Carea
Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

6.4.2018

Sosiaali- ja terveysministeriö
Meritullinkatu 8
PL 33, 00023 Valtioneuvosto
Helsinki

Viite: Lausuntopyyntö STM/1443/2018

Lausunto:

- Lääkärihelikopteritoiminnan ja rahoituksen järjestäminen, STM luonnos 28.3.

Tekniset huomiot

Pidämme annettua, noin kahden viikon pituista lausuntoaikaa valitettavan lyhyenä huomioon ottaen asiakokonaisuuden merkittävyys.

Huomiot nykytilakuvauksesta

Ensihoidon ilmailutoimintaa ja ensihoitolääkäripäivystysten järjestelyjä on kuvattu pääosin asianmukaisesti. Joiltakin kohdin kuitenkin tarkennuksiin näemme tarvetta.

Lääkäriyksiköiden peittoalueina olisi tarkoituksenmukaista kuvata ja tarkastella myös 20 minuutin tavoittamisaluerajoja. Tavoittamisrajana käytetty 30 minuutin viive voi olla toimiva maaseudulla rajoitetuissa potilasryhmissä mutta ei täysipainoisena taajaan asutuilla alueilla. Erityisesti keskussairaalakaupunkien alueilla, joissa tavallisen ensihoitoyksikön tavoittamisviive on 5 minuutin luokkaa, päivittäistoiminnan kannalta lääkäriyksikön toimiva tavoittamisviive lienee 15 - 20 minuuttia, jotta ehditään mukaan hoitotilanteeseen ennustetta parantavalla ja tehohoidon alkamisviivettä lyhentävällä tavalla. Esim. sydänpysähdyspotilailla ei tavanomaisesti voida vaikuttaa ennusteeseen interventioilla enää 25 - 30 minuutin viiveen kohdalla. Suppeamman toimintakehän kuvaamista puoltaisi myös se, että merkittävä osa lääkärihelikopteriyksiköiden tehtävistä suoritetaan vähän hitaammalla maayksiköllä mm. lentoesteiden takia.

Luonnoksessa esitetään, että Suomessa on vuosittain noin 30 000 tehtävää, joissa potilas tarvitsee lääkäritasoista apua 30 minuutissa. Luku lienee tällä tavoin ilmaistuna jossain määrin liioitteleva koska ainakin puolet nykyisistä helikopteriyksiköiden hälytyksistä päättyy perumiseen ensihoitajien pystyessä toteuttamaan tarvittava hoito.

Maitse liikkuvia lääkäriyksiköitä päivystää tällä hetkellä Helsingin ja Porin lisäksi ainakin Lahdessa, osa-aikaisesti myös useammassakin kaupungissa.

Luonnoksessa esitetään, että ilmateitse järjestettävä lääkäriapu on kustannustehokkain ja ainoa realistinen tapa saavuttaa riittävän nopeasti apua tarvitsevat potilaat. Väite on kyseenalainen tai vähintäänkin liioitteleva, sillä yhden ilmailuyksikön kustannuksilla on

järjestettävissä viisi maitse liikkuvaa yksikköä ja alueellisesti hyvä kattavuus voi olla saavutettavissa vähemmälläkin yksikkömäärällä. Mikäli maayksikön henkilöstö voidaan sijoittaa tehtävien väliaikana muuhun potilastyöhön sairaalaympäristöön, ratkaisun kustannustehokkuus voi olla vieläkin parempi. Niin ikään, viime vuosina laajentunut moottoritieverkosto on parantanut maitse liikkuvan palvelun ulottuvuutta. Ilmateitse operoimiseen on sääolosuhteiden lisäksi alueittain vaihtelevasti joukko erilaisia rajoitteita tai esteitä, kuten tiheään rakennetut kaupunkikeskustat tai helikopterin toimintasäde (noin 150 km) suhteessa kuljetusmatkoihin (esim. operointi Etelä-Karjalan alueella, josta potilas tulisi kuljettaa yliopistolliseen traumakeskukseen 250 km:n matka vaikkapa 60 km lennon jälkeen). Koulutettujen ensihoitolääkäreiden saatavuus on toki ollut yksiköiden lukumäärää rajoittava tekijä erityisesti menneinä vuosikymmeninä.

Nykytilassa palvelujen yhdenvertaisuusperiaate ei toteudu, esim. Kymenlaaksossa lääkäriyksikköpalvelu ei toteudu merkittävässä laajuudessa päivittäistoiminnan osalta. Myös eduskunnan oikeusasiamies on kiinnittänyt epäkohtaan näyttävästi huomiota. Pidämme sote-muutosprosessiin sisältyneen erikoissairaanhoidon päivystysmuutoksen johdosta ensiarvoisen tärkeänä, että erikoissairaanhoidon päivystystyhjiöön jääneessä Pohjois-Kymenlaaksossa päivystää jatkossa lääkäriyksikkötoiminta.

Huomiot esitetystä rahoitusuudistuksesta

Pidämme välttämättömänä lääkäriyksikkötoiminnan rahoituksen uudistamista sen kaltaiseksi, että maakuntien kustannus on suhteessa palvelun käyttöön. Kuten ministeriön luonnoksessakin todetaan, nykyiset kustannusosuudet eivät ole suhteessa palvelun saantiin. Nykyisellään valtionapuleikkauksesta ja tehtäväkohtaisesta laskutuksesta yhdessä aiheutuen Kymenlaaksossa kustannuksemme yhtä tehtävää kohti on yli 30 000 euroa, mikä on täysin kohtuuton, kun esim. omaan maayksikkötoimintaan tukeutumalla tehtäväkohtainen kustannus olisi vain noin 5 % nykyisestä.

Pidämme täysin mahdollisena ratkaisuna, että osa rahoituksesta laskutettaisiin lääkäriyksikön käytön mukaan maakunnilta. Pidämme kuitenkin ideaalisena ratkaisuna, että ainakin osa rahoituksesta osoitettaisiin valtion varoista ilman, että varat ovat lähtöisin maakunnista asukaslukuperusteisin valtionapuleikkauksin. Merkittävällä valtionrahoituksella turvattaisiin valtion ja STM:n ohjausrooli suhteellisen arvokkaisiin lääkärihelikopteripalveluihin, eikä ratkaisut palveluista jäisi esim. Finnhems Oy:n ja yhden maakunnan tehtäväksi.

Pidämme tärkeänä ja yhdenvertaisuutta tukevana, että mikäli lääkärihelikopteripalvelu ei syystä tai toisesta toteudu tehokkaasti jollakin alueella, keskitettyä rahoitusta voidaan käyttää myös korvaavaan, edullisempaan maitse liikkuvaan lääkäriyksikköön.

Carea
Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Huomiot esitetystä hallinnoinnista

Lääkäriyksikkötoiminta tulisi koordinoida yhteistyöalueiden ensihoitokeskusten toimesta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Palveluun liittyvä ilmailu sopii edelleen keskitetysti Finnhems Oy:n järjestettäväksi. Finnhemsin hallinnoinnin keskittämistä Pirkanmaan maakuntaan on perusteltu luonnoksessa melko hyvin, poliisikoulun ollessa kuitenkin kyseenalainen peruste. Emme silti pidä monimaakuntaista omistustakaan poissuljettuna ratkaisuna.

Petri Loikas
Ylilääkäri, ensihoito ja päivystys

Marja-Liisa Mäntymaa
va johtajaylilääkäri