

17.4.2015

Aluehallintovirasto
Itä Suomi, Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat- vastuualue
PL 50
50101 Mikkeli

Selvityspyyntö ISAVI/1094/05.07.03/2015

Pohjois-Savon Sairaanhoitopiirin (PSSHP) selvitys ensihoitopalveluun liittyvistä kysymyksistä

ISAVI pyytää PSSHP:ltä selvitystä ensihoitopalveluun liittyvistä tavoittamisaikatavoitteista sekä toteutumisista koskien 8 minuutin tavoittamistavoitteita A-B tehtävissä riskiluokka-alueilla 1,2 ja 4 sekä tavoitteiden toteutumista samassa kategoriassa riskiluokka-alueilla 1,2 ja 3.

Tausta

Pohjois-Savon Sairaanhoitopiirissä on tehty Hätäkeskustietoihin pohjautuen ja STM:n ohjeita noudattaen ensihoidon riskialuealuokittelu ja PSSHP:n valtuuston 17.3.2014 hyväksymä ensihoitopalvelun palvelutasopäätös, jotka ovat avoimesti löydettävissä kansalaisille osoitteessa <https://www.pssh.fi/sairaanhoitopiiri/ensihoitopalvelut>. Samassa osoitteessa on myös kaikki tilastot ja palvelutasopäätöksen toteuman seurantaan liittyvät tilastotiedot alkaen 1.1.2013. Palvelutasopäätöksen toteumaa seurataan palveluysikötasolla kvartaaleittain.

Vastaukset kysymyksiin

1. Miksi sairaanhoitopiirinne ensihoitopalvelun tavoittamisaikatoteumat ovat oleellisesti valtakunnallista tasoa alhaisemmat?

PSSHP:n maantieteellinen alue on varsin laaja ja osin vesistöjen rikkomaa. Nämä näkyvät hyvin riskialuealuokka-kartassa. Lisäksi erityisesti riskialuealuokka 1 ja 2:n riskiruudut ovat jakaantuneet koko alueelle eivätkä ainoastaan keskittyneet Kuopioon. Iso osa väestöstä asuu myös riskiluokka-alue 4:llä, jossa asukastiheys taas on erityisen pieni ja tehtävämäärä/riskiluokkaruutu siis alla 10 tehtävää/vuosi keskimäärin. Palvelutasopäätöstä valmisteltaessa olemme edellä mainituista syistä pyrkineet arvioimaan realistisesti tavoitteita ja suhteuttamaan tavoitteet taloudellisiin reunaehtoihin. Lisäksi toteamme että erityisesti tavoitteiden asettelussa lainsäädäntö ei edellytä samanlaista tavoitetta kansallisesti vaan tavoitteet voidaan asettaa sairaanhoitopiirikohtaisesti huomioiden edellä mainitut sairaanhoitopiirien väliset erilaisuudet.

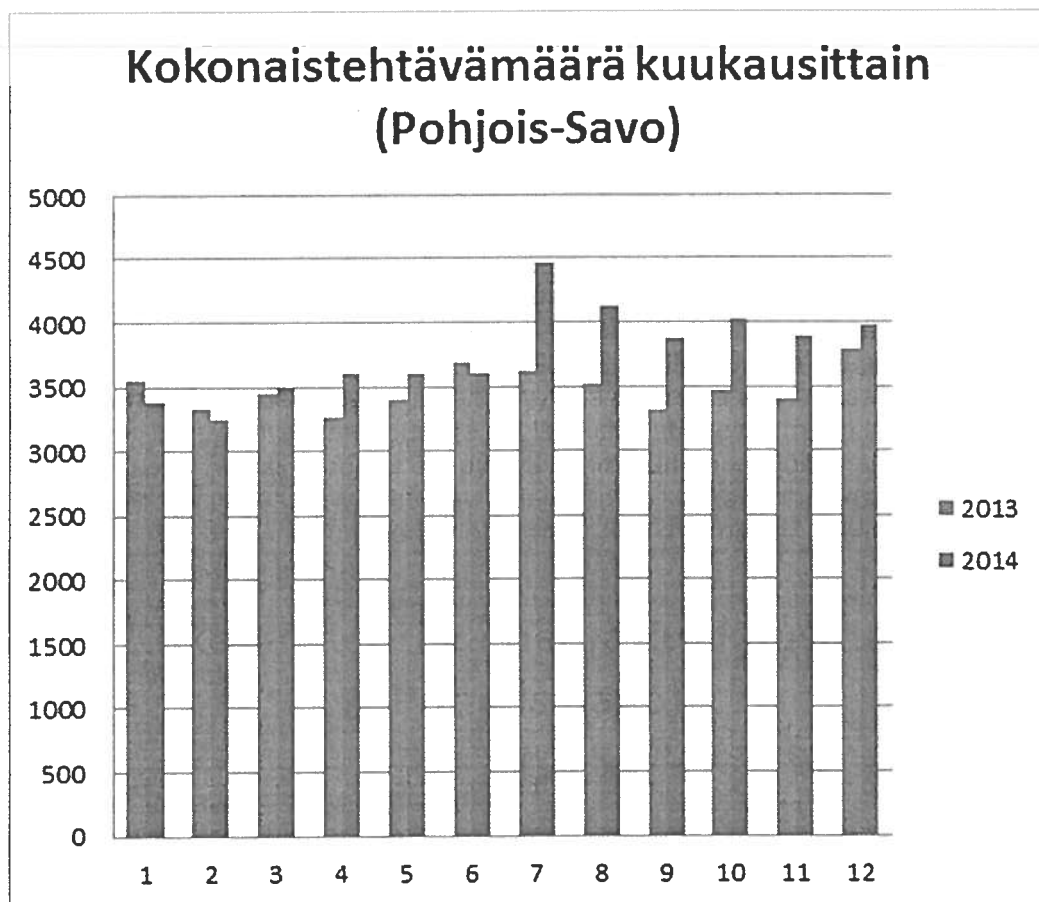
2. Miksi sairaanhoitopiirinne ensihoitopalvelun palvelutasopäätökseen kirjaamat tavoittamisaikatavoitteet eivät ole toteutuneet?

Edellä olevaan vastaukseen viitaten, toteamme että tavoittamistavoitteet ovat olleet tavoitteellisia ja suurimmassa osassa tavoitteita (A-B 15 min, hoitotaso/lääkäriyksikkö 30 min, C 30 min sekä D 120 min) olemme päässeet tavoitteeseen tai jopa ylittäneet ne. Harvaan asutussa sairaanhoitopiirissä, jollainen PSSHP on, ovat 8 min tavoitteet haasteellisia erityisesti koska 1 ja 2 riskiruudut, joihin kohdistuu suurin osa tehtävistä, ovat hajallaan siten, että riskiluokka 1 ruutuja on 18 ja riskiluokka 2 ruutuja 131. Riskiruudut 3 ympäröivät tavallisesti keskustajamia. Näiden

tavoittaminen yhdenvertaisesti nykyisillä resursseilla on vaikeaa, mutta resurssit on pyritty jakamaan siten, että tavoittaminen toteutuisi mahdollisimman yhdenvertaisesti. 8 minuutin tavoittaminen perustuu käytännössä aina välittömään lähtövalmiuteen eikä tätä pääsääntöisesti pystytä parantamaan myöskään ensivasteyksiköiden käyttöä lisäämällä, koska virka-ajan jälkeen ja viikonloppuisin pienten taajamien paloasemien miehitys perustuu pääasiallisesti kotivarallaloon. Tilastollisesti myöskään riski-ruutujen välinen vertailu yhdenvertaisuuden arvioimiseksi ei ole mahdollista ilman usean vuoden tilastoja yhteen riskialueruutuun kohdistuvien tehtävämäärien vähäisyyden sekä vuosivaihtelun takia. Sen sijaan olemme pyrkineet arvioimaan yhdenvertaisuutta piirikohtaisten saatavuus %:n lisäksi karttapohjalta johon on merkitty ei-tavoitetut potilaat erilaisissa ensihoidon palvelutasopäätöksessä kuvatussa tavoitteissa (Liite vuoden 2014 saatavuusprosentit ja kartta).

Palvelutasopäätöstä valmisteltaessa on ambulanssi resursseiltaan suurempia malleja ollut esillä, mutta ne eivät ole edenneet johtuen pääsääntöisesti talouden asettamista reuna-ehdoista.

On huomattava, että sairaanhoitopiirin vaikutusmahdollisuus palvelun kysyntään on rajallinen, koska Hätäkeskuslaitoksen ylläpitämät hätäkeskukset ottavat vastaan hätäilmoitukset ja hälyttävät myös terveystoimen yksiköt tehtävälle. PSSHP:n osalta kesällä 2014 on tapahtunut merkittävä tehtävämäärien nousu, joka näkyy alla olevassa taulukossa (Lähde: Hätäkeskustietojärjestelmä). Tehtävämäärien nousulle ei ole yksittäistä selitystä, mutta on suuruudeltaan noin 4000 tehtävää /vuosi, johon ei ole pystytty varautumaan ja joka näkyy sitten saatavuuden huononemisenä erityisesti 8 min saatavuuden osalta, koska ambulanssit ovat siis tällöin toisella tehtävällä. Tähän varautuminen edellyttäisi 1,5 -2 :n ambulanssit lisäkapasiteettia.



Lisäksi on huomioitava että A-B 8 min tilastoissa B tehtävät ovat määrältään suurin. Osa B tehtävistä on sellaisia, joissa ensihoitohenkilöstö soittaa kohteeseen matkalla ja täsmentää kiireellisyttä. Mikäli tehtävä tässä yhteydessä todetaan ei-kiireelliseksi, eivät ensihoitajat tällöin pääsääntöisesti aja kohteeseen hälytysajoa. Lisäksi ensihoitajilta tulleen palautteen mukaan vain erittäin pieni osa B tehtävistä on tosiasiallisesti kiireellisiä ja kohteeseen meno toteutetaan usein ei-hälytysajona, jolloin ei vaaranneta muuta liikennettä. Edellä olevien lisäksi on mahdollista että VIRVE puhelimesta tai kenttäjohtojärjestelmistä Hätäkeskukseen välitettävät aika-leimat ovat osittain puutteellisia. Kaikki edellä mainitut vääristävät tilastointia.

3. Mihin toimenpiteisiin sairaanhoitopiirinne on ryhtynyt edellä mainittujen seikkojen johdosta?

Ensimmäinen toimenpide saatavuuden osalta toteutettiin valtuuston päätöksellä 17.3.2014 ja se toimeenpantiin 14.4.2014. Tässä yhteydessä luovuttiin ambulanssien lähtövalmiuden osalta varalla-olosta ja siirryttiin lähtövalmiuden osalta välittömään lähtövalmiuteen. Tässä yhteydessä kuitenkin ambulanssien tunteja/vuorokausi samalla vähennettiin taloudellisista syistä. Tämän jälkeen saatavuus %:t paranivat, kunnes kesällä 2014 alkoi tehtävien merkittävä lisääntyminen, joiden seurauksena saatavuus %:t loppuvuodesta huononivat A-B tehtävien 8 min saatavuuksien osalta. Muilta osin olemme siis pysyneet tavoitteissa. Olemme resursoineet alkupe-raisestä suunnitelmasta enemmän ambulanssitunteja jo tammikuussa 2015 ja joudumme re-sursoimaan noin 0,7 ambulanssin verran lisäresursseja kesäksi 2015. Pyrimme ohjaamaan nämä painopistetoimet, jolloin tehtävämäärien noususta johtuen pysyisimme tavoitteissa. Kent-täjohtajat siirtävät yksiköitä valmiussiiroin mahdollisiin tyhjiöalueisiin ja lisäksi hyödynnämme potilassiirtoambulansseja jotka hakevat erityisesti kiireettömiä potilaita maakunnasta jolloin kii-reellisiin tehtäviin varatut ambulanssit pysyvät omilla alueillaan. Kenttäjohtajat käyttävät harkin-tansa mukaan lisäksi ensivasteyksikköjä normaalin hälytysohjeen lisäksi tilanteissa joissa se on lääketieteellisesti perusteltua tai tavoittamisviivettä saadaan sillä vähennettyä.

4. Miten sairaanhoitopiirinne varmistaa ensihoitopalvelun saavuuden

Edellä olevien toimenpiteiden lisäksi ensihoitopalvelut palveluyksikkö tulee esittämään lisäva-kanssien perustamista vuoden 2016 talousarvion valmistelun yhteydessä. Viime kädessä näi-den lisäresurssien myöntämisestä päättää sairaanhoitopiirin valtuusto. Resurssit kohdistetaan itäiselle (Koillis-Savo) ja pohjoiselle (Ylä-Savo) alueelle.

Edellä mainittujen toimien lisäksi tulee nähdäksemme käydä rakenteellista keskustelua Hätä-keskuslaitoksen kanssa valtakunnallisesti tehtävämäärien lisääntymisen johdosta. Lisäänty-neet tehtävämäärät eivät välttämättä ole sellaisia tehtäviä, joissa ensihoitopalvelu on optimirat-kaisu k.o. ongelman hoitamiseen. Nykyisessä hätäkeskusjärjestelmässä terveystoimen hätäil-moitus ja sen käsittely eivät ole potilasvahinkolainsäädännön- alaista toimintaa ja tässä yhtey-dessä on todettava että tehtävämäärien lisääntymisen taustalla voi olla hätäkeskuspäivystäjien kohdistuva juridinen paine. Lisäksi hätäkeskusten ja terveydenhuollon neuvontapuhelin toimin-toja tulisi yhdistää siten että osa kiireettömiksi tulkituista tehtävistä voitaisiin käsitellä tarkem-min paikassa, jossa myös potilaskertomukset ovat käytössä. Näin välttyttäisiin sellaisilta tehtä-viltä, joissa tehtävä voitaisiin hoitaa muulla tavoin ja ensihoitopalvelun resurssit voitaisiin koh-distaa oikein.

Lopuksi toteamme että A-B 8 min saatavuus on kova tavoite ja soveltuu ensisijaisesti suurten kaupunkien saatavuuksien mittaamiseen. Sairaanhoitopiireissä (kuten PSSHP), joissa riskiruu-

17.4.2015

dut ovat hajallaan myös 1 riskiruudun osalta, on saavuttamisesta erilaiset haasteet. Näiltä osin sairaanhoitopiirin maantieteellinen muoto määrittelee mikä on realistista saavuttaa ja mitkä ei. Lisäksi B tehtävissä on paljon sellaisia tehtäviä, jotka eivät ole tosiasiallisesti kiireellisiä. Näiltä osin pelkkien A tehtävien 8 min saatavuuden erottaminen B tehtävistä kuvaisi tosiasiallisesti kiireellisten tehtävien saatavuutta paremmin

Kuopiossa 17.4 2015

Jorma Penttinen
Johtajaylilääkäri
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Jouni Kurola
Ylilääkäri
Ensihoitopalvelut
Pohjois-Savon Sairaanhoitopiiri