



**Valvira**

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

# **Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta**

Helsinki 2014  
ISSN 1799-7860 (Verkojulkaisu)  
ISSN-L 1799-7860  
ISBN 978-952-5978-36-0

# KUVAILULEHTI

## Julkaisun nimi

Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta

## Julkaisun tekijä ja julkaisija

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)

## Julkaisun päivämäärä

10.12.2014

## Tiivistelmä

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille 1.1.2013. Jotta valvontaviranomaisilla olisi uudistuksen jälkeen ensihoidosta ajantasainen valtakunnallinen tilannekuva, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) selvitti, miten ensihoito on järjestetty ja toteutettu.

Sairaanhoitopiirien ensihoidosta vastaaville lääkäreille lähetettiin heinäkuussa 2014 webropol-kyselynä ensihoitopalvelua koskeva lomake. Kyselyssä sekä vastausten analysoinnissa painotettiin erityisesti sellaisia ensihoidon osa-alueita, joilla katsottiin olevan keskeinen vaikutus ensihoidon saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen, laatuun ja potilasturvallisuuteen sekä omavalvontaan. Raportissa esitetyt tulokset perustuvat sairaanhoitopiirien kyselyssä antamiin vastauksiin.

Selvitys osoittaa, että lainsäädännön uudistus on selkeyttänyt ensihoidon järjestelmää ja rakennetta. Laadun ja potilasturvallisuuden katsotaan parantuneen muun muassa ensihoitoasetukseen kirjattujen ensihoitohenkilöstön kelpoisuusvaatimusten sekä päivystävän ensihoitolääkärin myötä. Ensihoidon saatavuudessa ja yhdenvertaisuudessa oli kuitenkin huomattavia eroja sairaanhoitopiirien välillä. Vaihtelevuutta ilmeni myös omavalvonnan toimivuudessa sekä ensihoitokeskusten tehtävässä alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalveluiden yhteensovittamisessa.

Kyselyn tuloksia käytetään ensihoidon ohjauksessa ja valvonnassa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen valvontaohjelman 2015-2018 mukaisessa ensihoitoa koskevassa suunnitelmaperusteisessa valvonnassa. Valvontaviranomaiset tulevat korostamaan erityisesti systemaattisen omavalvonnan roolia sekä merkitystä ensihoidon laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

## Avainsanat (asiasanat):

Ensihoito, ensihoitopalvelu, sairaanhoitopiiri, erityisvastuualue, yhdenvertaisuus, palveluiden saatavuus, laadunhallinta, potilasturvallisuus, omavalvonta, kelpoisuusvaatimukset, järjestämisvastuu

# Sisällys

KUVAILELLEHTI .....	3
Lyhenteet .....	5
<b>1 Johdanto</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Aineisto ja menetelmät</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Ensihoitopalvelun toimintaympäristö</b> .....	<b>8</b>
<b>4 Tulokset</b> .....	<b>9</b>
4.1. Ensihoitopalvelun järjestäminen .....	9
4.1.1. Ensihoitopalvelun tuottamistavat .....	9
4.1.2 Riskialueluokitukset .....	10
4.1.3. Tehtävämäärät.....	11
4.1.4 Ensihoitoyksiköiden lukumäärä ja ympärivuorokautinen välitön lähtövalmius .....	12
4.2. Palvelutasopäätös .....	14
4.2.1. Sisältö .....	14
4.2.2. Toteutuminen: väestön tavoittaminen säädetyssä ajassa .....	15
4.2.3. Toteutumisen seuranta .....	19
4.3. Laatu, potilasturvallisuus ja omavalvonta .....	19
4.3.1. Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma .....	19
4.3.2. Lääkäriltä pyydettävät hoito-ohjeet .....	20
4.3.3. Muilta hankittujen palveluiden asianmukaisuuden varmistaminen.....	21
4.4. Ensihoitohenkilöstö .....	22
4.4.1 Työpanos .....	22
4.4.2. Työvoimavajaus .....	24
4.4.3. Osaaminen ja täydennyskoulutus.....	25
4.5. Erityisvastuualueen ja ensihoidokeskuksen vastuulle kuuluvat asiat.....	26
4.5.1. Järjestämissopimus .....	26
4.5.2. Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet.....	26
4.5.3. Päivystävän ensihoidolääkärin työnkuva .....	27
<b>5 Johtopäätökset ja jatkotoimenpiteet</b> .....	<b>28</b>
5.1. Johtopäätökset ja pohdinta .....	28
5.2. Jatkotoimenpiteet.....	29
<b>Lähteet</b>	
<b>Liitteet</b>	
Liite 1 Erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit	
Liite 2 Sairaanhoitopiirin mukainen kuntaluettelo	
Liite 3 Ensihoitopalvelun tuottamistavat sairaanhoitopiireittäin	
Liite 4 Ympärivuorokautinen välitön lähtövalmius sairaanhoitopiireittäin	
Liite 5 Tavoittamisaikatavoitteet	
Liite 6 Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma sairaanhoitopiireittäin	
Liite 7 Ensihoitohenkilöstön työvoimavajaus sairaanhoitopiireittäin	
Liite 8 Ensihoidon tiedonkeruu ja –seurantakysely 2014	

## Lyhenteet

---

AVI	Aluehallintovirasto
ERVA	Eriyisvastuualue
EVY	Ensivasteyksikkö
HTV	Henkilötyövuosi
HYKS	Helsingin yliopistollinen keskussairaala
KA	Keskiarvo
KYS	Kuopion yliopistollinen sairaala
Med.	Mediaani
OYS	Oulun yliopistollinen sairaala
RL	Riskialuealuokka
SHA	Sairaanhoitoalue
SHP	Sairaanhoitopiiri
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TAYS	Tampereen yliopistollinen sairaala
THL	Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala

# 1 Johdanto

---

Ensihoidon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille (SHP) 1.1.2013. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira teki ensihoitoa koskevan valtakunnallisen kyselyn, jonka tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitopiirit ovat täyttäneet lakisääteiset velvollisuutensa sekä saada tietoa ensihoidon riskikohteista.

Valvira teki kyselyn, koska vastaavaa valtakunnallisesti kattavaa ja vertailukelpoista tietoa ei ole ollut. Kyselyssä sekä tulosten analysoinnissa paino-alueiksi valittiin ensihoidon saatavuus ja yhdenvertaisuus, laatu ja potilasturvallisuus sekä omavalvonta. Tuloksia hyödynnetään ensihoidon ohjauksessa, vuosien 2015–2018 suunnitelmaperusteisessa valvonnassa sekä muussa viranomaisvalvonnassa.

Ensihoitoon liittyvät keskeisimmät säädökset ovat terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetus ensihoitopalvelusta (340/2011). Tämän lisäksi STM on antanut ohjeen ensihoidon palvelutasopäätöksen laatimisesta (STM:n julkaisuja 2011:11), ensihoitoasetuksen perustelumistion (STM:n muistio, 29.3.2011) sekä laatua ja potilasturvallisuutta ensihoidossa ja päivityksessä koskevan julkaisun (STM:n julkaisuja 2014:7).

## 2 Aineisto ja menetelmät

---

Tieto kerättiin ensihoidon vastuulääkäreille lähetetyllä webropol-kyselyllä. Kyselyssä pyydettiin sairaanhoitopiirikohtaisia ensihoitopalvelun tietoja aikaväliltä 1.1.–30.6.2014. Henkilöstöä koskevissa kysymyksissä vastaukset pyydettiin kuitenkin elokuun 2014 tilanteen mukaan. Lääkarihelikopteritoiminta rajattiin tiedonkeruun ulkopuolelle; muilta osin ensihoidon tilannetta selvitettiin monipuolisesti. Kysely raportti laadittiin yhteistyössä Valviran, aluehallintovirastojen (AVI) ja STM:n ensihoidon asiantuntijoiden kanssa. Kyselylomake on raportin liitteenä.

Kysely lähetettiin 2.7.2014. Vastausaikaa annettiin 31.8.2014 asti. Yhteensä 17 SHP:ä toimitti vastaukset määräajassa. Määräajan jälkeen vastaukset saatiin vielä lopulta kolmelta SHP:ltä. Vastausprosentiksi tuli 100. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri vastasi sovitusti viitenä sairaanhoitoalueena (SHA). Näin ollen vastaajien kokonaismäärä oli 24. Raportissa esitetyissä kuvaajissa vastaajien kokonaismäärä (N) saattaa olla tätä lukua pienempi, sillä osa vastaajista ei pystynyt toimittamaan pyydettyjä tietoja joihinkin kysymyksiin. Raportin kuvaajissa tulokset esitetään pääsääntöisesti absoluuttisina lukuina. Kuvaajien tiedot ovat valtakunnallisia, ellei kuvassa tai taulukossa erikseen käsitellä erityisvastuualueita.

Tulosten analysointia varten päällekkäiset vastaukset poistettiin. Lisäksi kymmenelle SHP:lle lähetettiin lisäkysymys yksittäisten vastausten tarkentamiseksi. Kaikki lisäkysymyksen saaneet SHP:t toimittivat vastauksensa nopeasti ja selkeästi.

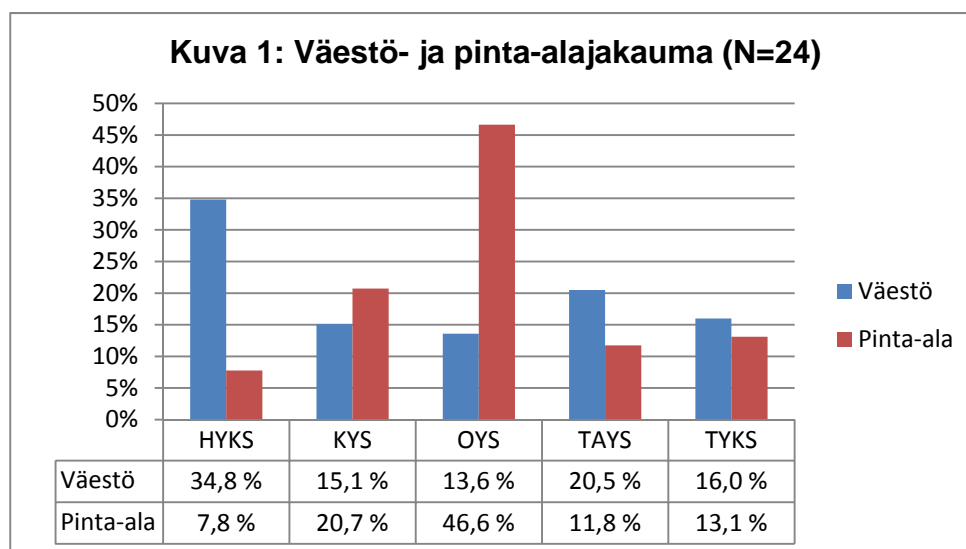
Avokysymysten vastauksista koottiin SHP:en yleisimmin esille nostamat asiakokonaisuudet. Tavoittamisaikatavoitteissa osa SHP:stä oli kirjannut A- ja B-tehtävät erikseen. Tällaisissa tilanteissa luvuista laskettiin keskiarvot. Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman kysymyksessä oli mahdollista valita yksi annetuista vaihtoehdoista. Näin ollen tuloksista ei selviä, onko SHP:llä palveluntuottajakohtaisen suunnitelman lisäksi myös oma suunnitelma. Ensihoidossa työskentelevän henkilöstön työpanosta tarkasteltiin henkilötyövuosien (HTV) avulla. Henkilötyövuosi kuvaa kokoaikaiseksi muutetun henkilön työpanosta. Yksi SHA ilmoitti ostavansa kenttäjohtamisen toiselta SHA:lta. Näiden SHA:den ensihoitohenkilöstöt laskettiin yhteen ja suhteutettiin ostopalvelua tuottavan SHA:een ilmoittamaan kenttäjohtajien lukumäärään. Ensihoitolääkärin työpanosta kysyttäessä osa vastaajista oli tulkinnut kohdan tarkoittavan vain operatiiviseen toimintaan osallistuvaa lääkäriä, vaikka kysymyksellä haluttiin selvittää myös ensihoidon hallintolääkärit.

Analyysistä jätettiin pois ensivastehenkilöstön työpanos, erityisvastuualueen päivystävälle ensihoitolääkärille osoitetut hoito-ohjepyynnöt sekä kii-reettömät hoitolaitossiirrot. Näissä kysymyksissä enemmistöllä vastaajista oli vaikeuksia ilmoittaa pyydettyjä lukuja. Saatujen vastausten kokonaismäärä jäi niin pieneksi, ettei valtakunnallista vertailua voitu suorittaa.

Kyselyn tuloksia analysoitiin pääosin valtakunnallisesti ja erityisvastuualueittain (ERVA), mutta keskeisissä asioissa tarkasteltiin myös sairaanhoitopiirikohtaista tilannetta. Tulokset antavat tietopohjaa ensihoidosta myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja järjestämislain näkökulmista.

### 3 Ensihoitopalvelun toimintaympäristö

Ensihoidon järjestämisvastuu on terveydenhuoltolain mukaisesti sairaanhoitopiireillä. Ne eroavat toisistaan pinta-alaltaan ja asukastiheydeltään. Tässä luvussa tarkastellaan ERVA-alueiden toimintaympäristön eroja. Tiedot siitä, mihin ERVA-alueisiin SHP:t ja kunnat kuuluvat löytyvät liitteistä (Liite 1 ja Liite 2).



Taulukko 1: Asukastiheys (N=24)			
Alue	Asukkaita/km <sup>2</sup>	Keskiarvo	Mediaani
<b>Valtakunnallisesti</b>	<b>14,84</b>	<b>39,39</b>	<b>16,92</b>
HYKS	69,43	98,9	28,29
KYS	10,56	10,15	8,31
OYS	4,19	6,22	7,44
TAYS	24,81	25,99	29,67
TYKS	22,13	22,44	22,61

ERVA-alueiden koossa ja asukasmäärissä on suuria eroja (kuva 1)<sup>1</sup>. Enemmistö Suomen väestöstä asuu HYKS–TAYS–TYKS –alueella, vaikka maantieteellisesti alue on 33 % koko maasta. KYS–OYS–alue on pinta-alaltaan yli puolet Suomen pinta-alasta ja alueella asuu kolmannes väestöstä.

Myös ERVA-alueiden asukastiheys kuvaa väestön epätasaista jakautumista (taulukko 1). TAYS ja TYKS ovat väestötiheydeltään kohtalaisen tasavertaisia. KYS:n alue on selvästi harvaan asutumpaa.

<sup>1</sup> ERVA – alueiden asukasmäärätiedot pohjautuvat Tilastokeskuksen 31.12.2013 tietoihin: (<http://tilastokeskus.fi/meta/til/vaerak.html>); Pinta -alatiiedot kerättiin sairaanhoitopiirin kysymykseen 11 antamista vastauksista; Yhden SHP:n kokonaispinta-ala pohjautuu kuitenkin Maanmittauslaitoksen 1.1.2014 tietoihin: <http://www.maanmittauslaitos.fi/tilastot>

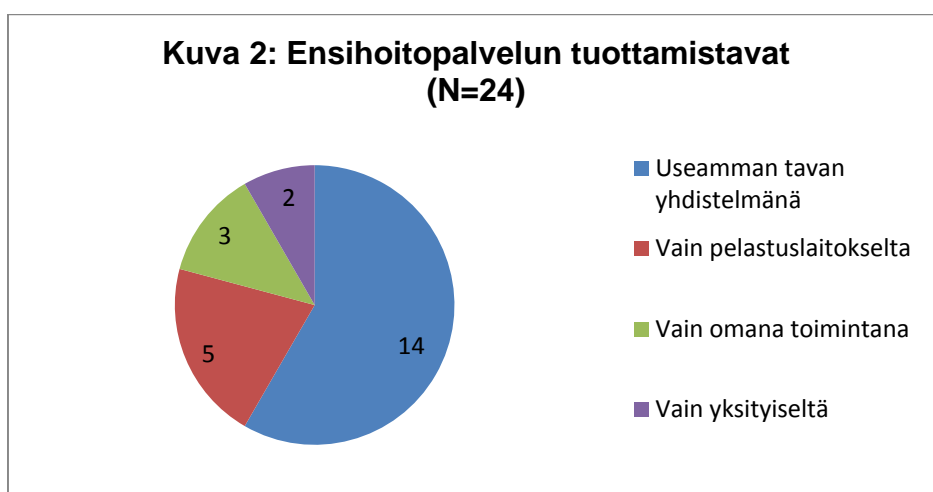


## 4 Tulokset

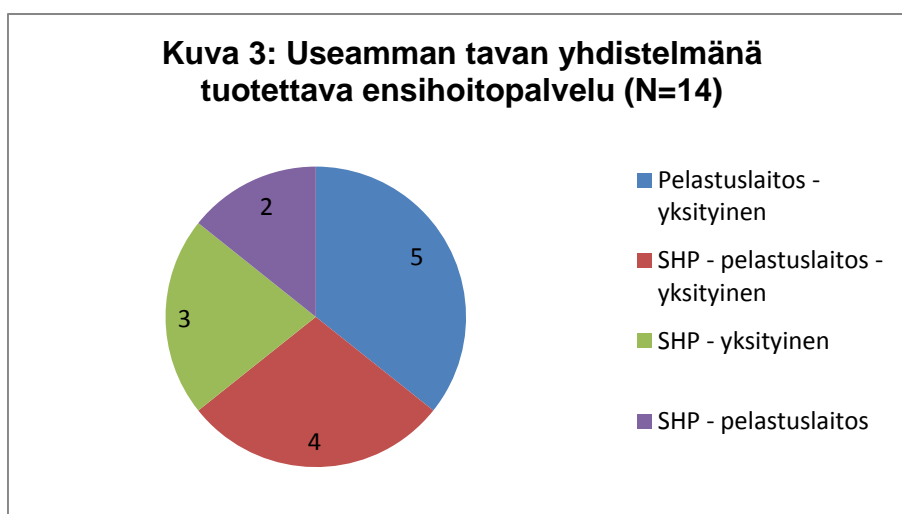
### 4.1. Ensihoitopalvelun järjestäminen

#### 4.1.1. Ensihoitopalvelun tuottamistavat

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 39 §:n mukaan sairaanhoitopiiri voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä palvelun yhteistoimintana toisen sairaanhoitopiirin tai alueensa pelastuslaitoksen kanssa tai hankkimalla palvelun muulta palveluntuottajalta. Sairaanhoitopiirejä pyydettiin arvioimaan prosentteina tehtävämääristä, miten palveluiden tuottamistapa jakautui SHP:n alueella. Sairaanhoitopiirikohittaiset tiedot löytyvät liitteestä (Liite 3).



Ensihoidon tuottamistavat vaihtelivat laajasti (kuva 2). Yksityinen palveluntuottaja vastasi koko ensihoitopalvelun tuottamisesta kahdella SHA:lla. Tuottamistavassa oli eroja sekä SHP:en välillä että ERVA-alueiden sisällä.



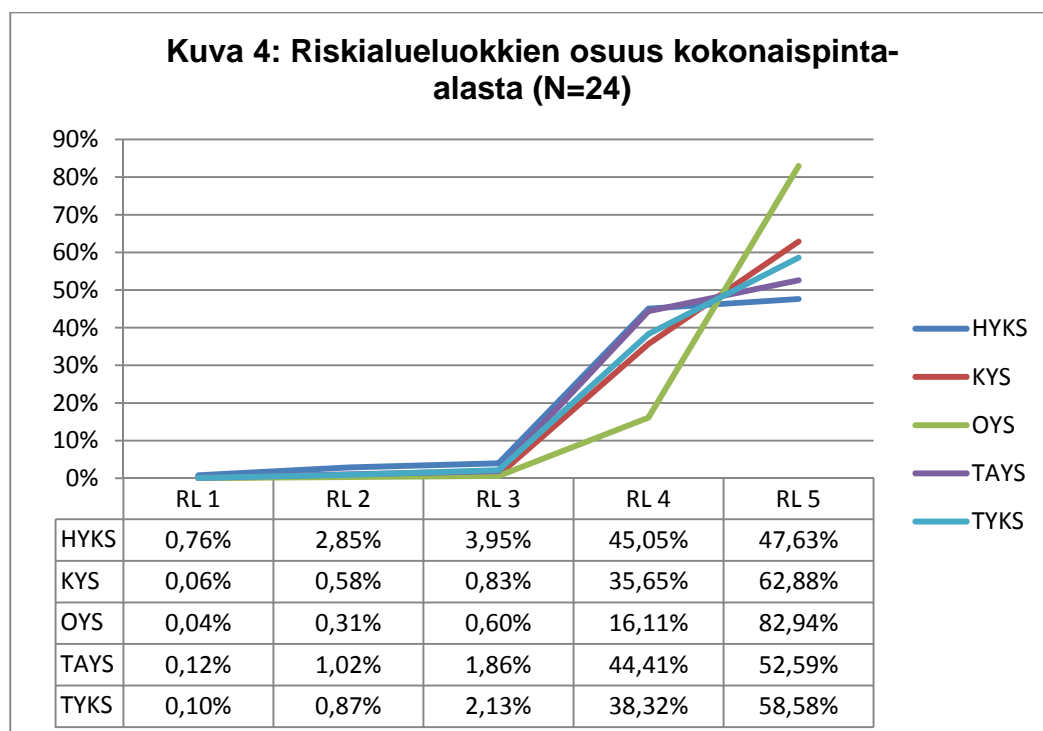
Useamman tavan yhdistelmänä tuotetuissa ensihoitopalveluissa oli monenlaisia yhteistyön malleja (kuva 3). Vastaajista 19 ilmoitti alueensa ensihoitopalvelun tuottamistavan tosiasiallisena lukemana. Arvion esitti neljä

SHP:ä ja yksi SHA. Yhteistoimintana toisen SHP:n kanssa tuotettuja ensihoitopalveluita ei käytännössä ollut.<sup>2</sup>

#### 4.1.2. Riskialueluokitukset

Ensihoitoasetuksen 4 §:n mukaan SHP:n on jaettava alueensa yhden neliökilometrin kokoiseksi alueiksi, jotka luokitellaan viiteen riskialuealuokkaan ensihoidotehtävien, asutuksen ja tiestön mukaisesti:

- Riskialue 1: ensihoidotehtäviä on enemmän kuin yksi vuorokaudessa (=suuren kaupungin keskusta)
- Riskialue 2: vähemmän kuin yksi ensihoidotehtävä vuorokaudessa, mutta enemmän kuin yksi viikossa (=kaupungin asuinlähiö, pienen kaupungin keskusta)
- Riskialue 3: vähemmän kuin yksi ensihoidotehtävä viikossa mutta enemmän kuin yksi kuukaudessa (=maaseututaajama)
- Riskialue 4: vähemmän kuin yksi ensihoidotehtävä kuukaudessa, mutta alue on asuttu tai sen läpi kulkee kantatie tai valtatie (=asuttu maaseutu)
- Riskialue 5: alueella ei ole vakinaista asutusta (=metsä, meri- tai järviolue; saari, johon ei mene tietä)



Eri riskialueluokkien osuus ERVA-alueiden pinta-alasta korreloi selkeästi väestötiheyden kanssa. Selvästi eniten riskialueita 1-3 oli HYKS:n ERVA-alueella. Asutun maaseudun eli riskialueen 4 osuus ERVA-alueiden kokonaispinta-alasta oli OYS:n aluetta lukuun ottamatta valtakunnallisesti hyvin samankaltainen. OYS:n ERVA-alue erottuu selkeästi riskialueessa 5 (kuva 4).

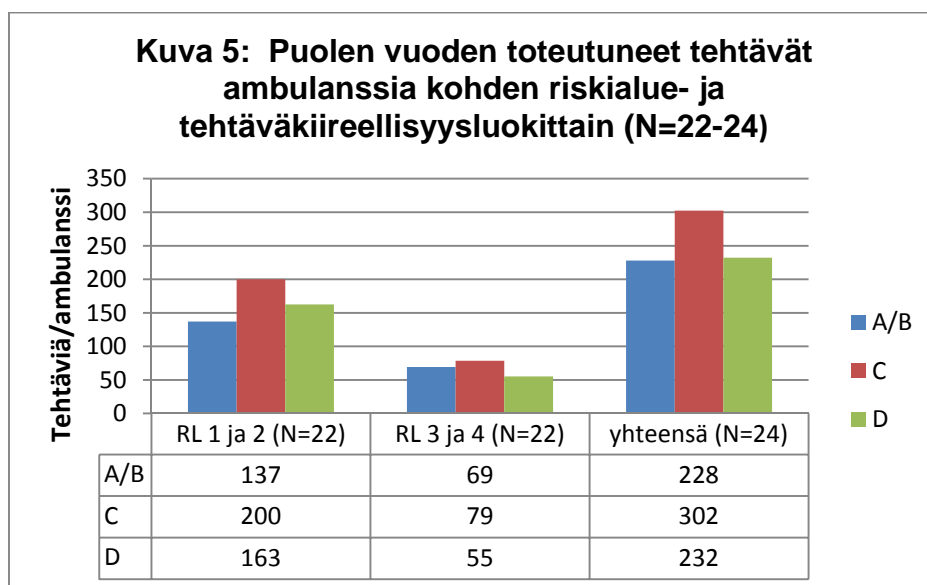
<sup>2</sup> Ainoastaan yksi SHP ilmoitti, että ensihoitopalveluita tuotetaan yhteistyössä myös toisen SHP:n kanssa. Kuitenkin kyseisen tuottamistavan osuus oli 1 %.

### 4.1.3. Tehtävämäärät

Ensihoidon hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehtävän riskiarvion perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan ensihoitoasetuksen 6 §:n mukaisesti:

- A-tehtävät: korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna
- B-tehtävät: todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta
- C-tehtävät: avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia
- D-tehtävät: avuntarvitsijan tila on vakaa eikä hänellä ole peruselintoiminnon häiriötä, mutta ensihoitopalvelun on tehtävä hoidon tarpeen arviointi.

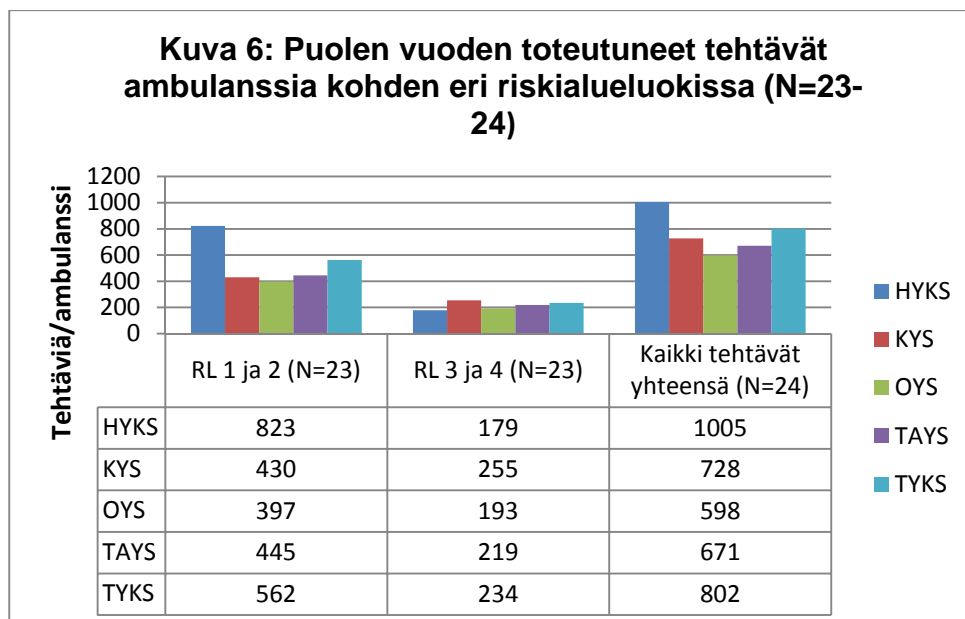
Tehtäväkiireellisyysluokissa A ja B potilas pyritään tavoittamaan mahdollisimman nopeasti. Tehtävät suoritetaan aina hälytysajona. Koska A- ja B –tehtävät katsotaan väestön tavoittamisen näkökulmasta yhtä kiireellisiksi, kyseiset kiireellisyysluokat voidaan käsitellä yhtenä kokonaisuutena.<sup>3</sup>



Toteutuneiden tehtävien jakauman perusteella C–tehtävät ovat yleisin tehtäväryhmä sekä kaupungissa (RL 1 ja 2) että maaseudulla (RL 3 ja 4). Kaupungeissa, jonne myös hoitolaitokset pääasiassa keskittyvät, D–tehtäviä on enemmän kuin kiireellisiä A/B–tehtäviä (kuva 5)

Puolen vuoden aikana yksi ambulanssi hoiti valtakunnallisesti keskimäärin 700 tehtävää. Näistä vajaa 500 sijoittui kaupunkiin ja reilut 200 maaseudulle. Riskiluokan 5 tehtävämäärät sisältyivät yhteenlaskettuihin tehtävämääriin.

<sup>3</sup> STM:n julkaisuja 2011:11: Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille, s. 17, Liitteet 1 ja 3



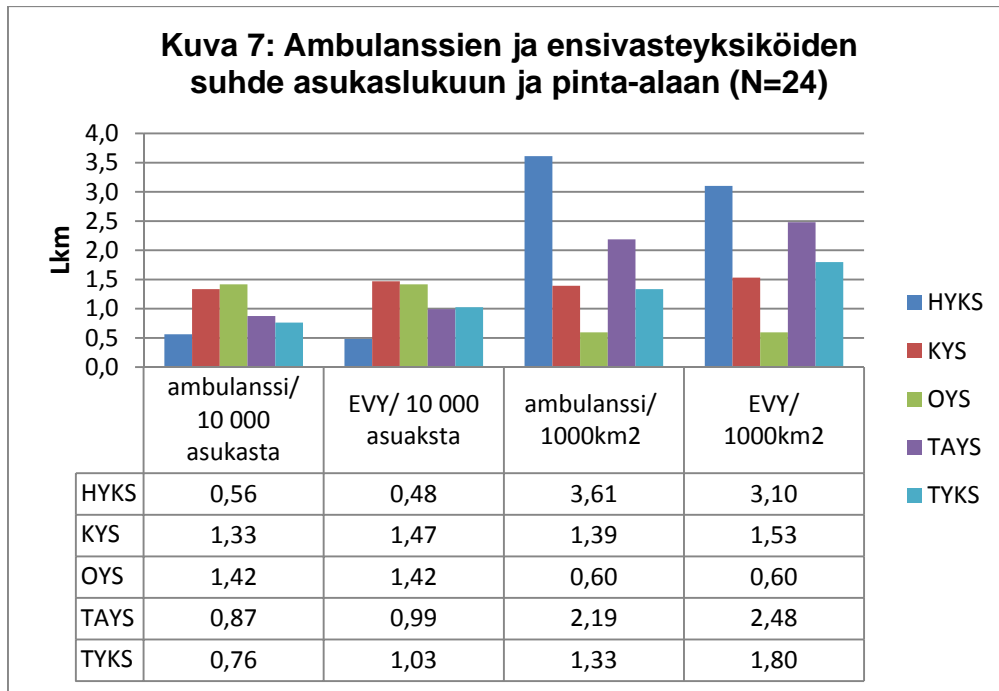
Myös ERVA-alueittain tarkasteltuna tehtävät jakautuivat samankaltaisesti. Huomattavaa kuitenkin on, että HYKS:n ERVA-alueella kaupungissa suoritettujen tehtävien osuus alueen kaikista tehtävistä oli yli 80 %. Muilla ERVA-alueilla riskiluokkien 1 ja 2 tehtävämäärät vaihtelivat 60 – 70 %:n välillä (kuva 6)

#### 4.1.4. Ensihoitoyksiköiden lukumäärä ja ympärivuorokautinen välitön lähtövalmius

Ensihoitoyksiköiden lukumäärä sekä yksiköiden ympärivuorokautinen välitön lähtövalmius ovat keskeisiä tekijöitä ensihoitopalvelun saatavuuden turvaamisessa. Koti- ja ulkomaisten esimerkkien perusteella on todettu, että hyvin toimivassa ensihoitojärjestelmässä yksiköt ovat pääsääntöisesti välittömässä lähtövalmiudessa.<sup>4</sup> Ambulanssityhjiöiden välttämisen kannalta ensihoitoyksiköiden lukumäärän pitää olla oikeassa suhteessa väestön palvelutarpeisiin.<sup>5</sup> Yksiköiden lukumäärästä tai lähtövalmiuksista ei kuitenkaan ole sairaanhoitopiirejä velvoittavia säännöksiä.

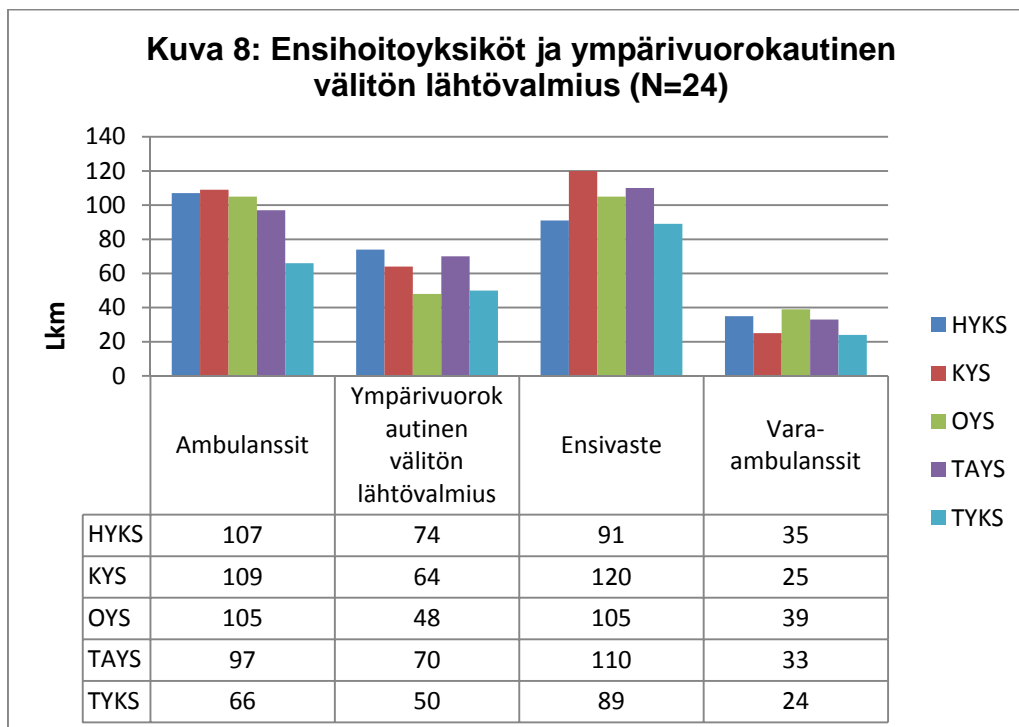
<sup>4</sup> STM:n julkaisuja 2011:1; Ensihoidon palvelutaso: Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille, s. 14

<sup>5</sup> Ambulanssityhjiöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa palvelun kysyntä ylittää käytettävissä olevien ensihoitoyksiköiden lukumäärän; Ensihoitoasetuksen perustelumuistio, s. 14



Valtakunnallisesti 10.000 asukasta kohden oli keskimäärin yksi ambulanssi. Ambulanssien ja ensivasteyksiköiden (EVY) lukumäärä suhteessa asukaslukuun ja pinta-alaan kuitenkin vaihteli ERVA-alueittain (kuva 7).

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna eniten ambulansseja suhteessa väestöön näytti olevan niillä alueilla, joissa ambulanssin toiminta-alue oli laajin, vaikka tehtävämäärät näillä alueilla olivat pieniä. Näillä alueilla välimatkat ovat pitkät ja siirtyminen paikasta toiseen kestää kauemmin. Tällöin on perusteltua, että ensihoitoyksiköitä on väestöön suhteutettuna enemmän.



Valtakunnallisesti yhtä ambulanssia kohden toimii 1,06 ensivasteyksikköä (kuva 8). Sairaanhoidopiireittäin ja sairaanhoitoalueittain tarkasteltuna EVY:iden lukumäärä oli ambulansseja suurempi 12 SHP:ssä ja yhdellä SHA:lla. Asukasluvulla, väestötiheydellä tai SHP:n pinta-alalla ei näyttänyt olevan selkeää vaikutusta ambulanssien ja EVY:iden suhteeseen.

Vara-ambulanssien suhde päivittäisessä operatiivisessa toiminnassa käytettäviin ambulansseihin vaihteli (kuva 8). Valtakunnallisesti yhtä vara-ambulanssia kohden oli keskimäärin 3,10 ambulanssiyksikköä (vaihteluväli 2,69–4,36). Eniten vara-ambulansseja suhteessa operatiivisessa käytössä oleviin ambulansseihin oli OYS:n alueella ja vähiten KYS:ssa.

<b>Taulukko 2: Ympäri vuorokautinen välitön lähtövalmius (N=24)</b>	
<b>Alue</b>	<b>Välitön lähtövalmius %</b>
<b>Valtakunnallisesti</b>	<b>63,2 %</b>
HYKS	69,5 %
KYS	58,7 %
OYS	45,7 %
TAYS	72,2 %
TYKS	75,6 %

ERVA-alueiden välillä eroavaisuutta oli myös ympärivuorokautisessa välittömässä lähtövalmiudessa olevien ambulanssiyksiköiden prosentuaalisessa osuudessa kaikista ambulansseista (taulukko 2). Vaihtelu oli suuri myös sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna (vaihteluväli 33,3 % - 94,1 %). Vertailtaessa SHP:jä toisiinsa ei havaittu selkeää yhtäläisyyttä ensihoidon tehtävämäärien, ambulanssien lukumäärien, SHP:n pinta-alan tai asukasluvun vaikutuksesta välittömään lähtövalmiusprosenttiin. Sairaanhoidopiirikohtaiset tiedot löytyvät liitteestä (Liite 4).

Suhteessa kaikkiin ympärivuorokautisessa välittömässä lähtövalmiudessa oleviin ensihoitoyksiköihin hoitotason yksiköitä oli 70 % ja perustason 19 %. Kenttäjohtajia oli valmiudessa 10 % ja lääkäriyksiköitä 1 %. Lääkäriyksiköiden lukumäärä sisältää ainoastaan maayksiköt, ei lääkärihelikoptereita.

## 4.2. Palvelutasopäätös

### 4.2.1. Sisältö

Terveydenhuoltolain 39 §:n mukaisesti SHP:n on järjestettävä alueensa ensihoito sekä laadittava palvelutasopäätös. Palvelutasopäätös on keskeinen ensihoidon toimintaa ohjaava asiakirja, jonka tavoitteena on taata alueen asukkaille mahdollisimman tasavertainen, tehokas ja laadukas ensihoito.

Lain mukaan palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoidon järjestämistapa, sisältö, ensihoitoon osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoidon järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Tämän lisäksi palvelutasopäätökseen voidaan sisällyttää esimerkiksi päätökset ensivastetoiminnasta sekä varautumisesta suuronnettomuuksiin sekä erityis- ja ruuhkatilanteisiin.

<b>Taulukko 3: Palvelutasopäätösten ensihoitopalvelun osa-alueet (N=24)</b>		
<b>Asiakokonaisuus</b>	<b>SHP/SHA</b>	<b>%</b>
Ensihoidon järjestämistapa	24	100 %
Ensihoidon johtamisjärjestelmä	24	100 %
Palvelun sisältö	24	100 %
Tavoitteet potilaan tavoittamisesta riskialueluokittain	24	100 %
Ensivastetoiminta	24	100 %
Henkilöstön koulutusvaatimukset	23	96 %
Varautuminen suuronnettomuuksiin	17	71 %
Muut tarpeelliset seikat	16	67 %

Palvelutasopäätöksissä oli määritelty kattavasti ensihoidon eri osa-alueet (taulukko 3). Ensivastetoiminta oli kirjattu kaikkiin palvelutasopäätöksiin, vaikka laki ei sitä edellytä. Muita kuin terveydenhuoltolaissa erikseen mainittuja tarpeellisia seikkoja oli myös runsaasti (taulukko 4).

<b>Taulukko 4: Muut palvelutasopäätöksen ensihoidon osa-alueet (N=16)</b>		
<b>Asiakokonaisuus</b>	<b>SHP/SHA</b>	<b>%</b>
Viranomais-, raja-, hätäkeskusyhteistyö	9	56 %
Kustannusvaikutukset	5	31 %
Palvelutasoperusteiden seuranta, päivittäminen ja muutokset	5	31 %
Ambulanssilla tapahtuvat siirtokuljetukset	3	19 %
Muu terveydenhuoltoa tukeva palvelu	2	13 %
Taktinen ensihoito	2	13 %
Yksiköt ja niiden päivystyspisteet	1	6 %
Riskialuejako	1	6 %

Varautumista suuronnettomuuksiin ei edellytetä kirjattavaksi palvelutasopäätöksiin. Lain mukaan ensihoitopalvelun on kuitenkin osallistuttava alueensa valmius- ja varautumissuunnitelman laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle.<sup>6</sup>

Yhtä SHP:ä lukuun ottamatta kaikki ilmoittivat ensihoitopalvelun osallistuneen SHP:n alueellisen valmius- ja varautumissuunnitelman laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa. Suunnitelma oli pääsääntöisesti laadittu yhteistyössä tai konsultoimalla eri viranomaisia. Myös suuronnettomuusharjoitukset sekä suunnittelupalaverit mainittiin osana suuronnettomuusvalmiutta.

#### 4.2.2. Toteutuminen: väestön tavoittaminen säädetyssä ajassa

Ensihoidon lähtökohtana on turvata samantasoisten palveluiden yhdenvertainen saatavuus riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samankaltaisilla sairaanhoitopiirin alueilla. Ensihoitoasetuksen 7 §:n mukaan palvelutasopäätöksessä on määriteltävä riskialueluokkoittain, kuinka monta prosenttia väestöstä pyritään tavoittamaan säädökseen kirjatuissa ajoissa:

- A- ja B –tehtävissä kahdeksassa minuutissa vähintään ensivastetasoisella yksiköllä

<sup>6</sup> Terveydenhuoltolain 38 §:ssä asetetaan SHP:lle velvollisuus varautumis- ja valmiussuunnitelman laatimiseen. Terveydenhuoltolain 40 §:ssä puolestaan säädetään ensihoitopalvelun velvollisuudesta osallistua kyseisen suunnitelman valmisteluun. Lisäksi ensihoitoasetuksen 2(2) §:n mukaan ensihoitopalvelun tulee varautua ensihoidon poikkeustilanteisiin.

- A- ja B –tehtävissä 15 minuutissa vähintään ensivas-tetasoisella yksiköllä
- A- ja B –tehtävissä 30 minuutissa hoitotasoisella yksi-köllä
- C –tehtävissä 30 minuutissa ensihoitopalvelun yksi-köllä
- D –tehtävissä kahdessa tunnissa ensihoitopalvelun yksiköllä

Aikarajat perustuvat lääketieteelliseen asiantuntemukseen siitä, missä ajassa potilas on tietyissä hätätiloissa tavoitettava ja hoito aloitettava. Ajan laskeminen alkaa siitä, kun hätäkeskus hälyttää yksikön tehtävään ja päättyy siihen, kun yksikkö ilmoittaa olevansa kohteessa. Tässä ei huomioida, kuinka kauan hätäkeskukselta kuluu aikaa yksikön hälyttämiseen eikä sitä, kuinka kauan ensihoitohenkilöstöllä kestää kohteeseen saapumisen jälkeen tavoittaa potilas.

Ensihoitoasetuksen mukaan sairaanhoitopiiriin pitää sisällyttää palvelu-tasopäätökseensä taulukko väestön tavoitettavuudesta. Säädöksissä ei kuitenkaan ole vähimmäisvaatimuksia siitä, kuinka suuri osuus väestöstä pitää tavoittaa säädettyssä ajassa, vaan ne ovat SHP:n itsensä määriteltävissä. Ensihoitoasetuksessa, asetuksen perustelumuiotiossa sekä STM:n palvelutasopäätöstä koskevassa ohjeessa käytetään termiä *tavoittamisai-katavoite*, vaikka kyse on pikemmin *tavoittamisprosentteista* eli SHP:n velvollisuudesta määritellä, kuinka monta prosenttia väestöstä on tavoitettava asetukseen kirjattujen aikojen kuluessa.

STM:n palvelutasopäätöksen laatimista koskevan ohjeen mukaisesti riskialuealuokan 5 muodostavat asumattomat ja tieverkoston ulottumattomissa olevat alueet. Näillä alueilla on vähän tehtäviä. Siksi palvelutasopäätöksissä ei ole tarvetta määritellä tähän riskialuealuokkaan prosenttiosuuksia väestön tavoittamiselle. SHP:llä on kuitenkin velvollisuus järjestää ensihoitopalvelut myös näillä alueilla. Sairaanhoitopiirikohtaiset tiedot väestön tavoitet-tavuudesta löytyvät liitteestä (Liite 5).

Taulukko 5: Määritellyt prosenttiosuudet säädettyssä ajassa tavoitettavasta väestöstä (N=23-24)										
	A/B 8 min		A/B 15 min		A/B 30 min		C 30 min		D 120 min	
	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)
RL 1	60 - 95	86,5 (80,5)	60 - 100	95 (91,6)	70 - 100	90 (90,9)	75 - 99	95 (91,7)	80 - 99	90 (90,9)
RL 2	30 - 90	65 (64,5)	35 - 97	88 (83,8)	30 - 100	90 (81,8)	60 - 95	65 (84,7)	80 - 99	90 (89,4)
RL 3	20 - 80	45 (47,5)	35 - 95	80 (73,7)	20 - 100	90 (75,3)	50 - 96	80 (76,9)	70 - 90	90 (86,7)
RL 4	0 - 40	20 (20)	5 - 76	50 (52,5)	10 - 97	85 (63,8)	15 - 90	70 (64,3)	30 - 96	87,5 (78,7)

Taulukko 6: Toteutuneet prosenttiosuudet säädettyssä ajassa tavoitetusta väestöstä (N=22-24)										
	A/B 8 min		A/B 15 min		A/B 30 min		C 30 min		D 120 min	
	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)	Vaihtelu	Med. (KA)
RL 1	67 - 93,5	87,5 (83,5)	88,7 - 100	98 (96,9)	81 - 100	99 (97,6)	94 - 100	98 (97,6)	81 - 100	100 (98,3)
RL 2	51 - 85	66 (66,1)	86 - 98	93 (93)	75 - 100	98 (95,6)	90 - 99	95,5 (95,4)	96 - 100	100 (99,5)
RL 3	25 - 63,5	51,6 (47,4)	71 - 96	87 (85,4)	62,4 - 100	98 (92,7)	75 - 99	94 (92,6)	97 - 100	100 (99,5)
RL 4	5 - 39	20 (20,2)	41 - 94	67,3 (63,5)	52,2 - 100	95 (88,2)	57 - 94	83 (81,2)	94 - 100	100 (99,3)
RL 5	0 - 33	11 (12)	3 - 100	48,3 (46,6)	40,5 - 100	81,5 (82,8)	25 - 100	62 (62,3)	10 - 100	100 (95,6)




Taulukkojen 5 ja 6 vertailu osoittaa, että väestön tavoitettavuudelle asetetut tavoitteet oli keskimäärin saavutettu hyvin. Ensihoidon saatavuus erityisesti C- ja D –tehtävien kiireellisyysluokissa sekä hoitotason saatavuus A/B –tehtävissä 30 minuutin sisällä toteutuivat pääasiassa hyvin.


Ensihoidossa ei ole ollut vastaavaa käytäntöä tavoittamisaikatavoitteiden ja niiden sisällä tavoitetun väestön osuuden määrittelystä ennen vuotta 2013. Tästä johtuen moni SHP oli määritellyt tavoitteet huomattavasti saavutettua tasoa alhaisemmiksi.

Valtakunnallisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta vaihteluvälit sekä määrittelyissä että toteutuneissa väestön tavoitettavuuksissa olivat kuitenkin suuria sekä ERVA-alueiden että yksittäisten SHP:en välillä. Potilasturvallisuuden kannalta A- ja B –tehtävät ovat erityisen kriittisiä. Suurin vaihtelu ensihoidon saatavuudessa ilmeni juuri näissä kiireellisyysluokissa.

Taulukko 7: Väestön tavoitettavuuden mediaanit tehtäväluokassa A/B 8 min. (Tavoite   Toteuma)										
	HYKS		KYS		OYS		TAYS		TYKS	
RL 1	65	88	80	79,3	90	73	80	89	90	91
RL 2	58	66	60	65	70	54	72,5	54	70	67
RL 3	45	52	50	46	40	40	50	56	45	38
RL 4	25	20	15	15	20	17	20	29	20	22
RL 5		13		2,5		11		14		9

**Tavoitteet**

alitettu 

ylitetty 

saavutettu

Väestön tavoittamisessa 8 minuutissa A- ja B -tehtävissä oli ongelmia jokaisella ERVA-alueella (taulukko 7). Myös sairaanhoitopiirien välillä vaihtelu väestön tavoittamisessa oli huomattavaa. Alueilla, joissa ensihoitotehtäviä on enemmän kuin yksi vuorokaudessa (RL 1), sairaanhoitopiirit olivat asettaneet tavoitteeksi saavuttaa 8 minuutin ajassa matalimmillaan 60 % ja korkeimmillaan 95 % väestöstä. Näistä korkean riskiluokan potilaista tavoitettiin matalimmillaan 67 % ja enimmillään 93,5 % väestöstä.

Sairaanhoitopiireittäin ja sairaanhoitoalueittain tarkasteltuna seitsemän SHP:ä ja neljä SHA:tta oli saavuttanut potilaan 8 minuutissa kaikissa riskialueiluokissa asettamiensa tavoitteiden mukaisesti. Ongelmia tavoitteiden saavuttamisessa ainoastaan yhdessä riskialueiluokassa oli neljällä SHP:llä ja yhdellä SHA:lla. Kahdella SHP:llä tavoitteita ei ollut saavutettu missään riskialueiluokassa. Lisäksi yksi SHP oli määritellyt, että asutulla maaseudulla (RL 4) yhtään potilasta ei tavoiteta 8 minuutissa.

Taulukko 8: Väestön tavoitettavuuden mediaanit tehtäväluokassa A/B 15 min. (Tavoite   Toteuma)										
	HYKS		KYS		OYS		TAYS		TYKS	
RL 1	88	99	95	96	90	97,5	95	99	99	98
RL 2	88	97	90	87,4	80	91	90	94,5	94	96
RL 3	83	89	80	79	65	83	74,5	92,1	80	83
RL 4	65	73	50	48	40	54	50	74,5	65	67
RL 5		50		39		39		52,8		42

**Tavoitteet**

alitettu 

ylitetty 

saavutettu

ERVA-alueittain tarkasteltuna A- ja B –tehtäväluokan 15 minuutin tavoitettavuudessa tavoitteita ei ollut merkittävästi alitettu (Taulukko 8). Sairaanhoidopiireittäin ja –alueittain tarkasteltuna vaihtelu oli kuitenkin huomattavaa. Maaseututaajamissa (RL 3) 15 minuutissa pyrittiin tavoittamaan 35 – 95 % ja asutulla maaseudulla (RL 4) 5 – 76 % väestöstä.



Syitä, miksi väestöä ei ollut tavoitettu asetettujen tavoitteiden mukaisesti, oli runsaasti (kuva 9). SHP:t ja SHA:t listasivat yleisesti useampia syitä. Muina syinä mainittiin yleisimpänä maantieteelliset seikat, kuten pitkät välimatkat, vaikeakulkuiset alueet sekä väestön epätasainen jakautuminen. Esiin tuotiin myös etenkin kiireellisimmässä tehtävissä välimatkat asutulle maaseudulle (RL 4) sekä kiireellisillä ensihoitoyksiköillä suoritettavien kiireettömien potilassiirtojen aiheuttamat ambulanssityhjiöt.

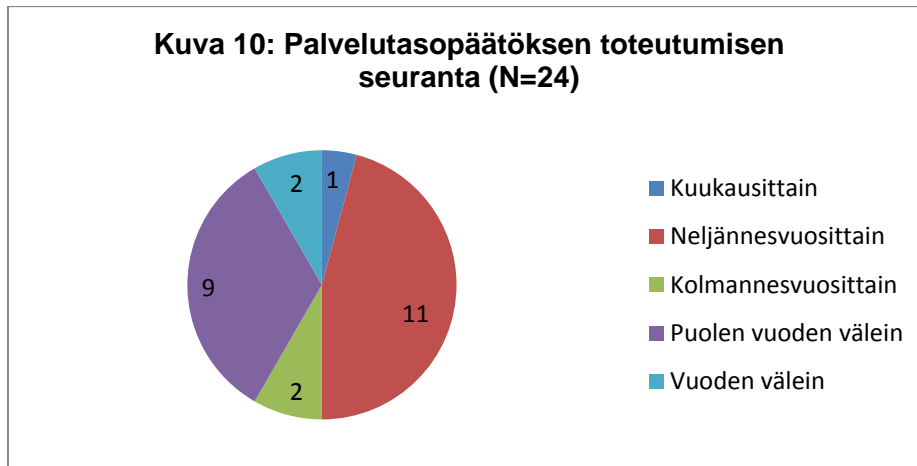
Taulukko 9: Korjaavat toimenpiteet tavoittamisaikatavoitteiden saavuttamiseksi (N=24)		
Toimenpide	SHP/SHA	%
Lähtövalmiuden nosto/ seuraaminen	9	50 %
Yksiköiden uudelleen sijoittelu/ koordinointi	6	33 %
Informaatiovirheiden korjaus/tarkennus	3	17 %
Palvelutasopäätöksen päivitys/tavoiteaikojen tarkistus	3	17 %
Kiireettömien siirtojen hoitaminen tarkoituksenmukaisilla yksiköillä	2	11 %
Hälytysohjeiden päivitys	2	11 %
Henkilöstön koulutuksen kehittäminen	2	11 %
EVY -toiminnan tehostaminen	2	11 %
Yksiköiden lisääminen	1	6 %

Erilaisia toimenpiteitä, joilla toteutumattomia tavoitettavuustavoitteita pyrittiin korjaamaan, oli käytössä paljon (taulukko 9). Moni SHP listasi myös käyttävänsä useampaa toimenpidettä.

Ensihoidon vastuuhenkilöt arvioivat yhdenvertaisuuden toteutuvan hyvin neljässä SHP:ssä ja neljällä SHA:lla. SHP:stä 13 ja SHA:sta yksi arvioi, että saman riskialueen sisällä yhdenvertaisuus toteutuu melko hyvin. Kaksi SHP:ä arvioi, että yhdenvertainen ensihoito toteutui melko huonosti riskiellään ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla.

### 4.2.3. Toteutumisen seuranta

Ensihoitoasetuksessa veloitetaan sairaanhoitopiirit seuraamaan ja tuottamaan tunnuslukuja ensihoidon toiminnasta palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi. Säännöksessä ei ole määritelty, kuinka usein palvelutasopäätöksen toteutumista pitää seurata. STM:n ensihoitoasetuksen perustelumuistiossa kuitenkin todetaan, että palvelutasopäätöksen toteutumisen seuranta varten SHP:n on vuosittain laadittava ensihoidon toimintaraportti.



Palvelutasopäätöksen toteutumista seurattiin aktiivisesti (kuva 10). Suurin osa SHP:stä ja SHA:sta ilmoitti seuraavansa palvelutasopäätöksen toteutumista vähintään puolen vuoden välein.

Tulosten perusteella ensihoidon tiedonkeruu oli vaihtelevaa ja toteutettiin erilaisia tietojärjestelmiä käyttäen. Tietojärjestelmien käyttö vaihteli sekä SHP:en välillä että ERVA-alueiden sisällä. Vastauksissa myös todettiin, että tietojen saanti hätäkeskukselta oli teknisesti hankalaa. Vastaajat olivat yleensä sitä mieltä, että ensihoidon tunnuslukujen ja palvelutasopäätöksen toteutumisen seuraaminen kuuluu ensihoitopäällikölle sekä ensihoidosta vastaavalle lääkärille.

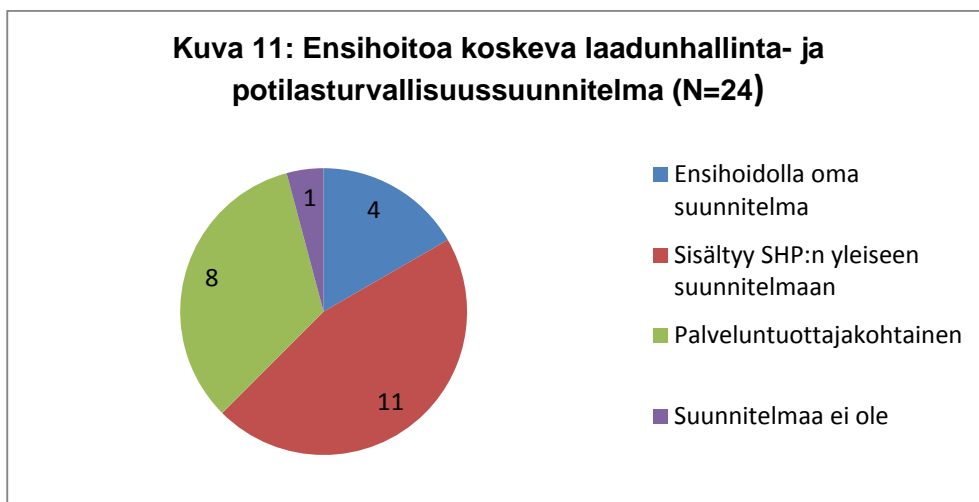
Ensihoitoasetuksen 2 §:n mukaan ensihoidosta kerättäviä tunnuslukuja on toimitettava ensihoitokeskuksen, AVI:n sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön. Säännökset eivät kuitenkaan määrittele, pitääkö lukuja toimittaa automaattisesti vai niitä pyydettyä. Yleisimmin ensihoitopalvelun tunnuslukuja toimitettiin SHP:n kuntayhtymän jäsenkunnille, ensihoitokeskukselle sekä AVI:lle. Muille tahoille, kuten alueen terveysjohtajalle, ensihoidon ohjausryhmälle ja palveluntuottajille, lukuja toimitetaan vaihtelevasti.

## 4.3. Laatu, potilasturvallisuus ja omavalvonta

### 4.3.1. Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma

Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden lähtökohtana on vaatimus terveydenhuollon laadukkaasta, turvallisesta ja asianmukaisesta toteuttamisesta. Ensihoidolle ei ole asetettu erillistä veloitetta laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman laatimisesta, mutta veloitteen voidaan katsoa sisältyvän terveydenhuoltolain 8 §:n mukaisesti terveydenhuollon toimintayksikön yleiseen vaatimukseen. Ensihoidosta voidaan laatia joko itsenäinen

suunnitelma tai sisällyttää ensihoito SHP:n yleiseen suunnitelmaan. STM on lisäksi julkaissut erillisen asetuksen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta (341/2011) sekä ensihoidon ja päivystyksen laatua ja potilasturvallisuutta koskevan suosituksen.<sup>7</sup>



Yhtä lukuun ottamatta kaikilla SHP:illä ja SHA:lla oli jonkinlainen ensihoitoa koskeva laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma (kuva 11). Vaihtelua oli kuitenkin siinä, oliko suunnitelma sisällytetty SHP:n yleiseen suunnitelmaan, laadittu ensihoidolle omana dokumenttina vai palveluntuottajakohtaisesti.<sup>8</sup> Sairaanhoidopiireillä ei ollut yhteneviä käytäntöjä, sillä kaikilla ERVA-alueilla laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma on laadittu monella eri tavalla. Sairaanhoidopiirikohtaiset tiedot löytyvät liitteestä (Liite 6).

#### 4.3.2. Lääkäriltä pyydettävät hoito-ohjeet

Ensihoidon laadunhallintaan ja potilasturvallisuuteen liittyvät keskeisesti myös ohjeet potilaan hoitoonohjauksesta ja hoidosta siten kuin laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään. Hoito-ohjeet voivat olla joko kirjallisia toimintaohjeita tai tapauskohtaisia suullisia ohjeita. Ensihoitoasetuksen 2 §:ssä asetetaan SHP:lle velvollisuus muun muassa vastata ensihoitovalmiuden ylläpidosta, laatia ohjeet kuljetusta edellyttävien potilaiden hoitoon ohjauksesta sekä ohjeet niitä tilanteita varten, joissa potilas ei tarvitse kuljetusta. Asetuksen 9 §:ssä säädetään ympärivuorokautisesta ensihoitolääkärin päivystyksestä sekä tilannekohtaisten hoito-ohjeiden antamisesta ensihoidon kenttäjohtajille ja henkilöstölle.

Lääkäriltä pyydettiin hoito-ohjeita keskimäärin reilussa 22 %:ssa kaikista ensihoitotehtävistä. Sairaanhoidopiireittäin ohjeita pyydettiin 11 % - 36 % kaikista tehtävistä. Kaikista ensihoitotehtävistä noin 40 % päättyi X-koodiin, joista X-5 ja X-8 -tehtävien osuus oli noin 60 %.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7; Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä: Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin.

<sup>8</sup> Palveluntuottajakohtainen suunnitelma tarkoittaa, että palveluntuottajalla itsellään on ensihoitoa koskeva laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma

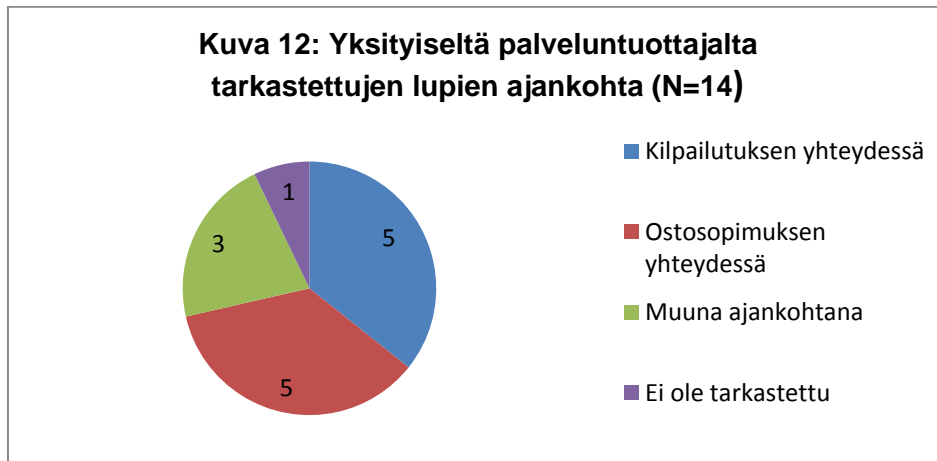
<sup>9</sup> X-koodi kuvaa tilannetta, jolloin potilasta ei kuljeteta terveydenhuollon päivystyspisteeseen tehtävään hälytetyllä ambulanssilla. Koodi X-5 tarkoittaa, että potilaan terveydentila on määriteltä, mutta tarvetta ensihoitoon tai jatkotoimenpiteisiin ei ole. Koodi X-8 tarkoittaa, että potilas on hoidettu kohteessa; Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:23: Sairaankuljetus ja ensihoitopalvelu: Opas hälytysohjeen laatimiseksi, s. 41

Lääkäriltä pyydettyjen hoito-ohjeiden määrät X-5 ja X-8 –tehtävissä vaihtelivat suuresti sairaanhoitopiirien välillä. Alhaisimmillaan lääkäriltä pyydettiin hoito-ohjeita vajaassa 15 %:ssa X-5 ja X-8 –tilanteista. Yhdessä SHP:ssä vastaavissa tilanteissa ohjeita pyydettiin aina. Myös ERVA-alueen sisällä ilmeni eroavaisuutta hoito-ohjeiden pyytämisessä silloin, kun potilasta hoidettiin kotona. Esimerkiksi KYS:n ERVA-alueella SHP:en hoito-ohjepyynnöt X-5 ja X-8 tehtävissä vaihtelivat 25 %:sta 65 %:iin.

Vastaajia pyydettiin myös listaamaan tärkeimmät tilanteet, joissa edellytetään hoito-ohjeen pyytämistä lääkäriltä. Yleisimmin mainittiin ohjeiden pyytäminen yksittäisiin hoitotoimenpiteisiin liittyen. Tällaisia toimenpiteitä olivat muun muassa elvytys, akuutit sydäninfarktut ja kouristelu. Myös lääkehoitoon ja hoitoon ohjaukseen liittyvissä kysymyksissä lääkäriltä pyydettiin ohjeita runsaasti. Hoito-ohjeita pyydettiin kaikilla ERVA-alueilla samankaltaisissa tilanteissa.

#### 4.3.3. Muilta hankittujen palveluiden asianmukaisuuden varmistaminen

SHP voi järjestää alueensa ensihoitopalvelut omana toimintanaan, yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa tai hankkimalla palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Mikäli SHP ei tuota ensihoitoa itse, sen on varmistettava, että ostopalvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään SHP:n omilta palveluilta.<sup>10</sup> Yksityiseltä palveluntuottajalta palveluita hankittaessa on myös varmistettava, että palveluntuottajalla on asianmukaiset luvat siten kuin laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) säädetään.



Sairaanhoitopiirit olivat yhtä lukuun ottamatta tarkastaneet palveluntuottajan luvat joko ensihoitopalvelua hankkiessaan tai muuna ajankohtana. (kuva 10). Muuna ajankohtana tarkastetut luvat oli tarkastettu joko vuoden 2014 keväällä tai kesällä.

Taulukko 10: Muiden tuottamien palveluiden valvonta (N=21)		
Menetelmä	SHP/SHA	%
Operatiivisen toiminnan seuranta	14	67 %
Yksityiskohtaiset sopimukset	10	48 %
Koulutustaustan ja lupien tarkastaminen	7	33 %

<sup>10</sup> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992)

Laadunvalvonta (ml. asiakaspalaute, raportointivelvollisuus)	7	33 %
Kaluston ja asemapaikan tarkastaminen	5	24 %
Osaamisen ylläpito (ml. tentit, ylläpitokoulutus)	5	24 %

Muilta hankittuja ensihoitopalveluita valvottiin hyvin monipuolisilla menetelmillä (taulukko 10). Lisäksi SHP:llä ja SHA:lla oli käytössään useampia valvontamenetelmiä samanaikaisesti. SHP:stä kolme tuottivat ensihoitopalvelut kokonaan itse. Nämä SHP:t mainitsivat valvovansa EVY-toimintaa muun muassa ylläpitokoulutuksilla, tasotesteillä sekä yhteispalavereilla.

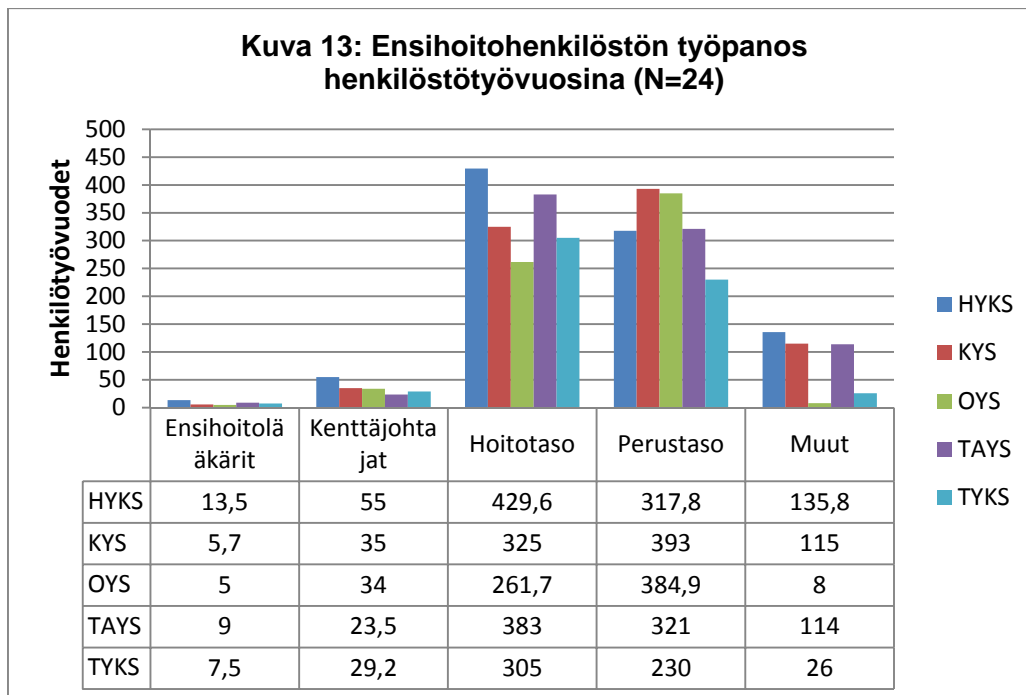
## 4.4. Ensihoitohenkilöstö

### 4.4.1. Työpanos

Ambulanssit luokitellaan perus- tai hoitotasoisiksi yksiköiksi. Luokittelu perustuu pitkälti aiemmin voimassa olleeseen asetukseen sairaankuljetuksesta (565/1994). Sairaankuljetusasetus on kumoutunut ensihoitoasetuksen tultua voimaan, mutta ensihoitoasetukseen ei ole sisällytetty vastaavaa jakoa. Sen sijaan ensihoitoasetuksessa on määritelty koulutustaso, joka vaaditaan hoitotasoisessa ja perustasoisessa yksikössä toimimiseen. Ennen ensihoitoasetuksen voimaantuloa ensihoitohenkilöstöä koskevia sitovia kelpoisuusvaatimuksia ei ollut. Kelpoisuusvaatimusten puuttuessa ensihoidossa työskenneltiin vaihtelevalla koulutustaustalla. Nykylainsäädännön valossa ensihoitohenkilöstön koulutuksen katsotaan määräävän ensihoitoyksikön tason.

Nykyisin ensihoitoasetuksen 8 §:n mukaan hoitotasoisessa yksikössä vähintään toisen on oltava ensihoitaja AMK tai ensihoitoon suuntautunut lailistettu sairaanhoitaja. Perustasolla vähintään toisella on oltava ensihoitoon suuntautunut terveydenhuollon ammattitutkinto. Koska ensihoitajat työskentelevät pareina, sekä perus- että hoitotasolla toiselle ensihoitajalle riittävä muu terveydenhuollon tutkinto tai pelastajatutkinto tai sitä vastaava tutkinto. Kenttäjohtajalla pitää olla hoitotason ensihoitajan kelpoisuuden lisäksi riittävä ensihoidon hallinnollinen ja operatiivinen osaaminen sekä tehtävän edellyttämä kokemus ensihoitoasetuksen 10 §:n mukaisesti. Ensivastetasoisen yksikön muodostaa kaksi vähintään ensivastetoimintaan soveltuvan koulutuksen saanutta.

Asetuksen 11 § mahdollistaa yleisistä kelpoisuusvaatimuksista poiketen pitkään ensihoidossa työskennelleiden ja käytännön kautta riittävän ensihoidon osaamisen ja tehtävän edellyttämän kokemuksen omaavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimimisen hoitotasolla tai kenttäjohtajan tehtävissä. Samoin perustason ensihoitoyksikön voi edelleen muodostaa kaksi pelastajatutkinnon suorittanutta edellyttäen, että he ovat toimineet säännöllisesti perustason ensihoidon tehtävissä ennen ensihoitoasetuksen voimaantuloa.



ERVA-alueiden välillä oli jonkin verran vaihtelua ensihoitohenkilöstön määrissä erityisesti hoitotason ja perustason välillä (kuva 13). Kun perustason ensihoitajiin laskettiin kelpoisuusvaatimukset täyttävien ensihoitajien lisäksi myös muut perustasolla työskentelevät henkilöt, yhteensä yhdeksässä SHP:ssä ja kahdella SHA:lla oli enemmän perustasoista henkilöstöä kuin hoitotason ensihoitajia.

**Taulukko 11: Ammattiryhmien osuus ensihoitohenkilöstöstä (N=24)**

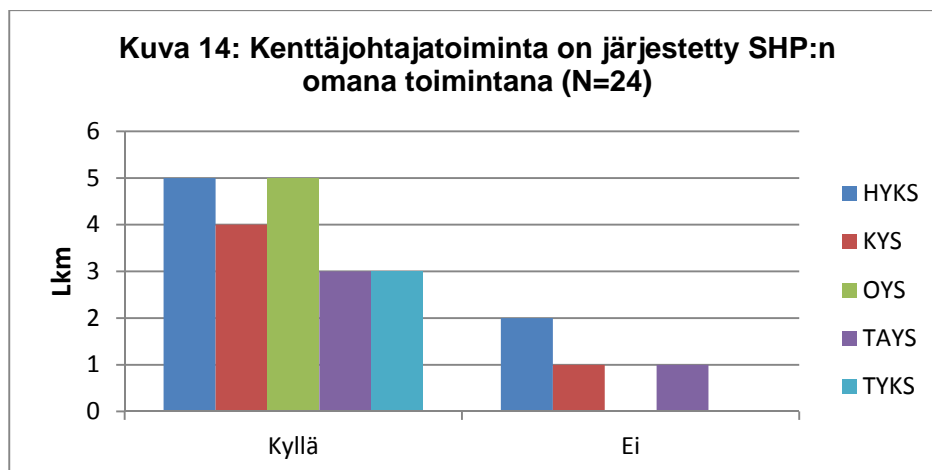
ERVA	Ensihoitolääkärit	Kenttäjohtajat	Hoitotaso	Perustaso	Muut
HYKS	1,4 %	5,8 %	45,1 %	33,4 %	14,3 %
KYS	0,7 %	4,0 %	37,2 %	45,0 %	13,2 %
OYS	0,7 %	4,9 %	37,7 %	55,5 %	1,2 %
TAYS	1,1 %	2,8 %	45,0 %	37,7 %	13,4 %
TYKS	1,3 %	4,9 %	51,0 %	38,5 %	4,4 %

ERVA-alueittain tarkasteltuna eri ammattiryhmien prosentuaalinen osuus suhteessa koko ensihoitohenkilöstöön vaihteli hieman (Taulukko 11). Sairaanhoidopiireittäin hoitotasoisen henkilöstön osuus koko ensihoitohenkilöstöstä vaihteli 29 %:sta 75 %:iin. Perustasoista henkilöstöä oli 17 %:sta 65 %:iin, kun tilastoissa huomioitiin kaikki perustasolla työskentelevät.

Yhteensä 13 SHP:ssä ja kahdella SHA:lla työskenteli perustasolla henkilöitä, jotka eivät täyttäneet nykyisiä perustason kelpoisuusvaatimuksia. Muita perustason työntekijöitä oli sairaanhoidopiireittäin vertailtuna 0 – 33 % koko ensihoitohenkilöstöön suhteutettuna. Keskiarvo oli 8,4 %.

Ensihoitouudistuksen yhteydessä säännöksiin kirjattiin myös velvollisuus kenttäjohtajatoiminnan järjestämisestä. Asetuksen mukaan kenttäjohtaja toimii ensihoidon järjestämistavasta riippumatta SHP:nsä ensihoitopalvelun tilannejohtajana ensihoidosta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa.





Vastaajista 20 ilmoitti järjestäneensä kenttäjohtajatoiminnan SHP:n omana toimintana (kuva 14). Yhtä lukuun ottamatta SHP:ssä ja SHA:lla kenttäjohtajatoiminta järjestettiin yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa. Yksi SHA osti kenttäjohtajan palvelut toiselta SHA:lta.

Kenttäjohtajia oli keskimäärin 5,1 % koko ensihoitohenkilöstöstä. Sairaanhoidopiireittäin vaihteluväli oli 0,7 % – 9,9 %. Keskimäärin yhtä kenttäjohtajaa kohden sairaanhoidopiirillä oli 27 ensihoitohenkilöä. Eniten kenttäjohtajia suhteessa ensihoitajiin oli HYKS:n ja vähiten TYKS:n ERVA-alueella.

#### 4.4.2. Työvoimavajaus

Työvoimavajauksen selvittämiseksi SHP:jä pyydettiin arvioimaan annettujen prosenttien mukaisesti, kuinka suureksi he kokivat ensihoitohenkilöstön työvoimavajeen. Sairaanhoidopiirikohtaiset vastaukset löytyvät liitteestä (Liite 7).

	Ei vajuusta	Alle 10 %	10–30%	31–50%	Yli 50 %	Vajaus
Lääkäri	18	1	1	1	2	21,7 %
Kenttäjohtaja	20	2	2	0	0	16,7 %
Hoitotaso	8	4	11	1	0	66,7 %
Perustaso	21	3	0	0	0	12,5 %
Muut	23	0	0	0	0	0,0 %
Ensivaste	18	5	1	0	0	25,0 %

SHP:stä 15 ja SHA:sta kolme ilmoitti ensihoitohenkilöstön työvoimavajauksesta (taulukko 12). Hoitotasoisesta henkilöstöstä oli vajetta jokaisella ERVA-alueella. Huonoin tilanne oli Pohjois-Suomessa, jossa kaikki OYS:n ERVA-alueeseen kuuluvat SHP:t ilmoittivat hoitotason henkilöstön vajauksesta. Paras henkilöstötilanne oli HYKS:n alueella, jossa henkilöstövajetta oli ainoastaan hoitotasoisessa henkilöstössä kolmella SHA:lla.

Ensihoitolääkärin työvoimavajauksista ilmeni KYS:n, OYS:n ja TAYS:n ERVA-alueilla. Kenttäjohtajien ja perustason vajauksista oli OYS:n ja TAYS:n alueilla. Ensivastetasoisen henkilöstön lievää vajetta oli HYKS:ä lukuun ottamatta kaikilla ERVA-alueilla.



SHP:en arvioinnit kelpoisuusvaatimukset täyttävän ensihoitohenkilöstön rekrytoinnista erosivat toisistaan. Enemmistö piti rekrytointia suhteellisen tai hyvin helppona. Kuitenkin 11 vastaajaa arvioi rekrytoinnin hieman tai erittäin vaikeaksi.

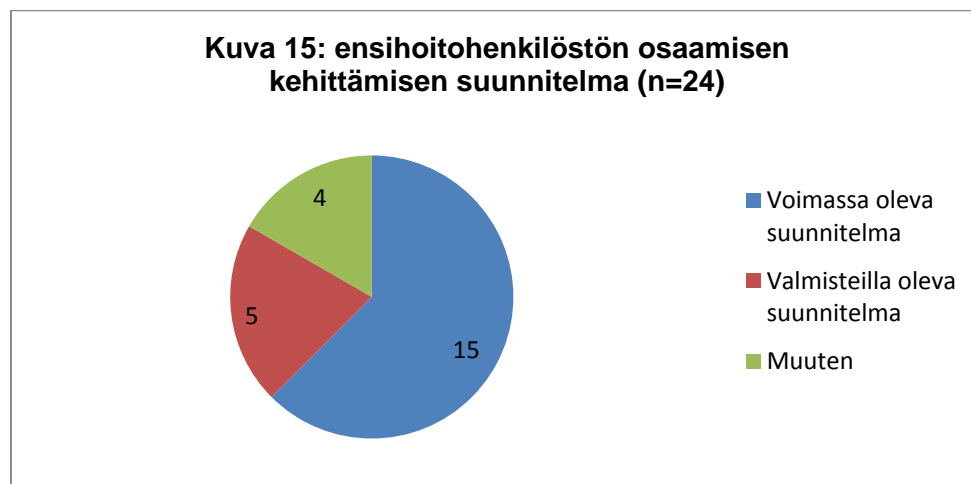
#### 4.4.3. Osaaminen ja täydennyskoulutus

Ammattitaitoinen ja osaava henkilöstö on keskeinen tekijä potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja toteutumiseksi.

Taulukko 13: Ensihoitohenkilöstön osaaminen (N=24)		
Menetelmä	SHP	%
Määräaikaiset osaamisen arvioinnit (tentit, testit)	19	79 %
Perehdytys-, koulutus-, täydennyskoulutussuunnitelma, koulutuspäivät	15	63 %
Hoidon tulosten seuranta/ laadunvalvonta	10	42 %
Simulaatio	8	33 %
Ammattioikeuksien tarkistus	5	21 %
Palautejärjestelmä	2	8 %

SHP:llä oli monenlaisia menetelmiä varmistaa ensihoitohenkilöstön ammattitaito ja osaaminen (taulukko 13). Kaikki SHP:t mainitsivat myös käyttävänsä useampia menetelmiä yhtä aikaa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) mukaisesti velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Työnantajalla on velvollisuus järjestää työntekijän täydennyskoulutus. SHP:llä on oltava suunnitelma, miten terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitaitoa ja osaamista ylläpidetään ja kehitetään.<sup>11</sup>



Ensihoitohenkilöstön osaamista kehitettiin yleisimmin joko voimassa tai valmisteilla olevan täydennyskoulutussuunnitelman avulla (kuva 15). Niissä SHP:ssä, joissa suunnitelmaa ei ollut, osaamista kehitettiin muun muassa täydennyskoulutusta tarjoamalla, toimipaikkakoulutuksilla sekä testaamalla osaamista. KYS:n ERVA-alueella kaikilla SHP:llä oli voimassa oleva täydennyskoulutussuunnitelma. Muiden ERVA-alueiden sisällä ilmeni vaihtelevuutta.

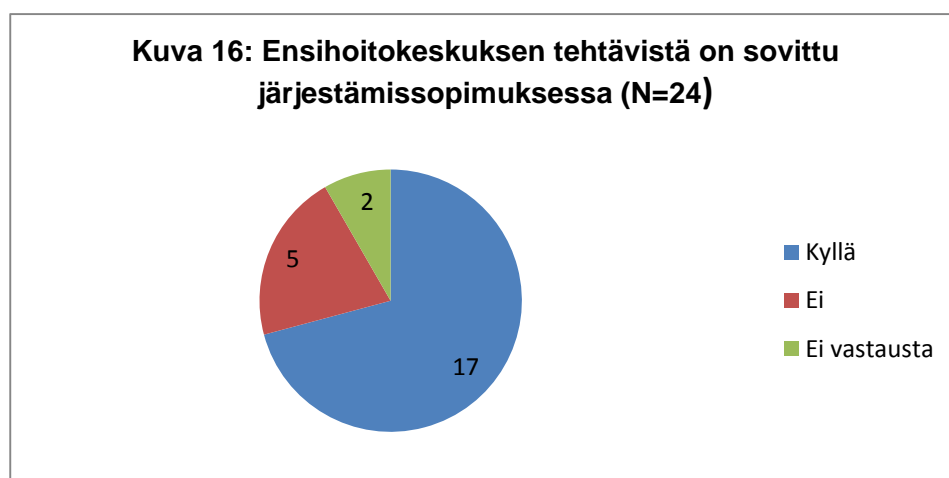
<sup>11</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003)

## 4.5. Erityisvastuualueen ja ensihoitokeskuksen vastuulle kuuluvat asiat

ERVA-alueen sairaanhoitopiirien on terveydenhuoltolain mukaan järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoidon sekä sovittava ensihoitokeskuksen tehtävistä. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on sovittaa yhteen alueen SHP:en ensihoitopalveluiden toimintoja. Lisäksi ERVA-alueen SHP:en on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotantoa siten, että ne muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

### 4.5.1. Järjestämissopimus

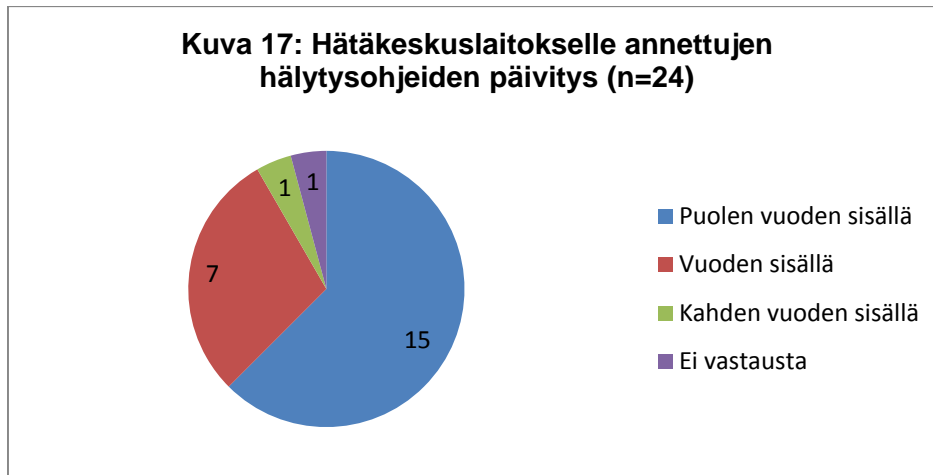
Terveydenhuoltolain 46 §:ssä veloitetaan ERVA-alueen sairaanhoitopiirit sopimaan ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.



Suurin osa SHP:stä ja SHA:sta ilmoitti sopineensa ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä (kuva 16). Järjestämissopimus puuttui TYKS:n ERVA-alueelta. HYKS:n ja OYS:n ERVA-alueilla oli kummassakin yksi SHP, joka vastasi kysymykseen kieltävästi.

### 4.5.2. Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet

Ensihoitoasetuksen 2 §:n mukaan SHP:n on laadittava Hätäkeskuslaitokselle paikalliset ohjeet ensihoitoyksiköiden hälyttämisperiaatteista. Terveydenhuoltolain 46 §:ssä ja ensihoitoasetuksen 3 §:ssä asetetaan ERVA-alueen ensihoitokeskukselle velvoite sovittaa yhteen alueensa sairaanhoitopiirien hälytysohjeet.



SHP:t olivat päivittäneet Hätäkeskukselle annetut terveystoimen hälytysohjeet pääasiassa vuoden sisällä vastausajankohdasta (kuva 17). HYKS:n, KYS:n ja OYS:n alueiden SHP:t olivat antaneet päivitetyt ohjeet puolen vuoden tai vuoden sisällä. TYKS:n alueella kaikki SHP:t olivat päivittäneet ohjeet kuluneen puolen vuoden aikana. TAYS:n ERVA-alueella päivityksen aikaväli vaihteli puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Ensihoitokeskuksista kolme oli sovittanut yhteen alueensa Hätäkeskukselle annetut terveystoimen hälytysohjeet.

#### 4.5.3. Päivystävän ensihoitolääkärin työnkuva

Osana ensihoidon uudistunutta johtamisjärjestelmää säädetään ERVA-alueen ensihoitokeskuksen vastuusta järjestää alueellaan ympärivuorokautinen ensihoitolääkärin päivystys. Ensihoitoasetuksen 9 §:n mukaisesti päivystävä ensihoitolääkäri johtaa toiminta-alueensa ensihoitopalvelujen tilannekohtaista lääketieteellistä toimintaa ja vastaa hoito-ohjeiden antamisesta alueensa ensihoidon kenttäjohtajille ja muulle ensihoitohenkilöstölle.

Vastausten perusteella päivystävän ensihoitolääkärin työnkuva oli hyvin samanlainen koko maassa. Kaikilla ERVA-alueilla päivystävä ensihoitolääkäri toimi ympärivuorokautisessa välittömässä lähtövalmiudessa ja osallistui ennalta laadittujen hälytysohjeiden mukaisiin tehtäviin, jotka tarkoittivat pääsääntöisesti A-tehtäviä. Myös ensihoitajien hoito-ohjepyyntöt, ensihoitohenkilöstön koulutus sekä ensihoidon kehittäminen, ohjeistus ja valvonta mainittiin ympärivuorokautisesti päivystävälle ensihoitolääkärille kuuluviksi tehtäviksi.

## 5 Johtopäätökset ja jatkotoimenpiteet

### 5.1. Johtopäätökset ja pohdinta

Kyseessä on ensimmäinen terveydenhuoltolain mukaisen ensihoitojärjestelmän aikainen laaja valtakunnallinen selvitys ensihoidon sisällöstä ja laadusta. Tavoitteena oli kerätä tietoa ensisijaisesti ensihoidon järjestämisestä, saatavuudesta ja yhdenvertaisuudesta sekä ensihoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvistä seikoista. Valviran tiedonkeruu toimii hyvänä pohjana tulevia valtakunnallisia selvityksiä ja laadun valvonnan menetelmiä suunniteltaessa.

Selvityksen perusteella näyttää, että järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta sairaanhoitopiireille on selkeyttänyt ensihoitojärjestelmää. Ensihoito toimii kokonaisuutena arvioiden melko hyvin, mutta toiminnassa on vielä kehitettävää.

#### *Ensihoidon saatavuus ja yhdenvertainen toteutuminen*

Sairaanhoitopiirien (SHP) tavoitteet väestön tavoitettavuudesta saavutettiin keskimäärin melko hyvin. SHP:en välillä esiintyi kuitenkin suuria vaihteluita sekä asetetuissa tavoitteissa että niiden toteutumisessa. Ensihoito on kokonaisuus, johon kiireellisten tehtävien (A/B) lisäksi sisältyy paljon myösellaisia tehtäviä, joissa ei ole kysymys tilanteesta, jossa potilaan peruselintoinnot olisivat välittömästi uhattuina (C ja D –tehtävät). Näissä tehtävälukissa väestön tavoitettavuudessa oli huomattavaa vaihtelua erityisesti maaseudulla. Tämän selvityksen perusteella ei voida riittävän hyvin arvioida, toteutuiko samaan riskialuealuokkaan kuuluvan väestön ensihoito yhdenvertaisesti.

Ensihoitoa pitää saada kaikissa tehtäväkiireellisyysluokissa, ja sen pitää olla yhdenvertaista riskialueluokittain koko SHP:n alueella. Siitä, kuinka suuri osuus väestöstä on vähintään tavoitettava tietyssä ajassa ja tietyssä riskiluokassa, ei ole valtakunnallista suositusta. Sen vuoksi ensihoito ei toteudu yhdenvertaisesti eri sairaanhoitopiireissä. Myös alueelliset ja toimintaympäristön erot vaikuttavat tähän.

SHP:n kuntayhtymän on varmistettava, että ensihoito on asianmukaista ja vastaa väestön palveluntarvetta. Selvityksessä ei kuitenkaan tarkasteltu ambulanssien käyttöastetta, eli kuinka kauan ambulanssi hoitaa yhtä tehtävää. Pelkän tehtävien lukumäärän perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä siitä, kuinka paljon ambulanssiyksiköitä tarvitaan.

Erityisvastuualueen (ERVA) ensihoitokeskuksen pitää osaltaan huolehtia alueensa ensihoitopalvelujen saatavuudesta. Osalla ensihoitokeskuksista oli puutteita lakisääteisten velvollisuuksien hoitamisessa. Ensihoitoasetuksen ja perustelumuistion mukaisesti erityisesti hätäkeskusalueiden ja ERVA-alueiden maantieteellisistä eroavaisuuksista johtuen ensihoitokeskusten on yhteistyössä toistensa kanssa valmistettava ja sovitettava yhteen ensihoitopalvelua koskevat valtakunnalliset ohjeet. Yhteistyöllä varmistetaan, että ensihoidon toimintatavat ja käytännöt ovat mahdollisimman yhdenvertaisia valtakunnallisesti.

### *Ensihoidon laatu ja potilasturvallisuus*

Ensihoidon lainsäädännön ja järjestämisvastuun uudistus on monin tavoin parantanut potilasturvallisuutta. Kaikissa SHP:ssä työskenteli kelpoisuusvaatimukset täyttävää ensihoitohenkilöstöä. Henkilöstövajetta oli kuitenkin erityisesti kelpoisuusvaatimukset täyttävästä hoitotasoisesta henkilöstöstä. Henkilöstön osaaminen varmistettiin monin eri tavoin. Suurimmalla osalla SHP:stä oli myös henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelma.

Tapauskohtaisia hoito-ohjeita pyydettiin ensihoitolääkäriltä vaihtelevasti. Valviran näkemyksen mukaan potilasturvallisuuden ja hyvän hoidon varmistamiseksi ensihoitohenkilöstön on pyydettävä hoito-ohjeita ainakin kaikissa epäselvissä tilanteissa. Hoito-ohjeiden pyytäminen on erityisen tärkeää silloin, kun potilas hoidetaan kohteessa ilman kuljetusta jatkohoitopaikkaan. Lääkäriltä pyydettyjen tapauskohtaisten hoito-ohjeiden lukumäärä ei kuitenkaan kerro, onko hoito ollut laadukasta ja potilasturvallista. Myös SHP:n ennalta laatimat toimintaohjeet vaikuttavat hoito-ohjeypyyntöjen lukumääriin. Selkeät ja yksityiskohtaiset toimintaohjeet todennäköisesti vähentävät ensihoitajien tarvetta pyytää yksittäistilanteissa ohjeita lääkäriltä.

Kaikilla sairaanhoitoalueilla ja SHP:illä oli yhtä lukuun ottamatta jonkinlainen ensihoidon laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. Koska terveydenhuoltolaissa terveydenhuollon toimintayksiköllä on velvoite laatia laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma, ensihoitoa koskeva suunnitelma on laadittava ainakin sairaanhoitopiiritasolla. Tarkoituksenmukaisesti toteutuakseen laatu ja potilasturvallisuus on integroitava osaksi päivittäistä toimintaa.

### *Ensihoidon omavalvonta*

Selvityksen mukaan ensihoidosta vastaavat lääkärit valvoivat ja varmistivat ensihoitohenkilöstön osaamista sekä muilta hankittujen palveluiden asianmukaisuutta monipuolisesti. Yleisimmin omavalvontaa suoritettiin seuraamalla päivittäistä operatiivista toimintaa sekä ensihoidon tunnuslukuja.

SHP:t seuraavat ensihoidon tunnuslukuja aktiivisesti, mutta toimittivat ensihoitopalvelun tunnuslukuja eri yhteistyökumppaneille vaihtelevasti. Ensihoitokeskuksen on kuitenkin saatava käyttöönsä alueensa ensihoitopalvelun tunnuslukuja oman koordinoititehtävänsä tueksi. Siksi ensihoitokeskukselle on toimitettava ensihoitopalvelujen tunnusluvut automaattisesti, esimerkiksi puolivuositain. AVille tulisi toimittaa oma-aloitteisesti vuosittain laadittava ensihoitopalvelun toimintaraportti sekä pyydettyäessä muut ensihoitopalvelun tiedot.

Säännöllisesti ja systemaattisesti kerätyllä tiedolla ensihoitopalvelun toimivuudesta on keskeinen merkitys omavalvonnassa. Omavalvonnan keinoin varmistetaan ensihoitopalvelun laatu ja potilasturvallisuus havaitsemalla ja korjaamalla puutteet sekä epäkohdat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ensihoidon ensisijainen seuranta- ja valvontavastuu on aina SHP:n ensihoitopalvelusta vastaavalla lääkärillä riippumatta siitä, kuka ensihoitopalvelut tuottaa.

## **5.2. Jatkotoimenpiteet**

Valvovat viranomaiset, aluehallintovirastot ja Valvira, käyttävät kyselyn tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen valvontaohjelman mukai-

nessä ensihoitoa koskevassa suunnitelmaperusteisessa valvonnassa. Ne linjaavat valvonnan puuttumiskriteerit sekä tiedottavat valvonnan toimeenpanosta vuoden 2015 alussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelmaan päivitetään vuosittain seuraavan vuoden suunnitelmaperusteisen valvonnan painopisteet.

Kyselyn tuloksia hyödynnetään myös ensihoidon ohjauksessa sekä jälkikäteisessä valvonnassa. Valvovat viranomaiset arvioivat ensihoidon omavalvonnan toimivuutta suunnitelmaperusteisen ja jälkikäteisen (kanteluihin ja ilmoituksiin perustuvan) valvonnan yhteydessä laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

Ensihoidon tiedonhallintaa ja tiedonkeruuta sekä tietojen hyödynnettävyyttä on edelleen kehitettävä. Valvonnan, myös omavalvonnan, tarvitsemien tietojen on oltava mahdollisimman automaattisesti käytettävissä alueellisesti ja valtakunnallisesti. Valtakunnallisesti tulisi myös määritellä ne tiedot, jotka sairaanhoitopiirien vähintään on kerättävä ja raportoitava.

## Lähteet

### Lainsäädäntö

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista (340/2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta (341/2011)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992)

### Muut lähteet

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista, perustelumuu-  
tosta (29.3.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11; Ohje ensihoidon palvelu-  
tasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7; Laatu ja potilasturvallisuus  
ensihoidossa ja päivystyksessä: suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:23: Sairaankuljetus ja ensihoi-  
topalvelu: Opas hälytysohjeen laatimiseksi.

Valviran ohje 4/2013: Ensihoitohenkilöstön tulee pyytää hoito-ohjetta lääkä-  
riltä vähintäänkin epäselvissä tilanteissa.

## Liitteet

Liite 1 Erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit

Liite 2 Sairaanhoitopiirin mukainen kuntaluettelo

Liite 3 Ensihoitopalvelun tuottamistavat sairaanhoitopiireittäin

Liite 4 Ympäri vuorokautinen välitön lähtövalmius sairaanhoitopiireittäin

Liite 5 Tavoittamisaikatavoitteet: Määritellyt ja toteutuneet prosenttiosuudet  
väestön tavoitettavuudesta säädetyssä ajassa sairaanhoitopiireittäin

Liite 6 Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma sairaanhoitopiireit-  
tään

Liite 7 Ensihoitohenkilöstön työvoimavajaus sairaanhoitopiireittäin

Liite 8 Ensihoidon tiedonkeruu ja – seurantakysely 2014

## **Erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit**

### **Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue (HYKS ERVA)**

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)  
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri (EK)  
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri (KYM)

### **Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (KYS ERVA)**

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri (PS)  
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri (ES)  
Itä-Savon sairaanhoitopiiri (IS)  
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (KS)  
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri (PK)

### **Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (OYS ERVA)**

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PP)  
Länsi-pohjan sairaanhoitopiiri (LP)  
Lapin sairaanhoitopiiri (L)  
Kainuun sairaanhoitopiiri (KAI)  
Keski-pohjanmaan sairaanhoitopiiri (KP)

### **Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (TAYS ERVA)**

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (P)  
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EP)  
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri (KH)

### **Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue (TYKS ERVA)**

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VS)  
Satakunnan sairaanhoitopiiri (S)  
Vaasan sairaanhoitopiiri (V)



## Sairaanhoidopiirikohtainen kuntaluettelo

HYKS ERVA	KYS ERVA	OYS ERVA	TAYS ERVA	TYKS ERVA
<b>Helsingin ja Uudenmaan SHP</b>	<b>Pohjois-Savon SHP</b>	<b>Pohjois-Pohjanmaan SHP</b>	<b>Etelä-Pohjanmaan SHP</b>	<b>Satakunnan SHP</b>
<b>HYKS SHA</b>	Iisalmi	Alavieska	Alajärvi	Eurajoki
Espoo	Juankoski	Haapajärvi	Alavus	Harjavalta
Helsinki	Kaavi	Haapavesi	Evijärvi	Honkajoki
Kauniainen	Keitele	Hailuoto	Ilmajoki	Huittinen
Kerava	Kiuruvesi	Ii	Isojoki	Jämijärvi
Kirkkonummi	Kuopio	Kalajoki	Isokyrö	Kankaanpää
Vantaa	Lapinlahti	Kempele	Jalasjärvi	Karvia
	Leppävirta	Kuusamo	Karjoki	Kokemäki
<b>Hyvinkään SHA</b>	Maaninka	Kärsämäki	Kauhajoki	Köyliö
Hyvinkää	Pielavesi	Liminka	Kauhava	Lavia
Järvenpää	Rautalampi	Lumijoki	Kuortane	Luvia
Mäntsälä	Rautavaara	Merijärvi	Kurikka	Merikarvia
Nurmijärvi	Siilinjärvi	Muhos	Lappajärvi	Nakkila
Tuusula	Sonkajärvi	Nivala	Lapua	Pomarkku
	Suonenjoki	Oulainen	Seinäjoki	Pori
<b>Lohjan SHA</b>	Tervo	Oulu	Soini	Rauma
Karkkila	Tuusniemi	Pudasjärvi	Teuva	Siikainen
Lohja	Varkaus	Pyhäjoki	Vimpeli	Säkylä
Siuntio	Vesanto	Pyhäjärvi	Ähtäri	Ulvila
Vihti	Vieremä	Pyhäntä		Eura
		Raahe	<b>Kanta-Hämeen SHP</b>	
<b>Länsi-Uudenmaan SHA</b>	<b>Etelä-Savon SHP</b>	Sievi	Forssa	<b>Vaasan SHP</b>
Hanko	Hirvensalmi	Siikajoki	Hattula	Korsnäs
Inkoo	Joroinen	Siikalatva	Hausjärvi	Kristiinankaupunki
Raasepori	Juva	Taivalkoski	Humppila	Laihia
	Kangasniemi	Tyrnävä	Hämeenlinna	Luoto
<b>Porvoon SHA</b>	Mikkeli	Utajärvi	Janakkala	Maalahti
Askola	Mäntyharju	Vaala	Jokioinen	Mustasaari
Lapinjärvi	Pertunmaa	Ylivieska	Loppi	Närpiö
Loviisa	Pieksämäki		Riihimäki	Pedersören kunta
Pornainen	Puumala	<b>Länsi-Pohjan SHP</b>	Tammela	Pietarsaari
Porvoo		Kemi	Ypäjä	Uusikaarlepyy
Sipoo	<b>Itä-Savon SHP</b>	Keminmaa		Vaasa
	Enonkoski	Simo	<b>Pirkanmaan SHP</b>	Vöyri
<b>Etelä-Karjalan SHP</b>	Rantasalmi	Tervola	Akaa	Kaskinen
Imatra	Savonlinna	Tornio	Hämeenkyrö	
Lappeenranta	Sulkava	Ylitornio	Ikaalinen	<b>Varsinais-Suomen SHP</b>
Lemi			Juupajoki	Aura
Luumäki	<b>Keski-Suomen SHP</b>	<b>Lapin SHP</b>	Jämsä	Kaarina
Parikkala	Hankasalmi	Enontekiö	Kangasala	Kemiönsaari
Rautjärvi	Joutsa	Inari	Kihniö	Koski TI
Ruokolahti	Jyväskylä	Kemijärvi	Kuhmoinen	Kustavi
Savitaipale	Kannonkoski	Kittilä	Lempäälä	Laitila
Taipalsaari	Karstula	Kolari	Mänttä-Vilppula	Lieto
	Keuruu	Muonio	Nokia	Loimaa
<b>Kymenlaakson SHP</b>	Kinnula	Pelkosenniemi	Orivesi	Marttila

Hamina	Kivijärvi	Pello	Parkano	Masku
Kotka	Konnevesi	Posio	Pirkkala	Mynämäki
Kouvola	Kyyjärvi	Ranua	Pälkäne	Naantali
Miehikkälä	Laukaa	Rovaniemi	Ruovesi	Nousiainen
Pyhtää	Luhanka	Salla	Sastamala	Oripää
Virolahti	Multia	Savukoski	Tampere	Paimio
	Muurame	Sodankylä	Urjala	Parainen
	Petäjävesi	Utsjoki	Valkeakoski	Punkalaidun
	Pihtipudas		Vesilahti	Pyhäranta
	Saarijärvi	<b>Kainuun SHP</b>	Virrat	Pöytyä
	Toivakka	Hyrnsalmi	Ylöjärvi	Raisio
	Uurainen	Kajaani		Rusko
	Viitasaari	Kuhmo	<b>Päijät-Hämeen SHP</b>	Salo
	Äänekoski	Paltamo	Asikkala	Sauvo
		Puolanka	Hartola	Somero
	<b>Pohjois-Karjalan SHP</b>	Ristijärvi	Heinola	Taivassalo
	Heinävesi	Sotkamo	Hollola	Tarvasjoki
	Ilomantsi	Suomussalmi	Hämeenkoski	Turku
	Joensuu		Iitti	Uusikaupunki
	Juuka	<b>Keski-Pohjanmaan SHP</b>	Kärkölä	Vehmaa
	Kitee	Halsua	Lahti	
	Kontiolahti	Kannus	Myrskylä	
	Lieksa	Kaustinen	Nastola	
	Liperi	Kokkola	Orimattila	
	Nurmes	Kruunupyö	Padasjoki	
	Outokumpu	Lestijärvi	Pukkila	
	Polvijärvi	Perho	Sysmä	
	Rääkkylä	Reisjärvi		
	Tohmajärvi	Toholampi		
	Valtimo	Veteli		

**Ensihoitopalvelun tuottamistavat sairaanhoitopiireittäin**

Sairaanhoitopiirien arviot prosentteina tehtävämääristä, miten ensihoitopalvelun tuottamistavat jakautuvat

Sairaanhoitopiiri	Erytyisvastuu-alue	Sairaanhoitopiirin omana toimintana	Yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa	Yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin kanssa	Hankkimalla yksityiseltä palveluntuottajalta
Etelä-Karjala	HYKS	95 %	0 %	0 %	5 %
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	100 %	0 %	0 %	0 %
Etelä-Savo	KYS	99 %	1 %	0 %	0 %
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	0 %	70 %	0 %	30 %
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	25 %	45 %	0 %	30 %
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	0 %	0 %	0 %	100 %
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	0 %	0 %	0 %	100 %
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	0 %	100 %	0 %	0 %
Itä-Savo	KYS	0 %	100 %	0 %	0 %
Kainuu	OYS	100 %	0 %	0 %	0 %
Kanta-Häme	TAYS	0 %	100 %	0 %	0 %
Keski-Pohjanmaa	OYS	77 %	0 %	0 %	23 %
Keski-Suomi	KYS	0 %	70 %	0 %	30 %
Kymenlaakso	HYKS	0 %	31 %	0 %	69 %
Lappi	OYS	99 %	0 %	0 %	2 %
Länsi-Pohja	OYS	100 %	0 %	0 %	0 %
Pirkanmaa	TAYS	0 %	58 %	0 %	42 %
Pohjois-Karjala	KYS	0 %	100 %	0 %	0 %
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	0 %	68 %	0 %	32 %
Pohjois-Savo	KYS	55 %	45 %	0 %	0 %
Päijät-Häme	TAYS	40 %	50 %	0 %	10 %
Satakunta	TYKS	10 %	46 %	0 %	44 %
Vaasa	TYKS	0 %	100 %	0 %	0 %
Varsinais-Suomi	TYKS	2 %	65 %	1 %	32 %

## Ympäri vuorokautinen välitön lähtövalmius sairaanhoitopiireittäin

Ympäri vuorokautisessa välittömässä lähtövalmiudessa olevien yksiköiden prosentuaalinen osuus kaikista sairaanhoitopiirin ensihoitoyksiköistä

Sairaanhoitopiiri	Erityisvastuualue	Ympäri vuorokautinen välitön lähtövalmiusprosentti
Etelä-Karjala	HYKS	83,3 %
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	90,4 %
Etelä-Savo	KYS	64,7 %
Helsinki ja uusimaa: HYKS	HYKS	77,5 %
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	78,6 %
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	62,5 %
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	33,3 %
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	62,5 %
Itä-Savo	KYS	42,9 %
Kainuu	OYS	35,7 %
Kanta-Häme	TAYS	64,7 %
Keski-Pohjanmaa	OYS	41,7 %
Keski-Suomi	KYS	39,4 %
Kymelaakso	HYKS	56,3 %
Lappi	OYS	48,1 %
Länsi-Pohja	OYS	72,7 %
Pirkanmaa	TAYS	71,8 %
Pohjois-Karjala	KYS	73,9 %
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	41,5 %
Pohjois-Savo	KYS	69,0 %
Päijät-Häme	TAYS	60,0 %
Satakunta	TYKS	94,1 %
Vaasa	TYKS	93,3 %
Varsinais-Suomi	TYKS	58,8 %

**Tavoittamisaikatavoitteet: Määritellyt ja toteutuneet prosenttiosuudet väestön tavoitettavuudesta säädettyssä ajassa sairaanhoitopiireittäin**

Ylempi rivi kuvaa sairaanhoitopiirin palvelutasopäätökseen kirjattua tavoitetta, kuinka suuri prosentuaalinen osuus väestöstä tulee tavoittaa ensihoitoasetukseen kirjattujen aikojen puitteissa eri riskialueuokittain.

Alempi rivi kuvaa, kuinka suuri prosentuaalinen osuus väestöstä tavoitettiin säädettyssä ajassa.

Sairaanhoitopiiri	Erityisvastuualue	A/B 8 minuuttia					A/B 15 minuuttia					A/B 30 minuuttia				
		RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5
Etelä-Karjala	HYKS	90	30	20	4		95	35	35	30		95	85	85	70	
Etelä-Karjala	HYKS	67	51	25	8	ei kerätä	92	89	71	41	ei kerätä	99	98	85	70	ei kerätä
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	90	70	40	20		95	90	79	50		95	90	80	70	
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	93,5	72	52,5	23	11	99	90	87	67,5	54,5	99	97	96	90	81
Etelä-Savo	KYS	80	70	50	15		95	90	80	50		90	70	50	40	
Etelä-Savo	KYS	79,25	68,04	51,28	16,50	ei kerätä	88,68	87,63	78,63	44,00	ei kerätä	86,79	78,87	62,39	52,50	ei kerätä
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	65	58	45	25		88	88	83	65		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	79	66	55	26	12	99	98	95	80	50	100	99	99	99	100
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	65	58	45	25		88	88	83	65		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	92	80	63	39	ei tehtäviä	99	98	96	94	100	100	100	98	100	100
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	65	58	45	25		88	88	83	65		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	88	54	47	20	33	99	97	89	73	67	100	100	100	100	100
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	65	58	45	25		88	88	83	65		90	90	90	85	

Sairaanhoidopiiri	Erityisvastuualue	A/B 8 minuuttia					A/B 15 minuuttia					A/B 30 minuuttia				
		RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	92	85	41	22	ei tehtäviä	100	97	92	79	27	100	87	100	100	ei tehtäviä
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	65	58	45	25		88	88	83	65		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	90	73	55	20	ei tehtäviä	99	97	87	71	50	100	100	96	98	100
Itä-Savo	KYS	90	50	35	10		95	85	80	45		95	90	90	80	
Itä-Savo	KYS	91	65	54	5	8	96	93	88	48	69	100	97	79	88	100
Kainuu	OYS	90	80	75	25		90	80	70	50		90	90	75	50	
Kainuu	OYS	86,1	64,7	39,6	17,0	14,6	97,4	90,6	82,4	47,2	31,7	99,5	96,5	98	83,3	64,7
Kanta-Häme	TAYS	95	85	80	30		95	90	85	65		100	95	90	70	
Kanta-Häme	TAYS	87	63	55	31	10	96	93	92	77	51	98	99	99	96	93
Keski-Pohjanmaa	OYS	90	75	60	25		95	90	80	75		95	90	85	80	
Keski-Pohjanmaa	OYS	90	77,2	52	28	11	98	95	84	79	50	81	75	66	65	96
Keski-Suomi	KYS	70	60	50	0		100	90	70	50		ei kerätä				
Keski-Suomi	KYS	67	53	34	9	0	94	87	71	46	36	ei kerätä				
Kymenlaakso	HYKS	90	82	68	28		98	97	95	76		100	100	100	97	
Kymenlaakso	HYKS	79	66	52	18	13	98	95	87	55	41	100	100	99	96	78
Lappi	OYS	87,5	60	35	2		92,5	80	60	5		95	72,5	52,5	10	
Lappi	OYS	71,5	53	54,5	12	6,5	99,5	91	87,5	46	13,5	99,5	96	92,5	68	40,5
Länsi-Pohja	OYS	90	70	40	20		95	80	65	40		95	85	70	60	
Länsi-Pohja	OYS	73	54	33	20	33	96	93	81	72	68	99	99	97	93	80

Sairaanhoidopiiri	Erityisvastuualue	A/B 8 minuuttia					A/B 15 minuuttia					A/B 30 minuuttia				
		RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5
Pirkanmaa	TAYS	70	65	60	20		75	70	60	40		70	60	60	35	
Pirkanmaa	TAYS	90	68	57	27	17	99	96	91	72	66	99	99	98	96	94
Pohjois-Karjala	KYS	80	50	30	20		90	80	50	30		99	30	20	10	
Pohjois-Karjala	KYS	83	70	45	17	0	96	86	89	55	3	99	98	99	95	76
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	60	50	35	20		65	55	45	40		70	60	50	40	
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	70	53	37	16	8	95	90	83	54	39	98	98	96	86	69
Pohjois-Savo	KYS	80	70	50	15		95	90	80	50		90	70	50	30	
Pohjois-Savo	KYS	74	60	46	15	5	96	87	79	52	32	99	99	99	92	78
Päijät-Häme	TAYS	90	75	30	20		95	90	70	50		100	90	90	85	
Päijät-Häme	TAYS	91,7	82,7	63,5	26,3	25,9	98,9	97,8	92,2	71,7	46,6	98,9	98,9	98,1	96,6	94,8
Satakunta	TYKS	90	90	70	40		95	90	80	60		90	80	70	60	
Satakunta	TYKS	91	64	38	17	9	98	92	83	64	53	97	92	90	82	82
Vaasa	TYKS	90	70	40	20		99	95	80	65		95	90	80	70	
Vaasa	TYKS	91	67	34	22	0	98	96	76	67	35	93	93	88	85	70
Varsinais-Suomi	TYKS	85	65	45	20		99	94	80	65		75	85	85	85	
Varsinais-Suomi	TYKS	88	76	53	30	11	96	96	88	69	42	100	100	98	97	93

Sairaanhoidopiiri	Erityisvastuualue	C 30 minuuttia					D 120 minuuttia				
		RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5
Etelä-Karjala	HYKS	95	60	50	50		95	95	80	90	
Etelä-Karjala	HYKS	94	94	87	70	ei kerätä	82	99	98	99	ei kerätä
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	95	80	70	50		90	90	90	90	
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	99	93	89	82	65	99	99	99	99	100
Etelä-Savo	KYS	95	80	70	50		90	90	90	90	
Etelä-Savo	KYS	94,58	93,56	86,67	67,64	ei kerätä	100	99,61	99,19	99,72	ei kerätä
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	90	90	85	80		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	100	99	98	94	71	100	100	100	100	100
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	90	90	85	80		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	100	99	98	94	71	100	100	100	100	100
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	90	90	85	80		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	99	97	96	91	100	100	100	100	100	100
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	90	90	85	80		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	99	98	96	84	80	100	100	100	100	10
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	90	90	85	80		90	90	90	85	
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	99	98	99	93	25	100	100	100	99	100
Itä-Savo	KYS	95	95	80	70		95	95	95	95	
Itä-Savo	KYS	100	91	92	74	54	100	100	100	100	100



Sairaanhoidopiiri	Erityisvastuualue	C 30 minuuttia					D 120 minuuttia				
		RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5
Kainuu	OYS	96	96	96	84		96	96	96	96	
Kainuu	OYS	95,5	95,0	95,4	68,6	51,4	100	100	100	100	100
Kanta-Häme	TAYS	92	87	75	40		82	80	75	30	
Kanta-Häme	TAYS	98	95	95	87	78	98	98	97	94	97
Keski-Pohjanmaa	OYS	95	90	85	80		95	95	95	95	
Keski-Pohjanmaa	OYS	98	97	97	91	75	100	100	100	100	100
Keski-Suomi	KYS	90	90	90	90		90	90	90	90	
Keski-Suomi	KYS	94	93	75	67	60	100	100	100	100	100
Kymenlaakso	HYKS	80	80	75	70		95	95	95	90	
Kymenlaakso	HYKS	98	97	95	82	54	100	100	100	100	100
Lappi	OYS	95	70	60	15		90	80	70	30	
Lappi	OYS	98	93	87	57	47	99	96	98	98	97
Länsi-Pohja	OYS	95	85	70	60		90	90	80	70	
Länsi-Pohja	OYS	98	98	95	84	44	100	100	100	100	100
Pirkanmaa	TAYS	75	70	65	60		80	80	80	70	
Pirkanmaa	TAYS	99	97	96	89	82	100	100	100	100	100
Pohjois-Karjala	KYS	95	80	60	20		95	80	70	30	
Pohjois-Karjala	KYS	98	92	91	81	59	100	100	100	100	100
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	80	70	60	40		85	85	85	70	
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	95	90	88	73	59	81	99	99	98	100
Pohjois-Savo	KYS	95	90	80	75		90	90	90	90	

Sairaanhoidopiiri	Erityisvastuualue	C 30 minuuttia					D 120 minuuttia				
		RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4	RL 5
Pohjois-Savo	KYS	98	94	93	81	65	100	100	100	100	100
Päijät-Häme	TAYS	95	90	85	70		90	90	90	90	
Päijät-Häme	TAYS	97,1	95,8	95,1	84,7	60	99,8	97,3	99,1	96,3	100
Satakunta	TYKS	90	80	70	60		90	80	70	60	
Satakunta	TYKS	97	94	92	83	66	100	100	100	100	100
Vaasa	TYKS	99	95	90	80		99	99	95	95	
Vaasa	TYKS	98	98	92	83	53	100	100	100	100	100
Varsinais-Suomi	TYKS	99	95	90	80		95	95	95	92	
Varsinais-Suomi	TYKS	97	98	93	87	64	100	100	100	100	100

## Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Erityis- vastuu- alue	Ensihoitoa koskeva laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma
Etelä-Karjala	HYKS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Etelä-Savo	KYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Helsinki ja Uusimaa: Hyvinkää	HYKS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Helsinki ja Uusimaa: Länsi-Uusimaa	HYKS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	Ensihoidolla on oma laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmansa
Itä-Savo	KYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Kainuu	OYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Kanta-Häme	TAYS	Ensihoidolla on oma laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmansa
Keski-Pohjanmaa	OYS	Suunnitelmaa ei ole laadittu
Keski-Suomi	KYS	Ensihoidolla on oma laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmansa
Kymenlaakso	HYKS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Lappi	OYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Länsi-Pohja	OYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Pirkanmaa	TAYS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Pohjois-Karjala	KYS	Ensihoidolla on oma laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmansa
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Pohjois-Savo	KYS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Päijät-Häme	TAYS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia
Satakunta	TYKS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Vaasa	TYKS	Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan
Varsinais-Suomi	TYKS	Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia

## Ensihoitohenkilöstön työvoimavajaus sairaanhoitopiireittäin

Sairanhoitopiiri	Erityis- vastuu- alue	Ensihoitolääkärit	Kenttäjohtajat	hoitotaso	perustaso	Muut, perustaso	Ensvastetaso
Etelä-Karjala	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Etelä-Pohjanmaa	TAYS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	0	Ei vajausta
Etelä-Savo	KYS	Ei vajausta	Ei vajausta	Alle 10%	Ei vajausta	Ei vajausta	Alle 10%
Helsinki ja Uusimaa: HYKS	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Helsinki ja Uusimaa: Hyvin- kää	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Helsinki ja Uusimaa: Lohja	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Helsinki ja Uusimaa: Länsi- Uusimaa	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	31-50%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Helsinki ja Uusimaa: Porvoo	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Itä-Savo	KYS	Yli 50%	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Kainuu	OYS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Kanta-Häme	TAYS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Alle 10%
Keski-Pohjanmaa	OYS	31-50%	Ei vajausta	Alle 10%	Alle 10%	Ei vajausta	Ei vajausta
Keski-Suomi	KYS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Kymenlaakso	HYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Lappi	OYS	Ei vajausta	10-30%	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Alle 10%
Länsi-Pohja	OYS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Alle 10%
Pirkanmaa	TAYS	Alle 10%	10-30%	Alle 10%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Pohjois-Karjala	KYS	10-30%	Ei vajausta	Alle 10%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Pohjois-Pohjanmaa	OYS	Ei vajausta	Alle 10%	10-30%	Alle 10%	Ei vajausta	Ei vajausta

Sairaanhopiiri	Erityis- vastuu- alue	Ensihoitolääkärit	Kenttäjohtajat	hoitotaso	perustaso	Muut, perustaso	Ensivastetaso
Pohjois-Savo	KYS	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Päijät-Häme	TAYS	Yli 50%	Alle 10%	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%
Satakunta	TYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Vaasa	TYKS	0	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta	Ei vajausta
Varsinais-Suomi	TYKS	Ei vajausta	Ei vajausta	10-30%	Alle 10%	Ei vajausta	Alle 10%



# Valvira

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

## Ensihoidon tiedonkeruu- ja seurantakysely 2014

Ohjeita vastaamiseen

- Kysely koskee vain ensihoitopalvelua, ei hoitolaitosten välisiä suunniteltuja potilassiirtoja ja pelkästään niitä suorittavia yksiköitä ellei kysymyksessä erikseen potilassiirroista kysytä. Myöskään lääkärihelikopteritoiminta ei kuulu kyselyn piiriin.
- Lukumääriä koskeviin kysymyksiin kirjataan vain numero, ei muita merkkejä (ei pisteitä, kirjaimia tai väliviivoja)
- Suosittelemme vastausten täyttämistä ensin paperiselle lomakkeelle ja sen jälkeen tietojen siirtoa sähköiseen versioon. Paperisen lomakkeen voi tulostaa sähköpostiviestin mukana tulleesta liitteestä Ensihoitokysely2014\_Valvira.pdf.
- Vastaamisen voi keskeyttää "keskeytä" -painikkeesta ja jatkaa myöhemmin. Toimikaa tällöin tietokoneen näytölle tulevien ohjeiden mukaan. Keskeyttäessänne saatte sähköpostiinne linkin, jonka kautta pääsette jatkamaan kyselyyn vastaamista. Huomioitathan, että tämä linkki saattaa ohjautua roskapostikansioon.
- Vastaajan on oltava toimivaltainen antamaan tiedot sairaanhoitopiiriin järjestämän ensihoidon kokonaisuudesta.
- Vastaukset tulee toimittaa viimeistään 31.8.2014.
- Kun olette lähettäneet vastaukset, saatte tulostettavan yhteenvedon vastauksistanne tietokoneen näytölle.

### Yhteystiedot

#### 1. Sairaanhoitopiiri

Valitse

#### 2. Erityisvastuualue

Valitse

#### 3. Vastaajan yhteystiedot

Nimi

Virkanimike

Puhelinnumero

Sähköposti

Sairaanhoitopiirin ensihoidosta vastaava lääkäri  
(jos muu kuin vastaaja)

Sairaanhoitopiirin on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu sekä laadittava ensihoidon palvelutasopäätös. Palvelutasopäätös on keskeisin ensihoitopalvelua ohjaava asiakirja, jonka tavoitteena on taata alueen asiakkaille mahdollisimman tasavertainen, tehokas ja laadukas ensihoitopalvelu. SHP:n tulee seurata ja tuottaa tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi (Terveydenhuoltolaki 39§, Ensihoitoasetus 2§ 8 mom. ja 4§, Sosiaali- ja terveysministeriön muistio Ensihoitoasetuksesta 29.3.2011). Avoimuutta lisää palvelutasopäätöksen julkaiseminen sairaanhoitopiirin internetsivuilla (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11).

#### 4. Palvelutasopäätöksessä on määritelty seuraavat asiakokonaisuudet

Rastittakaa kaikki kohdat, jotka on kirjattu palvelutasopäätökseenne. Mikäli palvelutasopäätökseenne pitää sisällään myös muita ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeellisia seikkoja, rastittakaa viimeinen vastausmahdollisuus ja kirjatkaa tiedot aukeavaan vastauskenttään.

- Ensihoidon järjestämistapa
- Ensihoidon johtamisjärjestelmä
- Palvelun sisältö
- Ensihoitoon osallistuvan henkilöstön koulutus- ja pätevyysvaatimukset
- Tavoitteet potilaan tavoittamisajasta riskialueittain
- Ensivastetoiminnan järjestäminen
- Varautuminen suuronnettomuuksiin sekä erityis- ja ruuhkatilanteisiin
- Muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat, mitkä?

#### 5. Arvioi PROSENTTIOSUUKSINA, miten ensihoitopalvelun tuottamistavat jakautuvat sairaanhoitopiirissänne

Kirjatkaa mahdollisimman tarkasti **prosentteina** (tehtävämäärästä), kuinka suuri osa sairaanhoitopiirin ensihoitopalveluista (kenttäjohtajatoimintaa lukuunottamatta) tuotetaan omana toimintana, yhteistyössä pelastuslaitoksen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa ja kuinka suuri osa hankitaan ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. Annettujen vastausten yhteenlaskettu summa tulee olla 100.

Sairaanhoitopiirin omana toimintana

Yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa

Yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin kanssa

Hankkimalla yksityiseltä palveluntuottajalta

Mahdolliset lisätiedot

#### 6. Edellisessä kysymyksessä esittämänne prosenttiosuus on

Valitkaa toinen vaihtoehdoista

Arvio

Tosiasiallinen lukema

#### 7. Onko kenttäjohtajatoiminta järjestetty sairaanhoitopiirin omana toimintana?

Valitkaa toinen vaihtoehdoista. Mikäli vastauksenne on "ei", rastittakaa kyseinen kohta ja kirjatkaa lyhyt selvitys siitä, miten kenttäjohtajatoiminta on järjestetty.

Kyllä

Ei, miten?

## 8. Palvelutasopäätöksen toteutumista seurataan

Valitkaa yksi vaihtoehto. Mikäli palvelutasopäätöksenne toteutumisen seuraamisessa oikea vastaus on viimeinen vaihtoehto "muu aikaväli?", rastittakaa kyseinen kohta ja kirjoittakaa lyhyt lisäselvitys siitä, kuinka usein SHP:nne seuraa palvelutasopäätöksen toteutumista.

Puolen vuoden välein

Vuoden välein

Harvemmin kuin vuosittain

Muu aikaväli, mikä?

## 9. Palvelutasopäätöksen toteutumisen seurannan järjestelmä ja vastuutaho

Kirjatkaa ensimmäiseen vastaussarakkeeseen se järjestelmä, jolla kerätään tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta ja palvelutasopäätöksessä määriteltyjen tavoitteiden toteutumisesta. Kirjatkaa toiseen vastaussarakkeeseen se taho, joka vastaa palvelutasopäätöksen tietojen keruusta ja raportoinnista,

Järjestelmä, jolla tiedot kerätään

Viran- tai toimenhaltija, joka vastaa tietojen keruusta

## 10. Ensihoitopalvelun tunnuslukuja toimitetaan

Rastittakaa kaikki ne tahot, joille SHP systemaattisesti toimittaa tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta. Mikäli SHP toimittaa tietoja myös muulle taholle, kirjatkaa lyhyesti, kenelle tietoja toimitetaan.

Ensihoitokeskukselle

Aluehallintovirastolle

Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselle

Sairaanhoidopiiriin jäsenkunnille

Muulle taholle, kenelle?

Tunnuslukuja ei toimiteta

## Tavoittamisajat, riskialueluokitukset ja ensihoitovalmiuden ylläpitäminen

Sairaanhoidopiiriin tulee määritellä, minkä tavoittamisajan puitteissa väestölle pyritään tarjoamaan ensihoitopalveluita. Ensihoitopalvelun lähtökohtana tulee olla samantasoisten palvelujen tarjoaminen riskieitä ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla (Ensihoitoasetus 5-7§, STM:n ensihoitoasetuksen perustelumuistio 29.3.2011).

Ensihoitopalvelun tulee myös osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle (Terveystieteiden tutkimuskeskus 40§).

## 11. Miten SHP:n yhden neliökilometrin kokoiset alueet jakautuvat eri riskialueluokkiin?

Ilmoittakaa ensin, kuinka monta yhden neliökilometrin kokoista aluetta SHP:n alueella on yhteensä. Tämän jälkeen eritelkää, montako yhden neliökilometrin kokoista aluetta kuuluu eri riskialueluokkiin. Riskialueluokissa 1-5 ilmoittamienne lukumäärien tulee yhteenlaskettaessa täsmätä ensimmäisessä kohdassa ilmoittamaanne SHP:n alueen yhden neliökilometrin kokoisten alueiden kokonaislukumäärään. Ilmoittakaa luvut absoluuttisina lukuina 1.1. 2014 vallinneen tilanteen mukaan.

Yhden neliökilometrin kokoisten alueiden lkm yhteensä

lukumäärä riskialueluokassa 1



lukumäärä riskialuealuokassa 2

lukumäärä riskialuealuokassa 3

lukumäärä riskialuealuokassa 4

lukumäärä riskialuealuokassa 5

Keskeytä

## 12. Miten SHP:n ensihoitopalvelun TOTEUTUNEET tehtävät jakautuivat aikavälillä 1.1.-30.6.2014?

Ilmoittakaa ensimmäisessä pystysarakkeessa ensihoitotehtävien lukumäärät kaikissa riskialuealuokissa (1-5) annetulla aikavälillä. Kirjatkaa toisessa pystysarakkeessa ensihoitotehtävien lukumäärät riskialueilla 1 ja 2. Kolmanteen pystysarakkeeseen kirjatkaa tehtävien lukumäärät riskialueilla 3 ja 4.

Kirjatkaa pystysarakkeiden ylimpiin ruutuihin kaikkien tehtävien kokonaislukumäärä annetuilla alueilla. Tämän jälkeen eritelkää, miten ensihoitotehtävät jakautuivat eri kiireellisyyssuokkien mukaisesti. Eri kiireellisyyssuokkien kohdalla ilmoittamienne lukumäärien tulee täsmätä sarakkeiden ylimmissä ruuduissa ilmoittamiinne tehtävien kokonaislukumääriin. Ilmoittakaa luvut absoluuttisina lukuina.

	Kaikilla riskialueilla	Riskialueilla 1 ja 2	Riskialueilla 3 ja 4
Tehtävien lkm yhteensä	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A/B-luokan tehtävien lkm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C-luokan tehtävien lkm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D-luokan tehtävien lkm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 13. Miten tavoittamisajat on MÄÄRITELTY palvelutasopäätöksessä vuodelle 2014?

Ilmoittakaa prosentteina (%) palvelutasopäätöksessä määritetyt tavoittamisajat vuodelle 2014.

A/B 8 min sekä A/B 15 min -tavoittamisprosentit koskevat vähintään ensivastetasoista yksikköä. Kohtaan A/B 30 min kirjataan tavoittamisprosentti hoitotasoiselle yksikölle. C- ja D-kiireellisyyssuokissa tavoittamisprosentit koskevat ambulanssia.

	A/B 8 min	A/B 15 min	A/B 30 min	C 30 min	D 2 h
Riskialuealuokka 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialuealuokka 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialuealuokka 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialuealuokka 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Keskeytä

## 14. Miten tavoittamisajat ovat TOTEUTUNEET aikavälillä 1.1.-30.6.2014?

Ilmoittakaa prosentteina (%), miten palvelutasopäätöksessä määritellyt tavoittamisajat ovat TOTEUTUNEET eri riskialuealuokilla annetulla aikavälillä. Kirjatkaa toteutuneet prosentit myös riskialuealuokassa 5.

A/B 8 min. sekä A/B 15 min. tavoittamisprosentit koskevat vähintään ensivastetasoista yksikköä. Kohtaan A/B 30 min kirjataan tavoittamisprosentti hoitotasoiselle yksikölle. C- ja D-kiireellisyyssuokissa tavoittamisprosentit koskevat ambulanssia.

	A/B 8 min	A/B 15 min	A/B 30 min	C 30 min	D 2 h
--	-----------	------------	------------	----------	-------

Riskialueluokka 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialueluokka 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialueluokka 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialueluokka 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riskialueluokka 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**15. Jos palvelutasopäätöksessä määriteltyjä tavoittamisaikoja ei ole saavutettu, mitkä ovat merkittävimmät tähän johtaneet syyt?**

Valitkaa ne keskeisimmät syyt, joista johtuen tavoittamisaikoja ei ole saavutettu. Voitte valita useamman vaihtoehdon. Mikäli valitsette kohdan "muu syy, mikä?", kirjoitkaa lyhyesti lisätiedot.

- Tavoittamisajat on määritelty liian tiukoiksi
- Yksiköiden lukumäärä on liian vähäinen
- Yksikkö tai yksiköitä on ollut poissa valmiudesta henkilöstön riittämättömyyden takia
- Yksiköt ovat olleet sopimustaan alemmassa valmiudessa esimerkiksi hoitotason henkilöstön puutteen vuoksi
- Yksiköt on sijoitettu väärin tai epätarkoituksenmukaisesti
- Lähtövalmiusaika on liian pitkä
- Muu syy, mikä?
- Tavoittamisajat on saavutettu

Keskeytä

**16. Mikäli palvelutasopäätöksessä määriteltyjä tavoittamisaikoja ei ole saavutettu, mihin toimenpiteisiin on ryhdytty asian korjaamiseksi?**

Kirjoitkaa lyhyesti ne toimenpiteet, joilla SHP pyrkii korjaamaan tilannetta tavoittamisaikojen toteutumisen saavuttamiseksi.

**17. Miten arvioitte alueellisen yhdenvertaisuuden toteutuvan saman riskialueluokan sisällä (tavoittamisajat)?**

Valitkaa vastaus, joka kuvaa parhaiten sairaanhoitopiirin tilannetta.

- Hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Huonosti

**18. Päivittäisessä operatiivisessa toiminnassa käytettävien ensihoitoyksiköiden (ambulanssien) lukumäärä**

Ilmoittakaa ensin kokonaislukumäärä SHP:n alueen päivittäisessä operatiivisessa toiminnassa säännöllisesti käytettäville ambulansseille. Tämän jälkeen eritelkää, miten yksiköt jakautuvat eri palveluntuottajien välillä. Eri yksiköiden yhteenlasketun lukumäärän tulee täsmätä ensimmäisessä kohdassa ilmoittamaanne yksiköiden kokonaislukumäärään. **Kysymyksessä ei huomioida ensivaste- eikä vara-autoja.**

Ambulanssien lkm yhteensä

SHP:n omien yksiköiden lkm

Pelastuslaitoksen yksiköiden lkm

Yksityisen palveluntuottajan yksiköiden lkm

### 19. Ensivasteyksiköiden ja vara-autojen lukumäärä

Mikäli SHP:n alueella on hätäkeskuksen hälytettävissä olevia, sopimukseen perustuvia ensivasteyksiköitä, ilmoittakaa näiden yksiköiden lukumäärä. Tämän lisäksi ilmoittakaa lukumäärä vara-autoille, jotka eivät osallistu ensihoidon päivittäiseen operatiiviseen toimintaan, mutta joita käytetään esimerkiksi varsinaisen ensihoitoyksikön ollessa huollossa.

Ensivasteyksiköiden lkm

Vara-autojen lkm

### 20. Ympäri vuorokautisessa VÄLITTÖMÄSSÄ lähtövalmiudessa olevien yksiköiden lukumäärä

Kirjatkaa ensimmäiseen sarakkeeseen niiden ensihoitoyksiköiden yhteenlaskettu kokonaislukumäärä, jotka sairaanhoitopiirillänne on välittömässä ympäri vuorokautisessa lähtövalmiudessa (24/7). Tämän jälkeen merkitkää, miten lähtövalmius jakautuu eritasoisten yksiköiden kesken. Tämä tapahtuu kirjaamalla ensin hoitotasoisten ja sen jälkeen perustasoisten yksiköiden lukumäärä. Viimeiseen sarakkeeseen kirjataan kenttäjohto- ja lääkäriyksiköt. Lääkärihelikopteria ei huomioida.

Huomioikaa myös, että lääkäri-, kenttäjohto-, muun hoitotason ja perustason yksiköiden lukumäärien tulee yhteenlaskettuna täsmätä ilmoittamaanne yksiköiden kokonaislukumäärään.

Yksiköitä yhteensä	Lääkäriyksiköt (ei helikopteri)	Kenttäjohto-yksiköt	Muut hoitotason yksiköt	Perustason yksiköt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 21. Ensihoitopalvelu on osallistunut SHP:n alueellisen valmius- ja varautumissuunnitelma laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa

Valitkaa toinen vaihtoehdoista. Kysymys koskee terveydenhuoltolain 40§:n mukaista veloitetta. Mikäli vastauksenne on "ei", kirjatkaa lyhyt selvitys, miksi ensihoito ei ole osallistunut suunnitelman laatimiseen.

Kyllä,

jn miten?

jn Ei, miksi?

### Henkilöstö

Ensihoitopalvelun yksikössä työskentelevän henkilöstön tulee täyttää lainsäädännön edellyttämät kelpoisuusvaatimukset. Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Yksiköitä voivat olla ambulanssien lisäksi esimerkiksi kenttäjohto- ja lääkäriautot. SHP:llä tulee olla ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri sekä kenttäjohtajat (Ensihoitoasetus 8-10§)

Ensihoitohenkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään STM:n asetuksessa terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003)

### 22. Arvioikaa ensihoitohenkilöstön työpanosta henkilötyövuosina

Ilmoittakaa ensihoitohenkilöstön arvioitu työpanos SHP:n alueella henkilövuosina elokuun 2014 tilanteen mukaisesti. Henkilötyövuodella tarkoitetaan täyttä työaikaa tekevän henkilön koko vuoden työskentelyä. Henkilötyövuosi HTV = palveluksessaolopäivien lukumäärä kalenteripäivinä / 365 \* (osa-aikaprosentti/100). Laskekaa HTV siten, että **yksi työntekijä merkitään vain yhteen (korkeimpaan mahdolliseen) henkilöstöluokkaan**. Jos henkilö työskentelee esimerkiksi sekä hoitotasoisena ensihoitajana että kenttäjohtajana, merkitään hänet kenttäjohtajaluokkaan.

**Hoitotasoiseksi** terveydenhuollon ammattihenkilöstöksi merkitään ne ensihoitotehtävissä työskentelevät, joilla on koulutuksena *ensihoitaja (AMK) tai ensihoitoon suuntautunut sairaanhoitaja (ensihoitoasetuksen 8§:n 2 momentin 3 kohdan a-kohta)*. **Perustasoiseksi** terveydenhuollon ammattihenkilöstöksi merkitään ne, jotka ovat *ensihoitoon suuntautuneita muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä* (esim. ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja; *ensihoitoasetuksen 8§:n 2 momentin 2 kohdan a-kohta*). **Terveydenhuollon ammattihenkilöstöön kuulumattomiksi työntekijöiksi** merkitään ne, jotka *eivät täyty yllä kuvatulla tavalla hoitotason tai perustason kriteerejä* (esim. sairaanhoitaja tai lähihoitaja, jolla ei ole ensihoitoon suuntaavaa opintokokonaisuutta; *ensihoitoasetuksen 8§:n 2 momentin 2 ja 3 kohtien b-kohdat*). **Terveydenhuollon ammattihenkilöstöön kuulumattomaksi työntekijäksi** katsotaan tässä myös *pelastajatutkinnon suorittanut* tai sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. **Ensivastetasoiseksi** henkilöstöksi merkitään ainoastaan ne, joilla on vain *ensivastetoimintaan soveltuva koulutus*.

Mikäli hoitotasoisena ensihoidon tehtävissä kuitenkin työskentelee sellaisia henkilöitä, jotka *eivät koulutukseltaan vastaa nykyisiä hoitotason kelpoisuusvaatimuksia* (ensihoitoasetuksen 8§:n 2 momentin 3 kohdan a-kohta), mutta jotka riittävän ensihoidon osaamisen ja tehtävän edellyttämän kokemuksen perusteella toimivat *ensihoitoasetuksen 11§:n* nojalla hoitotason tai kenttäjohtajan tehtävissä, merkitään tällaisten henkilöiden työpanos **hoitotasoisena tai kenttäjohtajan luokkaan**. Samoin ne *pelastajatutkinnon* suorittaneet, jotka ovat valmistuneet ennen ensihoitoasetuksen voimaan astumista ja ovat säännöllisesti toimineet perustason ensihoidossa, merkitään **perustasoiseksi ensihoitohenkilöstöksi**.

Ensihoitolääkäri	<input type="text"/>
Kenttäjohtaja	<input type="text"/>
Terveydenhuollon ammattihenkilöstö, hoitotaso	<input type="text"/>
Terveydenhuollon ammattihenkilöstö, perustaso	<input type="text"/>
Terveydenhuollon ammattihenkilöstöön kuulumaton työntekijä, perustaso	<input type="text"/>
Ensivastetasoinen henkilöstö	<input type="text"/>

### 23. Arvioikaa ensihoitohenkilöstön työvoimavaajausta

Valitkaa jokaisen vaakatason riviltä se vastaus, joka kuvaa parhaiten sairaanhoitopiirin tilannetta ensihoitohenkilöstön työvoimavaajauksessa.

	Ei vajausta	Alle 10%	10-30%	31-50%	Yli 50%
Ensihoitolääkärit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kenttäjohtajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveydenhuollon ammattihenkilöstö, hoitotaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveydenhuollon ammattihenkilöstö, perustaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveydenhuollon ammattihenkilöstöön kuulumaton työntekijä, perustaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensivastetasoinen henkilöstö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 24. Arvioikaa, kuinka helppoa sairaanhoitopiirin tai muun palveluntuottajan on rekrytoida kelpoisuusvaatimukset täyttävää henkilöstöä

- Hyvin helppoa
- Suhteellisen helppoa
- Hieman vaikeaa
- Erittäin vaikeaa

Keskeytä

## 25. Miten SHP varmistaa, että ensihoidon parissa työskentelevällä henkilöstöllä on riittävä ensihoidon osaaminen?

Kirjatkaa lyhyesti, miten SHP seuraa osaamisvaatimusten toteutumista

	5
	6

## 26. Ensihoitohenkilöstön osaamista kehitetään

Valitkaa yksi vaihtoehto. Mikäli sairaanhoitopiirinne kohdalla oikea vaihtoehto on "muuten, miten?", kirjatkaa lyhyt lisäselvitys henkilöstön osaamisen kehittämisestä sairaanhoitopiirissänne.

Voimassa olevan täydennyskoulutussuunnitelman avulla

Valmisteilla olevan täydennyskoulutussuunnitelman avulla

Osaamisen kehittämistä ei ole suunnitelmaa

Muuten, miten?

## Laadunhallinta ja potilasturvallisuus

Terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laadunhallinta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta on laadittava suunnitelma (Terveydenhuoltolaki 8§, STM:n asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta 341/2011).

Osana potilasturvallisuutta säädetään myös ensihoitopotilaiden hoitoonohjauksesta ja hoito-ohjeista. Ensihoitohenkilöstön tulisi pyytää hoito-ohjeita lääkäriltä vähänkin epäselvissä tilanteissa (Ensihoitoasetus 2§, Valviran ohje 4/2012).

## 27. Ensihoitoa koskeva laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma

Valitkaa yksi vaihtoehto

Ensihoidolla on oma laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmansa

Ensihoidon suunnitelma sisältyy sairaanhoitopiirin yleiseen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan

Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat palveluntuottajakohtaisia

Suunnitelmaa ei ole laadittu

## 28. Kuinka usein ensihoidon henkilöstö pyysi hoito-ohjetta lääkäriltä aikavälillä 1.1.-30.6.2014?

Ilmoittakaa ensin lukumääränä, kuinka usein ensihoitohenkilöstö pyysi hoito-ohjetta lääkäriltä annettuna ajankohtana yhteensä. Tämän jälkeen ilmoittakaa, kuinka moni näistä pyynnöistä oli osoitettu ERVA -alueen päivystävälle ensihoitolääkärille.

Lääkäriltä pyydettyjen hoito-ohjeiden lukumäärä yhteensä

ERVA -alueen päivystävältä ensihoitolääkäriltä pyydettyjen hoito-ohjeiden lukumäärä (jos tiedossa)

## 29. Lääkäriltä pyydettyjen hoito-ohjeiden lukumäärä suhteessa kuljettamatta jätettyihin potilaisiin aikavälillä 1.1.-30.6.2014

Ilmoittakaa ensin kokonaislukumäärä kaikille X-tehtäville. Tämän jälkeen eritelkää, kuinka monta X-tehtävää oli X-5- ja X-8-tehtäviä. Lopuksi ilmoittakaa lukumäärä, kuinka monessa ilmoittamassanne X-5- ja X-8-tapauksessa pyydettiin hoito-ohjetta lääkäriltä. Ilmoittakaa tiedot absoluuttisina lukuina.

Kaikkien X-tehtävien lkm

X-5-tehtävien lkm

X-8-tehtävien lkm

Lääkäriltä pyydettyjen hoito-ohjeiden lkm X-5- ja X-8-tilanteissa

### 30. Millaisiin tilanteisiin liittyen lääkäriltä pyydetään hoito-ohjetta?

Kirjatkaa sairaanhoitopiiriin tärkeimmät ohjeet (hoitoprotokollat tms.), joissa edellytetään hoito-ohjeen pyytämistä lääkäriltä.

Keskeytä

### Muilta hankittujen palveluiden asianmukaisuuden varmistaminen

SHP voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai sen osassa paitsi hoitamalla toiminnan itse, myös järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen SHP:n kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelujen tuottajalta. Palvelujen hankkiminen yksityiseltä palvelujen tuottajalta edellyttää, että ensihoidon palvelujen tuottamiseen on yksityisestä terveydenhuollosta annettu lain mukainen lupa. SHP:n on lisäksi varmistettava, että ostopalvelut vastaavat kunnalliselta toiminnalta edellytettyä tasoa (Terveydenhuoltolaki 39 §, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 4 §, Laki yksityisestä terveydenhuollosta 4§).

### 31. Yksityiseltä palveluntuottajalta on tarkastettu luvat

Valitkaa yksi vaihtoehto. Mikäli SHP:nne kohdalla oikea vaihtoehto on "muuna ajankohtana, milloin?", rastittakaa kyseinen kohta. Tämän jälkeen kirjatkaa lyhyt lisäselvitys, milloin palveluntuottajan lupa on tarkastettu. **Kysymys koskee ainoastaan yksityisiltä palveluntuottajilta hankittuja luvanvaraisia palveluita. Pelastuslaitoksen tuottamia ensihoitopalveluita ei huomioida tässä kysymyksessä**

Kilpailutuksen yhteydessä

Ostosopimuksen teon yhteydessä

Muuna ajankohtana, milloin?

Ei ole tarkastettu

Palveluita ei osteta yksityiseltä palvelujen tuottajalta

### 32. Miten SHP on järjestänyt muiden tuottamien ensihoitopalveluiden valvonnan?

Kirjatkaa lyhyesti, miten SHP:nne varmistaa, että muiden tuottamat ensihoidon palvelut ovat lain vaatimusten mukaiset. **Kysymys koskee kaikkia ensihoitopalveluita, jotka tuotetaan pelastuslaitoksen tai yksityisen palveluntuottajan toimesta.**

### Erityisvastuualueen ja ensihoidokeskuksen vastuulle kuuluvat asiat

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. ERVA-alueen sairaanhoitopiiri on sovittava ensihoidokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Sopimuksessa tulee sopia muun muassa päivystävästä ensihoitolääkäristä sekä hoitolaitosten välisistä potilassiirroista (Terveydenhuoltolaki 42-43§, 46§; Ensihoitoasetus 3§).

**33. Onko sairaanhoitopiiri sopinut ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa?**

Mikäli vastaatte "ei", kirjatkaa lyhyesti syyt.

Kyllä

Ei, miksi?

**34. Hätäkeskuslaitokselle on annettu terveystoimen hälytysohjeet ja ohjeet on päivitetty tai tarkastettu**

Valitkaa oikea vaihtoehto. Mikäli vastaatte "muulloin, milloin?", kirjatkaa ajankohta, jolloin hälytysohjeet on päivitetty tai tarkastettu. Mikäli hälytysohjeita ei ole annettu, valitkaa kyseinen kohta ja kirjatkaa sen jälkeen lyhyesti syyt ohjeiden puuttumiseen.

Puolen vuoden sisällä

Vuoden sisällä

Kahden vuoden sisällä

Muulloin, milloin?

Ei ole päivitetty/tarkastettu

Hälytysohjeita ei ole annettu,  
miksi?

**35. Onko ensihoitokeskus sovittanut yhteen alueensa hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet? Tämä kysymys koskee vain ERVA-alueiden ensihoitokeskusta.**

Mikäli vastaatte "ei", kirjatkaa lyhyesti syyt.

Kyllä

Ei, miksi?

**36. Päivystävän ensihoitolääkärin työnkuva**

Kirjatkaa lyhyesti

a) miten ERVA-alueellanne on sovittu ja toteutettu ensihoitolääkärin ympärivuorokautinen päivystys sekä

b) millaisia työtehtäviä hän hoitaa.

Tämä kysymys koskee vain ERVA-alueiden ensihoitokeskusta.

**37. ERVA-alueella suoritettujen hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirtot aikavälillä 1.1.-30.6.2014**

Ilmoittakaa ensin, kuinka monta edellämainitun otsikon mukaista suunniteltua potilassiirtoa ERVA-alueellanne toteutettiin yhteensä annetulla ajanjaksolla. Tämän jälkeen kirjatkaa, montako näistä potilassiirroista suoritettiin *ensihoidopalveluun tarkoitetuilla yksiköillä*. Tämä kysymys koskee vain ERVA-alueiden ensihoitokeskusta.

Suunniteltuja hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja, lkm yhteensä

Ensihoidopalveluun tarkoitetuilla yksiköillä hoidettujen suunniteltujen potilassiirtojen lkm

**38. Mahdolliset kyselyä koskevat lisätiedot tai kommentit**



## Valvira

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

PL 210

00531 Helsinki

Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Koskenranta 3, 96100 Rovaniemi

Puhelin 0295 209 111

Faksi 0295 209 700

Sähköposti: kirjaamo(at)valvira.fi