

16.7.2015

Dnr 1989/4/14

**Beslutsfattare: Justitieombudsman Petri Jääskeläinen**

**Föredragande: Referendarieråd Kaija Tanttinen-Laakkonen**

## **EN JÄMLIK TILLGÄNGLIGHET AV LÄKARHELIKOPTRAR**

### **1 KLAGOMÅLET**

Klagande kritiserade i sitt brev 5.5.2014 till justitieombudsmannen FinnHEMS-helikopterverksamhet för att den inte är rättvis uppdelad i Finland.

Enligt klagandes skrivelse finns det områden i södra Finland som kan täckas av tre helikoptrar medan stora delar av Österbotten inte alls har tillgång till en FinnHEMS-enhet. Det gör att folk som bor i dessa regioner har sämre chans att snabbt få läkarledd akutvård vid svåra sjukdomsfall och olyckor. Det gör att utgången kan bli sämre med "onödiga" dödsfall och längre och kostsammare rehabilitering som följd. Alla ska ha rätt till lika vård i olika nödsituationer.

Befolkningen får inte vård på lika villkor. De som bor inom FinnHEMS-enheternas verksamhetsområden gynnas medan de som bor utanför missgynnas. Ändå är alla medborgare på sätt eller annat med och finansierar verksamheten.

### **2 UTREDNING**

- - -

### **3 AVGÖRANDE**

#### **3.1 Bakgrunden till läkar- och räddningshelikopterverksamheten**

Fram till slutet av år 2005 upprätthölls läkarhelikopterverksamheten av ett flertal separata stödföreningar för läkarhelikoptrar. Från början av år 2006 omorganiserades verksamheten genom en partnerskapsmodell så att det medicinska ansvaret för läkarhelikopterverksamheten överfördes till sjukvårdsdistrikten, varvid de akutvårdsläkare som deltagit i verksamheten blev sjukvårdsdistriktens anställda. Läkarhelikoptrarnas stödföreningar svarade för flygverksamheten med stöd av insamlingar från medborgare och bidrag från Penningautomatföreningen (RAY).

I regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering infördes som mål, att läkar- och räddningshelikoptrarnas verksamhet tryggas.

En socialpolitisk ministerarbetsgrupp fastställde som riktlinje 16.9.2009, att administrationen av läkarhelikopterverksamheten ska förnyas. På uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet bildade universitetssjukhusdistrikten tillsammans ett projekt för en HEMS-administrationsenhet (nedan kallad HEMS-beredningsprojektet) för perioden

1.12.2009 - 31.12.2010. Som resultatansvarig enhet för projektet fungerade Norra Savolax sjukvårdsdistrikt.

Under HEMS-beredningsprojektet bildade universitetssjukvårdsdistrikten i augusti år 2010 tillsammans med jämnstora andelar ett bolag utan vinst syfte, FinnHEMS Oy. Bolaget finansieras till 100 % av statsbidrag som kanaliseras via social- och hälsovårdsministeriets budget.

I statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram (2011) konstaterades: "Som en del av den prehospitla akutsjukvården säkerställs att läkarhelikopter verksamheten fortsätter. Det regionala och kvantitativa behovet av läkarhelikoptrar ska utredas på nytt". Av denna anledning gav social- och hälsovårdsministeriet FinnHEMS Oy i uppdrag att utreda delregionala och kvantitativa behovet av läkarhelikoptrar. Dessutom begärde social- och hälsovårdsministeriet ett sakkunnigutlåtande av professor emeritus i anesthesiologi Lauri Nuutinen om möjligheterna till myndighetssamarbete i genomförandet av läkar- och räddningshelikopter verksamheten.

Före HEMS-beredningsprojektet baserade sig antalet baser, deras placeringar och omfattningen av de sex läkar- och räddningshelikoptrarnas verksamhet på enskilda och separata stödföreningars egen prövning och kapacitet. Det fanns ingen riksomfattande, centraliserad behovsprövning eller kvalitetssäkrad kunskap om placeringen av enheterna för att det optimala antalet läkarhelikoptrar skulle ha kunnat bedömas.

FinnHEMS Oy producerade en rapport för social- och hälsovårdsministeriet med en behovskartläggning av den prehospitla akutsjukvården (STM/2945/2011) som innehöll en analys på basis av föreliggande kunskap av behovet för akut prehospital akutsjukvård inom läkarhelikopter verksamheten separat för varje medicinsk specialitet. Resultatet blev en optimerad placering av de nuvarande sex baserna så att den befintliga läkarhelikopter verksamheten kunde tryggas. I denna modell ville man med det befintliga systemet nå en så stor befolkning som möjligt, också när helikopterflygning hindras av väderleksförhållandena.

### 3.2 Nyläget av läkar- och räddningshelikopter verksamheten

Från 1.1.2012 har det icke-vinstdrivande aktiebolaget FinnHEMS, som grundats av universitetssjukhusdistrikten, svarat för läkarhelikoptrarnas stödtjänster, dvs. flygverksamheten, baserna och de landburna enheterna. Verksamheten finansieras till 100 % av staten.

FinnHEMS Oy har baser i Rovaniemi, Uleåborg, Kuopio, Vanda, Åbo och Tammerfors. Av de sex helikoptrarna är fem läkarhelikoptrar och en helikopter utan läkare (lääkintäkooperi på finska) med bas i Rovaniemi.

Helheten av läkarhelikopter verksamheten produceras i samarbete mellan universitetssjukhusdistrikten och FinnHEMS Oy. Principerna för den gemensamma verksamheten har fastställts i ett separat avtal. FinnHEMS Oy svarar nationellt för helikopterflygtjänsten, ambulanserna, basfastigheterna och infrastrukturen samt den egna förvaltningen så, att den på det mest kostnadseffektiva sättet stöder akutvårdsenheternas jourberedskap av typ 24/7. FinnHEMS Oy konkurransutsätter helikopterflygbolagen, avtalar om flygservicen och övervakar att villkoren för verksamheten uppfylls. Universi-

tetssjukhusdistrikten svarar för den medicinska ledningen av läkarhelikopterverksamheten, akutvårdspersonalen, instrumenten och läkemedlen samt kostnaderna för dem. Beslut om den exakta placeringen av baserna fattas av centralerna för prehospital akutsjukvård inom specialupptagningsområdena som också har till uppgift att planera läkarhelikopterverksamheten om sina respektive områden.

Helsingfors och Nylands, Egentliga Finlands och Lapplands sjukvårdsdistrikt samarbetar förutom med FinnHEMS Oy också med Gränsbevakningsväsendets Bevakningsflygdivision. Inom Lapplands område fungerar även räddningshelikoptern Aslak, som tillhör föreningen Lapin Pelastushelikopterit Tuki ry.

### 3.3 Tillämpade rättsregler

De tillämpade rättsreglerna framgår av bilagan till detta beslut.

### 3.4 Utlåtandena

#### 3.4.1 Utlåtande av Helsingfors och Nylands, Norra Österbottens, Norra Savolax och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

Enligt utlåtandet av Helsingfors och Nylands, Norra Österbottens, Norra Savolax och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt finns det inga särskilda bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om tillgång till läkarhelikopter verksamhet eller sådan jourhavande akutläkare som tar sig fram landvägen och som avses i hälso- och sjukvårdslagen. Insatstiderna gäller i varje sjukvårdsdistrikt samtliga enheter för prehospital akutsjukvård, och HEMS-enheterna anges inte separat. Ett av uppdragen för HEMS-beredningsprojektet som föregick FinnHEMS Oy:s verksamhet var uttryckligen att bedöma hur HEMS-enheterna ska placeras med till buds stående resurser för att verksamheten så jämnt som möjligt skall betjäna befolkningen.

#### 3.4.2 Utlåtande av Birkalands sjukvårdsdistrikt

Enligt utlåtandet som gavs av Birkalands sjukvårdsdistrikt har FinnHEMS rapport om kartläggningen av behoven i fråga om enheternas placering och arbetsmängd visat sig vara tämligen korrekt i de nuvarande läkarhelikopterområdena. Enligt FinnHEMS utredning finns det två rätt omfattande områden vid axeln Södra Österbotten/Österbotten samt i Sydöstra Finland som båda skulle kunna ha en läkarhelikopter med cirka 2000 uppdrag per år. Det färskaste beslutet om upphörandet av nattjouren på hälsovårdscentralerna samt social- och hälsovårdsreformen kommer att innebära en ytterligare nedskärning av jourplatserna inom hälso- och sjukvården och därmed förlänga avståndet till närmaste läkarjour. Framtidsutsikterna för hälso- och sjukvården innebär ett ökat behov av HEMS-verksamhet. Transporterna av nödställda patienter till de allt färre jourplatserna med jour dygnet runt visar en klart växande trend i Birkaland, där läkarhelikoptern i år (1.10.2014) hittills redan har transporterat 28 tidskritiska patienter till olika universitetssjukhus för vård.

Det befintliga läkarhelikoptersystemet kan inte erbjuda tillgång till akutläkare på lika villkor för nödställda patienter i Finland. De största smärtpunkterna finns i Österbotten och i Sydöstra Finland. Utöver dessa områden bör den verksamhetsmodell som används i Björneborg med läkarbil för akut sjukvård övervägas i områden där antalet uppgifter är färre.

### 3.4.3 FinnHEMS Oy:s utlåtande

Enligt FinnHEMS Oy:s utlåtande bygger sig det nuvarande antalet baser på det mål man hade vid tidpunkten för de nya arrangemangen för organisering och finansiering av läkarhelikopterverksamheten om att bevara den dåvarande omfattningen av sex baser. Enligt FinnHEMS bör det uppmärksammas att verksamhetens omfattning och placeringen av baserna inte grundade sig på någon systematisk behovsprövning eller beprövad kunskap, utan hade bildats enligt de synpunkter och mål som framfördes av stödföreningarna som verksamheten tidigare administrerades av.

I fall målet är att nå hela befolkningen med läkarhelikopter inom t.ex. 30 minuter behövs betydligt fler baser än vad som finns för närvarande. Då skulle det i Finland finnas baser för läkarhelikopter med ett synnerligen lågt antal larmuppdrag per år. Det råder brist i hela landet på yrkeskunnig personal för verksamheten, i synnerhet akutläkare, och att binda denna arbetskraft till att endast sköta ett fåtal patienter skulle ytterligare försämra sjukhusens tillgång till arbetskraft.

I många europeiska länder har läkarhelikopterverksamheten (HEMS - Helicopter Emergency Medical Service) ordnats på ett mera täckande sätt än i Finland. Till exempel i Ungern och i Tjeckien nås 90 % av befolkningen inom 15 minuter. I Tyskland förutsätter lagstiftningen att akutläkaren ska komma fram till olycksplatsen på 15 minuter.

I finländska förhållanden är det i praktiken omöjligt att ordna HEMS-verksamheten på ett sådant sätt att den utan undantag och på lika villkor täcker hela landet. Enligt FinnHEMS Oy bör servicen finnas tillgänglig i hela landet i de områden där den kan genomföras funktionellt och på ett förnuftigt sätt och där antalet uppdrag är tillräckligt.

Under beredningsprojektet gjordes jämförelser mellan olika alternativa placeringar av baserna. Sjukvårdsdistrikten drog som riktlinje att målet bör vara att nå så många patienter som möjligt, också i sådana situationer där väderleksförhållandena ställer hinder för flygverksamheten. I en genomförd simulerad studie konstaterades att detta mål uppfylls när baserna ligger i samma område som det sjukhus dit majoriteten av patienterna transporteras. Sjukvårdsdistrikten fattade besluten om placeringen av baserna enligt resultaten av denna studie.

Både under beredningsprojektet och i Finn HEMS Oy:s verksamhet har man framhållit, att de nuvarande sex enheterna inte kan trygga servicen i områden där den på ett funktionellt och förnuftigt sätt skulle kunna genomföras. Både i Österbotten och i Sydöstra Finland har antalet uppdrag uppskattats vara cirka 2000 per år, och en HEMS-enhet vore därför motiverad i båda områdena. Det årliga antalet uppdrag i de nuvarande läkarhelikopterbaserna varierar mellan 2000 och 3000.

Enligt FinnHEMS Oy har det uppskattats, att den koncentrerings av jourverksamheten som social- och hälsovårdsreformen medför sannolikt ytterligare kommer att öka behovet av HEMS-verksamhet. Allt fler medicinskt sett krävande ingrepp kommer att genomföras i andra än sjukhusförhållanden, och betydelsen av luftfartyg i transportereringen av patienterna ökar i och med att avståndet till sjukhus blir längre. Dessa omständigheter kommer att öka ojämlikheten mellan områdena.

Den gällande lagstiftningen förutsätter inte att mål fastställs för tillgången till akutläkare eller

för fördröjningstiden innan patienten transporteras till den slutliga vårdplatsen. Trots att jourverksamheten på sjukhusen mycket noggrant regleras finns det inga utbildnings- eller kompetenskrav för de läkare som fungerar inom den prehospitla akutsjukvården. Åtminstone till ovannämnda delar bör man överväga en precisering och klargöring av lagstiftningen som gäller prehospitla akutsjukvård.

Enligt FinnHEMS Oy har såväl HEMS-beredningsprojektet som FinnHEMS Oy tagit upp den ojämlika tillgången till läkarhelikopterservice. I slutrapporten av beredningsprojektet föreslogs, att systemet för prehospitla akutsjukvård bör få stöd på andra sätt i de områden där antalet uppdrag inte är tillräckligt för upprätthållande av en läkarhelikopterenhet.

#### 3.4.4 Sakkunnigutlåtande av professor emeritus, med. o kir. dr Lauri Nuutinen 23.8.2011

Enligt professor emeritus Lauri Nuutinen bör finansieringen också i fortsättningen tas ur statliga medel för att en lagstridig regional ojämlikhet ska undvikas. En anpassning av verksamheten genom avvikelse av den dåvarande modellen skulle i praktiken ha lett till regional ojämlikhet och flera års eftersläpning i åstadkommandet av en enhetlig kapacitet för prehospitla akutsjukvård i specialansvarsområdena. Enligt Nuutinen behövs i praktiken en övergångsperiod på flera år inom vilken sjukvårdsdistrikten bör utveckla en enhetlig beredskap att sköta krävande uppdrag inom den prehospitla akutsjukvården (inklusive läkarambulanser som motsvarar HEMS-basernas landburna enheter). En ändamålsenlig användning av läkar- och ambulanshelikoptrar samt ambulanser med kapacitet för krävande prehospitla akutsjukvård och patienttransporter kommer i framtiden att vara beroende av var de jourhavande sjukhusen finns, hur nya vårdformer utvecklas samt de kvalitets- och säkerhetskrav som ställs på tidskritisk akutvård. Kraven ska vara nationellt enhetliga.

#### 3.4.5 Valvira utlåtande

Valvira konstaterar, att de gällande bestämmelserna förpliktar inte direkt sjukvårdsdistrikten att anlita läkarhelikopter i den prehospitla akutsjukvården. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten organisera och planera den prehospitla akutsjukvården i sitt område så, att den bildar en regionalt sett funktionell helhet och att vården är effektiv och ändamålsenlig. I beslutet om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården ska definieras organiseringsätt och serviceinnehåll innefattande antal ambulanser och deras placeringssätt på ett sätt som tryggar likvärdiga prehospitla akutvårdstjänster för befolkningen enligt riskområdesklass.

Enligt Valvira uppfattning har centralerna för prehospitla akutsjukvård utgående från den kunskap som vid tidpunkten funnits till förfogande och inom ramen för sin prövningsrätt beslutat om läkarhelikopterverksamheten inom sina respektive områden genom säkerställande av verksamhetens oavbrutna kontinuitet. Valvira kan inte konstatera att centralerna för prehospitla akutsjukvård i sitt beslutsfattande i ärendet skulle ha förfarit på ett lagstridigt sätt. Enligt Valvira uppfattning är det en uppgift för samkommunerna för sjukvårdsdistrikten att på ett adekvat sätt för hela befolkningen i sitt område ordna täckande och jämlika prehospitla akutvårdstjänster på lika villkor också i gränsområdena för läkarhelikopterverksamheten och i områden där sådan verksamhet saknas.

Valvira konstaterar att det i rambeslutet om statsfinanserna för åren 2014 - 2016 föreslås att kostnaderna för läkarhelikoptrar som hittills betalats ur statliga medel överförs till kommunerna efter en övergångsperiod år 2017. Den statliga finansieringen för

läkarhelikoptrar skulle därefter kanaliseras till kommunerna via statsandelssystemet, och man skulle avstå från de separata statsbidragen. I ett riksomfattande seminarium 8.10.2014 om prehospita akutsjukvård under rubriken "Minne menet, ensihoito" besvarade social och hälsovårdsministeriets specialsakkunnige (Lasse Ilkka) en skriftlig fråga i ärendet från deltagarna med att det inte föreligger någon information om den framtida organiseringen av HEMS-verksamheten (Helicopter Emergency Medical Service). Ärendet behandlades inte desto vidare på seminariet.

Valvira omfattar de åsikter som framförs i Birkalands sjukvårdsdistrikts och FinnHEMS Oy:s utlåtanden om att de tidskritiska prehospita akutvårdstjänsterna sannolikt kommer att öka i antal på grund av att jourtjänsterna blir glesare och mer koncentrerade till följd av social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (den s.k. jourförordningen) och som resultat av den kommande lagen om ordnande av social- och hälsovården. Valvira konstaterar vidare, att de mål som sjukvårdsdistrikten i sina beslut om servicenivån för den prehospita akutsjukvården ställer, inom ramen för sin lagstadgade prövningsrätt, i fråga om insatstiderna för uppnående av befolkningen separat för varje riskområdesklass varierar i betydlig grad. Variationerna förklaras särskilt av geografiska omständigheter och behov hos befolkningen. Det finns inget riksomfattande informationssystem om den prehospita akutsjukvården. Sjukvårdsdistrikten köper i regel sin information om den prehospita akutsjukvården av FinnHEMS Oy, som i sin tur anskaffar uppgifterna från Nödcentralverkets nödcentraldatasystem. I syfte att säkerställa kvaliteten av den prehospita akutsjukvården och patientsäkerheten har social- och hälsovårdsministeriet publicerat en rapport (publikationer 2014:7) "Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin" (tills vidare endast på finska).

Valvira har inte kunnat konstatera, att centralerna för prehospita akutsjukvård vid universitetssjukhusens specialupptagningsområden skulle ha förfarit i strid mot hälso- och sjukvårdslagen när de beslutat om läkarhelikopter verksamheten inom sina respektive områden. Det finns ingen lagstadgad insatstid för akutläkare inom vilken befolkningen ska nås. Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten har en lagstadgad skyldighet att organisera helheten av den prehospita akutsjukvården jämlikt och på lika villkor för befolkningen i området. Behovet av prehospita akutsjukvårdstjänster kommer sannolikt att öka efter reformen av joursystemet samt social- och hälsovårdsreformen. Det finns inga garantier för finansieringen av läkarhelikopter verksamheten efter år 2016, och enligt de uppgifter som Valvira har in hämtat finns det ingen kunskap om hur verksamheten i framtiden kommer att organiseras.

### 3.5 Rättslig bedömning

Läkarhelikopter verksamheten införlivades 1.5.2011 med den prehospita akutsjukvården inom hälso- och sjukvården, när hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft.

Enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospita akutsjukvården inom sitt område. Samkommunen för sjukvårdsdistriktet fattar beslut om servicenivån för den prehospita akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospita akutsjukvården ska organiseras samt serviceinnehållet, vilken utbildning den personal som deltar i vården ska ha, målen för insatstiden och andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Vårdinnehållet ska i beslutet om servicenivån definieras

så, att vården är effektiv och ändamålsenlig och att man beaktar situationer där verksamheten är utsatt för hög belastning.

I beslutet om servicenivån fastställs det för varje riskområdesklass hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med åtminstone en enhet för första insatsen i angelägenhetsklass A och B inom 8 minuter och hur stor del av befolkningen inom 15 minuter från larmet. För uppdrag i klass C fastställs det för varje riskområdesklass hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet inom den prehospitla akutsjukvården ambulans inom 30 minuter och för uppdrag i klass D hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet inom den prehospitla akutsjukvården inom 2 timmar från larmet. För alla riskområdesklasser fastställs det dessutom hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet på vårdnivå för uppdrag i angelägenhetsklass A och B inom 30 minuter från larmet. Enligt 7 § i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospitla akutsjukvård ska den befolkning som hör till samma riskområdesklass få jämlik service inom hela sjukvårdsdistriktets område oberoende av hur den prehospitla akutsjukvården ordnas.

Jag har i ett tidigare beslut (29.12.2014, dnr 4410/4/13) gällande ett klagomål om likvärdigt ordnande av prehospitla akutsjukvård betonat, att strukturen i beslutet om servicenivån bör vara likadana inom hela landet och de bör grunda sig på samma saker så att man på basen av dem kan följa med prehospitla akutsjukvårdens kvalitet, effektivitet och konstnadsstruktur, både landsomfattande och mellan olika sjukvårdsdistrikt.

Enligt 46 § i hälso- och sjukvårdslagen ska samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospitla akutsjukvård ska organiseras. Centralen för prehospitla akutsjukvård ska inom sitt område ansvara för jouren för prehospitla akutsjukvård med tjänstgörande läkare samt planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet.

Enligt detaljmotiveringen till 46 § i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvården ”ska centralerna för prehospitla akutsjukvård planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet. Läkarhelikopterverksamheten ska i regel avskiljas från räddningshelikopterverksamheten på det sättet att statens luftfartyg främst används inom räddnings- och polisförvaltningens uppgifter. Man håller som bäst på att omorganisera läkarhelikopterverksamheten med utgångspunkten i att bevara den nuvarande helikopterverksamheten. Universitetssjukvårdsdistrikten ska bedöma om det inom deras område behövs en läkarhelikopter som en del av den prehospitla akutsjukvården och ansvarar i så fall fortfarande för sjukvårdsverksamheten med läkarhelikopter inom sitt område. Man har för avsikt att flytta administrationen av läkarhelikopterverksamheten från de nuvarande regionala stödföreningarna till en ny förvaltningsenhet på riksnivå som universitetssjukhusen kommer att inrätta tillsammans från början av år 2011. Målet är att förvaltningsenheten centraliserat ska konkurransutsätta de luftfartyg som används i läkarhelikopterverksamheten” (RP 90/2010).

Centralerna för prehospitla akutsjukvård inom specialupptagningsområdena har alltså beslutanderätt i på vilket sätt helikoptertjänsterna används som en del av den prehospitla akutsjukvården på vårdnivå. Läkarhelikoptern räknas som en enhet på vårdnivå. Enligt 9 § i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospitla akutsjukvård ska centralen för prehospitla akutsjukvård inom specialansvarsområdet ordna akutläkarjour dygnet runt. Inom jourverksamheten dygnet runt leder akutläkaren den situationsbundna operativa medicinska

verksamheten och ansvarar för att vårdanvisningar ges till områdets fältchefer och annan personal inom prehospitalet akutsjukvård.

Enligt den utredning som erhållits har alla fem universitetssjukhusdistrikt införlivat den jourhavande akutläkarens arbete till en del av läkarhelikopterens verksamhet.

Läkarhelikoptrarna administreras av ett bolag utan vinstsyfte, FinnHEMS Oy, som ägs tillasammans av de fem universitetssjukhusdistrikten och vars verksamhet tills vidare finansieras ur statsbudgeten.

Modellen med sex läkarhelikopterbaser baserar sig på det antal som tidigare upprätthölls av föreningar samt på slutrapporten av HEMS-beredningsprojektet som finansierades av social- och hälsovårdsministeriet samt på professor emeritus, med. o kir. dr Lauri Nuutinens sakkunnigutlåtande. I utredningsarbetet har man utnyttjat antal larmuppdrag, flygväder, var befolkningen är bosatt, åldersstruktur, vägnätet och dess kvalitet samt myndighetssamarbete. Enligt erhållen utredning och enligt slutrapporten av HEMS-beredningsprojektet förutsätter en förbättring av läkarhelikopterens verksamhets täckning nya baser för läkarhelikopter i Södra Österbotten och i Sydöstra Finland.

Beslutet om upphörandet av nattjouren på hälsovårdscentralerna samt social- och hälsovårdsreformen kommer att innebära en ytterligare nedskärning av jourplatserna inom hälso- och sjukvården och därmed förlänga avståndet till närmaste läkarjour. Framtidsutsikterna för hälso- och sjukvården innebär ett ökat behov av HEMS-verksamhet.

I samband med grundrättighetsreformen betonades att den offentliga maktens skyldighet är att främja den faktiska jämlikheten i samhället. Grundlagens jämlikhetsstadgande, 6 §, uppfyller på så sätt även grundlagens 1 § 2 moments allmänna värdering om främjandet av rättvisa i samhället. Grundlagens 1 § 2 moment har ett när förhållande till grundrättighetsstadganden i grundlagen och man bör beakta den när man tolkar andra grundlagsstadganden (RP 1/1998). Jämlikhetsstadgandet innehåller ett krav på likvärdig behandling i likadana situationer. Stadgandet kräver i sig även likadan behandling oberoende av boningsplats (RP 309/1993). Endast ett geografiskt kriterium kan inte enligt grundlagens 6 § 2 moment vara en godtagbar grund för att försätta någon i en annan ställning i grundrättighetssystemet, till vars helhet hör även friheten att välja boplatz (tex. GrUL 59/2001). Jag har i mitt tidigare nämnda beslut i ett klagomål om likvärdigt ordnande av prehospitalet akutsjukvård konstaterat, att grundlagens jämlikhetsstadgande således även begränsar olikheter i hur man inom sjukvårdsdistrikten ordnar prehospitalet akutsjukvård. Detta gäller även läkarhelikopterens verksamhet i specialupptagningsområdena.

Enligt tillhandavarande utredningar kan det befintliga läkarhelikoptersystemet inte erbjuda tillgång till akutläkare på lika villkor för nödställda patienter i alla delar av Finland. Smärtpunkterna finns åtminstone i Österbotten och i Sydöstra Finland. Jag anser det vara viktigt när man ordnar prehospitala akutsjukvårdstjänster att man sörjer för en jämlik tillgänglighet av läkarhelikoptrar i olika delar av landet. Man bör fästa särskild uppmärksamhet till detta om social- och hälsovårdsreformen kommer att innebära en ytterligare nedskärning av jourplatserna inom hälso- och sjukvården och därmed förlänga avståndet till närmaste läkarjour.



#### 4 ÅTGÄRDER

Jag meddelar Valvira min uppfattning som framgår ovan av avsnitt 3.5. Jag ber att Valvira meddelar om mitt beslut till alla universitetssjukvårdsdistrikten och till FinnHEMS Oy.

I detta syfte sänder jag Valvira en kopia av detta beslut.

## BILAGA

### Rättsreglerna i till beslutet dnr 1989/4/2014

#### *Finlands grundlag*

Enligt 1 § i grundlagen (731/1999) skall konstitutionen trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället.

Enligt 6 § i grundlagen alla är lika inför lagen. Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

Det allmänna ska enligt 22 § i grundlagen se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses.

#### *Patientlagen*

Enligt 3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter (patientlagen 785/1992) har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering rätt till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande.

#### *Hälso- och sjukvårdslagen*

Enligt 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) är ett av huvudsyftena med lagen att sörja för lika tillgång när det gäller den service som befolkningen behöver.

Enligt 3 § i hälso- och sjukvårdslagen avses i lagen med *specialupptagningsområde* ett område som utsetts i enlighet med 9 § i lagen om specialiserad sjukvård och som består av två eller flera sjukvårdsdistrikt.

Enligt 9 § i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) indelas landet för ordnande av högspecialiserad sjukvård utom i sjukvårdsdistrikt även i specialupptagningsområden (2 mom.). Till varje specialupptagningsområde hör ett sjukvårdsdistrikt med ett universitet som ger läkarutbildning. Genom förordning av statsrådet (279/2002) utfärdas bestämmelser om vilka specialupptagningsområdena är och om vilka sjukvårdsdistrikt som hör till ett visst specialupptagningsområde (3 mom.).

Enligt 4 § i hälso- och sjukvårdslagen ska kommunerna anvisa tillräckliga resurser för främjandet av hälsa och välfärd, som utgör grunden för statsandelen för den kommunala basservicen, och för hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för att kunna fullgöra uppgifterna inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonalen i en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska sammansättningsmässigt och numerärt svara mot behovet av verksamhet som främjar hälsa

och välfärd och av hälso- och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området.

Enligt 10 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ordna hälso- och sjukvårdens innehåll och omfattning enligt vad som krävs för kommuninvånarnas eller invånarnas i samkommunen välbefinnande, patientsäkerhet, sociala trygghet och hälsotillstånd och för det medicinskt, odontologiskt och hälsovetenskapligt bedömda behov som kan motiveras utifrån observation av faktorer som påverkar dessa hälsoaspekter (1 mom.).

En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att servicen för de invånare som den ansvarar för ordnas och är tillgänglig på lika villkor inom hela kommunen eller samkommunen (2 mom.).

Kommunen eller en samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska ordna sin hälso- och sjukvård nära invånarna, om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna (3 mom.).

Bestämmelserna om prehospita akutsjukvård finns i 39-41 § och 46 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 79 § i hälso- och sjukvårdslagen träder lagen i kraft den 1 maj 2011 dock så att prehospita akutsjukvård enligt 39 § ska ordnas senast från och med den 1 januari 2013.

Enligt 39 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospita akutsjukvården inom sitt område. Vården ska planeras och genomföras i samarbete med de jourhavande verksamhetsställena inom hälso- och sjukvården så, att de tillsammans bildar en regionalt sett funktionell helhet.

Enligt 2 mom. kan en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospita akutsjukvården inom hela sitt område eller en del av det genom att sköta verksamheten själv, genom att ordna vården i samarbete med räddningsväsendet i området eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent.

Enligt 3 mom. fattar samkommunen beslut om servicenivån för den prehospita akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospita akutsjukvården ska organiseras samt serviceinnehållet, vilken utbildning den personal som deltar i vården ska ha, målen för insatstiden och andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Vårdinnehållet ska i beslutet om servicenivån definieras så, att vården är effektiv och ändamålsenlig och att man beaktar situationer där verksamheten är utsatt för hög belastning.

Enligt detaljmotiveringen till 39 § 1 mom. i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård (90/2010) ska den prehospita akutsjukvården i fortsättningen höra till uppgifter som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska organisera. Då tjänsten genomförs på ett område som är större än en kommun, möjliggörs ordnandet av en täckande och jämlik prehospita akutsjukvård på så sätt att den prehospita akutsjukvården regionalt bildar en funktionell helhet och en sammanhängande servicekedja tillsammans med sjukhusen och jourverksamheten. Enligt detaljmotiveringen till 3 mom. ska som grund för beslutet om servicenivån för sjukvårdsdistriktet kartläggas områdets behov, befintlig service och tillgängliga resurser. På basis av detta uppgörs beslutet om servicenivån, där

man också beaktar befolkningens rätt till likvärdig service och olika aktörers möjligheter att producera den prehospitala akutsjukvården enligt beslutet om servicenivån.

Bestämmelser om central för prehospital akutsjukvård finns i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen. Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akut sjukvård ska organiseras. Centraler för prehospital akutsjukvård ska:

- 1) inom sitt område ansvara för jousen för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare;
- 2) planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet;
- 3) samordna planerade patientförflyttningar mellan områdets vårdinrättningar;
- 4) ansvara för myndighetsradionätets regionala huvudadministratörsfunktioner inom social- och hälsovårdsväsendet och för en del av underhållet av myndigheternas fältledningssystem; och
- 5) samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralsverket.

Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akut sjukvård får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

#### *Social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård*

Bestämmelserna om prehospital akutsjukvård har preciserats genom förordningen om prehospital akutsjukvård som utfärdats av social- och hälsovårdsministeriet (340/2011). Förordningen trädde i kraft den 1 maj 2011 och ikraftträdandebestämmelsen innehåller en hänvisning till hälso- och sjukvårdslagens 79 §. I förordningen föreskrivs det om grunderna för uppgörande av beslutet om servicenivån.

Enligt 7 § 2 mom. i förordningen ska den befolkning som hör till samma riskområdesklass få jämlik service inom hela sjukvårdsdistriktets område oberoende av hur den prehospitala akutsjukvården ordnas.

I förordningens 4 § föreskrivs det om innehållet i beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården

Enligt paragrafens 1 mom. fastställs i beslutet om servicenivån tillgången på prehospital akutsjukvård samt den prehospitala akutsjukvårdens nivå och innehåll inom verksamhetsområdet. Beslutet ska grunda sig på en riskanalys, på olika slags risker för sjukdomsfall och olyckor samt på andra lokala faktorer som inverkar på behovet av prehospital akutsjukvård.

I riskanalysen ska man beakta den befolkning som permanent vistas i området och befolkningens åldersstruktur, fritidsbebyggelse och turism, trafikrelaterade frågor samt områdets särskilda olycksrisker och antalet personskador som sannolikt kan uppkomma på grund av dem. I beslutet om servicenivån ska olika myndigheters synpunkter och riskanalyser beaktas (2 mom.).

Enligt paragrafens 3 mom. delas det område som hör till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt upp i områden på en kvadratkilometer, vilka klassificeras i

riskområdesklasser på det sätt som bestäms i 5 §. I beslutet om servicenivån fastställs inom varje riskområdesklass målen för insatstiderna för enheterna inom den prehospitla akutsjukvården inom respektive angelägenhetsklass enligt 6 §.

I förordningen 5 § föreskrivs det om riskområdesklasser inom prehospitla akutsjukvård. De en kvadratkilometer stora områden som området för en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt delas upp i klassificeras i fem riskområdesklasser enligt det genomsnittliga antalet uppdrag, bebyggelse och trafikleder i den prehospitla akutsjukvården inom området enligt följande:

Riskområdesklass

1 antalet uppdrag inom prehospitla akutsjukvård är fler än ett per dygn

Riskområdesklass 2 antalet uppdrag inom prehospitla akutsjukvård är färre än ett per dygn men fler än ett per vecka

Riskområdesklass 3 antalet uppdrag inom prehospitla akutsjukvård är färre än ett per vecka men fler än ett per månad

Riskområdesklass 4 antalet uppdrag inom prehospitla akutsjukvård är färre än ett per månad och området är bebyggt eller det går en stamväg eller riksväg genom området,

Riskområdesklass 5 det finns ingen permanent bosättning i området.

I förordningens 6 § innehåller bestämmelser om angelägenhetsklass för uppdrag inom den prehospitla akutsjukvården.

Larmuppdragen inom prehospitla akutsjukvård delas på basis av en riskbedömning vid nödcentralen in i fyra angelägenhetsklasser enligt följande:

*Uppdrag i klass A:*

ett uppdrag inom prehospitla akutsjukvård som bedömts som ett högriskuppdrag, där det på basis av bakgrundsuppgifter (anamnes) eller uppgifter om händelsen i fråga finns skäl att anta att den hjälpbehövandes basala livsfunktioner är direkt hotade.

*Uppdrag i klass B:*

ett uppdrag som sannolikt är ett högriskuppdrag inom prehospitla akutsjukvård, där man dock inte med säkerhet känner till nivån på störningarna i den hjälpbehövandes basala livsfunktioner

*Uppdrag i klass C:*

den hjälpbehövandes basala livsfunktioner har bedömts vara stabila eller störningen i dem lindrig, men situationen kräver att den prehospitla akutsjukvården gör en snabb bedömning

*Uppdrag i klass D:*

den hjälpbehövandes tillstånd är stabilt och det förekommer inga störningar i de basala livsfunktionerna, men den prehospitla akutsjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet

I förordningens 7 § föreskrivs det om fastställande av insatstiderna.

I beslutet om servicenivån fastställs det för varje riskområdesklass hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med åtminstone en enhet för första insatsen i angelägenhetsklass A och B inom 8 och hur stor del av befolkningen inom 15 minuter från larmet. För uppdrag i klass C fastställs det för varje riskområdesklass hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet inom den prehospitla akutsjukvården

ambulans inom 30 minuter och för uppdrag i klass D hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet inom den prehospitaledakutsjukvården inom 2 timmar från larmet. För alla riskområdesklasser fastställs det dessutom hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet på vårdnivå för uppdrag i angelägenhetsklass A och B inom 30 minuter från larmet. Insattiden räknas från det att nödcentralen har larmat en enhet till dess att enheten meddelar att den är på plats (1 mom.).

Den befolkning som hör till samma riskområdesklass ska få jämlik service inom hela sjukvårdsdistriktets område oberoende av hur den prehospitaledakutsjukvården ordnas. Sjukvårdsdistrikten ska avtala om gemensam praxis för skötseln av uppdrag inom den prehospitaledakutsjukvården vid gränsområdena mellan distrikten (2 mom.).

Enligt 9 § 1 mom. i förordningen ska det i samkommunen för varje sjukvårdsdistrikt finnas en läkare som ansvarar för den prehospitaledakutsjukvården och som leder distriktets prehospitaledakuvård och dess verksamhet i enlighet med avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård och beslutet om servicenivån. Läkaren ska ha lämplig utbildning inom en medicinsk specialitet samt god förtrogenhet med prehospital akutmedicin och erfarenhet av verksamheten inom den prehospitaledakutsjukvården (1 mom.).

Centralen för prehospital akut sjukvård inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område ordna akutläkarjour dygnet runt vid minst ett verksamhetsställe. Den jourhavande akutläkaren leder den operativa medicinska verksamheten inom den prehospitaledakutsjukvården inom sitt verksamhetsområde och ansvarar för att vårdanvisningar ges till områdets fältchefer och annan personal inom prehospital akut sjukvård (2 mom.).