

29.12.2014

Dnro 4410/4/13

**Ratkaisija: Oikeusasiamies Petri Jääskeläinen**

**Esittelijä: Esittelijäneuvos Kaija Tanttinen-Laakkonen**

## **ENSIHOIDON YHDENVERTAINEN JÄRJESTÄMINEN**

### **1 KANTELU**

Kantelija arvosteli 8.10.2013 päivätyssä kirjeessään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän menettelyä ensihoidon yhdenvertaisessa järjestämisessä. Hän korosti sitä, että terveydenhuoltolaki ja ensihoitoasetus edellyttävät samantasoisien ja yhdenvertaisen palvelun järjestämistä koko sairaanhoitopiirin alueelle.

Kantelijan mukaan välittömän lähtövalmiuden yksiköitä on vain suurimmissa asutuskeskuksissa, kuten Jyväskylässä ja Äänekoskella. Muilla paikkakunnilla sairaanhoitopiiri on asettanut ensihoidon yksiköitä ns. 15 minuutin varallaoloon säästääkseen kuluissa.

Kantelijan mukaan hätätilapotilaan ennuste huononee merkittävästi, jos ensihoidon aloitus viivästyy. Esimerkiksi, jos elottoman potilaan elvytystä ei päästä aloittamaan alle 10–15 minuutissa, potilaan ennuste on lähes olematon. Näin ollen, jos ensihoitoyksikkö on 15 minuutin lähtövalmiudessa, se ei voi tavoittaa potilasta riittävän nopeasti kyseisessä tilanteessa.

Kantelijan mukaan muut Suomen sairaanhoitopiirit ovat hiljalleen luopuneet varallaolosta ja siirtyneet yhdenvertaiseen ja potilaiden kannalta parhaimpaan välittömän lähtövalmiuden ensihoitojärjestelmään. Kantelija kysyi, ovatko Keski-Suomessa asuvat ensihoidon palveluiden suhteen huonommassa asemassa kuin muiden maakuntien asukkaat.

- - -

### **3 RATKAISU**

#### **3.1 Keskeiset oikeusohjeet**

##### *Suomen perustuslaki*

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 kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty 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.).

### *Terveydenhuoltolaki*

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

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 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 osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet (3 mom.).

Ensihoitopalvelun sisällöstä säädetään terveydenhuoltolain 40 §:ssä.

Ensihoitopalveluun sisältyy (1 mom.):

- 1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;
- 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, rajavartioviranomaisille 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.).

## Ensihoitoasetus

Ensihoitopalvelusta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (340/2011, ensihoitoasetus) 2 §:n mukaan 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 Terveysten 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 §:n mukaan erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen on seurattava alueensa ensihoitopalvelun tunnuslukuja ja vaikuttavuutta.

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 viranomaisten 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 riskialueluokista säädetään ensihoitoasetuksen 5 §:ssä

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

Riskialueluokka 1: enemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa

Riskialueluokka 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.).

Saman riskialuealueen 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 helikopteryksikön kokoonpanoon ja varustukseen sekä miehistön pätevyysiin toiminnassa, josta säädetään meripelastuslaissa (1145/2001).

### *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 hätäpuhelin 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.

Palvelutaso-ohjeen mukaan sairaanhoitopiiri voi päättää ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. Ensivasteella tarkoitetaan avun saamista potilaan luo silloin, kun ensivasteyksikkö tavoittaa kohteen ambulanssia nopeammin. Ensivastetoiminta ei ole lain velvoittamaa pakollista toimintaa. Ensivasteyksikön lisäksi hälytetään useimmiten myös ensihoidon yksikkö, sillä ensivasteyksikkö ei yleensä kuljeta potilasta.

### 3.2

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän selvitys ja selitys

Sairaanhoitopiirin ensihoidon ylilääkäri toteaa selvityksessään, että ensihoitopalvelun palvelutasopäätös on ollut voimassa 1.1.2013 lähtien. Palvelutasopäätöstä tehtäessä kuultiin kuntia, sitä käsiteltiin useissa sairaanhoitopiirin hallituksen kokouksissa ja sen hyväksyi sairaanhoitopiirin valtuusto.

Sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelussa on 24/7 kenttäjohtojärjestelmä. Kenttäjohtajat seuraavat reaaliaikaiselta sähköiseltä karttapohjalta ensihoidon yksiköitä, varausasteita ja tehtäviä. Kenttäjohtojärjestelmän ohjelmistona on CODEA. Ylilääkäri työskentelee kenttäjohtotoimistossa avokonttorissa ja seuraa myös työssä ollessaan ensihoidon tilannekuvaa. Ylilääkäri toteaa, että ensihoitoa koskeva tavoittamisviivetaulukko ja kokemukset ovat osoittaneet, että palvelutasopäätös on toiminut hyvin. Päivittäiset kokemukset potilaiden onnistuneista hoitoketjuista kertovat, että sairaanhoitopiirissä on onnistuttu terveydenhuoltolain asettamassa tavoitteessa luoda ensihoidon ja päivystyspalveluiden hoitokokonaisuus.

Ylilääkäri toteaa alueella olevista mahdollisista ambulanssityhjiöistä seuraavaa.

Seurannan ja kokemuksen mukaan Jyvässeudulla (puolet sairaanhoitopiirin väestöstä) ei esiinny tyhjiöitä. Sen sijaan yhden ambulanssin asemilla paikallisia tyhjiöitä esiintyy. Paikallisia tyhjiöitä tarkkaillaan niin, että niiden riskiä pyritään vähentämään. Käytössä ovat esimerkiksi varavalmiussiirrot. Naapurisairaanhoitopiirin rajojen yli liikutaan myös molempiin suuntiin. Maaseudulla ambulanssien käyttöasteet ovat kohtuullisia. Jyvässeudulla sen sijaan käyttöasteet ovat korkeampia 35-42 %, mutta koska alueella on monta ambulanssia, tyhjiöitä ei pääse syntymään Jyväskylässä. Sairaanhoitopiirin alueella on 44 pelastuslaitoksen EVY-yksikköä, jotka aloittavat ensihoidon, jos alueen ainoa ambulanssi on toisella tehtävällä.

Ylilääkärin mukaan, toisin kuin kantelija esittää, välittömän lähtövalmiuden yksikköjä on Jyväskylässä, Muuramessa, Petäjavedellä, Keuruulla, Laukaassa (1.1.2014 lähtien), Äänekoskella, Saarijärvellä ja Viitasaarella. Ns. 15 minuutin lähtövalmiuden yksikköjä on yöllä Joutsassa, Hankasalmella (1.1.2014 lähtien), Karstulassa ja Pihtiputaalla. Konnevedellä ja Kinnulassa on arkena klo 8-16 välitön lähtövalmius ja muuna aikana 15 minuutin lähtövalmius.

Ylilääkäri toteaa, että palvelutasopäätöksen suunnitteluun liittyneissä "karttatarjoituksissa" jokainen sairaanhoitopiirin alueella asuva henkilö on kuulunut 24/7 välittömän lähtövalmiuden yksikön alueeseen. Alueet ovat olleet yöaikana maaseudulla isoja. Näillä alueilla on kuitenkin lisäksi ollut 15 minuutin lähtövalmiudessa olevia yksiköitä. Suunnittelussa lähdettiin siitä, että tasapuolinen ensihoitopalvelu toteutuu mahdollisimman hyvin. Ylilääkärin mukaan vielä ei pystytä vastaamaan siihen kysymykseen, ovatko Keski-Suomessa asuvat huonommassa asemassa kuin muiden maakuntien asukkaat. Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kanssa tehdään kuitenkin tiivistä yhteistyötä, ja tavoitteena on pystyä vertailemaan tuloksia.

Ylilääkäri toteaa, että kartta-analyysien perusteella alueet/kylät, joilla ei ole ambulanssia lähellä, ovat eriarvoisessa asemassa verrattuna alueisiin/kyliin/keskuksiin, joissa ambulanssilla on asemapaikka. Ylilääkäri korostaa, että sairaanhoitopiiri on 15 minuutin lähtövalmiudella pystynyt mahdollistamaan mahdollisimman monta ambulanssia ja asemapaikkaa. Jos sairaanhoitopiirin alueella joudutaan luopumaan 15 minuutin lähtövalmiudesta, se aiheuttaa nykyisessä taloustilanteessa todennäköisesti näiden ambulanssien yövuorojen lopettamisen kokonaan, ja silloin potilaiden tavoittamisviiveet tulevat pidentymään yöaikaan. Myös suuronnettomuusvalmius huononisi oleellisesti.

Ylilääkäri toteaa selityksessään, että analysoituun datasettiin ei ollut onnistuttu saamaan mukaan EVY-tehtäviä. Riskialueluokassa 3 on runsaasti EVY-asemapaikkoja ja näissä pienissä kylissä ja keskuksissa ei ole ambulansseja. Riskialueluokassa 3 oli 1279 tehtävää, EVY-tehtäviä oli noin 1000. Ylilääkäriin mukaan voidaan karkeasti arvioida, että riskialueluokassa 3 AB-tavoittaminen nousee yli 40 % 8 minuutissa.

Ylilääkäri luettelee toimintaa parantavat toimenpiteet riskialueluokan 3 suhteen:

- 1) Lisätään ambulanssien varavalmiussiirtoja tyhjiötilanteessa.
- 2) Hajautetaan kahden ambulanssin asemien toimintaa useammalle asemalle.
- 3) Sydänyhdistyksen kanssa sairaanhoitopiirin ensihoito tekee yhteistyötä kehittääkseen kylien kansalaisdefibrillaattorihanketta. Hankkeen tavoitteena on saada defibrillaattoreita kyläkeskuksiin, jossa ambulanssi ei välttämättä tavoita potilasta nopeasti. Tähän hankkeeseen liittyy älypuhelinsovelluskehitystyötä tavoitteena, että potilas, ensiauttaja ja defibrillaattori kohtaisivat mahdollisimman nopeasti sydänpysähdyksissä.

### 3.3

#### Lääketieteelliset asiantuntijalausunnot

##### *Palvelutasopäätöksen lain- ja asianmukaisuus*

Valvira toteaa, että ensihoidon järjestämistä määrittelevä lainsäädäntö edellyttää, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä laatii ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen, joka on keskeisin ensihoidon toimintaa ohjaava asiakirja. Tavoitteena on, että sairaanhoitopiirissä suunnitellaan ja toteutetaan alueellisesti väestön tarpeita mahdollisimman yhdenvertaisesti huomioiva laadukas ensihoitopalvelu. Palvelutasopäätöstä valmisteltaessa on tärkeää selvittää tavoiteltava ensihoitopalvelun laatu, kustannustekijät ja toiminnalliset edellytykset.

Palvelutasopäätöksen rakenteen tulee olla koko maassa samanlainen ja perustua samoihin asioihin, jotta sen avulla pystytään seuraamaan ensihoitopalvelun laatua, vaikuttavuutta ja kustannusrakennetta sekä valtakunnallisesti että eri sairaanhoitopiirien välillä.

Valviran ensihoidon alan pysyvä asiantuntija toteaa yleisesti, että velvoite ensihoidon palvelutasopäätöksen laatimiseen on uusi eikä aiempaa referenssiä ole olemassa. Tämän vuoksi on oletettavaa, että veloitteen ensimmäisten 1-3 vuoden aikana tehdään havaintoja ja tapahtuu oppimista, joiden perusteella palvelutasopäätöstä tullaan korjaamaan. Pysyvä asiantuntija pitää myös mahdollisena, että terveydenhuoltolain, ensihoitoasetuksen ja sosiaali- ja terveysministeriön palvelutaso-ohjeen joitakin kohtia tulkitaan eri tavoin eri sairaanhoitopiireissä.

Pysyvän asiantuntijan mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä määriteltyihin potilaiden tavoittamisaikoihin ei ole lääketieteellisesti arvioiden huomautettavaa. Palvelutasopäätöksessä on kuitenkin joitakin keskeisiä puutteita, joilta osin sairaanhoitopiiriin tulisi täydentää sitä.



Palvelutasopäätös perustuu riskianalyysiin, erilaisiin sairastumis- ja onnettomuusuhkiin ja muihin ensihoidon tarpeeseen vaikuttaviin paikallisiin tekijöihin. Pysyvä asiantuntija toteaa, että sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä ei ole kuvausta riskianalyysistä eikä edes mainintaa, että se on tehty. Hän korostaa, että riskianalyysi on niin keskeinen asia, että sen tekeminen tulisi mainita palvelutasopäätöksessä. Samalla tulisi lyhyesti kuvata se, miten analyysi on tehty, ja mitkä ovat sen tulokset.

Pysyvän asiantuntijan mukaan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä ensihoidon järjestämistapa on määritelty sinänsä asianmukaisesti, mutta sisällöllisesti kuvaus voisi olla laajempi. Tarkemmin voisi kertoa, millä sairaanhoitopiirin alueilla on yhteistoimintasopimus pelastuslaitoksen kanssa, ja millä alueilla sairaanhoitopiirillä on puolestaan sopimukset yksityisten yritysten kanssa.

Samoin ensihoitopalvelun sisällöstä tulisi pysyvän asiantuntijan mukaan määrittää ja mainita se, mitä palveluun kuuluu terveydenhuoltolain mukaan, ja mitä mahdollisia lisäpalveluita on paikallisesti sisällytetty toimintaan. Esimerkiksi ensivastepalvelu ei ole lakisääteinen velvoite, minkä vuoksi palvelutasopäätöksessä tulee selkeästi mainita, kuuluuko ensivastetoiminta ensihoitopalveluun vai ei.

Pysyvän asiantuntijan mukaan sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä tavoitteet potilaiden tavoittamisajoina on määritelty muutoin asianmukaisesti, mutta tavoittamisviivetaulukossa on kolmeen ruutuun merkitty (solussa luku nolla) tavoitteeksi, että yhtään potilasta ei tavoiteta otsikon määräämässä ajassa. Tämä ei liene ollut tarkoitus. Pysyvä asiantuntija toteaa, että tarkoituksena on todennäköisesti ollut jättää kyseiset ajat määrittämättä, mutta tällöin solut olisi hyvä merkitä jollakin erikoismerkillä, ja ilmaista selitteessä "aikaa ei määritelty". Hänen mukaansa tavoittamisajan määrittämättä jättämistä voidaan pitää hyväksyttävänä asumattomilla alueilla eli riskialuealuokassa 5, josta ministeriön palvelusohje toteaa, että luokan 5 tavoittamisajat jäisivät lähinnä viitteellisiksi.

Vielä pysyvä asiantuntija toteaa, että muita sairaanhoitopiirin alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeellisia seikkoja ei ole palvelutasopäätöksessä koottu omaksi kappaleekseen. Hän pitää mahdollisena, että tällaisia seikkoja ei edes ole, mutta sekin olisi hyvä todeta palvelutasopäätöksen tekstissä.

#### *Palvelutasopäätöksessä määriteltyjen tavoittamisajojen saavuttaminen*

Pysyvä asiantuntija toteaa, että kantelun mukaan terveydenhuoltolaki ja ensihoitoasetus edellyttäisivät samantasoisien ja yhdenvertaisen palvelun järjestämistä koko sairaanhoitopiirin alueelle. Pysyvän asiantuntijan mukaan tätä ei ole lainsäädännössä kuitenkaan edellytetty tavoittamisajojen osalta. Ensihoitoasetuksen mukaan palvelutasopäätöksessä asetetaan kussakin riskialuealuokassa ohjeelliset tavoittamisajat ensihoitopalvelun yksiköille kussakin 6 §:n mukaisessa tehtäväkiireellisyysluokassa. Näin ollen kunkin riskialuealuokan tulee olla yhdenvertainen samaan riskialuealuokkaan kuuluvan alueen kanssa.

Valvira viittaa tavoittamisajojen saavuttamisen kohdalla pysyvän asiantuntijan yksityiskohtaiseen analyysiin (asiantuntijalausunnan liite 1), jossa on tuotu esiin poikkeamat tavoittamisajoina eri riskialuealuokissa. Kuudessa kohdassa riskialuealuokissa 1-4 ei saavutettu määriteltyjä tavoittamisajoja. Pysyvän asiantuntijan mukaan näistä on kliinistä merkitystä lähinnä AB-tavoittamisessa riskialuealuokassa 3. Potilaan kannalta mahdollisesti kriittisissä tehtävissä (A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokat) esiintyy sellaista alueellista vaihtelua saman riskialuealuokan sisällä, mikä edellyttää korjaustoimenpiteiden harkintaa. Korjaustoimenpiteitä voivat olla yksiköiden asemapaikkojen uudelleen sijoittelu, valmiustuntien lisäys/uudelleensijoittelu tai ensivasteyksiköiden käytön tehostaminen. Pysyvän asiantuntijan mukaan osittain asetettuja tavoitteita voidaan pitää jopa liian korkeina.

Pysyvä asiantuntija toteaa, että osa sairaanhoitopiirin ensihoitoyksiköistä (ambulanssit) on 15 minuutin lähtövalmiudessa tiettyinä vuorokauden aikoina. Tätä ei voida pitää moitittavana edellyttäen, että tavoittamisajat on palvelutasopäätöksessä määritelty asianmukaisiksi, tavoittamisajat toteutuvat ja ensivasteyksikön käytöllä pystytään lyhentämään tavoittamisaikaa hätätilapotilailla silloin, kuin ensihoitoyksikkö hälytetään 15 minuutin valmiudesta. Tämän arviointi ei kuitenkaan pysyvän asiantuntijan mukaan ole mahdollista, koska tavoittamisviitedata ei ole riittävän luotettavaa.

Pysyvä asiantuntija toteaa, että käytettävissä olevan selvityksen perusteella ei voida sanoa, johtuuko tavoittamisaikoihin pääsemättömyys ensihoitoyksiköiden varallaolosta vai siitä, että ambulanssien asemapaikkojen sijoitus ei ole optimaalinen vai resurssien vähyydestä tiettyinä aikoina taikka näiden kombinaatiosta. Pysyvän asiantuntijan mukaan nykytiedon perusteella voidaan sanoa vain, että varallaolo on mahdollisesti ollut (osa)syynä siihen, että kaikkiin määriteltyihin tavoittamisaikoihin ei olla päästy. Jotta varallaolon vaikutuksesta voitaisiin sanoa jotain varmaa, pitäisi data jakaa kahteen osaan kellonaikojen mukaan eli välittömän valmiuden ajat ja varallaoloajat. Tässä pitäisi myös huomioida viikonloput ja juhlapyhät, jolloin varallaoloajat voivat poiketa akipäivistä. Valvira suosittaa, että sairaanhoitopiiri pyytäisi asian selvittämiseksi jatkossa datapalvelun tuottajaansa tekemään edellä mainitun vertailun niillä maantieteellisillä alueilla, joilla on varallaoloa.

Pysyvä asiantuntija toteaa, että sairaanhoitopiiri on ensihoitopalveluiden järjestämistä suunnitellessaan simuloinut eri alueiden tavoittamista karttajarjoituksilla, mitä voidaan pitää asianmukaisen suunnittelutyön merkinä. Hän viittaa ylilääkärin selvitykseen, josta käy ilmi, että palvelun saatavuutta ja kulloinkin käytettävissä olevia voimavaroja seurataan aktiivisesti myös operatiivisesti eikä ainoastaan jälkijättöisesti tilastojen ja palautteiden perusteella. Tällainen aktiivinen seuranta ja tarvittaessa korjausliikkeiden teko (kuten valmiussiirot) kuvastavat palvelun järjestämistä vastuussa olevan sairaanhoitopiirin vastuullisuutta hyvin dynaamisen toiminnan, ensihoitopalvelun, seurannassa. Sairaanhoitopiiri on myös asianmukaisesti maininnut jäsenkunnillensa tapahtuvan raportoinnin palvelutasopäätöksessä, mutta siinä tulisi myös esittää toiminnan omavalvontaan ja oman toiminnan kehittämiseen liittyvä raportointi.

Valvira toteaa, että eri sairaanhoitopiireiltä saatujen tietojen mukaan niillä on ollut huomattavia vaikeuksia saada käyttöönsä riittävästi luotettavaa tietoa ensihoidon palvelutasoanalyysin perustaksi. Osin ongelmia tuottaa se, että mukana on tavallisesti useita toimijoita ja "dataketju" on hyvin monimutkainen, ja sairaanhoitopiiri on voinut ulkoistaa datapalvelun ja analyysiraporttien tuotannon.

Pysyvä asiantuntija toteaa, että riippumatta siitä, ovatko palvelutasopäätöksen seurannassa tarvittavat tietohallintojärjestelmät ja -palvelut sairaanhoitopiirin omia vai ulkoistettuja, sairaanhoitopiiriin tulee varmistua keskeisen datan saatavuudesta, luotettavuudesta ja kattavuudesta. Sairaanhoitopiirillä tulisi myös ulkoistetuissa ratkaisuissa olla suora pääsy raakadataan, jotta mahdolliset virhelähteet voitaisiin sulkea luotettavasti pois. Esimerkiksi ensihoidon tavoittamisviiveiden seurannassa tarvittavan datan saanti edellyttää monimutkaisen aikaleimojen siirtoketjun toimivuutta ja siten hätäkeskuslaitoksen, ensihoitopalveluiden tuottajien, sairaanhoitopiirin tietohallinnon, sosiaali- ja terveystoimen VIRVE-aluepääkäyttäjän ja pelastuksen (ensivasteyksiköt) VIRVE-aluepääkäyttäjän saumatonta yhteistyötä.

Valvira toteaa johtopäätöksinään seuraavaa.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon suunnittelussa ja järjestämisessä ei ole havaittavissa lainvastaisuutta tai laiminlyöntejä, eikä sen laatuja puutteita, joiden suoranaisesti voitaisiin arvioida vaarantavan potilasturvallisuutta.

Valvira toteaa kuitenkin, että sairaanhoitopiirin voimassa oleva palvelutasopäätös sisältää edellä mainittuja keskeisiä puutteita/täydennystarpeita, joiden vuoksi sairaanhoitopiiriin tulisi päivittää palvelutasopäätös ajanmukaiseksi.

Valvira toteaa asiantuntijansa lausuntoihin viitaten, että saadun selvityksen perusteella sairaanhoitopiiritasoisesti kuudessa kohdassa riskialueluokissa 1-4 ei saavutettu määriteltyjä tavoittamisaikoja. Näistä kliinistä merkitystä on lähinnä A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokkiin kuuluvien potilaiden tavoittamisessa riskialueluokassa 3. Potilaan kannalta mahdollisesti kriittisissä tehtävissä (A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokat) esiintyy sellaista alueellista vaihtelua saman riskialueluokan sisällä, mikä edellyttää korjaustoimenpiteiden harkintaa edelleen potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

Valvira suosittaa, että sairaanhoitopiiri tekee jatkossa ensihoidon palvelutasoanalyysiin liittyen jatkoselvitystä, jolla voidaan nykyistä tarkemmin arvioida tavoittamisaikojen saavuttamattomuuden syitä.

### 3.4

#### Kannanotto

##### *Palvelutasopäätösten rakenteen ja sisällön yhdenmukaisuus*

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön.

Sairaanhoitopiiri on velvollinen tekemään alueensa ensihoidon palvelutasosta päätöksen, joka on keskeisin ensihoidon toimintaa ohjaava asiakirja. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksen tulee perustua riskianalyysiin.

Palvelutasopäätöksessä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alue jaetaan yhden neliökilometrin kokoisiksi alueiksi, jotka luokitellaan riskialueluokkiin 1-5. Palvelutasopäätöksessä asetetaan kussakin riskialueluokassa ohjeelliset tavoittamisaajat ensihoitopalvelun yksiköille kussakin tehtäväkiireellisyysluokassa A-D.

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.

Korostan, että palvelutasopäätöksen rakenteen tulee olla koko maassa samanlainen ja perustua samoihin asioihin, jotta sen avulla pystytään seuraamaan ensihoitopalvelun laatua, vaikuttavuutta ja kustannusrakennetta sekä valtakunnallisesti että eri sairaanhoitopiirien välillä.

## *Palvelutasopäätöksen puutteet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä*

Lääketieteellisissä asiantuntijalausunnoissa on muun muassa todettu seuraavaa.

Ensihoitopalvelun järjestämistapa: Palvelutasopäätöksessä on tarpeen todeta, millä sairaanhoitopiirin alueilla on yhteistoimintasopimus ensihoitopalvelun järjestämisestä pelastustoimen kanssa ja millä alueilla on sopimukset yksityisten yritysten kanssa.

Ensihoitopalvelun sisältö: Palvelutasosopimuksessa on tarpeen määrittää se, mitä palveluun kuuluu terveydenhuoltolain mukaan, ja mitä mahdollisia lisäpalveluita on paikallisesti sisällytetty toimintaan. Esimerkiksi ensivastepalvelu ei ole lakisääteinen velvoite, minkä vuoksi palvelutasopäätöksessä tulee selkeästi mainita, kuuluuko ensivastetoiminta ensihoitopalveluun vai ei.

Tavoitteet potilaiden tavoittamisajosta: Lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen mukaan tavoittamisajan määrittämättä jättämistä voidaan pitää hyväksyttävänä asumattomilla alueilla eli riskialuealuokassa 5, josta ministeriön palvelutaso-ohje toteaa, että luokan 5 tavoittamisajat jäisivät lähinnä viitteellisiksi. Totean, että säännökset eivät sisällä sairaanhoitopiiriä velvoittavia väestön tavoittamisosuuksia eri riskialue- ja tehtäväkiireellisyysluokissa. Korostan kuitenkin, että sairaanhoitopiirin on järjestettävä ensihoitopalvelut kaikille alueille.

Muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat: Tällaiset muut tarpeelliset seikat tai niiden puuttuminen on perusteltua mainita palvelutasopäätöksessä.

Kiinnitän sairaanhoitopiirin huomiota näihin näkökohtiin.

### *Palvelutasopäätöksessä määriteltujen tavoittamisaikojen saavuttaminen*

Lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen mukaan sairaanhoitopiiritasoisesti kuudessa kohdassa riskialuealuokissa 1–4 ei saavutettu määriteltäviä tavoittamisaikoja. Näistä kliinistä merkitystä on lähinnä A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokkiin kuuluvien potilaiden tavoittamisessa riskialuealuokassa 3. Potilaan kannalta mahdollisesti kriittisissä tehtävissä (A- ja B-tehtäväkiireellisyysluokat) esiintyy sellaista alueellista vaihtelua saman riskialuealuokan sisällä, mikä edellyttää korjaustoimenpiteiden harkintaa edelleen potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Korjaustoimenpiteitä voivat olla yksiköiden asemapaikkojen uudelleen sijoittelu, valmiustuntien lisäys/uudelleensijoittelu tai ensivasteyksiköiden käytön tehostaminen.

Minulla ei ole syytä kyseenalaistaa näitä asiantuntijalausuntoja. Korostan sitä, että ensihoitoasetuksen 7 §:n 2 momentin mukaan saman riskialuealuokan väestön tulee saada yhdenvertainen palvelu koko sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta.

### *Ensihoitoasetuksen 2 §:n 8 kohdan mukainen velvollisuus kerätä ja tuottaa tietoa*

Valvira toteaa, että eri sairaanhoitopiireiltä saatujen tietojen mukaan niillä on ollut huomattavia vaikeuksia saada käyttöönsä riittävästi luotettavaa tietoa ensihoidon palvelutasoanalyysin perustaksi. Osin ongelmia tuottaa se, että mukana on tavallisesti useita toimijoita ja "dataketju" on hyvin monimutkainen, ja sairaanhoitopiiri on voinut ulkoistaa datapalvelun ja analyysiraporttien tuotannon.

Valvira suosittaa, että Keski-Suomen sairaanhoitopiiri tekee jatkossa ensihoidon palvelutasoanalyysiin liittyen jatkoselvitystä, jolla voidaan nykyistä tarkemmin arvioida tavoittamisaikojen saavuttamattomuuden syitä. Yhdyn Valviran käsitykseen.

## *Ensihoidon saatavuus ja yhdenvertainen toteutuminen*

Valvira on selvittänyt ensihoitopalvelun tilannetta valtakunnallisesti kyselyllä 2.7.–31.8.2014. Ensihoidon tiedonkeruun tarkoituksena oli saada mahdollisimman kattava tilannekuva ensihoitopalvelun uudesta järjestämisestä ja toteutuksesta sairaanhoitopiireissä. Valvira julkaisi 11.12.2014 kyselyn tulokset (Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta, Selvityksiä 2:2014). Kysely paljasti, että ensihoidon saatavuudessa ja yhdenvertaisuudessa on huomattavia eroja sairaanhoitopiirien välillä. Valtakunnallisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta vaihteluvälit olivat sekä määrittelyissä että toteutuneissa väestön tavoitettavuuksissa suuria sekä ERVA-alueiden että yksittäisten sairaanhoitopiirien välillä. Potilasturvallisuuden kannalta A- ja B-tehtävät ovat erityisen kriittisiä.

Kyselystä saatuja tietoja hyödynnetään Valviran laatimassa ensihoitopalvelun valvontaohjelmassa. Pidän ensihoitopalvelun valvontaohjelmaa tärkeänä. Ensihoitopalvelun valvontaohjelmalla on mielestäni merkitystä perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussäännöksen kannalta.

Perusoikeusuudistuksen yhteydessä korostettiin sitä, että julkisen vallan velvollisuutena on edistää tosiasiallista tasa-arvoa yhteiskunnassa. Perustuslain yhdenvertaisuussäännös, 6 §, toteuttaa siten myös perustuslain 1 §:n yleistä arvolähtökohtaa oikeudenmukaisuuden edistämisestä yhteiskunnassa. Yhdenvertaisuussäännökseen sisältyy vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Säännös rajoittaa siten myös erilaisuutta sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun järjestämistavoissa.

4

### TOIMENPITEET

Saatan edellä kohdassa 3.4 esittämäni käsitykset ensihoitopalvelun järjestämisestä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tietoon. Tässä tarkoituksessa lähetän sille jäljennöksen tästä päätöksestäni.