

# Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun toimintakertomus, v. 2022

## 1. Tiivistelmä

### Tehtävämäärät

Ensihoitopalvelun tehtävämäärät Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä jatkoivat kasvuaan. Vuonna 2022 ensihoitopalvelulla oli tehtäviä 78220 kpl. Kasvu edellisvuoteen nähden muodostui 5,3%, ja sairaanhoitopiirin järjestämävastuun aloitusvuoteen 2013 nähden yhteensä 37,4%. Kasvu kohdistui ennen kaikkea ydintaajama-alueille (+8,2%) ja kiireettömämpiin tehtäviin (C-kiireiset +8,5%, D-kiireiset +7,1%). Tehtävämäärien kasvussa on merkittäviä eroja kuntien välillä pidemmällä aikajaksolla tarkasteltuna (v 2013-22 vaihteluväli: +6% - +84%). Pidemmällä aikajaksolla, nimenomaan sellaisten tehtävien määrä, jotka eivät ole edellyttäneet potilaan kuljetusta ambulanssilla, on kasvanut, kun taas ambulanssikuljetusta vaatineiden tehtävien määrä on pysynyt lähes samalla tasolla.

### Palvelutasototeuma

Riski- ja kiireellisyysluokakohtainen v. 2022 palvelutasototeuma on kuvattu alempana taulukossa 1. Palvelutasototeuma heikentyi edellisvuoteen nähden kaikissa riski- ja kiireellisyysluokissa. Kiireellisimpien tehtävien (kiireellisyysluokat A ja B) palvelutasotavoitteet jäivät saavuttamatta 50%-tavoittamisosuuden osalta kaikissa riskiluokissa, ja 90%-tavoittamisosuuden osalta ydintaajama-alueilla, kun vielä vuoteen 2016 asti potilaat tavoitettiin nykyisten tavoitteiden puitteissa kaikissa tarkasteluryhmissä. Palvelutason tilastointikauden aloitusvuoteen 2015 nähden tavoittamisviive on kasvanut merkittävästi kaikissa riskiluokissa, eniten ydintaajama-alueilla.

AB-tehtävät, 50%-osuus	tavoittamisaika minuutteina								tavoite	tavoittamisajan kasvu 2015-22
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
ydintaajama	5,3	5,1	5,2	5,4	5,8	5,9	6,1	6,3	6,0	19 %
muu taajama	7,5	7,5	7,3	7,6	7,7	7,7	8,0	8,3	8,0	10 %
haja-asutusalueet	14,4	14,7	15,1	15,6	15,3	15,9	15,5	15,8	15,0	9 %
kaikki yhteensä	7,3	7,2	7,0	7,3	7,5	7,5	7,8	8,0		10 %
AB-tehtävät, 90%-osuus	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	tavoite	tavoittamisajan kasvu 2015-22
ydintaajama	9,3	8,7	8,7	9,2	9,6	9,6	10,4	10,9	10,0	16 %
muu taajama	14,5	14,3	13,9	14,4	14,2	13,9	14,4	14,9	16,0	2 %
haja-asutusalueet	25,5	26,3	26,7	27,9	26,4	26,1	26,2	26,6	30,0	4 %
kaikki yhteensä	16,2	16,4	16,2	16,9	16,0	16,5	16,8	17,0		5 %

C- ja D-kiireellisten tehtävien tavoittamisaikatavoitteet ovat lakisääteisiä, ja nämä tavoitteet on saavutettu koko sairaanhoitopiirin järjestämävastuun aikajaksolla.

Kuntatasolla palvelutasototeumaltaan heikompina erottuivat AB-tehtävien 50%-osuuden tavoittamisryhmässä Vesilahti, Pirkkala, Lempäälä ja Nokia, ja AB-tehtävien 90%-osuuden tavoittamisryhmässä Kuhmoinen ja Kihniö.

### Ambulanssit

Ensihoitopalvelun päivittäistoiminnan ambulanssivalmius ovat määrällisesti heikentynyt vuodesta 2013, mutta ambulanssien laatu on parantunut: kaikki ambulanssit ovat olleet vuodesta 2017 lähtien hoitotason yksiköitä ja valmiusaikanaan välittömässä lähtövalmiudessa. Sairaanhoitopiirin päivittäistoiminnan suunniteltua ambulanssivalmiutta oli v. 2013 790 tuntia/vrk ja v. 2017-22 enää 780 tuntia/vrk (-1,3%). Ympäri vuorokautinen ambulanssivalmius on kaikissa kunnissa Kuhmoista, Kihniötä, Juupajokea ja Vesilahtea lukuun ottamatta.

Toteutuneet ambulanssien lähtöviiveet v.2021 pysyivät edellisvuoden tasalla. Lähtöviiveen mediaanit kiireellisyyssluokittain: A: 1,4 min; B: 1,6 min; C: 2,6 min; D: 5,2 min.

## 1. Ensihoitopalvelun järjestäminen ja tuottaminen

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri oli 23 kunnan omistama, väestöltään Suomen suurin yhtenäinen ensihoitoalue.

Ensihoitopalvelu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiiriin järjestämisvastuulle v. 2013 alusta, ja edelleen sairaanhoitopiireiltä hyvinvointialueille v. 2023 alusta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastasi vuosina 2013-22 oman alueensa lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvan Punkalaitumen ensihoitopalvelun järjestämisestä. Tämä toimintakertomus kuvaa vuoden 2022 toteumaa ensihoitopalvelussa ja antaa yleiskuvan ensihoitopalvelun ambulanssitoiminnan toteuman kehityksestä koko Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) järjestämisvastuun aikakaudella 2013-2022. Punkalaitumen ensihoitopalvelun toteuma on mukana tarkastelussa soveltuvin osin. Tilastotietojen puutteista johtuen Tableau- raportointiohjelmalla toteutetut tarkastelut alkavat pääosin vasta vuodesta 2015.

Palvelu on tuotettu ns. monituottajamallilla. Sairaanhoitopiiri on tuottanut itse erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen toiminnot, kuten erityisvastuualueen ensihoitolääkäripäivystyksen, sekä sairaanhoitopiiriin kenttäjohtotoiminnot ja operatiivisen tason johtamisen. Ambulanssitoiminnan tuotanto on jakautunut suunnilleen puoliksi pelastuslaitoksen ja yksityisen sektorin välillä. Vuoden 2021 alusta lähtien sairaanhoitopiirillä on Punkalaidun mukaan lukien päivittäistoiminnassa ollut 39 ambulanssia, ja näistä Pirkanmaan pelastuslaitos tuotti vajaa puolet (18 ambulanssia), ja yksityiset ensihoidon palveluntuottajat niin ikään vajaa puolet (19 ambulanssia). Sairaanhoitopiiri otti vastuulleen Virtain ja Ruoveden alueiden 2 ambulanssia. Pelastuslaitos on vastannut valtaosin ensivasteyksikkötoiminnasta, joko omana tuotantona tai sopimuspalokuntien kanssa yhteistyönä. Lisäksi pelastuslaitos on tuottanut poliisin erityistilanteita varten välittömän TEMS-valmiuden (Tactical Emergency Medical Service), pelastustoimen ja ensihoitopalvelun yhteisen erityistilanneyksikön, sekä erityisesti koronapandemian aikana käytössä olleen erillisen ns. infektioyksikön, sekä henkilöstötilanteen salliessa ensihoidon lisävalmiutta varayksiköillä.

Pirkanmaan Pelastuslaitos, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja yksityiset ensihoidon palveluntuottajat jatkoivat vuonna 2022 ensihoitopalvelun tuottamista vuoden 2021 tuotantorakenteen mukaisesti.

*Kuva 1. Ambulanssien valmiusajat ja palveluntuottajat asemakunnittain PSHP:ssa v. 2021-22.*

kunta	24h	12h	8h	palveluntuottaja
Ylöjärvi Kuru		1		9 Lives Pirkanmaa Oy
Jämsä	2			9 Lives Pirkanmaa Oy
Kangasala	1		1	9 Lives Pirkanmaa Oy
Kihniö		1		9 Lives Pirkanmaa Oy
Kuhmoinen		1		9 Lives Pirkanmaa Oy
Parkano	1			9 Lives Pirkanmaa Oy
Pälkäne	1			9 Lives Pirkanmaa Oy
Hämeenkyrö	1			Ikaalisten Ambulanssipalvelu Oy
Ikaalinen	1			Ikaalisten Ambulanssipalvelu Oy
Mänttä-Vilppula	1		1	MedGroup Ensihoitopalvelu Oy
Sastamala	2		1	MedGroup Ensihoitopalvelu Oy
Juupajoki		1		Oriveden sairausautopalvelu Ky
Orivesi	1			Oriveden sairausautopalvelu Ky
Lempäälä	1			Pirkanmaan pelastuslaitos
Nokia	2			Pirkanmaan pelastuslaitos
Pirkkala	1			Pirkanmaan pelastuslaitos
Tampere (sis. Teivo)	7	2		Pirkanmaan pelastuslaitos
Valkeakoski	1			Pirkanmaan pelastuslaitos
Vesilähti		1		Pirkanmaan pelastuslaitos
Ylöjärvi	1			Pirkanmaan pelastuslaitos
Urjala	1			Pirkanmaan pelastuslaitos
Akaa	1			Pirkanmaan pelastuslaitos
Ruovesi	1			Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Virrat	1			Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
<b>yhteensä</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	

Kiireettömät hoitolaitossiirrot ovat Tuomi Logistiikka Oy:n koordinoimia, ja palvelun tuottavat yksityiset siirtokuljetusyksiköt kilpailutuksen pohjalta. Yksittäiset hoitolaitokset ovat myös hankkineet siirtokuljetuksia

muilta kuin Tuomi Logistiikka Oy:n kilpailuttamilta tuottajilta. Ruuhka- ja hätätilanteissa ensihoitopalvelu on tarvittaessa käyttänyt Tuomi Logistiikka Oy:n järjestämiä siirtokuljetusyksiköitä ensivasteyksikköinä ja kiireettömiin ensihoitopalvelun tehtäviin kuljettavina yksikköinä.

Palvelutasopäätöksen tavoittamisaikoihin liittyvät aikatavoitteet on tehty asetuksen ensihoitopalvelusta mukaisesti erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelun pohjalta yhtenäisinä koko erityisvastuualueelle vuodesta 2018 alkaen.

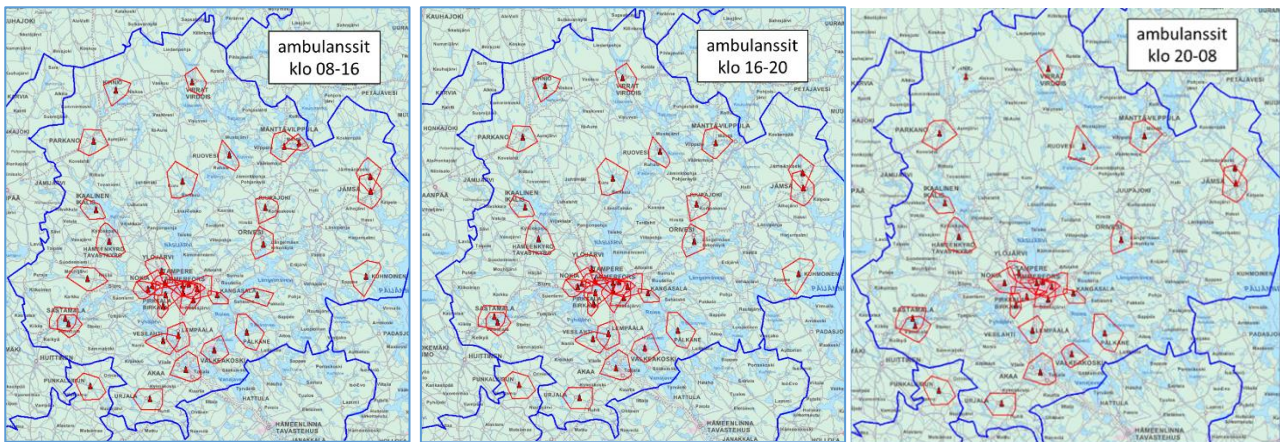
## 2. Ambulanssiresurssit

Ambulanssien lähtövalmiudessa ja laadussa on tapahtunut vuosien 2013-22 aikana parannusta. Tarkastelujakson alussa kolme ambulanssia oli yöaikaan 15 minuutin lähtövalmiudessa ja osa alueen ambulansseista oli perustasoisia, kun vuodesta 2017 lukien kaikki ambulanssit ovat olleet hoitotasoisia ja valmiusaikanaan välittömässä lähtövalmiudessa. Tämä kehitys on tukenut erityisesti hätätilapotilaiden hoidon laatua.

Ambulanssiresurssit, valmiustuntien määränä tarkasteltuna, ovat laskeneet tarkastelujaksolla: kun vuosina 2013-14 valmiustunteja tuotettiin 790 t/vrk, niin vuosina 2017-22 vastaavasti valmiustunteja tuotettiin enää 780 t/vrk. Ympäri vuorokautinen ambulanssivalmius tuotettiin v. 2013-14 kaikissa paitsi kolmessa kunnassa (Juupajoki, Vesilähti ja Kuhmoinen), kun v. 2017-22 ilman yövalmiutta edellisten lisäksi on jäänyt myös Kihniö. Yhdistettynä samanaikaiseen voimakkaaseen tehtävämäärien kasvuun, ambulanssiresursoinnin säilyminen entisellä tasolla on johtanut selkeään heikentymiseen palvelusototeumassa.

Ambulanssien käyttöaste, eli se ajallinen osuus, jonka nämä ovat valmiusajastaan ensihoidon tehtävillä, vaihteli vuonna 2022 ympäri vuorokautisten yksiköiden osalta välillä 17,0% - 44,3%, ja osavuorokautisilla yksiköillä välillä 20,1% - 59,1%. Selkeästi korkein yksiköiden käyttöaste oli Tampereella ja Nokialla, ja matalin harvaanasutuilla alueilla. Korkean käyttöasteen seurannaisvaikutus on, että uuden ensihoidon tehtävän ilmaantuessa ovat yksiköt useammin kiinni vielä edellisellä tehtävällä eikä siten käytettävissä, ja lähin vapaana oleva yksikkö joudutaan hälyttämään kauempaa, usein naapurikunnasta. Tämä viive heikentää sekä tehtäväkuormaltaan korkean kunnan palvelusototeumaa, että heikentää kyseisen naapurikunnan ambulanssivalmiutta. Tämä ketjureaktioilmiö korostuu Tampereen ja ympäryskuntien välillä.

*Kuvat 2, 3 ja 4: Ambulanssien asemoituminen klo 08-16, klo 16-20 ja klo 20-08. Punaiset kehät asemapaikkojen ympärillä kuvaavat arvioitua 8 minuutin tavoittamisaluetta.*

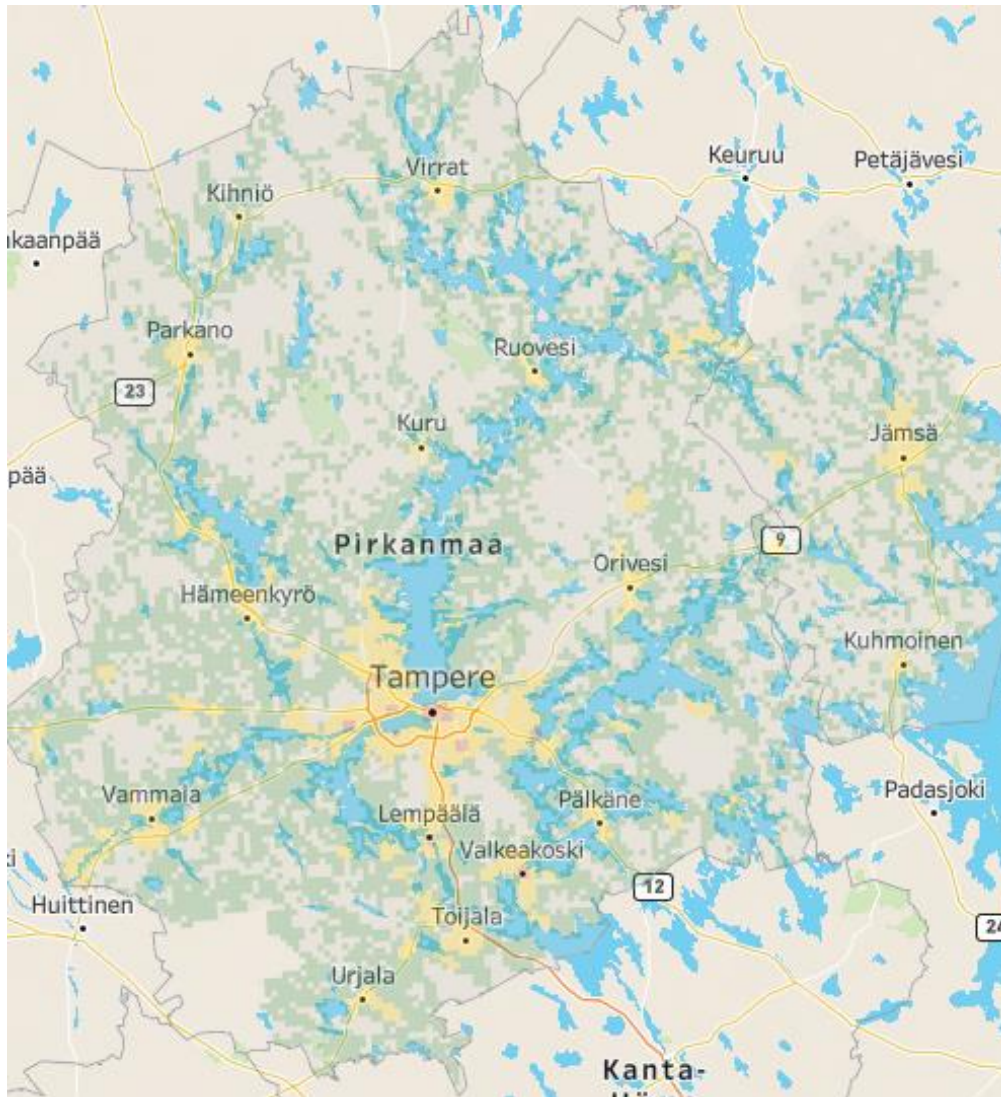


## 3. Palvelutasopäätös vuodelle 2022

Ensihoidon palvelutasopäätöksen sisältövaatimukset ja palvelutason mittaamisen perusteet on kuvattu STM:n ohjeessa: Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi; sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2017:14, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80590>. Tiivistettynä, koko maa on jaettu 1 km<sup>2</sup> ruudukkoon. Suomen ympäristökeskuksen (SYKE) luokituksen mukaisesti kukin ruutu kuuluu johonkin riskiluokkaan: ydintaajamaan, muu taajamaan, haja-asutusalueisiin tai muihin alueisiin. Eri

kiireellisyysluokkien tehtäville on asetettu palvelutasotavoitteet siten, että sairaanhoitopiirin laajuisesti kunkin riskiluokan ruudut muodostavat yhtenäisen tarkasteltavan alueen.

Kuva 5. Ensihoidon riskiluokat Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kartalla ja määritelmänä (v. 2018 ruudukko).



Ydintaajama    Muu taajama    Asuttu maaseutu    Muut alueet

riskiluokka	ruudun määritelmä ja esimerkki	ruutujen määrä
ydintaajama	Ruutu kuuluu osittain tai kokonaan SYKE:n ydinkeskusta-alueeseen. Esim. suuren kaupungin keskusta.	38
muu taajama	Ruutu kuuluu osittain tai kokonaan SYKE:n taajama-alueeseen, mutta ei täytä ydintaajaman kriteerejä. Esim. kaupungin asuinlähiö tai pienen kaupungin keskusta.	1220
haja-asutusalue	Ruutu ei kuulu edes osittain SYKE:n taajama-alueeseen, mutta sen alueella asuu vakituisesti vähintään yksi henkilö. Esim. asuttu maaseutu	6990
muu alue	Ruutu alueella ei asu vakituisesti ketään, eikä se kuulu taajama-alueeseen. Esim. asumaton maa-alue, vesistö.	8761
yhteensä		17009

Sairaanhoitopiirin valtuusto teki 13.12.2021 palvelutasopäätöksen vuodelle 2022. Päätöksessä palvelutuotannon rakenne, sisältö ja palvelutasotavoitteet päätettiin säilyttää edellisvuoden mukaisina. A- ja B-kiireellisistä tehtävistä tulisi 50% tavoittaa ydintaajama-alueilla 6 minuutissa, muu taajama-alueilla 8 minuutissa ja haja-asutusalueilla 15 minuutissa. Vastaavasti, 90% A- ja B-kiireellisistä tehtävistä tulisi tavoittaa 10, 16 ja 30 minuutissa. C- ja D-kiireellisten tehtävien tavoittaminen on määritelty asetuksessa

ensihoitopalvelusta: 90% C-kiireellisistä tehtävistä tulisi tavoittaa 30 minuutin kuluessa, ja 90% D-kiireellisistä tehtävistä 120 minuutin kuluessa.

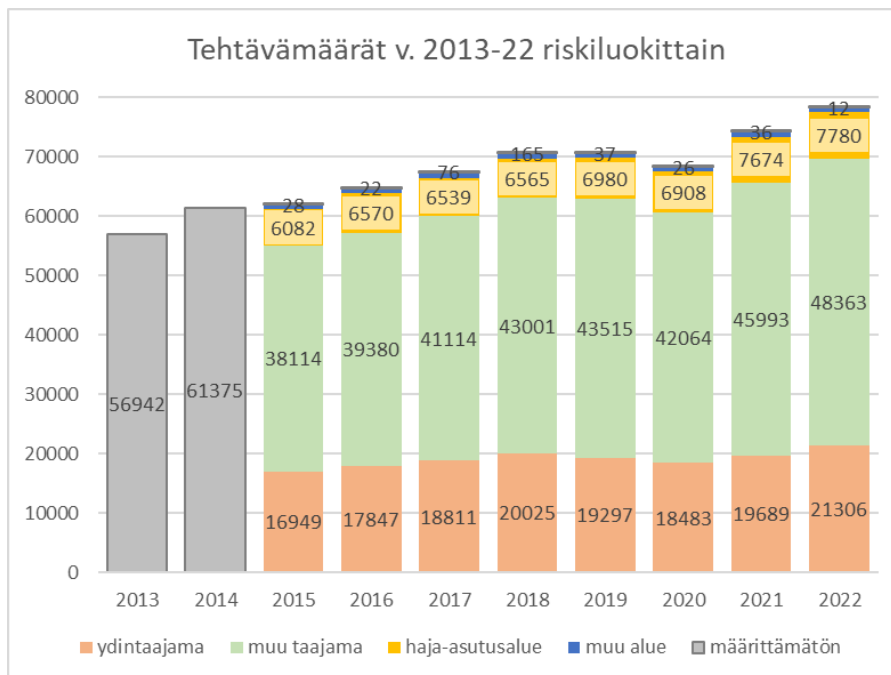
## 4. Ensihoitopalvelun toimintaympäristö ja tehtävät

### 4.1 Väestö ja tehtävämäärät

Pirkanmaan maakunnan väestönkasvu kokonaisuutena on vuodesta toiseen ollut maan kärkipäässä. Maakunnan sisällä väestömäärä on kasvanut erityisesti Tampereella (+12,8% v. 2013-22), mutta myös Tampereen ympäryskunnissa Nokiolla, Lempäälässä, Pirkkalassa, Ylöjärvellä ja Kangasalla. Saman aikaisesti, harvaanasutuilla alueilla väestö on vähentynyt.

Vuonna 2022 ensihoitopalvelulla oli 78220 tehtävää, kun vuonna 2013 tehtäviä oli 56942 kpl (kasvua +37,4%). Tehtävien kasvun kohdentuminen eri riskialueuokkiin on pysynyt vuodesta toiseen melko tasaisena. Ydintaajama-alueille kohdentuu n. 27%, muu taajama-alueille n. 62%, haja-asutusalueille n. 10% ja asumattomille seuduille n. 1% tehtävistä. Edellisvuoteen verrattuna tehtävämäärät nousivat yhteensä 5,3% josta suurin osa kohdistui ydintaajama-alueiden tehtävämäärien kasvuun, +8,2% ja vähiten haja-asutusalueille, +1,4%.

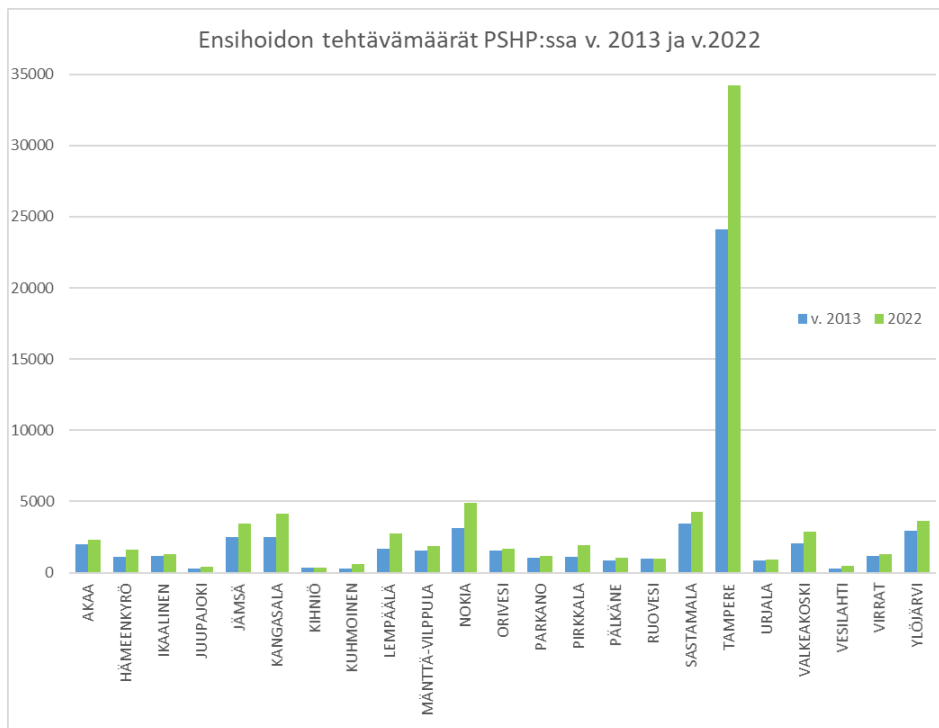
Kuva 6. Ensihoitopalvelun tehtävämäärät riskiluokittain PSHP:ssa v. 2013-22.



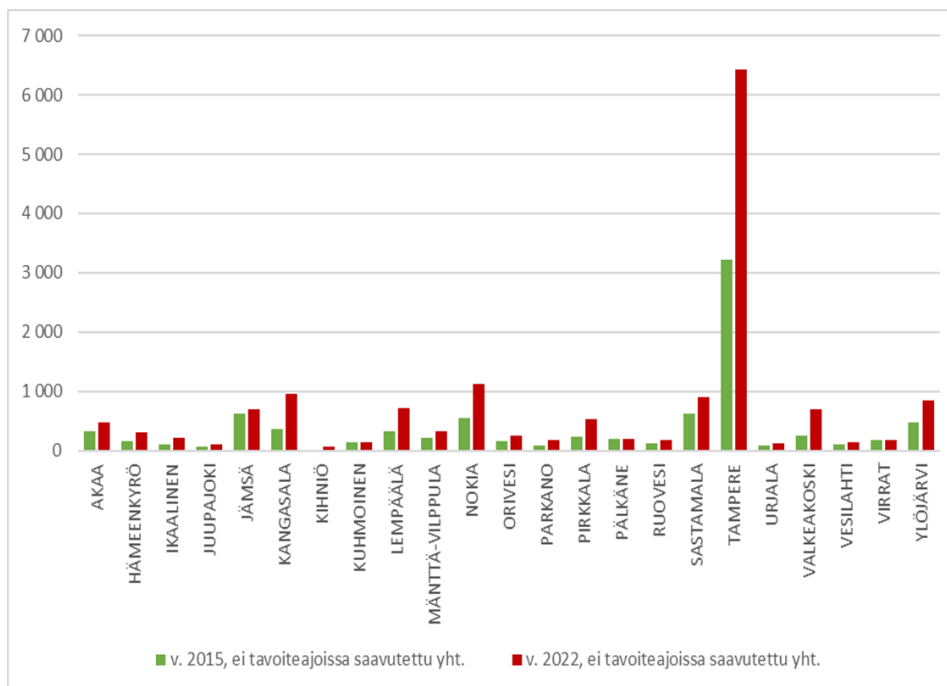
Kuntatasolla tarkasteltuna, vuodesta 2013 lähtien lukumääräisesti kasvua on tapahtunut eniten Tampereella (+10066, +42%), Nokiolla (+1781, +57%) ja Kangasalla (+1671, +67%). Tehtävämäärät ovat pysyneet lähes ennallaan Ruovedellä (-1, 0%), Kihniössä (+20, +6%), Orivedellä (+109, +7%) ja Urjalassa (+72, +8%).

Kun tehtävämäärät ovat kasvaneet, on samalla kasvanut niiden tehtävien määrä, joita ei ole saavutettu palvelutasopäätöksen aikatavoitteiden puitteissa. Aikatavoitteiden sisällä tavoittamattomien hätätilapotilaiden (hätäkeskuksen kiireellisyysarvio A tai B) lukumäärä on vuodesta 2015 lukien kasvanut 84%. Näistä tehtävistä suurin osa oli Tampereella (kasvua 99%).

Kuva 7. Ensihoitopalvelun tehtävämäärät kunnittain PSHP:ssa v. 2013 ja v.2022.



Kuva 8. Niiden ensihoitopalvelun tehtävien määrä, joita ei tavoitettu aikatavoitteiden sisällä, kunnittain v. 2013 ja v.2022.



#### 4.2 Tehtävien kiireellisyys ja tehtäväsuoritteet

Soitettaessa hätäpuhelu 112:een, alkaa tehtävän riskinarvio ennalta määriteltyjen algoritmien pohjalta. Järjestelmä on rakennettu sellaiseksi, että riskiä ennemmin hälytysvaiheessa yliarvioidaan kuin aliarvioidaan, koska pelkkien puheluiden perusteella on mahdotonta muodostaa systemaattisesti täysin luotettavaa kuvaa

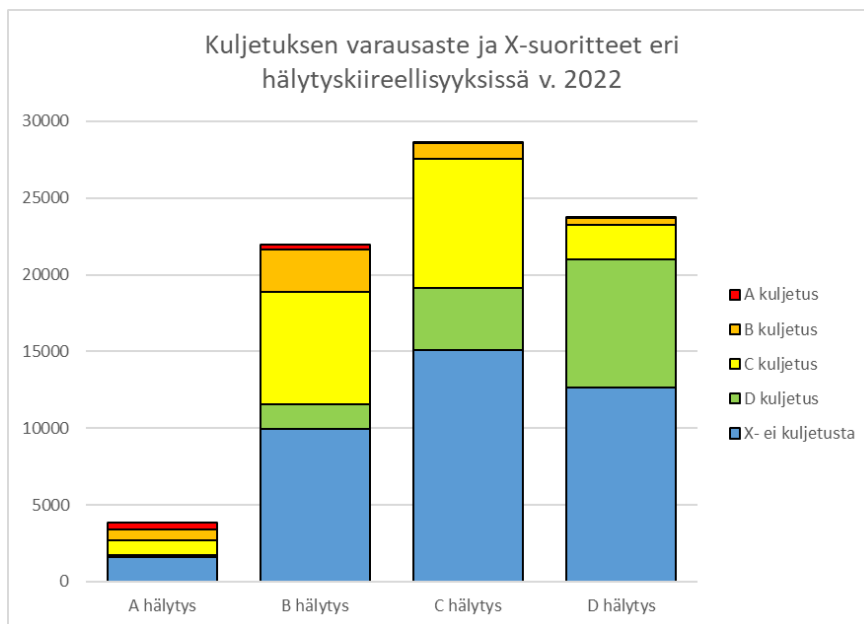
todellisesta avuntarpeesta kohteessa. Hätäpuhelussa tehtävälle määritellään tehtävälaji (esim. 703, hengitysvaikeus) ja kiireellisyys (A, B, C tai D), tai tehtävä jätetään kokonaan välittämättä ensihoitopalvelulle (N-tehtävä).

Kuva 9. Ensihoidon tehtävien kiireellisyysluokitus ja näiden keskinäinen jakauma v. 2022.

kiireellisyys	kuvaus	osuus tehtävistä
<b>A</b>	välitön hengenvaara tai peruselintoimintojen vakava häiriö	5 %
<b>B</b>	uhka peruselintoimintojen häiriön vaikeutumisesta	28 %
<b>C</b>	vähäinen peruselintoimintojen häiriö, odotettavasti ei huonone	37 %
<b>D</b>	ei peruselintoimintojen häiriötä	30 %

Kun ensihoito kohtaa potilaan, tutkitaan ja arvioidaan potilaan tilanne tarkemmin, ja toteutetaan tarpeelliset hoitotoimet. Tutkimusten ja hoitotoimien jälkeen arvioidaan potilaan kuljetustarve päivystykseen ja kuljetuksen varausasteen. Osa tehtävistä päätyy ns. X-suoritteeseen, eli potilasta ei kuljeteta jatkohoitoon. Kuljetuksen varausasteeksi luokitellaan hälytyskiireellisyyttä vastaavasti A, B, C tai D. Vuonna 2022 kuljetusten varausasteiden jakauma vastasi edellisvuotta. A-kiireellisistä hälytyksistä vain 12 % johti A-varausasteen kuljetukseen. Kaikista tehtävistä 40% ei johtanut kuljetukseen. Tyypillisin kuljetuksen varausaste oli C (26%). Toisaalta, osassa hätäkeskuksen riskinarviota tilanteita myös aliarviottiin; A-varausasteen kuljetuksista 4% oli hätäpuhelussa arvioitu D-kiireelliseksi (tavoittamisaikatavoite 120 min), ja 8% C-kiireelliseksi (tavoittamisaikatavoite 30 min)

Kuva 10. Ensihoitopalvelun tehtävämäärät eri hälytyskiireellisyysluokissa v. 2022, ja näistä seuranneiden kuljetusten varausasteiden jakauma.



v. 2022	A hälytys	B hälytys	C hälytys	D hälytys	yhteensä
A kuljetus	462	348	71	33	914
B kuljetus	706	2761	1021	452	4940
C kuljetus	1004	7338	8398	2252	18992
D kuljetus	124	1591	4045	8314	14074
X- ei kuljetusta	1575	9958	15087	12680	39300
yhteensä	3871	21996	28622	23731	

#### 4.3 Kuljetukseen johtamattomat tehtävät

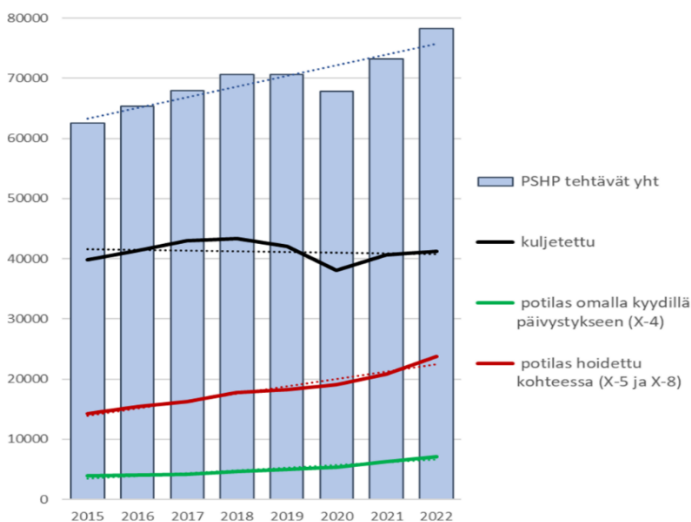
Viimeisen reilun vuosikymmenen aikana ambulanssitoiminta on muuttunut sekä terminä että toiminnan sisällöltä sairaankuljetuksesta ensihoitopalveluksi. Kärjistäen, kun aiemmin toiminta-ajatuksena oli kohdata nopeasti kipeät potilaat ja kuljettaa nämä sairaalaan saamaan hoitoa, niin sittemmin on korostunut potilaan

hoidontarpeen arviointi ja hoitotoimien aloitus jo kohteessa. Toisaalta, ensihoitopalvelun parantunut palvelutarjonta, kotihoidon lisääntyminen, perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan heikentyminen ja päivystysten keskittyminen ovat osatekijöitä, jotka ovat madaltaneet kansalaisten soittokynnystä hätäkeskukseen: hätäpuhelu soitetaan entistä useammin ja entistä vähäisemmin perusteiden. Ensihoitajien parantuneeseen hoidontarpeen arviointikykyyn ja hoitomahdollisuuksiin kohteessa liittyy, että kaikki potilaat eivät tarvitse jatkokuljetusta päivystykseen, eikä kuljettaminen myöskään ole potilaan tai palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaista. X-suoritteilla tarkoitetaan ensihoitopalvelussa tehtäviä, jotka eivät johda kuljetukseen. Näistä yleisimmät ovat:

- X-4: terveydentila arvioitu, ohjattu päivystykseen muulla kyydillä (esim. omalla autolla tai taksilla)
- X-5: terveydentila arvioitu, ei tarvetta ensihoitoon tai hoitotoimenpiteisiin
- X-6: potilaan sairaus tai vamma vaatisi ensihoitoa tai päivystyskäyntiä, mutta potilas kieltäytyy
- X-7: potilasta ei ole tai häntä ei tavoiteta
- X-8: terveydentila arvioitu, tehtyjen tutkimusten ja hoitotoimien ansiosta ei enää tarvetta jatkohoitoon

Koko tarkastelujakson aikana, v. 2015-21 ensihoitopalvelun kuljetettujen potilaiden lukumäärä on pysynyt ennallaan. Samana aikajaksona, X-4 -suoritteeseen päätyneiden tehtävien määrä on noussut 60% ja X-5 ja X-8 yhteenlaskettu määrä 46%. Yhteenvetona, kuljetukseen johtamattomien tehtävien määrä kattaa lähes täysin yleisen tehtävämäärien kasvun. Ensihoitopalvelun luonne on muuttunut aiempaa vahvemmin terveydenhuollon päivystyksen kotiin viedyksi etäpalveluksi.

Kuva 11: Tärkeimpien X-tehtävien määrät ja muutos v. 2015-22.



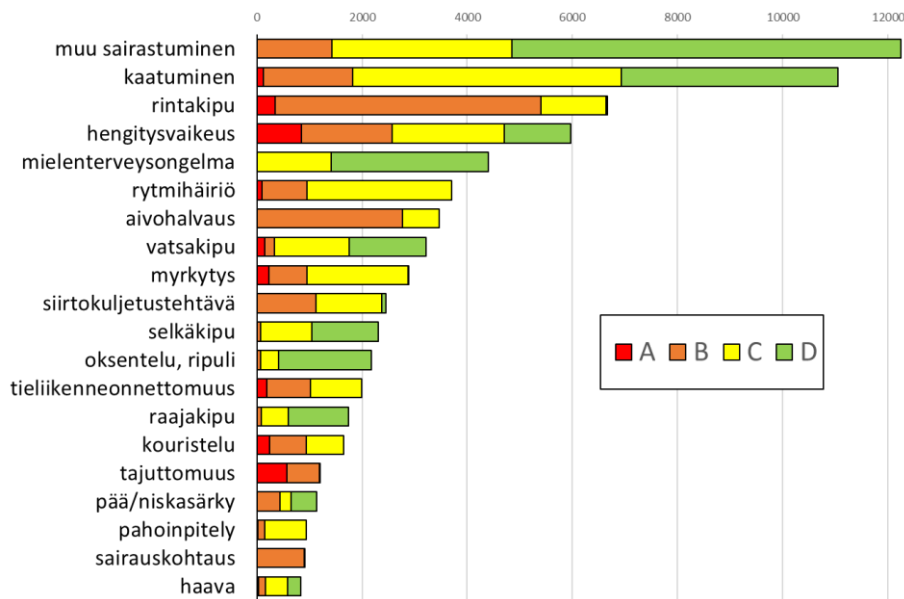
Kun hätäkeskukseen soitettujen puheluiden määrä on kasvanut, ei taustalla ole vastaavaa kansalaisten sairastavuuden kasvua. Hätäkeskuspäivystäjällä ei kuitenkaan ole ollut käytettävissä muita ratkaisuja kuin luokitella puhelu perusteettomaksi tai lähettää kohteeseen ambulanssi. Huomioiden, että hätäkeskuslaitos on mitannut omaa laatuaan puhelunkäsittelyn lyhydellä, hätäkeskuspäivystäjät eivät useinkaan ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä, ja hätäkeskuspäivystäjien oikeusturva riskin aliarviointitilanteissa on heikko, on tämä entisestään kannustanut valuttamaan ensihoitopalvelulle tehtäviä, joissa kansalaisella ei ole todellista hätää ja tilanne oltaisiin voitu ratkoa terveysneuvonnalla. Tätä ongelmaa purkamaan on perustettu päivystysapu 116117-puhelinpalvelu, jonka tavoitteena on tarjota kansalaisille terveysneuvontaa ja samalla purkaa hätäkeskuksen suuntaan kohdistuvaa puhelukuormaa. Päivystysapu 116117-palvelun toteutuksessa on Pirkanmaalla vielä valtavasti kehityspotentiaalia, ja sen käytön laajempi omaksuminen vaatii vielä aikaa ja aktiivista tiedottamista kansalaisille.

#### 4.4 Yleisimmät ensihoidon tehtävälajit

Tarkemmin määrittämättömien, sisällöltään heterogeenisen tehtävälajin "muu sairastuminen" jälkeen yleisimmät tehtävälajit ensihoitopalvelulle ovat kaatumisen, rintakipu, hengitysvaikeus ja mielenterveysongelmat. Kiireellisyydeltään korkeimmista tehtävistä (A-kiireellisyys) tyypillisimmät tehtävälajit olivat hengitysvaikeus ja tajuttomuus, ja toiseksi kiireellisimmistä (B-kiireellisyys) tyypillisimpiä olivat rintakipu ja aivohalvaus-tehtävälajit



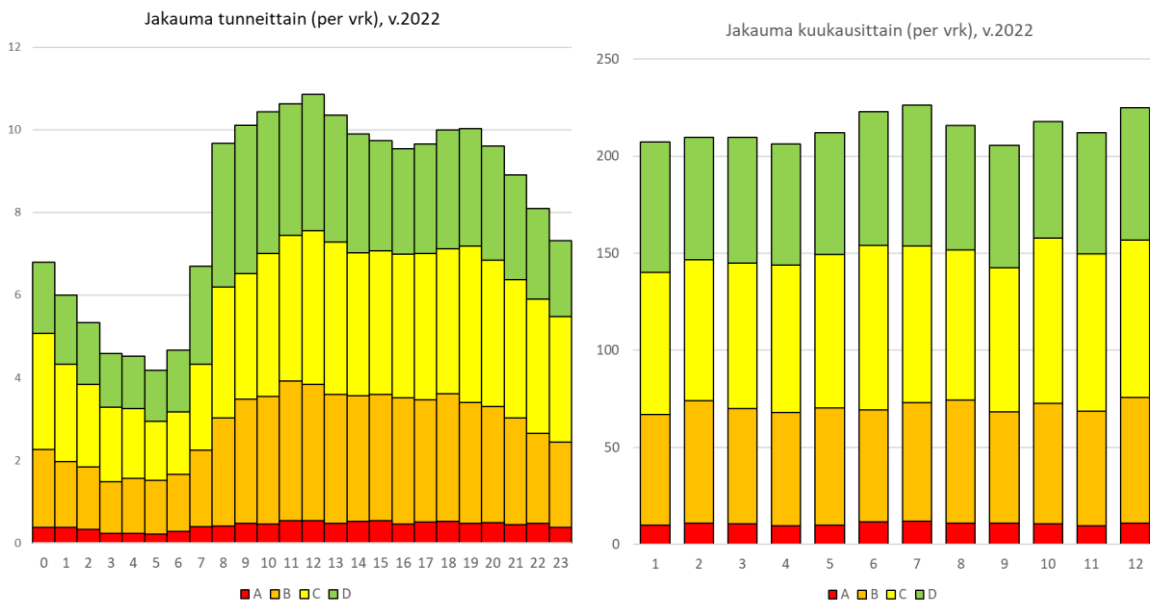
Kuva 12. Yleisimmät tehtävälajit v.2022, kiireellisyysluokittain eroteltuna.



#### 4.5 Tehtävämäärien ajallinen jakautuminen

Valtaosa tehtävistä painottuu päiväaikaan, aamu klo 08:sta alkaen. Tehtäväkuorma alkaa rauhoittumaan klo 20, ja aamuyön tunnit ovat rauhallisimpia. Vuositasolla, kesälomakaudella ja joulukuussa on tehtäviä on n. 10% enemmän kuin muulloin

Kuvat 13 ja 14. Tehtävämäärien ja -kiireellisyyksien jakautuminen tunneittain ja kuukausittain v. 2022.



## 5. Ensihoidon palvelutaso

### 5.1 Palvelutasototeuma sairaanhoitopiirissä, kansalliset mittarit

Ensihoidon palvelutason kansallisina mittareina käytetään aikaa, jossa määrätty osuus (50% ja 90%) ensihoidon tehtävistä tavoitetaan ambulanssin tai ensivasteyksikön toimesta asutusta sisältävillä alueilla. Hätätilapotilaiden osalta (A- ja B-kiireelliset) aikaa tarkastellaan kussakin riskiluokassa erikseen (ydintaajama-alueet, muut taajama-alueet ja haja-asutusalueet), ja C- ja D-kiireellisten alueiden osalta kaikkien asuttujen alueiden yhteistuloksena.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä v.2022 saavutettiin asetetut hätätilapotilaiden osalta palvelutasotavoitteet kahdessa tarkasteluryhmässä kuudesta. Tavoitteesta jäätiin 50% osuuden tavoittamisessa kaikissa riskiluokissa, sekä 90% osuuden tavoittamisajassa ydintaajama-alueilla. C- ja D-kiireellisissä tehtävissä asetuksessa säädetty kansallisesti aikataavoitteet saavutettiin.

Kuva 15. Palvelutasotavoitteet ja -toteuma Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä v. 2022.

	AB 50%		AB 90%		C 90%		D 90%	
	toteuma (min)	tavoite (min)	toteuma (min)	tavoite (min)	toteuma (min)	tavoite (min)	toteuma (min)	tavoite (min)
ydintaajama-alueet	<b>6,3</b>	6	<b>10,9</b>	10	24,98	30	47,08	120
muu taajama -alueet	<b>8,3</b>	8	14,9	16				
haja-asutusalueet	<b>15,8</b>	15	26,6	30				
muut alueet	ei mitata, ei tavoitemäärittelyä							

Pidemmän aikavälin kehityksenä, A- ja B -kiireellisten tehtävien saavuttaminen Pirkanmaalla on heikentynyt jatkuvasti. Nykyisillä Pirkanmaan aikataavoitteilla, palvelutasotavoitteet saavutettiin kaikissa tarkasteluryhmissä viimeksi vuonna 2016. Erityisen vahvaa palvelutason heikentyminen on ollut ydintaajama-alueilla: 50%-osuuden tavoittamisaika on pidentynyt 19% ja 90%-osuuden aika 16% vuodesta 2015.

Taulukko 16. Palvelutasotavoitteet ja -toteuma Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä v. 2022.

AB-tehtävät		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	tavoite v. 2018-22	tavoittamisajan kasvu 2015-22
50 %	ydintaajama	5,3	5,1	5,2	5,4	5,8	5,9	<b>6,1</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	19 %
	muu taajama	7,5	7,5	7,3	7,6	7,7	7,7	8,0	<b>8,3</b>	<b>8,0</b>	10 %
	haja-asutusalueet	14,4	14,7	<b>15,1</b>	<b>15,6</b>	<b>15,3</b>	<b>15,9</b>	<b>15,5</b>	<b>15,8</b>	<b>15,0</b>	9 %
	<b>asutut yhteensä</b>	<b>7,3</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>7,3</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,8</b>	<b>8,0</b>	ei määr.	<b>10 %</b>
90 %	ydintaajama	9,3	8,7	8,7	9,2	9,6	9,6	<b>10,4</b>	<b>10,9</b>	<b>10,0</b>	16 %
	muu taajama	14,5	14,3	13,9	14,4	14,2	13,9	14,4	14,9	<b>16,0</b>	2 %
	haja-asutusalueet	25,5	26,3	26,7	27,9	26,4	26,1	26,2	26,6	<b>30,0</b>	4 %
	<b>asutut yhteensä</b>	<b>16,2</b>	<b>16,4</b>	<b>16,2</b>	<b>16,9</b>	<b>16,0</b>	<b>16,5</b>	<b>16,8</b>	<b>17,0</b>	ei määr.	<b>5 %</b>

AB 50% -lukema kertoo missä ajassa puolet tehtävistä tavoitetaan, ja kuvaa siten keskimääräistä, tyypillistä tavoittamisaikaa. Heikon AB 50% -toteuman taustalla on yleisesti se, että ambulanssiresurssit ovat riittämättömät suhteessa kysyntään, ja uuden tehtävän tullessa lähimmät yksiköt varattuina tai kaukana. Paikallistasolla tarkasteltuna erityisinä syinä voi olla esimerkiksi väestön hajautuminen alueella useaan keskittymään, haastava geografia (pitkät etäisyydet, järvet, tiestö), yövalmiuden puute ja ambulanssin asemapaikan sijainti etäällä asutuskeskittymästä.

AB 90% -lukema kertoo missä ajassa 90% tehtävistä tavoitetaan, eli toisinsanottuna, 10% potilaista odottaa apua tätä pidemmän ajan. Heikon AB 90% -toteuman taustalla on tyypillisesti ambulanssin yövalmiuden puute alueella, ja samanaikaisesti pitkä etäisyys seuraavaksi lähimpiin ambulanssien asemapaikkoihin.

## 5.2 Palvelutasototeuma kuntatasolla

Palvelutasototeumaa mitataan sairaanhoitopiirin keskimääräisenä toteumana, siten että kaikkia samaan riskiluokkaan kuuluvia alueita tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena. Keskimääräiselle toteumalle ominaista on, että osalla alueista päästään keskiarvon alle, ja osassa menee yli. Lainsäädännön mukaan saman riskialueen väestön tulisi kuitenkin saada yhdenvertainen palvelu koko sairaanhoitopiirin alueella. Siten esimerkiksi eteläisellä Pirkanmaalla haja-asutusalueella tulisi saada suunnilleen saman tasoinen palvelu kuin pohjoisen haja-asutusalueilla. Täysin yhtenäistä palvelutasoa ei ole mahdollista saavuttaa, mutta resurssien kohdentamisella tulee pyrkiä siihen, että samankaltaisten alueiden välillä erot olisivat mahdollisimman pienet. Kansallinen ohjeistus tai sairaanhoitopiirin palvelutasopäätös ei anna vastausta siihen, kuinka suuret erot alueiden välillä ovat hyväksyttäviä tai kuinka paljon paikallinen toteuma voi jäädä sairaanhoitopiirin tavoitetason alle.

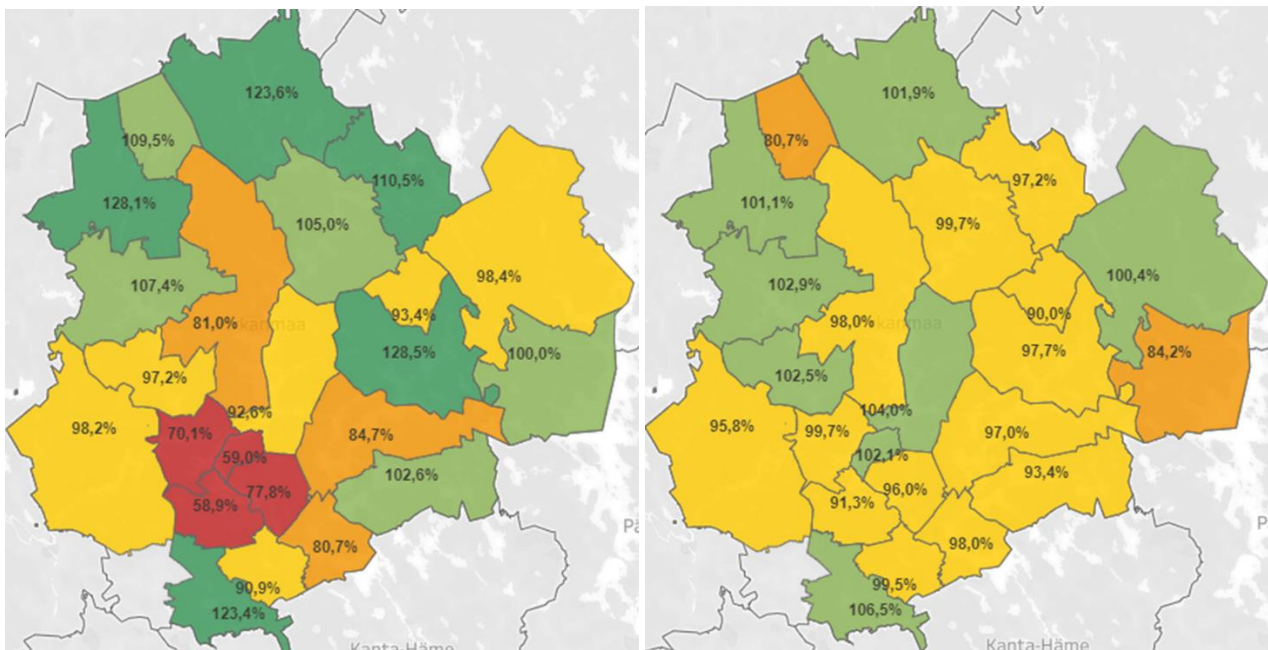
Kuva 17. Kuntakohtaisesti AB-tehtävien 50%- ja 90%-tavoittamisosuuksien tavoittamisajat eri riskialueilla.

AB-tehtävät vuonna 2022		TAVOITE	AKAA	HÄMEENKYRÖ	IIKAALINEN	JUUPAJOKI	JÄMSÄ	KANGASALA	KIHNIÖ	KUHOINEN	LEMPÄÄLÄ	MÄNTTÄ-VILPPULA	NOKIA	ORIVESI	PARKANO	PIRKKALA	PÄLKÄNE	RUOVESI	SASTAMALA	TAMPERE	URJALA	VALKEAKOSKI	VESILAHTI	VIRRAT	YLÖJÄRVI	PSHP yht.
50 %	ydintaajama	6						6,8			7,4		7,2			8,8				6,1		6,9			6,9	6,3
	muu taajama	8	8,7	8,0	7,4	10,4	8,1	8,8	6,9	7,6	8,6	7,2	9,0	5,6	7,0	9,1	7,2	7,5	7,9	8,4	7,1	8,4	12,5	5,5	8,6	8,3
	haja-asutusalue	15	11,8	16,1	17,2	15,6	14,7	14,1	14,1	16,5	12,4	16,7	17,2	17,2	13,0	14,8	15,4	15,5	16,6	22,1	14,5	11,9	19,0	17,3	18,5	15,8
	asutut yhteensä		9,1	9,4	8,9	13,0	9,3	8,9	9,5	10,2	8,6	7,8	8,6	6,9	7,8	9,2	11,4	9,2	9,6	7,3	9,3	7,8	14,7	7,9	8,8	8,0
90 %	ydintaajama	10						14,8			14,1		14,2			13,2				10,0		14,3			10,7	10,9
	muu taajama	16	17,0	15,5	13,9	19,1	17,0	16,2	26,4	31,6	14,9	20,5	15,2	16,3	17,4	13,5	18,9	19,8	19,0	12,4	11,7	15,8	20,1	11,7	16,7	14,9
	haja-asutusalue	30	18,1	23,8	26,2	24,3	25,8	26,9	27,9	27,4	21,9	26,6	23,9	33,8	19,7	21,3	24,3	24,1	27,2	36,0	21,3	19,3	27,7	25,0	28,8	26,6
	asutut yhteensä		17,2	19,3	21,4	20,8	20,9	17,5	27,3	31,4	15,1	22,3	16,4	25,5	18,8	14,0	22,0	22,9	22,0	11,9	19,5	15,8	24,3	22,8	19,8	17,0

Riskiluokkakohtainen tarkastelu ei myöskään anna tyydyttävää kuvaa maantieteellisen alueen yhdenvertaisesta palvelutasototeumasta suhteessa muihin alueisiin, koska alueiden välillä voi olla merkittäviä eroja eri riskiluokkiin kohdistuneiden tehtävien määrässä ja näiden keskinäisessä suhteessa. Esimerkkinä, Tampereella on sairaanhoitopiiriin heikoin tulos haja-asutusalueiden AB 50%-tavoittamisessa (22,1 min) ja Vesilahdella toiseksi heikoin (19,0 min). Tarkemmassa analyysissä havaitaan, että Tampereella haja-asutusalueiden tehtävät edustavat vain 1% koko kunnan tehtävämäärästä, kun taas esimerkiksi Vesilahdella haja-asutusalueille kohdistuu 39% alueen tehtävistä. Näin ollen, Vesilahden kokonaistoteuman kannalta sen haja-asutusalueen tuloksella on moninkertaisesti suurempi merkitys, kuin Tampereella vastaavasti.

Aluekohtaista palvelutasototeumaa ja vertailtavuutta muihin alueisiin voidaan arvioida laskemalla alueen ns. tavoittamissuhde. Lukema kertoo prosentuaalisena tuloksena, *kuinka suuri osuus tehtävistä alueella tavoitettiin riskiluokkakohtaisten tavoiteaikojen sisällä, suhteessa palvelutasopäätöksen mukaiseen tavoitetasoon*. Tai yksinkertaistettuna: *Kuinka hyvin alueella onnistuttiin?* Tuloksen tulkinnessa 100% tarkoittaa, että kokonaisuutena alueen sisällä tavoitettiin tavoiteaikojen puitteissa yhtä monta potilasta kuin oli palvelutasopäätöksen mukaan tavoitteenakin. Alle 100% tulos tarkoittaa, että potilaita tavoitettiin tavoiteaikojen puitteissa eri riskialueilla yhteensä vähemmän kuin tavoitetasoksi oli asetettu, ja vastaavasti yli 100% tulos että potilaita tavoitettiin enemmän tavoiteaikojen puitteissa kuin tavoitetasona oli.

Kuvat 18 ja 19. Tavoittamissuhde kuntatasolla, AB50% (vasemmalla) ja AB 90% (oikealla) v. 2022.



Hätätilapotilaiden 50%-osuuden tavoittamissuhde näyttäyty heikoimpana Vesilahden, Pirkkalana, Nokian ja Lempäälän alueella. Vuodesta 2013 lukien näissä kunnissa ensihoidon tehtävämäärät ovat nousseet

vastaavasti 70%, 72%, 57% ja 66%. Tämä kertoo osaltaan siitä, että ensihoitopalvelu ei nykyisillä resursseillaan noilla alueilla enää pysty tyydyttävästi vastaavaan vallitsevaan palveluiden kysyntään.

Hätätilapotilaiden 90%-osuuden tavoittamissuhde näyttyy heikoimpana Kihniössä ja Kuhmoisissa. Nämä ovat molemmat kuntia, joissa päiväaikainen palvelutarjonta suhteessa kysyntään on kohtalaisen hyvä, ja koska suurin osa ensihoidon tehtävistä on päiväaikaan, riittää se tuottamaan näissä kunnissa myös hyvän AB50%-toteuman. Yöaikaan ambulanssivalmiutta ei alueella ole, ja lähimpään kuntaan, jossa on ambulanssin yövalmius, on pitkä etäisyys. Vaikka alueilla on ensivasteyksiköitä käytettävissä, eivät nämäkään yöaikaan ole välittömässä lähtövalmiudessa. Edellisistä seikoista johtuen, yöaikaan tavoittamisajat ovat pitkät ja hitaimman 10%:n toteuma (eli AB 90%) näyttyy siksi huonona, sekä tavoittamissuhdeluvun että riskiluokakohtaisen, minuuttimääräisen toteuman osalta.

### 5.3 Palvelutasototeuma yöaikaan

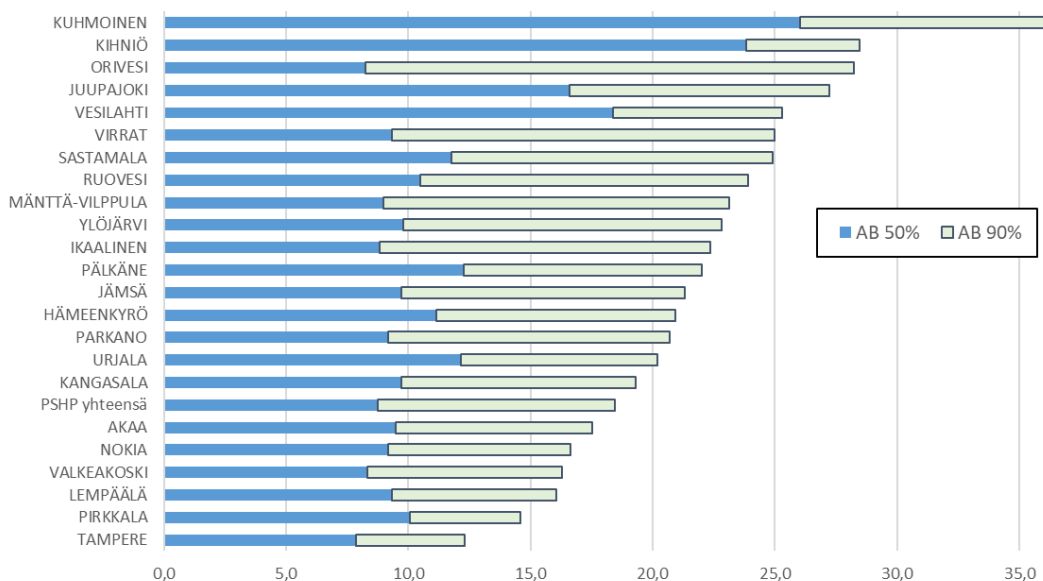
Palvelutasolle ei ole asetettu erikseen tavoitteita eri vuorokaudenajoille. Suurin osa tehtävistä sijoittuu aikavälille klo 08-20, jolloin päiväajan toteumalla on oleellinen merkitys kokonaistoteuman kannalta. A-, B- ja C-kiireelliset tehtävät saavutetaan keskimäärin sairaanhoitopiirin alueella päivällä nopeammin kuin yöllä. Sen sijaan D-tehtävät saavutetaan yöaikaan nopeammin kuin päivällä. Selittävänä tekijänä tässä havainnossa on, että tehtäväkuormituksen ollessa korkeimmillaan, keskitetään käytettävissä olevat resurssit kiireellisimpiin tehtäviin. Yöllä, vähäisemmän kuormituksen aikana ambulanssiresursseja taas on todennäköisemmin vapaana myös kiireettömille tehtäville. A- ja B-kiireellisten yöaikaista heikompaa tulosta selittää yksiköiden hieman pidempi lähtöviive ja pienemmät ambulanssiresurssit.

Kuva 20. Tavoittamisajat eri kiireellisyysluokissa ja riskialueilla: ympärivuorokautisesti, päiväaikaan (klo 08-20) ja yöaikaan (klo 20-08).

	AB 50%				AB 90%				C 90%				D 90%			
	24h	klo 08-20	klo 20-08	tavoite (min)	24h	klo 08-20	klo 20-08	tavoite (min)	24h	klo 08-20	klo 20-08	tavoite (min)	24h	klo 08-20	klo 20-08	tavoite (min)
ydintajama-alueet	6,3	6,1	6,8	6,0	10,9	10,6	10,8	10,0	18,5	19,3	17,4	ei	39,2	44,3	30,5	ei
muu tajama -alueet	8,3	7,8	9,0	8,0	14,9	14,3	15,8	16,0	24,0	24,2	24,1	ei	47,3	52,0	40,5	ei
haja-asutusalueet	15,8	14,8	17,6	15,0	26,6	25,3	27,8	30,0	37,4	36,6	38,7	ei	60,6	65,2	54,4	ei
asutut alueet yhteensä	7,8	7,6	8,8	ei	17,0	16,2	18,1	ei	25,0	25,0	25,1	30,0	47,1	51,5	40,2	120,0

Yöaikainen heikompi tavoittaminen näkyy erityisen selkeästi kunnissa, joissa on ainoastaan päiväaikainen ambulanssiresurssi, ja yöaikaan nopein kohteen saavuttava apu on ensivasteyksikkö tai naapurikunnan ambulanssi. Kun kokonaisuutena sairaanhoitopiirissä A- ja B-kiireellisistä tehtävistä 50% tavoitettiin yöaikaan 8,8 minuutissa, niin Kuhmoisissa vastaava luku oli 26 minuuttia. Kihniössä vastaava luku oli 7,1 minuuttia v.2015-16 (24h ambulanssivalmius), ja 23,8 minuuttia v.2022 (ei yövalmiutta).

Kuva 21. AB tehtävien 50%- ja 90%-tavoittamisosuuden tavoittamisajat kunnissa klo 20-08, kaikki riskiluokat tarkasteltuna yhdessä.



## 6. Muut toiminnot

### 6.1 Lääkäriyksikkötoiminta

Pirkanmaan lääkärihelikopteri FinnHEMS 30:n osalta juhlittiin toiminnan 10-vuotis syntymäpäivää syksyllä 2022. Toiminta-alueena Pirkkalan tukikohdalla on pääosin Pirkanmaan alue. Vuonna 2022 yksiköllä oli tehtäviä yhteensä 1957 kpl, konsultaatiopuheluita käsiteltiin 1763 kpl.

Lokakuussa 2022 toimintansa aloitti yhteistyöalueen toinen lääkärihelikopteri FinnHEMS 40 Seinäjoen lentoasemalta käsin. Pirkanmaan hyvinvointialueen ensihoitopalveluiden toimialue tuottaa yhteistyösopimuksen mukaisesti yksikön lääkärihenkilöstön ja johtaa yksikön lääketieteellistä toimintaa. Yksikkö palvelee pääosin Etelä-Pohjanmaan, Rannikko-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan alueita, mutta myös pohjoista Pirkanmaata.

### 6.2 Sairaanhoitopiirin oma tuotanto Virroilla ja Ruovedellä

Virroilla ja Ruovedellä sairaanhoitopiirin omat ensihoitoyksiköt jatkoivat pilottihankkeena laajennettua yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Ensihoitajilla oli mahdollisuus laajempaan vieridiagnostiikkaan, joka teki hoidontarpeenarviosta tarkempaa, ja mahdollisti jopa 70% tehtävistä potilaan jäämisen kotiin Acutaan kuljetuksen sijasta, tai potilaan kuljetuksen terveyskeskuksen vuodeosastolle päivystysaikana, kun lääkäriä ei ollut paikalla. Ensihoitajat osallistuivat tarvittaessa myös terveyskeskuksen kiirevastaanoton töihin ja tukivat toimintaa, sillä hoitajilla oli vieridiagnostiikan lisäksi kyvykkyys hengityslaittehoidon aloittamiseen ja toteuttamiseen. Terveyskeskuksen hoitajilla sekä kotipalvelun työntekijöillä oli mahdollisuus konsultoida ensihoitajia tilanteessa, joissa heille heräsi huoli potilaan voinnista, ja tarvittaessa ensihoitajat kävivät tutkimassa potilaan, jonka jälkeen Acutan konsultoivan lääkärin tuella hoito jatkui kotona tai terveyskeskuksessa tai potilas siirrettiin Acutaan.

Toimintatapa todettiin potilasturvallisuuden kannalta hyväksi, ja palvelumalliin oltiin yleisesti hyvin tyytyväisiä.

### 6.3 Monitoimiambulanssi

Valtioapupäätöksen turvin kaikille erityisvastuualueille hankittiin keväällä 2022 monitoimiyksiköt vaativan tehohoitopotilaan siirtokuljetuksiin ja ensihoidon normaaliolojen erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kesken sovittiin toiminnan aloittamisesta v. 2023, mutta jo vuonna 2022 toimintaan koulutettiin hoitajia ja ensimmäiset tehohoitopotilaan siirtokuljetuksen toteutettiin. Auto on normaalia ambulanssia suurempi ja siinä on erityislaitteistoa ja lisäksi turvallista matkustustilaa useammalle potilaan hoitoon osallistuvalla terveydenhuollon ammattilaiselle. Erityisen suuri koulutuskokonaisuus luotiin Epishuttle -potilassukkulan toimintamallin rakentamiseksi ja henkilöstön kouluttamiseen tuon potilassukkulan käyttöön ja puhdistamiseen. Tätä tehtiin yhteistyössä teho-osaston ja infektioyksikön kanssa.

### 6.4 Psykiatrinen ensihoitoyksikkö

Ensihoitopalvelun mielenterveystehtävät ovat lisääntyneet vuodesta 2016 vuoden 2022 loppuun mennessä 67%. Lisääntyvien mielenterveystehtävien hoitamiseen pilotoitiin vuoden 2022 aikana kahteen kertaan psykiatrista ensihoitoyksikköä Ensimmäinen pilotti oli kestoltaan huhtikuun mittainen. Alustava kokemukset mielenterveyspotilaiden kohtaamisen keskittämistä olivat hyviä, jonka pohjalta päätettiin pilotti jatkaa puolen vuoden jaksolla lokakuusta alkaen. Pilotissa olivat mukana tukemassa akuuttipsykiatria ja acutan psykiatriset hoitajat, antamalla ohjausta ja opastusta mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Ensihoitajista valikoitui vapaaehtoisia, joilla oli aiempaa kokemusta mielenterveyspotilaiden hoidosta. Vuoden 2022 aikana pilotissa kohdattiin noin 1 000 potilasta. Pilotissa saadut kokemukset olivat rohkaisevia ja ensihoitopalvelun mielenterveyspotilaiden hoitoprosessia tullaan jatkossakin pohtimaan.

### 6.5. Call center-toiminta

Ensihoitopalvelun tehtävämäärien lisääntyminen on pääasiallisesti ollut kiireettömiä tehtäviä. Ensihoitopalvelu pilotoi lokakuusta alkaen ns. tehtävien jatkoseulontaa Call centeristä käsin. Hätäkeskuksen välittämät kiireettömät tehtävät ohjattiin virtuaaliselle ensihoitoyksikölle, jossa kokeneet ensihoitajat tekivät hoidon tarpeenarvioinnin ennen kuin ensihoitoyksikkö lähetettiin kohteeseen. Kolmen ensimmäisen kuukauden aikana Call center sai yhteensä 2283 tehtävää, joista 962 tehtävään tarvittiin ensihoitoyksikkö hoitamaan tehtävä loppuun. Muissa tapauksissa Call center antoi potilaalle (omaiselle) ohjausta tai järjesti potilaalle muutoin sopivampaa palvelua, kuten kotihoidon asiakkaille mobiilihoitajan. Call center toiminnalla kyettiin turvaamaan osaltaan kiireellisten potilaiden kohtaamiseen vapaita resursseja.

## 6.6 SOTEPE –hybridi Urjala

Urjalassa 24/7 valmiudessa olevalla ensihoidon ja pelastuksen hybridiyksiköllä ERPI425:llä oli 2022 tilastotietokantojen (ensihoidossa Codea, pelastustoiminnassa Pronto) 107 pelastustoimen tehtävää ja 1146 ensihoitotehtävää. Vuoden 2022 aikana ERPI425:n kokonaistehtävämäärä oli 1253.

## 6.7. Potilasturvallisuus ja -tyytyväisyys

Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin ensihoitopalvelussa on ollut käytössä Haipro-raportointityökalu. Sen avulla työntekijät ovat voineet ilmoittaa potilasturvallisuusilmoituksia, työturvallisuusilmoituksia ja tieto-/tietoturvailmoituksia sekä toimintaympäristöilmoituksia. Ilmoituksen potilasturvallisuutta vaarantavissa tapahtumissa on voinut tehdä myös anonymisti. Raportointi perustuu vapaaehtoiseen ja luottamukselliseen vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn.

Ensihoitotyön turvallisuus nousi mediassa otsikoihin potilaiden lisääntyneenä väkivaltaisena käyttäytymisenä ensihoitajia kohtaan. Vakavia tapaturmia ei Pirkanmaalla ollut.

Lisäksi ensihoitopalvelussa on ollut käytössä LFE-raportointi (Learning from Excellence), jonka avulla työntekijät ovat voineet antaa palautetta hyvin tehdystä työstä. Konseptilla pyritään nimensä mukaisesti oppimaan onnistumisista ja ottamaan yleisemmin käyttöön hyväksi havaittuja toimintamalleja.

Ensihoitopalvelu vastasi viime vuonna 91 kertaa erilaisiin virallisiin asiakirja- ja selvityspyyntöihin. Pyytäjiä ovat olleet potilaat, omaiset, Potilasvahinkokeskus, Valvira, poliisi, sekä vakuutusyhtiöt.

## 7. Johtopäätökset

Ensihoidon palvelutasototeuma on pitkäkestoisesti ja johdonmukaisesti heikentynyt Pirkanmaalla, eikä ole odotettavissa, että tavoitteita saavutetaan tulevaisuudessakaan ilman rakenteellisia muutoksia. Vaihtoehtoja on kolme: joko 1) yhteistyöalueen palvelutasotavoitteita ruuvataan matalammalle tasolle, tai 2) ensihoitopalvelun resursointia merkittävästi lisätään kysyntää vastaavaksi, tai 3) ensihoidon kysyntää vähennetään vallitsevaa resursointia vastaavaksi.

Palvelutasotavoitteiden madaltaminen on mahdollista, mutta edellyttää yhteistä tahtotilaa muutokselle Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueiden kesken. Ratkaisu sopii huonosti yhteen esimerkiksi Pirkanmaan hyvinvointialueen strategisen vision (Pirkanmaalaiset ovat ylpeitä hyvinvointialueensa palveluista ja suosittelevat niitä) ja strategisen toimeenpano-ohjelman tarkoituksen (Palvelemme pirkanmaalaisia paremmin uudistuen rohkeasti ja kestävästi) kanssa.

Ensihoitopalvelun resursoinnin lisäykseen liittyy kaksi erityyppistä haastetta: samanaikaisesti tulisi turvata edes kohtuullinen ensihoidon palvelutaso väestö- ja tehtävämäärältään hiljaisemmissa kunnissa, ja toisaalta tulisi vastata vilkkaimpien alueiden eli Tampereen ja lähiympäristön jatkuvaan ensihoitopalvelun kysynnän kasvuun. Vilkkaimmilla alueilla palvelua voidaan kehittää paitsi yksiköiden määrän lisäyksellä, myös kehittämällä erityisryhmiin keskittyneitä yksiköitä (esim. v. 2022 toteutettu mielenterveysambulanssi-kokeilu). Harvaanasutuilla alueilla palvelua voidaan kehittää yksikön kyvykkyyksien laajennuksella: Ensihoidon yksiköt voisivat tuottaa varsinaisten ensihoidon tehtävien lisäksi sekä pelastustoimen kyvykkyyttä, kuten v. 2021 aloitetussa Urjalan hybridiyksikkökokeilussa, että laajemmin terveystoimen ja sosiaalitoimen kotiin vietyjä päivystyksellisiä palveluita.

Ensihoidon tehtäväkuormaa olisi välttämätöntä hillitä. Osaltaan terveydenhuollon rakenteet ja palveluketjut ovat varmastikin kuluneen vuosikymmenen aikana peruuttamattomasti muuttuneet, eikä vuoden 2013 tehtävämäärien tasolle ole ensihoidossa enää paluuta. Ensihoidon tehtävien joukossa on kuitenkin paljon sellaista, joka olisi sekä hyvinvointialueen että potilaiden kannalta järkevämpää ratkaista toisin. Yhtenä osoituksena tästä on Call Center-kokeilu, jossa ensihoidon kiireettömiä tehtäviä ei välitetä hätäkeskuksesta suoraan ambulansseille, vaan potilas kontaktoidaan terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta puhelimitse ja tilanteesta tehdään tarkempi riskinarvio. Kokeilun aikana merkittävässä osassa tehtävistä ratkesi puhelinneuvonnalla, ilman ambulanssin tarvetta. Jatkossa Päivystysapu 116117 -palvelu voisi vastaavantyyppisesti osaltaan karsia ensihoidon ja päivystyksen tehtäväkuormaa. Palvelu on vielä Pirkanmaalla varsin nuori, eikä sitä ole ehkä täysimittaisesti olla omaksuttu väestön keskuudessa. Palvelun integraatiossa ensihoitopalvelun rajapinnalla on myös vielä runsaasti kehityspotentiaalia.

Lisätietoa:

Kaius Kaartinen  
PSHP ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri  
TAYS ensihoitokeskus  
sähköposti: kaius.kaartinen@pirha.fi