

Suomalainen ensihoito – quo vadis?

Ari Kinnunen

Ensihoitopalvelu

Hoidon alkamisen nopeuttamisen arvellaan olevan tehokkain keino parantaa hätätilapotilaan ennustetta. Alkamista voidaan nopeuttaa

- tunnistamalla avunpyyntöön liittyvä lääketieteellinen riski ja hälyttämällä kohteeseen heti lähin edes hätäensiavun antamiseen pystyvä yksikkö sekä kertomalla soittajalle, kuinka hänen tulee toimia ennen ensimmäisten auttajien saapumista (= hätäkeskustyöskentely)
- lähettämällä hätätilapotilasta auttamaan paitsi kuljettamiseen myös ensihoitoon pystyviä auttajia ja antamalla kohteessa jo oleville auttajille toimintaohjeita ennen parempaan apuun pystyvien yksiköiden paikalle tulemistä (= porrastettu vaste, konsultaatiomenettely)
- aloittamalla potilaan hoito jo tapahtumapaikalla ja jatkamalla sitä kuljetuksen ajan siihen asti, kunnes potilas luovutetaan ao. erikoislääkärin hoitovastuulle (= ensihoito)
- kuljettamalla potilas suoraan definiitiviseen hoitopaikkaan ja tiedottamalla siitä ennalta päivystysalueen henkilökunnalle (= oikean hoitopaikan valinta ja ennakoilmoitus)

Palvelun laatu

Ensihoitopalvelun laadun absoluuttisia kriteerejä ovat eri hätätilapotilasryhmien keskimääräiset sekundaari- (= elossa sairaalasta) ja tertiäriselvitymiset (= onko elämän laatu esim. kolmen vuoden kuluttua mahdollisimman sama kuin ennen äkkisairastumista tai -loukkaantumista. Niiden mittaamisen työläyden tähden palvelun laatuksiteereitä voisivat olla mm. seuraavat:

- Hätäkeskuksen tulee voida tunnistaa äkkielöton kolmessa tapauksessa neljästä. Todennäköi-

sen hätätilapotilaan nopeimmin tavoitettava yksikkö tulee voida hälyttää minuutin kuluessa puhelun kytkeytymisestä hätäkeskukseen neljässä tapauksessa viidestä.

- Taajamassa todennäköinen hätätilapotilas tulee voida tavoittaa 8 minuutin kuluessa neljässä hälytystehtävässä viidestä ja taajamien ulkopuolella vastaavasti 15 tai 20 minuutissa (tavoiteaika määritellään keskimääräisen asukastiheyden perusteella). Aika alkaa puhelun kytkeytyessä hätäkeskukseen ja potilas on tavoitettu, kun ensimmäinen häneen kytketty monitori rekisteröi esim. potilaan sydämen rytmin ja vastaavan ajankohdan.
- Akuutin sydäninfarktin liuotushoito tulee voida alkaa 20 minuutin kuluessa siitä, kun ensihoitoon pystyvä yksikkö tavoitti potilaan, jos sydänsähkökäyrään perustuva diagnoosi on ilmeinen.
- Vaikeavamman potilaan kuljetus kohti definiitivistä hoitopaikkaa tulee voida alkaa heti, kun potilaan hengitystie on varmistettu ja riittävästä hengityksestä voidaan huolehtia. Jos potilas ei ole puristuksissa eikä kysymyksessä ole monipotilastilanne (= kuljetettavia enemmän kuin kohteessa sillä hetkellä on kuljetuskapasiteettia), vammapotilaan kuljetus tulee voida alkaa viimeistään 10 minuutin kuluessa hänen tavoittamisestaan.

Ensihoitopalvelun laatuksiteerejä tulee voida soveltaa aina, kun hätätilapotilas on tilansa mukaisen definiitiivisen hoitopaikan ulkopuolella eli myös terveystieteissä ja aluesairaaloissa.

Tavoitteiden saavuttaminen

Hätäkeskusuudistuksen myötä on todennäköis-

tä, että valtakunnan muut hätäkeskukset saavuttavat Helsingin tason kuluvaan vuosikymmenen loppuun mennessä. Tämän edellytyksiä ovat hätäkeskuslaki ja valtion hallinnoima hätäkeskuslaitos. Aikataulussa pysyminen tosin edellyttää, että nyt työssä oleville päivystäjille aletaan viipymättä antaa täydennyskoulutusta. Saavutetulla tasolla pysyminen puolestaan edellyttää jatkuvan ylläpitokoulutusjärjestelmän luomista.

Ensihoitolaki meiltä puuttuu ja sen myötä palvelun muiden osien kehitysnäkymät ovat vähintäänkin epävarmat, vaikka muutamien sairaanhoitopiirien käynnistämät hankkeet ovatkin erittäin myönteisiä. Ensihoidon kvasiosajia on paljon ja heillä on valitettavasti myös vaikutusvaltaisia kuulijoita.

Nopeimmin kehitys lähtisi vauhtiin ensihoitopalvelun rahoitusuudistuksen myötä. Nyt maksetaan vain potilaskuljetuksista. Sen sijaan pitäisi maksaa potilaan tavoittamis- ja ensihoitovalmiudesta vuosimaksu, joka on sitä suurempi, mitä nopeammin suurin osa hätätilapotilaista onnistutaan tavoittamaan ja mitä korkeatasoisempaa hoitoa heille voidaan tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana antaa. Parasta olisi, jos maksu vaihtelisi todellisen tuotetun valmiuden perusteella: jos asetetulla tasolla ei pysytäkään, maksu alenee, jolloin palveluntuottajalla on motiivi parantaa palvelunsa laatua.

Ensihoitopalvelu tarvitse hoidonantajia, joiden kouluttamiseen tarvitaan toisia hoidonantajia, joita on vähän. Ensihoitajien ja ensihoitolääkäreiden koulutuksen tarkoituksenmukaisen järjestämisen pahin uhka on aluepolitiikka. Kouluttaa aina voi, mutta se ei vielä takaa oppimista. Suomalaisen ensihoitopalvelun tulevaisuuden ratkaisee valvonta: voidaanko hoidonantajille tuottaa koulutuksella halutut toimintavalmiudet ja onko heillä samat valmiudet vielä esim. parin vuoden työrupeaman jälkeen.

Ihannetilanteessa ensihoito on oma, itsenäinen spesialiteetti, jonka saamisen edellytyksenä on mm. päätoiminen työskentely sellaisessa lääkärijohtoisessa ensihoitoyksikössä, jossa on riittävästi ensihoitotehtäviä eli tarvittava kokemus kertyy kohtuullisessa ajassa. Ensihoidolle tulisi myös saada suomenkielinen, kyllin kattava oppikirja.

Nyt käynnissä olevat AMK-ensihoitajien koulutushankkeet ovat sekä optio että uhka. Kouluttajia ja harjoittelupaikkoja ei yksinkertaisesti riitä kaikkien oppilaitosten tarpeisiin, jolloin valmistuvien ensihoitajien taso voi vaihdella liiaksi. Tarvitsemme siis väistämättä testausmenetelmän, jolla osaamisen todellinen taso voidaan määrittää. Samaa menetelmää voidaan hyödyntää myös sekä toimipaikkakoulutettujen "ensihoitajien" valmiuksien määrittämiseen että kaikkien ensihoidon antajien ylläpitokoulutustarpeen arvioimiseen. Ainakin aluksi olisi varmempaa, ettei oppilaitos itse testaa omia oppilaitaan.

Jos joulupukki olisi olemassa, soisin lopuksi ensihoidon sekä terveystaloustieteen asiantuntijoiden muodostavan tutkimusryhmän, jolla olisi rahaa ja aikaa ryhtyä selvittämään ensihoidon kustannusvastaavuutta. Voihan näet olla, ettei ensihoidosta ole mitään hyötyä. Mieluusti olisin mukana tutkimuksessa, jossa ensihoitolääkäri kyllä hälytetään tapahtumapaikalle, mutta ryhtyy hommiin tai tyytyy vain tekemään muistiinpanoja sen mukaan, mikä kortti nousee satunnais-tamispakasta. Aineistoa pitäisi kerätä ainakin 2-3 vuotta ja ainakin saman verran kuluisi potilas seurantaan. Mutta sitten 7-8 vuoden kuluttua todella tietäisimme, mitkä hätätilapotilaat – jos ketkään – hyötyvät ensihoidosta ja kuinka paljon.

Ari Kinnunen, LL