöidy ensihoidon kustannuksiin. Tällainen menettely voi olla toiminnallinen paikallinen ratkaisu, mutta johtaa siihen, että ensihoidon kokonaiskustannuksista ei saada käsitystä.

4.10 Laskutus

Monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä laskutus on työllistävää ja selkeitä lisäkustannuksia aiheuttavaa. Kelan 1.1.2007 käyttöönottama suorakorvausmenettely on helpottanut palveluntuottajien tekemää laskutusta, mutta Kelassa työmäärä on entinen. Sairausvakuutuslain mukaisten matkojen korvaaminen perustuu vakuutettukohtaiseen matkan korvaamiseen, minkä vuoksi matkakorvaukset joudutaan käsittelemään henkilötunnuksittain matkakohtaisesti. Sähköisen laskutuksen käyttöönotto olisi merkittävä laskutusprosessia rationoiva menetelmä, mutta Kela on suunnitellut sen käyttöönottoa vasta v. 2009. Kelan sisäisten käsittelykustannusten on Kelan oman ilmoituksen mukaan arvioitu olevan n. 570 000 eur/v, joista henkilöstökustannusten osuus on 354 000 eur/v. Todellisuudessa kustannukset lienevät vielä arviomäärää suuremmat.

Kaakkois-Suomen ensihoitostrategiassa käytetyn mallin mukaan selvitysmiehen laskema valtakunnallinen arvio palveluntuottajille aiheutuvista Kelan laskujen käsittelykustannuksista on n. 777 000 eur/v.

Potilaan omavastuuosuuden perimiseen voi liittyä merkittäviä ongelmia ja kustannuksia.

Eräässä eteläsuomalaisessa sairaankuljetusyriyksessä tehtiin otanta marraskuun 2006 omavastuuosuuksien perimisestä. Ajanjaksolla oli 961 omavastuullista kuljetusta, joista lähetettiin lasku potilaan kotiosoitteeseen. Ensimmäisen laskun perusteella omavastuun maksoi 802 potilasta (83%). Muistutuksen jälkeen maksuosuus nousi 91%:iin (872 potilasta). Muistuksesta huolimatta omavastuuosuutta ei koskaan maksanut 89 potilasta (9%) eikä maksua katsottu tarkoituksenmukaiseksi periä perintätoimiston kautta.

Eräässä suuressa kaupungissa laskutettiin v. 2006 potilaan omavastuuosuus 21 150 Kelakorvattavasta tehtävästä. Ensimmäisen laskun perusteella omavastuun maksoi 16 131 potilasta (76%). Muistutuksen jälkeen maksuosuus nousi 79%:iin (16 648 potilasta). Perintätoimistolle ohjattiin ne 4502 laskua, joita ei maksettu muistutuksesta huolimatta. Yhdestä omavastuuosuuden perimisestä aiheutunut laskutuskustannus oli 4,46 eur, kun lasku maksettiin ensimmäisellä kerralla ja siitä ei tarvinnut muistuttaa. (Valtakunnallisesti tämä tarkoittaisi, että omavastuuosuuden perimisestä aiheutuu n. 2 050 000 euron kustannukset vuosittain).

Arvio palveluntuottajille ja Kelalle aiheutuvista korvauskäsittely- ja laskutuskustannuksista on yllämainituin laskentaperustein koko maassa yhteensä n. 3 400 000 eur/v.

4.11 Kilpailutus

Sairaan kuljetus ja ensihoitopalvelujen kilpailuttamiseen on liittynyt lukuisia ongelmia. Useat kilpailuttamiset ovat päättyneet pitkäkestoisiin valitusprosesseihin. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen kilpailuttamiseen liittyvien ongelmien määrä on ollut vähäisempi. Ensihoitopalvelun luonteen (jatkuva valmius, kiireellisyys, potilas- ja työturvallisuus sekä osaaminen) vuoksi kilpailuttaminen edellyttää korkeatasoista osaamista ja

suurimmat ongelmat ovatkin olleet tarjouspyynnöissä. Hinnan osuus tarjousten vertailussa laatuun nähden on ollut selkeästi ylikorostunut. Ensihoitopalvelun kehittäminen huomattavine kalusto- ja kiinteistöinvestointeineen (alueellinen ja hajautettu palvelupisteverkosto) edellyttää pitkäjänteisyyttä, mikä tulisi huomioida ennen kilpailuttamispäätöstä. Mikäli palveluntuottaja häviää kilpailutuksen, voidaan ambulanssit siirtää jollekin muulle alueelle edellyttäen, että siellä voitetaan toinen tarjouskilpailu, mutta alueellinen palvelupisteverkosto investointeineen jää entisen palveluntuottajan tappioksi. Päinvastoin kuin moniin muihin palveluihin ensihoitoon kilpailuttaminen on ainakin toistaiseksi soveltunut poikkeuksellisen huonosti.

4.12 Rekisterinpito

Rekisterinpito on noussut ajankohtaisesti esille suunniteltaessa ensihoidon sähköisten potilaskertomusten käyttöönottoa. Tietosuojavaltuutetun toimiston tulkinnan pohjalta Helsingin kaupungissa v. 2006 tehdyn ennakkopäätöksen mukaan jokainen palveluntuottaja on oma rekisterinpitäjä myös ensihoidon sähköisissä potilaskertomuksissa. Useampien palveluntuottajien järjestelmässä tämä aiheuttaa huomattavia vaikeuksia alueellisen tietojärjestelmän käyttöönotolle ja asianmukaiselle hyödyntämiselle. Osa kunnista ja palveluntuottajista on ilmoittanut, että sähköistä potilaskertomusta ei tulla ottamaan käyttöön valtioneuvoston periaatepäätöksestä huolimatta ennen kuin rekisterinpito on siirretty alueelliselle toimijalle. Nykytilannetta ei voida myöskään pitää (häätätila)potilaan edun mukaisena.

4.13 Valitusten käsittely

Koska potilasvalitukset jakaantuvat terveyskeskuksen, sairaanhoitopiirin sekä palveluntuottajien kesken, millään taholla ei ole kokonaiskäsitystä valitusten määrästä ja laadusta. Osa palveluntuottajista käsittelee itsenäisesti ilman vastuulääkärin osallistumista myös sen tyyppisiä valituksia (avun saapumisen viivästyminen, kuljettamatta jättämiseen liittyvät ongelmat), joissa terveysviranomaisen kannanotto olisi välttämätön. Tiedusteltaessa valitusten vuosittaisia määriä, on vastauksena usein ”vain muutamia”, ja tarkkoja lukumääriä ei tilastoinnin puuttuessa pystytä ilmoittamaan. Osa terveyskeskuksesta ilmoitti kyselytutkimuksen lisätietona, että puhelimitse vastaanotettuja valituksia ei lasketa valituksiksi eikä niitä rekisteröidä. Onkin ilmeistä, että valitusten todellinen määrä voi olla merkittävästi suurempi kuin tilastoitu määrä.

4.14 Lääkehuolto

Ensihoidon lääkehuollon järjestämisessä, lääkkeiden toimittamisessa ja kustannusten korvaamisessa on olemassa lukuisia erilaisia käytäntöjä. Käytännöt vaihtelevat jopa sa-

man sairaanhoitopiirin alueella perustuen kuntien ja sairaankuljetuspalveluntuottajien välisiin sopimuksiin. Jotkut terveyskeskukset ovat sopineet erillisen menettelyn kalliiden lääkkeiden, esimerkiksi sydäninfarktin liuotushoidossa käytettävät lääkkeet, korvaamiseksi. Joissakin tapauksissa sairaankuljetusyksiköille annetaan korvaava lääkeannos potilaan vastaanottavasta hoitolaitoksesta, jolloin kyseinen kuluerä ei näy ensihoidon kustannuksissa. Koska lääkehuollon järjestäminen on hajautettu, ei yksittäiselle terveyskeskuksen tai sairaalan apteekille kerry riittävää osaamista sairaalan ulkopuolisen ensihoidon lääkehuollon erityispiirteistä. On ilmeistä, että lääkehuollon käytäntöjä yhtenäistämällä voitaisiin saavuttaa merkittäviä etuja kustannusten, lääkehuollon laadun ja lääkkeiden toimittamisen turvallisuuden osalta.

4.15 Sairaankuljetuspalveluntuottajat

Yksityiset sairaankuljetusyrietykset ovat pääsääntöisesti säilyneet 1-3 ambulanssin pieninä yrityksinä, vaikka muissa toimintaan osallistuvissa organisaatioissa on tapahtunut keskittämisen kautta merkittävää yksikkökoon kasvua. Alan sisällä käsitykset toivottavasta tulevaisuudentilasta yrityskoon suhteen ovat ristiriitaisia. Jokainen pienikin yritys joutuu ylläpitämään infrastruktuuria mm. henkilöstöhallintoon, laskutukseen, täydennyskoulutukseen ja ajoneuvo- ja lääkintälaittehuoltoon. Isot kansainväliset sairaankuljetuspalveluita tuottavat yritykset eivät ole saaneet merkittävää jalansijaa Suomessa. Eräissä kunnissa yksityiset yritykset eivät saa mitään korvausta peruuntuneista kuljetuksista, vaikka tehtävät olisivat tulleet hätäkeskuksen kautta ja ne aiheuttaisivat yritykselle selkeitä kustannuksia. Samoin yrittäjät ovat joutuneet investoimaan uuteen kalliiseen laiteteknologiaan, ja usein näitä investointeja ei ole millään lailla huomioitu sairaankuljetussopimuksen perusteella maksettavissa korvauksissa. Useissa sairaankuljetusyrietyksissä merkittävä osa kokonaistyötunneista teetetään keikkatyöntekijöillä, jotka eivät välttämättä saa riittävää perehdytystä tehtäviin ja jotka ovat kokonaan täydennyskoulutuksen ulkopuolella. Pelastuslaitosten ilmoituksen mukaan ne joutuvat enenevässä määrin antamaan korvauksetta apua yksityisille sairaankuljetusyrietyksille tilanteissa, joissa sairaankuljettajat eivät jaksaa siirtää potilasta. Osa yrityksistä ottaa muun toiminnan ohella vastaan turvapuhelintehtäviä. Turvapuhelintehtävien vastaanottoon ja itse tehtävien hoitoon liittyvä ohjeistus ja vastuukysymykset eivät ole selkeitä.

Useat tahot ovat olleet siirtämässä yksityistä sairaankuljetusta lakiin yksityisestä terveydenhuollosta, mutta Sairaankuljetusliitto on itse katsonut, että nykyinen liikennelupakäytäntö tarveharkintoineen on hyvä säilyttää. Yrittäjät kokevat kuitenkin ongelmaksi sen, että nykyinen liikennelupakäytäntö ei edellytä toiminnasta vastaavalta henkilöltä terveydenhuollon ammattihenkilöyttä eikä yrittäjäkurssin suorittamista.

Tietyissä pelastuslaitoksissa ensihoidolla ja sairaankuljetuksella ei ole riittävän itsenäistä asemaa organisaation sisällä, jotta toimintaa voitaisiin johtaa ja kehittää tehokkaalla tavalla. Lääkintäyksiköiden päälliköille ei ole delegoitu taloudellista toimivaltaa ja mm. lääkintälaittehankinnoista voi päättää tekninen toimiala. Eräissä tapauksissa palveluntuottaja on ottanut itselleen terveysviranomaiselle kuuluvaa ohjausvastuuta. Ongelma on liittynyt hallintorakenteisiin sekä paikallisen terveysviranomaisen passiivi-

suuteen. Lääkintäyksiköiden esimiehinä toimivien henkilöiden johtamiskoulutustausta on varsin kirjava. Osassa pelastuslaitoksia perustason sairaankuljettajat ovat olleet systemaattisen täydennyskoulutuksen ulkopuolella koulutuksen kohdentuessa hoitotason henkilöstöön, mikä on voinut johtaa ns. kahden kerroksen väki –ilmiöön. Monialaorganisaatiossa, kuten pelastuslaitoksissa, eri toimintoja tulisi kehittää synkronisesti ja tasapainoisesti, mutta huomioiden kunkin osatoiminnon erityispiirteet ja palvelusopimuksien velvoitteet.

4.16 Lääkärihelikopteritoiminta

Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta on osoittautunut tarpeelliseksi Suomen olosuhteissa. Tästä huolimatta se on ollut rahoitusvaikeuksissa toiminnan aloittamisesta lähtien. Toiminta on järjestetty useiden partnereiden toimesta monimutkaisella ja epävarmalla tavalla. Voimakkaat paikalliset intressit ovat ohjanneet toimintaa, mikä on vaikeuttanut potilaiden tasa-arvoisen aseman saavuttamista valtakunnallisesti. Sairaanhoidopiirien otettua vastuun lääkintäpalveluista on tilanne parantunut lääkintäpalvelun osalta ja toiminta on nivoutunut kiinteäksi osaksi muuta ensihoitopalvelua. Myös erikoistuvien lääkäreiden ohjaus on parantunut, mutta se ei ole vielä edes tyydyttävällä tasolla kaikissa yksiköissä. Sairaankuljettajien konsultaatioiden keskittäminen helikopterin päivystävälle lääkärille ei ole toteutunut tarkoituksenmukaisella tavalla HUS-alueella lukuunottamatta. Muissa helikopteriyksiköissä hoidettujen konsultaatioiden määrät ovat varsin vaatimattomia niiden todelliseen tarpeeseen nähden.

Lentotoiminnan rahoitus on ollut lyhytjänteistä, mikä on vaikuttanut lento-operaattoreiden sitoutumiseen ja edelleen lentotoiminnan kehittämiseen. Samoin lukuisat välitusprosessit eri oikeusasteissa ja varainhankintaan liittyneet epäselvyydet sekä niiden käsittely mediassa ovat huomattava rasite toiminnalle. Tukiyhdistykset eivät omalta osaltaan ole pystyneet asianmukaisesti järjestämään vuositasolla n. 12 milj. eur maksavan helikopterikuljetuspalvelun laadunvalvontaa, mikä on osaltaan heikentänyt ensihoitopalvelun luotettavuutta. Tukiyhdistyksillä ei ole riittävää ammattitaitoa ja intressiä valvonnan riippumattomaan suorittamiseen. Tukiyhdistyksillä ja lento-operaattoreilla on taloudellinen intressi etsintätehtävien suorittamiseen, mutta ensihoitojärjestelmän yksikön käyttäminen em. tehtävän hoitamiseen ei ole tarkoituksenmukaista. Huolimatta tukiyhdistyksiin liittyvistä lukuisista ongelmista, ovat ne osaltaan arvokkaalla työllään mahdollistaneet lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan jatkumisen. Yhteiskunnan kokonaisrahoituksen realisoituessa tukiyhdistysten rooli perustoiminnan rahoituksessa päättyy.

Kaikkien nykyisten tukikohtien sijainti ei välttämättä ole optimaalinen palveluiden tarpeeseen nähden. TAYS-piirin ERVA-alueen helikopteritukikohta ja ainoa päivystävä ensihoitolääkäri sijaitsevat Vaasassa ja eivät ollenkaan palvele Tampereen alueen suurta väestökeskittymää. Aslakin tukikohdan säilyttämiseksi tai siirtämiseksi Sodankylästä on esitetty näkökohtia puolesta ja vastaan. Ilmari on siirtymässä Joroisiin. Nykyiset kuusi helikopteria eivät kata koko maata. Peittävyden ulkopuolelle jäävistä alueista Kaakois-Suomea on pidetty erityisen ongelmallisena huomioiden maantieliikenteen pää-

väylillä tapahtuvat vakavat liikenneonnettomuudet. Osassa tukikohdista toimitilat ovat ala-arvoisessa kunnossa ja edellyttävät pikaista saneerausta.

4.17 Hoitolaitosten väliset potilassiirrot

Hoitolaitosten väliset potilassiirrot eroavat huomattavasti toiminnan sisällön, vaativuuden ja vastuukysymysten suhteen ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta, mutta siitä huolimatta niitä ei ole valtakunnallisesti eriytetty omaksi toiminnaksi. Yksi toiminnan suurimmista haasteista on paluukuljetusten tarkoituksenmukainen hyödyntäminen, mikä ei tule toteutumaan ilman alueellisen logistiikan kehittämistä. Paluukuljetusten hyödyntäminen kasvattaa toiminnan kustannustehokkuutta merkittävästi. Tehokasta yksiköiden käyttöä estää myös se, että ambulanssien sijaintia ei tiedetä, koska paikannusjärjestelmiä ei yleisesti käytetä. Siirtoja tilaavat hoitolaitosten osastot ja muut yksiköt eivät tunne potilassiirtojen luokitusjärjestelmää, mikä vaikeuttaa yhteistoimintaa. Etenkin vuodeosastojen siirrot ajoittuvat alkuiltaan päivään ja muodostavat kuormitushuipun, johon on lähes mahdotonta vastata. Logistiikan suunnitteluyhteistyötä siirtoja tilaavien ja tuottavien yksiköiden välillä ei käytännössä ole. Useamman matalariskisen potilaan samanaikaiseen kuljetukseen käytettäviä ajoneuvoja ei yksittäisiä poikkeuksia lukuunottamatta ole käytössä, ja näin ollen yhden potilaan siirto sitoo aina kaksi henkilöä; kuljettajan ja hoitajan. Kustannushyötysuhdetta voitaisiin parantaa, jos erikoisajoneuvo voisi kuljettaa esimerkiksi kaksi matalariskistä paripotilasta ja kaksi istuvaa potilasta samalla kertaa yhden hoitajan valvomana.

Osassa sairaaloita sisäänkirjoittamattomat potilaat ovat eriarvoisessa asemassa muiden potilaiden kanssa, koska sairaaloiden potilassiirtosopimukset eivät suoranaisesti koske tätä potilasryhmää. Sisäänkirjoittamattomat potilaat, joiden siirroilla on keskimäärin useammin lääketieteellinen kiire, voivat joutua odottamaan siirron toteutumista kohtuuttoman kauan palvelusopimusten tulkintojen vuoksi. Ongelma ei poistune ennen kuin kustannusvastuu sisäänkirjoittamattomien potilaiden siirroista on samanlainen kuin sisäänkirjoitettujen.

Täysin riskittömiin vuodepotilaiden kuljetuksiin ei ole olemassa välimuotoa invataksin ja ambulanssin välillä joitakin alueellisia poikkeuksia lukuunottamatta.

Esimerkki: Terveyskeskuksen vuodeosastolla oleva pitkäaikaispotilas lähetetään suunnitellusti aluesairaalaan kuvantamistutkimukseen. Potilaan tilaan ei liity minkäänlaista lääketieteellistä riskiä. Koska paareilla varustettuja potilaskuljetusautoja tai paritakseja ei järjestelmässä Satakunnan aluetta lukuunottamatta juuri ole, käytetään siirtoon ensihoitokäyttöön varustettua ambulanssia ja sen erikoiskoulutettua henkilökuntaa.

Tällä hetkellä ambulanssia käytetään tietyissä aikataulukuljetuksissa ilman lääketieteellistä tarvetta sen vuoksi, että Kela ei korvaa invataksipalvelua, jossa olisi kaksi työntekijää.

Esimerkki: Kotona asuva kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastava potilas käy kolmasti viikossa sairaalassa dialyysihoidossa. Hän asuu hissittömässä talossa eikä pää-

se asunnostaan invataksille ilman kantoapua. Siirtäminen onnistuisi, jos invataksissa olisi kaksi työntekijää ja kantotuoli. Kuljetuksen hoitamiseen käytetään kuitenkin ambulanssia ilman lääketieteellistä tarvetta, koska Kela ei korvaa (tai kunta järjestä) kahta työntekijää edellyttävää invataksikuljetusta.

Vanhainkotien ja muiden sosiaalihuollon laitosten, joissa asiakas asuu pysyväisluonteisesti, potilassiirtojen suorittamisessa ja kustannusvastuussa on alueellisia eroja. Korvausjärjestelmä on sekava. Asia on merkityksellinen, koska näiden siirtojen määrän oletetaan tulevaisuudessa lisääntyvän.

Esimerkki eräästä suuresta kunnasta: Pysyväisluonteisessa hoidossa olevien asiakkaiden siirrot maksaa lähettävä vanhainkoti, jos asiakasta ei kirjoiteta sisään vastaanottavaan sairaalaan ja puolestaan kunta, jos asiakas kirjoitetaan sairaalaan sisään. Jos asiakas on vanhainkodissa ns. intervallipaikalla, maksaa siirron silloin Kela. Siirtopalveluntuottaja ei välttämättä saa tietoa kenelle lasku olisi osoitettava. Laskun löytämiseen oikeaan osoitteeseen ja korvauksen saapumiseen palveluntuottajalle voi kulua kohtuuttoman kauan aikaa.

Liikenne- ja viestintäministeriö on asettanut työryhmän selvittämään kuljetusten yhdistelytoiminnan laajentamista maassamme.

Liikenne- ja viestintäministeriö on asettanut ajalle 8.6.2004 - 31.12.2007 poikkihallinnollisen työryhmän seuraamaan ja ohjaamaan yhteiskunnan korvaamien matkojen yhdistelyn laajentamista ja valmistelevaan matkojen yhdistelyn laajentamisessa tarvittavien yhteistoimintasopimusten malliasiakirjoja sekä matkojen yhdistelypalvelun hankintaan soveltuvia kilpailuttamisasiakirjoja. Matkapalvelukeskus (MPK) -hankkeen tavoitteena on luoda maahan koko valtakunnan kattava matkapalvelukeskusten verkko hoitamaan yhteiskunnan korvaamien matkojen yhdistelyä. Yhdisteltävät matkat ovat vammais- palvelu-, sosiaalihuolto-, kehitysvamma- ja päivähoitolain mukaan järjestettäviä kuljetuksia, opetustoimen järjestämiä matkoja sekä sairausvakuutuslain mukaan korvattavia matkoja. Sairaanhoidopiirien osalta liitynnät MPK-järjestelmään voivat olla sairaanhoidopiirien omien kuljetustarpeiden lisäksi myös yhteistyö liittyen Kelan korvaamiin sairausvakuutuslain mukaisiin matkoihin.

4.18 Saariston ensihoito ja sairaankuljetus

Merialueiden saariston sairaankuljetus kuuluu terveyskeskuksien järjestämistä vastuulle (pl. kelirikkokelpoiset alukset ja muut vastaavat erityiskulkuneuvot), jos potilas on saarella ja rajavartiolaitokselle, jos potilas on meressä tai aluksessa. Jos alus kuitenkin on satamassa maihin kiinnitettynä, kuuluu tehtävä terveyskeskuksen järjestämistä vastuun piiriin. Rajavartiolaitos voi kuitenkin hoitaa saarella olevan potilaan kiireellisen sairaankuljetustehtävän, jos siitä vastaava viranomainen tai sairaankuljetuspalvelujen tuottaja ei voi suorittaa kuljetusta pelastumisen vaarantumatta. Monet saaristoalueen kunnat eivät ole ottaneet sairaankuljetussopimusta laadittaessa huomioon, miten saariston sairaankuljetus toteutetaan, mitä kalustoa se edellyttää ja miten kustannukset korvataan.

Vene ei ole erityiskulkuneuvo, vaikka osa terveyskeskuksista onkin näin tulkinnut, ja näin ollen veneellä tapahtuva sairaankuljetus kuuluu kunnan järjestämisvastuun piiriin. Mikäli saaristoalueen kunta on sopinut sairaankuljetuksen järjestämisestä yksityisen sairaankuljetusyrityksen kanssa, ei yrityksen henkilökunta yleensä pääse saareen puuttuvan venekaluston vuoksi. Pelastustoimella puolestaan olisi tarvittava kalusto, mutta ei välttämättä intressiä tehtävän hoitamiseen puuttuvan sopimuksen vuoksi. Ympäristöministeriön alaisen öljynsuojarahaston rahoittamia ja pelastuslaitosten ylläpitämiä öljyntorjuntaveneitä ei voida hyödyntää sairaankuljetuksessa, koska öljynsuojarahaston säädökset kategorisesti estävät veneiden käytön muuhun tarkoitukseen kuin öljyntorjuntaan.

STM:n oppaan 2005:23 ohjeistus ei ole toteutunut saariston osalta sairaankuljetussopimuksissa: ”Suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös alueen erityispiirteet, kuten laajat sisävesistöt, merialueet, erityiset liikenneolosuhteet tai muut turvallisuuteen ja terveyteen vaikuttavat olosuhteet. Kattava ja laadukas suunnittelu edellyttää yhteistyötä muiden viranomaisten kanssa.”

Lisäselvitys saariston sairaankuljetusvalmiuksista:

Koska selvitysmiehelle esitettiin epäilyjä, että viranomaisten kalusto ei olisi riittävää saariston sairaankuljetustehtävien hoitamiseksi, tehtiin maamme pelastusjohtajille aiheesta kyselytutkimus ja lisäksi selvitysmies tutustui tuoreeseen selvitystyöhön Pelastustoiminnan järjestelyt sisävesialueilla. Kyselytutkimukseen vastasi 9 pelastusjohtajaa, joiden vastuualueet kattoivat merkittävän osan rannikon ja sisävesien saaristosta. Karoituksen perusteella niin merisaariston kuin sisävesisaariston kalustoa veneiden sekä talvikäyttöön tarkoitettujen moottorikelkkojen ja mönkijöiden osalta voidaan pääsääntöisesti pitää riittävänä ja sairaankuljetukseen soveltuvana, mutta ongelmalliseksi koettiin sopimusten puute terveyskeskuksien kanssa. Lähinnä vain Päijät-Hämeen alueella oli puutteita venekaluston soveltuvuudessa paariotilaiden kuljetukseen. Kelirikkoaikana tarvittavien ilmatyynyalusten määrä ei välttämättä ole riittävä; asia on merkittävä, jos saaristossa on pysyvää asutusta. Virve-verkon hyödyntämisessä moniviranomaistilanteissa on ongelmia etenkin merialueilla ja yhteiseen puheryhmään päätyminen voi kestää kohtuuttoman kauan. Veneiden vesille lasku ja poisotto voivat muodostua hankaliksi laskuluisien puutteen vuoksi. Ensihoitotehtävä saarella on terveysviranomaisjohtoinen tehtävä, mutta vastausten perusteella yksityisten sairaankuljetusyritysten työntekijöillä ei ole osaamista toimia tällaisen tilanteen johtotehtävissä.

4.19 Ensihoito poliisijohtoisissa erityistilanteissa

Ensihoidolla poliisijohtoisissa erityistilanteissa tarkoitetaan poliisille virka-apuna annettavaa ensihoito- ja sairaankuljetusvalmiutta piiritys-, panttivanki-, pommihukka- ja joukkojenhallintatilanteissa. Eri osapuolet ovat varsin yksimielisiä siitä, että virka-apua tulee antaa, sen on tapahduttava nopeasti ja että toisen osapuolen toimintaperiaatteiden tuntemus on keskeistä etenkin työturvallisuuden vuoksi. Virka-avun antamiseen on maassamme kaksi eri käytäntöä. Suurimmassa osassa maamme toiminta on integroitu osaksi päivittäistä ensihoitojärjestelmää. Toinen vaihtoehto on käyttää erillisiä ns. taktisen ensihoidon ryhmiä, jotka ovat vapaaehtoisessa puhelinpäivystyksessä ja jotka hälytetään

tilanteeseen paikallisen ensihoitovalmiuden lisäksi. Erimielisyydet järjestämistavasta ovat syvällä ja asian käsittely on saanut kohtuuttomat mittasuhteet huomioiden näiden tehtävien marginaalisuus kaikista ensihoitojärjestelmän tehtävistä ja velvoitteista.

Selvittääkseni poliisijohtoisten ensihoidon erityistilanteiden esiintyvyyttä, kestoja ja vaativuutta, pyysin tiedot Helsingin kaupungin alueella tapahtuneista tilanteista ilman tunnistetietoja. Helsinki valittiin tarkastelualueeksi sen vuoksi, että siellä ko. tilanteiden esiintyvyys on maamme suurimpia ja erillisiä taktisen ensihoidon ryhmiä ei käytetä, vaan toiminta on integroitu osaksi päivittäistoimintaa. 14 kuukauden seurantajaksolla oli 14 poliisijohtoista ensihoidon erityistilannetta (esiintyvyys 12/v tai 2,5/100 000 asukasta/v). Virka-avunpyyntöjä oli yhteensä 15, joista yksi evättiin terveydenhuollon eettisiin toimintaperiaatteisiin vedoten. Erityistilanteiden syiden jakauma: linnoittautuminen 4, ampumavälikohtaus tai aseella uhkailu 4, räjähddeuhka 3 ja muu syy 3. Tilanteiden keston mediaani oli 60 min ja yli 2 t kestäneitä tilanteita oli 3. Vain kolmessa tapauksessa (n. 20%) oli tai tuli potilas; kahta henkilöä puri poliisikoira ja heidät kuljetettiin erikoissairaanhoidon päivystykseen ja yksi potilas kuljetettiin terveyskeskuspäivystykseen seurattavaksi vakavan alkoholimyrkytyksen vuoksi. Potilaiden tutkimukseen ja ensihoitoon riittivät perustason sairaankuljettajien valmiudet.

4.20 Henkilöstön pätevyysvaatimukset

Nykyjärjestelmässä henkilöstön pätevyysvaatimukset perustuvat paikallisiin sairaankuljetussopimuksiin, eikä valtakunnallista suositusta tai ohjeistusta ole. Alalla toimivien koulutustausta on kirjava. Käytännössä vaadittava osaamistaso on erilainen riippuen toimintaympäristöstä; 1. perustason sairaankuljetus ja ensihoito, 2. hoitotason sairaankuljetus ja ensihoito sekä 3. hoitolaitosten väliset potilassiirrot. Nykytilannetta ei voida pitää hyväksyttävänä, mutta aiheesta noussut kohu on suurempi kuin itse ongelma. Osa asiantuntijoista on pitänyt täydennyskoulutusjärjestelmän puutteita jopa vakavampana ongelmana kuin valtakunnallisten pätevyysvaatimusten puuttumista. Uusia mahdollisesti jopa asetustasolle vietäviä pätevyysvaatimuksia suunniteltaessa on huomioitava henkilöstön riittävyys tulevaisuudessa ja vanhan vakituisen henkilöstön asema.

4.21 Tutkinnot

Nykyisistä tutkinnoista ensihoito- ja sairaankuljetusalalle valmistavat vain kolme tutkintoa; lähihoitaja (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto)-, pelastaja- ja ensihoitaja AMK –tutkinnot. Sairaankuljettajan erityisammattitutkinnolla ei ole käytännössä merkitystä, koska valmistuneita on vain muutama henkilö. Muut alalla toimivan henkilöstön tutkinnot (mm. perushoitaja, sairaanhoitaja) eivät anna minkäänlaista erityisosaamista ensihoitoon tai sairaankuljetukseen. STM:n v. 2006 julkaistun lääkehoitosuosituksen mukaan lääkehoidon vaativaa tasoa ensihoidossa voivat tulevaisuudessa toteuttaa vain ensihoitajat ja sairaanhoitajat. STM:n suositusta on tulkittu myös väärin. Suositus tarkoittaa, että sairaanhoitajat voivat toteuttaa ensihoidon lääkehoitoa, mutta ei yleistasolla sitä, et-

tä sairaanhoitajat olisivat muutoin ilman lisäkoulutusta päteviä toimimaan ensihoidossa perus- tai hoitotasolla.

Lähihoitaja (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto)- ja ensihoitaja AMK –tutkinnot ovat teoriapainotteisia, ja etenkin pienryhmä- sekä simulaatio-opetusten määrä on suhteellisen vähäinen ja riippuvainen yksittäisen oppilaitoksen päätöksistä. Ainakin osassa oppilaitoksia opiskelija voi valmistua saamatta päivääkään asianmukaista koulutusta operatiiviseen toimintaan, hälytysajoon, työturvallisuuteen, viranomaisten yhteistoimintaan ja VIRVE-laitteiden käyttöön. Kymenlaakson AMK:a ja pelastusopistoa lukuunottamatta yhdelläkään oppilaitoksella ei ole käytössään opetusambulanssia. Lähihoitaja- ja ensihoitaja AMK –tutkintojen sisäänpääsyvaatimukset eivät huomioi opiskelijan edellytyksiä selviytyä tulevan työnsä fyysisestä kuormittavuudesta, esimerkiksi potilaan siirtämisestä. Ensihoitajakoulutusohjelman pituus on kansainvälisestikin arvioituna poikkeuksellisen pitkä (neljä vuotta). Muissa maissa ensihoitajaksi (paramedic) valmistutaan noin kolmessa vuodessa. Ensihoitajakoulutuksen pituutta puolella vuodella lisää ja sisältöön vaikuttaa se, että opiskelijat valmistuttuaan saavat myös sairaanhoitajan pätevyyden, minkä lisäarvo sairaalan ulkopuolisen ensihoitotyön kannalta on marginaalinen.

Pelastajatutkinto on työelämän tarpeita huomioiva käytännönläheinen tutkinto, jonka ensihoidon osuutta voidaan pitää kestoiltaan suppeana. Pelastajatutkinto on terveydenhuollon piirissä kuitenkin aliarvostettu sen todelliseen arvoon verrattuna. Pelastajatutkintoa on aiemmin esitetty kehitettäväksi siten, että siihen integroitaisiin lähihoitajatutkinto, mutta tätä ei voida pitää tarkoituksenmukaisena, ja se pidentäisi kohtuuttomasti koulutuksen kestoa merkittävää lisäarvoa tuottamatta. Vaikka pelastajat eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä, on TEO aina saanut tarvittavat selvitykset kanteluissa, kun pyyntö on osoitettu järjestämisvastuussa olevalle ja pelastuslaitoksen kanssa sopimuksen tehneelle terveystieteiden keskukselle.

Koulutusjärjestelmässä opiskelija ei pääse joustavasti jatkamaan ensihoitaja AMK -tutkintoon suorittuaan ensin lähihoitaja- tai pelastajatutkinnon vaan hänen pitää palata ”lähtöruutuun”. Järjestelmä ei näin ollen tue henkilöstön osaamisen kehittämistä eikä hyödynnä todennettavissa olevaa osaamistasoa konstruktivisen oppimiskäsityksen mukaisesti. Tämä aiheuttaa yhteiskunnalle ja opiskelijoille myös turhia kustannuksia. Työntekijältä vaaditaan erityistä motivaatiota ja henkilökohtaisia taloudellisia uhrauksia, jotta hän lähtisi neljäksi vuodeksi opiskelemaan ”vain” päästäkseen perustasolta hoitotasolle. Osa ammattikorkeakouluista on aloittanut ensihoitajatutkinnon aikuiskoulutusohjelman, mutta senkin kesto on minimissään kolme vuotta. Ensihoitoalan tutkintojen moduulirakenteisuuden puuttumista ja siihen liittyvää alan kolmen ammattitutkinnon täydellistä erillisyyttä voidaan pitää koulutusjärjestelmän merkittävänä epäkohtana ja uhkana sekä tulevaisuuden työvoiman saatavuudelle että uusien työntekijöiden alalla pysymiselle.

4.22 Joukkotilaisuuksien turvallisuussuunnittelu

Terveysviranomaisen ei saa joukkotilaisuuksien eikä muiden erikoistilanteiden ensiapu- ja lääkintähuoltosuunnitelmia ennakkotarkastettavaksi. Ennakkotarkastusoikeus ja -velvollisuus on ainoastaan poliisilla ja pelastusviranomaisella. Myöskään uhkasakkojen

antamis- tai tilaisuuden peruuttamisoikeutta ei terveysturvaviranomaisella ole, vaikka turvallisuussuunnitelmassa havaittaisiin vakavia puutteita. Asiantilan korjaamiseksi HYKS on tehnyt kesäkuussa 2006 lakimuutosaloitteen STM:lle.

4.23 Maallikkodefibrillaatiotoiminta

Kansainvälisten suositusten mukaan ensihoitopalveluita tuetaan ottamaan käyttöön maallikkodefibrillaatiotoiminta. Toiminnan tavoitteena on parantaa sydänpysähdystilaiden selviytymistä tilanteissa, kun sydänpysähdys tapahtuu julkisella paikalla riskikohteissa (esimerkiksi lento- ja rautatieasemat, kauppakeskukset). Suomessa ei ole ohjeita toiminnan aloittamisaiheista ja kustannusvastuusta, vaikka toiminta on yleistymässä maassamme. Ellei julkisen rahoituksen käytölle ole asetettu selkeitä kriteereitä, voi tilanne muodostua ongelmalliseksi.

4.24 HUS:n valtakunnalliset tehtävät

HUS:n ulkopuolella tapahtuvassa isossa suuronnettomuudessa on ilmeistä, että muut sairaanhoitopiirit turvautuvat tukitoimenpiteenä HYKS-alueen voimavaroihin (Suomessa tapahtuva onnettomuus) tai että, potilaita evakuoidaan ulkomailta Suomeen hoidettaviksi (ulkomailla tapahtuva suomalaisia uhreja käsittävä onnettomuus). Esimerkkejä tällaisista tilanteista ovat:

- Ivalon lentokentällä tapahtuva lento-onnettomuus tai hotellipalo Saariselällä, jonne paikallisen organisaation avuksi pääkaupunkiseudulta lennätetään sairaankuljettajia ja ensihoitolääkäreitä. Tarvittavan ensihoidon jälkeen osa potilaista siirretään paluulennolla hoidettaviksi HUS-alueen sairaaloihin.
- Valtakunnan rajojen ulkopuolella tapahtuva suuronnettomuus, josta potilaita evakuoidaan ilmateitse Suomeen. Helsinki-Vantaan lentoasemalle joudutaan perustamaan huomattavia valmiuksia potilaiden sekundaariluokitukseen, hoitoon ja jatkokuljetuksiin.

Vaikka HUS:n rooli edellä mainituissa erityyppisissä tilanteissa on keskeinen, velvoitteista, vastuista tai kustannusten korvaamisesta ei ole olemassa minkäänlaisia (aie)sopimuksia tai ohjeita.

5 Palvelu- ja kustannustasoselvityksen tulokset

Vastausten kattavuus

	Vastausprosentti	Osuus väestöstä*
Terveyskeskukset	55,3 (135/244)	66,9%
Sairaanhoitopiirit	80 (16/20)	92,1%
Lääninhallitukset	100 (5/5)	100%
Kela	100% (1/1)	100%
TEO	100% (1/1)	100%
Potilasvakuutuskeskus	100% (1/1)	100%

*Ahvenanmaan rajaus selvityksen ulkopuolelle on huomioitu laskelmassa.

Terveyskeskuskyselyn väestöpohjainen kattavuus sairaanhoitopiireittäin on esitetty liitteessä 3. Sairaanhoitopiirit erottautuivat alueensa terveyskeskusten vastausprosentin mukaan kolmeen ryhmään; suurimmassa osassa sairaanhoitopiireistä vastaukset kattoivat 65-100% väestöstä, toisessa ryhmässä kattavuus oli välillä 39-48% ja kolmannessa 3-9%. Kolmanteen ryhmään sijoittuivat Lapin, Itä-Savon, Etelä-Savon ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirit. Terveyskeskusten vastaukset myös näiden sairaanhoitopiirien osalta on esitetty taulukoissa kursiivilla, mutta ne edustavat yksittäisiä sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksia, eivätkä välttämättä kyseisessä sairaanhoitopiirissä yleisesti valitsevaa tilannetta.

5.1 Palvelutaso

5.1.1 Riskianalyysit ja palvelutasomääritykset

Ambulanssiasemien riskianalyysiin perustuva sijoittaminen sekä ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasomääritysten olemassaolo kunnissa on esitetty liitteessä 4 sairaanhoitopiireittäin. Vain 40 terveyskeskuksen alueella ambulanssiasemien sijoittaminen oli tapahtunut riskianalyysiin perustuen ja vain 34 terveyskeskuksen alueella oli tehty ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasomääritys.

5.1.2 Ensihoidon ja sairaankuljetuksen eri tasot

Ensivastetoiminta joko vakituisen pelastuslaitoksen tai VPK:n toimesta oli käytössä 122 (90%) terveyskeskuksen alueella. Joko perus- tai hoitotason ambulanssi oli käytössä 130 terveyskeskuksen alueella, viiden terveyskeskuksen alueella ei ollut minkään tasois-

ta ambulanssia tai kysymykseen ei vastattu. Hoitotason sairaankuljetusvalmius oli 85 (63%) terveyskeskuksen alueella. Lääkäriyksikkö- tai helikopteri on käytössä 80 (59%) terveyskeskuksen alueella.

Kommentti: Osalla terveyskeskuksista ei ollut ollenkaan sopimuksia hoitotason palveluista, mutta niitä kuitenkin käytettiin hätäkeskuksien tilannekohtaisilla päätöksillä hälyttämällä naapurikunnista hoitoyksiköitä. Lääkärihelikopterien kattavuus lienee todellisuudessa suurempi kuin 59%. Osa kunnista oli vastannut kysymykseen ”ei”, mutta alueellisissa kuulemistilaisuuksissa kuitenkin ilmeni, että lääkärihelikopterin palvelut olivat käytettävissä.

5.1.3 Ensihoidon vastuulääkäripalvelu

Tiedot terveyskeskuksien ensihoidon vastuulääkäripalveluista on esitetty liitteessä 5 sairaanhoitopiireittäin. Yli 90%:lla terveyskeskuksista oli nimetty ensihoidon vastuulääkäri. Heistä kolmasosalla oli riittävästi aikaa tehtävien hoitamiseen ja alle 60%:lla riittävä osaamistaso. Kolmannes pystyi ohjaamaan palveluita tietoon perustuen.

5.1.4 Sairaankuljetus- ja ensihoitopalveluiden tuottajien ja sairaankuljetusyksiköiden määrät

Sairaankuljetus- ja ensihoitopalveluiden tuottajien ja sairaankuljetusyksiköiden määrät kunnissa on esitetty taulukoissa 6 ja 7 sairaanhoitopiireittäin. Valmiussopimuksen tehneiden palveluntuottajien määrissä oli 21-kertainen vaihtelu sairaanhoitopiirien välillä. Ilman sopimusta toimivat palveluntuottajat keskittyivät Satakunnan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan sekä HUS:n alueille. Sopimuksellisten ambulanssien määrä vaihteli 5-20/100 000 asukasta. 54% sopimuksellisista ambulansseista hoiti sekä kiireellisiä ensihoito- ja sairaankuljetustehtäviä että kiireettömiä potilassiirtoja.

Terveyskeskuksilta kysyttiin lisäksi päällekkäisyyksiä eri palveluntuottajien toiminnassa samoilla maantieteellisillä alueilla. Kysymyksen tarkoituksena oli selvittää, onko työnjaosta sovittu alueperustaisesti yksittäisen terveyskeskuksen toimialueella. Päällekkäistä ensivastetoimintaa oli 14 (10,5%) terveyskeskuksen alueella, päällekkäistä hoitolaitosten välistä potilassiirtotoimintaa 28 terveyskeskuksen alueella (21,1%) sekä päällekkäistä toimintaa kiireellisessä sairaankuljetuksessa 26 terveyskeskuksen alueella (19,6%). Kaksi terveyskeskusta ei tiennyt, onko päällekkäisyyttä vai ei.

5.1.5 Sairaankuljetusyksiköiden lähtövalmiusajat

Sairaankuljetusyksiköiden lähtövalmiusajat kunnissa on esitetty liitteessä 8 sairaanhoitopiireittäin. Välittömässä lähtövalmiudessa 24 t vuorokaudessa on yksi ambulanssi/26 900 asukasta. Lukumäärällisesti suurin osa ambulansseista on vain tietyn vuorokauden ajan välittömässä valmiudessa.

Kommentti: 15-30 min lähtövalmiudessa olevista yksiköistä ei pystytä vastausten perusteella erottelemaan, kuinka suuri osa niistä on alueen ainoita päivystäviä ambulansseja ja kuinka suuri osa (suuremman kunnan) ruuhkatilanteessa käyttöön otettavia lisäyksiköitä.

5.1.6 Ohjeelliset ja toteutuneet vasteajat

Ensihoito- ja sairaankuljetustehtävien ohjeellisten vasteaikojen määrittäminen eri kiireellisyysluokissa (A-D) kunnissa on esitetty liitteessä 9 sairaanhoitopiireittäin. Ohjeelliset vasteajat kiireellisyysluokittain oli sairaankuljetussopimuksessa tai muussa ohjeistuksessa määritetty kolmasosassa terveyskeskuksia.

Toteutuneita vasteaikoja kiireellisyysluokittain ei pystytä tässä raportissa esittämään, koska 112 terveyskeskusta (86% tähän kysymykseen vastanneesta 130 terveyskeskuksesta) ilmoitti, että vasteaikoja ei terveyskeskuksen eikä myöskään palveluntuottajan toimesta lainkaan seurata. Osa vasteajat ilmoittaneista terveyskeskuksista oli etsinyt tiedot tätä selvitystä varten, mutta muutoin aikoja ei seurattu. Osa vastaajista ilmoitti, että vasteaikoja oli aiemmin seurattu, mutta seuranta ei ollut enää mahdollista, koska hätäkeskuslaitos ei toimita terveystietojen seurantatietoja. Vasteaikoja seurattiin lähinnä Pohjois-Karjalassa, Päijät-Hämeessä ja pääkaupunkiseudulla.

Kommentti: Vasteaikojen toteutumisen seurannan puuttumista valtaosasta terveyskeskuksia voidaan pitää vakavana puutteena. Osa terveyskeskuksista oli käsityksessä, että heillä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa tavoitevasteaikaan, missä potilas tulisi saavuttaa eri kiireellisyysryhmissä (A-D). Nämä terveyskeskukset olettivat, että tehtävä kuuluu yksinomaan hätäkeskukselle. D-tehtävien nopeat tavoittamisajat selittyvät sillä, että niitä pidetään usein kauankin jonossa ennen hälyttämistä joko hätäkeskuksessa tai palveluntuottajalla, mutta vasteajan mittaaminen alkaa vasta silloin, kun yksikkö on hälytetty.

5.1.7 Sairaankuljetus- ja ensihoidotehtävien määrät

Sairaankuljetus- ja ensihoidotehtävien määrät kunnissa v. 2006 on esitetty liitteessä 10 sairaanhoitopiireittäin. Taulukossa on eritelty ensihoito ja sairaankuljetustehtävät hoitolaitosten välisistä potilassiirroista ja aikatilaukskuljetuksista. Potilassiirrot ja aikatilaukskuljetukset kattoivat 19% kokonaistehtävämäärästä. 35 terveyskeskusta ei pystynyt erittelemään hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja varsinaisista ensihoito- ja sairaankuljetustehtävistä.

Kommentti: Arvio potilassiirtojen ja aikatilaustehtävien osuudesta niiden ambulanssien tehtävistä, jotka toimivat terveyskeskuksien sopimusten perusteella on n. 22-25%. Arvio on saatu lisäämällä kyselytutkimuksessa saatuun 19% osuuteen arvio niiden terveyskeskuksien osalta, jotka eivät pystyneet erittelemään potilassiirtoja ja aikatilaukskuljetuksia muusta toiminnasta.

5.1.8 Lääkärikonsultaatiot

Sairaankuljettajien lääkärikonsultaatioiden järjestäminen, konsultaatioiden jakautuminen eri paikkoihin sekä mahdollisuus siirtää 12-kanavainen EKG konsultoivan lääkärin tulkittavaksi on esitetty sairaanhoitopiireittäin liitteessä 11. Kyllä –vastauksen edellytyksenä lääkärikonsultaatioiden järjestämisessä oli sairaankuljettajille annettu kirjallinen ohjeistus, mistä konsultaatioapu on saatavissa puhelimitse tai Virvellä. Konsultaatiomahdollisuutta ei ollut asianmukaisesti järjestetty 18 (13%) terveyskeskuksessa. Teknisiä mahdollisuuksia siirtää 12-kanavainen EKG lääkärin tulkittavaksi voidaan pitää varsin hyvinä, joskaan ei vielä täysin kattavina. Kunnasta riippuen sairaankuljettajalla on minimissään yksi ja enimmillään 10 eri konsultaatiopistettä.

5.1.9 Henkilöstön määrä

Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen osallistuvan henkilöstön määrä on esitetty liitteessä 12 sairaanhoitopiireittäin. Vakituinen henkilöstön osuus oli 73%, sijaisten 16% ja keikkatyöntekijöiden 11% koko henkilöstömäärästä

Kommentti: Vastaukset kertovat ensihoitoon ja sairaankuljetukseen osallistuvan henkilöstön määrästä eivätkä välttämättä siihen 100%:sti osallistuvasta henkilöstöstä. Esimerkiksi terveyskeskukset, joiden palveluntuottajana on aluepelastuslaitos, saattoivat ilmoittaa kyselyyn koko aluepelastuslaitoksen henkilöstön, vaikka henkilöstö toimisi sairaankuljetuksessa 50% työajastaan. Joidenkin vastausten perusteella oli pääteltävissä, että alueellisesti voi olla merkittäviä ongelmia liittyen henkilöstön työsidoonaisuuteen. Potilas- ja ajoturvallisuus sekä henkilöstön oma jaksaminen voivat olla uhattuina. Tällaisesta esimerkkinä on vastanneiden joukosta poimittu hieman alle 10 000 asukkaan kunta, jossa ambulanssi on 24 t välittömässä lähtövalmiudessa 7 päivää viikossa, mutta vakituista henkilöstöä on vain 4, sijaisia ei yhtään ja ns. keikkatyöntekijöitä 3. Sijaisten ja keikkatyöntekijöiden määrä valtakunnallisesti on mahdollisesti vielä ilmoitettua suurempi, koska osa vastaajista jätti nämä kohdat täyttämättä.

5.1.10 Kalusto

Terveyskeskuksien sairaankuljetussopimuksien mukaan ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytössä oleva kalusto ml. varakalusto on esitetty liitteessä 13 sairaanhoitopiireittäin.

5.1.11 Lääkehuollon järjestäminen

Lääkehuollon järjestämistapa on esitetty liitteessä 14 sairaanhoitopiireittäin. Ensihoidon lääkehuolto oli järjestetty 60%:ssa terveyskeskuksen apteekin ja 35%:ssa sairaanhoito-

piirin apteekin toimesta. Lopuissa vastauksissa ilmoitettiin, että lääkehuoltoon oli jokin muu järjestely, mutta sen tarkempi järjestämistapa jäi avoimeksi.

5.1.12 Suuronnettomuusvalmius

Suuronnettomuusvalmiuden riittävyys kunnissa on esitetty liitteessä 15 sairaanhoitopiireittäin. Kyllä – vastauksen edellytyksenä oli riittävä valmius huomioiden ohjeistus, kalusto, koulutus ja alueen riskit. Riittävän suuronnettomuusvalmiuden ilmoitti 57% vastaajista. Kyllä vastanneiden kuntien väestön mediaani oli 32 200 ja ei vastanneiden 4200. Osa pienemmistä kunnista, joiden sairaankuljetuksesta huolehti yksityinen sairaankuljetusyritys, ilmoitti lisätietona, että lääkinnällisestä suuronnettomuusvalmiudesta huolehtii läheisessä suuremmassa kunnassa toimiva aluepelastuslaitos. Tällaisesta vastuunsiirosta ei kuitenkaan ollut sovittu vaan se perustui olettamukseen.

5.1.13 Sähköinen potilaskertomus

Sähköinen potilaskertomus oli käytössä 16 terveyskeskuksen alueella.

Kommentti: Todennäköisesti kyselyn ajankohtana sähköinen potilaskertomus oli käytössä maassamme vain yhdessä isossa kunnassa. Ainakin yhdeksässä tapauksessa kyllä - vastanneiden joukossa kyseessä oli tehtävän jälkeen tapahtuva tietojen vieni sähköiseen tietokantaan tai paperisen ensihoitokertomuksen skannaaminen eikä tilannepaikalla täytettävä sähköinen potilaskertomus.

5.1.14 Tukipalvelut

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen tukipalveluiden (ATK, viestihuolto, ajoneuvohuolto, lääkintälaittehuolto) asianmukainen järjestäminen kunnissa on esitetty liitteessä 16 sairaanhoitopiireittäin. Vastaajia pyydettiin huomioimaan, että valtaosa toiminnasta tapahtuu virka-ajan ulkopuolella. Kaikkien tukipalveluiden järjestämisen osalla raportoitiin merkittäviä puutteita. Tukipalveluista viestihuolto oli parhaiten järjestetty.

Kommentti: Ensihoidon ja sairaankuljetuksen välttämättömien tukipalveluiden asianmukainen ja kustannustehokas järjestäminen edellyttää riittävän suurta palveluntuottajien kokoa.

5.1.15 Ensihoidon järjestäminen poliisijohtoisissa tilanteissa

Ensihoidon järjestäminen poliisijohtoisissa tilanteissa (panttivanki-, pommiuhka-, pii-ritys- ja joukkojenhallintatilanteet) kunnissa on esitetty liitteessä 17 sairaanhoitopiireit-

täin. Osana kunnan normaalia ensihoitoa ja sairaankuljetusta poliisijohtoiset ensihoidon erityistilanteet oli järjestänyt 69% terveyskeskuksista. Taktisen ensihoidon ryhmiä käytti 16% terveyskeskuksista ja 15%:ssa toimintaa ei oltu järjestetty.

5.1.16 Sairaanhoitopiirien toiminta

Sairaanhoitopiireihin suunnatussa kyselyssä kartoitettiin niitä osa-alueita, jotka eivät ole kuntien vastuulla. Tulokset on esitetty siten, että päällekkäisyyttä kuntien ja sairaanhoitopiirien vastauksissa ei ole. Vastaukset hoitolaitosten välisten potilassiirtojen järjestämisestä, potilassiirtojen logistiikkakeskuksista, potilassiirtojen, ambulanssien ja henkilöstön määräästä on esitetty liitteissä 18-19. Yhdeksässä sairaanhoitopiirissä oli ainakin osan vuorokautta toimiva hoitolaitosten välisten potilassiirtojen logistiikkakeskus. Viisi sairaanhoitopiiriä järjesti potilassiirrot oman palvelutuotannon ja ostopalveluiden yhdistelmänä ja 11 sairaanhoitopiiriä kokonaan ostopalveluina. Sairaanhoitopiirin vastuulla olevien ambulanssilla tapahtuvien potilassiirtojen kokonaismäärä oli 123 000. Sairaanhoitopiirien palveluksessa olevan henkilöstön määrä oli erittäin pieni lukuunottamatta HUS:a.

Kommentti: Kahdessa suuressa yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä (Varsinais-Suomi ja Pirkanmaa) ei ollut edes päätoimista ensihoidon vastuulääkäreitä, mitä voidaan pitää huolestuttavana huomioiden yliopistosairaaloiden ERVA-alueiden vastuut ml. lääkärihelikopteritoiminta.

5.1.17 Operatiiviset lääkäripalvelut

Maassamme toimiviin operatiivisiin lääkäriyksiköihin sekä pelastushelikopteri Aslakiin tehtiin erillinen kysely toiminnan volyymeistä v. 2006. Maamme kuuden lääkäri- ja pelastushelikopterin ja kahden lääkäriyksikön hälytysmäärä oli yhteensä 12 065 ja konsultaatioiden määrä 18 070. Kyselyn tulokset on esitetty liitteessä 20.

5.1.18 Valitukset ja kantelut

Terveyskeskuksien ja sairaanhoitopiirien vastaanottamat ensihoitoon ja sairaankuljetukseen liittyvät potilasvalitukset on esitetty liitteessä 21 sairaanhoitopiireittäin. 62 (46%) terveyskeskuksen alueella tietoja potilasvalituksista ei järjestelmällisesti kerätty tai palveluntuottajat eivät ainakaan raportoineet niistä terveyskeskukselle.

Kommentti: Tavassa rekisteröidä potilasvalituksia on huomattavia alueellisia eroja. Osa organisaatioista rekisteröi kaikki palautteet ml. puhelin- ja sähköpostipalautteet ja käyttävät niitä toiminnan ohjaukseen ja kehittämiseen, kun taas toiset organisaatiot re-

kisteröivät vain kaikkein vakavimmat tapaukset. Pohjois-Karjalan ja HUS-alueen lukujen voidaan olettaa parhaiten edustavan todellista tilannetta, koska näillä alueilla on tarkin seurantajärjestelmä.

Lääninhallitusten käsittelemät kantelut

Lääninhallitukset eivät pystyneet erittelemään käsittelemiään kanteluista sairaanhoitopiiri-kohtaisesti. Lääninhallituksilta kysyttiin erikseen kuinka moni kanteluista liittyi kuolemaan johtaneeseen tapaukseen. Kuolemaan johtaneita tapauksia oli kaksi ja ne olivat molemmat Oulun lääninhallituksen alueella.

Lääninhallitus	2004	2005	2006
Lappi	2	0	1
Oulu	0	4	1
Länsi-Suomi	3	3	2
Itä-Suomi	1	2	2
Etelä-Suomi	6	3	4
Yhteensä	12	12	10

TEO:n käsittelemät kantelut

V. 2004 TEO käsittelemät kaksi ja v. 2005 kuusi pääasiallisesti sairaankuljetukseen liittyvää valvonta-asiaa, jotka pääsääntöisesti olivat kuolemaan johtaneita tilanteita. Vuoden 2006 tiedot eivät olleet käytettävissä. Lisäksi sairaankuljetusta ja ensihoitoa käsiteltiin eräiden muiden kanteluiden yhteydessä, joiden pääasiallinen syy oli jokin muu kuin sairaankuljetus ja ensihoito. Näiden määrää ei pystytty ilmoittamaan. Mitään tietoja ei pystytty ilmoittamaan sairaanhoitopiiri-kohtaisesti.

Kommentti: TEO:n ensihoito- ja sairaankuljetusta koskevien kanteluiden tilastointijärjestelmää tulisi kehittää. Tilastoista tulisi pystyä selvittämään myös ne kantelut, joissa sairaankuljetusta ja ensihoitoa on käsitelty, vaikka pääasiallinen kantelun aihe olisikin ollut jokin muu. Niin TEO:n kuin lääninhallitusten kanteluistakin tulisi pystyä erittelemään sairaanhoitopiiri-kohtainen jakauma.

5.1.19 Potilasvahingot

Potilasvakuutuskeskuksen käsittelemien sairaankuljetusta koskevien potilasvahinkoilmoitusten määrät, jotka liittyivät terveyskeskuksien tai sairaanhoitopiirien omaan tai aluepelastuslaitosten toimintaan, on esitetty sairaanhoitopiireittäin liitteessä 22. Yksityisiin sairaankuljetusyrityksiin liittyviä potilasvahinkoja ei pystytty erittelemään sairaanhoitopiireittäin. Niiden määrä v. 2003 oli 12, joista korvattavia oli kolme, v. 2004 11, joista korvattavia viisi ja v. 2005 13, joista korvattavia ei yhtään. Yhteensä vuosina 2003-2005 käsiteltiin 74 ensihoitoon ja sairaankuljetukseen liittyvää potilasvahinkoilmoitusta, joista korvattavia oli 19 (26%).

5.1.20 Kuolemaan johtaneet ambulanssionnettomuudet

Tiedot kuolemaan johtaneista tutkijalautakunnan selvittämistä ambulanssionnettomuuksista saatiin Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunnalta vuosilta 2000-2006. Mukaan otettiin kaikki kuolemaan johtaneet onnettomuudet riippumatta siitä, oliko kuollut henkilö ambulanssin potilas, henkilökuntaa tai saattaja vai oliko kuollut ns. toinen tai kolmas osapuoli (toisen kulkuneuvon kuljettaja tai matkustaja, tai jalankulkija). Seuranta-ajanjaksolla oli yksi kuolemaan johtanut onnettomuus, jossa ambulanssi törmäsi liikennevalo-ohjatussa risteyksessä henkilöautoon, jossa olleista henkilöistä yksi menehtyi. Onnettomuuden syynä tai myötävaikuttavana tekijänä olivat kommunikatio-ongelmat ja ammattitaidon puute. Seurantajakson jälkeen maaliskuussa 2007 tapahtui kuolemaan johtanut onnettomuus, jossa potilassiirtoa suorittanut ambulanssi suistui tieltä. Ambulanssin potilas menehtyi ja kaksi henkilöstöön kuuluvaa loukkaantui. Vuonna 2005 armeijan ambulanssi oli mukana kuolonkolarissa, mutta sitä ei voida verrata normaaliin ensihoitojärjestelmän toimintaan. Kuolemaan johtaneiden onnettomuuksien lisäksi tapahtui lukuisia määriä muita ambulanssionnettomuuksia, joissa syntyi henkilövahinkoja tai joissa selvittiin pelkillä aineellisilla vahingoilla. Näiden lisäksi tapahtui potilaan tavoittamisen tai kuljettamisen kannalta uhkaavia vaaratilanteita (ambulanssin syttyminen palamaan, ohjaamon ja hoitotilan äkillinen täytyminen höyryllä, polttoaineen loppuminen, rengasrikot sekä muita ajon keskeyttäviä teknisiä syitä).

5.2 Kustannustaso

5.2.1 Kuntien kustannukset

Kuntien ensihoidon ja sairaankuljetuksen kustannukset v. 2006 on esitetty sairaanhoitopiireittäin liitteessä 23. Kustannukset kuntakoon mukaan sairaanhoitopiiristä riippumatta on esitetty liitteessä 24. Kuntien kustannukset eivät sisällä kohdassa 5.2.2. esitettyjä sairaanhoitopiirien kustannuksia, jotka lopulta päätyvät kuntalaskutuksen kautta kuntien ja marginaalisin osin vakuutusyhtiöiden maksettaviksi. Mikäli kunta palveluntuottajan asemasta nostaa Kela-korvauksen, on tämä huomioitu laskelmissa ja päällekkäisyyttä kohdan 5.2.3. kanssa ei ole. Kyselyyn vastanneiden ja kustannustiedot ilmoittaneiden terveyskeskusten kokonaiskustannukset ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta sekä potilassiirroista olivat 29 521 000 eur. Keskimäärin kuntien kokonaiskustannukset olivat 9,3 eur/asukas ja 65,6 eur/tehtävä, joista hoitolaitosten välisten potilassiirtojen osuus oli 2,0 eur/asukas. Potilassiirron keskimääräiset kunnalle aiheuttamat kustannukset olivat 55,9 eur/siirto. Sekä asukas- että tehtäväkohtaisissa kustannuksissa tapahtui selvä alenema, kun järjestämialueen väestöpohjan koko ylitti 100 000 asukasta.

Kommentti: Monet terveyskeskukset eivät pystyneet ilmoittamaan ensihoidon vastuulääkäritoiminnan kustannuksia. Ensivastetoiminnan kustannukset olivat usein arvioita ja hoitolaitosten välisten potilassiirtojen osuutta ei välttämättä pystytty erittelemään koko-

naiskustannuksista. 18 kuntaa (9,1% vastanneiden kuntien väestöpohjasta) ei pystynyt ilmoittamaan mitään kustannuksia.

5.2.2 Sairaanhoidopiirien kustannukset

Sairaanhoidopiirien kustannukset v. 2006 on esitetty liitteessä 25. Kyselytutkimukseen vastanneiden 16 sairaanhoidopiirin hoitolaitosten välisten potilassiirtojen kokonaiskustannukset olivat 13,8 milj. eur. Ensihoidon kustannukset olivat yhteensä 4,6 milj. euroa, joista 85% liittyi ensihoitolääkäripäivystykseen.

Kommentti: Sairaanhoidopiireillä toiminnan kustannukset olivat keskimäärin paremmin tiedossa kuin kunnilla, mutta niidenkin kustannuslaskennassa oli havaittavissa selviä kehittämistarpeita. Potilassiirtojen tehtäväkohtaisten hintojen poikkeuksellisen suuri vaihtelu ei yksinomaan selity siirtomatkojen pituudella.

5.2.3 Kelan kustannukset

Kelan korvaamat sairaankuljetukset v. 2006 on esitetty sairaanhoidopiireittäin liitteessä 26. Ne on tilastoitu sen mukaan, missä potilas on ollut kirjoilla 31.12.2005. Tiedot kattavat kaikki maassamme v. 2006 Kelan korvaamat sairaankuljetukset. Tarkkaa tehtäväkohtaista korvausta ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta ei pystytty tilastojen perusteella laskemaan ja tämän vuoksi tehtäväkohtaisessa hinnassa ovat mukana sisäänkirjoittamattomien hoitolaitospotilaiden siirrot. Kelan kokonaiskorvausmäärä oli 65 425 603 eur, joista ensihoidon ja sairaankuljetuksen osuus oli 56 878 900 eur ja sisäänkirjoittamattomien hoitolaitossiirtopotilaiden osuus 8 546 700 eur. Liitteen 26 Kelan korvausmäärissä ei ole mukana potilaiden omavastuusuutta, joka on yhteensä 4 220 000 eur.

Kommentti: Kela-korvausten määrissä per tehtävä ja per asukas havaitaan suuria vaihteluita sairaanhoidopiireittäin. Osa vaihtelusta selittyy maantieteellisistä syistä johtuvista pitkistä kuljetusmatkoista. Vaihtelu kuvastanee myös erilaisia käytäntöjä kuljettaa potilas päivystykseen. Joillakin alueilla käytännössä kaikki potilaat kuljetetaan, kun taas muilla alueilla n. 20 – 25% potilaista jää tilanarvion ja ensihoidon jälkeen kotiin tai tapahtumapaikalle ja tarvittaessa ohjataan hakeutumaan terveyskeskukseen seuraavana arkipäivänä. X-8 -korvausten (hoidettu kohteessa) poikkeuksellisen suuri vaihtelu kuvastaa myös Kelan erilaisia alueellisia korvauskäytäntöjä. Pelkästään Helsingissä on todellisuudessa vuosittain 7-kertainen määrä tapahtumapaikalla hoidettuja vakavia diabeettisia hypoglykemioita (tyypillisin X-8 tehtävä) verrattuna koko HUS:n alueelle myönnettyjen X-8 -korvausten määrään. Myös sisäänkirjoittamattomien potilaiden asukaskohtaiset siirtokustannukset vaihtelevat huomattavasti sairaanhoidopiireittäin. Esimerkiksi Varsinais-Suomen ja Satakunnan sekä Etelä-Pohjanmaan, Vaasan ja HUS:n väliset 2 – 5 -kertaiset erot eivät selity kuljetusmatkoilla vaan kuvastanevat sitä, onko alueellisesta tarkoitukseenmukaisesta hoitoonohjauksesta sovittu ja noudatetaanko sitä. Ellei selkeää hoitoon-

ohjausohjeistusta ole, keskussairaalatason potilaat kuljetaan ensin terveyskeskukseen tai aluesairaalaan, josta tilataan jatkokuljetus keskussairaalaan.

5.2.4 Arvio kokonaiskustannuksista

Ensihoidon, sairaankuljetuksen ja potilassiirtojen valtakunnalliset kokonaiskustannukset saatiin laskemalla kuntien, sairaanhoitopiirien ja Kelan kustannukset yhteen ja lisäämällä siihen potilaiden omavastuuosuus. Laskelmaa voidaan pitää valistuneena arviona ja yksi tärkeimmistä johtopäätöksistä on ensihoidon ja sairaankuljetuksen sekä potilassiirtojen kustannuslaskennan kehittäminen tulevaisuudessa.

	Ensihoito ja sairaankuljetus eur	Potilassiirrot eur	Yhteensä eur
Kunnat*	37 961 000	10 615 000	48 576 000
Sairaanhoitopiirit*	4 608 000	14 995 000	19 603 000
Kela	56 870 000	8 547 000	65 417 000
Potilaan omavastuu	4 220 000	-	4 220 000
Yhteensä	103 659 000	34 157 000	137 816 000

* Vastaamatta jättäneiden kuntien ja sairaanhoitopiirien osalta kustannukset on arvioitu keskimääräisten kustannusten perusteella.

5.3 Tulevaisuuden järjestämismalli

Terveyskeskuksien johtavia lääkäreitä pyydettiin valitsemaan yksi kolmesta ehdotetusta ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämismallista tulevaisuudessa.

- Vaihtoehto 1 Järjestäminen nykyisen mallin mukaan (kunnalla järjestämisvastuu, terveyskeskuksella ohjaus- ja valvontavelvoite koskien perustason ja osaltaan hoitotason ensihoitoa ja sairaankuljetusta sekä sairaanhoitopiirillä ohjaus- ja valvontavelvoite koskien osaltaan hoitotason ensihoitoa ja tuotantovastuu operatiivisista ensihoitolääkäripalveluista).
- Vaihtoehto 2 Kunnan järjestämisvastuun säilyttäminen, mutta ensihoidon vastuulääkäri- ja asiantuntijapalveluiden (ohjaus, valvonta, koulutus, kehittäminen) siirtäminen sairaanhoitopiiriin tehtäväksi.
- Vaihtoehto 3 Sekä järjestämisvastuun että ensihoidon vastuulääkäri- ja asiantuntijapalveluiden (ohjaus, valvonta, koulutus, kehittäminen) siirtäminen sairaanhoitopiiriin tehtäväksi.

Vaihtoehtoon 1 kannalla oli 33 (24%), vaihtoehtoon 2 kannalla 36 (27%) ja vaihtoehtoon 3 kannalla 50 (37%) johtavaa lääkäreitä. Sekä vaihtoehtoon 1 että 2 valitsi yksi vastaaja ja sekä vaihtoehtoon 2 että 3 samanaikaisesti valitsi kaksi vastaajaa. Kantaansa ei

osannut tai halunnut ilmoittaa 13 vastaajaa (10%). Vaihtoehdon 2 tai 3 valinneiden terveyskeskusten väestöpohja oli 77,4% kaikkien kantansa ilmoittaneiden terveyskeskusten väestöpohjasta.

Vastauksissa oli havaittavissa suuntaus, jonka mukaan vaihtoehdon 1 valinneilla oli heikompi tuntemus oman alueensa ensihoitopalvelun tilasta (mm. vasteaikoja ja valitusten määriä ei seurattu, kustannuksia ei pystytty erittelemään) kuin vaihtoehdon 2 tai 3 valinneilla.

5.4 Palvelu- ja kustannustasokartoituksen rajoitukset

Kartoitus sisältää samoja virhelähteiden mahdollisuuksia kuin muutkin kyselytutkimuksena tehtävät kartoitukset. Merkittävin tämän selvityksen rajoitus on vastausten kattavuus terveyskeskusten osalta. Vastausten laadussa sekä vastaajien tietoisuudessa oman toiminnan keskeisistä seurantamittareista ja kustannuksista oli puutteita Kelaa lukuunottamatta. Osa tiedoista, kuten hoitolaitosten välisten potilassiirtojen määrän osuus kaikista tehtävistä, oli vastaajien arvioita eikä tarkkoja tilastolukuja. Joissakin tapauksissa vastausten varmentaminen olisi edellyttänyt paikanpäällä tapahtuvaa tutkimusavustajan tai asiantuntijan käyntiä, mihin ei annetussa aikataulussa ollut mahdollisuuksia.

6 Arvio tulevaisuuden ensihoitopalveluun vaikuttavista tekijöistä

Väestön ikääntyessä yhä useampi ensihoitopalvelun käyttäjistä on myös ikääntynyt. Ihmiset elävät vanhemmiksi, ja vaikka keskimääräinen terveys olisikin entistä parempi, ensihoitopalvelun käyttökertojen määrä ikääntyntä henkilöä kohden kasvaa. Kotona hoidetaan laitosten asemasta yhä sairaampia potilaita, mikä korostaa niin ennalta tehtyjä hoidon rajaamispäätöksiä kuin tilannekohtaista pidättäytymistä potilaalle raskaista hoidoista. Myös geriatrisen akuuttihoiton osaaminen tulee korostumaan.

Kolmas Suomi –ilmiöllä¹ ja polarisaatiolla on ilmeinen vaikutus ensihoitopalveluun. Paikallinen ensihoitopalvelun tarve kahdessa asukasmäärältään samankokoisessa kunnassa voi olla erilainen. Onnellisuus ja pahoinvointi kasvavat samanaikaisesti yhteiskunnassa sekä tuloerot lisääntyvät. Ensihoitopalvelujen kysyntä tulee olemaan suhteellisesti suurinta isoissa kaupungeissa ja toisaalta harvaan asutuilla alueilla, samalla kun kehysalueiden väestö voi entistä paremmin. Isoissa kaupungeissa kaikkein syrjäytyneimmän väestöosan ainoa yhteys terveydenhuoltojärjestelmään voi olla ensihoitopalvelu, mikä korostaa ensihoitopalvelun yhteistyötä perusterveydenhuollon (ml. kotihoito), sosiaali-päivystyksen ja päihdehuollon kanssa sekä henkilöstön uudenlaista osaamista ja ammatillista laaja-alaisuutta.

Terveyskeskus- ja sairaalapäivystykset keskittyvät edelleen, ja primaarikuljetusmatkat näin ollen pidentyvät paikoin huomattavastikin. Ensihoito siis joutuu sopeutamaan toimintaansa muun terveydenhuollon päivystysratkaisujen pohjalta. Myös eri viranomaisten työnjaossa tapahtuvat muutokset voivat merkittävästi vaikuttaa tehtävämäärien kehitykseen². Tehtäessä muutoksia sairaaloiden ja terveyskeskusten päivystysjärjestelmiin tulee aina samalla arvioida niiden vaikutus ensihoitoon ja huolehtia sen riittävä resursointi. Ensihoidon asiantuntemuksen ottaminen mukaan suunnittelutyöhön voi parhaimmassa tapauksessa vähentää lisäresursoinnin tarvetta, kun muutokset pystytään suunnittelemaan ja valmistelemaan hyvissä ajoin yhteisten tavoitteiden mukaisesti.

Maamme tiettyjen alueiden autioituminen jatkuu. Tällöin joudutaan vääjäämättä pohtimaan, kuinka pientä väestömäärää varten on tarkoituksenmukaista ylläpitää ambulanssivalmiutta. Harvaanasutuilta alueilla joitakin ambulansseja voitaneen siirtää valmiuteen korkeamman riskin alueelle. Kun ensivastejärjestelmä toimii ja korkeariskisissä tehtävissä käytetään helikopteria nopeaan tavoittamiseen, voi välittömässä valmiudessa oleva ambulanssi tulla harvaan asutulle alueelle kauempaakin kuin omasta kunnasta.

¹ Parhaiten menestyvät suurten kaupunkien läheisyydessä olevat seutukuntakeskukset, kehyskunnat ja vuorovaikutusalueet.

² Esimerkkinä ajankohtaisesta (joskin jo ohitetusta) tehtävämääriin vaikuttavasta uhkatekijästä on päihtyneiden henkilöiden talteenoton toteuttaminen. Ei-väkivaltaisten päihtyneiden seurannan tapahtuminen tulevaisuudessa selviämisasemilla poliisien putkien asemasta on hyvin perusteltua. Mikäli päihtyneiden talteenotto tai kuljetus olisi lakimuutoksen yhteydessä siirretty ensihoitojärjestelmän tehtäväksi, olisi se tehtävien suuren määrän vuoksi vakavasti vaarantanut ensihoitojärjestelmän perustehtävän ja toimintakyvyn. Tehtävä säilyi poliisilla, mitä voidaan pitää moneltakin kannaltaärkevimpänä ratkaisuna. Laki päihtyneiden käsittelystä annetun lain muuttamisesta astui voimaan 1.1.2006: ”Poliisin on toimitettava henkilöt, jotka eivät käyttäytymisellään aiheuta vaaraa muiden henkilöiden turvallisuudelle, päihtyneiden selviämisasemalle tai muuhun hoitopaikkaan, jollei päihtyneestä voida huolehtia muulla tavoin.”

Henkilöstön saatavuus tulee olemaan kriittinen useilla terveyden- ja sosiaalihuollon osa-alueilla, ja myös ensihoidossa saatavuusongelma tulee ennakoita. Keskeisessä asemassa ovat palkkauksen, työolojen ja alan johtamisen kehittäminen sekä ensihoitotyön arvostuksen kehittyminen yhteiskunnassa. Jälkimmäiseen voidaan vaikuttaa mm. viestinnällisin keinoin. Oppilaitosten aloituspaikkojen määrän riittävyys tulee arvioida, mutta ennen kaikkea tulisi huomioida kiinnittää henkilöstön pysyvyyteen ensihoito- ja sairaankuljetusalalla.

Sairaalan ulkopuoliseen diagnostiikkaan ja hoitoon käytettävien menetelmien ja laitteiden kehitys tulee muuttamaan niin itse hoitoa kuin mahdollisuuksia valita lopullinen hoitopaikka mahdollisimman varhain. Informaatioteknologian kehitys avaa uusia mahdollisuuksia ensihoitopalvelun tarkoituksenmukaiseen verkottumiseen esimerkiksi kotisairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen kanssa, mutta terveydenhuollon tietosuojasäännökset jarruttavat kehitystä. Yksinkertaisimpien ja yleisimpien lääkehoitojen toteuttaminen lääkärikonsultaation jälkeen, kuten astmahoitoon kuuluva inhaloitavilla β_2 -sympatomi-meeteillä ja kouristelujen hoito suonensisäisillä bentsodiatsepiineillä, tulevat siirtymään ensihoitajilta perustason sairaankuljettajille.

Monikulttuurisuus on arkipäivää etenkin pääkaupunkiseudulla, mutta myös monissa muissa kaupungeissa. Monikulttuurisuus tulee entisestään lisääntymään ja laajentumaan uusille maantieteellisille alueille sekä ulkomaalaistaustaisten ensihoitopalvelujen käyttäjien määrä tulee kasvamaan. Yksi varteenotettavimmista keinoista monikulttuurisuuden varautumiseen ja suvaitsevaisuuden lisäämiseen on ulkomaalaistaustaisten henkilöiden aktiivinen rekrytointi ensihoitoalan opiskelijoiksi ja sitä kautta ensihoitojärjestelmän työntekijöiksi.

Ensihoidossa toimivan henkilöstön keski-ikä kasvaa ja aiemmin nuorista työntekijöistään tunnetulla alalla toimivista yhä useampi on tulevaisuudessa yli 50-vuotias. Koska ala on sekä fyysisesti että psyykkisesti erityisen kuormittava, on työntekijöiden työkyvyn säilyttäminen oleellisessa asemassa. Työkyvyn säilymiseen vaikuttavat mm. mahdollisuus täydennyskoulutukseen ja urakehitykseen, työn ergonomiset ratkaisut ja mahdollisuus yksilöllisiin ratkaisuihin (mm. lyhyemmät työvuorot, siirtyminen raskaimmin kuormitetuista yksiköistä kevyempiin, osa-aikaeläke). Erityisammattien huomiointi työelämän ja eläkejärjestelmien kehittämisessä korostuu.

Halukkuutta osallistua VPK-toimintaa tulevaisuudessa voi vähentää se, että haja-asutusalueilta käydään entistä enemmän työssä kaupungeissa. Tällöin arkipäivää ei enää vietetä omassa kotikunnassa, jolloin yhteisöllisyys heikkenee sen lisäksi, että virka-ajan hälytyksiin saatavilla olevan henkilöstön määrä vähenee. Toisaalta vaurauden lisääntymisessä ihmiset ennemmin lahjoittavat rahaa vakituisen henkilön palkkaamiseen kuin itse konkreettisesti osallistuvat vapaaehtoistoimintaan. Muutosprosessin hyvällä hallinnalla on kuitenkin mahdollisuus saada VPK-toiminta selviytymään voittajana tulevaisuuden uhkakuvista.

Työministeriöstä pyydettiin arvio EU:n työaikadirektiivin mahdollisista vaikutuksista ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimiviin työntekijöihin. Koska saadun arvion mukaan Suomessa noudatetaan voimassa olevaa työaikalakia ja koska on epätodennäköistä, että työaikalaisissa tapahtuisi lähivuosina sellaisia muutoksia, jotka vaikuttaisivat ensihoito- ja sairaankuljetusalalla, ei työaikadirektiiviasiaa ole huomioitu selvitysmie-

hen ehdotusten sisällössä. Mikäli asia kuitenkin tulisi ajankohtaiseksi, pitäisi se luonnollisesti huomioida henkilöstön saatavuuteen ja kustannuksiin vaikuttavana tekijänä.

Sairaanhoitopiirien, hätäkeskusten ja aluepelastuslaitosten maantieteellisiä vastuualueita on aiemmin suunniteltu toisistaan erillisinä, vaikkakin niissä on paljon yhtäläisyyksiä ja organisaatioiden välillä tiivistä yhteistoimintaa. Tulevaisuudessa mahdolliset muutokset tulisi pyrkiä tekemään synkronoidusti ja vastuualuerajoja yhtenäistäen. Yhtenäiset tai toisistaan vain vähän poikkeavat maantieteelliset vastuualueet helpottavat merkittävästi toiminnan järjestämistä ja vähentävät hallinnollista työtä sekä tukevat toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden kehittämistä.

Ensihoitopalveluun voivat lisäksi vaikuttaa monet muut tulevaisuuden tekijät, joita ei tässä yhteydessä käsitellä tarkemmin, koska niiden ilmaantumisen todennäköisyys on epävarmaa tai epätodennäköistä. Tällaisia tekijöitä voivat olla mm. terrorismin tulo maahan, väkivaltarikollisuuden kasvu, huumeongelman paheneminen, vakavien tarttuvien tautien epidemiat sekä ensihoidon voimakas juridisoituminen.

7 Arvio ensivastetoiminnan tulevasta merkityksestä ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujärjestelmässä

Arvioni ensivastetoiminnan tulevasta merkityksestä on lyhyt, koska tausta-aineisto, suoritettavat haastattelut ja oma asiantuntija-arvioni aiheesta olivat hyvin yhdensuuntaiset.

Enzivastetoiminta tulee olemaan merkittävä osa ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujärjestelmää tulevaisuudessa. Ambulansseihin pohjautuva toiminta tulee jatkossakin muodostamaan ensihoitojärjestelmän perustan ja tärkeimmän osan, jota ensivastetoiminta tukee. Enzivastetoiminta tulee olemaan merkittävää niin haja-asutusalueilla (kun alueen ainoa ambulanssi on toisessa tehtävässä ja alueelle tulee mahdollista hätätilapotilasta koskeva hälytys) sekä kaupungeissa. Enzivastetoiminta voi mahdollistaa välittömässä valmiudessa olevan ambulanssin tulon kauempaakin, jolloin tiettyjä tarkoin määritettyjä haja-asutusalueiden kotipäivystyksessä olevia ambulansseja voidaan siirtää välittömään valmiuteen suuremman riskin alueelle. Toisaalta on huomioitava, että ensivastetoiminta on tarkoitettu mahdollisia hätätilapotilaiden hoidonalkamisviiveen minimoimiseen eikä korvaamaan ambulanssityhjiöitä. Sekä kansalliset että kansainväliset kokemukset ja tutkimustieto tukevat käsitystä, että asianmukaisesti järjestettynä ja oikeilla hälytysaiheilla toteutettuna ensivasteyksiköiden käyttö on potilaan edun mukaista sekä kustannustehokas tapa tavoittaa hätätilapotilas mahdollisimman varhain.

Oleellista toiminnan tulevaisuuden kannalta on se, saadaanko ensivastetoiminta määritettyä säädoksiin, miten hälytysaiheet ja -vasteet määritetään, miten terveydenhuollon ohjaus ja henkilöstön koulutus järjestetään, miten toiminta rahoitetaan ja kuinka kustannuksia hallitaan. Mikäli ensivastetehtävien määrä lisääntyisi hallitsemattomasti, ongelmaksi nousisi VPK-henkilöstön saatavuus hälytyksiin. VPK:n hälytysten ”kipurajana” voidaan pitää n. 100 hälytystä/v, mikä sisältää sekä pelastustoimen hälytykset että ensivastetehtävät. Ensihoidon vastuulääkärien on syytä neuvotella pelastustoimen kanssa vastemäärittelystä erityisesti silloin, kun ensivastepalvelua tuottaa VPK, jotta tasapaino ensihoidon ja pelastustoimen tarpeiden sekä henkilöstön hälytyksiin saatavuuden välillä säilytetään.

Enzivastetoiminta sopii Suomen olosuhteissa tuotettavaksi pelastuslaitosten, VPK:ien sekä merialueilla rajavartiolaitoksen toimesta. Enzivastetoiminnan laajentaminen poliisiin tehtäväksi ei ole perusteltua eikä oletettavasti myöskään kustannusvaikuttavaa, koska pelastustoimella on jo ensivastetoiminnan edellyttämä infrastruktuuri. Poliisin tuottamaan ensivastepalveluun liittyisi myös merkittäviä potilaan oikeudellista asemaa koskevia ongelmia. Mikäli sama organisaatio tuottaa sekä ensivastepalveluita että ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluita, saavutetaan merkittäviä synergiaetuja henkilöstön osaamisessa, koulutuksessa, hankinnoissa ja tukipalveluissa.

8 Eräiden järjestämis- ja rahoitusvaihtoehtojen pohdintaa

8.1 Järjestäminen

Selvitin ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisvaihtoehtoina nykyjärjestelmää, vapaaehtoista järjestämisvastuun siirtoa kunnilta sairaanhoitopiireille, erikoissairaanhoido- ja kansanterveyslakien muuttamiseen perustuvaa järjestämisvastuun siirtoa kunnilta sairaanhoitopiireille (lopullinen esitys kohta 9.1.1.) sekä ns. absoluuttisen järjestämisvastuun siirtoa kunnilta sairaanhoitopiireille. Nykyjärjestelmää ja ns. absoluuttisen järjestämisvastuun siirtoa en pitänyt todellisina vaihtoehtoina. Nykyinen kuntapohjainen järjestämismalli on saatujen yhdensuuntaisten tietojen ja oman käsitykseni mukaan uudistettava alueelliseksi. Ns. absoluuttisen järjestämisvastuun siirto sairaanhoitopiireille ei ole mahdollista, koska sairaanhoitopiireillä ei ole verotusoikeutta.

Erikoissairaanhoidolaki ei estä sitä, että kunnat vapaaehtoisesti ilman erikoissairaanhoido- ja kansanterveyslakien muuttamista siirtäisivät ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisvastuun sairaanhoitopiireille. Tällaista ratkaisua voitaisiin lähinnä pitää siirtymäkauden järjestelyinä, koska ensihoitopalvelun kriittinen luonne edellyttää vakaata, pitkäjännitteistä sekä selkeästi lakiin perustuvaa järjestämispohjaa. Moniin muihin palveluihin vapaaehtoiseen yhteistyöhön perustuvat mallit soveltuvat huomattavasti paremmin kuin ensihoitoon ja sairaankuljetukseen.

8.2 Julkisen ja yksityisten palvelutuotannon tarkoituksenmukainen työnjako

Työnjakomalli 1

Mallissa 1 julkinen sektori vastaa ensihoidon ja sairaankuljetuksen eli ns. kansalaistehtävien hoidosta ja yksityiseltä sektorilta hankitaan hoitolaitosten välisiä potilassiirtopalveluita ja aikatilauskuljetuksia. Ensihoito on rinnastettavissa muihin julkisesti tuotettuihin vaativiin perusturvapalveluihin (esimerkiksi erikoissairaanhoidon päivystys, päivystyksellinen tehohoito, synnytyssalivalmius), jotka edellyttävät jatkuvaa valmiutta ja tarvittaessa erittäin nopeaa reagointia kysyntään ja joilla voi olla välitön vaikutus yksittäisen tai usean potilaan henkeen ja terveyteen. Tämän tyyppinen palvelu ei voi olla alttiina muuttaman vuoden välein tehtävälle kilpailutukselle, mikä estää toiminnan pitkäjännitteisen kehittämisen. Aluepelastuslaitoksilla on jo olemassa oleva toimintaan hyvin soveltuva alueellinen palvelupisteverkosto sekä toiminnan edellyttämä muu infrastruktuuri.

Hoitolaitosten väliset potilassiirrot puolestaan eivät edellytä tiheää alueellista palvelupisteverkosta ja ne voidaan pääsääntöisesti toteuttaa tilaajan kanssa sovittuna ajan-kohtana. Hoitolaitosten väliset potilassiirrot soveltuvat luonteensa vuoksi hankittaviksi yksityisiltä sairaankuljetusyrittäjiltä tai vaihtoehtoisesti tuotettaviksi julkisen palvelun-

tuottajan toimesta. Potilassiirtoja hoitavia ambulansseja ei ole tarvetta varustaa huomattavia investointeja edellyttävällä ensihoidon tietojärjestelmällä. Henkilöstön täydennyskoulutustarve on vähäisempi kuin ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa. Tässä mallissa potilassiirtoja hoitavat yksiköt voivat jatkaa liikennelupalainsäädännön piirissä. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen eriyttäminen hoitolaitosten välisistä potilassiirroista mahdollistaa järkevän ja eri osapuolten ydinosoamisen ja taloudelliset intressit huomioivan työnjaon julkisen ja yksityisen sektorin välillä.

Työnjakomalli 2

Toisena vaihtoehtona työnjaon toteuttamiseksi selvitin kiireellisen (A-C –tehtävät) ja kiireettömän (D-tehtävät ja hoitolaitosten väliset potilassiirrot) sairaankuljetuksen eriyttämistä, joka on jo soveltaen käytössä esimerkiksi pääkaupunkiseudulla. Tässä mallissa julkinen sektori tuottaisi lakisääteisesti palvelut sekä kiireellisiin kansalaistehtäviin että kiireellisiin hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin. Kiireettömät (D-riskiluokka) kansalaistehtävät ja kiireettömät hoitolaitosten väliset potilassiirrot hankittaisiin normaalin hankintamenettelyn ja kilpailutuksen kautta. Työnjako perustuisi tehtävien lääketieteelliseen kiireellisyyteen ja olisi toiminnallisesti toteutettavissa. Kiireettömiä tehtäviä hoitavat yksiköt voisivat haja-asutusalueella olla myös kotipäivystyksessä 30 min lähtövalmiusajalla. Työnjako ei kuitenkaan olisi yhtä selkeä kuin ensihoidon ja sairaankuljetuksen eriyttämisessä potilassiirroista. Osa ambulansseista olisi sekä hätäkeskuksen että potilassiirtojen logistiikkakeskuksen alaisuudessa, mikä vaikeuttaisi operatiivista toimintaa. Yksityiset sairaankuljetusyrietykset tulisi tässä mallissa mahdollisesti siirtää lakiin yksityisestä terveydenhuollosta, ja kaikki ambulanssit varustaa tietojärjestelmällä ja potilasvalvontalaitteilla. Pidän työnjakomallia 2 toteuttamiskelpoisena, joskaan en ensisijaisena, vaihtoehtona.

Työnjakomalli 3

Tässä mallissa julkinen palvelutuotanto huolehtisi ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta > 20 000 asukkaan kunnissa ja yksityinen palvelutuotanto muualla. Malli vastaisi osittain nykyistä käytäntöä Suomessa. Työnjakomalli olisi käytännössä toteutettavissa, mutta sen vieminen lainsäädäntöön olisi vaikeaa. Palveluiden ohjauksen parantumisesta saavat hyödyt jäisivät todennäköisesti marginaalisiksi.

8.3 Rahoitus

Rahoitusmalli 1

Kelan rooli sairaankuljetuksen ja ensihoidon osarahoittajana säilytetään. Myös korvausten kuljetusperustaisuus säilytetään, koska Kela ei voi laajentaa korvauksia kattamaan itse ensihoitoa. Korvaus voidaan kuitenkin porrastaa kuljetuksen vaativuuden mukaan, siten että hoitotason kuljetuksesta korvataan esimerkiksi 20% enemmän kuin nykyisessä korvaustaksassa on säädetty. Jatkaminen vanhalla rahoitusmallilla edellyttää sairaanhoitopiirien laskutukseen ja Kelan korvaamiseen liittyvien toimintaprosessien voimakasta tehostamista ja niihin liittyvien kustannusten selkeää vähentämistä. Kela suorittaa kor-

vaukset korvaushakemusten perusteella suoraan sairaanhoitopiireille eikä enää palveluntuottajille.

Muu osa rahoituksesta saadaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnilta kuntalaskutuksena sekä sairaanhoitopiirin periminä potilaan omavastuuosuuksina. Kuntien tulee huolehtia riittävästä budjetoinnista kattamaan valmiudesta, ensihoidosta sekä kuljettamattomista potilaista aiheutuvat kustannukset. Omavastuuosuuden perimisestä ei voida luopua, koska se on Kelan korvauskäytännön ehdoton edellytys. Vaikka rahoituksen kolmikanaavaisuus ja Kelan korvauksien kuljetusperustaisuus säilyvätkin, tämä ei heijastu enää palveluntuottajaan kuten aikaisemmin. Sairanhoitopiiri kokoaa rahoituksen ja suorittaa palveluntuottajalle korvauksen kokonaispalvelusta riippumatta mm. siitä kuljetettiinko potilas vai ei, jolloin korvauskäytäntö ei enää ohjaa aiheettomaan kuljetukseen.

Rahoitusmalli 2

Kelan rooli sairaankuljetuksen ja ensihoidon rahoittajana loppuu. Koska Kelan rooli rahoittajana on ollut keskeinen, tulee korvausmäärä siirtää ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytettäväksi myös tulevassa järjestelmässä. Kelan vuosittain korvaama rahamäärä (v. 2006 65,6 milj. euroa) siirretään valtiolta suoraan sairaanhoitopiireille ja sairaanhoitopiirit veloitetaan käyttämään raha ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämiseen. Vuoden 2008 Kelan maksamien korvausten määrä sidotaan indeksiin ja vuonna 2010 sairaanhoitopiirien saama rahoitus vastaa vuoden 2008 toteutuneita korvauksia korotettuna vastaamaan vuoden 2010 kustannustasoa. Rahoitusjärjestelmä on pysyvä ja sairaanhoitopiirit saavat vuosittain valtiolta rahoituksen edellä esitetyin perustein. Järjestelmä edellyttää erikoisvaltionosuuslain säätämistä. Sen läpimeno olisi epävarmaa, koska yleisellä tasolla tutkimuksen ja opetuksen EVO-rahoitus on ainoa sairaanhoitopiireille maksettava erityisvaltionosuus. Mallin etuina olisivat virtaviivaisuus ja huomattava byrokratian ja siihen liittyvien kulujen väheneminen. Monikanavaisuuden säilyminen olisi kuitenkin haitta, ja se mahdollistaisi kustannusvastuun siirtoyritykset valtion ja kuntien välillä.

Kelalta siirtyvä rahoitus kattaisi vain osan (joskin merkittävän osan) ensihoidon ja sairaankuljetuksen kokonaiskustannuksista. Muu osa rahoituksesta saataisiin sairaanhoitopiirin jäsenkunnilta kuntalaskutuksena sekä marginaalisin osin potilaan ensihoitomaksuista (entinen omavastuuosuus). Potilaalta perittäisiin ensihoitomaksu vain, jos hänet on hoidettu kohteessa ja annetun ensihoidon ansiosta on välttytty kuljetukselta hoitolaitokseen (X-8). Muilta potilailta ensihoitomaksua ei peritäisi perustuen Kelan omavastuuosuuden perimiseen liittyvään tietoon (laskutus- ja perimiskustannukset ovat niin suuret, että maksun tuotto menee kustannusten peittämiseen). X-8 -tilanteissa perittävä asiakasmaksu olisi samansuuruinen kuin kulloinkin erikoissairaanhoidon poliklinikan asiakasmaksu.

Rahoitusmalli 3

Kelan rooli sairaankuljetuksen ja ensihoidon rahoittajana loppuu kuten mallissa 2, mutta Kelan rahoitusosuus siirretään sairaanhoitopiirien asemasta kuntien valtionosuuksiin ja tämän jälkeen kunnat huolehtivat ensihoidon ja sairaankuljetuksen kokonaisrahoituksesta. Tämä korottaisi kuntien valtionosuuksia keskimäärin 12,4 eur/asukas. Valtion-

osuuksien tasausjärjestelmän vuoksi varakkaammat kunnat olisivat nettohäviäjiä. Malli selkeyttäisi huomattavasti rahoitusjärjestelmää ja tekisi siitä yksikanavaisen. Byrokratian ja siihen liittyvien kulujen väheneminen olisi huomattavaa. Rahoituksen siirtyminen kuntien valtionosuuksista ensihoidon ja sairaankuljetuksen käyttöön olisi epävarmaa ja voisi altistaa toiminnan rahoituskriisille, koska Kelalta kunnille siirtyvää osuutta ei voida korvamerkitä. Maksulainsäädäntöä tulisi samalla kehittää ja selkeyttää siten, että kunnat eivät voisi enää pakoilla kustannusvastuutaan riittävästä valmiudesta ja kuljetukseen johtamattomista tehtävistä. Asiantuntijoiden keskuudessa vallitsi yhtenäinen ja syvä epäluulo kuntien kykyyn huolehtia yksin asianmukaisesta kokonaisrahoituksesta, en pysty esittämään tätä mallia ensisijaiseksi vaihtoehdoksi. Malli on kuitenkin erittäin varteenotettava vaihtoehto pitkällä tähtäimellä toteutettavaksi.

9 Selvitysmiehen ehdotukset

Selvitysmiehen ehdotusten tavoitteena on yhtenäistää kansalaisten avunsaantia kiireellisissä tilanteissa, parantaa palveluiden laatua, selkeyttää palveluorganisaatiota, kehittää palveluiden ohjausta sekä parantaa tuottavuutta. Ehdotuksissa on pyritty huomioimaan ensihoidon ja sairaankuljetuksen merkitys tulevaisuudessa palvelujen käyttäjän (potilas) kannalta sekä laajemmin toiminnan merkitys osana päivystysterveystenhuoltoa ja toisaalta osana yhteiskunnan ympäri vuorokauden saatavissa olevaa perusturvapalveluiden verkostoa. Järjestämisessä ja tuottamisessa tulee erityisesti huolehtia riittävästä valmiudesta kiireellisiin tehtäviin (A-C -tehtävät). Nykyjärjestelmän ongelmia ei pystytä ratkaisemaan ilman lainsäädäntöön tehtäviä muutoksia. Tarvittavat muutokset tulee tehdä kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidon lakiin, sairaankuljetusasetukseen, asetukseen potilasasiakirjojen laatimisesta, sairausvakuutuslakiin, lakiin luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä, hätäkeskuslakiin, pelastuslakiin sekä mahdollisiin muihin lakeihin ja asetuksiin, jotka vaikuttavat toimintaan tai koulutusjärjestelmään. Sairaankuljetusasetuksen nimi tulee muuttaa ensihoito- ja sairaankuljetusasetukseksi. Muutokset ehdotetaan toimeenpantaviksi v. 2010, ellei asianomaisessa kohdassa ole muuta aikasuositusta annettu. Ehdotusten vaikutuksia palveluiden laatuun, palvelujärjestelmään ja kustannuksiin on tarkasteltu kvalitatiivisesti liitteessä 27.

9.1 Ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden järjestämismalliksi

9.1.1 Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestäminen

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytännön järjestämisvastuu ehdotetaan siirrettäväksi kunnilta sairaanhoitopiireille. Tällöin myös kokonaisvastuu ensihoidon palvelusta osoitetaan sairaanhoitopiirille. Koska sairaanhoitopiirillä ei ole verotusoikeutta, ei absoluuttista järjestämisvastuuta voida siirtää kunnilta pois. Kunnat tekevät palvelutasopäätökset, joiden mukaan sairaanhoitopiiri järjestää palvelut ja tekee tarvittavat sopimukset. Palvelutasopäätös sisältää riskianalyysiin perustuvan asiakastarvemäärittelyn sekä määritelmän sen täyttämistä ja kustannuksista. Lisäksi palvelutasopäätöksessä arvioidaan oman toiminnan riskit ja riskienhallinta sekä muodostuvat kustannukset. Palvelutasomäärittelyn aikajänteen tulee olla vähintään kuntalain talousarviolle ja –suunnittelulle edellyttämä aikajakso. Kunta voi näin vastata lakisääteisestä perustehtävästään alueensa ja väestön terveyden ja turvallisuuden suhteen.

Sairaanhoitopiiri järjestää palvelut aluepelastuslaitoksen kautta (kiireelliset A-C –tehtävät ja erikseen niin sovittaessa hankintamenettelyn kautta kiireettömät D-tehtävät) tai tuottaa palvelut itse (D-tehtävät). Lainsäädäntöä tulee tarkistaa siten, että kiireellisten (A-C) tehtävien järjestäminen voi tapahtua ilman kilpailuttamista viranomaistoimintana ja että, kiireellisten tehtävien palvelutuotanto (ei siis järjestämisvastuu) määrite-

tään pelastuslaitosten lakisääteiseksi tehtäväksi. Toimintatapa ja sopimusjärjestely eivät tällöin kiireellisten tehtävien osalta ole tulkittavissa hankintalain tarkoittamaksi hankinnaksi ja hankintasopimukseksi. Pelastuslaitosten tuottaessa palvelut kyse on terveydenhuollon palveluista, jotka järjestetään pelastuslaitosten kautta ja jotka ovat selkeästi terveydenhuollon ohjausvastuun alaisia. Vastaavanlaisesti pelastuslaitokset hoitavat jo nyt mm. Ympäristöministeriön ja Kauppa- ja teollisuusministeriön lakisääteisiä tehtäviä kyseisten ministeriöiden ohjauksessa. Pelastuslaitosten kanssa laadittavien ensihoito- ja sairaankuljetussopimusten laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota ja kehittää sopimuksia toiminnan ohjaustyökaluiksi. Järjestämismalli, jossa sairaanhoitopiiri on tilaajan roolissa ja pelastuslaitos palveluntuottajan roolissa, on esitetty liitteessä 28.

Tiivistelmä esityksestä: Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytännön järjestämisvastuu siirretään kunnilta sairaanhoitopiireille ja kokonaisvastuu ensihoitopalvelusta osoitetaan sairaanhoitopiireille. Kiireellisten (A-C) tehtävien palvelutuotanto määritetään pelastuslaitosten lakisääteiseksi tehtäväksi.

Tarkoituksenmukainen työnjako julkisen palvelutuotannon ja yksityissektorin kesken ehdotetaan toteutettavaksi siten, että julkinen palvelutuotanto huolehtii ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta eli hätäkeskuksen välittämistä ns. kansalaistehtävistä. Yksityisten yritysten voimavarat suunnataan hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin ja niiden mahdollisuuksia osallistua toimintaan lisätään hankkimalla hoitolaitosten väliset potilassiirtopalvelut ensisijaisesti kilpailuttamisen kautta. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen määritelmää laajennetaan koskemaan sairaaloiden ja terveyskeskusten lisäksi laitoksia, joissa potilas tai asiakas on pysyvästi hoidossa (hoivakodit, vanhainkodit), millä pyritään yhtenäistämään käytäntöjä maan sisällä ja tasaamaan tulonsiirtoja julkisen palvelutuotannon ja yksityisten yritysten välillä. Työnjaon toteuttamista ehdotetulla tavalla tukee myös ensihoitoon liittyvät lukuisat viranomaistehtävät sekä suuronnettomuusvalmius. Aiemmin yksityisissä yrityksissä kiireellisiä ensihoito- ja sairaankuljetustehtäviä hoitaneiden sairaankuljettajien mahdollisuudet siirtyä pelastuslaitoksien palvelukseen päätoimisina sairaankuljettajina ja vanhoina työntekijöinä tulee selvittää.

Tiivistelmä esityksestä: Julkisen palvelutuotannon tulee huolehtia ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta. Palvelut hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin hankitaan normaalin hankintamenettelyn ja kilpailutuksen kautta.

Sairaanhoitopiirikohtaisesti tulee tehdä sen alueen kaikki kunnat kattava ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasopäätös. Lakisääteisesti määritellään minimipalvelutaso, jota soveltaen kunnat laativat palvelutasopäätöksen paikalliselle tasolle, minkä toteuttamista sairaanhoitopiiri ohjaa ja valvoo. Palvelutasopäätöksen perustana tulee olla riskialueiden, riskikohteiden ja riskiluokkien määrittäminen. Se, mihin neljästä riskiluokasta alue kuuluisi, määrittäisi ajan, missä kohde olisi tavoitettava ensihoitotehtävien eri kiireellisyysluokissa (A-D). Pelkästään lääketieteellisin perustein voitaisiin kategorisesti määrittää, että mahdollinen hätätilapotilas (tehtävien kiireellisyysluokat A ja B) tulee tavoittaa 8 min kuluessa. Harvaan asutuilla tai vaikeakulkuisilla alueilla tämä kuitenkin johtaisi huomattaviin lisäkustannuksiin, minkä vuoksi palvelutasopäätökset ovat välttämättö-

miä. Palvelutasopäätös tekee paikalliset riskit ja avun saapumisnopeuden läpinäkyväksi kuntalaisille. Mallia palvelutasopäätöksen laatimiseen voidaan ottaa pelastustoimen palvelutasopäätöksen metodiikasta huomioiden kuitenkin se, että ensihoidon kannalta yksittäisen ihmisen äkillinen vakava sairastapaus on vähintään yhtä suuri riski kuin onnettomuus. Velvoite palvelutasomäärityksen laatimisesta tulee lisätä kansanterveyslakiin tai sairaankuljetusasetukseen.

Tiivistelmä esityksestä: Kuntien tulee laatia sairaanhoitopiirin koordinoimana ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasopäätökset.

Ensihoidon vastuulääkäritoiminta ja muut ensihoidon asiantuntijapalvelut tulee keskittää sairaanhoitopiirin ensihoito- ja sairaankuljetuskeskukseen (tai –yksikköön) ja terveyskeskusten vastaava toiminta tulee lakkauttaa. Sairanhoitopiirien tulee resursoida toiminta asianmukaisesti ja määrittää ensihoidon vastuulääkärien tehtävät (liite 29). Muutoksen jälkeen sekä perus- että hoitotason ensihoitoa ja sairaankuljetusta ohjaa yksi taho aiemman kahden sijasta. Päätoimisen vastuulääkäriin lisäksi ensihoitokeskuksissa voi toimia kouluttajia, riskienhallinnan, tietojärjestelmien ja taloushallinnon asiantuntijoita sekä toimistohenkilökuntaa. Uusien osastonhoitajien vakanssien perustaminen ei ole tarkoituksenmukaista. Vastuulääkäritoiminnan jatkuvuuteen ja toiminnan turvaamiseen poissaolojen aikana tulee kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Suuremmat (käytännössä yliopistolliset) sairaanhoitopiirit voivat jakaa tehtäviä alueellisille tai avustaville vastuulääkäreille. HUS:ssa toiminta esitetään järjestettäväksi sairaanhoitoalueittain. Vastuulääkärien määrä ehdotetaan mitoittavaksi seuraavasti: 0,5 vastuulääkäriä, jos väestöpohja < 100 000, yksi päätoiminen vastuulääkäri, jos väestöpohja < 250 000, 2 päätoimista lääkäriä, jos väestöpohja < 500 000, ja tämän ylittävältä määrältä yksi lääkäri lisää per 250 000 asukasta. Mitoittamisessa tulee huomioida myös alueelliset erityispiirteet.

Tiivistelmä esityksestä: Ensihoidon vastuulääkäritoiminta ja asiantuntijapalvelut keskitetään sairaanhoitopiireihin perustettaviin tai niissä jo toimiviin ensihoitokeskuksiin ja kunnat lakkauttavat vastaavat toiminnot.

9.1.2 Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen järjestäminen

Hoitolaitosten väliset potilassiirrot (mukaanlukien aikatilauskuljetukset) eriytetään ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta omaksi palvelukokonaisuudekseen ja niistä laaditaan erilliset sopimukset. Järjestämismalli on esitetty liitteessä 30. Kukin sairaanhoitopiiri vastaa potilassiirtojen järjestämisestä logistiikkakeskuspalveluja lukuunottamatta ja potilassiirrot voidaan hankkia yksityisiltä sairaankuljetusyriyksiltä tai tuottaa itse. Sairanhoitopiirin kannattanee tuottaa itse lähinnä vaativimmat siirrot (esimerkiksi tehovalvonnan tai –hoidon tarve siirron aikana). Hankittaessa potilassiirtopalveluita tulee erityistä huomiota kiinnittää tarjouspyynnön valmisteluun sekä sopimuksen velvoitteisiin ja vastuisiin.

Jokaiseen yliopistolliseen sairaanhoitopiiriin perustetaan sairaanhoitopiiriin toimintaan integroituna potilassiirtojen logistiikkakeskus, josta kaikki ERVA-alueen hoitolaitosten väliset potilassiirrot keskitetyksi tilataan yhdestä ympäri vuorokauden toimivasta palvelunumerosta. Maassamme siis toimisi ensisijaisesti viisi logistiikkakeskusta, mutta perustellusta syystä voitaisiin ERVA-alue jakaa kahden logistiikkakeskuksen hoidettavaksi. Logistiikkakeskuksen ei välttämättä tarvitse sijaita yliopistosairaala-paikkakunnalla. Erityisenä haasteena logistiikkakeskuksille tulee olemaan paluukuljetusmahdollisuuksien hyödyntäminen. Logistiikkakeskusten pitäisi keskenään pystyä vaihtamaan tietoja erityisen pitkien siirtojen osalta, jotta myös niiden paluukuljetusmahdollisuuksia voitaisiin hyödyntää. Riittävä palvelualueen koko mahdollistaa logistiikkakeskusten ympärivuorokautisen toiminnan, mikä myös tukee terveydenhuollon valmiutta suuronnettomuus- ja muissa poikkeustilanteissa. Hätäkeskus ei enää vastaanota tai välitä potilassiirtotehtävien pyyntöjä. Potilassiirtoihin tarkoitettu kalusto ja henkilöstö toimivat ensihoidon ja sairaankuljetuksen varakapasiteettina suuronnettomuustilanteissa. Siirtoambulanssit tulee varustaa VIRVE-puhelimilla sekä paikannusjärjestelmällä, mutta ei tietojärjestelmällä.

Matkapalvelukeskusten kuljetusten yhdistelytoimintaa ei ole tarkoituksenmukaista ulottaa koskemaan ambulanssilla tapahtuvia potilassiirtoja eikä taksilla tai invataksilla tapahtuvia hoitolaitosten välisiä potilaskuljetuksia. Sen sijaan taksilla tai invataksilla ko-toa hoitolaitokseen tai hoitolaitoksesta kotiin tapahtuvien potilaskuljetusten logistiikan hoitamiseen ne todennäköisesti soveltuvat.

Tiivistelmä esityksestä: Hoitolaitosten väliset potilassiirrot eriytetään ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta omaksi palvelukokonaisuudekseen. Jokaiseen yliopistolliseen sairaanhoitopiiriin perustetaan potilassiirtojen logistiikkakeskus, josta kaikki ERVA-alueen hoitolaitosten väliset potilassiirrot keskitetyksi tilataan. Yksityisiltä yrityksiltä hankittavia potilassiirtopalveluita lisätään.

Kaikkia potilassiirtojen haasteita ei voida ratkaista pelkästään keskittämällä ja muodostettavilla logistiikkakeskuksilla. Siirtoja tilaavien yksiköiden tulee kehittää toimintaprosessejaan siten, että alkuiltapäivän vaikeilta kuormitushuipuilta vältyttäisiin. Tällä hetkellä hoitolaitoksesta toiseen siirrettävä vuodeosastopotilas odottaa ensin lääkärinkiertoa, sen jälkeen paperimuodossa olevia asiakirjoja ja lopuksi ruokailee ennen klo 13 alkavaa siirtoa. Lisäksi tulee ottaa käyttöön potilassiirtojen luokitusjärjestelmä, joka on yhteinen tilaajalle, logistiikkakeskukselle ja palveluntuottajalle (liite 31).

Esimerkkejä tavoista, joilla toimintaprosesseja voitaisiin tehostaa:

- Järjestetään koulutusta siirtoja tilaavien yksiköiden henkilökunnalle siirtojen tilaus- ja luokitusjärjestelmästä
- Vuodeosaston kierrolla kierretään ensimmäiseksi potilas, joka on siirtymässä jatko-hoitoon toiseen hoitolaitokseen ambulanssilla
- Potilaan ei tarvitse odottaa paperimuotoisten asiakirjojen valmistumista, vaan ne voidaan toimittaa sähköisesti (tai ainakin faksilla) vastaanottavaan hoitolaitokseen potilaan kuljetuksen aikana
- Potilaan ei tarvitse odottaa lounasaikaa lähettävässä yksikössä, vaan hänelle voidaan antaa eväspaketti mukaan pitkille siirroille

Invataksikuljetusten korvauskäytäntöä tulee päivittää siten, että se mahdollistaa kahden työntekijän käytön tilanteissa, joissa potilas tarvitsee kantoapua autoon siirtymiseen. Tällä järjestelyllä nykyisin ambulansseilla hoidettavia aikataulukuljetuksia saataisiin vähennettyä. Jatkossa tulee selvittää myös tarve ja mahdollisuudet uudentyyppisen kuljetusmuodon käyttöönottoon. Alustavissa selvityksissä on ilmennyt, että invataksin ja ambulanssin välistä puuttuu virallisesti käytössä oleva ja yleisesti hyväksytty kuljetusmuoto, joka olisi tarkoitettu riskittömien vuodepotilaiden kuljetukseen. Tällainen palvelu voitaisiin esimerkiksi toteuttaa potilaskuljetusautolla, joka ei ole hälytysajoneuvo, jossa on paarit ja jonka kuljetushenkilökunta on saanut ensiapukoulutuksen, tai paaritak-silla. Myös potilaskuljetusautoille, joissa voitaisiin kuljettaa samanaikaisesti useampia potilaita, näyttäisi olevan tarvetta.

Tiivistelmä esityksestä: Potilassiirtotoimintaa kehitetään toimintaprosesseja parantamalla, siirtoluokitusjärjestelmän käyttöönotolla sekä käyttämällä riskittömien potilaiden kuljetuksiin enemmän invatakseja ja potilaskuljetusautoja.

9.1.3 Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan järjestäminen

Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan järjestämisen osalta selvitysmies pääosin yhtyy 2.2.2007 loppuraportin jättäneen Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän kantaan. Niin päivystävän ensihoitolääkärin kuin helikopteriansioidon rooli korostuu tulevaisuudessa terveydenhuollon päivystyspiste-verkoston edelleen harventuessa.

Sisäasiainministeriön yhteyteen perustettavan yksikön on suunniteltu huolehtivan lento-operaattoreiden kilpailuttamisesta. Tarjouspyyntöjen ja sopimusten laatuun on kiinnitettävä poikkeuksellisen paljon huomiota. Sopimusten kesto on suunniteltava siten, että ne antavat mahdollisuuden pitkäjännitteiseen lentotoiminnan kehittämiseen. Yksikön tulee panostaa merkittävästi lentotoiminnan jatkuvaan sisäiseen valvontaan, jotta ensihoitojärjestelmän ehdoton luotettavuus voidaan lentotoiminnan osalta taata. Yksikön tulisi aloittaa toimintansa v. 2007 aikana, jotta tarvittavat valmistelut ehditään tekemään ennen uuteen rahoitusmalliin siirtymistä.

Lääkärihelikopterien ensihoitolääkäreiden antamia konsultaatiopalveluita tulee tehostaa, ja toiminta-alueittain sairaankuljettajien ensihoitolääketieteelliset konsultaatiot keskittää kyseisen alueen lääkärihelikopterin ensihoitolääkärille. Uuden henkilöstön perehdyttämistä ja erikoistuvien lääkäreiden ohjausta tulee selkeästi parantaa.

Peten ja Aslakin sijoituspaikat tulee arvioida uudelleen. Peten paras sijoituspaikka toiminnan vaikuttavuuden kannalta on todennäköisesti Tampere. Tällöin myös yliopistosairaala (TAYS) pystyisi parhaiten huolehtimaan veloitteistaan ERVA-alueensa lääkärihelikopteritoiminnan osalta. Aslakin osalta tulee harkita helikopterin sijoittamista Lapin lomakeskusten sesonkiaikojen ulkopuolella Rovaniemelle ja sesonkiaikoina Sodankylään. Kyse ei ole turistien erikoispalvelusta vaan reagoinnista turistivolyymien mukanaan tuomaan selkeään riskiin. Pitkällä tähtäimellä tulee arvioida mahdollisuudet perustaa uusi lääkärihelikopteritukikohta Pohjois-Kymenlaaksoon. Esimerkiksi Kouvo-

lasta käsin toimiva yksikkö palvelisi puolen tunnin lentosäteellä noin 350 000 asukkaan aluetta eteläiseltä Päijänteeltä Saimaalle ja valtakunnan itärajalta rannikkoa pitkin aina Medi-Heli 01 toiminta-alueen rajalle saakka.

Lentoavustajien työsuhteet tulee yhtenäistää, ja heidät tulee siirtää pelastuslaitoksien palvelukseen. Huonokuntoiset alun perin väliaikaisiksi tarkoitettut tukikohdat tulee saneerata. Joissakin yksiköissä tulee kyseeseen uuden tukikohdan rakentaminen. Päivystystilat tulee kuitenkin aina sijoittaa tukikohdan välittömään yhteyteen, jotta hälytykseen lähtö tapahtuisi mahdollisimman nopeasti.

Lääkäri- ja pelastushelikopterit tulee nimetä uudelleen loogisella tavalla esimerkiksi HEMS 1-6 tai muu vastaava nimistö. Kutsutunnuksesta tulee selkeästi käydä ilmi, millä kulkuneuvolla liikutaan; helikopterilla vai maayksiköllä. Nimistön uusiminen voidaan tehdä samalla, kun valtionrahoitus realisoituu.

Poliisijohtoiset etsintätehtävät olisi luontevinta järjestää kokonaan joko rajavartiolaitoksen tai puolustusvoimien toimesta, jotta välttyttäisiin päällekkäisten tehtävien priorisoinnilta.

Tiivistelmä esityksestä: Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta järjestetään pääosin Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän esityksen mukaisesti. Peten ja Aslakin sijoituspaikkakunnat arvioidaan uudelleen ja sairaankuljettajien konsultaatiota keskitetään toiminta-alueittain lääkärihelikoptereihin.

9.2 Ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden rahoitusmalliksi

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen kokonaiskustannukset tulevat nousemaan riippumatta tulevaisuuden järjestämis- tai rahoitusmallista. Syinä tähän ovat mm. selkeä valmiusvaje tietyissä kunnissa, pidentyvät primaarikuljetusmatkat sairaaloiden ja terveyskeskusten päivystyspisteverkon uudistuessa sekä ensihoidon tietojärjestelmän käyttöönotto. Alustava arvio kiireellisen toiminnan rahoitusvajeesta on vähintään n. 10-12 milj. eur. Järkevillä järjestämis- ja rahoitusratkaisuilla voidaan kuitenkin kustannusten nousu pitää hallittuna. Selkeitä kustannussäästöjä on saavutettavissa lähinnä hoitolaitosten välisten potilassiirtojen osa-alueella logistiikkapalvelua kehittämällä sekä ensihoidon ja sairaankuljetuksen laskutusikäytäntöjä rationoimalla.

9.2.1 Ensihoito ja sairaankuljetus

Kelan rooli sairaankuljetuksen ja ensihoidon osarahoittajana säilytetään toistaiseksi ennallaan. Myös korvausten kuljetusperustaisuus säilytetään, koska Kela ei voi laajentaa korvauksia kattamaan itse ensihoitoa. Korvaus porrastetaan kuljetuksen vaativuuden mukaan, siten että hoitotason kuljetuksesta korvataan 20% enemmän kuin nykyisessä korvaustaksassa on säädetty. Kela-korvauksen saaminen sidotaan siihen, että tehtävä on saatu hätäkeskuksen kautta. Jatkaminen vanhalla rahoitusmallilla edellyttää sairaanhoi-

topiirien laskutukseen ja Kelan korvaamiseen liittyvien toimintaprosessien voimakasta tehostamista ja niihin liittyvien kustannusten selkeää vähentämistä. Kela suorittaa kuljetusperustaiset korvaukset korvaushakemusten perusteella suoraan sairaanhoitopiireille eikä enää palveluntuottajille. Kela velvoitetaan ottamaan sähköinen laskutus käyttöön nopeutetulla aikataululla vuoden 2008 loppuun mennessä. Sähköiseen laskutukseen siirtyminen ei edellytä lakimuutoksia, koska se on huomioitu vuonna 2005 voimaan tullessa sairausvakuutuslaissa.

Muu osa rahoituksesta saadaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnilta kuntalaskutuksena sekä sairaanhoitopiirin periminä potilaan omavastuuosuuksina. Kuntien tulee huolehtia riittävästä budjetoinnista kattamaan valmiudesta, ensihoidosta sekä kuljettamattomista potilaista aiheutuvat kustannukset. Omavastuuosuuden perimisestä ei voida luopua, koska se on Kelan korvauskäytännön ehdoton edellytys. Jos potilas kuljetetaan sairaanhoitopiirin sairaalaan, yhdistetään omavastuuosuus sairaala- tai poliklinikkamaksuun eli molemmat laskutetaan yhdellä laskulla. Muussa tapauksessa erillinen lasku omavastuuosuudesta lähetään potilaan kotiosoitteeseen. Vastaanottavan hoitolaitoksen kuittausveloitteesta koskien ambulanssikuljetuksen tarpeellisuutta sekä leimasta tulee luopua ajastaan jälkeen jääneenä käytäntönä; paras osaaminen kuljetustarpeen arviointiin on ambulanssin henkilöstöllä.

Vaikka rahoituksen kolmikanavaisuus ja Kelan korvausten kuljetusperustaisuus ehdotetaan säilytettävän, tämä ei heijastu enää palveluntuottajaan kuten aikaisemmin. Sairaanhoitopiiri kokoaa rahoituksen ja suorittaa palveluntuottajalle korvauksen kokonaispalvelusta riippumatta mm. siitä kuljetettiinko potilas vai ei, jolloin korvauskäytäntö ei enää ohjaa aiheettomaan kuljetukseen.

Kuntalaskutuksen malli:

- Sairaanhoitopiiri laskuttaa kunnilta ensihoidon vastuulääkäri- ja muista asiantuntijapalveluista sekä suuronnettomuusvalmiudesta aiheutuneista kustannuksista kunnan väkilukua vastaavan osuuden.
- Sairaanhoitopiiri laskuttaa kunnilta ambulansseilla tapahtuvan ensihoidon ja sairaankuljetuksen kustannukset kunnan alueelle aiheutuneiden hälytysten lukumäärän suhteessa koko sopimusalueen hälytysmääriin. Sopimusalueen ulkopuolelle suuntautuvat hälytykset laskutetaan tehtäväkohtaisen omakustanteisen hinnan perusteella siltä kunnalta, minne hälytys suuntautuu.
- Sairaanhoitopiiri laskuttaa kunnilta ensivastehälytykset kolmikantasopimuksessa sovittavalla tavalla.

Pidemmillä n. 10 v tähtämellä tulee pyrkiä selkeämpään yksikanavaisen rahoitusjärjestelmään, minkä osalta viitataan pohdintaan kohdassa 8.3.

Tiivistelmä esityksestä: Ensihoidon ja sairaankuljetuksen rahoitetaan edelleen kolmikanavaisesti Kelan, potilaan omavastuuosuuksien ja kuntien toimesta. Kuntien rahoitusosuutta riittävän ja välittömän ensihoitovalmiuden aikaansaamiseksi lisätään. Hoitotasoa edellyttävillä kuljetuksilla määritetään oma taksa, joka on 20% suurempi kuin nykyinen Kelan korvaus. Laskutusmenetelmiä tehostetaan voimakkaasti ja Kela velvoitetaan säh-

köisen laskutuksen käyttöönottoon v. 2008 loppuun mennessä. Kela-korvausten ja potilaan omavastuuosuuksien periminen siirretään palveluntuottajilta sairaanhoitopiireille. Pitkällä tähtäimellä pyritään yksikanavaiseen rahoitusjärjestelmään.

9.2.2 Hoitolaitosten väliset potilassiirrot

Kustannusvastuu sisäänkirjoittamattomien hoitolaitospotilaiden siirroista siirretään Kelalta lähettävälle hoitolaitokselle, jolloin kustannusvastuu on yhtenäinen kaikissa hoitolaitosten välisissä potilassiirroissa riippumatta siitä, onko potilas ehditty sisäänkirjoittaa vai ei. Kelan korvausosuus (v. 2006 8,5 milj. eur) siirretään kuntien valtionosuuksiin korotuksina. Samanaikaisesti toimintaa kehitetään siten, että potilaan lopullinen hoitopaikka valitaan jo ambulanssissa mahdollisimman monessa tapauksessa oikein, jotta jatkokuljetuksien määrää saataisiin vähennettyä. Tämä on mahdollista henkilökuntaa kouluttamalla, kehittämällä hoitopaikan valintaa koskevaa ohjeistusta, lisäämällä ensihoitolääkärinkonsultaatiota sekä uuden teknologian käyttöönotolla (ensihoidon tietojärjestelmä, uudet kenttäkäyttöön soveltuvat laboratoriodiagnostiset menetelmät).

Tiivistelmä esityksestä: Kustannusvastuu hoitolaitosten välisistä potilassiirroista yhtenäistetään ja kustannusvastuu sisäänkirjoittamattomien hoitolaitospotilaiden siirroista siirretään Kelalta lähettävälle hoitolaitokselle.

9.2.3 Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta

Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoituksen osalta selvitysmies yhtyy 2.2.2007 loppuraportin jättäneen Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän kantaan järjestää rahoitus valtion budjettirahoituksen mallin mukaisesti. Valtion rahoituksen aloitusajankohtaa tulee kuitenkin aikaistaa vuoteen 2009.

2.2.2007 annettu loppuraportti ei kuitenkaan anna vastauksia kustannusten yksityiskohtaisesta jakamisesta eri rahoittajien kesken. Sen vuoksi esitän kustannuksia jaettavaksi seuraavasti:

- Valtion budjettirahoitus: lentotoiminnan kustannukset kokonaisuudessaan mukaanlukien lentäjien palkat, 50% lentoavustajien palkoista sekä kaikki tukikohtiin liittyvät kustannukset. Aluepelastuslaitokset käytännössä ylläpitäisivät tukikohtia valtion budjettirahoituksesta osoitettujen määrärahojen turvin.
- Sairaanhoitopiirit: lääkinnällisen toiminnan kustannukset, jotka sisältävät lääkäreiden palkat (Aslakissa ensihoitajan), lääkkeet, lääkintälaitteet, ensihoidon tietojärjestelmän, tarvittavat toimistohenkilökunnan palvelut ja muut selkeästi lääkintään liittyvät osa-alueet. Sairaanhoitopiiri maksaa suoraan lääkäreiden ja Aslakin ensihoitajan palkat.

- Aluepelastuslaitokset: muut kustannukset eli 50% lentoavustajien palkoista, maayksiköt, VIRVE-laitteet sekä henkilökunnan suojavarusteet. Aluepelastuslaitos maksaa suoraan lentoavustajien palkat.

Sairaanhoitopiiri laskuttaa oman osuutensa lääkäri- tai pelastushelikopterin kustannuksista palvelualueen kunnilta kuntien asukasmäärän suhteessa tai kuntayhtymän valtuuston määräämällä tavalla. Sairaanhoitopiirin ulkopuolelle suuntautuvat hälytykset laskutetaan tehtäväkohtaisen omakustanteisen hinnan perusteella siltä sairaanhoitopiiriltä, minne hälytys suuntautuu. Laskutus tehdään hälytyksen eikä kohdatun potilaan perusteella, koska hälytys on aina toimivaltaisen viranomaisen tekemä.

Sisäänkirjoittamattomien hoitolaitospotilaiden kuljetusten kustannusvastuun siirron Kelalta lähetettävälle hoitolaitoksille ei tule johtaa siihen, että harvaanasutuilla alueilla lääkäri- tai pelastushelikopterin käytön kynnyks nousisi. Esimerkiksi Lapissa joudutaan ajoittain siirtämään potilas terveystieteiden odottamaan pelastushelikopterin saapumista. Tällaiset tehtävät tulee korvata samoilla perusteilla kuin muutkin lääkäri- ja pelastushelikoptereiden tehtävät

Tukiyhdistysten toiminta voi jatkua valtionrahoituksen saamisen jälkeenkin, mutta perustoiminnan rahoituksen on oltava kokonaan ja yksiselitteisesti yhteiskunnan järjestämää. Tukiyhdistykset luonnollisesti päättävät itsenäisesti toimintansa jatkosta. Soveltuvia keräysvaroilla rahoitettavia kohteita voisivat siirtymäaikana olla toiminnan kehittämisen, tutkimuksen ja koulutuksen tukeminen.

Tiivistelmä esityksestä: Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta rahoitetaan valtion budjettirahoituksen mallin mukaisesti huomioiden yllä esitetty yksityiskohtainen kustannustenjakoesitys valtion, sairaanhoitopiirien ja aluepelastuslaitosten kesken. Valtion rahoituksen aloitusajankohtaa tulee aikaistaa vuoteen 2009. Tukiyhdistysten rooli operatiivisen toiminnan rahoittamisessa ja ohjaamisessa päättyy.

9.3 Ehdotus ensivastetoiminnan määrittelemiseksi, kehittämiseksi ja rahoittamiseksi

9.3.1 Määritelmä

Ensvastetoiminnalla tarkoitetaan porrasteisessa ensihoitojärjestelmässä tilanteeseen nopeimmin tai lähimpänä hälytettävissä olevan muun kuin varsinaisen sairaankuljetusyksikön käyttöä korkeariskisen potilaan mahdollisimman varhaiseksi tavoittamiseksi silloin, kun ensivasteyksikön oletetaan saavuttavan potilaan ennen ambulanssia. Määritelmän mukainen toiminta edellyttää, että ensivastetoiminnasta on sopimus terveystieteiden kanssa ja että hälytyksen antaa hätäkeskus ennalta suunnitellun vastemäärittelyn perusteella. Muulla kuin varsinaisella sairaankuljetusyksiköllä tarkoitetaan ensisijaisesti pelastuslaitoksen tai VPK:n pelastusautoa tai muuta yksikköä. Poliisi ei kuulu ensivastetoiminnan piiriin ja silloin, kun poliisi tulee esimerkiksi onnettomuuspaikalle ensimmäi-

senä, on kyse poliisin antamasta hätäensiavusta eikä ensivastetoiminnasta. Myöskään joukkotilaisuuksissa toimivat ensiapuryhmät eivät kuulu ensivastetoiminnan määritelmän piiriin.

Ensivasteyksiköiden tasot:

Perustason ensivasteyksikkö

Aluepelastuslaitoksen pelastajilla miehitetty ei-kuljettava (pelastus)yksikkö, jonka miehistön koulutus ja oleellisista osin myös hoitovälineistö vastaavat perustason ambulanssia.

Ensiauttajatason ensivasteyksikkö

VPK:n (tai mahdollisesti tulevaisuudessa merialueilla rajavartiolaitoksen) henkilöstöllä miehitetty ei-kuljettava yksikkö, jonka henkilöstöön kuuluu vähintään 2 ensiauttajakoulutuksen käyntyä henkilöä ja jonka varustuksesta on sovittu terveystoimintamääräysten kanssa.

(Ensivastetoimintamääräitelmän ja korvauskäytännön ulkopuolella voi olla tietyissä tilanteissa tarkoituksenmukaista käyttää esimerkiksi C- tai D-kiireellisyydellä kuljetusmassassa olevaa ambulanssia ensivasteyksikkönä, mikäli lähistöllä on erittäin korkeariskin tehtävä esimerkiksi äkkielottomuus. Tällöin yksikön hoitaja jää kuljetettavan potilaan luokse ja kuljettaja aloittaa toiselle potilaalle välittömästi henkeäpelastavat toimenpiteet. Yksikkö vapautuu suorittamaan alkuperäisen tehtävänsä loppuun heti, kun toista potilasta varten hälytetty yksikkö saapuu.)

9.3.2 Kehittäminen

Ensivastetoimintaa tulee kehittää varsinaista ensihoitoa ja sairaankuljetusta tukevana toimintana. Kehittämisen tulee tapahtua terveys- ja pelastusviranomaisien yhteistyönä. Ensivastetoiminta ei ole tarkoitettu korvaamaan systemaattisesti liian vähäistä sairaankuljetuksen kapasiteettia. Ensivastetoiminta, sen määritelmä sekä ensivasteyksiköiden tasot (perustason ensivasteyksikkö ja ensiauttajatason ensivasteyksikkö) on liitettävä sairaankuljetusasetukseen ja pelastuslakiin.

Kaikkiin vakituisen pelastuslaitoksen pelastusyksiköihin tulee liittää mahdollisuus tarvittaessa toimia ensivasteyksikkönä. VPK:n merkittävä rooli ensivastetoiminnan tuottajana on kaupunkien ulkopuolella niillä alueilla, joilla vakituisen pelastuslaitoksen yksiköitä ei ole valmiudessa. VPK:n ensivastetoiminta ei ole perusteltua keskisuurissa tai suurissa kunnissa lukuunottamatta tarkoin harkittuja poikkeuksia (esimerkkinä Tampereen Teisko). Toisaalta olemassa oleva VPK harvemmin asutulla kaupunkien ulkopuolisella alueella ei voi automaattisesti merkitä sen mukaanottamista ensivastetoimintaan, vaan sen tulee perustua todelliseen paikalliseen tarpeeseen ja ensivastekoulutetun henkilöstön saatavuuteen.

Ensivasteyksiköiden hälytysaiheita ja vastemäärittelyä tulee voimakkaasti kehittää ja yhtenäistää. Joillakin maamme alueilla tällä hetkellä hälytysaiheet ovat liian väljät ja toisaalla taas ensivasteyksiköitä ei hälytetä, vaikka niille olisi todellinen tarve. Ensivas-

teyksiköiden käyttöä ns. tukiyksiköinä tulee vähentää. Erityisen tarkkaan on harkittava hälytysaiheet silloin, kun palvelun tuottaa VPK. Samalla tulee kehittää yksiköiden paikannusjärjestelmiä ja hätäkeskuksen tietokoneohjelmistoja arvioimaan lähimmän yksikön saapumiseen kuluvaa aikaa, jotta turhilta hälytyksiltä vältyttäisiin. Ensivasteyksikkö on myös muistettava peruuttaa, jos tarkentuneet tilannetiedot näin osoittavat.

Ehdotus ensivasteyksikön hälytysaiheiksi:

- A-tehtävissä silloin, kun lähintä sairaankuljetusyksikköä ei ole välittömästi saatavissa ja ensivasteyksikkö tavoittaa potilaan toimintaympäristöstä riippuen 5-10 min nopeammin (äkkielottomuus-, äkkitajuttomuus-, ilmatie-este- ja hukkumistilanteissa aina, jos ensivasteyksikkö tavoittaa potilaan yhtään nopeammin kuin sairaankuljetusyksikkö).
- A-tehtävissä tukiyksiköksi silloin, kun lähin sairaankuljetusyksikkö on välittömästi saatavilla, mutta kohteeseen ei ole tulossa muuta yksikköä (toinen ambulanssi, lääkintäesimies, lääkäriyksikkö tai -helikopteri) JA kohteessa tarvitaan avustavaa henkilökuntaa tilanteen asianmukaiseksi hoitamiseksi (esimerkiksi elvytys, korkealta putoaminen tai yliajo). A-tehtävän ei siis automaattisesti tule johtaa ns. tukiyksikön hälyttämiseen.
- B-tehtävissä silloin, kun lähintä sairaankuljetusyksikköä ei ole välittömästi saatavissa ja ensivasteyksikkö tavoittaa potilaan toimintaympäristöstä riippuen 10-15 min nopeammin. Ensivasteyksiköiden käytössä B-tehtävissä korostuu tarkka paikallinen ohjeistus ja vastemäärittely.
- Poikkeustilanteissa, joissa esimerkiksi potilas olisi pitkään sään armoilla ennen ambulanssin saapumista, vaikka itse avunpyyntöön johtaneeseen tilanteeseen ei liittyisi korkeaa lääketieteellistä riskiä. Tämä koskee ensisijaisesti harvaan asuttuja alueita ja edellyttää erillistä paikallista ohjeistusta.
- Sairaan kuljetusyksikön erikseen pyytässä apua (lisäavun tarve on arvioitu kohteessa).
- Hätäkeskuksen tulee peruuttaa ensivasteyksikkö, jos riskinarvion tarkennuttua ensivasteyksikön hälytysaiheet eivät enää täyty tai ambulanssi saavuttaakin kohteen ensimmäisenä.

VPK:ien hälyttämiskäytäntöjä ensivastetehtäviin tulee kehittää, jotta pystyttäisiin paremmin ennakoimaan tuleeko asemalle 2 vai 20 henkilöä hälytyksen saatuaan. Myös hälytykseen lähtevien henkilöiden lukumäärä tulee määritellä. Ensivastehälytyksen minimivahvuuden tulisi olla 2 ja optimivahvuuden 2-3 henkilöä. Näillä kehittämistoimenpiteillä on suora vaikutus hälytyskustannuksiin. Hälytykseen tulee poikkeustilanteessa voida lähteä myös yhden ensiauttajakoulutetun henkilön voimin, ellei useampia henkilöitä saada paikalle ja ellei tehtävään liity epäilyä työturvallisuusriskistä.

Ensiauttajien peruskoulutuksessa tulee olla valtakunnallisesti sama sisältö ja oppimateriaali. Ensiauttajakoulutuksen suorittaneille henkilöille tulee lisäksi luoda täydennyskoulutusjärjestelmä. Koulutus ja mahdollinen testaus soveltuvat parhaiten toteutettavaksi aluepelastuslaitoksen kouluttajien toimesta ensihoidon vastuulääkärin hyväksymän suunnitelman mukaisesti.

Vakituisen pelastuslaitoksen tuottama ensivastetoiminta voidaan sisällyttää ensihoito- ja sairaankuljetussopimukseen. VPK:n tuottamasta ensivastepalvelusta tulee laatia erillinen kolmikantasopimus VPK:n, aluepelastuslaitoksen ja sairaanhoitopiirin välillä. Terveys- ja pelastusviranomaisten tulee sopia keskenään menettelystä ja priorisoinnista tilanteissa, joissa ”tarjolla” on samanaikaisesti kaksi eri tehtävää; sekä ensivastetehtävä että pelastuslain mukainen tehtävä.

Selvityksen aikana kävi ilmi, että joissakin maamme ensiauttajatasoisen ensivasteyksiköissä on saatavilla parenteraalisia lääkkeitä. Lääkevalikoimaa tulee kehittää siten, että siihen vastaisuudessa kuuluvat ainoastaan lääkkeellinen happi, asetyylisalisyylihapo ja nitraattisumute käytettäväksi rintakipupotilaan hoidossa.

Tiivistelmä esityksestä: Ensivastetoimintaa kehitetään varsinaista ensihoitoa ja sairaankuljetusta tukevana toimintana eikä sillä korvata systemaattisesti liian vähäistä sairaankuljetuksen kapasiteettia. Ensivastetoiminta, sen määrittely sekä ensivasteyksiköiden tasot (perustason ensivasteyksikkö ja ensiauttajatasoisen ensivasteyksikkö) on liitettävä sairaankuljetusasetukseen ja pelastuslakiin. Ensivasteyksiköiden hälytysaiheita ja vastemäärittelyä tulee voimakkaasti kehittää ja yhtenäistää.

9.3.4 Rahoittaminen

Ensivastetehtävät tulee rahoittaa terveydenhuollon budjetista lukuunottamatta tehtäviä, joissa yksikkö hälytetään pelastustoimen vastemäärittelyn perusteella (esimerkiksi onnettomuudet) ja yksikkö tällöin joutuu hoitamaan potilasta ennen ambulanssin saapumista. Vakituisen pelastuslaitoksen tuottaman ensivastetoiminnan kustannukset voidaan sisällyttää ensihoito- ja sairaankuljetuksen perussopimukseen, mutta VPK:n tuottama ensivastepalvelu voi edellyttää erillislaskutusta. VPK:lle tulee korvata paikallisesti sovitava hälytyskorvaus ja sen lisäksi terveydenhuollon tulee vastata kustannuksista, jotka liittyvät kertakäyttöisiin hoitotarvikkeisiin, happeen ja lääkkeisiin. Aluepelastuslaitokset puolestaan vastaavat keskitetysti toiminnassa tarvittavien laitteiden, potilaan siirtovälineiden ja monikäyttöisten tarvikkeiden hankinnasta ja kustannuksista.

Tiivistelmä esityksestä: Ensivastetehtävät rahoitetaan terveydenhuollon budjetista lukuunottamatta tehtäviä, joissa yksikkö hälytetään pelastustoimen vastemäärittelyn perusteella.

9.4 Muut ehdotukset

9.4.1 Hätäkeskustoiminta

Terveystoimea hyvin palveleva neliportainen (A-D) riskiluokitusjärjestelmä tulee säilyttää ja moniviranomaistehtävissä tulee jatkossakin tehdä toimialakohtainen riskinar-

vio. Häätäkeskuslakiin tulee lisätä maininta siitä, että häätäkeskuksen tulee ottaa vastaan ja käsitellä kaikki kansalaisilta suoraan tulevat terveystoimen häätäilmoitukset ja sairaankuljetuspyynnöt, ja kääntäen, että näitä ilmoituksia eivät palveluntuottajat voi suoraan vastaanottaa. Häätäkeskuksen tällä hetkellä välittämät hoitolaitosten väliset potilassiirrot tulee siirtää sairaanhoitopiiriin logistiikkakeskusten tehtäviksi. Häätäkeskuslain 7-9 pykälää tulee tarkentaa, jotta terveystoimien häätäilmoitusten käsittelyssä tallentuvaan tietoon. Ensihoidon vastuulääkäreille tulee järjestää häätäkeskuksen tietojärjestelmän (ELS) etäkäyttömahdollisuus tietojen tarkastelua varten. ELS-tietojärjestelmän jatkosuunnittelussa on huomioitava terveystoimen tarpeet. Paikannusjärjestelmiä tulee kehittää siten, että häätäkeskuspäivystäjä voi löytää nopeasti ja luotettavasti lähimmän ja tarkoituksenmukaisimman yksikön, mikä myös toissijaisesti vähentää turhien ensivastetehtävien määrää. Häätäkeskuslaitoksen tulee huolehtia, että erityisten terveystoimen asiantuntijoiden poistuttua häätäkeskustoiminnan asiantuntijoita on riittävästi ja että heillä on riittävä asiantuntemus terveystoimen tehtäviin. Poliisin tulee ottaa käyttöön väestölle tarkoitetut erilliset alueelliset palvelunumerot ja tiedottaa niiden käyttöperiaatteista, jotta tällä hetkellä 112 numeroa huomattavasti kuormittavat poliisille suunnatut tiedustelut voidaan käsitellä tarkoituksenmukaisesti.

Potilaan oikeudellista asemaa tulee vahvistaa. Häätäkeskuksen terveystoimen ilmoituksia koskevien kanteluiden käsittelyyn on nimettävä viranomaistaho. Esitän samaa mallia kuin muiden terveydenhuollon kanteluiden käsittelyssä ja siinä vallitsevaa työnjakoa lääninhallitusten ja TEO:n välillä. Potilasvahinkolaki tulee ulottaa koskemaan vahinkoja, jotka tapahtuvat terveystoimen häätäilmoituksia käsiteltäessä tai viranomaisen yhteistoimintatehtävien käsittelyssä niiltä osin, kun niissä sivutaan terveydenhuoltoa. Varorekistereiden käytöstä terveystoimen ilmoitusten käsittelyn yhteydessä tulee antaa erillinen ohjeistus. Tiettyjen häätäkeskusten käytännöt poliisin rutiininomaisesta häätäyttämisestä ambulanssin mukaan myrkytyspotilaita koskeviin ensihoitotehtäviin tulee tarkistaa ja poliisin häätäyttäminen rajata selkeästi tilanteisiin, joissa on perusteltua syytä epäillä työturvallisuusriskiä.

Tiivistelmä esityksestä: Häätäkeskuslakiin lisätään kohta, jossa määritetään, että häätäkeskuksen tulee ottaa vastaan ja käsitellä kaikki kansalaisilta suoraan tulevat terveystoimen häätäilmoitukset ja sairaankuljetuspyynnöt. Häätäkeskuslain 7 – 9 pykälää tarkennetaan, jotta terveystoimien häätäilmoituksiin liittyvään tietoon. Potilaan oikeudellista asemaa vahvistetaan.

9.4.2 Lähtövalmiusajat

Ambulanssien lähtövalmiusaika tulee määritellä sairaankuljetusasetuksessa. Tämä ei koske hoitolaitosten välistä potilassiirtotoimintaa, jonka valmius- ja vasteajat määritetään paikallisissa hankintasopimuksissa. Lähtövalmiusajan tulee olla välitön (käytännössä 60 sekuntia) kiireellisissä eli A-C -tehtävissä. Ehdotusta ei tule tulkita niin, että kaikki maamme virka-ajan jälkeen kotipäivystyksessä olevat ambulanssit tulisi kategorisesti siirtää välittömään valmiuteen. Välittömän lähtövalmiuden yksiköiden lisäksi alu-

eella voi olla ambulansseja, jotka ruuhka- ja ylikuormitustilanteissa tai alueellisten tyhjiöiden syntyessä otetaan käyttöön esimerkiksi 15 tai 30 min varoajalla.

9.4.3 Liikennelupa

Yksityisen sairaankuljetuksen keskittyessä hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin, voidaan liikennelupakäytäntö säilyttää eikä toimintaa ole tarvetta siirtää lakiin yksityisestä terveydenhuollosta. Liikenneluvan kriteereihin tulee lisätä ehto, että toiminnasta vastaavan henkilön tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä sairaankuljetusalan työkokemus ja jolla on soveltuva yrittäjäkoulutus suoritettuna. Liikennelupien myöntäminen tulee kaikissa lääninhallituksissa keskittää sosiaali- ja terveysosastoille. Lupaviranomaiselle tulee määritellä konkreettiset valtuudet puuttua epäasianmukaiseen toimintaan. Liikennelupa tulee jatkossa myöntää sairaanhoitopiiri-kohtaisesti eikä kunta-kohtaisena asemapaikkana.

9.4.4 Saariston ensihoito ja sairaankuljetus

Saariston sairaankuljetuksen järjestäminen tulee (jo nykyisen lainsäädännön velvoitteiden mukaisesti) huomioida sairaankuljetussopimuksissa. Saariston sairaankuljetus tulee osoittaa sekä kiireellisten että kiireettömien tehtävien osalta pelastuslaitoksille. Kiireettömien tehtävien osalta tulee kuitenkin huomioida, että sairaankuljetus ei ole saariston puuttuvan joukkoliikenteen korvaaja. Pelastuslaitosten kelirikkoaikana käytettävien ilmatyynyalusten määrä tulee arvioida ja suhteuttaa todelliseen tarpeeseen huomioiden ensisijaisesti pysyvän saaristoasutuksen alueet. Kalliiden ilmatyynyalusten hankinnat tulee ensisijaisesti toteuttaa viranomaisten yhteishankintoina, missä yhteydessä tulee huomioida niiden soveltuvuus myös sairaankuljetukseen. Samoin muun venekaluston hankinnassa tulee huomioida soveltuvuus sairaankuljetukseen. Kansanterveyslain mukaan kelirikkokelpoisten alusten kustannuksista vastaaminen ei kuulu terveydenhuollolle, eikä lain päivittämiselle tältä osin ole tarvetta. Öljynsuojarahaston rahoittamia öljyntorjunta-aluksia tulee tarvittaessa pystyä käyttämään myös sairaankuljetukseen, mutta sairaankuljetuskelpoisuuden edellyttämiin muutostöihin tai lisävarusteluun ei tule käyttää öljynsuojarahaston varoja. Kuntien tulee rakentaa asianmukaiset veneiden laskupaikat pelastusviranomaisten osoittamiin paikkoihin ja pelastusviranomaisten tulee paikkoja valittaessa ottaa huomioon myös terveystoimen tarpeet.

Lääkäri- ja pelastushelikoptereita tulee voida käyttää saaristossa myös B-riskiluokan tehtäviin. Mikäli merialueiden saariston tehtävistä ensisijaisessa tuotantovastuussa oleva pelastuslaitos (tai lääkäri-/ pelastushelikopteri) ei pysty huolehtimaan kiireellisestä tehtävästä, tulee nykyistä selkeämmällä tavalla voida pyytää virka-apua rajavartiolaitokelta joko sairaankuljetustehtävän suorittamiseksi, ensihoitohenkilöstön viemiseksi saareen tai potilaan evakuoimiseksi maihin paikkaan, jonne ambulanssi voi saapua ja ottaa hoitovastuun potilaasta. Rajavartiolaitoksen veneiden käyttö saariston ensivasteyksiköinä ja veneen miehistöstä ainakin yhdelle annettavan ensiauttajatasen koulutuksen antami-

nen tulee selvittää. Rajavartiolaitoksen veneitä tulee myös voida käyttää potilaan evakuointiin maihin, jos hoitohenkilöstön vieni saareen ei ole tarkoituksenmukaista tai mahdollista. Mikäli rajavartiolaitoksen veneiden käyttöä ensiauttajatoimintaan laajennetaan, tulee henkilöstön koulutuksessa voida hyödyntää ensihoitopalvelun jo olemassa olevaa täydennyskoulutusjärjestelmää. Virve-verkon toimintaa tulee kehittää käyttäjäystävällisemmäksi ja luotettavammaksi moniviranomaistilanteita varten sekä sen käytön harjoittelua lisätä. Ensihoitojärjestelmän pirstaloitumisen vuoksi en suosittele vapaaehtoisien meri- tai järvipelastuksen tehtävien laajentamista saariston ensivastejärjestelmään tai sairaankuljetukseen, ja mahdollisesti jo laaditut sopimukset tulisi purkaa. Vapaaehtoisten meri- ja järvipelastuksen tehtäväala tulee rajata pelastamiseen.

Rannikkoa ja saaristoa palvelevien hätäkeskusten puhelinensiapuohjeita tulee kehittää tukemaan tilanteita, joissa avun saanti kestää kauan. Hätäkeskuksen tulee tarvittaessa olla ilmoittajaan uudelleen yhteydessä avun ollessa matkalla, tarkistaa potilaan tilan kehittyminen ja raportoida siitä ensihoitohenkilökunnalle. Niin hätäkeskuksella kuin meripelastuskeskuksellakin tulee olla ongelmatilanteita varten mahdollisuus ensihoitolääkäriconsultaatioon. Hätäkeskuksen tulee voida ohjata potilas, jolla on saattaja, tulemaan omatoimisesti veneellä maihin, jos potilas pystyy liikkumaan, liikkumiseen ei liity lääketieteellistä riskiä eivätkä keliolosuhteet ole vaaralliset. Jos potilaalla on esimerkiksi suljettu yläraajan murtuma, voidaan hänet pyytää saapumaan maihin saattajan kanssa paikkaan, jossa ambulanssi ottaa potilaan vastaan. Ruotsin mallin mukaiseen saaristossa tapahtuvien matalariskisten tilanteiden hoitamiseen helikopterilla ei ole tarkoituksenmukaista mennä.

9.4.5 Pätevyysvaatimukset ja alan tutkintojen kehittäminen

Perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen pätevyysvaatimuksista uuden henkilöstön osalta tulee antaa valtakunnallinen suositus tai vaihtoehtoisesti liittää ne sairaankuljetusasetukseen. Potilassiirtoihin osallistuvan henkilökunnan pätevyysvaatimuksia ei ole tarkoituksenmukaista viedä asetustasolle vaan niistä annettu suositus on riittävä.

Perustason ambulanssi: Molemmilta sairaankuljettajilta edellytetään joko pelastajatutkinto (tai aiempi palomies-sairaan kuljettaja) tai lähihoitajatutkinto; ensihoidon suuntautumisvaihtoehto (tai aiempi lääkintävahtimestari-sairaan kuljettaja). Hoitotasolle pätevoittävät tutkinnot antavat automaattisesti pätevyden toimia perustason ambulanssissa.

Hoitotason ambulanssi: Vähintään toisen sairaankuljettajan tulee olla suorittanut ensihoitaja AMK –tutkinto. Toinen sairaankuljettaja voi olla perustason pätevyden omaava.

Potilassiirtoambulanssi: Suositus, jonka mukaan molemmilla sairaankuljettajilla tulee olla soveltuva terveydenhuoltoalan- tai pelastajatutkinto.

Potilaskuljetusautot: Mikäli tulevaisuudessa otettaisiin virallisesti käyttöön uusi kuljetusmuoto riskittömien vuodepotilaiden kuljetukseen, ei tähän toimintaan osallistuvalla

henkilöstöltä ole tarkoituksenmukaista edellyttää terveydenhuoltoalan- tai pelastajatutkintoa vaan asianmukainen ensiapukoulutus tulee katsoa riittäväksi.

Ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivalta pelastajataustaiselta henkilöstöltä ei voida edellyttää, että se toimisi päätoimisesti eli joka työvuoro ambulanssissa. Työtehtävien tarkoituksenmukaisen järjestämisen kannalta ja työssä jaksamisen tukemiseksi tulee henkilöstöllä olla mahdollisuus osallistua myös pelastustehtävien hoitamiseen. Ammattitaidon säilyttämisen ja kehittämisen kannalta voidaan suositella ensihoito- ja sairaankuljetustehtäviin sijoitusta vähintään kolmasosaksi työajasta.

Maamme kaksikielisillä alueilla tulee huolehtia sekä hätäkeskuksien että ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivan henkilöstön riittävästä kielitaidosta.

Uudet pätevyysvaatimukset ehdotetaan saatettavaksi voimaan 1.1.2010 uuden henkilöstö osalta. Mikäli pätevää henkilöstöä ei olisi paikallisesti saatavilla, voisi lääninhallitus antaa määräaikaisen poikkeusluvan pätevyysvaatimuksia täyttämättömälle uudelle virkaan tai toimeen nimitettävälle työntekijälle vuosina 2010-2015. Anomuksen tekisi työnantaja, ja siihen tulisi liittää sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäriin puolto. Määräaikaiseen sijaistuuteen voitaisiin ottaa henkilö, joka ei täytä muodollisia pätevyysvaatimuksia, mutta joka on arvioitu työnantajan puolelta tehtävään soveltuvaksi ja vastuulääkäriin puolelta riittävät ensihoidolliset valmiudet hallitsevaksi.

Vanhan vakituisessa työsuhteessa olevan henkilöstön asema:

- Ensihoitajatutkinnon aikuiskoulutusohjelmien aloituspaikkojen määrää tulisi lisätä, jotta jo työssä olevien hoitotasolla toimivien mutta uusia pätevyysvaatimuksia täyttämättömien henkilöiden hakeutumista tutkintokoulutukseen saataisiin lisättyä. Myös työnantajan antama tuki tutkintoa suorittamaan lähteville työntekijöille on keskeisessä asemassa.
- Todellisuudessa läheskään kaikki nykyisin alalla jo toimivat ja pysyvissä työsuhteissa olevat uusien säädösten mukaan muodollisesti epäpätevät työntekijät eivät tule lähtemään tutkintokoulutukseen. Heille tulee sairaanhoitopiirin koordinoimana järjestää asianmukainen täydennyskoulutus, koska heidän työsuhdettaan ei voida uusien pätevyysvaatimusten käyttöönoton perusteella päättää eikä henkilöstön määrä muutoin tule riittämään. Täydennyskoulutuksen jälkeen henkilöt ovat pätevoitettyjä toimimaan entisissä tehtävissään, vaikka heillä ei olisi uusien pätevyysvaatimusten edellyttämää tutkintoa.
- Ne sairaanhoitajat, jotka jo toimivat hoitotasolla, ja ne lähi- ja perushoitajat, jotka jo toimivat perustasolla voivat siirtyä uuteen järjestelmään ilman, että heidän tarvitsisi suorittaa lähihoitaja- (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto) tai ensihoitaja AMK –tutkintoa tai erillistä täydennyskoulutusta.
- Nykyisin terveyskeskuksissa toimivien päätoimisten ensihoidon vastuulääkärien siirtyminen sairaanhoitopiirin ensihoitokeskusten palvelukseen tulee selvittää.

Tiivistelmä esityksestä: Sairaankuljetusasetukseen liitetään perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen pätevyysvaatimukset uuden henkilöstön osalta. Vanhan vakituksessa työsuhteessa olevan henkilöstön asema turvataan.

Tutkintojen kehittäminen

- *Pelastajatutkinto:* Tutkinnon kesto tulee pidentää puolella vuodella (1 lukukausi). Lisälukukaudesta voidaan alustavan esityksen mukaan käyttää ensihoidon ja sairaankuljetuksen tarpeisiin noin puolet ja pelastustoimen tarpeisiin noin puolet. Samalla tulee selvittää mahdollisuudet saada pelastajatutkinto terveydenhuollon nimikesuojattujen ammattihenkilöiden luokkaan.
- *Lähihoitajatutkinto* (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto): Pidentämättä koulutuksen kesto tulee opetusohjelman sisäisin priorisoinnein lisätä ensihoidon pienryhmä- ja simulaatio-opetusta sekä operatiivisen toiminnan sekä viranomaisten yhteistoiminnan koulutusta. Tutkinnon sisäänottokriteereissä tulee huomioida opiskelijan fyysiset edellytykset selviytyä ensihoito ja sairaankuljetustyössä.
- *Ensihoitaja AMK –tutkinto:* Tutkinnon kesto tulee lyhentää 3,5 vuoteen ja luopua sairaanhoitajaksi pätevöittävästä osuudesta, jolloin tutkinto on puhdas ensihoitajatutkinto. Opetusohjelman sisäisin priorisoinnein tulee lisätä ensihoidon pienryhmä- ja simulaatio-opetusta sekä operatiivisen sekä viranomaisten yhteistoiminnan toiminnan koulutusta. Tutkinnon sisäänottokriteereissä tulee huomioida opiskelijan fyysiset edellytykset selviytyä ensihoito- ja sairaankuljetustyössä. Ensihoitaja AMK -nimike tulee rekisteröidä omana laillistettuna terveydenhuollon ammattinimikkeenä.

Tutkintoja tulee kansainvälisten mallien mukaan kehittää modulaarisiksi, siten että työntekijä voi joustavasti edetä urallaan perustasolta hoitotasolle. Nykyinen koulutusjärjestelmä ei tätä millään muotoa tue. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että pelastaja- tai lähihoitajatutkinnon (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto) suorittanut henkilö hakeutuisi vähintään kahden vuoden alalla hankitun työkokemuksen jälkeen ensihoitajan koulutusohjelmaan. Tämä koulutusohjelma olisi räätälöity niille, joilla on perustason pätevyyteen oikeuttava tutkinto ja riittävä työkokemus ja sen kesto olisi 1,5 v lähihoitajille ja 2 v pelastajatutkinnon suorittaneille. Koulutusohjelman suoritettuaan opiskelija valmistuu ensihoitajaksi. Räätälöitynä vaihtoehtona on alustavasti selvitetty myös mallia, jossa osa pelastajatutkintoa suorittamaan alkavista opiskelijoista lunastaisi jo tässä vaiheessa paikan ensihoitaja AMK –koulutukseen koulutusyhteistyösopimuksen tehneestä AMK:sta. Pelastajatutkinnon suoritettuaan ja 1-2 vuoden työkokemuksen jälkeen opiskelija siirtyisi suorittamaan ensihoitajaosuuden joko päätoimisesti tai monimuotoisena aikuisopiskeluna. Pidän myös tämän mallin jatkoselvittämistä aiheellisena.

Arvioitaessa ehdotuksia tulee erityisesti huomioida työntekijöiden saatavuus tulevaisuudessa, työelämän tarpeet sekä nykytila, joka palvelee enemmän itse koulutusjärjestelmää kuin tulevan työntekijän todellista osaamistarvetta. Ellei tarvittaessa radikaalejakin uudistuksia koulutusjärjestelmään tehdä, tulee pätevistä ja tehtävään soveltuvista sairaankuljettajista vääjäämättä pula tulevaisuudessa.

Tiivistelmä esityksestä: Pelastajatutkinnon kestoja pidennetään yhdellä lukukaudella sekä lähihoitajan ja ensihoitajan tutkinnon sisältöjä kehitetään nykytarpeita vastaaviksi. Tutkintoja kehitetään modulaariksi, jotta urakehitys perustasolta hoitotasolle voi tapahtua huomattavasti nykyistä tarkoituksenmukaisemmalla tavalla.

9.4.6 Potilasvalitukset ja läheltäpiti –tilanteet

Potilasvalitusten käsittely tulee keskittää, ja niiden määrästä ja laadusta on oltava seuranta järjestelmä. Ensihoidon vastuulääkärin on tarkoituksenmukaisinta käsitellä hoitoon, hoitopaikan valintaan, avun viivästyminen ja kuljettamatta jättämiseen liittyvät valitukset sekä toimia lausunnonantajana lääninhallituksen tai TEO:n kanteluissa sekä potilasvahinkoepäilyissä. Palveluntuottajan esimiehen on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muut valitukset, joista suurimman yksittäisen ryhmän muodostavat kohteluun ja käyttäytymiseen liittyvät palautteet.

Läheltäpiti -tilanteet tulee rekisteröidä osana toiminnan omavalvontaa. Tilanteiden analysoinnin avulla pyritään ehkäisemään niiden uusiutuminen ja mahdolliset vahingot potilaille ja henkilöstölle. Läheltäpiti -tilanteiden rekisteröinti on tarkoituksenmukaista toteuttaa osana todellisten vahinkojen (lääkkeiden annosteluvirheet, laitevaaratilanteet, väkivaltatilanteet, neulanpistotapaturmat, muut työtapaturmat, liikenneonnettomuudet) rekisteröintiä. Tällöin on mahdollisuus saada kokonaiskäsitys ensihoitopalvelun riskeistä.

9.4.7 Suuronnettomuusvalmius

Suuronnettomuusvalmiuden kehittäminen maassamme olisi erillisen selvitystyön aihe ja tässä yhteydessä annetaan vain muutama keskeinen ehdotus:

- suuronnettomuusvalmius tulee huomioida palvelutasopäätöksissä sekä sairaankuljetussopimuksissa
- suuronnettomuus suunnitelmat tulee rakentaa alueellisiksi ja päivittäistoimintaan pohjautuviksi, ja niiden tulee olla riittävän yksinkertaisia sekä selkokielisiä, jotta niistä olisi tositalanteessa hyötyä
- hätäkeskusten ohjeistus tulee laatia valtuuttamaan hätäkeskus etupainotteiseen ja riittävät voimavarat mobilisoivaan hälyttämiseen
- suuronnettomuuksiin ja muihin poikkeustilanteisiin varautumiseen tulee alueellisesti luoda erillinen talousarviomomentti, jotta nykyinen taloudellinen kilpailuasetelma päivittäispotilaiden hoidon ja suuronnettomuuksiin varautumisen välillä poistuisi
- lääkintäjohtamista tulee kehittää johdon kouluttamisella ja tietojärjestelmän käyttöönotolla (suuronnettomuuksien johtamissovellus)
- suuronnettomuusosaamiseen tähtäävää koulutusta tulee lisätä sekä alan perustutkinnoissa että täydennyskoulutuksessa

- potilasluokitusjärjestelmä tulee ottaa käyttöön kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla
- kalusto-, hoitotarvike- ja lääkevarautumista tulee keskittää sekä huolehtia tarvikkeiden ja lääkkeiden kierrättämisestä vanhentumisen ehkäisemiseksi
- kalliiden kenttäharjoitusten lisäksi harjoittelussa tulee hyödyntää simulaatiooppimista

Suuronnettomuusvalmiuden kehittämisen lisäksi tarkempaa määrittelyä tarvitaan yhteiskunnan poikkeusolojen varalta. Sairaankuljetussopimuksissa tulisi mainita, miten ensihoito ja sairaankuljetus järjestetään poikkeusoloissa.

9.4.8 Lääkehuolto

Lääkehuolto (käsittäen lääkkeitä ja infuusionesteet) tulee keskittää sairaanhoitopiiriin sairaala-apteekkiin. Sairaala-apteekin tulisi järjestää yhteyshenkilö sairaalan ulkopuolista lääkehuoltoa varten, joka muiden tehtäviensä ohella perehtyisi ensihoidon lääkehuollon erityispiirteisiin. Harvaan asutuilla alueilla lääkkeiden toimittamisessa voidaan tarvittaessa tehdä yhteistyötä paikallisen terveyskeskuksen apteekin kanssa.

9.4.9 Lääkintäesimiestoiminta

Lääkintäesimiestoimintaa (L4) tulee kehittää, ja lääkintäesimiehille kohdennettua operatiivisen johtamisen täydennyskoulutusta lisätä. Lääkintäesimiestoiminta tulisi tuottaa ensisijaisesti aluepelastuslaitosten eikä sairaanhoitopiirien toimesta, koska tehtävään liittyy operatiivinen työnjohto ja työnantajalle kuuluvia vastuita. Sairaanhoitopiirin palveluksessa olevien työntekijöiden määrä tulisi pitää rajattuna ja kohdistaa operatiivisiin lääkäripalveluihin (lääkäriyksikkö, lääkärihelikopteri) sekä ensihoitokeskuksen ensihoidon vastuulääkäri- ja muihin asiantuntijapalveluihin. Sairaalan ulkopuolisen ensihoitojärjestelmän esimiestyön tarpeisiin tulee harkita oman lisäkoulutusohjelman räätälöimistä ammattikorkeakoulujen, pelastusalan oppilaitosten, sairaanhoitopiirien ensihoitokeskusten ja aluepelastuslaitosten yhteistyönä. Lisäkoulutus voitaisiin toteuttaa esimerkiksi Kuopiossa ja Helsingissä pelastusalan oppilaitosten ja paikallisten ammattikorkeakoulujen yhteistyönä.

9.4.10 Ensihoito poliisijohtoisissa erityistilanteissa

Ensihoito poliisijohtoisissa erityistilanteissa (piiritys-, panttivanki-, pommiuhka- ja joukkojenhallintatilanteet) tulee järjestää osana päivittäistä ensihoitopalvelua. Tätä tukee myös KHO:n päätös 672/3/02 9.12.2004. Vanhojen erillisten ns. taktisten ensihoidoryhmien toiminta tulee lakkauttaa, ja toimintaan kouluttautuneiden henkilöiden eri-

tyisosaamista hyödyntää päivittäisorganisaation henkilöstön kouluttamisessa. Poliisin ja ensihoitojärjestelmän yhteistyötä ja toisen osapuolen toimintaperiaatteiden tuntemusta voidaan lisätä esimerkiksi säännöllisillä alueellisilla yhteistyötapaamisilla. Pelastajatutkintoon tulee lisätä poliisijohtoisten ensihoidon erityistilanteiden perusteet. Poliisijohtoisten erityistilanteiden liikaa medikalisointia tulee välttää.

Virka-avun antaja (ensihoidopalvelu) päättää minkälaisia määrällisiä ja laadullisia voimavaroja poliisijohtoisin erityistilanteisiin annetaan. Poliisin tulee vastata virka-apupyynnöjensä kustannuksista silloin, kun kyseessä on pelkkä varallaolo ilman arvioitavaa tai hoidettavaa potilasta. Poliisilla tulee olla kustannusvastuu myös varallaoloajasta tilanteista, joissa potilas tavataan vasta usean tunnin varallaoloajan jälkeen (esimerkiksi piiritystilanne). Ensihoitopalvelulla ja hätäkeskuksella tulee olla ohjeistus, miten alueen muu ensihoitovalmius turvataan voimavaroja sitovan poliisijohtoisen tilanteen aikana. Poliisi on esittänyt erillisten sopimuksien laatimista toiminnan järjestämiseksi, mutta selvitysmies ei pidä sopimuksia tarpeellisina. Sen sijaan sairaanhoitopiirin ja palveluntuottajan välisiin ensihoito- ja sairaankuljetussopimuksiin olisi hyvä liittää maininta poliisille pyynnöstä annettavasta virka-avusta ja sen kustannusvastuusta.

9.4.11 Rekisterinpito

Rekisterinpitovastuu tulee kiireellisesti siirtää palveluntuottajilta sairaanhoitopiireille ja tehdä tarvittavat muutokset asetukseen potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Tämä on myös ensihoidon sähköisen potilaskertomuksen laajemman käyttöönoton ehdoton edellytys. Kun palveluntuottaja hoitaa toimintaa sairaanhoitopiirin lukuun, on myös sillä oikeus tietoihin.

9.4.12 Sähköinen potilaskertomus ja ensihoidon tietojärjestelmä

Sähköinen potilaskertomus ja ensihoidon tietojärjestelmä tulee ottaa käyttöön kaikissa maamme sairaanhoitopiireissä vuoden 2010 loppuun mennessä. Koska erilaisia ohjelmistosovelluksia on tulossa markkinoille, tulee huolehtia siitä, että saman sairaanhoitopiirin alueella käytetään yhtenäistä sovellusta. Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen osallistuvat ambulanssit sekä vakituisen pelastuslaitoksen ensivasteyksiköt tulee varustaa päätelaiteilla. Järjestelmän tarkoituksenmukainen käyttöönotto edellyttää sairaanhoitopiirin määrittämistä rekisterinpitäjäksi. Päivystävien ensihoidolääkäreiden, lääkintäesimiesten sekä ensihoidon vastuulääkäreiden työpisteet tulee varustaa lisäksi valvomosovelluksilla. Ensihoidon tietojärjestelmien suunnittelussa ja toteuttamisessa tulee kiinnittää erityistä huomiota helppokäyttöisyyteen, toimintavarmuuteen sekä riippumattomuuteen vain virka-aikana saatavilla olevista ATK-tukipalveluista. Kansalaisten käyttöön tuleva sähköinen potilashistoriakortti (esimerkiksi Kela korttiin upotettava siru) olisi erittäin hyödyllinen myös ensihoitopotilaan kannalta.

Potilassiirtoja hoitavien ambulanssien varustaminen tietojärjestelmällä ei ainakaan lähitulevaisuudessa vaikuta tarkoituksenmukaiselta eikä kustannustehokkaalta. Poikke-

uksen tähän ehkä muodostavat tehovalvontaa tai –hoitoa edellyttävät siirrot, joissa kuitenkin tulee arvioida onko näissä ambulansseissa oma tietojärjestelmä vai siirretäänkö kuljetuksenaikainen tieto etäyhteyden kautta tehohoidon tietojärjestelmään.

9.4.13 Sairaankuljettajien lääkärikonsultaatiot

Konsultaatiopalveluiden laatua ja saatavuutta tulee parantaa sekä toimintaa keskittää. Ensihoitolääketieteelliset konsultaatiot tulee keskittää oman alueen päivystäville ensihoitolääkäreille (lääkäriyksiköt ja –helikopterit). Niissä sairaanhoitopiireissä, joissa ei ole päivystävää ensihoitolääkärinä, voidaan esimerkiksi luoda ensihoidon vastuulääkäriin puhelinpäivystysjärjestelmä, johon vuorollaan osallistuu useamman sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäreitä. Konsultaatioihin vastaavilla ensihoitolääkäreillä tulee olla käytössään ajanmukainen tieto alueen ensihoidon voimavaroista (käytävissä olevat yksiköt, niiden valmiusajat ja hoitotaso) sekä päivystysterveystenhuollon valmiuksista (mm. kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten saatavuus, terveyskeskuspäivystysten aukiolo).

9.4.14 Joukkotilaisuudet

Joukkotilaisuuksia koskevaa lainsäädäntöä tulee muuttaa siten, että tilaisuuksien järjestäjät veloitetaan toimittamaan ensiapu- ja lääkintähuoltosuunnitelmat sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärille 2 kk ennen tilaisuutta ennakkotarkastusta varten, jos arvioitu yleisömäärä on > 10 000. Terveysviranomaisella tulee olla sanktiomahdollisuus niiden tilanteiden varalta, joissa suunnitelmissa havaitaan vakavia puutteita. Ilmoitus kaikista suurista yleisötilaisuuksista (riippumatta siitä onko osallistujia yli vai alle 10 000) tulee lähettää erillisellä lomakkeella alueen ensihoidon vastuulääkärille sekä sairaanhoitopiirin valmiuspäällikölle vähintään 3 arkipäivää ennen tilaisuutta. Terveysviranomaisten suositellaan hyödyntävän Suurten yleisötilaisuuksien turvallisuusopasta (2007) omassa suunnitteluprosessissaan.

9.4.15 Maallikkodefibrillaatiotoiminta

Maallikkodefibrillaatiotoimintaa on syytä säännellä vain niiltä osin, kun toimintaan käytetään julkisia varoja. Toiminnan aloittamispäätös on jätettävä paikallisesti tehtäväksi. Potilaalla ei ole subjektiivista oikeutta saada maallikkodefibrillaatiopalveluita. Laittehankinnat, koulutus ja toiminnan koordinointi voidaan rahoittaa terveystoimen budjetista vain, jos seuraavat kriteerit täyttyvät:

- kyseessä on julkisen alueen riskikohde, jossa sydänpysähdysten ilmaantuvuus on vähintään n. 0,3-0,5/v ja
- kohteessa on henkilökuntaryhmä, joka voidaan kouluttaa toimintaan ja jonka työnantaja sitoutuu yhteistoimintaan

Tällöin toiminnasta vastaa alueen ensihoidon vastuulääkäri ja toimintaa koordinoi sekä koulutuksesta huolehtii sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelujen tuottaja.

9.4.16 Liikenneturvallisuus

Tavoitteeksi tulee asettaa kuolemaan johtavien ja muiden vakavien ambulanssionnettomuuksien sekä niiden vaaratilanteiden ehkäisy. Ensihoitaja AMK sekä lähihoitaja (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto) tutkintoihin tulee lisätä hälytysajoneuvon hallintaan pätevä koulutusosio, joka sisältää teorian lisäksi ajoharjoittelun ja kouluttajan hyväksynnän, sekä pelastajatutkinnon vastaava koulutusosio tulee päivittää. Mahdollisuudet työssä olevan henkilöstön määräjain kouluttajan ohjaamana tapahtuvaan ajoharjoitteluun tulee arvioida. Ajoneuvokaluston turvallisuutta ja luotettavuutta parannetaan palveluntuottajien omavalvontana, jonka avuksi luodaan hälytysajoneuvojen huoltokriteeristö. Turvaväiden käyttöä ambulanssin hoitotilassa lisätään ja teknisillä ratkaisulla luodaan edellytykset, että potilasvalvontalaitteiden seuranta ja suonensisäisten lääkkeiden annostelu voivat tapahtua kuljetuksen aikana ilman turvavyön irrottamista. Huoltopalvelujen tuottajien kanssa sopimukset tulee laatia siten, että hälytysajoneuvoturvallisuuden laatu voidaan taata. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen alueellinen järjestäminen mahdollistaa myös huoltopalvelujen keskittämisen ja siten tämän alan erityisosaamisen kehittämisen. Lisäksi tulee arvioida nykyisen ajoneuvokatsastuskäytännön asianmukaisuus ja tarve ns. erityisajoneuvokatsastukselle. Tällä hetkellä ambulanssit rinnastetaan tavallisiin pakettiautoihin turvallisuuteen vaikuttavien ohjausjärjestelmän, jarrujen, voimansiirron ja kantavien rakenteiden osalta.

9.4.17 Uusien tehtävien liittäminen ensihoitoon ja sairaankuljetukseen

Ensihoitotoiminnan luonne edellyttää jatkuvaa valmiutta ja nopeita vasteaikoja tilanteissa, joissa voi olla kysymys ihmisen hengestä ja terveydestä. Tämän vuoksi en pääsääntöisesti suosittele lisätehtävien liittämistä toimintaan, koska ne voivat merkittävästi vaarantaa niin perus- kuin lisätehtävänkin hoidon. Tarkkaan paikalliseen harkintaan perustuen voidaan tietyissä haja-asutus alueen kunnissa ajatella kotisairaanhoidon päivystysluonteisten toimintojen yhdistämistä ensihoitoon. Kunnissa, joissa välittömässä lähtövalmiudessa olevat sairaankuljettavat työskentelevät hälytysten välissä terveystakesuksien tai sairaaloiden päivystyksissä, tulee sairaankuljettajien toiminta jatkossa keskittää ensihoitoon ja sairaankuljetukseen, ja hoitolaitoksissa tapahtuvasta työskentelystä ensihoitotehtävien välissä luopua. Toimenkuva päivystyksessä on pääsääntöisesti ollut ns. aputehtävien hoitamista (vahtimestari, potilaskuljetus, arkistonhoito), mikä ei hyödynnä työntekijän osaamista ja mikä koetaan turhauttavana. Myös tarve selkiyttää henkilöstön johto- ja esimiessuhteita puoltaa tätä näkökohtaa.

9.4.18 HUS:n valtakunnalliset tehtävät

HUS:n tehtävät, vastuut ja kustannusten korvaaminen tulee määritellä koskien tilanteita, joissa HYKS joutuisi antamaan ensihoito- ja sairaankuljetusapua muualla kotimaassa tai ulkomailla tapahtuvan suuronnettomuuden yhteydessä. Sama koskee HYKS-alueen palveluntuottajina toimivia aluepelastuslaitoksia, koska vain niiltä on riittävästi ja nopeasti saatavissa kenttäkelpoista hoitohenkilöstöä ja varusteita etenkin kotimaassa tapahtuviin suuronnettomuuksiin. HUS:n valtakunnallisissa tehtävien suunnitelmissa tulee huomioida kaksi erityyppistä tehtäväluokkaa: 1. muualla kotimaassa tapahtuva suuronnettomuus, joka on puhdas ensihoidon ja sairaankuljetuksen erikoistehtävä ja 2. ulkomailla tapahtuva suuronnettomuus, jossa aikaviiveiden vuoksi potilaat evakuoidaan paikallisista sairaaloista, joissa heitä on jo ehditty tutkia ja hoitaa. Luokan 2 tehtävän menestyksellinen hoitaminen edellyttää erikoissairaanhoidon sisällä tiivistä yhteistyötä traumatologian, infektiosairauksien, tehohoidon, pediatrian ja ensihoidon asiantuntijoiden kesken. Mikäli HUS:lta edellytetään ennakkovarautumista näiden tilanteiden varalta, tulee valtion STM:n kautta huolehtia varautumisen aiheuttamista kustannuksista. Yhteistyömahdollisuudet FinnRescueForcen (FRF), Rajavartiolaitoksen ja lentoyhtiöiden kanssa tulee selvittää.

9.4.19 Keskushallinto

Kun lainsäädäntömuutokset toteutetaan ja käytännön järjestämisvastuu siirretään sairaanhoitopiireille, ei keskushallinnon (lähinnä STM) tiukempi ohjaus ole muutoin tarpeen. Toimintaa johdetaan yksiselitteisesti sairaanhoitopiireistä. Sen sijaan muutosvaiheen ohjauksen suunnittelu ja lainsäädäntömuutosten valmistelu tulee pikaisesti suunnitella ja resursoida STM:ssä. Jotta STM pystyisi riittävällä asiantuntemuksella ja tasavertaisena toimijana kehittämään toimintaa yhdessä muiden hallinnonalojen (kuten hätäkeskuslaitos, SM pelastusosasto, rajavartiolaitos), tulee STM:ön nimetä päätoimisesti hätäkeskustoimintaan, ensihoitoon ja sairaankuljetukseen sekä potilassiirtoihin keskittyvä asiantuntija.

9.4.20 Tutkimus ja kehitys

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen tutkimus- ja kehittämistyötä tulee aktiivisesti lisätä niin sairaanhoitopiirien kuin palveluntuottajienkin toimesta. Konkreettisenä esimerkkinä selvitystyön aikana kävi ilmeiseksi tarve tutkimustyölle, joka selvittäisi ensisijaisesti potilassiirtojen, mutta myös ensihoidon ja sairaankuljetuksen, yhtälöä saatavuus-kustannukset-valikoima sekä kapasiteetilaskentaa. Ensihoitopalvelun suunnittelua tukevien tietokoneohjelmistojen kehittämiselle on myös tarve. Mahdollisia yhteistyökumppaneita voisivat olla esimerkiksi Tekes ja Teknillisen korkeakoulun tuotantotalouden laitos.

10 Yhteenveto keskeisimmistä ehdotuksista

Tähän on yhteenvetomaisesti koottu keskeisimmät selvitysmiehen ehdotukset.

1. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytännön järjestämisvastuu siirretään kunnilta sairaanhoitopiireille, ja kokonaisvastuu ensihoitopalvelusta osoitetaan sairaanhoitopiireille.
2. Kunnat velvoitetaan laatimaan sairaanhoitopiirin ohjaamina ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasopäätökset.
3. Ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivien ambulanssien lähtövalmiusai-ka määritetään välittömäksi A-C -kiireellisyysluokan tehtävissä.
4. Tarkoituksenmukainen työnjako julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä toteutetaan keskittämällä julkinen palvelutuotanto ensihoitoon ja sairaankuljetukseen ja hankkimalla palvelut hoitolaitosten välisiin potilassiir-toihin normaalin hankintamenettelyn ja kilpailutuksen kautta.
5. Kiireellisten (A-C) ensihoito- ja sairaankuljetustehtävien tuotanto määrite-tään pelastuslaitosten lakisääteiseksi tehtäväksi.
6. Ensihoidon vastuulääkäritoiminta ja asiantuntijapalvelut keskitetään sairaan-hoitopiirien ensihoitokeskuksiin ja kunnat lakkauttavat vastaavat toiminnot.
7. Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta järjestetään ja rahoitetaan pääosin Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitel-leen työryhmän esityksen mukaisesti. Valtion budjettirahoitus tulee aikaistaa alkavaksi v. 2009. Peten ja Aslakin sijoituspaikkakunnat arvioidaan uudel-leen, ja sairaankuljettajien konsultaatiota keskitetään operatiivisiin lääkäriyk-siköihin.
8. Ensihoito ja sairaankuljetus rahoitetaan edelleen kolmikanavaisesti Kelan, potilaan omavastuuosuuksien ja kuntien toimesta. Kuntien rahoitusosuut-ta riittävän ja välittömän ensihoitovalmiuden aikaansaamiseksi lisätään. Hoitotasa edellyttävälle kuljetuksille määritetään oma korkeampi korvaus-taksa. Laskutusmenetelmiä tehostetaan voimakkaasti ja Kela velvoitetaan sähköisen laskutuksen käyttöönottoon v. 2008 loppuun mennessä. Pitkällä tähtäimellä tavoitteena tulee kuitenkin olla yksikanavainen rahoitusjärjes-telmä. Kustannusvastuu hoitolaitoksiin sisäänkirjoittamattomien potilaiden kuljetuksista siirretään Kelalta lähettävälle hoitolaitoksille.
9. Ensivastetoimintaa kehitetään varsinaista ensihoitoa ja sairaankuljetus-ta tukevana toimintana eikä sillä korvata systemaattisesti liian vähäistä sairaankuljetuksen kapasiteettia. Ensivastetoiminta, sen määritelmä sekä ensivasteyksiköiden tasot (perustason ensivasteyksikkö ja ensiauttajatason ensivasteyksikkö) on liitettävä sairaankuljetusasetukseen ja pelastuslakiin. Ensivasteyksiköiden hälytysaiheita ja vastemäärittelyä tulee voimakkaas-ti kehittää ja yhtenäistää. Ensivastetehtävät rahoitetaan terveydenhuollon budjetista lukuunottamatta tehtäviä, joissa yksikkö hälytetään pelastustoimen vastemäärittelyn perusteella.

10. Perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen pätevyysvaatimuksista uuden henkilöstön osalta annetaan valtakunnallinen suositus tai vaihtoehtoisesti ne liitetään sairaankuljetusasetukseen. Vanhan vakituisessa työsuhteessa olevan henkilöstön asema turvataan.
11. Pelastajatutkinnon kestoa pidennetään yhdellä lukukaudella sekä lähihoitajan (ensihoidon suuntautumisvaihtoehto) ja ensihoitajan tutkintojen sisältöjä kehitetään nykytarpeita vastaaviksi. Tutkintoja kehitetään modulaariksi, jotta urakehitys perustasolta hoitotasolle voi tapahtua huomattavasti nykyistä tarkoituksenmukaisemmalla tavalla.
12. Häätäkeskuslakiin lisätään velvoite, että häätäkeskuksen tulee ottaa vastaan ja käsitellä kaikki kansalaisilta suoraan tulevat terveystoimen häätäilmoitukset ja sairaankuljetuspyynnöt. Häätäkeskuslain 7-9 pykälää tarkennetaan, jotta terveystoimen häätäilmoituksiin liittyvään tietoon. Potilaan oikeudellista asemaa häätäilmoitusten käsittelyn yhteydessä vahvistetaan.
13. Liikennelupamenettely ja siihen liittyvä tarveharkinta säilytetään yksityisten sairaankuljetusyritysten osalta.
14. Hoitolaitosten väliset potilassiirrot eriytetään ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta. Potilassiirtopyynnöt vastaanotetaan yliopistollisiin sairaanhoitopiireihin perustettavissa logistiikkakeskuksissa. Potilassiirtopalveluiden hankinta ja hankintamenettely ja kilpailutuksen kautta lisätään.
15. Potilassiirtotoimintaa kehitetään toimintaprosesseja parantamalla, siirtoluokitussjärjestelmän käyttöönotolla sekä käyttämällä riskittömien potilaiden kuljetuksiin enemmän invatakseja ja potilaskuljetusautoja ambulanssien asemasta.
16. Ensihoidon sähköinen potilaskertomus ja tietojärjestelmä otetaan käyttöön koko maassa vuoden 2010 loppuun mennessä, ja rekisterinpitovastuu siirretään palveluntuottajilta sairaanhoitopiireille.
17. Keskushallintoa vahvistetaan nimeämällä Sosiaali- ja terveystoiministeriöön päätoimisesti häätäkeskustoimintaan, ensihoitoon ja sairaankuljetukseen sekä potilassiirtoihin keskittyvä asiantuntija.
18. Yllämainittujen ehdotusten toteuttamiseksi tulee tehdä tarvittavat muutokset kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin, sairaankuljetusasetukseen, sairausvakuutuslakiin, asetukseen potilasasiakirjojen laatimisesta, lakiin luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä, häätäkeskuslakiin, pelastuslakiin sekä mahdollisiin muihin lakeihin ja asetuksiin, jotka vaikuttavat toimintaan tai koulutusjärjestelmään.



Liite 1. Haastatellut asiantuntijat

Johtajaylilääkäri Ritva Kauppinen, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri
Ensihoidon vastuulääkäri Heimo Niemelä, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

Ensihoidon vastuulääkäri Arno Vuori, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Ensihoidon vastuulääkäri Jari Nyrhilä, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Apulaisyylilääkäri Raimo Jokisalo, Seinäjoen keskussairaala

Johtajaylilääkäri Eva Salomaa, Lapin sairaanhoitopiiri
Ensihoidon vastuulääkäri Merja Kurkinen, Lapin sairaanhoitopiiri

Tulosryhmän johtaja Risto Heikkala, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä
Osastonhoitaja Kaisu Ruuti, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä
Projektityöntekijä Jukka Pappinen, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä

Ylilääkäri Eija Vaula, Satakunnan sairaanhoitopiiri
Projektisihteeri Mika Lähteenmäki, Saku-projekti, Satakunnan sairaanhoitopiiri
Ylihoitaja Riitta Mikkonen, Päivystys ja ensihoito, Satakunnan sairaanhoitopiiri
Osastonhoitaja Ari Nikki, Satakunnan sairaanhoitopiiri
Erikoislääkäri Katriina Lähteenmäki, ensihoidon erityispätevyyskoulutusohjelma,
Satakunnan sairaanhoitopiiri

Vs. johtajaylilääkäri Juha Tuominen, HUS
Hallintoläkärin Jaana Vento, HYKS sairaanhoitoalue, HUS
Johtava taloussuunnittelija Liisa Konttila, HYKS kirurgian toimiala, HUS
Ensihoidon vastuulääkäri Tom Silfvast, HYKS Peijaksen alue ja HUS lääkärihelikopteri, HUS
Sairaankuljetuspäällikkö Jukka Etelä, HUS sairaankuljetus, HUS

Johtava lääkäri Tuija Kumpulainen, Kirkkonummen terveyskeskus
Ensihoidon vastuulääkäri Pekka Harve, Inarin terveyskeskus
Ensihoidon vastuulääkäri Elja-Pekka Erkkilä, Tampereen terveyskeskus
Päivystysylilääkäri Jarmo Kantonen, Vantaan sosiaali- ja terveyskeskus

Budjettipäällikkö Hannu Mäkinen, Valtiovarainministeriö
Apulaisbudjettipäällikkö Markus Sovala, Valtiovarainministeriö
Budjettineuvos Raija Koskinen, Valtiovarainministeriö
Neuvotteleva virkamies Kirsti Vallinheimo, Valtiovarainministeriö

Pelastusylijohtaja Pentti Partanen, Sisäasiainministeriö

Komentajakapteeni Petteri Leppänen, meripelastus- ja meriturvallisuusyksikkö,
Rajavartiolaitoksen esikunta

Professori Paul Lillrank, Teknillinen korkeakoulu
Professori Jussi Huttunen, Helsinki

Suunnittelija Anne Giss, Kela
Lakimies Jukka Harno, Kela
Etuuspäällikkö Kalevi Ristola, Kela

Hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Kuntaliitto
Erityisasiantuntija Sinikka Huhtala, Kuntaliitto

Lääninlääkäri Riitta Pöllänen, Lapin lääninhallitus
Osastopäällikkö Raimo Pantti, Lapin lääninhallitus
Lääninlääkäri Jari Vepsäläinen, Itä-Suomen lääninhallitus
Lääninlääkäri Kirsti Riihelä, Etelä-Suomen lääninhallitus
Ylitarkastaja Kirsi-Marja Karjalainen, Etelä-Suomen lääninhallitus

Viestipäällikkö Jukka Alenius, Lapin hätäkeskus
Asiantuntija Ari Alanen, Keski- ja Itä-Uudenmaan hätäkeskus

Toiminnanjohtaja Mikael Söderlund, Sairaankuljetusliitto Ry
I puheenjohtaja Teuvo Kontio, Sairaankuljetusliitto Ry
II puheenjohtaja Claus Harju-Jeanty, Sairaankuljetusliitto Ry

Toimitusjohtaja Vesa Rahikainen, Helsingin ensihoito- ja sairaankuljetus Oy
Projektijohtaja Jari Mäki, Jumbolans, Ulfagruppen AB

Puheenjohtaja Pekka Vänskä, Palopäällystöliitto Ry

Lääkintämestari Petteri Hakkarainen, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Sairaankuljetuspäällikkö Matti Isotalo, Tampereen aluepelastuslaitos

Yliopettaja Heikki Paakkonen, Pelastusopisto
Lehtori Simo Saikko, Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu

Tutkija Ville Lauttamäki, Tulevaisuuden tutkimuskeskus
Projektijohtaja Olli Hietanen, Tulevaisuuden tutkimuskeskus

Liite 2. Ohjausryhmän kokoonpano

Puheenjohtaja Marja-Liisa Partanen, apulaisosastopäällikkö, Sosiaali- ja terveysministeriö

Varapuheenjohtaja Jouko Söder, lääkintöneuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet:

Jouko Isolauri, lääkintöneuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö

Henkilökohtainen varajäsen Seppo Ranta, kehittämisspäällikkö, TEO

Olli Wanne, johtajaylilääkäri, Satakunnan sairaanhoitopiiri

Henkilökohtainen varajäsen Riitta Mikkonen, ylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri

Eija Vaula, ylilääkäri, Satakunnan sairaanhoitopiiri

Henkilökohtainen varajäsen Vesa Lund, osastonylilääkäri, Satakunnan sairaanhoitopiiri

Risto Heikkala, ensihoidon ja päivystyksen tulosryhmän johtaja, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

Henkilökohtainen varajäsen Päivi Aline, ylihoitaja, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

Kaisu Ruuti, osastonhoitaja, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

Henkilökohtainen varajäsen Markku Ahvonen, osastonylilääkäri, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

Mika Kättö, lainsäädäntöneuvos, Sisäasiainministeriö

Henkilökohtainen varajäsen Tarja Oksanen, hallitusneuvos, Sisäasiainministeriö

Raija Koskinen, budjettineuvos, Valtiovarainministeriö

Henkilökohtainen varajäsen Kirsti Vallinheimo, neuvotteleva virkamies, Valtiovarainministeriö

Tuula Ikonen, hallitusneuvos, Liikenne- ja viestintäministeriö

Henkilökohtainen varajäsen Topi Sirén, ylitarkastaja, Liikenne- ja viestintäministeriö

Kirsti Riihelä, lääninlääkäri, Etelä-Suomen lääninhallitus

Henkilökohtainen varajäsen Helena Kempainen, lääninlääkäri, Itä-Suomen lääninhallitus

Kalevi Ristola, etuuspäällikkö, Kela

Henkilökohtainen varajäsen Anne Giss, suunnittelija, Kela

Teuvo Kontio, puheenjohtaja Suomen sairaankuljetusliitto Ry

Henkilökohtainen varajäsen Mikael Söderlund, toiminnanjohtaja, Suomen sairaankuljetusliitto Ry

Jari Mäkinen, toimiala-asiantuntija, Satakunnan hätäkeskus

Henkilökohtainen varajäsen Ari Ekstrand, laatupäällikkö, hätäkeskuslaitos

Sinikka Huhtala, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto

Henkilökohtainen varajäsen Markku Haiko, kehittämisspäällikkö, Suomen Kuntaliitto

Pekka Tähtinen, pelastusjohtaja, Satakunnan pelastuslaitos

Henkilökohtainen varajäsen Jyrki Lilja, lääkintämestari, Satakunnan pelastuslaitos

Sihteeri:

Janne Pitkävirta, lakimies, Sosiaali- ja terveysministeriö

Liite 3. Terveyskeskusten vastausosuudet palvelu- ja kustannustasokartoitukseen sairaanhoitopiireittäin

Sairanhoitopiiri	Väestömäärä 31.12.2005	Vastannut väestö ilmoitettuna**	Vastauksia	Osuus shp:n väestöstä (%)
Päijät-Häme	210 297	210 987	15	100,3
Kainuu	81 585	85 000	1	104,2
Etelä-Karjala	128 559	123 538	8	96,1
Keski-Pohjanmaa	77 496	69 791	7	90,1
Pohjois-Karjala	169 966	148 334	12	87,3
HUS	1 445 114	1 244 450	11	86,1
Vaasa	166 269	125 237	5	75,3
Pirkanmaa	466 827	338 422	10	72,5
Satakunta	226 971	162 416	7	71,6
Keski-Suomi	267 902	190 380	9	71,1
Pohjois-Savo	250 064	175 617	10	70,2
Kanta-Häme	168 381	109 697	4	65,1
Etelä-Pohjanmaa	194 370	93 279	6	48,0
Varsinais-Suomi	460 738	216 724	4	47,0
Länsi-Pohja	66 538	27428	2	41,2
Pohjois-Pohjanmaa	381 724	149 411	18	39,1
<i>Lappi*</i>	<i>119 262</i>	<i>10 866</i>	<i>3</i>	<i>9,1</i>
<i>Itä-Savo*</i>	<i>62 244</i>	<i>5597</i>	<i>1</i>	<i>9,0</i>
<i>Etelä-Savo*</i>	<i>103 664</i>	<i>7350</i>	<i>1</i>	<i>7,1</i>
<i>Kymenlaakso*</i>	<i>180 843</i>	<i>5200</i>	<i>1</i>	<i>2,9</i>
Yhteensä	5 228 814	3499724	135	66,9

* Alhaisen vastausprosentin vuoksi tulokset edustavat yksittäisiä terveyskeskuksia.

** Terveyskeskuksia pyydettiin ilmoittamaan väestöpohjan suuruus v. 2006

Liite 4. Ambulanssiasemien riskianalyysiin perustuva sijoittaminen sekä ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasomäärittelysten olemassaolo kunnissa

Kysymys	1	1	2a	2b
Sairaanhoitopiiri	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä
Päijät-Häme	1	14	2	13
Kainuu	1	0	1	0
Etelä-Karjala	1	7	2	6
Keski-Pohjanmaa	1	6	1	6
Pohjois-Karjala	5	7	1	11
HUS	6	5	4	7
Vaasa	2	3	2	3
Pirkanmaa	5	5	5	5
Satakunta	2	5	0	6
Keski-Suomi	4	5	1	8
Pohjois-Savo	1	9	5	5
Kanta-Häme	0	4	0	4
Etelä-Pohjanmaa	1	5	0	5
Varsinais-Suomi	2	2	2	2
Länsi-Pohja	1	1	1	1
Pohjois-Pohjanmaa	7	11	6	11
<i>Lappi</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>3</i>
<i>Itä-Savo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Etelä-Savo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Kymenlaakso</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
Yhteensä	40	95	34	98

Kysymykset:

1. Ambulanssiasemien sijoitus on tapahtunut riskianalyysiin perustuen
- 2a. Kunnalla on erillinen ensihoidon ja sairaankuljetuksen palvelutasomäärittely TAI
- 2b. Kunnalla on ainoastaan sairaankuljetussopimus

Liite 5. Terveyskeskuksien ensihoidon vastuulääkäripalvelut sairaanhoitopiireittäin

Kysymys	1		2		3		4	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Päijät-Häme	15	0	3	12	3	12	1	14
Kainuu	1	0	0	1	0	1	1	0
Etelä-Karjala	7	1	1	7	4	4	0	8
Keski-Pohjanmaa	7	0	1	6	5	2	4	3
Pohjois-Karjala	11	1	1	11	4	8	1	11
HUS	11	0	5	6	7	4	4	7
Vaasa	4	1	1	4	4	1	0	5
Pirkanmaa	10	0	5	5	8	2	6	4
Satakunta	5	2	1	6	3	4	1	6
Keski-Suomi	8	1	2	7	6	3	4	5
Pohjois-Savo	10	0	5	5	6	4	5	5
Kanta-Häme	1	3	0	4	1	3	1	3
Etelä-Pohjanmaa	5	1	2	4	4	2	2	4
Varsinais-Suomi	4	0	2	2	3	1	4	0
Länsi-Pohja	2	0	1	1	2	0	2	0
Pohjois-Pohjanmaa	17	1	11	7	14	4	11	7
Lappi	2	1	0	3	3	0	0	3
Itä-Savo	1	0	0	1	0	1	0	1
Etelä-Savo	1	0	1	0	1	0	1	0
Kymenlaakso	1	0	0	1	0	1	0	1
Yhteensä	123	12	42	93	78	57	48	87

Kysymykset:

1. Kunnalla on nimetty ensihoidon vastuulääkäri
2. Vastuulääkärillä on riittävästi työaika tehtävien hoitamiseksi
3. Vastuulääkärillä on riittävä osaamistaso tehtävien hoitamiseksi
4. Vastuulääkäri pystyy tekemään dataan perustuvaa toiminnan ohjausta

Liite 6. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalveluntuottajien lukumäärät kunnissa sairaanhoitopiireittäin

Sairanhoitopiiri	Valmiussopimuksen tehneet palveluntuottajat	Nollasopimuksella olevat palveluntuottajat	Ilman sopimusta olevat palveluntuottajat
Päijät-Häme	15	2	0
Kainuu	6	1	0
Etelä-Karjala	7	1	1
Keski-Pohjanmaa	9	0	0
Pohjois-Karjala	13	2	0
HUS	14	3	5
Vaasa	6	1	0
Pirkanmaa	11	2	3
Satakunta	12	1	9
Keski-Suomi	11	1	2
Pohjois-Savo	10	5	2
Kanta-Häme	6	0	0
Etelä-Pohjanmaa	5	0	1
Varsinais-Suomi	4	3	0
Länsi-Pohja	2	0	0
Pohjois-Pohjanmaa	21	2	4
<i>Lappi</i>	4	0	0
<i>Itä-Savo</i>	1	0	0
<i>Etelä-Savo</i>	1	0	0
<i>Kymenlaakso</i>	0	0	0
Yhteensä	158	24	27

Liite 7. Kunnan alueella toimivien ambulanssien lukumäärät sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Ambulanssien kokonaisuus	Ambulanssija/100 000 as	Pelkistään sairaankuljetus ja ensihoito valmiuteen	Pelkistään potilassiirtoihin	Sekä valmiuteen että potilassiirtoihin	Yli kunta-rajojen yhteiskäytössä olevat ambulanssit	Terveyskeskukset, joiden alueella ei yhtään ambulanssia
Päijät-Häme	25	11,9	1	0	20	14	4
Kainuu	16	18,8	12	1	1	16	0
Etelä-Karjala	13	10,5	6	2	4	7	1
Keski-Pohjanmaa	14	20,1	5	0	9	0	1
Pohjois-Karjala	26	17,5	7	4	15	8	0
HUS	90	7,2	38	11	56	9	1
Vaasa	14	11,2	4	1	8	3	0
Pirkanmaa	40	11,8	26	12	15	9	0
Satakunta	20	12,3	10	1	11	8	0
Keski-Suomi	26	13,7	7	7	18	1	0
Pohjois-Savo	22	12,5	9	1	9	0	0
Kanta-Häme	7	6,4	5	2	4	10	0
Etelä-Pohjanmaa	16	17,2	6	5	4	2	0
Varsinais-Suomi	11	5,1	9	0	3	9	1
Länsi-Pohja	5	18,2	2	0	4	2	0
Pohjois-Pohjanmaa	26	17,4	13	2	16	5	1
Lappi	5	46,0	0	0	5	0	0
Itä-Savo	1	17,9	1	0	0	0	0
Etelä-Savo	1	13,6	1	0	0	0	0
Kymenlaakso	0	-	0	0	0	0	1
Yhteensä	374		162	49	202	103	10

Liite 8. Sopimuksellisten ambulanssien lähtövalmiusajat sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	24 t välitön lähtövalmiusaika	Osan vrk:sta välitön lähtövalmiusaika	15-30 min lähtövalmiusaika tai muu valmius
Päijät-Häme	7	13	5
Kainuu	2	10	15
Etelä-Karjala	5	3	4
Keski-Pohjanmaa	2	7	7
Pohjois-Karjala	12	7	5
HUS	42	38	19
Vaasa	7	4	4
Pirkanmaa	9	16	8
Satakunta	9	6	4
Keski-Suomi	4	11	10
Pohjois-Savo	5	6	5
Kanta-Häme	4	4	1
Etelä-Pohjanmaa	3	7	5
Varsinais-Suomi	11	18	4
Länsi-Pohja	2	1	2
Pohjois-Pohjanmaa	2	17	8
<i>Lappi</i>	2	3	2
<i>Itä-Savo</i>	2	0	0
<i>Etelä-Savo</i>	0	1	0
<i>Kymenlaakso</i>	0	0	0
Yhteensä	130	172	108

Taulukon numerot ovat ambulanssien lukumääriä.

Liite 9. Ohjeellisten vasteaikojen määrittäminen terveyskeskuksissa sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Kyllä*	Ei
Päijät-Häme	0	15
Kainuu	1	0
Etelä-Karjala	2	6
Keski-Pohjanmaa	1	6
Pohjois-Karjala	7	5
HUS	3	8
Vaasa	3	2
Pirkanmaa	4	6
Satakunta	2	5
Keski-Suomi	6	3
Pohjois-Savo	3	7
Kanta-Häme	4	0
Etelä-Pohjanmaa	1	5
Varsinais-Suomi	3	1
Länsi-Pohja	1	1
Pohjois-Pohjanmaa	3	15
Lappi	0	3
Itä-Savo	0	1
Etelä-Savo	1	0
Kymenlaakso	1	0
Yhteensä	46	89

* Kyllä = Sairaankuljetussopimuksessa tai muussa ohjeistuksessa on määritetty kiireellisyysryhmittäin (A-D) ohjeelliset ajat, joissa potilas on tavoitettava.

Liite 10. Sairaankuljetus- ja ensihoitotehtävien sekä hoitolaitosten välisten potilassiirtojen määrät v. 2006 sairaanhoitopiiri-kohtaisesti*. Taulukko ei sisällä sairaanhoitopiirin vastuulla olevia potilassiirtoja.

Sairaanhoitopiiri	Kaikki sairaankuljetus- ja ensihoitotehtävät yhteensä	joista potilassiirtoja tai aikatilauskuljetuksia	Kaikki tehtävät/ 1000 asukasta
Päijät-Häme	31 642	3956	150
Kainuu	15 754	4103	185
Etelä-Karjala	14 334	1507	116
Keski-Pohjanmaa	7 422	922	106
Pohjois-Karjala	26 205	2488	177
HUS	170 105	38 841	137
Vaasa	16 770	6523	134
Pirkanmaa	44 387	15 214	131
Satakunta	27 881	889	172
Keski-Suomi	26 487	7140	139
Pohjois-Savo	21 594	2053	123
Kanta-Häme	15 183	-	138
Etelä-Pohjanmaa	14 230	1492	152
Varsinais-Suomi	27 381	1149	126
Länsi-Pohja	5 091	444	186
Pohjois-Pohjanmaa	17 711	2989	119
<i>Lappi</i>	<i>2 208</i>	<i>229</i>	<i>203</i>
<i>Itä-Savo</i>	<i>608</i>	<i>68</i>	<i>109</i>
<i>Etelä-Savo</i>	<i>1429</i>	<i>400</i>	<i>194</i>
<i>Kymenlaakso</i>	<i>57</i>	<i>23</i>	<i>11</i>
Yhteensä	48 6479	90 430	

* Osa terveyskeskuksista ei pystynyt ilmoittamaan/erittelemään potilassiirtoja, mikä heikentää tulosten vertailukelpoisuutta

Liite 11. Sairaankuljettajien lääkärikonsultaatioiden järjestäminen, konsultaatioiden jakautuminen eri paikkoihin sekä mahdollisuus siirtää 12-kanavainen EKG konsultoivan lääkärin tulkittavaksi sairaanhoitopiireittäin.

Kysymys	1		2		3	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	min*	max*
Päijät-Häme	14	1	7	8	2	7
Kainuu	1	0	1	0	3	3
Etelä-Karjala	8	0	7	1	2	3
Keski-Pohjanmaa	7	0	7	0	2	5
Pohjois-Karjala	12	0	11	1	3	4
HUS	9	2	10	1	1	10
Vaasa	5	0	5	0	1	6
Pirkanmaa	8	2	8	2	2	5
Satakunta	6	1	7	0	2	7
Keski-Suomi	9	0	8	1	2	6
Pohjois-Savo	10	0	10	0	2	4
Kanta-Häme	4	0	4	0	2	3
Etelä-Pohjanmaa	5	1	6	0	2	4
Varsinais-Suomi	4	0	3	1	2	5
Länsi-Pohja	2	0	2	0	2	6
Pohjois-Pohjanmaa	16	2	17	1	1	4
<i>Lappi</i>	3	0	1	2	2	4
<i>Itä-Savo</i>	1	0	1	0	4	4
<i>Etelä-Savo</i>	1	0	1	0	5	5
<i>Kymenlaakso</i>	1	0	1	0	3	3
Yhteensä	126	9	117	18		

1. Sairaankuljetuksella on käytössä 12-kanavaisen EKG:n siirto konsultoivan lääkärin tulkittavaksi
 2. Sairaankuljettajille on annettu kirjallinen ohjeistus, mistä he saavat lääkärin konsultaatioapua puhelimitse (tai VIRVE:llä)
 3. Kuinka moneen paikkaan enimmillään sairaankuljettajien konsultaatiot kohdentuvat?
- * Sairaanhoitopiirin sisäisen vaihtelun havainnollistamiseksi on esitetty terveyskeskuskohtaiset minimi- ja maksimit.

Liite 12. Sairaankuljetukseen ja ensihoitoon osallistuvan henkilöstön määrä toimijasta riippumatta sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Vakituinen henkilöstö	Sijaiset	Keikka-työntekijät	Vakituinen henkilöstö/ 100 000 asukasta
Päijät-Häme	189	42	10	90
Kainuu	114	20	-	134
Etelä-Karjala	58	12	21	47
Keski-Pohjanmaa	48	7	16	69
Pohjois-Karjala	153	32	21	103
HUS	634	96	147	51
Vaasa	86,5	17	13	69
Pirkanmaa	301	80	38	89
Satakunta	140	41	11	86
Keski-Suomi	129	20	18	68
Pohjois-Savo	78	19	7	44
Kanta-Häme	103	14	0	94
Etelä-Pohjanmaa	37	12	15	40
Varsinais-Suomi	124	30	13	57
Länsi-Pohja	16	3	3	58
Pohjois-Pohjanmaa	97	46	31	65
<i>Lappi</i>	<i>14</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>129</i>
<i>Itä-Savo</i>	<i>16</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>286</i>
<i>Etelä-Savo</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>54</i>
<i>Kymenlaakso</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
Yhteensä	2341,5	503	369	

Taulukon luvuissa ei ole mukana sairaanhoitopiirien palveluksessa olevaa henkilöstöä.

**Liite 13. Kalusto mukaanlukien varakalusto sairaanhoitopiireittäin.
Taulukko sisältää aluepelastuslaitosten ja yksityisten
sairaan kuljetusyritysten sekä terveyskeskuksien oman kaluston**

Sairaanhoitopiiri	Ambulanssien kokonaismäärä	Ensisiveste/auttaja-yksiköiden määrä	Veneet, moottori-kellikat, mönkijät ym.	Ambulansseja/100 000 asukasta	Ensisivestyksikoita/100 000 asukasta
Päijät-Häme	28	8	10	13,3	3,8
Kainuu	18	8	16	21,2	9,4
Etelä-Karjala	15	12	8	12,1	9,7
Keski-Pohjanmaa	17	9	9	24,4	12,9
Pohjois-Karjala	31	23	23	20,9	15,5
HUS	108	42	16	8,7	3,4
Vaasa	16	16	22	12,8	12,8
Pirkanmaa	42	22	16	12,4	6,5
Satakunta	21	11	6	12,9	6,8
Keski-Suomi	26	25	23	13,7	13,1
Pohjois-Savo	21	12	14	12	6,8
Kanta-Häme	14	11	2	12,8	10
Etelä-Pohjanmaa	13	9	8	13,9	9,6
Varsinais-Suomi	21	4	5	9,7	1,8
Länsi-Pohja	5	0	0	18,2	0
Pohjois-Pohjanmaa	36	20	42	24,1	13,4
Lappi	6	4	6	55,2	36,8
Itä-Savo	2	1	3	35,7	17,9
Etelä-Savo	2	1	-	27,2	13,6
Kymenlaakso	0	2	0	0	38,5
Yhteensä	442	240	229		

Liite 14. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen lääkehuollon järjestäminen sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Terveyskeskuksen apteekki	Sairaanhoitopiirin apteekki	Muu järjestely
Päijät-Häme	12	0	0
Kainuu	0	1	0
Etelä-Karjala	1	4	1
Keski-Pohjanmaa	3	3	1
Pohjois-Karjala	9	3	0
HUS	5	7	0
Vaasa	2	2	1
Pirkanmaa	4	4	1
Satakunta	3	4	0
Keski-Suomi	7	2	0
Pohjois-Savo	6	5	0
Kanta-Häme	0	4	0
Etelä-Pohjanmaa	5	1	0
Varsinais-Suomi	1	2	1
Länsi-Pohja	2	0	0
Pohjois-Pohjanmaa	14	3	1
<i>Lappi</i>	3	0	0
<i>Itä-Savo</i>	0	0	1
<i>Etelä-Savo</i>	1	0	0
<i>Kymenlaakso</i>	0	0	0
Yhteensä	78	45	7

Liite 15. Suuronnettomuusvalmiuden riittävyys kunnissa sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Kyllä	Ei
Päijät-Häme	4	11
Kainuu	0	1
Etelä-Karjala	0	8
Keski-Pohjanmaa	6	1
Pohjois-Karjala	8	4
HUS	9	2
Vaasa	5	0
Pirkanmaa	6	4
Satakunta	3	4
Keski-Suomi	7	2
Pohjois-Savo	8	2
Kanta-Häme	1	3
Etelä-Pohjanmaa	3	3
Varsinais-Suomi	1	3
Länsi-Pohja	1	1
Pohjois-Pohjanmaa	12	6
<i>Lappi</i>	<i>0</i>	<i>3</i>
<i>Itä-Savo</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>Etelä-Savo</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>Kymenlaakso</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
Yhteensä	77	58

Kyllä = riittävä suuronnettomuusvalmius huomioiden ohjeistus, kalusto, koulutus ja alueen riskit.

Liite 16. Ensihoidon ja sairaankuljetukset tukipalvelut sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	ATK		Viestihuolto		Ajoneuvuhuolto		Lääkintälaitahuolto	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Päijät-Häme	5	10	6	9	8	7	10	5
Kainuu	0	1	0	1	0	1	0	1
Etelä-Karjala	1	7	3	5	3	5	2	6
Keski-Pohjanmaa	5	2	6	1	6	1	5	2
Pohjois-Karjala	9	3	11	1	4	8	2	10
HUS	10	1	11	0	11	0	9	2
Vaasa	3	2	5	0	5	0	5	0
Pirkanmaa	4	6	8	2	7	3	7	3
Satakunta	5	2	6	1	7	0	6	1
Keski-Suomi	4	5	7	2	9	0	7	2
Pohjois-Savo	4	6	9	1	9	1	8	2
Kanta-Häme	0	4	1	3	1	3	1	3
Etelä-Pohjanmaa	5	1	6	0	6	0	5	1
Varsinais-Suomi	2	2	2	2	2	2	2	2
Länsi-Pohja	1	1	1	1	1	1	1	1
Pohjois-Pohjanmaa	10	8	17	1	9	9	11	7
Lappi	2	1	3	0	1	2	1	2
Itä-Savo	0	1	1	0	1	0	1	0
Etelä-Savo	1	0	1	0	1	0	1	0
Kymenlaakso	-	-	-	-	-	-	-	0
Yhteensä	71	63	104	30	91	43	84	50

**Liite 17. Poliisijohtoisten ensihoidon erityistilanteiden järjestäminen
terveyskeskuksissa sairaanhoitopiireittäin**

Sairaanhoitopiiri	Osana sairaankuljetus- sopimuksen mukaista toimintaa	Taktisen ensihoidon ryhmien toimesta	Asiaa ei ole järjestetty
Päijät-Häme	3	0	9
Kainuu	1	1	0
Etelä-Karjala	5	2	1
Keski-Pohjanmaa	6	0	1
Pohjois-Karjala	10	0	2
HUS	8	4	1
Vaasa	4	0	1
Pirkanmaa	7	1	0
Satakunta	2	3	1
Keski-Suomi	5	0	1
Pohjois-Savo	7	3	0
Kanta-Häme	4	0	0
Etelä-Pohjanmaa	3	0	3
Varsinais-Suomi	3	1	0
Länsi-Pohja	2	0	0
Pohjois-Pohjanmaa	18	7	0
<i>Lappi</i>	3	0	0
<i>Itä-Savo</i>	1	0	0
<i>Etelä-Savo</i>	0	0	1
<i>Kymenlaakso</i>	1	0	0
Yhteensä	93	22	21

Vastausten summa on suurempi kuin terveyskeskuksien määrä päällekkäisen vastauksen vuoksi vaihtoehtoihin 1 ja 2.

Liite 18. Sairaanhoidopiirien oman potilassiirtotoiminnan järjestäminen

Sairaanhoidopiiri	Sairaanhoidopiirillä oma potilassiirtojen logistiikkakeskus	Shp järjestää hoitolaitosten väliset ambulanssia edellyttävät potilassiirrot				Shp:n omien ambulanssien määrä	Potilas-siirtojen määrä
		Täysin omama toimintana	Omama toimintana ja ostopalveluyritysten kautta	Kokonaan ostopalveluyritysten kautta	Muu järjestely		
Päijät-Häme	ei			X		0	2850
Kainuu	ei vastannut kyselyyn	-	-	-	-	-	-
Etelä-Karjala	kyllä (virka-aikana)			X		0	1235
Keski-Pohjanmaa	ei			X		0	522
Pohjois-Karjala	kyllä		X			2	2980
HUS	kyllä		X			13	45 014
Vaasa	ei			X		0	11 721
Pirkanmaa	kyllä			X		0	13 500
Satakunta	ei			X		0	3100
Keski-Suomi	kyllä		X			5	8358
Pohjois-Savo	kyllä			X		0	5931
Kanta-Häme	ei vastannut kyselyyn	-	-	-	-	-	-
Etelä-Pohjanmaa	kyllä		X			3	4763
Varsinais-Suomi	ei		X			2	12 500
Länsi-Pohja	kyllä			X		0	661
Pohjois-Pohjanmaa	kyllä			X		0	4110
Lappi	ei			X		0	2200
Itä-Savo	ei vastannut kyselyyn	-	-	-	-	-	-
Etelä-Savo	ei vastannut kyselyyn	-	-	-	-	-	-
Kymenlaakso	ei			X		0	3500
Yhteensä						25	122 945

Shp = sairaanhoidopiiri

Liite 19. Sairaanhoitopiirien palveluksessa oleva vakituinen henkilöstö

Sairaanhoitopiiri	Ensihoidossa päätyökseen toimivan henkilöstön määrä	Potilassiirroissa toimivan henkilöstön määrä
Päijät-Häme	-	-
Kainuu	ei vastannut	ei vastannut
Etelä-Karjala	< 0,5	0
Keski-Pohjanmaa	4	0
Pohjois-Karjala	0	4
HUS	15	39
Vaasa	1	0
Pirkanmaa	0,5	2
Satakunta	4	2
Keski-Suomi	0	9
Pohjois-Savo	2	0
Kanta-Häme	ei vastannut	ei vastannut
Etelä-Pohjanmaa	0	6
Varsinais-Suomi	0,6	4
Länsi-Pohja	0	0
Pohjois-Pohjanmaa	2	0
Lappi	0	0
Itä-Savo	ei vastannut	ei vastannut
Etelä-Savo	ei vastannut	ei vastannut
Kymenlaakso	0	0
Yhteensä	29	66

Liite 20. Operatiiviset lääkäripalvelut: lääkäri- ja pelastushelikopterit sekä operatiiviset lääkäriyksiköt v. 2006

Yksikön nimi	Väestöpohja	Häilytykset	Suoritettut tehtävät*	Sairaankuljettajien konsultaatiot	Helikopterilla kuljetetut potilaat
MEDI-HELLI 01	884 000	2165	1195	4978	11
MEDI-HELLI 02	600 000	2594	1628	1756	26
LMARI**	600 000	2232	788	1127	32
SEPE**	350 000	1721	1234	720	76
ASLAK	180 000	1018	334	-	99
PETE	ei vastannut kyselyyn	1159***			
Helsingin lääkäriyksikkö	565 000	2335	1934	9490	-
Satakunnan lääkäriyksikkö	toiminta ei säännöllistä vuoden 2006 alkaen, ei vertailukelpoista dataa				

* Suoritettut tehtävät = häilytykset vähennettynä tehtävillä, joihin tuli peruutus tai lento/ajoeste.

** 30 min lentoajan kuluessa tavoitettavissa oleva väestö.

*** Lähde internet-sivusto

Liite 21. Sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja sairaankuljetuksen potilasvalitusten lukumäärät vv. 2004-2006

Sairaanhoitopiiri	Terveyskeskuksien saamat valitukset				Sairaanhoitopiirin saamat valitukset			Kaikki valitukset yhteensä/ 100 000 asukasta/v
	2004	2005	2006	Ei seurantaa*	2004	2005	2006	
Päijät-Häme	11	12	12	13	0	1	0	5,6
Kainuu	-	-	-	1	ei vastannut kyselyyn			-
Etelä-Karjala	3	1	3	4	0	0	0	1,8
Keski-Pohjanmaa	0	0	0	6	0	0	0	0
Pohjois-Karjala	36	21	13	2	8	15	11	20,4
HUS**	70	72	58	5	38	34	42	7,2
Vaasa	3	3	7	3	0	1	0	2,8
Pirkanmaa	15	15	17	4	ei seurantaa			3,4
Satakunta	0	0	0	6	0	0	0	0
Keski-Suomi	2	2	3	2	0	0	4	1,4
Pohjois-Savo	4	5	3	3	1	0	0	1,7
Kanta-Häme	2	0	0	2	ei vastannut kyselyyn			0,4
Etelä-Pohjanmaa	5	5	5	1	"joka vuosi 1-2 valitusta"			3,1
Varsinais-Suomi	0	10	13	1	"muutama per vuosi"			1,7
Länsi-Pohja	0	1	1	0	0	0	0	1
Pohjois-Pohjanmaa***	1	5	3	5	1	4	2	1,4
Lappi	0	0	0	2	0	1	1	0,6
Itä-Savo	-	-	-	1	ei vastannut kyselyyn			-
Etelä-Savo	0	0	0	0	ei vastannut kyselyyn			-
Kymenlaakso	-	-	-	1	3	4	6	2,4
Yhteensä	152	152	138	62	51	60	66	

* Terveyskeskukset, jotka eivät seuraa potilasvalituksia tai joiden alueen palveluntuottaja ei niistä terveyskeskukselle raportoi.

** Luvut sisältävät 14 (5+4+5) sairaanhoitopiirin potilassiirtotoimintaan liittyvää valitusta.

*** Yhden terveyskeskuksen osalla vain sanallinen kuvaus: runsaasti valituksia vv. 2004-2006.

Liite 22. Sairaankuljetuksia koskevat potilasvahinkoilmoitukset

Sairaanhoidtopiiri	2003		2004		2005		Ratkaistut/ 1 000 000 as/v
	Ratkaistut	Korvatut	Ratkaistut	Korvatut	Ratkaistut	Korvatut	
Pohjois-Savo	0	0	1	0	0	0	1,3
Pohjois-Pohjanmaa	1	0	1	0	1	0	2,6
Pirkanmaa	0	0	0	0	1	0	0,7
Varsinais-Suomi	3	1	1	0	2	1	4,3
Etelä-Pohjanmaa	0	0	0	0	0	0	0
Etelä-Karjala	0	0	0	0	1	1	2,6
Kainuu	0	0	0	0	1	1	4,1
Kanta-Häme	0	0	0	0	0	0	0
Keski-Pohjanmaa	1	0	0	0	0	0	4,3
Keski-Suomi	1	0	2	0	1	0	5
Kymenlaakso	0	0	0	0	0	0	0
Lappi	0	0	0	0	0	0	0
Länsi-Pohja	0	0	0	0	0	0	0
Etelä-Savo	0	0	0	0	1	0	3,2
Pohjois-Karjala	1	1	0	0	4	1	9,8
Päijät-Häme	0	0	0	0	1	1	1,6
Satakunta	0	0	0	0	0	0	0
Itä-Savo	0	0	0	0	1	1	5,3
Vaasa	1	0	2	1	0	0	6
HUS	4	0	2	1	5	1	2,5
Yhteensä	12	2	9	2	19	7	

Taulukko ei sisällä yksityisten sairaankuljetusyritysten potilasvahinkoilmoituksia, koska niitä ei pystytty erittelemään sairaanhoidtopiirikohteisesti. Niiden kokonaismäärä on ilmoitettu raportin kohdassa 5.1.19.

Liite 23. Kuntien kustannukset ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta sekä potilassiirroista sairaanhoitopiireittäin

Kustannukset per asukas (euroa)			Kustannukset per tehtävä (euroa)		
Sairaanhoitopiiri	Kustannusten väestömäärä	Kustannukset per asukas	Sairaanhoitopiiri	Kustannusten väestömäärä	Kustannukset per tehtävä
Päijät-Häme	95 831	14,14	Päijät-Häme	95 831	127,06
Kainuu	85 000	22,35	Kainuu	85 000	120,6
Etelä-Karjala	113 325	14,4	Etelä-Karjala	110 192	121,73
Keski-Pohjanmaa	69 791	13,55	Keski-Pohjanmaa	59 350	117,55
Pohjois-Karjala	138 334	7,83	Pohjois-Karjala	138 334	46,73
HUS	1 244 450	8,09	HUS	1 244 450	59,16
Vaasa	125 237	11,47	Vaasa	125 237	85,64
Pirkanmaa	280 422	5,16	Pirkanmaa	278 215	35,47
Satakunta	72 416	10,69	Satakunta	72 416	68,11
Keski-Suomi	163 880	8,54	Keski-Suomi	143 880	48,9
Pohjois-Savo	175 617	13,6	Pohjois-Savo	164 717	100,89
Kanta-Häme	109 697	8,53	Kanta-Häme	109 697	61,59
Etelä-Pohjanmaa	93 279	9,52	Etelä-Pohjanmaa	93 279	62,38
Varsinais-Suomi	216 724	3,09	Varsinais-Suomi	216 724	24,47
Länsi-Pohja	27 428	19,86	Länsi-Pohja	27 428	107,01
Pohjois-Pohjanmaa	136 798	9,35	Pohjois-Pohjanmaa	136 798	68,43
Lappi	10 866	26,47	Lappi	10 866	130,11
Itä-Savo	5597	1,23	Itä-Savo	5597	11,35
Etelä-Savo	7350	13,61	Etelä-Savo	7350	69,98
Kymenlaakso	5200	14,96	Kymenlaakso	5200	1364,54

Tehtäväkohtaisten kustannusten laskemiseksi jouduttiin osa terveyskeskuksista poissulkemaan puutteellisten tietojen takia, minkä vuoksi taulukoiden väestömäärät eroavat toisistaan.

Liite 24. Kuntien kustannukset (euroa) terveyskeskuksien väestöpohjan suuruuden mukaan. Kokonaiskustannuksissa ovat mukana terveyskeskuksien vastuulla olevat potilassiirrot.

Terveyskeskuksen väestöpohja	Kokonaiskustannukset/asukas	Kokonaiskustannukset/tehtävä
< 20 000	13,32 €	80,60 €
20 000 - 50 000	11,44 €	91,20 €
50 000 - 100 000	10,42 €	76,24 €
100 000 - 250 000	6,60 €	54,87 €
> 250 000	5,38 €	32,04 €

Kustannuslaskelma on tehty niiden terveyskeskusten vastausten perusteella, jotka olivat ilmoittaneet sekä tarvittavat kustannus- että tehtävämäärätiedot.

Liite 25. Sairaanhoidopiirien kustannukset potilassiirroista ja ensihoidosta (euroa) v. 2006

Sairaanhoidopiiri	Hoitolaitosten välisten ambulansseilla tapahtuneiden potilassiirtojen kokonaiskustannukset	Kustannus/potilassiirto	Operatiivisen ensihoito-lääkäri-toiminnan kustannukset	Ensihoidon vastuulääkäritoiminnan ja siihen liittyvien hallintopalveluiden kustannukset
Päijät-Häme	416 060	145,97	0	0
Kainuu	ei vastannut kyselyyn	-	-	-
Etelä-Karjala	365 454	295,91	0	45 707
Keski-Pohjanmaa	233 000	446,36	0	12 000
Pohjois-Karjala	694 276	232,98	91 600	39 773
HUS	2 681 000	59,56	1 663 851	353 721
Vaasa	405 000	34,55	80 000	35 054
Pirkanmaa	1 800 000	133,33	0	44 690
Satakunta	450 000	145,16	-	-
Keski-Suomi	1 300 000	155,54	110 000	1 869
Pohjois-Savo	945 655	159,44	674 604	sisältyy operatiivisiin kustannuksiin
Kanta-Häme	ei vastannut kyselyyn	-	-	-
Etelä-Pohjanmaa	765 857	160,79	0	27 281
Varsinais-Suomi	800 000	64	600 000	49 620
Länsi-Pohja	75 296	113,91	0	10 000
Pohjois-Pohjanmaa	1 250 000	304,14	714 000	16 000
Lappi	923 863	419,94	0	23 000
Itä-Savo	ei vastannut kyselyyn	-	-	-
Etelä-Savo	ei vastannut kyselyyn	-	-	-
Kymenlaakso	700 000	200	1200	14 000
Yhteensä	13 805 461		3 935 255	672 715

Liite 26. Kelan maksamat sairaankuljetuskorvaukset (euroa) v. 2006

Tiedot on esitetty nousevassa järjestyksessä asukas pohjaisen ensihoito- ja sairaankuljetuskorvauksen mukaan.

Sairaanhoidopiiri	Korvaukset yhteensä	Korvaus/temävä	Ensihoito ja sairaankuljetus korvaukset	Ensihoito ja sairaankuljetus/asukas	* X-8 korvaukset	X-8 korvaus/asukas	Korvaukset sisäankirjoittamattomien potilaiden siirroista	Sisäankirjoittamattomat/asukas
Helsinki ja Uusimaa	12 005 503	118	10 599 299	7,30	13 256	0,01	1 406 214	1,00
Varsinais-Suomi	4 932 049	140	3 798 533	8,20	39 128	0,09	1 133 516	2,50
Etelä-Karjala	1 251 932	142	1 083 666	8,40	21 569	0,17	168 266	1,30
Kanta-Häme	1 896 329	126	1 587 418	9,40	18 904	0,11	308 911	1,80
Päijät-Häme	2 344 633	128	1 981 440	9,40	24 500	0,12	363 193	1,70
Kymenlaakso	2 022 935	118	1 761 706	9,70	13 686	0,08	261 228	1,40
Pirkanmaa	5 418 655	138	4 761 637	10,20	51 892	0,11	657 018	1,40
Vaasa	1 877 855	135	1 792 012	10,80	228	< 0,01	85 843	0,50
Länsi-Pohja	920 632	134	783 281	11,80	446	0,01	137 350	2,10
Satakunta	3 299 865	138	2 720 807	12,00	3 540	0,02	579 058	2,60
Keski-Pohjanmaa	1 021 180	156	951 151	12,30	0	< 0,01	70 029	0,90
Etelä-Savo	1 469 537	146	1 320 746	12,70	32 406	0,31	148 791	1,40
Keski-Suomi	3 999 554	165	3 519 933	13,10	2 986	0,01	479 620	1,80
Itä-Savo	985 108	161	862 067	13,80	4 228	0,07	123 041	2,00
Pohjois-Savo	4 130 263	150	3 593 000	14,40	20 961	0,08	537 263	2,20
Pohjois-Pohjanmaa	6 692 275	179	5 795 841	15,20	3 980	0,01	896 435	2,40
Pohjois-Karjala	3 091 600	160	2 677 212	15,80	39 748	0,23	414 388	2,40
Etelä-Pohjanmaa	3 303 671	156	3 134 010	16,10	3 589	0,02	169 661	0,90
Kainuu	1 732 846	167	1 554 546	19,10	17 925	0,22	178 300	2,20
Lappi	2 705 416	212	2 321 003	19,50	2 894	0,02	384 413	3,20
Tunturien	323 767	177	279 640	.	852	.	44 127	.
KOKO MAA	65 425 603		56 878 937		316 715		8 546 666	

* sisältää 9,25 euron omavastuun tehtävää kohden

Liite 27. Keskeisimpien selvitysmiehen ehdotusten vaikutus palveluiden laatuun, palvelujärjestelmään ja kustannuksiin

Ehdotus	Palvelun laatu	Palvelujärjestelmä	Kustannukset
Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämistä vastuunsiirto sairaanhoitopiireille (alueellinen järjestäminen)	+	++	-
Velvoite palvelutasopäätösten laatimiseen	+(+)	+	neutraali tai +
Välitön lähtövalmiusaika A-C -tehtävissä	++	+	++
Tarkoituksenmukaisen työn jaon toteuttaminen julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä	+	++	neutraali
Kiireellisten ensihoito- ja sairaankuljetustehtävien määrittäminen pelastuslaitosten lakisääteiksi tehtäviksi	+	++	neutraali
Ensihoidon vastuulääkäri- ja asiantuntijapalveluiden keskittäminen sairaanhoitopiireihin	++	+	- tai neutraali
Lääkarihelikopteritoiminnan järjestäminen ja rahoittaminen Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän esityksen mukaisesti huomioiden selvitysmiehen lisäykset	+	+	neutraali*
Ensihoidon ja sairaankuljetuksen rahoitus edelleen kolmikanavaisesti, hoitotason kuljetustaksan käyttöönotto ja laskutuskäytäntöjen tehostaminen	neutraali	+	neutraali
Sisäänkirjoittamattomien potilaiden siirtojen kustannusvastuun siirto Kelalta lähettävälle hoitolaitoksille	neutraali	+	neutraali**
Ensivastatoiminnan järjestäminen, kehittäminen ja rahoittaminen esitetyllä tavalla	++	+	+
Pätevyysvaatimuksien käyttöönotto perus- ja hoitotason sairaankuljetuksessa	+	+	+
Tutkintojen kehittäminen esitetyllä tavalla	++	neutraali	+
Hätäkeskuslain muuttaminen esitetyllä tavalla	+	+	neutraali
Liikennelupamenettelyn säilyttäminen	neutraali	neutraali	neutraali
Potilassiirtojen eriyttäminen ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta sekä logistiikkakeskusten käyttöönotto	+	++	--
Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto	+	++	+
Rekisterinpidon siirto sairaanhoitopiireille	+	++	-
Keskushallinnon vahvistaminen	neutraali	+	neutraali tai (+)

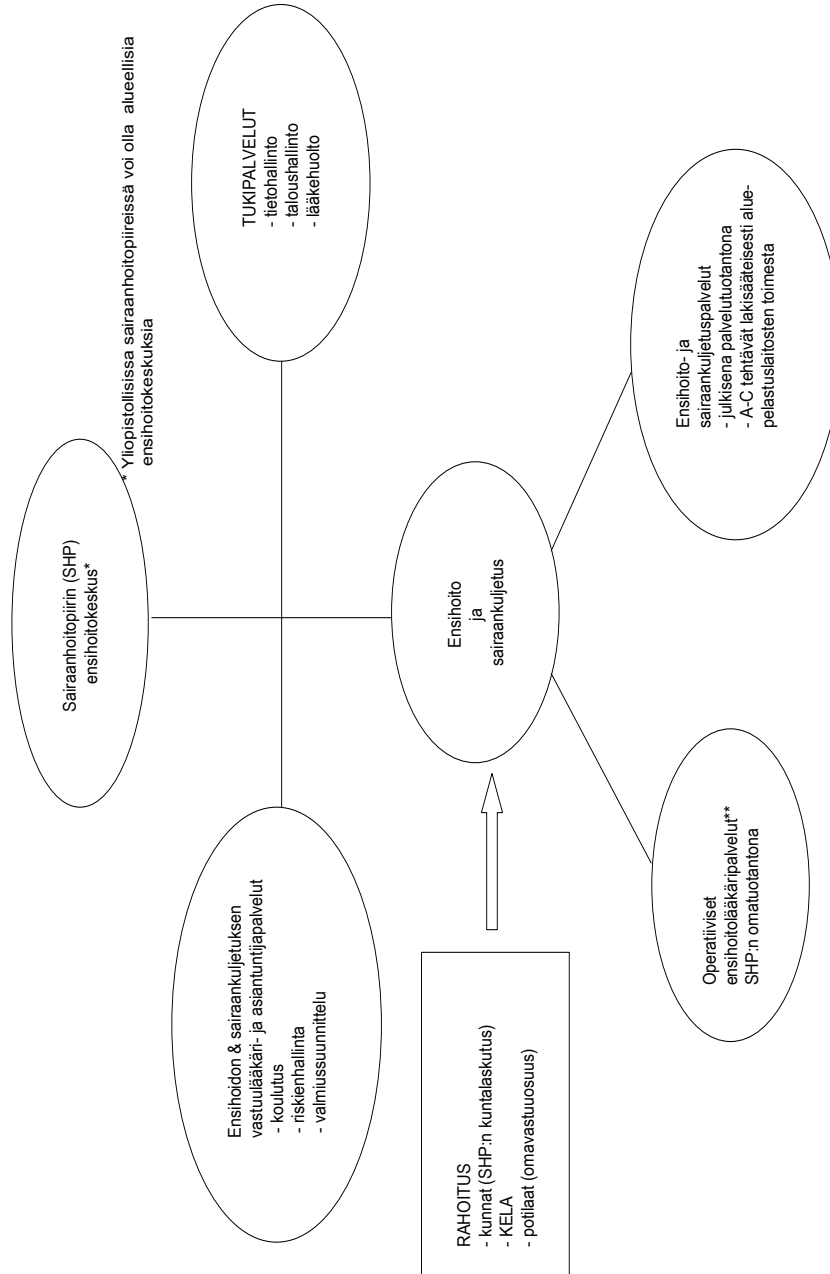
* Selvitysmiehen esitys on neutraali Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminnan rahoitusta ja hallinnointia käsitelleen työryhmän esityksiin nähden, mutta on mahdollista, että lentotoiminnan tiukempi valvonta laskee kustannuksia pitkällä aikavälillä.

** Selvitysmiehen esitys on yhteiskunnan kokonaiskustannusten kannalta neutraali. Pitkällä aikavälillä kustannusten oletetaan kuitenkin laskevan kehittyvän hoitoonohjauskäytännön vuoksi.

Merkkien selitykset:

- ++ Ehdotuksella on erityisen merkittävä palveluiden laatua parantava vaikutus
Ehdotuksella on erityisen merkittävä palvelujärjestelmää kehittävä tai selkeyttävä vaikutus
Ehdotus tulee merkittävästi nostamaan kustannuksia
- + Ehdotuksella on palveluiden laatua parantava vaikutus
Ehdotuksella on palvelujärjestelmää kehittävä tai selkeyttävä vaikutus
Ehdotus tulee nostamaan kustannuksia
- Ehdotus tulee laskemaan kustannuksia
- Ehdotus tulee merkittävästi laskemaan kustannuksia

Liite 28. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämismalli



** Niissä sairaanhoidopiireissä, joissa operatiivisten ensihoidolääkäripalvelujen järjestäminen on tarkoituksenmukaista

Liite 29. Malli sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärin tehtävistä*

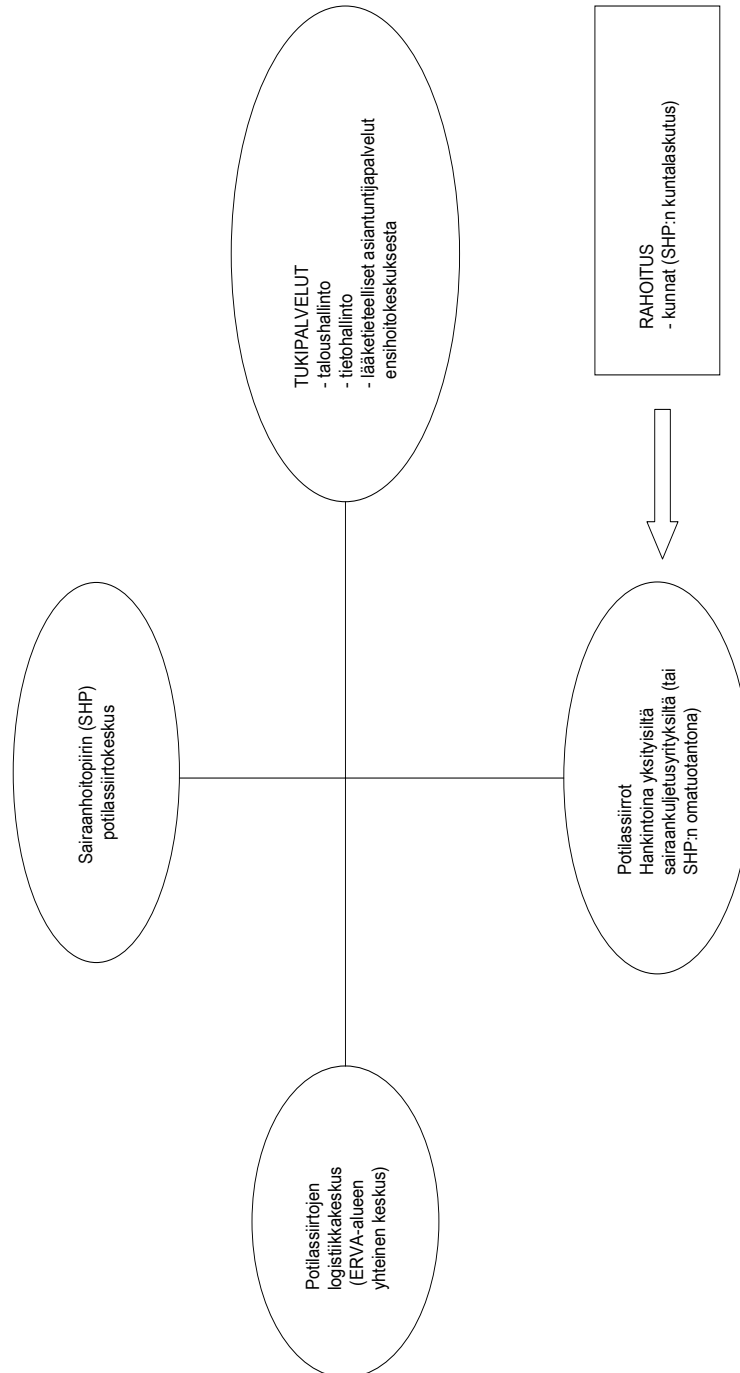
Ensihoidon vastuulääkärin tehtäviin kuuluu

- toimia ensihoitopalvelun (ml. ensivastetoiminta) lääketieteellisenä johtajana alueellaan
- huolehtia hätäkeskusten ja palveluntuottajien ohjeistuksesta
- vastata palveluntuottajien henkilöstön täydennyskoulutussuunnittelusta ensihoidon osalta (suunnittelu tapahtuu yhteistyössä palveluntuottajien kanssa)
- osallistua palveluntuottajien ja hätäkeskuksen henkilöstön täydennyskoulutuksen antamiseen
- osallistua riskienhallintaan ja palvelustasopäätösten mukaisen toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen
- vastata toiminnan lääketieteellisestä laadunarvioinnista
- ylläpitää ja kehittää alueensa suuronnettomuusohjeistoa ja -valmiutta sairaalan ulkopuolisen toiminnan osalta
- osallistua lääketieteellisenä asiantuntijana sairaankuljetusajoneuvojen ja lääkin-tälaitteiden hankintaprosessiin
- suorittaa sairaankuljetusajoneuvojen käyttöönottotarkastukset (hoitotila, varusteet, viestivälineet)
- osallistua viranomaisyhteistyöhön mm. sosiaalitoimen, poliisin ja pelastustoimen kanssa
- huolehtia yhteydenpidosta alueen terveyskeskuksiin
- osallistua potilasohjauksen suunnitteluun yhdessä sairaaloiden ja terveyskeskusten edustajien kanssa
- toimia valmistelijana sairaankuljetus- ja ensihoitosopimuksia laadittaessa
- toimia sairaanhoitopiirin lausunnonantajana/valmistelijana yksityisten sairaankuljetusyritysten liikennelupahakemuksissa
- toimia lausunnonantajana potilasvalituksissa, kanteluissa ja potilasvahingoissa
- toimia oman työn ohella potilassiirtotoiminnan konsultoivana vastuulääkärinä

Ensihoidon vastuulääkäri voi delegoida yllämainittuja tehtäviä tarkoituksenmukaisuusperiaatteella muille ensihoitokeskuksen asiantuntijoille vastaten itse kuitenkin kokonaisuutena toiminnasta.

* Mukailtu HYKS:ssa käytössä olevan mallin mukaan.

Liite 30. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen järjestämismalli



Liite 31. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen luokitusjärjestelmä

TILAUSNIMIKE	VASTEAIKA	HUOMIOITAVAA	ESIMERKKEJÄ	AJOTAPA	TILAAJA
1. Tavallinen potilassiirto	Sovittu ajankohta tai palvelusopimuksen aikakriteerit	Siirto saman vuorokauden aikana	Potilaan siirto jatkohoitoon toiseen sairaalaan	Normaaliajo	Osastosihteeri tai hoitaja
2. Aikataulus- siirto	Sovitaan tilattaessa	Siirto seuraavana päivänä tai myöhemmin	Potilaan siirto jatkohoitoon toiseen sairaalaan	Normaaliajo	Osastosihteeri tai hoitaja
3. Kiireellinen siirto	60 min	Edellyttää lääketieteellistä kii- rettä!	Peritoniittipotilaan siirto leikkaavaan yksikköön	Normaaliajo	Hoitaja
4. Tehovalvontaa tai -hoitoa edellyttävä siirto	Sovitaan tilattaessa	Tilauksen yhteydessä sovitaan käytännön järjestelyistä	Intuboidun/ CPAP-potilaan siirto	Ensisijaisesti normaaliajo	Hoitaja
5. Hätäsiirto	Mahdollisimman nopeasti	Käytettävä erittäin harkitusti!	Siirto lopulliseen hoitopaikkaan, kun rupturoitunut AAA, epiduraalivuoto, aivoinfarktin luotushoito	Hälytysajo	Hoitaja

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)

- 2007: 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väliraportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Säntti.
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. "Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia". Alkoholiohjelmaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004-2006.
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)
- 21 Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)
- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)