

Ensihoitopalvelun palvelutaso

Ohje palvelutasopäätöksen laatimiseksi



Sosiaali- ja
terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön
JULKAISUJA | 2025:3

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2025:3

Ensihoitopalvelun palvelutaso

Ohje palvelutasopäätöksen laatimiseksi

Lasse Ilkka, Sirkku Pikkujämsä

Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2025

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-4225-7
ISSN pdf: 1797-9854

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2025

Ensihoitopalvelun palvelutaso Ohje palvelutasopäätöksen laatimiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2025:3

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Toimittaja/t Kieli	Lasse Ilkka, Sirkku Pikkujämsä suomi	Sivumäärä	21

Tiivistelmä

Ensihoitopalvelun valtakunnallinen tiedonhallinta on merkittävässä muutoksessa. Historiallisista syistä tietojen hankinta ja hyödyntäminen ovat aiemmin keskittyneet tehtävämääriin ja hälytyskohteiden tavoittamisaikoihin. Meneillään olevat valtakunnalliset tietojärjestelmä uudistukset mahdollistavat entistä luotettavamman ensihoitopalvelun valtakunnallisen tietojen saannin ja tietojen keskittymisen tehtävien sijaan potilaisiin ja erityisesti ensihoitopotilaiden saamaan hyötyyn. Erityinen merkitys tiedon hallinnan kehittymiselle on viranomaisten yhteisen kenttäjärjestelmän (KEJO) ja siihen kuuluvan kansallisen sähköisen ensihoitokertomuksen käyttöönotto.

Tämä dokumentti on tarkoitettu erityisesti ensihoitopalvelun järjestämisestä vastaaville (hyvinvointialueet ja Uudenmaan alueella HUS-yhtymä) sekä valvontaviranomaisille ohjaamaan ensihoitopalvelun palvelutasopäätösten tekemistä ja toteumien arviointia. Dokumentti on päivitetty vastaamaan nykyisiä käytäntöjä ja korvaa edellisen, vuonna 2017 tehdyn ohjeen (STM julkaisuja 2017:14).

Ohjeen päivitys on valmisteltu yhteistyössä ensihoitopalvelusta vastaavien hyvinvointialueiden ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden kanssa.

Asiasanat	ensihoito, ensihoitopalvelut, palvelutaso, terveyspalvelut, hyvinvointialueet		
ISBN PDF	978-952-00-4225-7	ISSN PDF	1797-9854
Julkaisun osoite	https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4225-7		

Servicenivån för den prehospitala akutsjukvården

Anvisning för att sammanställa servicenivån

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2025:3

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Redigerare Lasse Ilkka, Sirkku Pikkujämsä
Språk finska

Sidantal 21

Referat

Informationshanteringen inom den prehospitala akutsjukvården genomgår stora förändringar. Av historiska skäl har man vid insamling och utnyttjande av information fokuserat på antalet uppdrag och larmplatsernas insatstider. De pågående nationella reformerna av informationssystemen gör det möjligt att få allt pålitligare information om den prehospitala akutsjukvården från hela landet och att koncentrera sig på patienterna i stället för på uppdragen, och i synnerhet på den nytta som patienterna får av den prehospitala akutsjukvården. Särskilt införandet av myndigheternas gemensamma fältsystem KEJO och den nationella elektroniska journal som ingår i det är av stor betydelse för informationshanterings utveckling.

Den här anvisningen riktar sig främst till de som ansvarar för ordnandet av den prehospitala akutsjukvården (välfärdsområdena och i Nyland HUS-sammanslutningen) och till de tillsynsmyndigheter som fattar besluten om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och utvärderar uppdragen. Anvisningen har uppdaterats så att den motsvarar gällande praxis. Den ersätter den anvisning som gavs år 2017 (Social- och hälsovårdsministeriets publikation 2017:14).

Anvisningen har uppdaterats i samarbete med de välfärdsområden som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården och med experter vid Institutet för hälsa och välfärd.

Nyckelord servicenivå, prehospital akutsjukvård, informationssystem, myndighetssamarbete

ISBN PDF 978-952-00-4225-7

ISSN PDF 1797-9854

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4225-7>

Prehospital emergency medical services Guideline for defining the service level

Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2025:3

Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Editor(s)	Lasse Ilkka, Sirkku Pikkujämsä		
Language	Finnish	Pages	21

Abstract

National data management in prehospital emergency medical services (EMS) is undergoing a significant change. For historical reasons, the acquisition and utilisation of data have focused on the number of EMS missions and the response times from dispatch to arrival on the scene. The national information system reform of EMS will enable more reliable data of prehospital EMS and place the focus on patients and particularly on the benefit for EMS patients – rather than on the dispatched missions. The introduction of the multi-authority command and control information system (KEJO) and the related national electronic patient care record of EMS is the key element for the development of information management.

This document is intended especially for those responsible for organising prehospital EMS (wellbeing services counties and HUS Group in Uusimaa) and the supervisory authorities to guide them in defining and assessing the service level of prehospital EMS. The document has been updated to correspond to the current practices, and it replaces the previous instructions issued in 2017 (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2017:14).

The instructions were updated in cooperation with EMS experts from the wellbeing services counties responsible for prehospital EMS and from the Finnish Institute for Health and Welfare.

Keywords	prehospital emergency medical services, level and standard of services, health services, wellbeing services counties
-----------------	--

ISBN PDF	978-952-00-4225-7	ISSN PDF	1797-9854
-----------------	-------------------	-----------------	-----------

URN address	https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4225-7
--------------------	---

Sisältö

	Esipuhe.....	7
1	Johdanto	8
2	Säädöspohja.....	9
3	Toimintaympäristön muutos	12
4	Riskialueet ja riskiruudut	14
5	Tavoittamisaikojen määrittely	16
6	Potilastietojen ja muiden palvelutason tietojen seuranta.....	18
7	Raportointi.....	19

ESIPUHE

Tämä dokumentti on tarkoitettu erityisesti ensihoitopalvelun järjestämisestä vastaaville (hyvinvointialueet ja Uudenmaan alueella HUS-yhtymä) sekä valvontaviranomaisille ensihoitopalvelun palvelutasopäätösten tekemiseen ja toteumien arviointiin. Dokumentti on päivitetty vastaamaan nykyisiä käytäntöjä ja korvaa edellisen, vuonna 2017 tehdyn ohjeen (STM julkaisuja 2017:14).

Ohje ei koske Ahvenanmaata, jolla on oma terveydenhuollon lainsäädäntö.

Ohjeen päivitys on valmisteltu yhteistyössä ensihoitopalvelusta vastaavien hyvinvointialueiden ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden kanssa. Ohjeen ovat toimittaneet lääkintöneuvokset Lasse Ilkka ja Sirkku Pikkujämsä.

Maaliskuu 2025

1 Johdanto

Ensihoidon palvelutasopäätösten pohjana ovat pitkään olleet valtakunnallisesta hätäkeskustietojärjestelmästä saatavat hälytys- ja tehtävätiedot. Ne keskittyvät erityisesti palvelun nopeuteen: kuinka nopeasti erityisesti kiireellisissä tehtävissä ensimmäinen ensihoitopalvelun yksikkö on saapunut tehdystä hälytyksestä tehtäväkohteeseen.

Meneillään on hyvin oleellinen muutos ensihoitopalvelujen valtakunnallisessa tiedonhallinnassa, kun viranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä KEJO ja siihen kuuluva kansallinen sähköinen ensihoitokertomus (EHK) on käyttöönottovaiheessa ja on jo käytössä yli puolessa hyvinvointialueita. EHK:n myötä myös palvelutasopäätösten sisältö laajenee kohteiden tavoittamisaikojen seuraamisesta ensihoidon potilaita kuvaavien muuttujien arviointiin ja seurantaan.

Kyseinen tiedonhallinnan muutos näkyy jo tässä ohjeen päivityksessä, kun ensimmäisiä potilasmuuttujia suositellaan sisällytettäväksi palvelutasopäätösten tekemiseen ja seurantaan. Päivitetty opas ottaa huomioon kansallisen sähköisen ensihoitokertomuksen myötä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) käynnistämän ensihoitopalvelun rekisterin (<https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedonhallinnan-ohjaus/ensihoitopalvelun-rekisteri>) mahdollisuudet tuottaa myös potilaisiin kohdistuvia tietoja. THL tuottaa jatkossa ensihoidon palvelutasopäätösten valtakunnallisen raportoinnin, joka ei sisällä henkilötietoja. THL välittää hätäkeskusjärjestelmä ERICasta ja KEJO-järjestelmästä tulevat henkilötasoiset tehtävä- ja potilastiedot ensihoidon järjestäjille eli kummankin näiden järjestelmän rekisterinpitäjille yksityiskohtaisempaa tietojen hyödyntämistä varten. HUS-yhtymän osalta THL voi tuottaa ja välittää tietoja koko HUS-yhtymän alueen osalta sekä eroteltuna Uudenmaan hyvinvointialueisiin ja Helsingin kaupunkiin.

Edellä kuvattu valtakunnallisen tiedonhallinnan kehitys huomioidaan jatkossa myös lainsäädännön kehittämisessä ja sitä myötä ensihoidon palvelutasopäätösten sisällön kehittämisessä.

2 Säädöspohja

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 21 § mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle (STM). STM vastaa valtakunnallisesta sosiaali- ja terveystaloudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden valmistelusta ja niiden huomioon ottamisesta hyvinvointialueiden toiminnan ohjauksessa. Sisäministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö vastaavat yhteistyössä Hätäkeskuslaitoksen toiminnallisesta ohjauksesta (laki hätäkeskustoiminnasta 692/2010).

Ensihoitopalvelun järjestämisestä, sisällöstä ja ensihoitokeskuksista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Hyvinvointialueen ja Uudellamaalla HUS-yhtymän 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.

Hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä voivat päättää ensihoitopalvelun tuottamisesta noudattaen, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa ja pelastuslaissa (379/2011) säädetään.

Hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä tekevät ensihoidon palvelutasopäätökset. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, yhteistyöalueen ensihoitokeskuksen valmistelemat 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 yhteistyöalueen resurssit.

Terveystieteiden laissa 46 § mukaisesti yhteistyöalueiden ensihoitokeskusten tehtävänä on muun muassa valmistella ensihoidon palvelutasopäätökseen kuuluvat tavoitteet ajasta, jossa väestö sen yhteistyöalueella tavoitetaan, ottaen huomioon väestön ennakoitu palvelutarve, alueen sosiaali- ja terveystoimen päivistysrakenne ja yhteistyöalueen ensihoidon voimavarat.

Ensihoitopalvelusta annetun asetuksen (585/2017) 4 §:ssä säädetään ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen sisällöstä. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun tavoittamisajat yhteistyöalueittain ja muu sisältö ensihoitopalvelun toiminta-alueella. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytety koulutus, väestön tavoittamista kuvaavat tavoiteajat yhteistyöalueittain yhdenvertaisesti valmisteltuna, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksen on perustuttava ensihoitokeskuksen johdolla yhteistyöalueittain valmisteltavaan riskianalyysiin.

Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun tavoittamisajat yhteistyöalueittain ja muu sisältö ensihoitopalvelun toiminta-alueella. Lisäksi palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytety koulutus, väestön tavoittamista kuvaavat tavoiteajat yhteistyöalueittain yhdenvertaisesti valmisteltuna, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksen on perustuttava ensihoitokeskuksen johdolla yhteistyöalueittain valmisteltavaan riskianalyysiin.

Palvelutasopäätöksessä yhteistyöalueen hyvinvointialueiden alueet jaetaan yhden neliökilometrin kokoisiksi soluiksi, jotka luokitellaan riskialueiluokkiin asetuksen 5 §:ssä säädetyllä tavalla. Alueuokitus perustuu Suomen Ympäristökeskuksen (SYKE) taajamaluokitukseen. Ensihoitopalvelun riskialueet jaetaan neljään alue- luokkaan, jotka ovat ydintaajama, muu taajama, asuttu maaseutu ja muut alueet. Ensihoitopalvelun riskialueiden solujen tehtävämääränä käytetään määrittelyhetkeä edeltävän kalenterivuoden tehtävämäärää ja väkilukuna edeltävän kalenterivuoden viimeisen päivän tilannetta kyseisessä solussa.

Ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokista säädetään asetuksen 6 §:ssä. 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.

Palvelutasopäätöksessä määritellään tehtävien tavoittaminen asetuksen 7 §:ssä kuvatulla tavalla. Riskianalyyssissä on otettava huomioon alueluokituksen lisäksi liikenteelliset seikat, alueen erityiset onnettomuusriskit ja niistä todennäköisesti aiheutuvien henkilövahinkojen määrä sekä muut ensihoitopalvelun kysyntään vaikuttavat tekijät. Palvelutasopäätöksessä on otettava huomioon eri viranomaisten näkökulmat ja riskianalyysit.

Ensihoitopalvelun tehtäväkiireellisyysluokassa A ja tehtäväkiireellisyysluokassa B käytetään väestön tavoittamisaikojen kuvaamisessa riskialueluokittain tunnuslukuja, joilla kuvataan missä ajassa puolet alueen väestöstä tavoitetaan (keskiluku eli mediaani) sekä tunnuslukuja, joilla kuvataan missä ajassa 90 prosenttia väestöstä tavoitetaan (90 % osuus). Ensihoitopalvelun C- ja D-kiireellisyysluokkien tehtävissä 90 prosenttia alueen väestöstä pyritään tavoittamaan C- tehtäväkiireellisyysluokassa 30 minuutissa ja D-tehtäväkiireellisyysluokassa kahdessa tunnissa. Asumattomille alueille (muut alueet -riskialueluokka) ei määritellä väestön tavoittamisaikoja, mutta ensihoitopalvelu on järjestettävä myös näillä alueilla.

Tavoittamisaika määritellään viiveeksi ensimmäisen ensihoidon yksikön saamasta hälytyksestä siihen, kun ensimmäinen yksikkö ilmoittaa olevansa kohteessa. Saman alueluokan väestön tulee saada yhdenvertainen palvelu ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta.

Palvelutasopäätösten toteumat raportoidaan kunkin alueluokan osalta hyvinvointi-alueittain ja yhteistyöalueittain. Lisäksi raportoidaan viiveet niistä tehtävistä, jotka eivät ole toteutuneet 90 prosentin tavoittamisosuuksissa.

3 Toimintaympäristön muutos

Ensihoitopalvelun toimintaympäristö on merkittävästi muuttunut sen jälkeen, kun ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksiä ja muutoinakin ensihoitopalvelua koskevia säädöksiä merkittävästi uudistettiin (terveydenhuoltolaki vuonna 2010 ja STM:n asetus ensihoitopalvelusta vuonna 2011). Asetusta päivitettiin vuonna 2017, jolloin muun muassa säädettiin siitä, että tavoittamisajat tulee tehdä yhteistyö-alueittain, eikä vain kunkin järjestäjän valitsemana. Yhteiskunnassa jo tapahtuvat monet muutokset, kuten esimerkiksi väestön ikääntymisen trendi, vaikuttavat myös ensihoitopalveluiden tarpeeseen. Ensihoitopalvelu on integroitunut sote-päivystyspalveluihin. Siten myös tietotarpeet, joilla toimintaa kehitetään, ovat muuttuneet.

Ensihoitopalvelun järjestäjät voivat seurata ja niitä suositellaan seuraamaan toimintaa laajemmin ja yksityiskohtaisemmin kuin mitä edellä on säädöksissä kuvattu, kuten esimerkiksi vasteaikoja hoidon alkamisesta (viive potilaiden tavoittamiseen). Ensihoidon potilaiden tunnusmuuttujia ei ole kuitenkaan määritetty nykyisissä säädöksissä, koska ennen KEJO-järjestelmän ja kansallisen sähköisen ensihoitokertomuksen käyttöönottoa ei ole ollut mahdollista saada yhdenmukaista ja vertailukelpoista tietoa ensihoitopalvelun potilaista valtakunnallisesti.

Hätäkeskuslaitoksen matalariskisiksi arvioiduissa ensihoidon hälytystehtävissä (erityisesti D-kiireellisyystehtävät) on muotoutunut jo laajalti käytäntöä, että Hätäkeskuslaitos siirtää tehtäviä terveydenhuollon rekisteröityjen ammattihenkilöiden - esimerkiksi ensihoidon etäarviointia tekevien hoitajien tai kenttäjohtajien - jatkoarviointiin. Tällaisessa tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat puhelimitse yhteyttä kohteeseen ja tekevät puhelimitse ensihoitotehtävän kohteena olevan potilaan hoidon tarpeen arviota ennen ensihoitoyksikön lopullista hälyttämistä. Näissä tehtävissä ensihoidon järjestäjät eli hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä voivat antaa potilaalle jatkohoidon ohjausta, ohjata paikalle ensihoitoyksikön tai muun tarkoituksenmukaisen terveydenhuollon sairaalan ulkopuolisen palvelun, kuten esimerkiksi kotisairaalan henkilöstön. Hätäkeskuslaitos ei siis hälytä näissä tehtävissä ensihoitoyksikköä suoraan, vaan siirtää terveydenhuollon jatkoarviointiin, ja varsinainen ensihoitotehtävä katsotaan päättyneeksi muuhun ohjaukseen (niin sanottu N-tehtävä).

Edellä kuvatun kaltaisissa tehtävissä ei mitata enää kohteen tavoittamisaikaa. Ensihoidon järjestäjien on syytä mitata tällaisen etäarviointitoiminnan toteutumista. Seurattaviksi mittareiksi ja raportoitavaksi suositellaan seuraavia muuttujia:

- etäarviointiyksiköille välitettyjen tehtävien lukumäärä
- tehtävän lopputulema:
 - etäarviointiyksikkö suorittanut tehtävän itsenäisesti (annettu terveysneuvontaa / palveluohjaus päivystykseen / palveluohjaus muihin sote-palveluihin)
 - hälytetty ensihoitoyksikkö kohteeseen

Yleisesti ensihoitopalvelun säädösmuutosten tarve on tunnistettu. Ensihoidon palvelutasopäätöksiin liittyvää säädöspohjaa päivitetään terveydenhuoltolain uudistamisen yhteydessä. Sen valmistelua on suunniteltu toteutettavaksi nykyisen hallituskauden aikana.

Suosittelaa, että ensihoitopalvelussa seurataan jo erityisesti potilaiden saamaa palvelua kuvaavia tunnusmuuttujia ennen edellä mainittuja säädösmuutoksia. On erittäin tärkeää saada kattavasti ja yhtenevästi tietoja ensihoitopalvelun potilaista, heidän hoidon syistään, annetuista hoidosta, ensihoidon jatkotoimenpiteistä (esimerkiksi mihin sairaalaan kuljetettu, järjestyykö jatkohoito muun sote-päivystyspalvelun kautta, onko saman potilaan luona uusia ensihoitotehtäviä tietyn ajanjakson kuluessa) ja ensihoitopalvelun yksiköiden valmiusajoista. Näin ollen saadaan tietoja yhdistettyä THL:n toimesta myös potilaiden jatkohoitotietoihin ja saadaan nykyistä merkittävämmiin parempi tietopohja ensihoidon yksiköiden hälytysprosessien ja tehtäväkäsittelyohjeen kehittämiseen.

4 Riskialueet ja riskiruudut

Ensihoidon riskiluokitus toteutetaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä. Riskialueluokituksen tekemisessä käytetään seuraavia paikkatietoaineistoja:

- YKR Taajamat (SYKE)
- YKR Keskustat ja kaupan alueet (SYKE)
- Ensihoitopalvelun hälytystehtävien sijainnit (valtakunnallinen hätäkeskusaineisto)
- Väestöruutuaineisto (Tilastokeskus)

Palvelutasopäätöksessä yhteistyöalueen hyvinvointialueiden ala jaetaan yhden neliökilometrin kokoisiksi ruuduiksi, jotka luokitellaan neljään edellä säädöksessä kuvattuun riskialueluokkaan (ydintaajama, muu taajama, asuttu maaseutu ja muut alueet).

Alueluokitus perustuu Suomen Ympäristökeskuksen (SYKE) taajamaluokitukseen. Ydintaajaman määrittelyssä hyödynnetään SYKEN ”keskustat ja kaupan alueet” -aineistoa. Määritelmässä keskusta-alueet ovat alueita, joissa sijaitsee ympäröivää aluetta selkeästi tiiviimmin palveluiden työpaikkoja, vähittäiskaupan työpaikkoja sekä väestöä.

Kuvaus SYKE-luokituksen taajaman määrytyksestä on julkaistu dokumentissa <https://ckan.ymparisto.fi/dataset/ykr-taajama> ja <https://geoportal.ymparisto.fi/meta/julkinen/dokumentit/Taajamakaavio.pdf>. SYKE-luokituksen aluerajaukset keskusta-alueista ja kaupan alueista on kuvattu: <https://ckan.ymparisto.fi/dataset/keskustat-ja-kaupan-alueet>.

Yhden neliökilometrin kokoisen riskiruudun (YKR-ruutu) luokitus määrytyy sen mukaan, mikä on sen sisällä sijaitsevan YKR-ruudun (joka on kooltaan 250 m x 250 m) luokitusarvo. Esimerkiksi yksikin kaupunkiseudun keskusta -ruutu tai kaupunkiseudun iso alakeskus -ruutu määrittelee yhden neliökilometrin kokoisen riskiruudun luokkaan ”ydintaajama”. Samoin yksikin taajama-alue määrittää kyseisen neliökilometrin kokoisen riskiruudun kuuluvaksi ”muu taajama” -alueeseen. Taajama-aluerajaukset perustuvat asukaslukuun ja rakennusten kerrosalaan. ”Asuttu maaseutu” -luokituksen saavat ne neliökilometrialueet, jotka

eivät sisällä SYKE-taajamaluokituksen alueita, mutta joilla asuu vakituisesti yksikin henkilö. ”Muu alue”-luokitus sisältää taajama-alueen ulkopuoliset, asumattomat ruudut. Riskiruutuaineiston muodostuminen on kuvattu kaaviona kuvassa 1.

Yhden neliökilometrin kokoinen riskiruutu sisältää datassa seuraavat tunnistetiedot: alueen yksilöivä tunniste, SYKE-alueluokituksen perusteella tehty riskialueuokitus sekä perustiedot alueen väestöstä.

Riskiluokka-alueen kuuluminen tiettyyn kuntaan määräytyy sen perusteella, minkä kunnan alueella 1 km x 1 km ruutu valtaosin sijaitsee. Ensihoitopalvelun järjestäjien raja-alueilla ruutujen rajat eivät vastaa täysin kuntarajoja, vaan niissä voi olla enintään n. 600 metrin ero. Tästä aiheutuva virhe on kuitenkin pieni, koska valtaosa raja-alueista on harvaan asuttua ja tehtävämäärä on yleensä vähäinen.

HUS-yhtymän osalta riskiruututietoja voidaan käsitellä koko HUS-yhtymän alueen ja HUS-yhtymän omistajina olevien Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin osalta.

Mikäli hyvinvointialueeseen on liitetty ensihoidon osalta kuuluvaksi yksittäinen kunta toisen hyvinvointialueen maantieteelliseltä alueelta, voidaan tämän kunnan tiedot liittää ensihoitopalvelun järjestämisestä vastaavan hyvinvointialueen yhteiseen raportointiin.

Muutamilla hyvinvointialueilla on ns. eksklaaveja. Näillä tarkoitetaan hallinnollisesti aluetta, joka sijaitsee maantieteellisesti toisella hyvinvointialueella. Järjestämisvastuualueiden tulee yhteistyöalueen ensihoitokeskuksen koordinoimana sopia näiden alueiden palvelujen järjestämisestä.

Hyvinvointialueilla ja HUS-yhtymällä on ensihoitopalvelun järjestämisvastuu myös saariston ja sisävesien ensihoitopalveluista. Merialueilla vastuu kuuluu meripelastuksesta vastaavalle viranomaiselle (Rajavartiolaitos).

Riskialueuokitusta voidaan päivittää ja tarkentaa STM:n ohjauksesta. Riskialuejako on julkaistu avoimena aineistona (<https://github.com/THLfi/eh-paikkatieto>). Kuvassa 2 on esimerkkikartta alueen jakamisesta yhden neliökilometrin kokoisiin riskiruutuihin ja niistä muodostuviin riskialueisiin.

5 Tavoittamisaikojen määrittely

Ensihoidon palvelutasopäätöksen keskeinen osa on ollut määritellä yhteistyö-alueittain, miten ensihoitojärjestelmän tulisi tavoittaa ensihoidon järjestäjien asutuilla alueilla (ydintaajama, muu taajama, asuttu maaseutu) kuuluvat alueet. Asumattomille alueille (muut alueet -riskialueluokka) ei määritellä väestön tavoittamisaikoja, mutta ensihoitopalvelu on järjestettävä myös näillä alueilla.

Ensihoitopalvelun A- ja B -hälytyskiireellisyysluokkiin kuuluvien tehtävien osalta määritellään riskialueluokittain aikaraja, jossa 50 % (mediaani) ja 90 % (90. persentti) tehtävistä tulee tavoittaa.

Kaikissa asuttujen riskiruutujen hälytyskiireellisyysluokan C tehtävissä väestöstä pyritään tavoittamaan 90 prosenttia 30 minuutissa ja vastaavasti hälytyskiireellisyysluokan D tehtävissä 120 minuutissa.

Palvelun tavoitetason tulee olla riskialueluokittain sama ensihoidon järjestäjän alueella palvelujen järjestämistavasta riippumatta. Esimerkiksi kaikkiin alueen ydintaajamaruutuihin on sama tavoiteaika kohteeseen saapumiseksi. Tavoiteaika lasketaan siitä, kun hätäkeskus on hälyttänyt kyseiselle tehtävälle ensimmäisen yksikön, siihen, kun nopeitten kohteen saavuttanut yksikkö on ilmoittanut olevansa kohteessa. Tavoiteaika ei ole yksittäisen potilaan kohdalla sitova palvelulupaus eikä sitä ole tarkoitettu käytettäväksi yksittäistä tehtävää koskevassa kantelussa palveluntuottajaa tai järjestäjää sitovana aikamääränä.

Palvelutasopäätöksen valtakunnallisessa analyysissä huomioidaan vain kohteen ensimmäisenä tavoittanut yksikkö riippumatta sen tasosta (ensivaste/ambulanssi/lääkäriyksikkö). Ensihoidon järjestäjän on kuitenkin seurattava ensihoidon toteumaa tätä tarkemmin. Esimerkiksi eritasoisten yksiköiden tavoittamisviiveitä ja potilaan lopulliseen hoitoon pääsyn kestoa on seurattava erityisesti aikakriittisissä potilasryhmissä.

Lisäksi ensihoitopalvelun yksiköiden tulee käyttää ”potilas kohdattu” -tilatietoa, joka kuvaa usein ”kohteessa” -tilatietoa paremmin palvelun toteutumista potilaalle, vaikka tätä ei palvelutasopäätöksen minimimäärittelyssä vaaditakaan. Vertailukelpoisen tiedon saamiseksi ensihoidon järjestäjien on seurattava ja raportoitava kaikkien tilatietojen käyttämistä.

6 Potilastietojen ja muiden palvelutason tietojen seuranta

Koska ensihoitopalvelun toiminnan keskiössä on järjestää ja tuottaa palvelu potilaita mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti, on ensihoitopalvelun järjestäjien edellä mainittujen tavoiteaikojen määrittämisen lisäksi seurattava ja raportoitava tietoa ensihoitopotilaiden tunnusmuuttujista. Oleellisia potilaita kuvaavia tunnusmuuttujia ovat esimerkiksi potilaiden määrä aikajaksolla erityyppisissä hälytystehtävissä, potilaiden hoidon syy ja kiireellisyys, potilaiden jatkohoitotiedot (hoidettu kohteessa, kuljetettu sairaalaan jne.).

Edellä mainitun lisäksi ensihoitopalvelun järjestäjän on ennakoitava alueensa ensihoitopalvelun tarvetta ja siinä tapahtuvia muutoksia sekä arvioida erityisiä riskikohteita ja väestössä tapahtuvia muutoksia. Tätä ei kuitenkaan tarvitse tehdä soluittain, koska erityisesti harvaan asutuilla alueilla satunnaisvaihtelu tai jopa yksittäisen asukkaan käyttäytyminen voi vääristää solukohtaisia ennusteita.

Ennusteita ja riskien arviointia voidaan tarvittaessa täydentää erityiskohteiden, kuten esimerkiksi toimialan palvelutalojen, liikenneasemien, teollisuuslaitosten tai muiden vastaavien tehtävämäärillä. Lisäksi riskikartoituksessa huomioidaan liikenteelliset seikat, alueen erityiset onnettomuusriskit ja niistä todennäköisesti aiheutuvien henkilövahinkojen määrä sekä kausivaihtelu, mikäli esimerkiksi matkailun tai vapaa-ajan asutuksen arvioidaan vaikuttavan merkittävästi tehtävämääriin.

7 Raportointi

Palvelutasopäätösten toteutumien arviointi tapahtuu valtakunnallisten ensihoitopalvelun tietojen avulla, jotka tallentuvat THL:n ensihoitopalvelun rekisteriin (hallintopäätös THL/3824/5.03.00/2023, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annettu laki 668/2008). THL tuottaa palvelutasopäätöksen toteutumisen seurantaan valtakunnallisen raportin jatkuvana palveluna. THL:n tuottama raportti sisältää lukumäärätiedot ensihoitopalvelun suorittamista tehtävistä, kuljetukseen johtaneista tehtävistä sekä terveydenhuollon toimialaan liittyneistä hätäilmoituksista. THL raportoi tavoittamisviiveiden mediaanin ja 9. desiilin alarajan sekä lähtöviiveen mediaanin. Raportin käyttäjä voi tarkastella kaikkia tietoja suodatettuna alue-rajauksen (YTA, HVA, kunta), tehtäväkiireellisuuden ja riskialuealuokan mukaan.

THL tuottaa myös ensihoidon potilaisiin liittyviä tunnuslukuja järjestämisvastuulla oleville sen mukaisesti, kun järjestäjät ovat alkaneet käyttää ensihoitopalvelussa viranomaisten yhteistä KEJO-järjestelmää ja siihen kuuluvaa kansallista sähköistä ensihoitokertomusta. THL saa toisiokäyttöä varten niiden kautta tietoa ensihoitopalvelusta ja ensihoitopalvelun potilaista tavalla, joka ei ole aiemmin ollut kansallisesti mahdollista.

THL:n välittämän tiedon perusteella ensihoidon järjestäjät voivat arvioida myös ensihoitopotilaiden hoidon keskeisiä tunnusmuuttujia, kuten esimerkiksi miten kattavasti sydänoireisiksi ennakoiduilta tai arvioiduilta potilailta on otettu sydänfilmi ja miten sen arviointia on toteutettu tai miten kattavasti potilaille on tehty asianmukaista tilanarviointia aivoverenkiertohäiriö-potilailta. Lisäksi voidaan arvioida, toteutuuko ensihoidon kohtaamien potilaiden osalta uusia ensihoitotehtäviä esimerkiksi vuorokauden kuluessa.

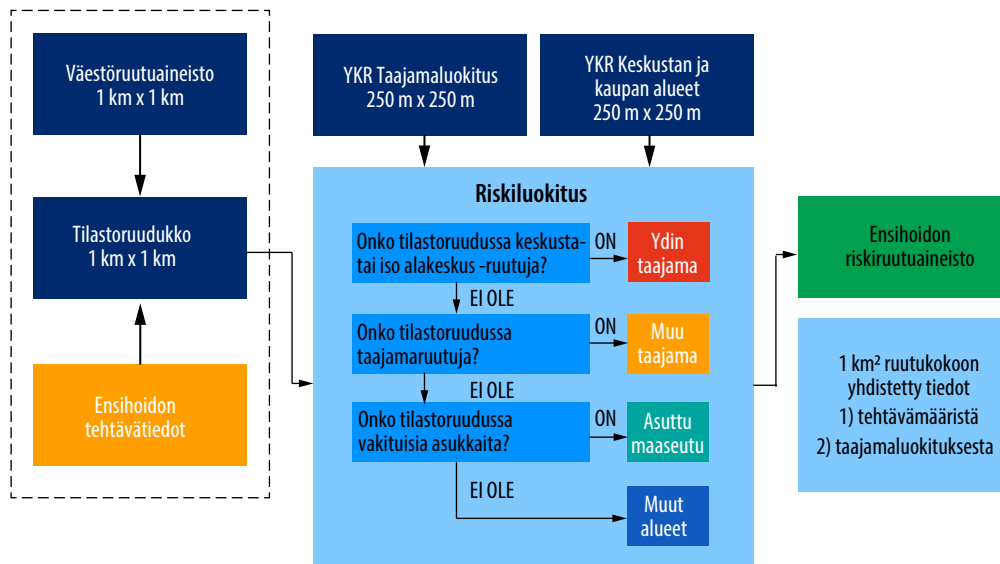
Ensihoitopalvelun järjestäjä seuraa toimintaa säännöllisesti osana erikoissairaanhoidon toimintaa. Järjestäjän on raportoitava alueensa palvelutason toteumasta julkisesti säännöllisesti esimerkiksi omilla verkkosivuillaan. Palvelutasopäätösten toteumat raportoidaan kunkin aluealuokan osalta ensihoidon järjestäjittäin ja yhteistyöalueittain. Lisäksi HUS-yhtymän osalta toteumat voidaan raportoida eriteltynä hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kesken. Kuvassa 3 on kuvitteellinen esimerkki yhden ensihoidon järjestäjän raportoinnista. THL:n kanssa kehitetään valtakunnallisen ja alueellisen (ensihoidon järjestäjät) raportointia yhteistyössä.

Taulukko 1. Esimerkki yhden ensihoidon järjestäjän tavoiteajoista ensihoidon palvelutasopäätöksessä.

Riskiluokka / hälytys- kiireellisyys	A/B		C	D
	Mediaani (50 %)	90 %	90 %	90 %
Ydintaajama	5,0 min	10 min	30 min *	120 min *
Muu taajama	8,5 min	15 min	30 min *	120 min *
Asuttu maaseutu	20 min	30 min	30 min *	120 min *
Muut alueet	Ei määritellä			

* Vakiot tavoittamisajat kaikille ensihoidon järjestäjille perustuen asetukseen ensihoitopalvelusta. Asumattomille alueille (muut alueet -riskialueiluokka) ei määritellä väestön tavoittamisaikoja, mutta ensihoitopalvelu on järjestettävä myös näillä alueilla.

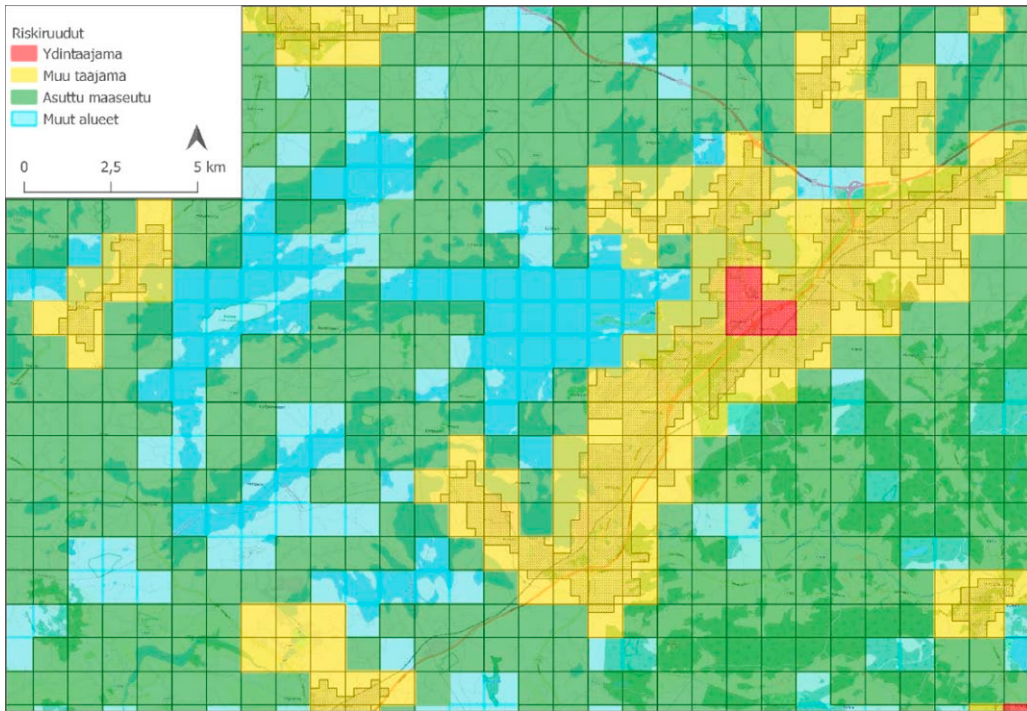
Kuvio 1. Kaavakuva ensihoitopalvelun riskiruutuaineiston muodostumisesta.



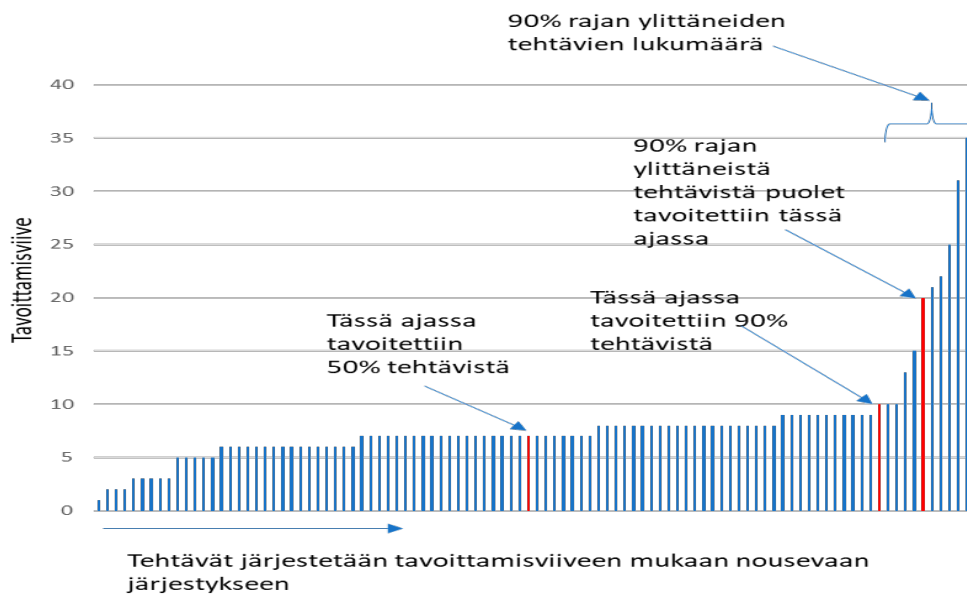
YKR = yhteiskuntarakenne

Ensihoidon tehtävätiedot = lisätään aineistoon ensihoidon valtakunnalliset tehtävähäytystiedot (häätäkeskusjärjestelmä)

Kuvio 2. Esimerkki alueen jakamisesta yhden neliökilometrin kokoisiin riskiruutuihin ja niistä muodostuviin riskialueisiin.



Kuvio 3. Esimerkkikuva palvelutasopäätöksen aikatoteumien raportoinnista (esimerkkinä hyvinvointialueen X ydintaajamaruudut, tavoittamisviiveet yhden vuoden aikana).



ISSN pdf: 1797-9854
ISBN pdf: 978-952-00-4225-7



Sosiaali- ja
terveysministeriö

stm.fi/julkaisut
julkaisut.valtioneuvosto.fi