

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:26

Markku Kuisma

*Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen –*  
**selvitysmiehen 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 – selvitysmiehen 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 lähetettäville 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:* ehdotukset, ensihoito, kehittäminen, lainsäädäntö, terveydenhuolto, terveyspolitiikka, sairaankuljetus





## Sammandrag

*Markku Kuisma. Utvecklande av akutuårds- 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 akutuård och sjuktransport, utarbeta förslag till ordnande och finansiering av sjuktransport och akutuård 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 akutuård 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 akutuård 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 akutuård 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 akutuården 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 akutuården och sjuktransporterna samt utveckla deras logistik. För att verkställa besluten måste nödvändiga ändringar av lagstiftningen göras.

*Nyckelord:* akutuård, förslag, hälso- och sjukvård, hälsopolitik, lagstiftning, sjuktransport, utvecklande



## 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 (nid.), 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 service, development, emergency care, health care, health policy, legislation, proposals





## 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 väliinputoajaksi 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-<br>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<br>sairaanhoitopiireittäin.....  | 84 |
|     | Liite 4. Ambulanssiasemien riskianalyysiin perustuva sijoittaminen sekä ensihoidon ja<br>sairaankuljetuksen palvelutasomääritysten olemassaolo kunnissa.....  | 85 |
|     | Liite 5. Terveyskeskuksien ensihoidon vastuulääkäripalvelut sairaanhoitopiireittäin.....  | 86 |
|     | Liite 6. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalveluntuottajien lukumäärät kunnissa<br>sairaanhoitopiireittäin .....   | 87 |
|     | Liite 7. Kunnan alueella toimivien ambulanssien lukumäärät sairaanhoitopiireittäin.....   | 88 |
|     | Liite 8. Sopimuksellisten ambulanssien lähtövalmiusajat sairaanhoitopiireittäin.....  | 89 |
|     | Liite 9. Ohjeellisten vasteaikojen määrittäminen terveyskeskuksissa<br>sairaanhoitopiireittäin.....   | 90 |
|     | Liite 10. Sairaankuljetus- ja ensihoidotehtävien sekä hoitolaitosten välisten potilassiirtojen<br>määrät v. 2006 sairaanhoitopiiriakohtaisesti.....   | 91 |
|     | Liite 11. Sairaankuljettajien lääkärikonsultaatioiden järjestäminen, konsultaatioiden<br>jakautuminen eri paikkoihin sekä mahdollisuus siirtää 12-kanavainen EKG<br>konsultoitavan lääkärin tulkittavaksi sairaanhoitopiireittäin. .... | 92 |
|     | Liite 12. Sairaankuljetukseen ja ensihoitoon osallistuvan henkilöstön määrä toimijasta<br>riippumatta sairaanhoitopiireittäin.....  | 93 |
|     | Liite 13. Kalusto mukaanlukien varakalusto sairaanhoitopiireittäin .....  | 94 |
|     | Liite 14. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen lääkehuollon järjestäminen<br>sairaanhoitopiireittäin.....   | 95 |
|     | Liite 15. Suuronnettomuusvalmiuden riittävyys kunnissa sairaanhoitopiireittäin.....   | 96 |
|     | Liite 16. Ensihoidon ja sairaankuljetukset tukipalvelut sairaanhoitopiireittäin .....   | 97 |
|     | Liite 17. Poliisijohtoisten ensihoidon erityistilanteiden järjestäminen terveyskeskuksissa<br>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<br>lääkäriyksiköt v. 2006.....    | 101 |
| Liite 21. Sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja sairaankuljetuksen potilasvalitusten<br>lukumäärät vv. 2004-2006 .....          | 102 |
| Liite 22. Sairaankuljetuksia koskevat potilasvahinkoilmoitukset .....  | 103 |
| Liite 23. Kuntien kustannukset ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta sekä potilassiirroista<br>sairaanhoidopiireittäin.....     | 104 |
| Liite 24. Kuntien kustannukset (euroa) terveyskeskuksien väestöpohjan suuruuden<br>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,<br>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 palvelutasomäärittely/-määrittelyt 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 hallinnoinnin yhteistyöryhmän ehdotukset;
3. Tehdä ehdotus ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden rahoitusmalliksi; ja
4. Arvioida ensivastetoiminnan tulevaa merkitystä ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujärjestelmässä ja tehdä tarvittaessa ehdotus ensivastetoiminnan määrittelemiseksi, 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
- Sairaankuljetuksen 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 sairaautolla. 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 sairaautolla.

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 pelastustoitossa (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 riskin arvon 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 hätäkeskusten 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 (hätätila)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-aluetta 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 aikatilauskuljetuksissa 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 valmistelemaan 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 paarisotilaiden 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, räjähdus 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 päiväkään 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 sydänpysähdyspotilaiden 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 ensihoitotehtävien määrät

Sairaankuljetus- ja ensihoitotehtävien 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 työsidonaisuuteen. 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 vastuunsiir-  
rosta 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 keskeyttäneitä 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 järjestämisalueen 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 hoitolaitossiirot potilaiden 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 terveystakeskukseen 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

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

- Vaihtoehto 1 Järjestäminen nykyisen mallin mukaan (kunnalla järjestämisvastuu, terveystakesuksella 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 ikääntyneitä 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 –ilmiöllä<sup>1</sup> 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 kehitykseen<sup>2</sup>. 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.

<sup>1</sup> Parhaiten menestyvät suurten kaupunkien läheisyydessä olevat seutukuntakeskukset, kehyskunnat ja vuorovaikutusalueet.

<sup>2</sup> 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 astmaohtauksen hoito inhaloitavilla  $\beta_2$ -sympatomi-meeteillä ja kouristelujen hoito suonensisäisillä bentsodiatsepiineillä, tulevat siirtymään ensihoitajilta perustason sairaankuljettajille.

Monikulttuurillisuus on arkipäivää etenkin pääkaupunkiseudulla, mutta myös monissa muissa kaupungeissa. Monikulttuurillisuus tulee entisestään lisääntymään ja laajentumaan uusille maantieteellisille alueille sekä ulkomaalaistaustaisten ensihoitopalvelujen käyttäjien määrä tulee kasvamaan. Yksi varteenotettavimmista keinoista monikulttuurillisuuteen 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 lisääntymässä 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 sairaankuljetusalalle, 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 saatavat 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 kuljetettiin 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 päivystysterveysterveystenhuoltoa 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 ensihoitopalvelusta 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 määrittelyn 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-





































































































































