

Sairaankuljetuksesta tulee vihdoin ensihoitopalvelua

Arno Vuori ja Pauli Kamsula

Uuden, 1.5.2011 voimaan astuneen terveydenhuoltolain perusteella sairaanhoitopiirien tulee järjestää ensihoitopalvelut alueellaan. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toiminnan kokonaisuudistuksen taustaselvitys on valmistunut ja sen pohjalta hahmotellaan nykyajan vaatimuksia vastaavaa ensihoidon kokonaisjärjestelmää. Se sisältää ensihoidon johtamisjärjestelmineen, sairaankuljetuksen ja joustavat yhteydet sairaaloiden päivystyspalveluihin.

Eduskunta hyväksyi ja tasavallan presidentti vahvisti 31.12.2010 uuden terveydenhuoltolain (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>), jossa määritellään ensihoitopalvelu ja sen sisältö kuuluviksi erikoissairaanhoidon. Edellinen säädöspohja on peräisin 1970-luvulta, ja se on aikojen saatossa muuttunut sekavaksi ja vanhentuneeksi. Laki tulee voimaan osittain 1.5.2011, ja toiminnan tulee 1.1.2013 jälkeen olla sairaanhoitopiirien järjestämää. Lakiin liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön asetus (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15435.pdf) annettiin 6.4.2011, ja ohje palvelutason määrittämiseksi on tulossa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella keväällä 2009 käynnistyneessä VEKSU-projektissa (www.veksu.fi, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun kokonaisuudistuksen suunnittelu) on suunniteltu päättäjien käyttöön ehdotuksia laadukkaiksi, kustannustehokkaiksi ja kuntalaisia mahdollisimman tasa-arvoisesti palveleviksi ensihoitoverkostoiksi, jotka jaetaan sopivan suuruiseksi alueellisiksi kokonaisuuksiksi. Projektin loppuraportti valmistui huhtikuussa 2011.

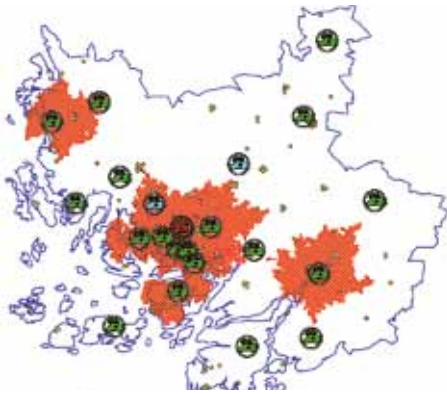
Projektissa on suunniteltu ideaalista ensihoitopalvelua sairaanhoitopiirin alueelle huomioiden uudet säädökset, potilasnäkökulma, kansalaisten tasa-arvo ja lääketieteelliset perusteet – unohattamatta talousnäkökohtia. Uuden lain olennai-

sin muutos on ensihoidon järjestämisvastuun siirto kunnilta sairaanhoitopiireille, joille tulee paljon uusia tehtäviä ja velvoitteita (kuten ensihoidon kenttäjohtamisjärjestelmä, palvelutason määrittely ja palvelutasopäätöksen tekeminen). Palvelutasomäärittely edellyttää uutena asiana riskianalyysin tekemistä, jossa koko alue on jaettu yhden neliökilometrin kokoisiin alueisiin. Nämä sijoittuvat viiteen eri riskialuealuokkaan ensihoidon tehtäväänennusteen mukaan. Jokaiselle riskialuealuokalle tulee määrittää potilaiden tavoittamisajat.

Terveydenhuoltolain mukaan ensihoito voidaan järjestää joko sairaanhoitopiirin omana toimintona, sopimalla asiasta pelastuslaitoksen kanssa tai kilpailuttamalla. Alueen ensihoitotoimintaa ja sen laatua on mahdollista yhtenäistää, kun ohjaamisen sekä valvonnan kokonaisvastuu kuuluvat yhdelle taholle. Projekti tulee esittämään näkemyksensä asiasta, mutta järjestämistavasta päättää sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Varsinais-Suomen ensihoito nykyisin

Nykyisellään Varsinais-Suomen alueella on erilaisia järjestelmiä ja mm. 16 palveluntuottajaa. Kilpailuttamalla hoidetut palvelut kattavat noin 180 000 ja sopimukset pelastuslaitoksen kanssa vajaat 280 000 asukasta. Terveyskeskusten omana toimintana on hoidettu osa saaristoa. Maaseudulla ja



Kuva 1 A. Nykymalli sopimusten mukaan esim. aikana, jolloin on eniten ensihoidon tarvetta (pe–la ilta). Nykyiset asemapaikat kuvattu vihreillä ja sinisillä "ambulansseilla". Päiväaikainen valmius on parempi. Kartassa on kuvattu teoreettinen tavoitettavuusalue (punaisella) mihin ambulanssit ehtisivät asemapaikoiltaan 15 min. sisällä siitä hetkestä lähtien, kun kaikki alueen ambulanssit olisivat saaneet hälytyksen. Kartassa näkyvät myös riskiluokat 1–3. Ensivastetoimintaa ei ole kuvattu. Kuvassa yhtäläinen tavoitettavuus ei toteudu riskiluokkien sisällä (10 min. lähtövalmiutta ei ole kuvattu).



Kuva 1 B. Ehdotettu uusi malli, jossa on kuvattu teoreettinen tavoitettavuusalue (punaisella) mihin ambulanssit ehtisivät uusilta asemapaikoiltaan 15 min. sisällä siitä hetkestä lähtien, kun kaikki alueen ambulanssit olisivat saaneet hälytyksen. Kartassa näkyvät myös riskiluokat 1–3. Ensivastetoimintaa ei ole kuvattu. Tavoitettavuus on huomattavasti yhdenvertaisempi ympäri vuorokauden kuin edellisessä kuvassa.



Kuva 2: VSSHP:n alue jaettuna riskialuealuokkiin 1–5, jotka kuvaavat ennusteita ensihoitotehtävien määrästä alueiden sisällä. Esim. punaisilla pisteillä on eniten ensihoitotehtäviä (enemmän kuin 1/ vrk). Yhdenvertaisuuden ensihoitopalvelujen saannissa tulisi toteutua yhtäläisesti eri riskiluokkien alueella (esim. kaikilla keltaisilla pisteillä tulisi ambulanssin tavoittaa potilas samassa ajassa).

saaristossa ei ole ympärivuorokautista ambulanssien välitöntä lähtövalmiutta kaikkialla, vaan iltaisin, öisin ja viikonloppuisin on varsinkin maaseudulla melko paljon 15 minuutin lähtövalmiuteen pohjautuvia terveyskeskusten sairaankuljetussopimuksia – tilanne on koko maassa samankaltainen. Tämä on epätarkoituksenmukaista, kun samalla tiedetään, että perjantaina ja lauantaina akuuttitehtäviä on eniten. Osa terveyskeskuksista hoitaa kiireettömät kuljetukset samalla ambulanssilla kuin kiireelliset tehtävät. Varsinais-Suomessa TYKS on kilpailuttanut hoitolaitostensa väliset hoitolaitossiirrot.

Kukaan ei tiedä tarkalleen, mitä ensihoito nykyisin maksaa. Arviolaskelman mukaan ensihoi-

to maksoi vuonna 2008 oman alueemme kunnille ja sairaanhoitopiirille yhteensä noin 9 milj. euroa vuodessa KELA:n maksuosuuden jälkeen. Kapitaatioperusteella tämä kustantaisi noin 19 euroa asukasta kohden, mutta kuntien välillä on suuria eroja. Tässä ei kuitenkaan ole huomioitu kaikkia kuluja, kuten esim. terveyskeskuksista saadut lääkkeet, happi ja tarvikkeet.

Nykyvalmiudessa on siis ollut puutteita ja se on eri alueiden väestöille epätasa-arvoinen. Samaan aikaan kun hätäkeskuksissa seurataan monessa sekunnissa puhelimeen vastataan, on liian vähälle huomiolle jäänyt se, että ambulanssin liikkeelle lähtö saattaa nykyisopimusten aikana kestää joskus jopa 15 min, vaikka kyse olisi kiireellisestä

tehtävästä. Maaseudulla ensihoitopalvelua tuottaneet pienet yrittäjät ovat kylläkin kiitettävän sitoutuneesti käytännössä palvelleet nopeammin kuin sopimukset olisivat edellyttäneet. Tulevaisuudessa tämän palveluhaluuden ei voi kuitenkaan uskoa säilyvän, kun kilpailutusalueiden suuren palvelun tuottajaksi saattaa tulla jopa ulkomainen yritys, jonka tärkeä intressi on sijoittajanäkökulma.

Ensihoidon kustannukset

1970-luvulla hoitomahdollisuudet ensihoidossa ja sairaaloissa olivat oleellisesti nykyistä huonommat, mikä heijastuu vanhaan säädöspohjaan, joka ei vastaa nykypäivää. Esimerkiksi sydäninfarktit hoidettiin vuodelevolla terveyskeskusten vuodeosastoilla. Uusi erittäin tarpeellinen järjestelmän päivitys varmasti maksaa jonkun verran nykyistä enemmän (julkisen sektorin kustannukset näyttäisivät nousevan 40–50 %), jolloin ensihoitopalvelu ”maksaisi” maakunnassa keskimäärin 34 euroa asukasta kohden vuodessa. Kiireellinen ensihoitotehtävä maksaa nykyisin keskimäärin saman verran (noin 230–250 euroa) kuin yksi terveyskeskuksen vuodeosastovuorokausi eli noin kymme-

nesosan tehohoitovuorokauden hinnasta. Summaa voi verrata vaikkapa vastaaviin julkisiin perusturvapalveluihin: pelastustoimi maksaa kansalaista kohden yli 60 euroa ja poliisitoimi selvästi yli sata euroa vuodessa.

Kyse on myös siitä, millainen palvelutaso on riittävää, mitä arvostetaan ja mikä on oikeudenmukaista. Hyvällä ja oikea-aikaisella ensihoidolla voidaan säästää huomattavasti myöhemmissä saman potilaan hoitokustannuksissa. Niitä kertyy paljon, jos esimerkiksi aivoinfarktipotilas ei saa hoitoa ajoissa, puhumattakaan siitä mitä hyvä toiminen merkitsee potilaalle ja hänen läheisilleen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian yksi keskeisistä tavoitteista onkin potilaslähtöisyys.

Riskianalyysi Varsinais-Suomessa

Kun Varsinais-Suomen maakunnan alueella tehtiin ensihoidon kriteerein uuden lain vaatima riskianalyysi neliökilometrin suuruisin kennoin, selvisi, että suurimman riskin alueita (vähintään yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa) on vain suurimpien kaupunkien keskustojen liepeillä. Riskialueuokkaa 2 (yli yksi tehtävä viikossa) löytyy sen sijaan kymmenissä hajallaan olevissa paikois-

Taulukko. Uuden kaavaillun järjestelmän lisäarvo nykyiseen nähden

- Alueellinen, (kunta)rajaton ja yhtenäinen ensihoitopalvelu myös koulutuksen ja laadun suhteen.
 - Ambulanssien välitön lähtövalmius
 - Parantaa potilasturvallisuutta
- Selkeä toiminnan (lääketieteellinen) ohjattavuus, ketterä ja joustava järjestelmä.
 - Ensihoitojärjestelmä terveydenhuollon itsensä alueellisesti johtamaa ja ohjaamaa (kenttäjohtajat).
 - Johtaminen lakisäätöistä viranomaistoimintaa.
 - Potilaat heti oikeaan hoitopaikkaan, kohteessa hoidetut potilaat eivät kuormita järjestelmää, hoitopäivien määrä ja kuljetustarve vähenee
- Terveydenhuollon ammattihenkilöt ambulansseissa
- Ensihoidon ja päivystyksen synergia, ”sairaalan seinät kaatuu”, yhteistyön ja toiminnan kehitys, työkierto, monipuolinen työnkuva.
- Hoitolaitossiirtojen alueellinen koordinaatio
 - kustannustehokkuus (ambulanssit eivät aja niin usein tyhjänä)
- Ensihoitokustannukset kierrätetään yhden pisteen kautta
 - kustannukset hallintaan ja sitä kautta kustannustehokkuutta.
 - Yhteiset hankinnat (monitorit, sähköinen kirjausalausta jne) tuovat säästöjä, parantavat potilasturvallisuutta
- Terveyskeskusten työ vähenee (eh. vastuulääkärin työ, laskutus, hankinnat)
- Järjestelmän edelleen kehittämiseen erinomaiset mahdollisuudet.
- Järjestelmän kuormittaminen markkinataloudellisten periaatteiden mukaan vähenee.

sa – tasapuolisen ja riittävän palvelun järjestäminen kaikille näille alueille on todella haastava tehtävä. Vuosien 2008 ja 2009 toteutumien perusteella hyvä tavoitettavuus toteutuu jo nyt suurien kaupunkien liepeillä sijaitsevilla luokan 2 kenoissa, mutta maaseudulla ja saaristossa on useita alueita, joilla saavutettavuus on erittäin hidasta. Jos tulevaisuudessa tarkastellaan toteutunutta tavoitettavuutta pelkästään keskiarvotilastoin, saadaan kakkosriskialueiden tavoitettavuudesta aivan liian ruusuinen kuva. Syrjässä sijaitsevat lukumäärältään melko vähäiset alueet peittyvät suurten kaupunkien liepeillä sijaitsevien lukuisten kenojen aiheuttamaan tilastoharhaan. Kärjistäen voisi sanoa, että tilastollinen hyvä palvelu toteutuisi, vaikka joillakin alueilla ei olisi ensihoitopalvelua ollenkaan.

Palvelutasomäärittelyn tekeminen onkin koko muun järjestelmän suunnittelun ohella todella haastavaa. Lain mukaan palvelutasopäätös tulee tehdä sairaanhoitopiirin valtuustotasolla, jolloin siellä jäsenenä olevilla poliitikoilla sattaa olla vaikea tehtävä valvoa oman alueensa valmiuden toteutumista. Toinen oletettavasti hankalaksi muodostuva asia on kustannusten jako kuntien kesken – tällä hetkellä kun väkirikas kunta on pystynyt järjestämään palvelunsa erittäin halvalla. Vaihtoehtojen joukosta on alkanut yhä enemmän nousta esiin sellainen kustannusten jakoperuste, joka perustuu tehtävien keston mukaiseen tuotteistukseen ja potilaiden kotikuntalaskutukseen.

Ensihoitopalvelut ovat päivystyspalvelujen kanssa samaa palveluketjua, ja olisikin järkevää hakea ja hyödyntää kaikki mahdolliset synergia-

edut esimerkiksi tehtävänkiertoineen. Laki velvoittaa myös erityisvastuualuekohtaiseen yhteistyöhön, mikä tulee parantamaan järjestelmien yhtenäisyyttä ja erityistilannevalmiutta. Haastavaa on lisäksi se, että tulevat hätäkeskusalueet eivät ole yhteneväisiä sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden kanssa.

Uudet säädökset tuovat myös ensihoitoon sairaanhoitopiirin oman kenttäjohtamisjärjestelmän, jollainen on ollut poliisilla ja pelastustoimella jo kauan. Uudistus on erittäin tarpeellinen. Sen myötä mahdollistuu tilanneseuranta ja ensihoitovalmiuden paikkaaminen välittömästi alueilla, joille syntyy ns. ambulanssityhjiöitä. Selvää on myös, että suuronnettomuusvalmius nousee aivan uudelle tasolle kenttäjohtajajärjestelmän myötä.

Vastuu ensihoitopalvelun järjestämisestä on sairaanhoitopiireillä kokonaan 1.1.2013 jälkeen. Kyse on valtavasta muutoksesta, pelkästään Varsinais-Suomessa se tarkoittaa noin 90 000 potilaskontaktia vuosittain. Aikaa on todella vähän tämän muutoksen suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Haastavaa on myös se, ettei sairaanhoitopiireillä tällä hetkellä ole tähän asiaan perustettuja resursseja ja järjestelmiä olemassa. □

Arno Vuori

LKT, osastonylilääkäri

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, ensihoito,

arno.vuori[at]tyks.fi

Pauli Kamsula

HTM, sairaanhoitaja

projektipäällikkö, VEKSU