



Tuloksellisuustarkastuskertomus

Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen



Tuloksellisuustarkastuskertomus

Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen

ISSN-L 1799-8093
ISSN 1799-8093 (NID.)
ISSN 1799-8107 (PDF)
ISBN 978-952-499-463-7 (NID.)
ISBN 978-952-499-464-4 (PDF)
URN:ISBN:978-952-499-464-4
[HTTP://URN.FI/URN:ISBN:978-952-499-464-4](http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-464-4)

GRANO OY
HELSINKI 2019

TARKASTUSKERTOMUKSEN VALOKUVAT
LUVUT 1, 2 JA 4 VALOKUVAAJA LARI JÄRNEFELT
LUKU 3 VALOKUVAAJA TIINA PUPUTTI

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 247/54/2017

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen ohjauksen vaikutusta ensihoitopalvelun toimivuuteen koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sisäministeriölle ja sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Ennen tarkastuskertomuksen antamista sisäministeriöllä ja sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei kertomukseen sisälly asiavirheitä, sekä lausua näkemysensä siinä esitetyistä tarkastusviraston kannanotoista.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2022.

Helsingissä 10. kesäkuuta 2019

Marko Männikkö
ylijohtaja

Nina Martikka
johtava tuloksellisuustarkastaja

Tarkastusviraston kannanotot

Ensihoitopalvelu on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa kuljettamista jatkohoitoon. Tarkastuksessa selvitettiin ohjauksen vaikutusta ensihoitopalvelun toimivuuteen. Lisäksi arvioitiin, onko kiireettömien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien organisointi ja yhteistyö kotiin annettavien palvelujen kanssa toimivaa. Tarkastuksessa arvioitiin myös hätäkeskuksen ja ensihoidon ohjausta sekä sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmää. Tarkastus on ajankohtainen, koska sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tultaneen keskittämään yhä enemmän. Tällöin ensihoitopalvelun hoitoketjun toimivuus muodostuu aiempaa tärkeämmäksi osaksi potilaslogistiikan ja kansalaisturvallisuuden kokonaisuuden hallintaa.

Ensihoidon toiminnan ja vaikuttavuuden mittareita tarvitaan resurssien tehokkaan käytön suunnittelussa

Ensihoitopalvelun resurssien suunnittelua ei voida tehdä selkeästi, koska tällä hetkellä ei ole valtakunnallista, yhtenäistä ensihoitopalvelun tilastointia eikä toimintaa kuvaavia mittareita. Ensihoitopalveluun tulisi kehittää mittareita, joilla voitaisiin arvioida luotettavasti palvelun vaikuttavuutta, kustannuksia ja laatua erilaisissa ensihoidotehtävissä. Tämä tukisi resurssien suunnitelmallista käyttöä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut yhdessä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ja muiden viranomaisten kanssa yhteistä ensihoidon tietojärjestelmää ja tietovarantoa. Tavoite valtakunnallisesta ensihoitopalvelun tietovarannosta ja tietojärjestelmästä on kannatettava. Kehitystyötä ensihoidon tietojen kokoamisessa Kanta-palveluun tulee jatkaa. Myös ERICA- ja KEJO-järjestelmien käyttöönotto edistää ensihoidon toiminnan ja resurssien suunnittelua ja seurantaa.

Uudet kotihoidon palvelumuodot ja tiiviimpi yhteistyö tehostaisivat ensihoidon resurssien käyttöä

Ensihoidon ja kotihoidon palvelujen väliin tulisi kehittää uusia palveluja. Tämä helpottaisi ensihoidon tehtäväkuormaa, kun asiakasta ei tarvitsisi aina kuljettaa päivystykseen. Palveluja kehitetäänkin jo, mutta toistaiseksi palveluvalikoimaa erityisesti ensihoidon ja kotihoidon välillä ei ole riittävästi.

Ensihoidon ja kotihoidon yhteistyötä tulisi tehdä entistä suunnitelmallisemmin. Ensihoidon resurssit saataisiin tehokkaampaan käyttöön, jos tieto kulkisi ja yhteistyö olisi tiiviimpää ensihoidon, päivystystoiminnan, sosiaalipäivystyksen, kotihoidon ja kotisairaanhoidon välillä.

Yhtenäiset hälytysohjeet kaikissa sairaanhoitopiireissä helpottaisivat hätäkeskuksen toimintaa

Hätäkeskusten toimintaa selkeyttäisi se, että sairaanhoitopiirien hälytysohjeet olisivat yhtenäiset. Nykyisellään ohjeet ovat paikallisia ja hätäkeskuspäivystäjä joutuu noudattamaan useiden sairaanhoitopiirien hälytysohjeita. Ensihoitopalvelun kuljetuksia ja potilassiirtoja koskevia ohjeita on selkiytetty, mutta ne voivat edelleen johtaa ensihoidon tarpeettomaan käyttöön.

Hälytysohjeet sekä saatavilla olevan tiedon määrä ja laatu vaikuttavat merkittävästi hätäkeskuspäivystäjän tekemään arvioon hälytystehtävän tarvitsemista ensihoidon resursseista ja tehtävän kiireellisyydestä. Arvioon saattaa vaikuttaa myös se, että hätäkeskuspäivystäjä toimii virkavastuulla.

Sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmän uudistusta tulee jatkaa

Ensihoidon matkakorvauskäytäntöjen uudistamista tulee jatkaa. Nykyinen matkakorvausjärjestelmä ohjaa ensihoidon yksiköitä kuljettamaan, mutta se ei kannusta käyttämään ensihoitopalvelun resursseja tehokkaasti. Matkakorvauksia maksetaan kilometreistä ja ajasta, eikä tehtävän kiireellisyydellä ole vaikutusta korvaukseen.

Tarkastusviraston suositukset

1. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee huolehtia siitä, että sairaanhoitopiirien hätäkeskuksille antamaa ohjeistusta selkiytetään ja yhtenäistetään.
2. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee jatkaa sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmän uudistamista yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa siten, että järjestelmä kannustaa käyttämään ensihoitopalvelujen resursseja tehokkaammin.

Sisällys

Tarkastusviraston kannanotot	4
1 Mitä tarkastettiin	8
2 Onko kotihoito organisoitu siten, että ensihoitopalvelu voi toimia tarkoituksenmukaisesti?	10
2.1 Ensihoitopalvelun kustannuksista ei ole selvää kuvaa	10
2.2 Väestön ikääntyminen ja palvelurakenteen muutokset lisäävät ensihoitopalvelun tarvetta	17
2.3 Palveluja kotihoidon, ensihoidon ja päivystyksen välillä tulisi järjestää	19
2.4 Yhteistyötä on vähän, eivätkä tietojärjestelmät tue sitä	21
3 Onko ensihoitoa koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus toimivaa?	24
3.1 Hätäkeskuspäivystäjän riskinarviointiin vaikuttaa moni tekijä	24
3.2 Nopea apu edellyttää sairaanhoitopiireiltä toimivia ohjeita	26
4 Onko ensihoidon matkakorvausjärjestelmän kannustimet toimivia ja tarkoituksenmukaisia?	32
4.1 Matkakorvausjärjestelmää tulisi uudistaa	32
4.2 Potilaan kuljettamatta jättämisen ohjeistus on sekavaa	35
Liite: Miten tarkastettiin	37
Viitteet	42

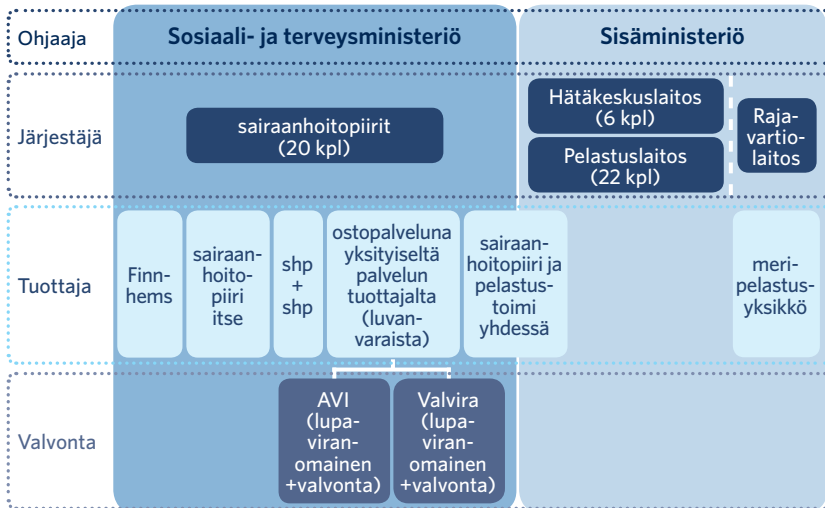


39

PROFILE II

1 Mitä tarkastettiin

Ensihoitopalvelu muodostuu kansalaisen, hätäkeskuksen, ensivasteyksikön, ensihoitopalvelun ja päivystysvastaanottojen yhteistoiminnasta (kuvio 1). Ensivasteyksiköitä ovat esimerkiksi sairaanhoitopiirin ambulanssit tai pelastuslaitoksen hälytysajoneuvot.



Kuvio 1: Ensihoitopalvelun järjestäminen ja tuottaminen

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille vuonna 2013. Samaan aikaan ensihoitopalvelun muutoksen kanssa uudistettiin hätäkeskustoiminta vuosina 2011–2014. Sairaanhoitopiirit kustantavat kaksi kolmasosaa ensihoidon kustannuksista, ja kolmasosa koostuu Kelan matkakorvauksista. Ensihoidon kokonaiskustannukset ovat arviolta 300 miljoonaa euroa vuodessa.

Ensihoitopalvelulle on tyypillistä alati muuttuva toimintaympäristö ja usean eri toimijan ja viranomaisen yhteistyö. Ensihoitopalvelussa joudutaan tekemään nopeita päätöksiä vähäisellä tietopohjalla. Toimintaympäristön muutokset, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisointi ja kotihoidon puutteet lisäävät ensihoitopalvelun kuormitusta ja kustannuksia. Ensihoitopalvelu on toimivaan kotipalveluun ja suunniteltuihin tukitoimiin verrattuna kallista. Vaikka ensihoitopalvelua on yritetty kehittää ohjeistuksella, eivät ohjeistukset ole vielä riittäviä. Ensihoitoketjun kehittäminen parantaisi hoitoketjun tuottavuutta, laatua, potilasturvallisuutta ja sitä kautta myös vaikuttavuutta.

Tarkastuksen pääkysymyksenä selvitettiin onko ohjauksella vaikutusta ensihoitopalvelun toimivuuteen.

Pääkysymykseen pyrittiin vastaamaan kolmella alakysymyksellä:

1. Onko kiireetön kotihoito suunniteltu ja organisoitu siten, että ensihoitopalvelu voi toimia tarkoituksenmukaisesti?
2. Onko ensihoitoa koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus toimivaa?
3. Miten matkakorvausjärjestelmä ohjaa ensihoidon toimintaa ja kustannuksia?

Tarkastus kuuluu tarkastusvirastossa vuonna 2017 aloitettuun teemaan, joka käsittelee kansalaisturvallisuutta muuttuvassa toimintaympäristössä.



2 Onko kotihoito organisoitu siten, että ensihoitopalvelu voi toimia tarkoituksenmukaisesti?

Luotettavaa tietoa ensihoitopalvelun kustannuksista on vaikea saada pääasiassa sen monikanavarahoituksen vuoksi. Rahoitus jakautuu monelle eri toimijalle, eikä ensihoidon kustannuksista ole yhtenäistä, valtakunnallista tilastoa.

Valtakunnallista tilastointia tarvitaan, jotta ensihoidon resursseja voidaan suunnitella tehokkaasti. Tilastointia varten tarvitaan mittareita, joilla voidaan arvioida luotettavasti ensihoitopalvelun vaikuttavuutta, kustannuksia ja laatua erilaisissa ensihoitotehtävissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutokset ja väestön ikääntyminen vaikuttavat ensihoitopalvelujen tarpeeseen. Ensihoidon ja kotihoidon palveluja on välttämätöntä kehittää, ja niiden välille tulisi luoda erilaisia palvelumuotoja kiireettömiä tilanteita varten. Esimerkiksi lääkäripalvelut tulisi integroida paremmin kotihoitoon. Ensihoidon ja kotihoidon tulisi myös tehdä yhteistyötä nykyistä suunnitelmallisemmin. Yhteistyön ja tiedonkulun tulisi olla tiiviimpää, jotta resurssien käyttö olisi tehokasta.

2.1 Ensihoitopalvelun kustannuksista ei ole selvää kuvaa

Ensihoitopalvelun rahoituksen monikanavaisuus vaikeuttaa kokonaiskustannusten arviointia

Ensihoitopalvelun rahoitus koostuu valtionosuuksista, Hätäkeskuslaitoksen toimintamenoista, Kelan matkakorvauksista, potilaiden omavastuuosuudesta ja kuntien valmiuskorvauksista. Valtio rahoittaa ensihoitoa osoittamalla kunnille laskennallisia valtionosuuksia. Vuonna 2018 nämä olivat yhteensä 8,5 miljardia euroa. Kunnat päättävät, miten ne kohdentavat valtionosuudet eri toimintasektoreiden välillä ja sisällä. Kunnissa ei tilastoida, mikä osa ensihoidon rahoituksesta rahoitetaan valtionosuuksilla.

Vuonna 2018 Hätäkeskuslaitoksen toimintamenot olivat 70 miljoonaa euroa, joista 60 prosenttia muodostuu hätäkeskuksen henkilömenoista. Hätäkeskuksen välittämästä 1,4 miljoonasta tehtävästä 55 prosenttia kohdistui ensihoitoon.

Ensihoitoon osallistuvien viranomaisten tavoitteena on, että avuntarpeeseen vastataan viivytyksettä ja ehkäistään vahinkojen vaikutuksia ja uusien vahinkojen syntymistä. Tutkimusten mukaan suurimmat kustannukset aiheutuvatkin välittömästi tapaturman tai sairastumisesta aiheutuvan hoidon jälkeen. Tällöin toiminnan tehokkuuden kannalta on oleellista, että hätäkeskuspäivystäjä vastaa hätäpuheluihin ja hälyttää hätätilanteeseen tarvittavat ensihoidon yksiköt paikalle nopeasti.

Ensihoitopalvelun rahoitusta on kuvattu taulukossa 1. ERICA-tietojärjestelmä on otettu käyttöön valtakunnallisesti toukokuussa 2019. Turvallisuusviranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä KEJO, joka on tarkoitettu ot-

Kunnissa ei tilastoida, mikä osa ensihoidosta rahoitetaan valtionosuuksilla

taa käyttöön vuonna 2020. Järjestelmän laajentaminen valtakunnalliseksi tapahtuu myöhemmin tehtävän aikataulusuunnitelman mukaisesti. Järjestelmien rakentamiseen varattiin valtion rahoitusta vuonna 2018 yhteensä 17 miljoonaa euroa. ERICA-tietojärjestelmän 10,2 miljoonaa euroa ja KEJOn 7,5 miljoonaa euroa sisältyvät Häätäkeskuslaitoksen toimintamenoihin. Häätäkeskuslaitoksen KEJOn kokonaiskustannuksista vain osa kohdistuu ensihoitoon.

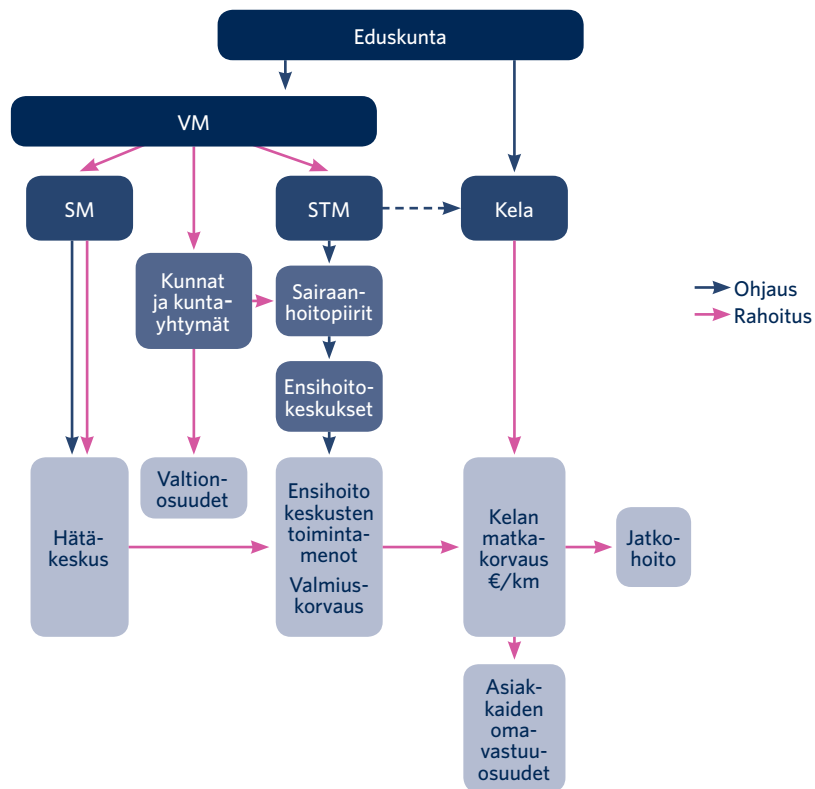
Taulukko 1: Ensihoitopalvelun rahoitus vuonna 2018, toteuma. Peruspalveluiden valtionosuuksista (8,5 miljardia euroa) ei voida eritellä ensihoidon osuutta. (Lähteet: Häätäkeskuslaitoksen tilinpäätös, valtion talousarvioesitykset, Kelan matkakorvausrekisteri, *Kuntaliiton selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidon bruttomenoista 2016)

Rahoittaja		milj. €
Valtio	Häätäkeskuslaitos	70
	ERICA-tietojärjestelmä	10,2
	Turvallisuusviranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä KEJO	7,5
	Peruspalvelujen valtionosuudet	8 500
Kela	Ambulanssimatkojen korvaukset	79
	Peruuntuneen kuljetuksen korvaukset	5
	Siirtokuljetusten korvaukset	15
	Asiakkaiden omavastuuosuudet	14
Kunnat ja kunta-yhtymät	Sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelu*	214

Sairaanhoitopiirit ovat arvioineet vuonna 2016 ensihoitopalvelun keskimääräiseksi kustannukseksi noin 39 euroa asukasta kohden vuodessa.¹ Tämän perusteella kaikkien sairaanhoitopiirien yhteenlasketut ensihoidon kustannukset olisivat 214 miljoonaa euroa vuodessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ensihoitopalvelun kustannusten on arvioitu nousseen sen jälkeen, kun järjestämisvastuu siirtyi vuonna 2013 kunnilta sairaanhoitopiireille.²

Asiaa ei ole tutkittu systemaattisesti, mutta eri sairaanhoitopiireistä saadut tiedot viittaavat tähän suuntaan. Luotettavaa tietoa kustannuksista on vaikea saada, pääasiassa ensihoidon monikanavarahoitukseen liittyvien tekijöiden vuoksi.³ Kuviossa 2 on esitetty ensihoidon monikanavarahoitus ja sen ohjaus.



Kuvio 2: Ensihoidon monikanavaisen rahoituksen ohjaus

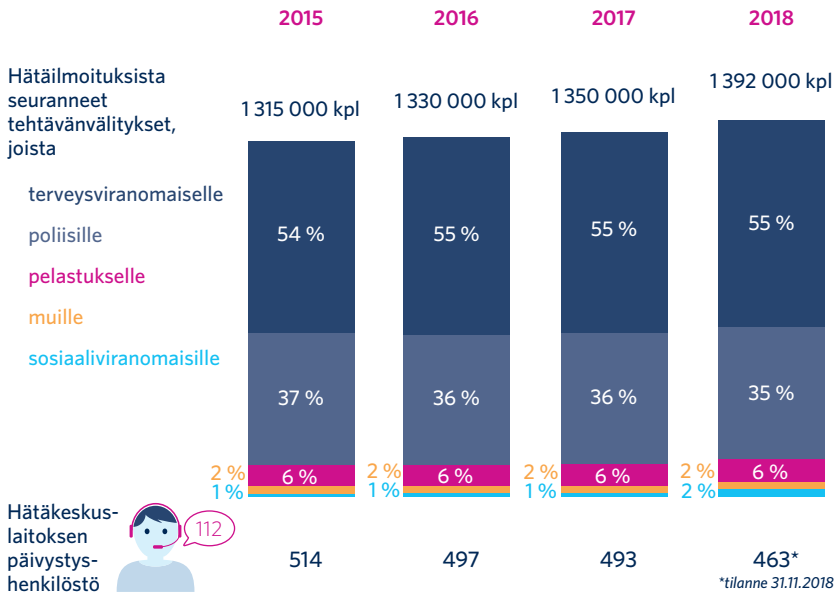
Kustannusten on arvioitu nousseen myös siksi, että vuoden 2011 terveydenhuoltolaissa ja ensihoitoasetuksessa nostettiin ensihoitoyksiköiden koulutustasovaatimuksia, mikä on vaikuttanut etenkin henkilöstökustannusten kasvuun. Ensihoitopalvelun suurin yksittäinen kustannustekijä on henkilöstökustannukset, jotka muodostavat eri arvioiden mukaan noin 70 prosenttia palvelun kokonaiskustannuksista. Ensihoitoasetuksen (340/2011) mukaan sairaanhoitaja voi toimia hoitotasoisessa ja lähihoitajatutkinnon suorittanut perustason ensihoitoyksikössä. Nordic Healthcare Groupin tekemän tutkimuksen mukaan yksikön muuttaminen perustasoisesta ensihoidon yksiköstä hoitotasoiseksi nostaa kokonaiskustannuksia arviolta 10–20 prosenttia.⁴ Ensihoitopalvelun kustannukset muodostuvat ensihoitokeskuksen, lääkäriyksikön, sairaanhoitopiirin oman ambulanssitoiminnan ja pelastuslaitoksen sopimuksen mukaan hoitaman toiminnan kustannuksista sekä yksityisille palveluntuottajille maksettavista valmiuskorvauksista.

Hätäilmoituksista 90 prosenttia terveystoimaisille tai poliisille

Suurin osa hätäkeskusten toimialoille välittämistä tehtävistä on terveystoimen ja erityisesti ensihoidon tehtäviä.⁵ Kuviossa 3 on kuvattu vuosina 2015–2018 välitetyt tehtävät, jotka ovat syntyneet hätäilmoituksen tekijän tekemän hätäpuhelun tai ilmoitinlaitehälytyksen kautta. Terveystoimaiselle välitetyt tehtävät ovat muodostaneet yli puolet kaikista tehtävistä ja poliisille välitetyt yli kolmanneksen. Siten näiden kahden viranomaisen suorittamat tehtävät käsittivät tarkasteluajanjaksolla 90 prosenttia kaikista tehtävistä. Tehtävien määrä on noussut maltillisesti tarkasteluajanjaksolla.

Hätäkeskuslaitos on merkittävä potilaiden ja resurssien ohjaaja ensihoidossa

Hätäkeskuksen välittämät puhelut ovat aina jonkin viranomaisen vastuulla. Hätäkeskuksen toiminnan tuottavuuden edellytyksenä on, että hätäkeskuspäivystäjien määrä on mitoitettu ja kohdennettu oikein. Hätäkeskuslaitoksella on ollut vaikeuksia rekrytoida päivystyshenkilöstöä.⁶ Vuodesta 2015 vuoteen 2018 hätäkeskuspäivystäjien määrä on vähentynyt noin 10 prosenttia. Tämä on näkynyt ajoittain hätäkeskuspuheluiden ruuhkautumisena.⁷



Kuvio 3: Hätäkeskuslaitoksen hätäpuheluiden jakaantuminen viranomaisittain ja päivystyshenkilöstön määrä vuosina 2015–2018. (Lähde: Hätäkeskuslaitos)

Hoitoketjun vaikuttavuuden seuranta edistäisi ensihoitopalvelun resurssisuunnittelua

Tällä hetkellä tuotetaan ja tilastoidaan ainoastaan osa hälytyksiin liittyvästä tiedosta. Ensihoitoketjun kokonaisaikaa ei nykyisellään voida seurata riittävällä tarkkuudella valtakunnallisesti. Puutteelliset tiedot toiminnan tehokkuudesta heikentävät resurssien tarkoituksenmukaista suunnittelua ja kohdentamista.

Ensihoitopalveluiden eri kiireellisyyssluokille on määritelty tavoiteaika. Sen mittaus alkaa hetkestä, jolloin ensihoitoyksikkö saa hätäkeskukselta tehtävän, ja päättyy, kun ensihoidon yksikkö on kohteessa (kuviassa 4: 2–3). Sen sijaan ei mitata sitä aikaa, joka kuluu, kun hätäpuhelun soittaja soittaa hätäkeskukseen, vastaa hätäkeskuspäivystäjän kysymyksiin ja odottaa tietoa siitä, milloin ensihoitoyksikkö lähtee tehtävälle (kuviassa 4: x–0).



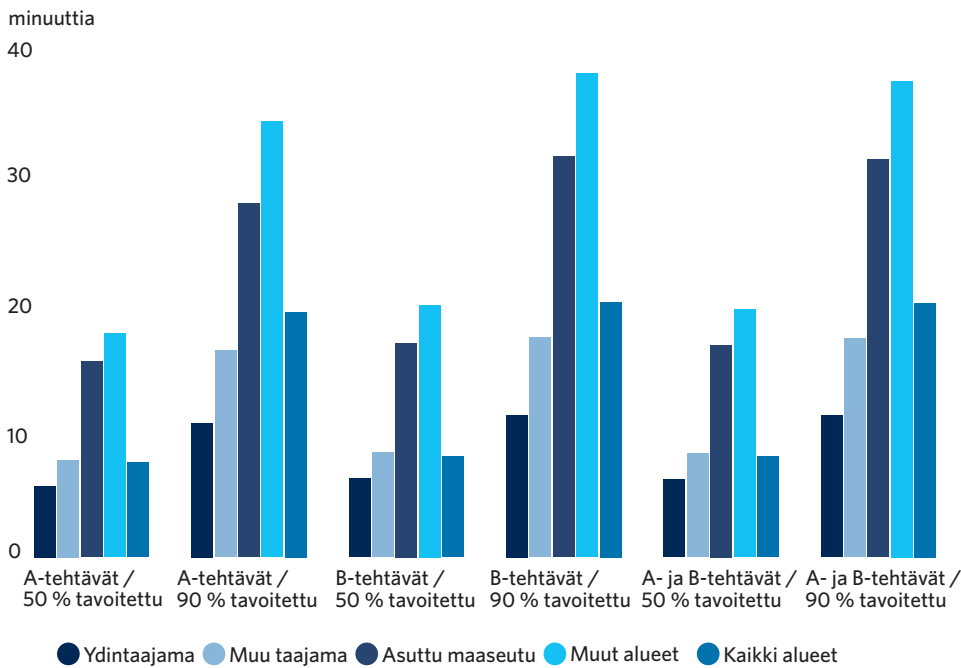
Kuvio 4: Ensihoidon palveluketjun vaiheet ja niiden seuranta

Ensihoitopalvelun suunnittelun lähtökohtana tulee olla saman tasoisten palvelujen tarjoaminen riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueille. Sairaanhoitopiirit määrittelevät palvelutasopäätöksessä asiakkaan tavoittamisajat. Palvelutasopäätöksessä olevat tavoitteet eivät mittaa siten ensihoitoketjun asiakkaan todellista tavoittamisaikaa. Toisaalta aikatavoitteet eivät ole välttämättä erityisen informatiivisia. Ensihoidon asiantuntijoiden mukaan nykyisestä mittaamisesta on hyötyä vain aikakriittisissä elvytystilanteissa⁸ eikä nykyinen aikatavoite kuvaa ensihoitoketjun kokonaisaikaa tai laatua. Laatumittareita onkin tarkoitus kehittää. Lisäksi tarvitaan mittareita, joilla on mahdollista arvioida ensihoitopalvelun kustannus-vaikutavuutta erilaisissa ensihoitotehtävissä.

Ministeriön mukaan kaupunkikeskustoissa ensihoitopalvelu saadaan paikalle nopeasti ja valtakunnallisesti melko yhdenvertaisesti. Kaupunkikeskustojen ulkopuolella tavoittamisajoissa on vaihtelua. Koko maassa korkeimman hälytyskiireellisyuden eli A- ja B-kiireellisyysluokkien tehtävistä ensihoitoyksikkö tavoittaa potilaan ydintaajamissa puolet 5½ minuutissa ja 90 prosenttia 9 minuutissa. Vastaavasti muissa taajamissa 50 prosenttia tavoitetaan 7½ minuutissa ja 90 prosenttia 16½ minuutissa. Ajat ovat mediaaniaikoja. (Ks. kuvio 5.)

Tulevaisuudessa ERICA-järjestelmän käyttöönotto mahdollistaa ajankohtien mittaamisen siitä lähtien, kun hätäpuhelu kytkeytyy soimaan hätäkeskusjärjestelmässä ja soittaja jonottaa hätäkeskukseen. Tällä hetkellä mitataan systemaattisesti vain tavoittamisaikoja, eli sitä kuinka kauan ensihoidolla vie hälytystehtävän saamisesta kohteeseen saapumiseen. Valtakunnallisesti ei ole ollut mahdollista kerätä varsinaisen ensihoidon tietoja ja arvioida ensihoidon tuloksellisuutta. Tämä mahdollistuu KEJO-järjestelmän käyttöönoton myötä ja silloin, kun tiedot saadaan yhdistettyä valtakunnallisiin hoitoilmoitustietoihin.

Aikatavoite ei kuvaa ensihoitoketjun kokonaisaikaa



Kuvio 5: Ensihoidon tavoittamisajat koko Suomessa A- ja B-kiireellisyyksien tehtävissä tammikuu-kesäkuu 2018. (Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö, ensihoidon palvelutasopäätösdata)

Ensihoidon asiantuntijoiden mukaan suurin syy hälytysviiveisiin on maantieteelliset etäisyydet eli pitkät välimatkat. Tavoiteajan toteutuminen riippuu siitä, miltä asemapaikalta ensihoidon yksikkö lähtee tehtävälle. Pohjois-Suomen ja Itä-Suomen sairaanhoitopiireissä ensihoitopalvelun tehtävälue voi olla monta sataa kilometriä pitkä, jolloin yhdensuuntainen matka voi kestää useita tunteja.

Toinen syy siihen, ettei tavoitteita saavuteta, on erilaiset ruuhkatilanteet sairaalan päivystyksessä. Päivystyksen hoitohenkilöstön moninkertainen hoidon tarpeen arviointi ja raportointi aiheuttavat hetkittäisiä viiveitä ensihoitoyksikön siirtyä seuraavalle tehtävälle. Viiveitä aiheuttavat myös yksittäiset ruuhkatilanteet, jolloin kaikki ensihoidon yksiköt ovat kiinni edellisissä tehtävissä. Kaikkiin paikkoihin ei myöskään päästä ympäri vuoden teitä pitkin. Suomen Ensihoitoalan Liiton näkemyksen mukaan kohtaamisviiveellä on potilaan kannalta merkitystä vain aikakriittisissä tehtävälajeissa. Tärkeämpää olisi kiinnittää huomiota hälytyksenannon sisältöön. Ensihoitoyksikköä ei tulisi hälyttää vajavaisin tiedoin, väärällä kiireellisyysluokituksella tai tehtävälajilla.

Ensihoitopalvelun resurssien tilastointia tulee yhtenäistää

Ensihoitopalvelujen tietoja ja resursseja ei tilastoida järjestelmällisesti. Tilastointia vaikeuttaa se, että sairaanhoitopiirit ovat organisoineet ensihoitopalvelun eri tavoilla. Kirjava palvelujärjestelmä hankaloittaa kustannustietojen keruuta myös paikallisella tasolla. Tilastojen perusteella ei saada riittävästi tietoa esimerkiksi siitä, kuinka paljon ensihoitopalvelun kustannukset todellisuudessa ovat. Ensihoitopalvelun kustannukset tulisi koota yhteen esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen Sotkanet-tietokantaan.

Nykyisten ensihoidon potilasasiakirjojen tiedot eivät tallennu sairaaloiden tai terveyskeskusten potilasasiakirjoihin. Ensihoidon potilasasiakirjat

Yhtenäinen valtakunnallinen tilasto ensihoitopalvelun resursseista lisääisi kustannustietoisuutta

tallennetaan palveluntuottajan arkistoon, potilaan vastaanottavan hoitolaitoksen arkistoon tai ensihoitopalvelun rekisterinpitäjän eli sairaanhoitopiirin arkistoon. Tiedot tallentuvat myös Kelan tai vakuutusyhtiön arkistoon, jos potilas hakee niistä korvauksia.⁹

Kuntaliiton selvityksessä on tilastoitu vuosilta 2013–2014 ja 2015–2016 ensihoitopalvelun resurssit, kuten esimerkiksi ensihoitopalvelun tehtävämäärät, ambulanssien määrät, tietojärjestelmät, kustannusten jako sekä netto- ja bruttomenot. Ensihoitopalvelujen kustannusten jaosta on olemassa erilaisia käytäntöjä. Kustannuksia voidaan sairaanhoitopiireissä jakaa esimerkiksi asukasmäärän tai asukasmäärän ja tehtävämäärien mukaan. Asukasmäärä ja tehtävämäärät voivat vaikuttaa eri painoilla kustannusten jakautumiseen.

Tulevina vuosina sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on luoda valtakunnallinen ensihoitopalvelun tietovaranto. Suunnitelmissa on, että tulevaisuudessa ensihoidon tiedot tulisivat myös Kanta-palveluun. Häätokeskuslaitoksen ERICA-tietojärjestelmän ja viranomaisten yhteisen KEJO-järjestelmän myötä ensihoitoketjun kokonaisaikaa olisi siten mahdollista seurata. Tällöin voidaan suunnitella ja organisoida ensihoitoketjua paremmin sekä tarkastella myös ensihoitopalvelun laatua.

Moni tekijä kasvattaa ensihoidon kuormitusta

Ensihoidon tehtävämäärät kasvavat vuosittain keskimäärin kaksi prosenttia¹⁰. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän tutkimuksen mukaan vuosina 2012–2014 ensihoitopalvelun kokonaistehtävien määrä kasvoi eniten suurissa sairaanhoitopiireissä. Tehtävien kokonaiskestossa ei kuitenkaan tapahtunut muutoksia. Suurissa kaupungeissa tehtävien kokonaiskesto jäi keskiarvon alapuolelle, kun taas pienillä ja harvaan asutuilla paikkakunnilla tehtävät kestivät jopa kaksi kertaa maan keskiarvoa pidempään. Tämä selittyy pidemmällä kuljetusetäisyyksillä.¹¹

Ensihoidon kuormituksen kasvuun on useita syitä. Ikäihmisten palvelujen organisointitapa vaikuttaa ensihoitopalvelun tehtävämääriin. Yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisaatiolla ja toteutustavalla on suuri merkitys ensihoitopalvelun suunnitteluun ja käyttöön¹². Myös muutokset toimintaympäristössä, väestön ikääntyminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän keskittäminen vaikuttavat asiaan.

2.2 Väestön ikääntyminen ja palvelurakenteen muutokset lisäävät ensihoitopalvelun tarvetta

Ikääntyneiden laitospaikkojen vähentäminen ja siirtyminen kotihoitoon lisää ensihoitopalvelujen tarvetta

Ikäihmisten palveluiden organisointitapa vaikuttaa ensihoitopalvelun käyttöön. Laitospaikkojen vähentäminen ja siirtyminen kotihoitoon lisää ensihoitopalvelun tarvetta.

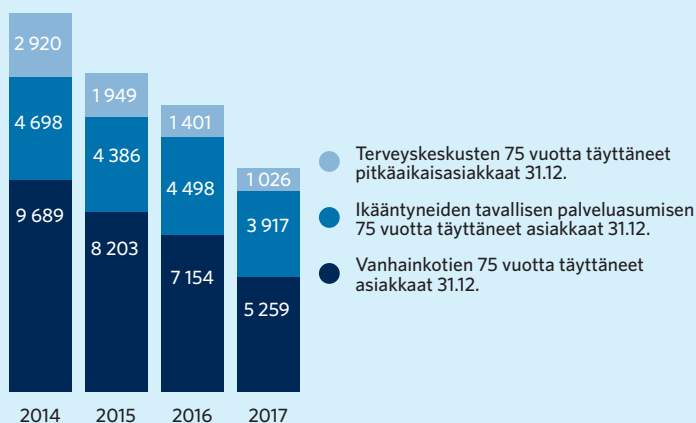
Ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaan ensihoitopalvelu on suunniteltava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että hoitolaitosten ulkopuolella toimivat liikkuvat yksiköt eli kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut muodostaisivat alueellisen kokonaisuuden.¹³ Aiemmin sairaanhoitopiirit vastasivat yksin terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien laatimisesta. Nyt vastuuta suunnittelusta on myös kunnilla.¹⁴ Kahdenkymmenen sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelman ja tarkastuksen haastattelujen perusteella sairaanhoitopiireissä kotona annettavien päivystyspalvelujen kokonaisuutta suunnitellaan ja yhteistyötä kotipalvelun kanssa tehdään vielä varsin vähän. Vaikka ikääntyneet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakkaita, suunnitelmissa harvemmin kuitenkaan mainitaan ikäihmisten kotiin annettavien palvelujen ja ensihoitopalvelun välisestä yhteistyöstä. Ensihoidon ja kotihoidon näkökulmasta päätöksenteossa tulisi olla selkeät vastuut, työjako ja ohjeet siitä, millaisessa tilanteessa vaativien asiakasryhmien siirtoa suunnitellaan kotihoitoon.

Tarkastushavainnot ja sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta viittaavat siihen, että ensihoitotehtävien lisääntymisen yksi syy on kuntien päätös vähentää laitospaikkoja ja siirtää painopistettä kotiin annettaviin palveluihin. Sen seurauksena entistä huonokuntoisempia ja monisairaita iäkkäitä hoidetaan nykyisin kotona. Ensihoito kuljettaa toistuvasti ikäihmisiä päivystyspisteisiin, jotka eivät pärjää kotona. Päivystyksestä heidän kotiutetaan nopeasti hoitopaikkojen vähäisyyden vuoksi. Ikäihmiselle jatkohoitopaikkaa etsittäessä ei paneuduta hoidon tarkoituksenmukaisuuteen ja suunnitelmallisuuteen.

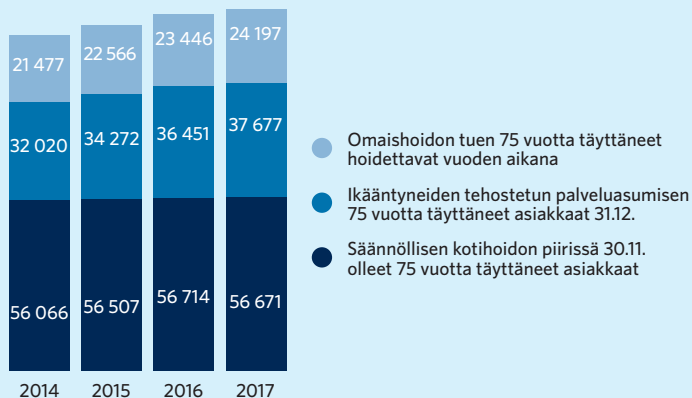
Tulisi olla selkeät vastuut, työjako ja ohjeet, milloin vaativien asiakasryhmien siirtoa suunnitellaan kotihoitoon

Vanhainkotipaikat ovat vähentyneet merkittävästi

Sosiaali- ja terveysministeriössä laadittiin vuonna 2013 toimenpidesuunnitelma iäkkäiden laitoshoidon vähentämiseksi ja kotiin annettavien palvelujen lisäämiseksi. Tämä oli osa pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen rakennepoliittista suunnitelmaa. Tarkoitus oli muuttaa iäkkäiden palvelujen rakennetta ja hillitä kustannusten kasvua ikääntyneiden määrän kasvaessa. Suunnitelman tarkoituksena oli purkaa myös asumispalvelujen normiluonteisia suosituksia ja siten helpottaa ja kannustaa kuntia edistämään laitosasumisen vaihtoehtoja. Rakennepoliittisen suunnitelman seurauksena 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden vanhainkotipaikat ovat vähentyneet vuodesta 2014 vuoteen 2017 yli 54 prosenttia ja terveyskeskusten paikat yli 35 prosenttia.¹⁵



Kuvio 6: Vanhainkotien-, tavallisen palveluasumisen- ja terveyskeskusten 75-vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrät vuosina 2014–2017. (Lähde: THL, Sotkanet)



Kuvio 7: Omaishoidon tuen-, tehostetun palveluasumisen ja säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuosina 2014–2017. (Lähde: THL, Sotkanet)

Samaan aikaan kun ikääntyminen ja huonokuntoisuus lisääntyy ja laitospaikat vähenevät, säännöllisen kotihoidon käyntimäärät kasvavat.¹⁶ Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2017 lopulla melkein 74 000 ja heistä 77 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä (kuvio 7). Kotihoidon asiakkaista joka viidennellä on muistisairaus. Vuonna 2017 vajalle kolmannekselle säännöllisen kotihoidon asiakkaista tehtiin vähintään 60 käyntiä kuukauden aikana.¹⁷

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen keskittäminen voi vaikuttaa ensihoitopalvelutoimintaan

Ensihoidon toimijoilla on selkeä näkemys siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen keskittäminen pidentää ensihoidon kuljetusmatkoja. Päivystysten ja muiden palvelujen, kuten esimerkiksi röntgenin ja lääkäreiden iltavastaanottojen, keskittäminen voi lisätä myös ensihoitopalvelujen ja mahdollisesti hoitolaitosten siirtokuljetusten tehtävämääriä.

Suomessa toteutetaan parhaillaan vuonna 2017 aloitettua sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen ja sairaaloiden työjaon uudistusta, jonka tavoitteena on muun muassa varmistaa valtakunnallisesti yhdenvertaiset palvelut, henkilöstön riittävä osaaminen ja asiakas- ja potilasturvallisuus sekä hillitä kustannusten kasvua. Uudistuksen olennainen osa on keskitää hoito suurempiin yksiköihin. Keskittämällä hoito arvioidaan säästettävän noin 35 miljoonaa euroa vuosina 2017–2020. Matkakustannusten arvioidaan joissain määrin lisääntyvän, sillä sairaankuljetusten keskipituus voi kasvaa alueilla, joissa vaativia päivystyshoitoja tarjoavien, laajojen yksiköiden määrä vähenee. Ensihoidon uudistamisen kautta arvellaan saavutettavan noin 5 miljoonan euron säästöt. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ensihoitopalvelun rooli korostuu päivystysuudistuksen yhteydessä.¹⁸

Suomen Ensihoitoalan Liiton näkemyksen mukaan hoitolaitosten, vuodeosastojen ja lääkäripäivystysten keskittäminen lisää ensihoidon kuljetusmatkoja. Pitenevät kuljetusmatkat ja ensihoitopalvelulle kuulumattomat tehtävät sitovat yksiköitä, jolloin uhkana on, että kiireellisten tehtävien hoito viivästyy.¹⁹ Ensihoidon asiantuntijoiden mukaan hoidon keskittäminen lisää ensihoidon tehtäväsidonaisuutta, ja joillakin alueilla voi syntyä ambulanssiyhjöitä ja palveluiden saatavuus heikentyä.

Palvelujen keskittäminen pidentää ensihoitopalvelun kuljetusmatkoja ja voi lisätä ensihoitopalveluun kuulumattomia tehtäviä

2.3 Palveluja kotihoidon, ensihoidon ja päivystyksen välillä tulisi järjestää

Nykyinen palveluvalikoima kotihoidon, ensihoidon ja päivystyksen välillä ei ole riittävä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi kehittää erilaisia palvelumuotoja kotihoidon ja päivystyksen välille vastaamaan nykyiseen kiireellisten palvelujen kysyntään. Palvelujen kehittämisessä ollaan kuitenkin jomennossa hyvään suuntaan.

Lääkäripalvelujen tiiviimpi integrointi osaksi kotihoitoa sujuvoittaisi hoitoketjuja

Tarve kuljettaa kotihoidossa olevia ikääntyneitä lääkäriin tai päivystykseen vähenee, jos lääkäripalvelut on liitetty tiiviisti osaksi kotihoitoa. Mikäli kotihoidossa halutaan hoitaa paljon hoitoa vaativia asiakkaita, kotihoidon näkemyksen mukaan tarvitaan myös lisää lääkäripalveluja, jotta asiakkaat voidaan hoitaa turvallisesti. Kotihoidolla ei kuitenkaan ole aina omaa, nimettyä lääkäriä, mikä on kotihoidon asiantuntijoiden mukaan suuri puute. Vaikka kotihoidon tukipalveluja ja henkilöstömäärää on lisätty, kotihoidon lääkäripalveluihin ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Niissä kunnissa, joissa kotihoidon lääkäripalvelut on yhdistetty tiiviisti osaksi kotihoitoa, lääkärikonsultaatiot ja lääkäripalvelut ovat helpommin saatavilla ja ensihoitopalvelua tarvitaan aiempaa vähemmän.²⁰

Ensihoitopalvelun palveluvalikoimaa on edelleen kehitettävää

Tarkastuksen haastatteluissa kotihoidon asiantuntijat toivat esille useita kehittämisehdotuksia siitä, mitä kotihoidossa tulisi tehdä, jotta ensihoitoon ei tarvitsisi tukeutua niin usein. Asiantuntijoiden mukaan tulisi muun muassa kehittää kotihoidon, ensihoidon, päivystyksen ja sairaalaosastojen hoitoketjua, lisätä palveluvalikoimaa, kuten kuntoutuspalveluja ja toimintaterapeuteja, perustaa sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen, ympärivuorokautinen neuvontapuhelin ja tehostaa yöaikaista kotisairaanhoidoa.

Valviran asiantuntijan mukaan hätäkeskuspuhelut vähenisivät, jos pitkäaikaispotilaille olisi kunnolliset, ongelmia ehkäisevät hoitosuunnitelmat ja mahdollisuus saada lääkäri akuutissa tilanteessa kotiin. Myös terveydenhuollon toimivat puhelinpalvelut ja kotihoidon akuuttipalvelut vähentäisivät ensihoidon tarvetta.²¹

Ensihoitopalvelun yhden henkilön yksiköt tulivat mahdolliseksi, kun ensihoitoasetusta uudistettiin vuonna 2013. Niitä on perustettu erityisesti harvaan asutuille alueille. Yhden henkilön ensihoitoyksiköt on organisoitu ensihoidon yhteyteen, mutta joissakin sairaanhoitopiireissä vastaavaa toimintaa on organisoitu myös kotisairaanhoidon yhteyteen.

Yhden henkilön ensihoitoyksiköitä käytetään kiireettömissä tehtävissä. Ne eivät kuljeta potilaita jatkohoitoon, vaan yksikkö käy arvioimassa hoidon tarpeen. Yhden henkilön yksikkö voi auttaa myös kotihoitoa tilanteissa, joissa kotipalvelulla ei ole sairaanhoitajaa käytössä juuri kyseisellä hetkellä.

Etelä-Karjalan terveys- ja sosiaalipiirin Eksoten tekemissä laskelmissa on todettu, että kotona annettava ensihoito maksaa kolmanneksen siitä, mitä potilaan kuljettaminen päivystykseen ja hoitaminen siellä maksaa.²² Haastateltujen ensihoidon asiantuntijoiden mukaan yhden henkilön yksiköt voivat joitakin osin paikata myös avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan ongelmia. Lisäksi yhden henkilön yksiköt voisivat olla ratkaisu potilaiden kotihoidon hoidontarpeen arviointiin. Kotihoidon asiantuntijoiden mukaan päivystyskäyntejä tehtäisiin vähemmän, mikäli yhden henkilön ensihoitoyksiköitä olisi enemmän.

Yhden henkilön ensihoidon yksiköistä on koettu hyödyllisiksi

Hätänumeron rinnalle tarvitaan yksi yhteinen neuvontanumero

Hätänumero 112:een ohjautuu nykyään liikaa neuvontatyyppejä puheluilla. Tilannetta on yritetty ratkoa perustamalla neuvontanumeroita.

Kunnissa on järjestetty terveysneuvontaa puhelinpalveluna vaihtelevasti. Sosiaali- ja terveysministeriön on kehittänyt yhdessä Hätäkeskuslaitoksen ja muiden viranomaisten kanssa kansallista päivystyspalvelua, joka toimisi hätäkeskuksen ja ensihoidon välillä. Tavoitteena on parantaa asukkaiden saamaa palvelua sekä vähentää päivystyskäyntejä ja ensihoidon tehtävämääriä. Päivystysapuun 116 117 soittamalla ihmiset saisivat neuvontaa ja ohjausta tilanteissa, jotka ovat kiireellisiä mutta eivät varsinaisia hätätilanteita. Se vähentäisi hätäkeskusten ja päivystysten turhaa kuormitusta. Tavoitteena on saada palvelu käyttöön koko Manner-Suomessa vuoden 2019 aikana.

Vuonna 2017 voimaan tulleilla terveydenhuoltolain muutoksilla annettiin erityisvastuualueiden ensihoitokeskuksille laajempia ohjaustehtäviä, ja keskusten tehtäväksi säädettiin muun muassa koordinoita ensihoitopalveluun kuuluvia potilassiirtoja. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan näillä toimenpiteillä sekä lisäämällä sosiaalipäivystyksen kanssa tehtävää yhteistyötä saadaan purettua päällekkäisiä toimintoja ja siten myös taloudellisia säästöjä.

2.4 Yhteistyötä on vähän, eivätkä tietojärjestelmät tue sitä

Kotihoidon ja ensihoidon yhteistyö on toimivaa, silloin kun sitä tehdään. Yhteistyötä ei kuitenkaan ole riittävästi vaan satunnaista ja tapauskohtaista, vaikka asiakkaat ovat yhteisiä. Sekä kotihoito että ensihoito ovat tiedotaneet yhteistyön riittämättömyyden. Kotihoidon ja ensihoidon välinen yhteistyö kohdistuu yleensä yksittäisten asiakkaiden hoitokäytäntöihin. Eniten yhteistyötä tehdään yöaikaan sekä niiden asiakkaiden kohdalla, jotka herkästi soittavat päivystykseen ja käyttävät paljon ensihoitopalvelua. Sen sijaan johtotason säännöllisiä verkostopalavereita on harvoin. Ydintaajamissa yhteistyötä ensihoidon ja kotihoidon kesken tehdään vähemmän kuin esimerkiksi harvaan asutuilla alueilla.

Pirstaleinen tietojärjestelmä vaikeuttaa hoitoketjun tilastointia ja ensihoidon kokonaiskuvan hahmottamista

Tarkastushavaintojen mukaan potilastietojärjestelmä vaikeuttaa ensihoitajien ja kotipalvelun yhteistyötä. Reaaliaikaisen tiedon siirtäminen hoito- ja palveluketjussa ei onnistu. Asiakas- tai potilastiedon välittymistä estävät lisäksi asiakirjojen käyttöoikeudet. Ensihoitajilla on yleensä oikeus lukea erikoissairaanhoidon potilaskertomustietoja, mutta kotihoidon lukuoikeuksia on rajoitettu, sillä sitä sääntelee sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki.

Käytännössä tiedonvälityksessä voi olla myös teknisiä ongelmia siten, että eri toimijoilla ei ole pääsyä toistensa potilastietojärjestelmiin. Ensihoidolla on esimerkiksi Esko-tietojärjestelmä ja kotihoidolla mobiililaitteilla toimiva Pegasos-tietojärjestelmä. Kotihoito ei pääse lukemaan asiakkaan tietoja, jos ensihoito on vienyt asiakkaan päivystykseen, eivätkä ensihoidon tiedot asiakkaasta siirry kotihoitoon.

Toisaalta kun ensihoitajat ovat päättäneet ensihoitokertomuksen, ei myöskään heillä ole enää mahdollisuutta päästä uudestaan potilaan tietoihin. Ainoastaan kenttäjohtaja voi jälkikäteen tehdä omavalvontaa potilastiedoista. Saattohoitopotilaiden kohdalla on jouduttu palaamaan vanhaan toimintamalliin eli paperisiin hoitokansioihin, koska kotihoidolla ja ensihoidolla on erilainen sähköinen potilastietojärjestelmä.

Tiedonvälitys parantuu, kun KEJO-järjestelmä otetaan käyttöön ja kun sähköisen ensihoitokertomus voidaan jatkossa liittää Kanta-järjestelmään.



SOITA
112

Olet tässä

60°

9.930

P

024°

54.799

I

Koordinaattijärjestelmä: WGS84
Paikannustarkkuus: 25 m

HÄTÄNUMERO

PAIVYSTYS-
NUMEROT

3 Onko ensihoitoa koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus toimivaa?

Ohjeet vaikuttavat suuresti hätäkeskuspäivystäjän tekemään arvioon siitä, tarvitaanko tilanteessa ensihoidon resursseja ja jos tarvitaan, millaisia resursseja. Sairaanhoitopiirien hätäkeskuksille annettavat ohjeet eivät kaikilta osin toimi hätäkeskuspäivystäjän arjessa. Alueellisissa ohjeissa on poikkeuksia tai ohjeet ovat liian yksityiskohtaisia. Hätäkeskusten toimintaa selkeyttäisi se, että hätäkeskusalueen kaikissa sairaanhoitopiireissä olisi käytössä yhden yhtenäiset ohjeet.

Ensihoitopalvelun kuljetuksia ja potilassiirtoja ohjeistaa useat eri toimijat usealla eri ohjeella. Ohjeita on selkiytetty, mutta ne aiheuttavat tulkintaongelmia ja voivat ohjata käyttämään ensihoitoa tarpeettomasti.

Ohjeiden lisäksi hätäkeskuspäivystäjän arvioon tilanteen vaatimista ensihoidon resursseista vaikuttaa saatavilla olevan tiedon laatu ja määrä, tilannekuva sekä mahdollisesti virkamiesvastuu.

Hätäkeskuspäivystäjille annettavan ohjekoulutuksen tulisi olla systemaattista ja koulutuksen velvoittavuutta tulisi lisätä.

3.1 Hätäkeskuspäivystäjän riskinarviointiin vaikuttaa moni tekijä

Ensihoidon järjestäminen ja ohjeistus on monen toimijan vastuulla

Tarkastus osoitti, että sosiaali- ja terveysministeriön vastuut ja roolit ensihoitopalveluun kohdistuvassa ohjauksessa kaipaavat terävöittämistä. Ensihoitopalvelun ohjausta heikentää osaltaan se, että sosiaali- ja terveysministeriön ja sisäministeriön välinen yhteistyö ensihoitopalvelussa on ollut vähäistä. Yhteistyön puute näkyy muuna muassa siinä, että keskeisiä viranomaisohjeita ei ole yhtenäistetty, jolloin niihin jää tulkinnanvaraa. Epäselvät ohjeet vaikeuttavat esimerkiksi hätäkeskuspäivystäjien riskinarviointia sekä hätäkeskuspäivystäjien ja ensihoitoyksiköiden välistä yhteistyötä. Näyttää kuitenkin siltä, että ohjausrooli ja yhteistyö ovat vielä muotoutumassa. Ensihoidon ohjeistaminen on kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla.²³

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii ensihoitojaos, joka koostuu sairaanhoitopiirien ensihoitolääkäreistä ja Hätäkeskuslaitoksen asiantuntijoista.²⁴ Ensihoitojaoksen tehtävä on kehittää ensihoidon toimintaa ja sopia yhteisistä linjauksista. Ensihoitopalvelun järjestämistä on 20 sairaanhoitopiirillä. Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut sairaanhoitopiirejä yhteisellä ohjeella ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimisesta. Siinä sairaanhoitopiirit määrittelevät ensihoitopalvelun tavoitteet ja mittarit. Kunnat, sairaanhoitopiirit ja ensihoidon palvelujen tuottajat tekevät yhteistyötä hätäkeskusten kanssa.

Sisäministeriön ohjauksessa toimivien hätäkeskusten tehtävä on arvioida tehtävän kiireellisyys ja käytettävissä olevat resurssit myös tehtävissä, jotka kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintavastuulle. Hätäkeskuksille annettavat paikalliset ohjeet ensihoitoyksiköiden hälyttämisperi-

aatteista ja tavoittamisajoista valmistellaan erityisvastuualueittain sairaanhoitopiirien ensihoitokeskusten johdolla. Hätäkeskuslaitoksen siirtyessä uuteen ERICA-tietojärjestelmään ja koko maata kattavaan tietokantaan, on myös eri sairaanhoitopiirien kuntayhtymien laatimat hälytysohjeet sovitettava uuteen järjestelmään.²⁵

Ensihoidon toimijat eivät koe saamaansa ohjausta vielä yhdenmukaiseksi, selkeäksi ja riittäväksi. Ensihoitopalvelussa on liikaa alueellisia eroja esimerkiksi ohjeistuksessa. Ensihoidon asiantuntijat toivoivat sosiaali- ja terveysministeriöltä yhteisiä linjauksia muun muassa kuljettamatta jättämisestä, hoito-ohjeista, lääkehoito-ohjeista ja koulutusasioista.

Hätäkeskuspäivystäjä joutuu muodostamaan nopean tilannekuvan, arvioimaan tehtävän kiireellisyyden sosiaali- ja terveysministeriön riskiarvointiohjeen mukaisesti ja valitsemaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen ohjeen perusteella tarkoituksenmukaisimmat resurssit ensihoitotehtävälle.²⁶ Tilannekuva pitää muodostaa ja jatkotoimista päättää pelkän hätäpuhelun perusteella.

Hätäkeskuspäivystäjien riskiarvio saattaa heijastua ensihoitohenkilöstön työtakkaan. Terveystoimen riskiarvio-ohjeistus on laadittu siten, että se tunnistaisi korkean kiireellisyysluokan tehtävät mahdollisimman hyvin. Tämä voi aiheuttaa sen, että riskiarvio-ohjeistusta noudattamalla päivystäjä on voinut ensihoitajien mukaan arvioida alemman kiireellisyysluokan tehtävän kiireellisemmäksi, mikä on johtanut siihen, että tehtävälle lähetetään enemmän ensihoitoyksiköitä kuin tarve vaatisi. Terveystoimen ohjeistus on myös voinut olla ristiriidassa yleisen valtakunnallisen riski-arvointiohjeen kanssa.²⁷ Ohjeiden ristiriidat vaikeuttavat hätäkeskuspäivystäjän päätöksentekoa tehtävien luokittelussa.

Tarkastusviraston kyselyn mukaan tiedon laatu ja määrä vaikuttavat merkittävästi hätäkeskuspäivystäjän päätökseen joko hälyttää tai olla hälyttämättä viranomaisyksikkö. Hyvä tilannetietoisuus on ratkaisevan tärkeää myös potilasturvallisuudelle ja sille, että potilas saadaan mahdollisimman nopeasti toimintakykyiseksi.²⁸ Kolme vastaajaa viidestä katsoi, että tarve muodostaa tilannekuva nopeasti pelkän hätäpuhelun perusteella vaikuttaa merkittävästi voimavarojen arviointiin.

Kyselyssä tiedusteltiin hätäkeskuspäivystäjiltä kiireellisyysluokkien arvioinnin haastavuutta. Vastaajien mukaan kiireellisyysluokista vaikein arvioitava on niin sanottu kiireeton D-tehtävä. Myös C ja D-tehtävien välinen riskiarvio on hankalaa. Nykyinen ohje ei tue myöskään kaikilta osin kiireettömiä, niin sanottuja N-tehtäviä. Tällä hetkellä millekään tehtävälle ei ole määritelty N-kriteeriä.

Vastauksista ilmeni, että tietyt sairaudet ja ryhmät ovat vaikeita arvioida. Tällaisia ovat potilaat, joilla on monia ongelmia, yleistilan laskuun liittyvät tehtävät, mielenterveyspotilaat, lapset, vammaiset ja ikäihmiset, jotka eivät pärjää kotona.

Ensihoidon tehtäväluokassa on kaksi yleistilaan liittyvää tehtävää: heikentynyt yleistila (tehtävännumero 774 kiireellisyysluokka C) ja äkillisesti heikentynyt yleistila (tehtävännumero 705 kiireellisyysluokka A, B, C). Molemmat tehtävät ovat oireiltaan hyvin samankaltaisia, mutta tehtävän kiireellisyyden kannalta on tärkeä erottaa, kummasta tehtävästä on kyse. Erityisesti näiden kahden tehtävän erottaminen ja arvioiminen koettiin vaikeaksi. Yleensä nämä tehtävät liittyvät ikäihmisiin, jotka eivät pärjää kotona. Vastaajien mukaan nämä päädytään usein luokittelemaan C-tehtäväksi kaiken varalta.

Ensihoidon ohjauksen ja ohjeistuksen tulisi olla yhdenmukaista

Kiireettömien tehtävien arviointi on vaikeinta

Hätäkeskuspäivystäjien virkamiesvastuun merkityksestä eriäviä näkemyksiä

Hätäkeskuspäivystäjän virkamiesoikeudellisesta asemasta ja vastuusta säädetään valtion virkamieslaissa ja hätäkeskustoiminnasta annetussa laissa. On huomionarvoista, että ensihoitoketjuun osallistuvilla toimijoilla on erilaiset vastuut tai vakuutukset. Sopimuspalokunnan ensivastetoiminnalla on vastuuvakuutus, ja ensihoitajat ovat potilasvakuutuskorvauksen piirissä. Hätäkeskuspäivystäjien ja sopimuspalokuntien toimintaa voidaan arvioida rikoslain perusteella.²⁹

Tarkastuksessa hätäkeskuspäivystäjille suunnatun kyselyn vastaajista neljä viidestä oli sitä mieltä, että virkamiesvastuu vaikuttaa joko jossain määrin tai merkittävästi hätäkeskuspäivystäjien arvioihin ja päätöksiin tehtävään lähetettävistä voimavaroista. Vastaajista miltei puolet oli sitä mieltä, että vastuu vaikuttaa arviointiin merkittävästi. Vain reilu kymmenes vastaajista katsoi, ettei virkamiesvastuu vaikuta arviointiin.

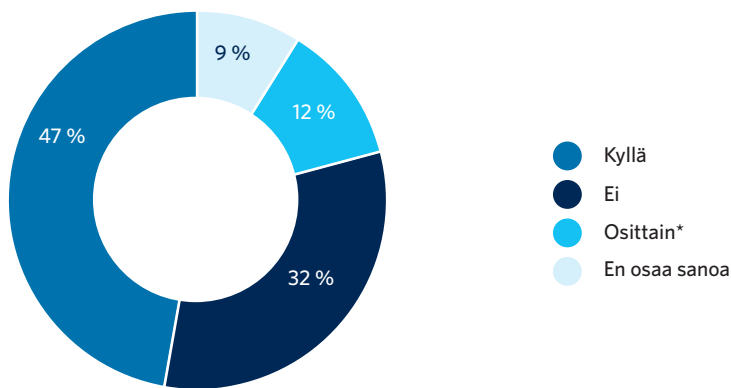
Hätäkeskuslaitoksen johdon näkemys virkamiesvastuusta eriiä päivystäjien näkemyksestä. Johdon lausunnon mukaan virkamiesoikeudellisen vastuun ei ole huomattu merkittävästi vaikuttavan hätäkeskuspäivystäjän työhön. Hätäkeskuslaitos raportoi joka vuosi tilinpäätöksessään ja toimintakertomuksessaan niistä tapauksista, joissa Hätäkeskuslaitoksen virkamiestä epäillään virkavelvollisuuden rikkomisesta. Epäilyjä on vuosittain vähän, 1–7 tapausta vuosina 2013–2017.

3.2 Nopea apu edellyttää sairaanhoitopiireiltä toimivia ohjeita

Sairaanhoitopiirien yhtenäiset hälytysohjeet selkeyttäisivät hätäkeskuksen toimintaa

Hätäkeskuspäivystäjien mukaan nykyinen hälytysohje turvaa sen, että potilas saa avun mahdollisimman nopeasti. Sen sijaan sairaanhoitopiirien ohjeistukset aiheuttavat tulkintaongelmia ja voivat jopa ohjata ensihoidon resursseja väärään käyttöön. Erityisesti sairaanhoitopiirien potilassiirtojen ohjeistus ja hälytysohjeet kaipaivat selkiyttämistä.

Tarkastuksen kyselyn mukaan sairaanhoitopiirien hätäkeskuksille antamat ohjeet eivät kaikilta osin sovellu hätäkeskuspäivystäjän arkeen. Vastanneista hätäkeskuspäivystäjistä 47 prosenttia katsoi, että hälytysohjeet antavat selkeät ohjeet, miten toimitaan (kuvio 8), mutta näidenkin vastaajien antamista lisätiedoista ilmeni, että ohjeissa oli puutteita.



Kuvio 8: Vastaukset kysymykseen "Antavatko hälytysohjeet eri sairaanhoitopiirien alueilla selkeät ohjeet, miten toimintaan?" N=144. *Osittain-vastauksen antaneiden osuus on laskettu vastaajista, jotka ovat vastanneet kysymykseen kyllä, mutta avovastauksissa mielipide oli eri

Kyselyyn vastanneista 32 prosentin mukaan paikallisia ohjeita on liikaa ja ne ovat tulkinnanvaraisia. Vastajat katsoivat, että ohjeissa on liikaa poikkeuksia tai ohjeet ovat liian yksityiskohtaisia. Heidän mukaansa nopeatem-
poisessa hätäkeskustoiminnassa on vaikea hallita suurta määrää yksityis-
kohtaisesti kirjoitettuja ohjeita.

Hätäkeskuksilla saattaa olla usean eri sairaanhoitopiirin alueellisia hälytysohjeita (kuvio 9). Tilanne vaihtelee hätäkeskusten välillä. Esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen seitsemän sairaanhoitopiirin hälytysohjeet on yhtenäistetty vuonna 2018. Hätäkeskuspäivystäjän tulee kuitenkin hallita maan kaikkien sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun alueelliset ohjeet.³⁰ Lisäksi hätäkeskuksilla on myös muiden viranomais-
ten omia ohjeita, kuten pelastuslaitoksen, poliisilaitoksen, puolustusvoimi-
en sekä meri- ja rajavartioston alueellisia ohjeita.

Hätäkeskuspäivystäjien tulee hallita myös alueelliset hälytysohjeet, sillä ruuhka- tai vikatilanteessa hätäpuhelut ohjataan toiseen hätäkeskukseen nopeimmin vastaamaan kykenevälle hätäkeskuspäivystäjälle. Tällöin ohjeiden merkitys kasvaa entisestään.

Hätäkeskuksilla on usean sairaanhoitopiirin alueellisia hälytysohjeita



Kuvio 9: Suomen hätäkeskukset ja hätäkeskuksen alueella toimivat sairaanhoitopiirit

Potilassiirtojen ohjeistusta on edelleen parannettava

Ensihoitopalveluun kuuluu terveydenhuoltolain mukaan myös hoitolaitosten väliset potilassiirrot, jos siirto liittyy potilaan äkilliseen sairastumiseen tai vammautumiseen ja jos potilas tarvitsee siirron aikana lääketieteellisistä syistä vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa.³¹ Jokaisella sairaanhoitopiirillä on omat ohjeensa potilassiirroista, samoin sosiaali- ja terveysministeriöllä. Ohjeita on selkiytetty, mutta ne edellyttävät tulkintaa ja voivat ohjata ensihoitoa väärään käyttöön. Hoitolaitosten väliset potilassiirrot tulee tilata ensihoitokeskuksen kautta, mutta siirtoja on voinut tilata myös hätäkeskuksen kautta, joka lähettää ensihoitopalvelun hoitamaan siirtokuljetuksen. Tällöin voi syntyä ambulanssityhjiöitä, eikä ensihoidon resursseja riitä kiireellisiin tehtäviin. Ohjeita kuljettamatta jättämisestä on myös useita, ja ne aiheuttavat tulkintaongelmia.

Tarkastuksessa todettiin, että eri hoitolaitokset ovat tulkinneet siirto-ohjeita eri tavalla. Eri tyyppisten hoitolaitosten tehtävien kiireellisyyden riskiarviointi hätäkeskuspäivystäjälle voi olla hankalaa, koska samassa hoitolaitoksessa on voitu ohjeistaa erilaisia ensihoitoyksiköitä eri osastoille. Nopeissa tilanteissa ohjeita on vaikea käyttää tai ne poikkeavat liikaa muiden alueiden ohjeista. Joissakin tapauksissa kyselyyn vastanneiden mukaan avun saanti voi viivästyä.

Hätäkeskuspäivystäjien mukaan ongelmia on ollut erityisesti pääkaupunkiseudulla. Yhdessä sairaanhoitopiirissä alueen terveydenhuoltoyksiköiltä puuttuivat potilassiirto-ohjeet täysin. Sairaalan omat poliklinikat tilasivat siirtokuljetukset hätäkeskuksesta, joka lähettää ensihoitopalvelun hoitamaan siirtokuljetuksen. Tällöin ensihoidon resursseja ohjataan väärään käyttöön.

Erityisvastuualueiden ensihoitokeskukset ovat joulukuussa 2018 selvittäneet hoitolaitossiirtoja ohjeella, jossa kuvataan, miten Hätäkeskuslaitoksen ja terveydenhuollon hoitolaitosten tulisi toimia ensihoitopalveluun kuuluvissa potilassiirroissa. Ensihoitopalvelun järjestäjinä sairaanhoitopiirit antavat Hätäkeskuslaitokselle ja hoitolaitoksille yksityiskohtaiset ohjeet sekä ensihoitopalveluun kuuluvien että kuulumattomien potilassiirtojen tilaamisesta ja välittämisestä.³²

Viranomainen voi tarvittaessa vaihtaa yksiköitä, jotka on hälytetty ennalta määriteltujen ohjeiden mukaan. Ohjeissa tulee määritellä viranomaiset ja henkilöt, jotka ovat oikeutettuja tekemään muutoksia. Hätäkeskuspäivystäjän tulee ohjeiden mukaan hälyttää lähin tarkoituksenmukainen yksikkö. Ennalta sovitusta ohjeista joudutaan kuitenkin poikkeamaan tilanteissa, joissa ensihoitopalvelun kysyntä ylittää käytettävissä olevat voimavarat. Kenttäjohtaja voi tarvittaessa vaihtaa yksikön toiseen. Vaihdon tarkoituksena on lähettää tehtävään tarkoituksenmukaisempi ensihoidon yksikkö. Yksiköiden vaihtamisessa on paljon alueellista vaihtelua.³³

Aina hätäkeskuspäivystäjälle ei kuitenkaan selviä, miksi yksiköitä vaihdetaan. Tarkastusviraston kyselyssä tuotiin esille, että kenttäjohtaja voi vaihdattamisella muun muassa tasata ensihoitoyksiköiden työmäärää. Tällainen ensihoitoyksiköiden vaihdattaminen voi joissain tilanteissa hidastaa potilaan avun saantia ja lisätä turhaa työtä hätäkeskuksen tehtäväseurannassa.

Nykyinen hälytysohje tukee nopean avun saantia

Hätäkeskuksen vuoden 2017 tilinpäätös- ja toimintakertomuksen mukaan hälytysviive (eli se, miksi apua ei saada niin nopeasti) riippuu muun muassa tapahtumapaikan paikannuksen onnistumisesta, riskiarviointi-ohjeistuksesta ja tehtävänkäsittelyn muista sisällöllisistä vaatimuksista, kuten edellytettyjen kirjausten määrästä.³⁴

Tarkastuksen kyselyn mukaan yli 90 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että hälytysohje turvaa merkittävästi tai jossain määrin sen, että potilas saa avun mahdollisimman nopeasti. Vastaajien antamista lisätiedoista kävi ilmi, että erityisesti pitkät välimatkat, kuntarajat, vähäiset henkilöresurssit, yksiköiden vaihtaminen ja epäselvät sairaalasiirto-ohjeet voivat vaikeuttaa joissain tapauksissa nopean avun saantia.

Pitkät välimatkat ovat suurin syy siihen, miksi apua ei saada paikalle nopeasti. Vastanneiden mukaan hälytysohjeella on vaikea vaikuttaa etäisyysiin ja tavoiteaika on vaikea täyttää, jos etäisyys kohteeseen on yli 60 ki-

Pitkät välimatka ovat suurin syy, miksi apua ei saada nopeasti paikalle

lometriä. Esimerkiksi haja-asutusalueet ja maastossa (luonnonsuojelu ja retkeilyalueilla ja muilla metsätaipaleilla) tapahtuvat sairauskohtaukset ja onnettomuudet voivat aiheuttaa sen, että potilas joutuu odottamaan apua yli vasteaikojen.

Toinen yksittäinen syy siihen, miksi ohjeet eivät turvaa nopean avun saantia on sairaalasiirto-ohjeiden epäselvyys. Hoitolaitoksista riippuen asiakkaat saavat erilaista apua. Laitoshoidossa ja jo avun piirissä olevien potilaiden kiireellisen avun hälyttäminen on eriarvoisessa asemassa kotona asuviin nähden. Terveyskeskusten, osastojen, eri sairaaloiden, palvelutalojen ohjeet ovat epäselviä ja hätäkeskuspäivystäjältä ohjeiden lukemisessa kuuluu paljon aikaa ja avun hälyttäminen kohteeseen voi viivästyä. Esimerkiksi Uudellamaalla osa hoitolaitoksista saattaa kuulua Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ohjeiden piiriin ja osa yksityisten hoitolaitosten ohjeiden piiriin. Hätäkeskuspäivystäjän tulisi selvittää nopeatempoisessa tilanteessa kumpaa ohjetta hänen kuuluu soveltaa.

Hätäkeskuspäivystäjät tarvitsevat lisää koulutusta ohjeiden soveltamisesta

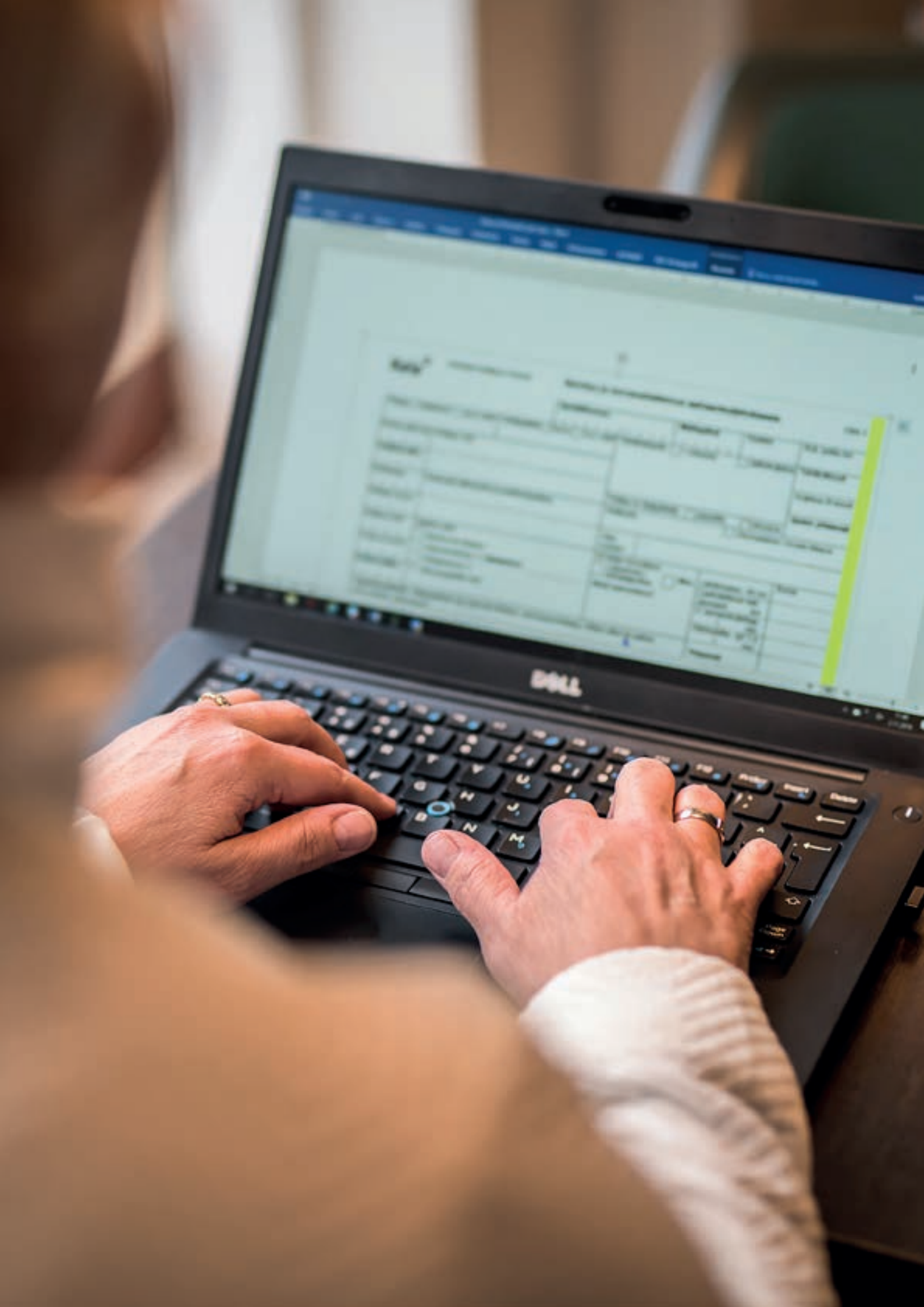
Hätäkeskuspäivystäjien ohjekoulutuksen velvoittavuutta tulisi lisätä ja ohjeita koskevan koulutuksen tulisi olla systemaattista kaikissa hätäkeskuksissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa ensihoidon ohjeistamisesta.

Koulutuspäiviä Hätäkeskuslaitoksessa oli vuosina 2015–2016 saman verran (4,7 ja 5,1 pv/htv), mutta vuonna 2017 ERICA-koulutukset kasvattivat koulutuspäivien määrää muutamalla päivällä (7,8 pv/htv). Vuoden 2018 tiedot ei ollut vielä saatavissa.³⁵

Vastaajista lähes kolme viidestä ilmoitti, että hälytysohjeiden tulkinnasta oli järjestetty riittävästi koulutusta. Vajaa kolmannes katsoi, ettei ole saanut riittävästi koulutusta. Lisäkoulutusta toivottiin ohjeiden tulkintaan ja ohjeiden kertauskoulutusta. Hätäkeskusten henkilöstövajauksen, suurten puhelumäärien ja ERICA-tietojärjestelmän vuoksi hätäkeskuksissa tulkintakysymyksiin eivät päivystäjät ehdi tällä hetkellä paneutua riittävästi. Ohjeisiin perehtyminen jää usein päivystäjän vastuulle, ja päivystäjät saattavat tulkita niitä eri tavoilla.

Erityisesti kertauskoulutusta toivottiin silloin kun ohjeet muuttuvat. Hälytysohjeet ja niiden päivitykset löytyvät tietojärjestelmistä, mutta henkilöstöpulan vuoksi hätäkeskukset eivät pysty tällä hetkellä järjestämään luentotyypistä koulutusta. Päivystäjät opiskelevat ohjemuutokset itsenäisesti tai kysymällä työkaverilta.

Tarkastuksen kyselyssä puolet vastaajista ei ollut saanut mielestään riittävästi palautetta ensihoidon kiireellisyyssluokkien osuvuudesta. Vajaat 40 prosenttia oli vastakkaista mieltä. Vastaajat toivoivat ensihoitajilta eniten palautetta juuri kiireellisyyssluokkien osuvuudesta ja tehtäväkoodista. Tämä kertoisi hätäkeskuspäivystäjälle parhaiten, miten tehtävän riskiarvio on onnistunut.



4 Onko ensihoidon matkakorvausjärjestelmän kannustimet toimivia ja tarkoituksenmukaisia?

Ensihoidon matkakorvausjärjestelmää ei ole uusittu, vaikka ensihoitopalvelun toiminta on muuttunut potilaiden kuljettamisesta kohti potilaiden hoitoa. Myös ensihoidon palveluntuottajat ja liiketoiminta ovat muuttuneet. Ambulanssi-, siirto- ja peruutuneiden kuljetusten korvausjärjestelmä on vanhentunut, eikä siinä ole taloudellista kannustinta käyttää ensihoitopalvelun resursseja tehokkaasti. Nykyinen matkakohtainen korvauskäytäntö tulisi uusida. Ensihoitopalvelun kuljetus-, potilassiirto- ja kuljettamatta jättämisen korvausjärjestelmä ei toimi tällä hetkellä läpinäkyvästi ja selkeästi.

4.1 Matkakorvausjärjestelmää tulisi uudistaa

Matkakorvausjärjestelmä luo ensihoidon toimijoille huonot kannusteet

Ensihoitopalvelun järjestäminen siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille vuonna 2013. Matkakorvausjärjestelmää ei kuitenkaan uudistettu, vaikka palveluntuottajat ja liiketoiminta muuttuivat.

Matkakorvausjärjestelmän tarkoituksena on korvata sairaudesta johtuvia matkakuluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Kela korvaa ambulanssimatkat, siirtokuljetukset ja peruutuneet kuljetukset ensihoidon palveluntuottajalle. Ensihoidon matkakorvausjärjestelmässä maksetaan kilometreistä ja ajasta liikenne- ja viestintäministeriön korvaustaksan asetuksen mukaisesti. Korvausten määrä ei kuitenkaan riipu siitä, onko tehtävä kiireellinen vain kiireetön. Ennalta suunnitellut ambulanssikuljetukset ja hoitolaitosten väliset potilassiirrot eivät sen sijaan ole osa ensihoitopalvelua.

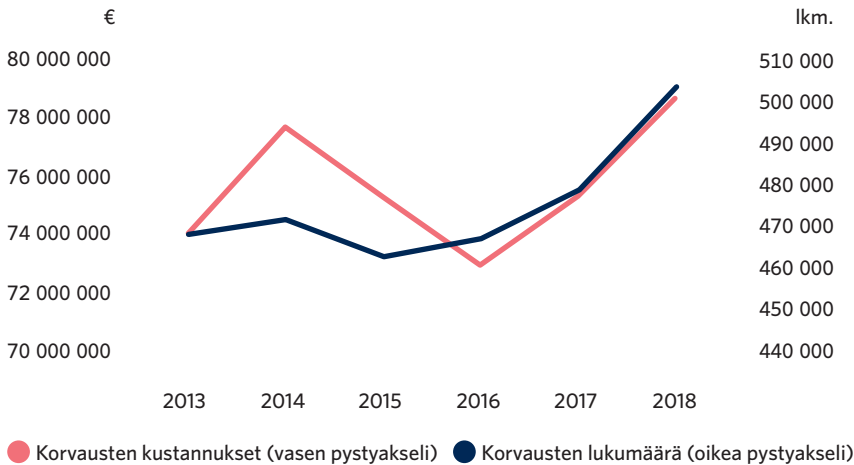
Nykyisistä matkakohtaista korvauskäytäntöä on useassa selvityksessä pidetty ensihoidon kehittämisen esteenä. Korvausta maksetaan vain kuljetuksesta, ei ennen matkaa tai matkan aikana annetusta ensihoidosta. Korvausjärjestelmä siten ei kannusta tehostamaan ensihoitoa, koska ensihoidon tehostaminen ja kuljetusten vähentäminen pienentäisivät palveluntuottajille suoritettavia korvauksia.

Korvauserusteet ovat sinänsä yksiselitteiset. Sairausvakuutuslain mukainen korvauskäytäntö on peräisin ajalta, jolloin ensihoito ei ollut osa terveydenhuoltolain mukaisia päivystyspalveluja ja sairaankuljetus oli pelkkä kuljetustapahtuma. Järjestelmää ei kuitenkaan muutettu, vaikka ensihoidon organisoinnista vastaavat nykyisin sairaanhoitopiirit. Matkakorvausjärjestelmä ohjaa ensihoidon yksiköitä kuljettamaan, mutta se ei kannusta käyttämään ensihoitopalvelun resursseja tehokkaasti. Palveluntuottaja voi esimerkiksi siirtää jonkin tehtävän yrityksen sisälle toiselle yksikölle, jotta Kelan matkakorvauksista voitaisiin hyötyä enemmän. Kelan asiantuntijan mukaan matkakorvausten väärinkäyttöksiä on nyt vähemmän kuin silloin, kun yksittäiset kunnat vastasivat ensihoitopalvelun järjestämisestä. Korva-

Vanhentunut korvausjärjestelmä on este ensihoidon kehittämiselle

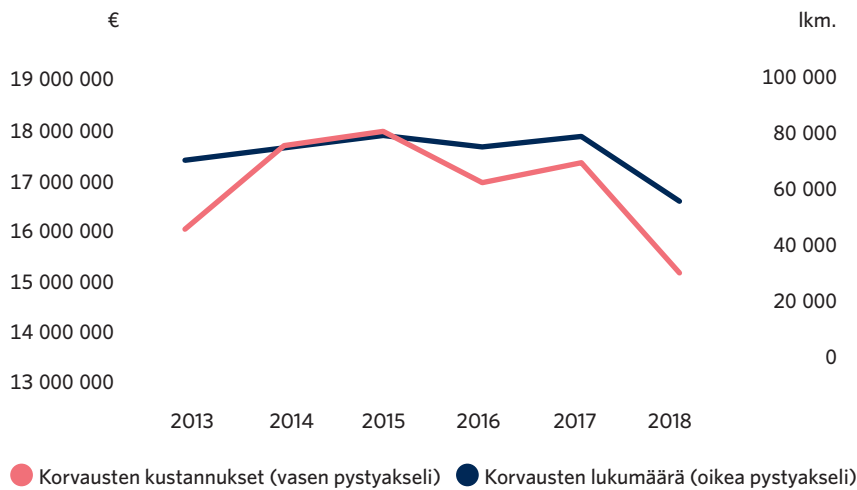
usasioiden selvittäminen on nyt huomattavasti yksinkertaisempaa, kun sairaanhoitopiirit ovat vastuussa ensihoidon järjestämisestä.

Vuonna 2018 ambulanssikorvaukset olivat noin 80 miljoonaa euroa. Korvaukset laskivat vuodesta 2014 vuoteen 2016 ja alkoivat taas kasvaa vuonna 2017. Yksi syy kehitykselle voi olla se, että osa ensihoidon kiireellisiksi tilastoiduista kuljetuksista on alun perin ollut siirtokuljetuksia. Ensihoidon matkat ovat pidentyneet, mikä voi vaikuttaa myös ambulanssikorvausten kasvuun. Nykyisistä ensihoidon tehtävistä kaikki eivät johda potilaan kuljettamiseen ambulanssilla. Kela maksoi peruuntuneista kuljetuksista matkakorvauksia ensihoidon palveluntuottajille noin 4,3 miljoonaa euroa vuonna 2018.



Kuvio 10: Kelan maksamat ambulanssikorvaukset ja korvausten lukumäärä vuosina 2013–2018. Korvauksista on poistettu asiakkaiden maksamat omavastuuosuudet

Terveystieteiden tutkimuksen mukaan potilas tulisi kuljettaa suoraan oikeaan hoitolaitokseen, jolloin välttyttäisiin turhilta siirtokuljetuksilta. Tavoitteena on kuljettaa potilas jatkohoitoon ainoastaan niissä tilanteissa, joissa se on tarpeellista. Ensihoitopalveluun kuuluu terveydenhuoltolain mukaan myös hoitolaitosten väliset potilassiirrot, jos siirto liittyy potilaan äkilliseen sairastumiseen tai vammautumiseen ja jos potilas tarvitsee siirron aikana lääketieteellisistä syistä vaativaa ja jatkuvaa hoitoa. Kelan maksamat korvauksen siirtokuljetuksista pysyttelivät vuosina 2014–2017 noin 17–18 miljoonassa eurossa mutta alkoivat vähentyä vuoden 2017 jälkeen (kuviot 10 ja 11).



Kuvio 11: Kelan siirtokuljetusten korvaukset ja korvausten lukumäärä vuosina 2013–2018

Matkakorvausjärjestelmää on koitettu muuttaa jo pitkään

Ensihoidon matkakorvausjärjestelmään on toivottu muutosta eri tahoilta. Esimerkiksi ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen selvitysmies ehdotti raportissaan rahoitusjärjestelmän uudistamista läpinäkyvämmäksi ja kokonaispalvelua paremmin tukevaksi.³⁶ Ensihoitoalan liiton mukaan esimerkiksi ensihoidon matkakorvausjärjestelmän kuljetus- ja kotiin jättämisperusteisesta korvauksesta tulisi luopua kokonaan. Korvauksen tulisi perustua sekä valmiudessa oloon että ensihoitopalvelun toimintaan.

Ensihoidon matkakorvauksiin on valmisteltu muutoksia jo vuodesta 2012 lähtien. Ensihoidon rahoituksen kehittämissyöryhmä ehdotti rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi korvausmallia, jossa sairaanhoitopiirille maksettaisiin korvaus sille hyvän ensihoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Työryhmän arvion mukaan ensihoidon rahoituksen muuttaminen ryhmän ehdotusten pohjalta edistäisi ensihoidon tavoitteellista kehittämistä ja saattaisi vähentää turhia ensihoidon kuljetuksia. Korvausjärjestelmän uudistaminen on jäänyt sote-uudistuksen jalkoihin, eikä uudistamistyö ole edennyt toivotulla tavalla.

4.2 Potilaan kuljettamatta jättämisen ohjeistus on sekavaa

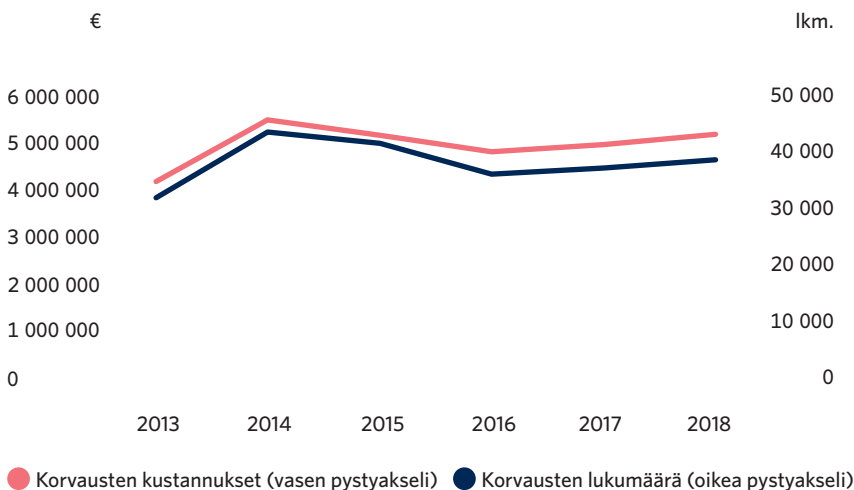
Kuljettamatta jättäminen aiheuttaa eniten kanteluja ensihoitopalvelun

Ensihoitopalvelun korvausjärjestelmä, joka perustuu potilaan kuljettamiseen tai kotiin jättämiseen, ei toimi tällä hetkellä läpinäkyvästi ja selkeästi. Suurin osa ensihoitoa koskevista kanteluista liittyvät potilaan jättämiseen kuljettamatta, vaikka asiasta on ohjeistettu erilaisissa ensihoidon oppaissa ja myös sairaanhoitopiireillä on omat toimintaohjeensa peruuntuneesta kuljetuksesta³⁷, sillä ohjeet ovat tulkinnanvaraiset.

Kuljettamatta jättämisestä tai peruutuneista kuljetuksista ei tällä hetkellä saada luotettavaa valtakunnallista tietoa, vaan tiedot täytyy poimia eri rekistereistä. Osa tiedoista on tallennettu sairausvakuutuksen matkakorvausrekisteriin, osa hätäkeskuksen hälytystietorekistereihin ja osa sairaanhoitopiirien rekistereihin.

Ensihoidon kaikista tehtävistä 25–40 prosenttia johtaa siihen, ettei potilasta kuljeteta saamaan jatkohoitoa. Ensihoitajat yhdessä ensihoidon lääkärin kanssa tekevät kuljettamatta jättämisestä aina niin sanotun X-päätöksen. Vaikka Kelan ohjeistus on sama koko massa, sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sairaanhoitopiirien välillä on eroa niin sanottujen X5- ja X8-tehtävien määrissä. X5 tarkoittaa, ettei mitään lääkinnällistä toimenpidettä tarvittu, ja X8 tarkoittaa, että potilasta hoidettiin tapahtumapaikalla. Tätä voi selittää sekä taloudelliset seikat että alueelliset käytännöt tai molemmat.

Potilaan kuljettamatta jättämisen määristä ei ole luotettavaa tietoa



Kuvio 12: Peruuntuneiden kuljetusten korvaukset ja korvausten lukumäärä vuosina 2013–2018

Kelalla on oma ohje siitä, millaisissa tapauksissa ensihoidosta aiheutuva matka korvataan ja missä ei.³⁸ Kela korvaa matkan aina kun ensihoitotehtävä on tullut hätäkeskuksen hälyttämänä, lääkäriltä on pyydetty ja saatu hoito-ohje, potilaalle on tehty terveydentilan arvio ja potilaan tutkiminen on kirjattu Kelan lomakkeelle. Myös sairaanhoitopiirien ensihoitokeskukset antavat ensihoidon palveluntuottajille ohjeita siitä, millaisissa tapauksissa potilas kuljetetaan jatkohoitoon ja millaisissa ei. Kela maksaa pääsääntöisesti korvauksen X8-tehtävästä, jota koskeva ohjeistus on sama koko maassa, mutta ei X5-tehtävästä.³⁹ Kelan asiantuntijan mukaan Kela on saanut moitteita siitä, että se työllistää liikaa lääkäreitä. Lääkäreiden konsultaatioilla on kuitenkin haluttu varmistua siitä, että tieto potilaasta merkitään potilasasiakirjoihin, että tapahtuma on sellainen, että potilas on saanut hoitoa.

Potilaan jättämistä kuljettamatta valvovat sairaanhoitopiirit, aluehallintovirastot ja Valvira. Valvira on ilmaissut huolensa kuljettamatta jättämisestä sosiaali- ja terveysministeriölle. Korkealaatuiseen ensihoitoon kuuluu, että kaikkia potilaita ei aina kuljeteta ensihoidon toimesta päivystysyksikköön, vaan että joidenkin potilaiden kohdalla tehdään kuljettamatta jättämispäätös. Kuljettamatta jättämisestä tehtyjen päätösten asianmukaisuus on tärkeä mittari, jota on seurattava potilasturvallisuuden vuoksi.⁴⁰

Aluehallintoviraston näkemyksen mukaan käytännössä suurin osa ensihoitoa koskevista valvonta-asioista ovat liittyneet ensihoitoyksikön päätökseen jättää potilas kuljettamatta. Ensihoitajat ovat joissakin tapauksissa arvioineet virheellisesti, ettei potilasta tarvitse kuljettaa päivystykseen.

Ensihoitopalvelua koskevien kanteluiden määrä on kuitenkin hyvin pieni suhteessa kaikkiin terveydenhuollon kanteluihin. Ensihoitopalvelusta tehtyjen kanteluiden osuus kaikista Valviraan saapuneista valvonta-asioista on ollut noin 1–3 prosenttia vuosina 2013–2018.⁴¹ Potilasturvallisuuden näkökulmasta kuljettamatta jättäminen muodostaa kuitenkin merkittävän ryhmän ensihoidon kanteluista, vaikka ensihoitoa koskevien valvonta-asioiden kokonaismäärä onkin vähäinen.

Liite: Miten tarkastettiin

Tässä liitteessä kuvataan, miten tarkastuksen tuloksiin on päädytty ja minkälaisia rajoituksia tuloksiin liittyy.

Tarkastuksen tavoite ja hyödyntäminen

Tarkastuksessa arvioitiin ohjauksen vaikutusta ensihoitopalvelun toimivuuteen. Tarkastus kohdistui ensihoitoketjun alkupäähän: mm. miten hätäkeskuksen ja ensihoidon ohjaus toimii ohjeiden perusteella, miten kotihoidon organisointi sekä toiminnan koordinointi toimivat yhdessä ensihoidon kanssa ja miten ensihoidon matkakorvausjärjestelmän kannustimet toimivat. Tarkastuksessa ei arvioitu ensihoitoketjun loppupäätä eli päivystyksen ja ensihoitopalvelun toimivuutta.

Tarkastustuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistustyössä.

Tarkastuksen kohde

Tarkastus kohdistui sosiaali- ja terveysministeriön ja sisäministeriön hallinnonalaan. Hätäkeskuslaitosta ohjaavat sisäministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyössä. Ensihoidon hälytystoiminnassa suuri merkitys on sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksella. Hätäkeskukset noudattavat sosiaali- ja terveysministeriön ohjetta hätäpuheluiden käsittelystä ja riskiarvioinneista. Ensihoitopalvelutoiminnan toteutuksesta vastaavat sairaanhoitopiirien kuntayhtymät.

Tarkastus kohdistui vuosille 2013–2018.

Tarkastuskertomusluonnoksesta pyydettiin lausunto sosiaali- ja terveysministeriöltä ja sisäministeriöltä, jotka molemmat antoivat lausunnon. Lausunnossa annettu palaute on otettu huomioon lopullista tarkastuskertomusta laadittaessa. Lausunto ja siitä tehty yhteenveto löytyvät tarkastusviraston verkkosivuilta.

Tarkastuksen kysymykset, kriteerit, aineistot ja menetelmät

Tarkastuksen pääkysymys oli, toimiiko ensihoitopalvelun hoitoketju tarkoituksenmukaisesti. Tarkastuskysymykset, kriteerit, aineistot ja menetelmät on kuvattu lyhyesti seuraavassa taulukossa. Aineistoa, analyysissä käytettyjä menetelmiä ja analyysituloksia on kuvattu tarkemmin erillisessä työpaperissa.

Tarkastusasetelmasta pyydettiin kommentit sosiaali- ja terveysministeriöltä. Tarkastusasetelmaa tarkennettiin saatujen kommenttien johdosta.

Tarkastuskysymykset ja niiden osakysymykset

1. Onko kotihoito organisoitu siten, että ensihoitopalvelu voi toimia tarkoituksenmukaisesti?
 - 1.1 Onko ensihoitopalvelun resurssien käyttö suunniteltua?
 - 1.2 Onko resurssien käyttö tarkoituksenmukaista?
 - 1.3 Miten kotihoidon ja ensihoitopalvelun ongelmat on ratkaistu?
 - 1.4 Onko yhteistyö ja koordinaatio kotihoidon ja ensihoitopalvelun välillä toimivaa?

Tarkastuksen kriteerit, aineistot ja menetelmät

Kriteerit: Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Kotihoidon ongelmia on ratkottu yhdessä ensihoidon kanssa, jotta ainoa vaihtoehto ei olisi soittaa hätänumeroon.

Koordinointi ja tehtävänjako on selkeä: palvelut on jaettu kiireelliseen ja kiireettömään hoitoon. Yhteistyö ensihoidon kanssa on ajantasaista, säännöllistä ja toimivaa (tiedonvälitys toimii).

Ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaan ensihoitopalvelun saamisen lähtökohtina ovat nopea ja oikea hoidon tarpeen arviointi ja oikein suunnattu resursointi. Ensihoitopalvelun ohjaus on järjestetty asianmukaisesti, tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti (ensihoitopalvelu käytetään tarkoituksenmukaisesti). Ensihoitopalvelun resurssit ovat vastanneet ensihoitopalvelun tarpeita ja resurssien kehitystä on pyritty ennakoimaan.

Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitoyksikön tavoittamisajat riskiluokittain. Ensihoitopalvelun suunnittelulla voidaan ennakoida resurssien käyttöä. Ensihoidon resurssien käyttö ja mittarit ovat tarkoituksenmukaisia.

Aineistot: Kotipalvelun päälliköiden, ohjaajien ja kotisairaanhoidajien sekä ensihoitopäälliköiden haastattelut. Kuntaliiton ensihoidon tilastoaineisto ja aluehallintoviraston ylilääkäreiden vastaukset.

Analyysimenetelmät: Tekstimuotoisen aineiston laadullinen analyysi sekä numeerisen aineiston kuvaileva määrällinen analyysi.

2. Onko ensihoitoa koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus toimivaa?
- 2.1 Miten lainsäädäntö ja sairaanhoitopiirien hätäkeskuksille antamat ohjeet ohjaavat hätäkeskusten päivystäjien vastuuta ja toimintaa ensihoidon tehtävissä?
 - 2.2 Onko hätäkeskuksille antaman ohjeiden perusteella helppo toimia?
 - 2.3 Onko hätäkeskukset itse yhdenmukaistaneet tulkintaa?

Kriteerit: Hätäkeskuspäivystäjän tehtävänä on arvioida hätäilmoituksen perusteella tehtävän kiireellisyys ja tilanteen edellyttämät voimavarat (Laki hätäkeskustoiminnasta 692/2010 12§). Säädöksen ja ohjeen katsotaan olevan tarkoituksenmukainen, jos ne ovat edesauttaneet resurssien optimaalista käyttöä.

Riskien arviointi on samanlaista koko maassa. (STM 2017: ensihoidon palvelutasopäätös). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön riskiarviointiohje ja paikalliset sairaanhoitopiirien hälytysohje antavat riittävät ja selkeät toimintatavat.

Hälytysohjeet ja vaste sen sijaan ovat ensihoidon vastuulääkärin laatimia ja aluekohtaisia voimavarojen vuoksi.

Hyvä toimintaohje voidaan määritellä sellaiseksi, jossa asiasisältö on ymmärrettävässä muodossa ja sitä voidaan käytännössä toteuttaa. Ohjeen tulisi olla myös helppolukuinen ja helposti löydettävissä. Ohjeet ovat yksiselitteisiä ja yhdenmukaisia. ERVA-alueiden ensihoidolääkärit ovat yhdenmukaistaneet valtakunnallisia ja paikallisia ensihoidon ohjeita.

Hätäkeskukset ovat itse yhdenmukaistaneet ohjeita ja niiden tulkintaa. Yhdenmukaisuutta selvitetään sen perusteella, onko hätäkeskukset järjestäneet riittävästi koulutusta tai vastaavia menettelyjä yhdenmukaisten ohjeiden varmistamiselle.

Aineistot: VTV:n kysely hätäkeskuksen operatiivisille toimijoille N=144, Hätäkeskuslaitoksen lausunto, hätäkeskuksen asiantuntijahaastattelu, Hätäkeskuslaitoksen asiakirja-aineisto ja VTV:lle erikseen toimitetut tiedot hätäpuheluiden määristä vuosilta 2015–2018.

Analyysimenetelmät: tekstimuotoisen aineiston laadullinen analyysi sekä numeerisen aineiston kuvaileva määrällinen analyysi.

3. Ovatko ensihoidon sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmän kannustimet toimivia ja asianmukaisia?
- 3.1 Ovatko matkakorvausjärjestelmän perusteet selkeät?
 - 3.2 Miten matkakorvausjärjestelmä ohjaa ensihoidon kustannuksia?
 - 3.3 Onko matkakorvausjärjestelmä ymmärrettävä ja läpinäkyvä?

Kriteerit: Matkakorvausjärjestelmä ei aiheuta turhia kustannuksia, eikä aiheuta osaoptimointia. Hätäkeskuspäivystäjä hälyttää lähimmän tarkoituksenmukaisen ensihoitoyksikön ja potilas viedään lähimpään tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.

Sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmän ohje on selkeä, eikä aiheuta tulkintaa. Sairaanhoidopiirit valvoivat kuljettamatta jättämistä.

Läpinäkyvä ja ymmärrettävä, sairausvakuutuksen matkakorvauskäytäntöjä on ohjeistettu yhdenmukaisen korvauskäytäntöjen varmistamiseksi.

Aineistot: Kelan matkakorvausjärjestelmän tilastot vuosilta 2013-2018, ensihoitopäälliköiden ja Kelan haastattelut

Analyysimenetelmät: tekstimuotoinen aineiston laadullinen analyysi sekä numeerisen aineiston kuvaileva määrällinen analyysi.

Tarkastuksen aineistot koostuivat hallinnon ohjausasiakirjoista, tutkimuksista, haastatteluista, kyselystä ja tilastoista.

Tarkastuksen toteutusaika

Tarkastus toteutettiin 17.1.2018–30.5.2019. Haastattelut kotihoidon työntekijöille ja ensihoitopäälliköille tehtiin 3–6/2018, kysely hätäkeskuksen päivystäjille 1.–30.11.2018, Valviran ja Avien ratkaisemat ensihoitoa koskevat valvonta-asiat vuosina 2013–2017.

Tarkastuksen tekijät

Tarkastuksen teki johtava tuloksellisuustarkastaja Nina Martikka. Tarkastusta ohjasi johtava tuloksellisuustarkastaja Juho Nurminen ja tuloksellisuustarkastuspäällikkö Anna-Liisa Pasanen.

Tarkastuksen tuloksiin liittyvät rajoitukset ja varaukset

Tarkastus on osa Kansalaisturvallisuus muuttuvassa toimintaympäristössä -teemaa.

Hätäkeskuksille suunnatun kyselyn vastausprosentti oli 30 ja jäi siten matalaksi. Kysely tuloksia ei voida suhteuttaa koko Hätäkeskuslaitokseen.

Kahdeksassa ensihoitokeskuksessa ja kuntien kotihoidossa tehtyjen haastattelujen tuottaman tiedon tilastollinen yleistäminen kaikkiin Suomen ensihoitokeskuksiin ja kotihoitoon ei ole mahdollista, koska kyse on laadullisesta näytteestä, joka ei ole tilastollisesti edustava. Haastatteluaineiston tarkoituksena on tuottaa syvällistä tietoa palvelujärjestelmän käytännöistä ja niihin liittyvistä ongelmista.

Tarkastuksen tuloksiin liittyvät rajaukset ja vastaukset on esitetty tarkemmin erillisessä aineisto ja menetelmät -tarkastusmuistiossa.

Sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelusta on vaikea saada tällä hetkellä yhtenäistä rekisteriaineistoa, koska ensihoitopalvelusta puuttuu yhtenäinen sähköinen järjestelmä. Näin ollen ensihoidon nykyisten resurssien ja tavoitteiden toteutumista ei voitu selvittää rekisteriaineistolla. Ensihoitopalveluun on tulossa uusi sähköinen ensihoitolomake, josta on tarkoitus jatkossa kerätä yhtenäistä arviointitietoa viranomaisten ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön.

Viitteet

- 1 Kuntaliitto (2018): Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta vuonna 2016.
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016): Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:40.
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016): Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 67:2016.
- 4 Nordic Healthcare Group (2015): Ensihoidon palvelutuotannon yksikkökustannusten tarkastelu. http://www.sairaankuljetusliitto.fi/upload/File/2015_01_29_-_NHG_-_Ensihoidon_palvelutuotannon_yksikkokustannusten_tarkastelu_final.pdf?rnd=1422962592 29.1.2015.
- 5 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016): Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:40. Helsinki 2016.
- 6 Hätäkeskuslaitos (2017): Hätäkeskuslaitoksen tilinpäätös ja toimintakertomus 2017.
- 7 Emt.
- 8 Suomen Ensihoitoalan liitto (2019). Sähköpostikysely 10.3.2019.
- 9 Lasse Ilkka ja Tarja Rätty toim. (2017): Kansallinen sähköinen ensihoitokertomus. Tietosisältö sekä toiminnallinen ja vaatimusmäärittely. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 15/2017. Helsinki.
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriö tarkastushaastattelu 3.1.2019.
- 11 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016): Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:40.
- 12 Emt.
- 13 Sosiaali- ja terveysministeriö (2017): Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:14.
- 14 Sosiaali- ja terveysministeriö (2011): Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 6.5.2011.
- 15 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019): Sotkanet Ikääntyneiden palvelurakenneindikaattorit. Tiedot poimintatietopalvelusuunnittelija Mari Sjöholm Kuntaliitosta 25.2.2019.
- 16 Säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi määritellään kuuluvaksi ne, joille on toteutunut laskentakukauden aikana kotihoidon käyntejä joko voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella tai jotka muutoin ovat saaneet käyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa.
- 17 Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2019): Säännöllisen kotihoidon asiakkaat käyntimäärän mukaan 1995-2017.
- 18 Sosiaali- ja terveysministeriö (2017): Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon uudistaminen 14.2.2017. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/2047492/P%C3%A4ivystyksen+ja+erikoissairaanhoidon+uudistuksen+kustannusvaikutukset.pdf/34bb30ff-89da-48a3-91f9-1eb746f4dd91/P%C3%A4ivystyksen+ja+erikoissairaanhoidon+uudistuksen+kustannusvaikutukset.pdf.pdf>
- 19 Suomen Ensihoitoalan liitto (2018): Suomen Ensihoitoalan liiton vuosikokous 13.4.2018. Julkilausuma.
- 20 Kullas Paula (2016): Vastuulääkärimalli kotihoidossa. Vaasan kaupungin mallin arviointia. Toimintaterapeutti. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- 21 Tehy (2016): <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/valvira-huolissaan-ensihoidon-x-paatoksista> 21.11.2016.
- 22 Sosiaali- ja terveysministeriö (2017): Päivystyksen ja ensihoidon uudistaminen <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2047492/P%C3%A4ivystyksen+ja+erikoissairaanhoidon+uudistuksen+kustannusvaikutukset.pdf/34bb30ff-89da-48a3-91f9-1eb746f4dd91>.
- 23 Laki hätäkeskustoiminnasta 692/2010 14 § 2 momentti.
- 24 Sosiaali- ja terveysministeriö (2011): Ensihoidon, päivystyksen ja hätäkeskustoiminnan yhteistyön ohjausryhmä. STM 034:00/2011. 14.10.2013.
- 25 Asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.
- 26 Sosiaali- ja terveysministeriö (2017): Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:14.
- 27 Hätäkeskus (2017): 30.11.2017.HAK-2017-902.
- 28 Norri-Sederholm Teija (2015): Tilanne päällä! Tiedon tarpeesta jaettuun tietoon – Hätäkeskuspäivystäjän ja ensihoidon kenttäjohtajan tilannetietoisuus. Väitöskirja no 96, 2015. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio 2015.
- 29 Kuisma Markku, Holmström Peter, Nurmi Jouni ja Kari Porthan (2017): Ensihoito. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- 30 Hätäkeskuslaitos (2019): Sähköpostiviesti 4.2.2019.
- 31 Sosiaali- ja terveysministeriö (2018): 12/2018. ERVA-alueiden potilassiirto-ohjeet.
- 32 Emt.
- 33 Kuisma Markku, Holmström Peter, Nurmi Jouni ja Kari Porthan (2017): Ensihoito. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- 34 Hätäkeskuslaitos (2017): Hätäkeskuslaitoksen tilinpäätös ja toimintakertomus 2017.
- 35 Hätäkeskuslaitos (2017): Hätäkeskuslaitoksen henkilöstökertomus 2017.
- 36 Sosiaali- ja terveysministeriö (2012): Ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:13.
- 37 Kuisma Markku, Holmström Peter, Nurmi Jouni ja Kari Porthan (2017): Ensihoito. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- 38 Kansaneläkelaitos (2018): Kelan etuusohje sairaanhoitokorvauksista 1.1.2018.
- 39 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016): Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 67:2016.
- 40 Valvira 2016. Ensihoidon päätökset päivystykseen kuljettamatta jättämisestä ja potilasturvallisuus. Kirje sosiaali- ja terveysministeriöltä. Dnro 6592/00.04.02/2016.
- 41 Valvira (2018): Valviralta saatu tieto kanteluista ja kanteluiden sisällöstä. 23.7.2018.



VALTIONTALouden TARKASTUSVIRASTO
PORKKALANKATU 1, PL 1119, 00101 HELSINKI
PUH. 09 4321, [WWW.VTV.FI](http://www.vtv.fi)

ISBN 978-952-499-464-4 (PDF)