

**Saija Näse-Ståhlhammar**

LL, erikoislääkäri
HUS, Leikkaus- ja tehohoitokeskus,
Simulaatiokeskus ja Uusi lastensairaala
saija.nase-stahlhammar@hus.fi

**Kirsimarja Metsävainio**

LL, erikoislääkäri, kouluttajalääkäri
Itä-Suomen yliopisto
kirsimarja.metsavainio@pshyvinvointialue.fi

Tarvitsemme kansallisen elvytysrekisterin

Sydänpysähdyspotilaan hoitoa kehitetään Suomessa monella tasolla, mutta meiltä puuttuu edelleen kattava kansallinen tieto sydänpysähdysten ilmaantuvuudesta, hoidosta ja sen tuloksista. Tarvitsemme valtakunnallisen rekisterin, joka kattaa sekä sairaalan ulkopuoliset (OHCA) että sairaalansisäiset (IHCA) sydänpysähdykset.

OHCA- ja IHCA-potilaat ovat erilaisia potilasryhmiä, joiden hoitoketjut ja hoidon resurssit poikkeavat toisistaan. Tällä hetkellä meillä ei ole kattavaa valtakunnallista tietoa siitä, kuinka paljon sydänpysähdyksiä Suomessa tapahtuu, miten niitä hoidetaan, miten hoitokäytännöt ja tulokset vaihtelevat alueiden ja sairaaloiden välillä tai millaisella neurologisella toimintakyvyllä potilaat selviytyvät. Sairaaloissa tähän kokonaisuuteen liittyy olennaisesti myös Medical Emergency Team (MET) -toiminta, jonka tavoitteena on tunnistaa potilaan tilan heikkeneminen ja ehkäistä sydänpysähdyksiä.

Kansainväliset Utstein-raportointimallit tarjoavat pohjan sekä OHCA- että IHCA-tiedon yhdenmukaiselle keräämiselle (1,2). Yhtenäinen tiedonkeruu mahdollistaa kansallisen tilanne-

kuvan muodostamisen, vertailun kansainvälisiin aineistoihin sekä hoitokäytäntöjen ja potilaiden ennusteen pitkäjänteisen tarkastelun. Suomalaisissa sairaaloissa on vuosikautia seurattu sydänpysähdysten hoitoa ja kerätty omia rekistereitä elvytys- ja MET-toiminnasta käyttäen Utstein-mallia. Valitettavasti näiden tietojen yhdistäminen ja vertailu ei nykytavalla ole mahdollista. Suomessa on tällä hetkellä yhdeksän kansallista laaturekisteriä, joiden ylläpidosta vastaa THL, ja hyvinvointialueet on velvoitettu toimittamaan rekisterien vaatimat tiedot vuosittain. Yhtenä laaturekisterinä on tehohoito ja sen tulokset, lisäksi kansallista ensihoidon rekisteriä valmistellaan. Sydänpysähdysten kansallisen rekisterin kerääminen sekä aikuis- että lapsipotilaista ei pitäisi olla rakettitiedettä tekoälykaudella, toki rahoitusta se tietenkin vaatii ja sitä ei tällä hetkellä helposti löydy (3).

Rekisteritiedon tulee ohjata myös koulutusta

Rekisterin merkitys ulottuu tutkimusta ja tilastointia pidemmälle, koska elvytys- ja MET-tietoa tarvitaan koulutuksen suunnitteluun ja kohdentamiseen. Koulutuksen tulisi vastata todellisissa potilastapahtumissa tunnistettuihin osaamis- ja järjestelmätason tarpeisiin.

IHCA- ja MET-tiedot voivat tuoda esiin esimerkiksi viiveitä potilaan tilan heikkenemisen tunnistamisessa, MET-hälytyksissä, elvytyksen käynnistymisessä eri toimipisteissä tai defibrillaatiossa. OHCA-tiedot puolestaan antavat tietoa maallikkoelvytyksen toteutumisesta, varhaisesta defibrillaatiosta ja viiveistä ensihoitoketjun toiminnassa. Näin rekisteritieto voi ohjata koulutusta sekä terveydenhuollon ammattilaisille että väestölle. Tavoitteena tulisi olla jatkuvan kehittämisen sykli: potilastapahtumista kerätty tieto tunnistaa kehittämiskohteen, tieto ohjaa koulutusta ja toimintatapojen muutosta, ja potilastuloksista voidaan arvioida muutoksen vaikuttavuutta. Simulaatio- ja elvytyskoulutuksen sisältöjä voidaan näin kohdentaa havaittuihin ongelmiin sen sijaan, että koulutuksen painopisteet perustuisivat yksinomaan oletettuihin osaamistarpeisiin.

Kansallinen tieto mahdollistaa kansallisen kehittämisen

Laajat kansainväliset elvytysrekisterit ovat osoittaneet, että sydänpysähdyspotilaiden hoidossa ja selviytymisessä esiintyy merkittävää vaihtelua (4,5). Rekisterit mahdollistavat parhaiden käytäntöjen tunnistamisen, vertailun sekä laadunkehittämisen. Yhdysvaltalainen Get With The Guidelines - Resuscitation on esimerkki siitä, kuinka rekisteritieto voidaan yhdistää laadunkehittämiseen, koulutukseen ja tutkimukseen (6). Suomessa tarvitaan vastaava kansallinen tietopohja. OHCA-, IHCA- ja MET-tiedon avulla voisimme tarkastella sydänpysähdystä yksittäisen organisaation tai hoitovaiheen sijasta laajempaan kokonaisuuteen: mitä tapahtuu

ennen sydänpysähdystä, elvytyksen aikana ja sen jälkeen (7).

Anestesiologian ja tehohoidon näkökulmasta kansallinen rekisteri olisi ennen kaikkea laadunkehittämisen väline. Sen avulla voisimme tunnistaa hoitoketjun vahvuuksia ja puutteita, kohdentaa koulutusta todellisiin tarpeisiin ja arvioida tehtyjen muutosten vaikutusta potilaiden ennusteeseen.

Emme voi systemaattisesti kehittää sellaista, mitä emme systemaattisesti mittaa. Viimeisin ERC:n elvytys-suositus toteaa yksiselitteisesti, että kaikilla mailla tulisi olla sekä IHCA- että OHCA-rekisteri (8). Kansallinen OHCA-, IHCA- ja MET-rekisteri loisi perustan suomalaisen elvytyshoidon, koulutuksen ja tutkimuksen pitkäjänteiselle kehittämiselle. Olemme sitä mieltä, että kansallinen elvytysrekisteri olisi perustettava. ■

Viitteet

1. Nolan JP, Berg RA, Andersen LW ym. Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports: Update of the Utstein Resuscitation Registry Template for In-Hospital Cardiac Arrest. *Resuscitation* 2019; 144: 166–177. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.08.021.
2. Bray JE, Grasner JT, Nolan JP ym. Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports: 2024 Update of the Utstein Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry Template. *Circulation* 2024; 150: e203–e223. doi: 10.1161/CIR.0000000000001243.
3. Pennanen T. THL suunnittelee muutoksia kansallisten laaturekisterien toimintaan, taustalla säästösytyt. *Suom Lääkäril* 2025; 20: e44124. www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/thl-suunnittelee-muutoksia-kansallisten-laaturekisterien-toimintaan-taustalla-saastosyyt
4. Gräsner JT, Wnent J, Herlitz J ym. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe – Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation* 2020; 148: 218–226. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.12.042.
5. Gräsner JT, Wnent J, Lefering R ym. European Registry of Cardiac Arrest Study THREE (EuReCa-THREE) – EMS response time influence on outcome in Europe. *Resuscitation* 2026; 223: 110704. doi: 10.1016/j.resuscitation.2025.110704.
6. American Heart Association. Part 4: Systems of Care: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2025; 152: S353–S384. doi: 10.1161/CIR.0000000000001378.
7. Subbe CP, Bannard-Smith J, Bunch J ym. Quality metrics for the evaluation of Rapid Response Systems: Proceedings from the third international consensus conference on Rapid Response Systems. *Resuscitation* 2019; 141: 1–12. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.05.012.
8. Baldi E, Wnent J, Caputo ML ym. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Epidemiology in Resuscitation. *Resuscitation* 2025; 215: 110733. doi: 10.1016/j.resuscitation.2025.110733