

12.4.2017

Dnro 1016/4/16

Ratkaisija: Oikeusasiamies Petri Jääskeläinen

Esittelijä: Esittelijäneuvos Kaija Tanttinen-Laakkonen

LÄÄKÄRIHELIKOPTERITOIMINNAN ULOTTAMINEN LAPIN ALUEELLE TURVAISI YHDENVERTAISUUTTA NYKYISTÄ PAREMMIN

1

KANTELU

Kantelija pyysi 8.3.2016 päivätyssä kirjeessään eduskunnan oikeusasiamiehen kannanottoa siihen, toteutuuko perustuslain mukainen yhdenvertaisuus ensihoidossa Lapissa, kun Rovaniemeltä toimivassa ensihoitoon suunnatussa helikopteritoiminnassa ei ole ensihoitolääkäreitä.

Kantelijan mukaan Lapin keskussairaala pysynee laajan hoitovalmiuden päivystyspisteenä jatkossakin, mutta matka Keski- ja Ylä-Lapista päivystyspisteeseen on huomattavan pitkä, jopa noin 500 km. Lisäksi useita kriittisesti sairastuneen potilaan hoitoja on keskitetty Ouluun eli käytännössä kuljetusmatka voi olla vieläkin pidempi. Esimerkkinä näistä potilasryhmistä hän mainitsi monivammaapotilaat, neurokirurgiset potilaat, 24/7 kardiologista tai verisuonikirurgista päivystystä vaativat potilaat, lasten tehohoito, toimenpideradiologinen päivystys, sydänkirurgia ja erikoishoidot. Koska kuljetusetäisyydet Lapissa ovat poikkeuksellisen pitkiä, tämä asettaa erityisiä vaatimuksia sairaalan ulkopuolella annettavalle ensihoidolle.

Kantelija totesi, että tätä kaikkien vaativinta ensihoitoa antaa Lapissa FinnHEMS 1–2 ensihoitajan miehityksellä. Ensihoitolääkärin tuoma lisäapu kriittisissä tilanteissa on koettu tärkeäksi resurssiksi maassamme. Käytännössä Lapissa potilaat eivät saa vastaavan tasoista ensihoitoa kuin muualla Suomessa huolimatta siitä, että juuri tällä alueella kyseiselle avulle olisi suurin tilaus etäisyyksien vuoksi. Oulusta käsin ensihoitolääkäri ei millään tasolla kykene antamaan potilaan hoitoon muuta kuin konsultaatioapua puhelimitse.

Kantelija totesi, että kriittiset potilaat Lapissa tarvitsevat myös vaativinta hoitoa kentällä kuten muuallakin Suomessa. Se ei ole turvallista tai asianmukaista tarjota ensihoitajan toimesta ilman lääkäreitä. Hän mainitsee esimerkkinä tällaisesta hoidosta anestesian antamisen ensihoidossa sekä muun kuin elottoman potilaan ilmatien varmistuksen intubaatiolla anesteetteja käyttäen. Molemmat toimenpiteet ovat ensihoidossa tarpeellisia ja näitä FinnHEMSin hoitajavetoinen yksikkö Lapissa suorittaa ilman lääkärin läsnäoloa, pelkkään puhelinkonsultaatioon perustuen. Näin siitäkkin huolimatta, että Valvira on valvovana viranomaisena antanut selkeän kannanoton (Anestesian ja sedaation anto ensihoidossa – Valviran kannanotto 11.2.2014), jonka mukaisesti anestesia-aineita saa ensihoidossa käyttää vain potilaan luona oleva, asianmukaisen koulutuksen ja kokemuksen omaava laillistettu lääkäri. Lapissa ensihoidossa potilaille annetaan nimenomaan yleisanestesiaa (syvän tajuttomuuden aiheuttavaa nukutusta) yleisanesteetteja käyttäen, ei pelkästään pinnallista tajuttomuutta aiheuttavaa sedaatiota ilman lääkäreitä. Kantelijan mielestä Lapin ensihoitopotilaiden tarvitsemia hoitoja ei voida turvallisesti/asiallisesti suorittaa ilman tehtävälle osallistuvaa ensihoitolääkäreitä.

Kantelija katsoi, että kansalaisten yhdenvertaisuus ei toteudu Lapissa tältä osin. Lapissa hätätilapotilas saa eritasoista hoitoa hätätilanteessa, koska alueella ei ole käytettävissä ensihoitolääkäreitä potilasta hoitamaan. Kantelija katsoi, että kyseessä on nimenomaan alueellinen epätasa-arvo eli potilas jää täysin tiettyjen hoitojen ulkopuolelle, koska asuu yhteiskunnan kustantaman lääkäripalvelun katvealueella.

Kantelija totesi, että vuosittain Lapissa vierailevat noin 1,8 miljoonaa matkailijaa aiheuttavat osaltaan sen, että ensihoitopalveluiden tarve on suurempi kuin pelkän vakituisen väestön mukaan laskettuna. Päivystyspisteiden verkko on harva; ainoa päivystävä sairaala on Rovaniemellä ja lisäksi 24/7 yleislääkäripäivystys toistaiseksi Ivalossa. Tämä lisää HEMS-palveluiden tarvetta. Pitkien etäisyyksien vuoksi useissa sairaustiloissa Lapissa ollaan täysin riippuvaisia nopeasta helikopteripalvelusta ja lappilaistenkin tulisi olla oikeutettuja niin ikään lääkäritasoiseen ensihoitoon sairaalan ulkopuolella.

2

SELVITYS

Kantelun johdosta hankittiin seuraava selvitys:

- 1) Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) lausunto 10.10.2016,
- 2) Valviran ensihoidon ja päivystyksen alan pysyvän asiantuntijan, dosentin A:n lausunto 20.7.2016,
- 3) Valviran ensihoidon ja päivystyksen alan pysyvän asiantuntijan, erityisesti ensihoitolääketieteen dosentin B:n lausunto 10.8.2016,
- 4) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vs. johtajaylilääkärin selvitys 30.5.2016,
- 5) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vs. sairaanhoitopiirin johtajan, vs. johtajaylilääkärin, Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtajan ja johtajaylilääkärin sekä OYS-erva ensihoidon yhteistyöryhmän 24.5.2016 antama selvitys,
- 6) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun palvelutasopäätös vuosille 2015–2018,
- 7) Lapin sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun palvelutasopäätös 1.1.2014 alkaen (luonnos)
- 8) HEMS-hallinnointihanke: HEMS-palvelun tarve ja yksiköiden sijoittelu, projektityöntekijän selvitys 30.4.2010,
- 9) Lapin sairaanhoitopiirin Hoito-ohje FH51:lle Hengitystien hallinta,
- 10) FH50:n hätäkeskusvasteet (=hälytysohje), kartta toiminta-alueesta ja tilastotiedot,
- 11) johtajaylilääkärin selvitys 31.5.2016 ja
- 12) ensihoidon vastuulääkärin ja OYS-ERVA ensihoidon yhteistyöryhmän selvitys 24.5.2016 sekä
- 13) johtajaylilääkäreiden sekä ensihoidosta vastaavien lääkäreiden selitys 30.1.2017.

3

RATKAISU

3.1

Keskeiset oikeusohjeet

Keskeiset oikeusohjeet ovat tämän päätöksen liitteenä.

3.2

Valviran kannanotto 11.2.2014 Anestesian ja sedaation anto ensihoidossa

Valvira toteaa, että anestesiologian professorit ja yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueiden ensihoidon ylilääkärit esittivät yhteisesti 7.6.2013 Valviralle lähettämässään kirjeessä huolensa siitä, että ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirryttyä sairaanhoitopiireille usealla alueella harkitaan anesteettien ja myös lihasrelaksanttien lisäämistä ensihoitajien käyttämään lääkevalikoimaan. Kirjeessä esitettiin vakava huolestuminen tästä kehityssuunnasta ja katsottiin sen olevan ristiriidassa viimeaikaisten tutkimustulosten ja ensihoitajien intubaatioissa onnistumiseen kriittisesti suhtautuvan kehityssuunnan kanssa.

Valvira katsoi kannanotossaan, että anestesian anto ensihoidossa edellyttää asianmukaisen koulutuksen, kokemuksen ammattitaidon omaavan lääkärin henkilökohtaista läsnäoloa. Asianmukaisen koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon omaava ensihoitaja voi päivystävän ensihoitolääkärin määräyksestä antaa sedaation hätätilapotilaalle, mikäli potilas toisin toimien hyvin todennäköisesti menehtyisi. Siirrettäessä hengityslaitepotilasta sairaalasta toiseen tulisi pääsääntöisesti saattamassa olla tehohoitotasoisten potilaiden hoitoon perehtynyt ja tarvittavien menetelmien käytön hallitseva lääkäri.

Valvira totesi, että terveydenhuoltolain ja ensihoitopalveluista annetun asetuksen mukaan ensihoitopalvelutoiminnan asianmukaisuuden ensisijainen seuranta ja valvontavastuu on sairaanhoitopiiriin ensihoitopalvelusta vastaavalla lääkäriillä. Työnantaja on ainoa taho, jolla on mahdollisuus ohjeistaa, seurata ja arvioida toimintaa reaaliaikaisesti.

Valvira korosti tapahtuma-ajankohtana riittävien ja tarvittavassa laajuudessa tehtyjen potilasasiakirjamerkintöjen tekemistä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön oman oikeusturvan vuoksi. Lääkärin osallistuminen ensihoitoon joko henkilökohtaisesti tai konsultoinnin perusteella tulee käydä ilmi potilasasiakirjoista. Erityisesti potilasasiakirjaan on tehtävä merkinnät lääkärin antamista määräyksistä ja hoito-ohjeista sekä potilaan hoidosta ja seurannasta.

3.3

Sairaanhoitopiirien selvitys

Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien selvityksen mukaan Lapin alueella kriittisesti sairastuneiden potilaiden hoito on jo vuosia turvattu kouluttamalla pieni joukko kokeneita hoitotason ensihoitajia ns. vaativalle hoitotasolle ja siirretty heille joitain perinteisesti ensihoitolääkärille kuuluvia tehtäviä. Vaativan hoitotason ensihoitajat toimivat päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa ja anesteettien käyttö perustuu hoitoprotokollaan sekä ensihoitolääkärin antamaan suulliseen hoito-ohjeeseen. Ensihoitolääkärimehitteinen helikopteri ei ole Lapissa nykyisillä tehtävämäärillä tai taloudellisin perustein perusteltu.

Selvityksen mukaan sama tilanne koskee maassamme myös monia muita alueita, joissa kriittisesti sairastuneiden ensihoitoa on ohjattu vaativalle hoitotasolle pitkien etäisyyksien ja ensihoitolääkärin saatavuusongelman vuoksi.

3.4

Lääketieteelliset asiantuntijalausunnot

3.4.1

Valviran pysyvien asiantuntijoiden A:n ja B:n lausunnot

Valvira esitti pysyville asiantuntijoilleen neljä kysymystä:

Valviran kysymys 1: Onko mielestänne OYS-eritysvastuualeen (erityisesti Lapin sairaanhoitopiirin alue) ensihoitolääkäripalveluiden saatavuus (ml. ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystys) järjestetty toimintaa sääntelevien säännösten mukaisesti, ja onko toiminnassa saadun selvityksen perusteella arvioitavissa olevan potilasturvallisuutta vaarantavia seikkoja?

Dosentti A:n mukaan ensihoitolääkäripalveluiden saatavuus on järjestetty toimintaa sääntelevien säännösten mukaisesti. Toiminnassa ei ole havaittavissa potilasturvallisuutta vaarantavia seikkoja.

Erytisesti on huomattava, että lainsäädäntö, muut säädökset tai viranomaisohjeet eivät ota kantaa potilaiden tavoitettavuuteen ensihoitolääkäripalvelulla. Kullakin viidellä eritysvastuualueella on oltava ensihoitolääkäripäivystys, mutta eritysvastuualueen on itse päätettävä, montako päivystyspistettä tarvitaan ja millä kulkuneuvolla palvelu tuotetaan (maayksikkö, helikopteri). Sosiaali- ja terveysministeriön palvelutaso-ohjeen mukaan päivystävän ensihoitolääkärin tehtävänä on antaa potilaskohtaisia hoito-ohjeita alueensa ensihoidon henkilöstölle, toimia konsulttina ensihoidollisissa kysymyksissä muille terveydenhuollon toimintayksiköille sekä ohjata ensihoidon potilaita tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan”. OYS:n ensihoitokeskuksen ensihoitolääkäripäivystyspiste täyttää säädösten ja ohjeiden edellyttämät kriteerit.

Lääkäriyksiköt ovat keskeinen osa ensihoitopalvelua, mutta ne hoitavat fyysisellä läsnäolollaan potilaan luona vain pienen osan kaikista ensihoitopalvelun tehtävistä. Tällaisen palvelun sääntely esimerkiksi aikatavoitteiden muodossa olisi hyvin hankalaa systeemiteknisesti, koska hälytysten määrä on suhteellisesti pieni, yksikköjä on lukumäärällisesti hyvin vähän ja tehtävälle lähtö voi estyä tai viivästyä päällekkäistehtävän tai lentosääesteen vuoksi. Vastaavasti tällaisia rajoitteita ei pääsääntöisesti ole muilla ensihoito- tai ensivasteyksiköillä, joskin Rovaniemellä toimivaa lääkintähelikopteria koskevat lentosään osalta samat rajoitteet kuin Oulusta toimivaa lääkärihelikopteria.

Dosentti B:n mukaan terveydenhuoltolain 46 §:n ja ensihoitoasetuksen 9 §:n mukaisesti OYS-eritysvastuualueen (OYS-erva) ympärivuorokautinen ensihoitolääkäripäivystyspiste sijaitsee Oulussa, ja kulkuvälineenä on sekä maakulkuneuvo että helikopteri.

OYS-ervan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sairaanhoitopiirit ovat sopineet, että ervan ensihoitokeskuksen tehtävänä on vastata ervan ensihoitolääkäripäivystyksestä siten, että alueelliset ensihoitokeskukset ja myös ensihoidon kenttähenkilöstö voivat tarvittaessa konsultoida ensihoitolääkäriä ympäri vuorokauden. Lisäksi kyseinen ervan ensihoitokeskus vastaa alueen lääkäri- ja lääkintähelikopteritoiminnasta.

OYS-ervan ensihoitolääkärin päivystystoiminta vastaa terveydenhuoltolaissa ja ensihoitoasetuksessa esitettyjä vaatimuksia ympärivuorokautiselle ensihoitopäivystykselle. Ensihoitokeskuksen tehtävät erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tulisi määritellä täsmällisemmin muun muassa vastuukysymysten osalta niin ensihoitokeskuksen hallinnon kuin erityisesti lääkintähelikopteritoiminnan osalta.

B toteaa arvioivansa potilasturvallisuutta Valviran kysymysten 2 ja 3 kohdalla.

Sekä A että B katsovat siten, että OYS-ervalla ensihoitopalveluiden saatavuus on sinänsä järjestetty ensihoitopalvelua koskevien säännösten mukaisesti.

Valviran kysymys 2: Voidaanko mielestänne Lapin alueella toimivalla ensihoidon järjestelyllä toteuttaa potilasturvallisesti alueen kriittisesti sairastuneiden korkeariskisten potilaiden ensihoito ottaen huomioon alueen erityispiirteet ja käytettävissä olevat ensihoidon ja päivystysten resurssit (ml. lääkintä- ja lääkärihelikopterit)? Pitäisikö esimerkiksi alueen lääkintähelikopteri (FH51) ehdottomasti miehittää ensihoitolääkärillä?

Dosentti A:n mukaan potilaiden tuloksellisen hoidon kannalta ensihoitopalvelun kolme perustekijää ovat:

- avun tarvisijoiden helppo ja nopea pääsy palveluihin, mikä koko Suomessa toteutuu erinomaisesti hätänumeron 112 kautta,
- hätätilapotilaiden mahdollisimman nopea tavoittaminen millä tahansa ensihoitopalvelun yksiköllä tai ensivasteyksiköllä sekä nopea tavoittaminen hoitotason yksiköllä; lääkäriyksiköt luetaan osaksi hoitotason yksiköitä,
- asianmukainen toiminnan tuki ja ohjaus operatiivisesti (päivystävä ensihoitolääkäri ja kenttäjohtaja) ja hallinnollisesti (ensihoidon vastuulääkäri).

Kaikki nämä tekijät toteutuvat Lapin sairaanhoitopiirissä ja koko OYS-ervalla asianmukaisesti. Kattavat ensivastepalvelut ovat oleellinen osa Pohjois-Suomen ensihoitopalvelua, vaikka lakisääteistä veloitetta niiden järjestämiseen ei olisi.

Huomioiden alueen erityispiirteet ja käytettävissä olevat ensihoidon ja päivystysten resurssit (ml. lääkintä- ja lääkärihelikopterit) voidaan kriittisesti sairastuneiden/korkeariskisten potilaiden ensihoito toteuttaa potilasturvallisesti. A ei näe perusteltua tarvetta miehittää lääkintähelikopteria FH51 ensihoitolääkärillä. Huomioiden alueen ja tehtävien erityispiirteet (ml. usein tehtävään liittyvä pelastamisen yhdistyminen ensihoitoon) A pitää juuri tämän helikopteriyksikön miehittämistä ensihoitajalla tarkoituksenmukaisena avun tarvisijoiden kannalta.

Ensihoitolääkäri on eri asia kuin ensihoitoon perehtynyt lääkäri. Lääkäri ambulanssissa tai helikopterissa ei tee yksiköstä lääkäriambulanssia tai lääkärihelikopteria. Ensihoitolääkärillä tulee olla syvälinen perehtyminen ensihoitoon ja operatiiviseen toimintaan, jotta hänestä olisi hyötyä potilaille ja jotta toiminta on turvallista niin potilaiden kuin muiden työntekijöidenkin kannalta. Ensihoitolääkärin perehdyttäminen on pitkälinen prosessi. Lääkäriliiton erikoislääkäreille myöntämä ensihoidon erityispätevyys on äskettäin korvautunut ensihoitolääketieteen kaksivuotisella yliopistollisella koulutusohjelmalla. Huomioiden hyvin rajalliset ensihoitolääkäriresurssit voi uuden lääkäriyksikön perustaminen minne tahansa Suomessa aiheuttaa työvoimapulaa muissa jo toimivissa lääkäriyksiköissä.

Kun Pohjois-Suomen haasteena ovat pitkät etäisyydet, ovat tiettyjen muiden lääkärihelikopteryksiköiden (etenkin Tampere, Turku ja Vantaa) ja Helsingin maalääkäriyksikön haasteena ruuhkatilanteet.

Ensihoidon ruuhkatilanteet syntyvät hyvin nopeasti ja pääsääntöisesti ennalta arvaamatta ilman, että niiden ilmaantumista pystyttäisiin ennustamaan etenkin kriittisimpien potilaiden osalta. Kriittisten tehtävien ruuhkatilanteissa hälytysohjeiden perusteella arvioituna tarvittaisiin lääkäriyksikköä samanaikaisesti kahteen tai useampaan paikkaan. Tämän vuoksi tarvitaan korvaavia järjestelyitä (esimerkiksi kenttäjohtaja tai vaativan hoitotason yksikkö), jotka fyysisesti menevät potilaan luokse ensihoitolääkärin antaessa etätukea puhelimitse, VIRVEN kautta ja tietojärjestelmien avulla.

Lapin sairaanhoitopiirin alueen potilaat eivät ole eriarvoisessa asemassa ensihoitolääkäripalveluissa, kun tilannetta verrataan muuhun Suomeen, missä ensihoitolääkärin fyysistä osallistumista tehtävään ei välttämättä voida järjestää ruuhkatilanteissa, vaikka ilman ruuhkatilannetta yksikön maantieteellinen sijoitus mahdollistaisi tavoittamisen.

Ensihoidon saanti ja toteutus ovat Lapissa avun tarvitsijoiden kannalta tasa-arvoisempaa kuin hoito, jota voidaan antaa vain erikoissairaanhoidon sairaaloissa. Millään järjestelyllä ei liene mahdollista perustaa esimerkiksi Ivaloon sellaista erikoissairaanhoidon sairaalaa, että Pohjois- ja Keski-Lapin potilaille voitaisiin tasavertaisesti tarjota vain sairaalassa annettavia aikakriittisiä päivystyksellisiä hoitoa samalla tavalla kuin esimerkiksi Oulussa asuville. Esimerkkejä tällaisista aikakriittisistä hoidoista ovat aivoinfarktin liuotushoito tai mekaaninen trombinpoisto, revenneen aortan tai aortan aneurysman leikkaushoito, vuotavan vammapotilaan hätäleikkaus ja hätäkeisarileikkaus.

Dosentti B:n mukaan Lapin maakunnan alueella kriittisesti sairastuneiden/korkeariskisten potilaiden ensihoidon hoitoketju perustuu 1) hätäkeskuksen kykyyn tunnistaa korkeariskinen tilanne ja hälyttää tarkoituksenmukaista apua, 2) ensihoitopalvelun kykyyn toteuttaa asianmukainen alkuarvio tapahtumapaikalla ja aloittaa välittömät hoitotoimet ja ensihoidon/hoitopaikan valinnan kannalta merkitykselliset työhypoteesia tukevat diagnostiset toimet sekä kykyyn kuljetuksen aikana toteuttaa vaativat elintoimintoja ylläpitävät ja potilaan keskeisten ongelmien kannalta tärkeät lisähoidot. Lisäksi on huomioitava, että hoitoketjuun kuuluvat alueen päivystyspisteet.

Lapin alueen kriittisesti sairastuneet/korkeariskiset potilaat kuljetetaan Lapin keskussairaalaan tai OYS:aan näiden sairaaloiden sovittuun työnjaon mukaan. Työnjako tulee olla sovittuna erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa myös päivystystilanteiden varalta niin, että ensihoitopalvelu pystyy toimimaan annettujen ohjeiden ja sopimusten nojalla. Lisäksi Lapin maakunnan pohjoisimpien kuntien alueella kriittisesti sairastunut/korkeariskinen potilas voidaan siirtää myös Pohjois-Norjan erikoissairaanhoidon päivystysyksikköihin silloin, kun se potilaan lääketieteellinen tila huomioiden on asianmukaista.

Edellä mainittu kokonaisuus ratkaisee, kuinka potilasturvallisesti potilaiden hoito voidaan toteuttaa. Kriittisesti sairastuneiden/korkeariskisesti vammautuneiden potilaiden osalta alkuvaiheessa annettavalla hoidolla on keskeinen merkitys erityisesti Lapin alueella, jossa kuljetusmatkat ovat pitkät. Samoin hoitopaikan valinnalla on erittäin suuri merkitys, koska väärä alkuvaiheen hoitopaikka voi

tuoda lisäviiveitä lopullisen hoidon aloittamiselle. Tämä koskee erityisesti työnjakoa Lapin keskussairaalan ja OYS:n välillä. Sairaaloiden työnjaon merkitys tulee korostumaan sosiaali- ja terveydenhuollon reformin yhteydessä, jolloin operatiivisessa toiminnassa joudutaan tekemään työnjakoa kaikkialla Suomessa.

Rovaniemellä toimiva ensihoitajamiehitteinen lääkintähelikopteri FH51 on pyritty miehittämään pitkän kokemuksen ensihoitajatoiminnassa ja helikopterityöstä omaavilla ensihoitajilla. Näiden ensihoitajien täydennyskoulutusta pyritään takaamaan siten, että heidän osaamistaan valvotaan säännöllisesti ja tuetaan Lapin keskussairaalan järjestämällä lisäkoulutuksilla. Yksittäisissä tilanteissa he tukeutuvat OYS-ervan päivystävän ensihoitolääkärin tapauskohtaisiin hoito-ohjeisiin sekä kirjallisiin ja hyvin yksityiskohtaisiin hoito-ohjeisiin.

Kokenut ensihoitolääkäri tuo erityisesti kriittisesti sairastuneille/korkeariskisille potilaille lisäarvoa tarkentuneen hoidontarpeen arvion, tehohoidon hoitokeinojen, alueen ensihoitopalveluiden ohjaamisen sekä pitkien kuljetusmatkojen takia. Ensihoidon mahdollisuuksien kehittyessä niin diagnostiikka kuin hoitokeinotkin tulevat mahdollistamaan ja osin myös edellyttämään ensihoidossa entistä pidemmälle viedyn hoidon. Näiden mahdollisuuksien hyödyntäminen edellyttäisi sitä, että ensihoitolääkärin peruskoulutus on toteutettu samoin kuin päivystyspisteissä kriittisesti sairastuneista tai korkeaenergisesti vammautuneista potilaista huolehtivan tehohoitolääkärin. Osasta toimenpiteitä kokeneet ensihoitajat voivat suoriutua erinomaisesti, mutta edellä mainitut laajat valmiudet puuttuvat. B pitää siten perusteltuna, että myös FH51 yksikön miehistöön kuuluisi kokenut ensihoitolääkäri.

Kahden ensihoitolääkäripäivystyspisteen ylläpitäminen OYS-ervan ensihoitokeskukselle edellä mainittu huomioiden on käytännössä resurssien osalta vaikeaa ja tulisi harkita, että sitä tuotettaisiin mahdollisesti valtakunnallisesti verkottuneena. Lapin maakunnan vaatimustaso huomioiden ensihoitolääkäreiden lääkärihelikopteriyksiköissä saatava peruskoulutus on toteutettava ensin muissa yksiköissä ohjattuna ennen kuin itsenäiseen työhön Lapin alueella ko. lääkärin kohdalla ryhdytään. Käytännössä tämä edellyttää ensihoitolääkäreiden anestesia- ja tehohoidon perustutkinnon lisäksi vähintään noin kahden vuoden lisäkoulutusta ja toimimista jossain ympärivuorokautisessa lääkäriyksikössä ja sen jälkeen alueen tuntemukseen perehtymistä.

B huomauttaa myös, että HEMS-valmisteluhankkeessa 4/2010 raportoitu HEMS-palvelun tarve ja yksikköjen sijoittelu todetaan OYS-ervasta, että helikopterin lisääminen Lapin maakunnan alueelle perustuu alueen erityispiirteeseen saatavuuden osalta, ja että vertailussa ja sijoittelumallissa käytetyt kriteerit tehtävillä olivat kaikkialla samat ja perustuivat arvioon siitä, mihin tehtäviin ensihoitolääkäri hälytettäisiin. Raportissa todetaan myös, että OYS-ervan sijoituspaikaksi kahdelle helikopterille kulkuvälineenään käyttävälle yksilölle olisi paras Oulu ja Rovaniemi, joista näitä tehtäviä tavoitettaisiin parhaiten. Raportissa todetaan niin ikään, että tämä vaihtoehto olisi todennäköisesti paras, jos kopteriin olisi resursoitavissa lääkäri myös Rovaniemelle.

Valviran kysymys 3: Pidätkö liitteenä olevaa Lapin alueella noudatettavaa hoito-ohjetta 13.1.2013 FH51:lle Hengitystien hallinta asianmukaisena ja potilasturvallisena? Onko erityisesti anesteettien käyttöön ensihoidossa arvioitavissa liittyvän potilasturvallisuutta vaarantavia seikkoja tai muita epäasianmukaisia menettelyitä (ml. lääkeaineiden käyttö, lääkärin konsultaatiot ja määräykset eri tilanteissa, noradrenaliini -infusioiden käyttö, hoitotason yksikön miehistön pätevyysvaatimukset jne.)? Miten ohjetta pitäisi mahdollisuuksien mukaan korjata/muuttaa?

Dosentti A:n mukaan Lapin sairaanhoitopiirin ohje on poikkeuksellisen seikkaperäinen ja kattava. Ohjeeseen ei ole mitään muutos- tai korjaustarpeita. Ohjeesta näkyy selvästi se, että potilasturvallisuuteen on kiinnitetty huomiota.

Valviran kannanotto anestesian ja sedaation antoon ensihoidossa vuodelta 2014 on nimensä mukaisesti kannanotto eikä viranomaismääräys. Valvovan viranomaisen kannanottoa on syytä noudattaa ja niistä poiketessa tulisi olla asianmukaiset perusteet. Lapin sairaanhoitopiirin ohje on Valviran kannanoton mukainen. A:n mukaan yleisellä tasolla voidaan todeta, että Valviran kannanottoa voidaan pitää hieman liian tiukkana sen sanamuotojen keskittyessä potilaan menehtymiseen ilman kannanotossa käsiteltyä hoitoa.

Dosentti B toteaa, että yleisellä tasolla Lapin ohje on erittäin seikkaperäinen ja noudattaa yleisesti ottaen hyviä käytäntöjä pyrkien potilasturvalliseen suoritustapaan. B:n mukaan epäselväksi jää:

1. Kuka vastaa viime kädessä tämän tyyppisten ohjeiden antamisesta? Järjestämissopimuksessa OYS-ervalla on sovittu, että lääkintähelikopterin toiminnasta vastaa ervan ensihoitokeskus. Tältä osin tulisi täsmentää ja sopia yhteneväisistä käytännöistä erityisesti, koska tilanteen hoitaminen ja ennen kaikkea oikea indikaatioasettelu edellyttää aina ensihoitolääkärin kannanottoa. Tästä asiasta tulee olla sovittu ensihoitolääkäripisteestä vastaavan ensihoitokeskuksen kanssa.
2. Valviran kannanoton mukaan ensihoitaja voi päivystävän ensihoitolääkärin määräyksestä antaa sedaation hätätilapotilaalle, mikäli potilas toisin toimien hyvin todennäköisesti menehtyisi. Tämä tulisi ottaa huomioon, kun arvioidaan indikaatioita, milloin sedaatio annetaan. Erityisesti lista, joka on otsikoitu "puolesta" on hyvin lavea ja osa tilanteesta ei välttämättä täytä Valviran kannanoton mainittua kohtaa.
3. Ohjeen kohdassa "päättös anestesiaintubaatiosta" tulisi hoito-ohjeen antavan ensihoitolääkärin rooli selventää erityisesti tilanteen alkuvaiheessa päätöksenteon/indikaatioasettelun kohdalla, vaikka se johdannossa kuvataan. Se tulisi myös liittää algoritmiin selkeämmin, jotta kunkin toimijan rooli olisi yksiselitteisen selkeä toiminnan ja vastuunjaon osalta.
4. Valviran kannanotossa on laajasti käsitelty ensihoitajien anestesia-aineiden käyttöä, ja kannanotto on tarkoituksenmukainen ja siltä osin ohje tulisi päivittää tämän käytännön mukaiseksi.

B tuo lisäksi esiin hengitystien hallinnasta sen, että kriittisesti sairastuneen tai korkeariskisen vammaapotilaan osalta hengitystien hallinta on keskeisestä merkityksestään huolimatta äärettömän harvoin itsenäinen hoitotoimi muusta potilaan hoidosta irrallaan, vaan se liittyy kompleksisen tilanteen hallintaan. Suorittavan tiimin tulee kyetä hallitsemaan hengitystien hallinnan lisäksi koko tiimin työskentely, ventilaation optimointi ja siihen liittyvät haasteet, erityisesti vammapotilailla, sekä verenkierron vakautus. Vammapotilaiden lisäksi erityisen

haasteen muodostaa esimerkiksi septisen sokin aiheuttama hengitysvajaus ja siihen liittyvä hengitystien hallinta, ventilaatio ja yhtäaikainen verenkiertovajaus ja siihen liittyvät tukihoidot, sekä aivokatastrofipotilaiden yhtäaikaisen kallonsisäisen paineen ei-operatiiviset hallintakeinot. Näiden kompleksisten tilanteiden hallinnan edellytys on kyky tilanteen ja potilaan kokonaisvaltaiseen arvioon ja hoitotoimiin sekä samanaikaisesti diagnostisiin arvioihin tilanteesta sekä päätöksentekoon potilaan hoitopaikasta. Päivystyspisteissä tähän osallistuu tavallisesti useita erikoislääkäreitä, joista tehohoitokoulutuksen saaneilla lääkäreillä on vastuu vitaalielintoimintojen toteuttamisesta.

Valviran kysymys 4: Onko ko. sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun toiminnoissa tai palvelutasopäätöksissä joitakin muita seikkoja liittyen lausunnon kohteena olevaan asiaan, joihin haluatte kiinnittää huomiota?

Dosentti A:n mukaan hänellä ei ole moitittavaa ensihoitopalvelun toiminnasta tai palvelutasopäätöksistä ko. sairaanhoitopiireissä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksen sisältö ja kuvaukset ovat varsin suppeita, mutta säädökset täyttäviä. Seuraavassa päivityksessä voisi olla tarkoituksenmukaista avata keskeisiä kohtia hieman laajemmin huomioiden se, että palvelutasopäätöstä lukevat myös muut kuin ensihoidon asiantuntijat.

Ensihoitoasetuksen perusteella sairaanhoitopiiri on jaettu maantieteellisesti riskialueluokkiin 1–5. Näin ollen on säädösten mukaista, että palvelutaso voi tietyiltä osin (esimerkiksi potilaiden tavoittaminen) olla erilainen riskialueluokissa 1–2 verrattuna riskialueluokkiin 4–5. Tämä on tarkoituksenmukaista palveluiden järjestämisen kannalta. Lapin sairaanhoitopiirin alueesta valtaosa kuuluu riskialueluokkiin 4–5. Riskialueluokan 1 ruutuja on vain yksi ja se sijaitsee Rovaniemellä. Rovaniemen ulkopuolisissa kuntakeskuksissa riskiluokka 2 ruutuja on yhteensä vain 16 (lukumäärä ei välttämättä ole tarkka vaan suuntaa antava huomioiden palvelutasopäätöksen kartan erotuskyky).

Vaativissa erityisolosuhteissa ja pitkillä etäisyyksillä telelääketieteestä on osoitettua hyötyä. A ehdottaa, että ko. sairaanhoitopiirit selvittäisivät teknisiä ja taloudellisia mahdollisuuksia järjestää videokuvayhteys etenkin Keski- ja Ylä-Lapin ensihoitoyksiköistä päivystävälle ensihoitolääkärille. Tällä mahdollisesti voitaisiin lisätä potilasturvallisuutta tietyissä tilanteissa. A ei pidä videoyhteyttä välttämättömänä, vaan lisäarvoa tuottavana teknisenä ratkaisuna.

Lapin sairaanhoitopiirissä ei toistaiseksi ole ensihoidon sähköistä potilaskertomusta, josta konsultoiva ensihoitolääkäri näkisi kattavasti konsultoitavan potilaan sen hetkisen tilanteen elintoiminta-arvoineen sekä aiemmat ensihoitokertomukset. A suosittelee, että Lapin sairaanhoitopiiri harkitsisi liittymistä KEJO-hankkeen (viranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä) myötä käyttöön tulevaan sähköiseen ensihoitokertomukseen tai jos KEJO-hanke edelleen pitkittyy, niin jotain korvaavaa sähköistä järjestelyä ylimenokaudeksi.

Dosentti B:n mukaan muita seikkoja ei ole.

3.4.2

Valviran lausunto

Valviran mukaan ”vaativa ensihoito” on kokonaisuus, jossa ensihoitolääkärin johdolla käytetään anestesiologian ja tehohoidon keinoja ja menetelmiä kriittisesti sairaiden ja korkeariskisesti vammautuneiden potilaiden lääketieteelliseen hoitoon sairaalan ulkopuolella. Lapin maantieteelliset olosuhteet huomioon ottaen ”vaativan ensihoidon” palveluiden toteuttaminen siten, että väestö olisi täsmälleen samanlaisessa asemassa maantieteellisesti sijainnista riippumatta, ei ole käytännössä mahdollista ensihoitopalveluissa eikä myöskään muussa terveydenhuollon palvelussa. Palveluita järjestettäessä tulee kuitenkin pyrkiä niin yhdenvertaiseen väestön palveluiden saantiin kuin se maamme olosuhteet ja yleisesti yhteiskunnassamme käytävissä olevat voimavarat huomioon ottaen on mahdollista.

Päivystystoiminnan keskittyessä sairaaloiden välisen työnjaon mukaan toiminnaltaan erilaajuisiin sairaaloihin ja päivystyspisteiden harventuessa operatiivisen ja muun vaativan erikoissairaanhoidon keskittyessä nykyistä harvempiin toimipisteisiin sekä kriittisesti sairaan tai korkeariskisesti vammautuneen potilaan sairaalan ulkopuolisten hoitamismahdollisuuksien kehittyessä ”vaativan ensihoidon” tehtävät tulevat lisääntymään. Väestön yhdenvertainen ensihoidon palveluiden saanti on keskeinen näkökulma uudelleenorganisoinnissa.

”Vaativaa ensihoitoa” koskevaa lainsäädäntöä ei ole. Valvira katsoo, että ”vaativalle ensihoidolle” asetettavien vaatimusten tulisi olla valtakunnallisesti yhteneväisiä, jotta väestön riittävä yhdenvertaisuus voitaisiin varmistaa ja välttyttäisiin alueiden väliseltä eriarvoisuuden lisääntymiseltä. Valviran mukaan ”vaativasta ensihoidosta” tulisi säätää ensihoitoasetuksessa.

Lääkintähelikopterin Rovaniemelle sijoittamisen lainmukaisuus ja lääkärihelikopterin saatavuuden yhdenvertaisuus OYS-ervalla sekä toiminnan potilasturvallisuus

Molemmat Valviran asiantuntijat katsovat, että OYS-ervalla ensihoitopalveluiden saatavuus on sinänsä järjestetty ensihoitopalvelua koskevien säännösten mukaisesti. Valvira toteaa, että lainsäädännössä ei ole säädetty erikseen ensihoitolääkärimehitteisestä sairaankuljetus- tai helikopteritoiminnasta eikä nimenomaisesti esimerkiksi niiden tavoittamisaikojen pituudesta. Rovaniemen tukikohdan ensihoitopalveluun kuuluvan helikopteritoiminnan asianmukaisuutta on siten arvioitava lähinnä sen perusteella, toteutuuko väestön yhdenvertainen ja potilasturvallinen palveluiden saanti Pohjois-Suomen ervalla.

Valviran asiantuntijoiden näkemykset asiassa eroavat osin siinä, olisiko Rovaniemellä tukikohtaa pitävän helikopteriyksikön miehistöön syytä kuulua ensihoitolääkäri.

A katsoo, että toiminta on nykyisin potilasturvallista, eikä näe perusteita Rovaniemellä olevan helikopterin miehittämiselle ensihoitolääkärillä. Hän perustelee näkemystään alueen ja sen tehtävien erityispiirteillä ja resurssikysymyksillä. Hän katsoo, että Pohjois-Suomen haasteena ovat pitkät etäisyydet, kun taas monin paikoin muualla maassa ruuhkatilanteet, eikä näe, että väestö olisi täten ensihoitopalvelun saatavuuden kannalta eriarvoisessa asemassa. B taas pitää perusteltuna, että myös Rovaniemen helikopteriyksikön miehistöön kuuluisi ensihoitolääkäri. Hän toteaa, että kokenut ensihoitolääkäri tuo erityisesti kriittisesti sairastuneiden/korkeariskisten potilaiden hoitoon lisäarvoa. B toteaa kuitenkin, että kahden ensihoitolääkärihelikopteripisteen ylläpitäminen OYS-erva-alueella on käytännössä resurssien osalta vaikeaa.

Molemmat asiantuntijat toteavat, että Rovaniemen helikopterin miehittäminen ensihoitolääkärillä edellyttäisi maassamme merkittävää uusien ensihoitolääkäreiden kouluttamis- ja perehdyttämisprosessia. B katsoo lisäksi, että tällöin tulisi myös harkita, että Rovaniemen yksikön ensihoitolääkäripalvelua tuotettaisiin mahdollisesti valtakunnallisesti verkottuneena.

Valviran mukaan lääkärihelikopteritoiminnan ensisijainen tehtävä on viedä ensihoitolääkäri ja tehohoitotasoinen ensihoito potilaan luokse mahdollisimman nopeasti. Ensihoitolääketieteen lisäkoulutuksen puuttuessa ensihoitolääkärinä toimii yleensä anesthesiologian ja anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri, jolla on riittävät kliiniset tiedot ja taidot toimiakseen itsenäisenä ensihoitolääkärinä sairaalan ulkopuolisessa toimintaympäristössä.

Saadun selvityksen mukaan lääkintähelikopterin ensihoitajat ovat intuboineet runsas kaksi vuotta sitten tehdyssä seurannassa kaikki 50 potilasta onnistuneesti. Selvityksestä ei ilmene näiden potilaiden muut hoitotiedot, eikä analyttistä tarkastelua siitä, olisiko heidän hoitoonsa ja ennusteeseensa ollut vaikutusta sillä, että paikan päällä olisi ollut pätevä ensihoitolääkäri, joka olisi tehnyt tutkimukseen perustuvan taudinmäärityksen ja päättänyt potilaan hoitopaikasta ja lääketieteellisestä hoidosta sekä toimenpiteistä eri hoitovaihtoehtojen, rajoitusten ja komplikaatoriskien perusteella.

Nopea ensihoitolääkärin saatavuus ei toteudu pitkien kuljetusmatkojen Lapissa ilman helikopteria. Valvira pitää perusteltuna, että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja OYS-ensihoidokeskus ryhtyisivät tarvittavilta osin yhdessä muiden erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kanssa toimenpiteisiin, joilla voitaisiin tulevaisuudessa ulottaa ensihoitolääkärimehitteinen lääkärihelikopteritoiminta myös pitkien etäisyyksien ja harvaan asutun Lapin alueelle. Tämä edellyttää muun ohella myös merkittävää ensihoitolääkäreiden kouluttamis- ja perehdyttämisprosessia ja siten yhteistyötä yliopistojen kanssa sekä toiminnan nykyistä laajempaa verkottumista.

Potilaan nukuttaminen sairaalan ulkopuolella

Valvira toteaa, että Lapin sairaanhoitopiirin lääkintähelikopterille FH51 annetusta hengitystien hallintaohjeesta ilmenee, että ensihoitajat voivat hoitaa ja myös nukuttaa (anestesia) tai rauhoittaa (sedaatio) eri lääkeannoksilla ja ohjeeseen merkityistä ”standardiannoksista” poiketen potilaan ilman lääkärin konsultaatiota ja ilman lääkärin antamaa potilaskohtaista hoito-ohjetta. Hengityksen hallintaohjeesta ei ilmene, kuka lääkäri näissä tilanteissa vastaa toiminnasta. Valvira toteaa, että esimerkiksi huumausaineiden kulutuskorttiin tulee merkitä lääkkeen tosiasiallisesti määränneen lääkärin nimi. Myös ohjeen jatkosedaatio-kohdasta ei ilmene, että sen aloittaminen ja vaihtoehtoja päättäminen edellyttäisi lääkärin määräystä. Ohjeessa mainittu ketamiini on myyntiluvassa asetetun ehdon mukaan tarkoitettu sairaalakäyttöön, ja sitä saa antaa ainoastaan anesthesiologian erikoislääkäri tai hänen valvonnassaan. Valviran Fimealta saaman tiedon mukaan ketamiinin käyttöaiheisiin ei kuulu kivunlievitys ensiaputilanteissa, eikä sitä siten voida käyttää sairaalan ulkopuolella.

Hengitystien hallintaohjeen mukaan ensihoitajat voivat annostella ilman lääkärin antamaa hoito-ohjetta esketamiinia (Ketanest-S) ja propofolia (Propolipid). Valvira toteaa, että Ketanest-S -lääkevalmisteen annostukselle ja antotavalle on sen myyntiluvassa asetettu ehto: vain sairaalakäyttöön tai ensihoitoyksiköiden käyttöön. Esketamiinia saa antaa vain anesthesiologian erikoislääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö hänen valvonnassaan. Elintoimintojen ylläpitoon tarvittava välineistö on pidettävä saatavilla.

Valviran Fimealta saaman tiedon mukaan Fimea on viime keväänä esittänyt lääkefirmalle Ketanest-S-valmisteen määräämisehdon muuttamista siten, että asianmukaisen koulutuksen saaneet ensihoitajat voisivat toteuttaa potilaan kivun hoidon ko. valmisteella sairaalan ulkopuolella ensihoitolääkärin konsultaation jälkeen, kun ensihoitolääkäri on antanut tapauskohtaisen ohjeen potilaan lääkityksestä. Valvira toteaa, että Propolipid-lääkevalmisteen annostukselle on sen myyntiluvassa asetettu ehto: Propolipid injektio-/infuusionestettä saa antaa vain anestesiaan tai potilaiden tehohoitoon perehtynyt lääkäri sairaaloissa tai riittävästi varustetuissa terveydenhuollon yksiköissä. Hengitystien hallintaohjeessa mainitaan hyvin hiotun intubaatioprosessin olevan yhtä turvallinen kuin sairaalassa toteutettu intubaatio.

Valvira toteaa, että Kustannus Oy Duodecimin Ensihoito-oppaan 8. uudistetun painoksen 2016 mukaan lääkkeiden annostelua koskeva hoito-ohje pyydetään aina lääkäriltä. Valvira toteaa vielä, että sairaalassa hyödynnetään kaikki käytettävissä olevat resurssit hätätilapotilaan tilan vakauttamisen varmistamiseksi. Lääkintähelikopterin ensihoidosta poiketen sairaalassa on hätätilapotilaiden hoitoon erikoistuneiden lääkäreiden apua saatavissa välittömästi.

Valvira toteaa, viitaten myös asiantuntija B:n toteamaan, että Lapin sairaanhoitopiirin on syytä päivittää lääkintähelikopterille annettu Hengitystien hallintaohje Valviran lausunnossa kuvattujen yksityiskohtien osalta.

3.5

Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien selitys

Selityksen mukaan Lapin sairaanhoitopiirin lääkintähelikopterille annettua Hengitystien hallintaohjetta on muutettu vastaamaan Valviran lausuntoa seuraavasti:

- Päivitetyn ohjeistuksen mukaan päätöksen anestesiaintubaatiosta tekee konsultoitu FH50:n päivystävä ensihoitolääkäri.
- Ensihoitajan mahdollisuus poiketa lääkityksen standardiannoksesta on muutettu niin, että perustellusta syystä konsultoitu lääkäri voi poiketa standardilääkityksestä. Ohjeesta poistettiin ensihoitajien mahdollisuus intuboida Fentanyl + S-Ketanest + Midatsolam yhdistelmällä hoito-ohjeen mukaan silloin, kun konsultaatiotukea ei ole saatavissa. Nykyiset satelliittipuhelimet toimivat myös Lapin olosuhteissa kaikkialta ja ensihoitolääkäri on aina konsultoitavissa.
- Jatkosedaatio toteutetaan konsultoidun FH50:n ensihoitolääkärin antaman ohjeen mukaisesti ensisijaisesti propofoli-infuusiolla ja fentanyliboluksilla (tai oksikodoni). Sedaatio annetaan arvioidun tarpeen ja vasteen mukaan, esimerkiksi fentanyyli 0,1 mg 10-15 minuutin välein tai oksikodoni 5 mg noin 30 minuutin välein. Konsultoitu FH50:n lääkäri voi poiketa edellä mainituista lääkevalinnoista ja -annoksista.

Kuten Valvira toteaa, S-ketamiinin käyttö on rajoitettu sairaalaan ja ensihoitoyksikköihin. Käytön on tapahduttava anestesiologian erikoislääkärin toimesta tai hänen valvonnassaan. FH51 on Lapin sairaanhoitopiirin alueen vaativan hoitotason ensihoitoyksikkö, joka toimii FH50:n ensihoitolääkärin konsultaation mukaisesti. Valviran lausunnossa edellytetty elintoimintojen ylläpitoon tarvittava välineistö on jatkuvasti yksikön käytössä. FH51:n toteuttamat anestesia- ja sedaatiot rajoittuvat pelkästään ensihoitolääkärin konsultaation mukaisiin hätätilapotilaisiin, jotka suurella todennäköisyydellä menehtyisivät ilman toimenpidettä.

Ensihoitoasetuksen ja perustelumistion mukaisesti vastuu hoito-ohjeista on sairaanhoitopiirin ensihoidosta vastaavalla lääkärillä. Ensihoitoasetuksen mukaan päivystävä ensihoitolääkäri johtaa toiminta-alueensa ensihoitopalveluiden tilannekohtaista lääketieteellistä toimintaa ja

vastaa hoito-ohjeiden antamisesta alueen ensihoidon kenttäjohtajille ja muulle ensihoidon henkilöstölle. FH51:n hoito-ohjeet on tehty Lapin sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärin toimesta yhteisymmärryksessä konsultaatiotukea antavan FH50:n kanssa. Hoito-ohjeet koskien FH51:n lääkkeitä, mukaan lukien Ketanest-S ja Propolipid on hyväksytty FH50:ssä. Valvira viittaa Fimean lausuntoihin ja lääkkeiden käytön rajoittamiseen sairaalaan. Ensihoidossa kuitenkin käytetään jatkuvasti sairaalakäyttöön tarkoitettuja lääkkeitä koko maassa.

Kuten sairaanhoitopiirien selvityksessä todettiin, FH51:n sijoituspaikan peruste ei ole ollut tehtävä- ja väestömäärä, vaan etäisyydet. FH51:n toiminta poikkeaa maantieteen ja pitkien etäisyyksien vuoksi lääkäriyksiköistä merkittävästi. FH51:n toimintaa kuvaa air ambulance -termi, jossa lääkärin tarve on vähäinen. FH51:n hyöty väestölle syntyy sairaalahoitoa vaativien aikakriittisten potilaiden, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriö ja pallolaajennusta edellyttävien sydänpotilaiden kuljetustehtävistä.

Lääkärihelikopterit palvelevat merkittävästi suurempia väestömääriä. Suuressa tehtävämäärässä ja etäisyyksien ollessa Lappiin verrattuna lyhyitä korostuu lääkärihelikopteritoiminnassa potilaiden kuljetusten sijaan lääkärin kentällä toteuttama hoito. Kokeneiden ensihoitajien saatavuus FH51:een on hyvä. Kun ensihoitajan paikka on ollut avoimena, FH51:ssä on kiinnostus ollut suurta ja erittäin kokeneita ensihoitajia on ollut aina useita mukana hakuprosessissa. Lääkärihelikopterin tehtäväprofiililla FH51:n tehtävämäärä ja hyöty väestölle olisivat hyvin alhaiset ja kustannukset suhteettoman suuret. Kaikki suhteettomat kustannukset vähentävät potilaiden tarvitsemia vaikuttavia palveluita, erityisesti tulevassa valtion budjettirajoitteisessa sote-rahoituksessa.

Selityksen mukaan Valviran lausunnossa on huomioitava erityisesti, että vain toisen pysyvän asiantuntijan antamaa lausuntoa on käytetty perusteluina.

Selityksen mukaan Valviran näkemystä siitä, että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja OYS-ensihoitokeskuksen ryhtyminen tarvittavilta osin yhdessä muiden erva-alueiden sairaanhoitopiirien kanssa toimenpiteisiin, joilla voitaisiin tulevaisuudessa ulottaa ensihoitolääkärimehitteinen lääkärihelikopteritoiminta myös pitkien etäisyyksien ja harvaan asutun Lapin alueelle, olisi perusteltua, ei olosuhteisiimme ja mahdollisuuksiimme epätarkoituksenmukaisena ole tulkittava velvoittavaksi. Myöskään muiden erva-alueiden kanssa toiminnan suunnittelu ei ole nykyolinsäädännön mukaan perusteltua.

Selityksessä viitataan sen liitteinä oleviin taulukkoihin, joissa kuvataan FH51:n ja muiden FH-asemien tehtävämäärää ja toteutuneita tehtäväluokkia. Taulukoista on todettavissa FH51:n kuljetusten suuri määrä ja tehtäväprofiilin merkittävä ero verrattuna maamme lääkäriyksikköihin.

3.6

Oikeudellinen arviointi

Aikaisempi päätökseni

Olen jo aikaisemmin erään kantelun perusteella ottanut kantaa lääkärihelikopteritoimintaan. Kantelussa arvosteltiin sitä, että Etelä-Suomessa on alueita, joita kattaa kolmenkin lääkärihelikopterin toiminta, kun taas Pohjanmaalla on suuria alueita, joilla ei toimi yksikään FinnHEMS-yksikkö.

Päätöksessäni (16.7.2015, dnro 1989/4/14) viittasin terveydenhuoltolain 46 §:ään, jonka mukaan erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävänä on vastata alueensa

ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä sekä suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan. Totesin, että erityisvastuualueiden ensihoitokeskuksilla on näin ollen päätösvalta siitä, millä tavalla helikopteripalveluita käytetään osana hoitotason ensihoitoa.

Totesin päätöksessäni edelleen seuraavaa. Perusoikeusuudistuksen yhteydessä korostettiin sitä, että julkisen vallan velvollisuutena on edistää tosiasiallista tasa-arvoa yhteiskunnassa. Perustuslain yhdenvertaisuussäännös 6 § toteuttaa siten myös perustuslain 1 §:n 2 momentin yleistä arvolähtökohtaa oikeudenmukaisuuden edistämiseksi yhteiskunnassa. Perustuslain 1 §:n 2 momentilla on läheinen yhteys perustuslain perusoikeussäännöksiin, ja se tulee ottaa huomioon perustuslain muita säännöksiä tulkittaessa (HE 1/1998).

Yhdenvertaisuussäännökseen sisältyy vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Säännös sinänsä edellyttää myös samanlaista kohtelua asuinpaikaista riippumatta (HE 309/1993). Pelkkää maantieteellistä kriteeriä ei voida pitää perustuslain 6 §:n 2 momentissa hyväksyttävänä perusteena jonkun asettamiselle erilaiseen asemaan perusoikeusjärjestelmässä, jonka kokonaisuuteen kuuluu myös asuinpaikan valitsemisen vapaus (esim. PeVL 59/2001).

Viittasin päätöksessäni myös 29.12.2014 antamaani päätökseen (dnro 4410/4/13), joka koski ensihoidon yhdenvertaista järjestämistä. Tuossa päätöksessäni totesin, että perustuslain yhdenvertaisuussäännös rajoittaa siten myös erilaisuutta sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun järjestämistavoissa. Päätöksessäni (16.7.2015, dnro 1989/4/14) totesin, että tämä koskee myös erityisvastuualueiden lääkärihelikopteritoimintaa.

Käytettävissäni tuolloin olleen selvityksen perusteella totesin, että olemassa olevalla lääkärihelikopterijärjestelmällä ei kyetä tarjoamaan yhdenvertaista ensihoitolääkärin saatavuutta hätätilapotilaille Suomessa. Suurimmat kipupisteet olivat Pohjanmaalla ja Kaakkois-Suomessa. Pidin tärkeänä, että ensihoitopalveluita järjestettäessä lääkärihelikopterin yhdenvertaisesta saatavuudesta huolehditaan maan eri osissa. Totesin, että tähän tulee kiinnittää erityistä huomiota, kun sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen tulee edelleen karsimaan päivystyspisteitä terveydenhuollossa ja lisäämään matkaa lähimpään lääkäripäivystykseen. Saatoin käsitykseni Valviran tietoon ja pyysin sitä ilmoittamaan päätöksestäni Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille, Pirkanmaan sairaanhoitopiirille, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirille ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille. Päätös on julkaistu oikeusasiamiehen verkkosivuilla www.oikeusasiamies.fi.

Kannanotto

Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien selvityksen mukaan Lapin alueella kriittisesti sairastuneiden potilaiden hoito on jo vuosia turvattu kouluttamalla pieni joukko kokeneita hoitotason ensihoitajia ns. vaativalle hoitotasolle ja siirretty heille joitain perinteisesti ensihoitolääkärille kuuluvia tehtäviä. Selvityksen mukaan vaativan hoitotason ensihoitajat toimivat päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa. Selvityksen mukaan maassamme on myös monia muita alueita, joissa kriittisesti sairastuneiden ensihoitoa on ohjattu vaativalle hoitotasolle pitkien etäisyyksien ja ensihoitolääkärin saatavuusongelman vuoksi.

Valvira määrittelee "vaativan ensihoidon" kokonaisuudeksi, jossa ensihoitolääkärin johdolla käytetään anestesiologian ja tehohoidon keinoja ja menetelmiä kriittisesti sairaiden ja korkeariskisesti vammautuneiden potilaiden lääketieteelliseen hoitoon sairaalan ulkopuolella.

Terveydenhuoltolain 41 §:n mukaan perus- ja hoitotason määritelmistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (ensihoitoasetus). Totean, että ensihoitoasetuksessa ei

määritellä vaativaa hoitotasoa. Valvira katsoo, että "vaativalle ensihoidolle" asetettavien vaatimusten tulisi olla valtakunnallisesti yhteneväisiä, jotta väestön riittävä yhdenvertaisuus voitaisiin varmistaa ja välttyttäisiin alueiden väliseltä eriarvoisuuden lisääntymiseltä. Valviran käsityksen mukaan "vaativasta ensihoidosta" tulisi säätää ensihoitoasetuksessa. Myös oma käsitykseni on, että ensihoitopalvelun vaativa hoitotaso olisi tarpeen määritellä ensihoitoasetuksessa.

Pidän asianmukaisena sitä, että Lapin sairaanhoitopiirin lääkintähelikopterille FH51 antamaa Hengitystien hallintaohjetta on sairaanhoitopiirien selityksestä (edellä kohta 3.5) ilmenevästi täsmennetty Valviran lausunnossa edellytetyllä tavalla.

Valviran mukaan lääkärihelikopteritoiminnan ensisijainen tehtävä on viedä ensihoitolääkäri ja tehohoitotasoinen ensihoito potilaan luokse mahdollisimman nopeasti. Nopea ensihoitolääkärin saatavuus ei toteudu pitkien kuljetusmatkojen Lapissa ilman helikopteria. Valvira pitää perusteltuna, että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja OYS-ensihoidokeskus ryhtyisivät tarvittavilta osin yhdessä muiden erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kanssa toimenpiteisiin, joilla voitaisiin tulevaisuudessa ulottaa ensihoitolääkärimehitteinen lääkärihelikopteritoiminta myös pitkien etäisyyksien ja harvaan asutun Lapin alueelle. Valviran mukaan tämä edellyttää muun ohella myös merkittävää ensihoitolääkäreiden kouluttamis- ja perehdyttämispöytäkirjoja ja siten yhteistyötä yliopistojen kanssa sekä toiminnan nykyistä laajempaa verkottumista.

Yhdyn Valviran lääketieteellisenä asiantuntijana esittämiin käsityksiin. Totean, että lääkärihelikopteritoiminnan ulottaminen tulevaisuudessa myös Lapin alueelle turvaisi nykyistä paremmin ensihoitolääkärin hoitoa tarvitsevien äkillisesti sairastuneiden tai loukkaantuneiden potilaiden yhdenvertaisuutta Lapissa. Jos tämä pitkittyy, pidän varteenotettavina dosentti A:n ehdotuksia (edellä kohta 3.4.2 kysymys 4) videokuvayhteydestä ja ensihoidon sähköisestä potilaskertomuksesta.

A ehdottaa, että Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit selvittäisivät potilasturvallisuuden lisäämiseksi teknisiä ja taloudellisia mahdollisuuksia järjestää videokuvayhteys etenkin Keski- ja Ylä-Lapin ensihoidoyksiköistä päivystävälle ensihoitolääkärille. A toteaa, että Lapin sairaanhoitopiirissä ei toistaiseksi ole ensihoidon sähköistä potilaskertomusta, josta konsultoiva ensihoitolääkäri näkisi kattavasti konsultoitavan potilaan sen hetkisen tilanteen elintoiminta-arvoineen sekä aiemmat ensihoidokertomukset. Hän suosittelee, että Lapin sairaanhoitopiiri harkitsisi liittymistä KEJO-hankkeen (viranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä) myötä käyttöön tulevaan sähköiseen ensihoidokertomukseen tai jos KEJO-hanke edelleen pitkittyy, jotain korvaavaa sähköistä järjestelyä ylimenokaudeksi.

4

TOIMENPITEET

Saatan edellä kohdassa 3.6 esittämäni käsitykset Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien tietoon.

Saatan sosiaali- ja terveysministeriön tietoon edellä kohdassa 3.6 esittämäni käsityksen lainsäädännön täsmentämistarpeesta. Pyydän ministeriötä ilmoittamaan minulle 30.9.2017 mennessä, mihin toimenpiteisiin käsitykseni on antanut aiheita.

LIITE

Päätökseen dnro 1016/4/16 liittyvät keskeiset oikeusohjeet

Suomen perustuslaki

Perustuslain 1 §:n 2 momentin mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa.

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä (1 mom). Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (2 mom.).

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään huolenpitoon.

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

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

Potilaslaki

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, potilaslaki) 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Potilaslain 8 §:n mukaan potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

Ammattihenkilölaki

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, ammattihenkilölaki) 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemuseräisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat (1 mom.). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään (2 mom.). Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua (3 mom.).

Ammattihenkilölain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta (1 mom.). Laillistetulla lääkäriellä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä lääketieteellistä tarkoitusta varten, noudattaen, mitä siitä erikseen säädetään tai määrätään.

Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 1 §:n mukaan lakia sovelletaan kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido.

Terveydenhuoltolain 2 §:n mukaan lain tarkoituksena on muun muassa toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta.

Terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Terveydenhuoltolain 10 §:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät (1 mom.).

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan (2 mom.).

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi (3 mom.).

Terveydenhuoltolain 39 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. 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 (1 mom.).

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelun tuottajalta (2 mom.).

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelemaat tavoitteet ajasta, jossa väestö tavoitetaan, ja muut alueen ensihoitopalvelun

järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu toteutetaan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä otetaan huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet sekä erityisvastuualueen resurssit (3 mom.).

Ensihoitopalvelun sisällöstä säädetään terveydenhuoltolain 40 §:ssä.

Ensihoitopalveluun sisältyy (1 mom.):

- 1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, eivät kuitenkaan meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä, tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön ja äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa;
- 2) ensihoitovalmiuden ylläpitäminen;
- 3) tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin;
- 4) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa; ja
- 5) virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi päättää palvelutasopäätöksessä ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen kautta hälytettävissä olevan muun yksikön kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi ja yksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua, joka on määritelty ensihoidon palvelutasopäätöksessä (2 mom.).

Ensihoitokeskuksesta säädetään terveydenhuoltolain 46 §:ssä.

Erytisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on sovittava ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on:

- 1) valmistella ensihoidon palvelutasopäätökseen kuuluvat tavoitteet ajasta, jossa väestö sen erityisvastuualueella tavoitetaan, ottaen huomioon väestön ennakoitu palvelutarve, alueen sosiaali- ja terveystoimen päivystysrakenne ja erityisvastuualueen ensihoidon voimavarat;
- 2) vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä;
- 3) sovittaa yhteen ensihoitopalveluun kuuluvat potilassiirrot;
- 4) suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan;
- 5) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet;

6) yhdessä muiden erityisvastuualueiden kanssa valmistella ja yhteen sovittaa ensihoitopalvelun toimintaa koskevat lääketieteelliset hoito-ohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat valtakunnalliset ohjeet;

7) vastata sosiaali- ja terveystoimen kansallisten korkean varautumisen viestintä- ja tietojärjestelmien aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan järjestelmien ylläpidosta;

8) osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten, että ne muodostavat kansallisen kokonaisuuden (1 mom.).

Ensihoitokeskuksen yhteistyöstä sosiaalipäivystyksen kanssa säädetään sosiaalihuoltolain 29 a §:ssä. Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (2 mom.).

Asetuksenantovaltuudesta säädetään terveydenhuoltolain 41 §:ssä. Ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun yksiköistä, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Ensihoitoasetus

Ensihoitopalvelusta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (340/2011, ensihoitoasetus) 2 §:ssä säädetään ensihoitopalvelun tehtävistä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on ensihoitopalvelua järjestäessään:

- 1) vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja laadittava ohjeet kuljetusta edellyttävien potilaiden hoitoon ohjauksesta sekä ohjeet niitä tilanteita varten, joissa potilas ei tarvitse kuljetusta;
- 2) vastattava ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, päivittäistoiminnasta poikkeavista erityistilanteista ja niihin varautumisesta;
- 3) laadittava hälytysohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat ohjeet, jotka erityisvastuualueen ensihoitokeskus sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettaviksi;
- 4) sovittava meripelastusviranomaisten kanssa toimintamalleista, joiden avulla turvataan potilaiden hoitotason ensihoito meripelastusviranomaisten vastuulla olevissa tehtävissä;
- 5) sovittava ensihoitopalvelun toiminnassa tarvittavien erikoisvarusteiden ja -kulkuneuvojen käytöstä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa;
- 6) vastattava alueensa väestön neuvonnasta ja tiedottamisesta ensihoitopalveluun kuuluvissa asioissa;
- 7) tarvittaessa tarkastettava ensihoitopalvelun tehtävissä käytettävien yksiköiden soveltuvuus tehtävään, mukaan luettuna ensihoitopalveluun kuulumattomat ambulanssit;

8) seurattava ja tuotettava ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi;

9) tuotettava muita ensihoitopalvelun toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisia terveydenhuollon palveluja siten, kuin siitä on erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa alueellisessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tai ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksessä sovittu;

10) sovittava poliisilaitosten kanssa siitä, miten yhteistoiminta ensihoitoa edellyttävissä vaativissa poliisin johtamissa tilanteissa järjestetään (taktinen ensihoito).

Ensihoitoasetuksen 3 §:ssä säädetään erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävistä.

Erytisvastuualueen ensihoitokeskuksen on:

1) yhteen sovitettava alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelujen toimintaa ja annettava niitä koskevia ohjeita ottaen huomioon alueelliset erityispiirteet, kuten kieli ja maantieteelliset olosuhteet, sekä yhdessä muiden erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten kanssa valmistettava ja yhteen sovitettava ensihoitopalvelun toimintaa koskevat valtakunnalliset ohjeet;

2) seurattava alueensa ensihoitopalvelun toiminnan tunnuslukuja ja vaikuttavuutta sekä edistettävä ensihoitopalvelua koskevaa tutkimustoimintaa alueellaan;

3) yhteen sovitettava alueensa ensihoitopalveluissa käytettäviä sähköisiä potilastietojärjestelmiä ja muita sairaanhoitopiirien tarvitsemia tietojärjestelmiä siten, että ne muodostavat sairaanhoitopiirien kanssa sovitun toiminnallisen kokonaisuuden.

Ensihoitoasetuksen 4 §:ssä säädetään ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen sisällöstä.

Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun saatavuus, taso ja sisältö ensihoitopalvelun toiminta-alueella. Palvelutasopäätöksen on perustuttava riskianalyysiin, erilaisiin sairastumis- ja onnettomuusuhkiin ja muihin ensihoidon tarpeeseen vaikuttaviin paikallisiin tekijöihin (1 mom.). Riskianalyysissä on otettava huomioon alueella vakituisesti oleskeleva väestö ja sen ikärakenne, vapaa-ajan asutus ja matkailu, liikenteelliset seikat sekä alueen erityiset onnettomuusriskit ja niistä todennäköisesti aiheutuvien henkilövahinkojen määrä. Palvelutasopäätöksessä on otettava huomioon eri viranomaisien näkökulmat ja riskianalyysit (2 mom.). Palvelutasopäätöksessä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alue jaetaan yhden neliökilometrin kokoisiksi alueiksi, jotka luokitellaan riskialuealuokkiin 5 §:ssä säädetyllä tavalla. Palvelutasopäätöksessä asetetaan kussakin riskialuealuokassa ohjeelliset tavoittamisajat ensihoitopalvelun yksiköille kussakin 6 §:n mukaisessa tehtäväkiireellisyysluokassa (3 mom.).

Ensihoitopalvelun riskialuealuokista säädetään ensihoitoasetuksen 5 §:ssä.

Sairanhoitopiirin kuntayhtymän alueen yhden neliökilometrin kokoiset alueet jaetaan viiteen riskialuealuokkaan alueella muodostuvien keskimääräisten ensihoitotehtävien, asutuksen ja tiestön mukaan seuraavasti:

Riskialuealuokka 1: enemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa

Riskialuealuokka 2: vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa, mutta enemmän kuin yksi viikossa

Riskialueluokka 3: vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä viikossa, mutta enemmän kuin yksi kuukaudessa

Riskialueluokka 4: vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä kuukaudessa, jos alue on asutettu tai sen läpi kulkee kantatie tai valtatie

Riskialueluokka 5: alueella ei ole vakinaista asutusta

Ensihoitoasetuksen 6 §:ssä säädetään ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokista.

Ensihoidon hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehtävän riskinarvioinnin perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan seuraavasti:

A-luokan tehtävä:

korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna

B-luokan tehtävä

todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta

C-luokan tehtävä

avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia

D-luokan tehtävä

avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi

Ensihoitoasetuksen 7 §:ssä säädetään tavoittamisaikojen määrittelystä.

Palvelutasopäätöksessä määritellään riskialueluokakohtaisesti kuinka suuri osuus väestöstä pyritään tavoittamaan vähintään ensivasteyksikkötasoisella yksiköllä A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokassa kahdeksan minuutin ja kuinka suuri osuus 15 minuutin sisällä hälytyksestä. C-luokan tehtävissä määritellään riskialueluokakohtaisesti, kuinka suuri osuus väestöstä pyritään ensihoitopalvelun yksiköllä tavoittamaan 30 minuutin ja D-luokan tehtävissä kahden tunnin sisällä hälytyksestä. Kaikissa riskialueluokissa määritellään lisäksi, kuinka suuri osuus väestöstä pyritään A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokassa tavoittamaan hoitotason yksiköllä 30 minuutin sisällä hälytyksestä. Tavoittamisaika lasketaan siitä, kun hätäkeskus on hälyttänyt yksikön siihen, kun yksikkö ilmoittaa olevansa kohteessa (1 mom.).

Samana riskialueluokan väestön tulee saada yhdenvertainen palvelu koko sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta. Sairaanhoitopiirien tulee sopia yhtenäisistä käytännöistä reuna-alueidensa ensihoitotehtävien hoitamisesta (2 mom.).

Ensihoitopalvelun yksiköistä ja henkilöstöstä säädetään ensihoitoasetuksen 8 §:ssä.

Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ensihoitopalvelun yksiköitä voivat olla ambulanssien lisäksi esimerkiksi johto- ja lääkäriautot (1 mom.).

Ensihoitopalvelun yksiköiden henkilöstöllä on oltava vähintään seuraava koulutus (2 mom.):

1) ensivasteyksikössä vähintään kahdella henkilöllä ensivastetoimintaan soveltuva koulutus;

2) perustason ensihoidon yksikössä:

a) ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus; ja

b) toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö;

3) hoitotason ensihoidon yksikössä:

a) ainakin toisen ensihoitajan on oltava ensihoitaja AMK taikka terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen opintokokonaisuuden yhteistyössä sellaisen ammattikorkeakoulun kanssa, jossa on opetus- ja kulttuuriministeriön päätöksen mukaisesti ensihoidon koulutusohjelma; ja

b) toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö.

Ensihoidon ruuhka- ja erityistilanteissa voidaan 2 momentissa mainituista vaatimuksista tilapäisesti poiketa. Lisäksi 2 momenttia ei sovelleta rajavartiolaitoksen helikopteriyksikön kokoonpanoon ja varustukseen sekä miehistön pätevyksiin toiminnassa, josta säädetään meripelastuslaissa (1145/2001).

Ensihoitoasetuksen 9 §:ssä säädetään johtamisjärjestelmästä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, joka johtaa alueen ensihoitopalvelua ja sen toimintaa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen ja palvelutasopäätöksen mukaisesti. Lääkärillä tulee olla soveltuva lääketieteen erikoisalan koulutus sekä hyvä perehtyneisyys ensihoitolääketieteeseen ja kokemusta ensihoitopalvelun toiminnasta (1 mom.).

Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen on järjestettävä alueellaan ympärivuorokautinen ensihoitolääkärin päivystys vähintään yhteen toimipisteeseen. Päivystävä ensihoitolääkäri johtaa toiminta-alueensa ensihoitopalvelujen tilannekohtaista lääketieteellistä toimintaa ja vastaa hoito-ohjeiden antamisesta alueen ensihoidon kenttäjohtajille ja muulle ensihoidon henkilöstölle (2 mom.).

Sairaanhoitopiirillä on oltava ympäri vuorokauden toimivat ensihoitopalvelun kenttäjohtajat. Kenttäjohtajat ovat ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta sairaanhoitopiirinsä ensihoitopalvelun tilannejohtajia ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin alaisuudessa (3 mom.).

Ensihoidon palvelutaso-ohje

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut sairaanhoitopiireille tarkoitetun ohjeen ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimisesta (sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11, palvelutaso-ohje). Palvelutaso-ohjeessa lähdetään siitä, että hätätilapotilas tulisi saavuttaa 10 minuutin kuluessa hätäpuhelun alusta. Palvelutaso-ohjeen mukaan ensihoitopalvelun suunnittelun lähtökohtana tulee olla samantasoisten palvelujen tarjoaminen riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla. Palvelutasopäätöksen mukaisten toimenpiteiden avulla tavoitetaan valtaosa alueen ensihoitoa tarvitsevista potilaista tavanomaisesta elinympäristöstään (koti, työpaikka, ms.) alueellisesti määritellyssä enimmäisajassa.

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

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

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