

Juhani TavastiLL, erikoislääkäri
Ensihoidon osastonylilääkäri
HUS, Lohjan sairaala
juhani.tavasti@hus.fi

Puukotukset Turussa 18.8.2017

– Ensihoitolääkärin näkökulma

Syksyllä 2017 suomalaisia järkytti tapaus, jossa nuori mies yllättäen puukotti Turun kauppatorilla kymmentä sivullista henkilöä. Kaksi puukotetuista kuoli ja useimmilla puukotetuista oli syytä epäillä hengenvaarallista vammaa. Tehtävää hoitanut ensihoitolääkäri kuvaa tapahtumia omasta näkökulmastaan.

Perjantaina 18.8.2017 työvuoroni Turun ensihoitolääkäriyksikössä FinnHEMS20:ssa alkoi tavalliseen tapaan. Heti vuoronvaihdon jälkeen saimme hälytyksen elvytystehtävään. Koska kohde oli kaupungin keskustan liepeillä, lähdimme tehtävälle autolla koko kolmen hengen miehistön voimin. Autolla suoritettavilla tehtävillä HEMS-pelastaja toimii kuljettajana, lentäjä navigoi ja lääkäri huolehtii radioliikenteestä tehtävään osallistuvien yksiköiden kesken. Elvytystehtävän päätyttyä lähdimme takaisin kohti tukikohtaa.

Paluumatkalla saimme uuden tehtävän. Virveradioon tulleen viestin mukaan kauppatorilla oli tapahtunut puukotus. Otimme tehtävän vastaan ja ajoimme peräkanaa kenttäjohtoyksikön kanssa kohti annettua osoitetta. Kenttäjohtoyksikkö yritti saada yhteyden poliisiin, tässä onnistumatta. Niinpä kenttäjohtoyksikkö – joka vastaa monipotilastilanteissa ensihoidon kokonaistilanteen johtamisesta – määräsi ensihoidon yksiköille

odotuskynnyksen parin korttelin päästä kauppatorilta, kunnes saatavilla olisi jonkinlainen käsitys kohteen turvallisuudesta. Koska olimme saaneet hälytyksen liikkuvaan autoon vain parin minuutin matkan päässä kohteesta, saimme vain pienen hetken aikaa valmistautua tulevaan. Auton pysäh-

Saimme vain pienen hetken aikaa valmistautua tulevaan.

dyttyä määrätyle kynnyselle meillä oli mahdollisuus pukea päälle väkivaltatehtävillä vaadittavat suojarusteet: luotiliivit ja kypärät.

Puukotukset ovat lääkäriyksikölle tavanomaisia tehtäviä. Poliisijohtoisilla väkivaltatehtävillä on kuitenkin ylimääräinen muuttuja: tapahtumaan liittyy aina väkivallantekijä, jonka puukotustehtävillä tiedämme olevan aseistettu ja valmis

>>

vahingoittamaan muita ihmisiä. Optimaalisessa tapauksessa ensihoito ja poliisi neuvottelevat radioteitse kohteeseen menosta jo matkan aikana. Sovitun toimintamallin mukaan poliisi määrittelee riittävän etäällä kohteesta olevan tulokynnyksen eli sijainnin, jota ensihoitoyksiköt eivät ylitä ennen poliisin antamaa lupaa. Lupa myönnetään, kun poliisi on turvannut kohteen – toi-

Hätäkeskus antoi viestin: ”Voitte edetä kohteeseen”.

sin sanoen tekijä tai tekijät ovat kiinniotettuina tai kohde turvalliseksi eristettynä. Käytännössä toimintamalli ei aina toteudu. Käynnissä olevilla väkivaltatehtävillä poliisi keskittää kaiken toimintansa tekijän kiinniottoon ja teon keskeyttämiseen. Tällöin ensihoito toisinaan joutuu tekemään itse päätöksen sopivasta kynnyksestä – ja tilanteen jatkuessa odottaa epävarmana poliisilta tietoa kohteen turvallisuudesta. Toisinaan hätäkeskuksella on enemmän tai vähemmän varma tieto tekijän poistumisesta tai tehtävälaji tunnustetaan poliisia vaativaksi vasta kun ensihoitoyksikkö on käynyt toteamassa tilanteen. Ohjeistusten pääideana on, että ensihoito ei toimi väkivallan uhan alla, mutta käytännössä tilanteet ovat niin monimuotoisia, ettei tavoitteeseen aina päästä.

Jäimme siis parin korttelin päähän torista odottamaan lupaa lähestyä kohdetta. Poliisia ei saatu kiinni yhteistoimintakanavilta, eikä hätäkeskuksesta kuulunut lisätietoa kohteen turvallisuudesta. Sen sijaan hätäkeskus ilmoitti kenttäjohtajalle: ”Odota hetki. Tästä tehtävästä tulee lisää puheluita koko ajan. Useita henkilöitä on puukotettu. Kaksi ihmistä makaa maassa. Kauppatorin Nordeassa on puukotettu. Kohteissa [x, y ja z] on myös puukotettu henkilöä. Kohteessa on myös ammuttu.” Viimeistään tässä vaiheessa tehtävä muutti olennaisesti luonnettaan. Tiesimme, että parin korttelin päässä on siis vähintään yksi teräase, vähintään yksi ampuma-ase ja vähintään yksi henkilö, joka on näillä aseilla vahingoittanut lukuisia ihmisiä. Poliisin toiminnasta, toiminta-alueen laajuudesta, tekijöiden määrästä tai uhrien todellisesta sen hetkisestä määrästä ei ollut tuossa vaiheessa mitään tietoa.

Lopulta hätäkeskus antoi viestin: ”Voitte edetä kohteeseen”. Luvan antaa yleensä poliisi, kertoen samalla lyhyesti kohteen turvaamisen



ydintiedon – esimerkiksi kohdehenkilön olevan hallussa tai kohteen todetun turvalliseksi. Tällä kertaa poliisiin ei ollut suoraa yhteyttä, vaan tieto tuli välillisesti hätäkeskuksen kautta – eikä hätäkeskus osannut kertoa millä perusteella kohde oli turvallinen. Emme tieneet missä tekijä tai tekijät olivat, saati sitä missä ja kuka oli ampunut. Näillä tiedoin kenttäjohtoyksikkö päätti edetä ensin itse torille arvioimaan tilanteen ja käski lääkäriyksikön tulla kohteeseen heti perässään havaittuaan näköyhteyden päässä yhden poliisipartion, ja ettei torilla näkynyt aktiivista väkivallantekoa.

Kohteeseen pääsyn odottaminen tuntui pitkältä. Jälkikäteen totesin aikaleimoista hälytyksen tulleen yksiköllemme kello 16.04. Olimme tulokynnyksellä 16.06 ja lupa edetä kohteeseen tuli noin kello 16.08. Aikaa ennen kohteeseen



Kuva 1. Puukotustilanteen selvittelyä Turussa 18.8.2017. Kuva Onnettomuustutkintakeskus, 2017.

etenemistä ei siis todellisuudessa kulunut kuin minuutti luotiliivien pukemisen jälkeen, mutta olettaen useiden puukotettujen ja ammuttujen samanaikaisesti odottavan apua ja väkivallanteon mahdollisesti olevan edelleen käynnissä, tilanne oli piinaava.

Hetki ennen kohteeseen etenemistä antoi riittävän ajan pohtia toimintaa itse kohteessa. Muistan miettineeni oman toimintani ohjausta: ”Okei; edessä on useita terävästi vammautuneita. Olen kohdannut lukuisia vastaavia yksittäisiä keissejä – nyt edessä on vain useita toistoja tuttua hommaa. Nehän ovat helppoja. Hoida välitön vuoto vuoto (c), ilmatien avaus (A) ja tensiopneumotorax (B) nopeasti ja yksinkertaisimmalla saatavilla olevalla keinolla. Millään muulla ei tässä skenaariossa ole ennusteellista hyötyä. Älä jumita

yhteen potilaaseen. Pidä taktisen ensihoidon opit mielessä. Kannusta ensihoitajia jättämään epäolennaiset hommat tekemättä. Autot liikkeelle, sairaala on lähellä. Kenttäjohtaja hoitaa logistiikan, minä voin keskittyä bongamaan vaativaa hoitoa tarvitsevat potilaat. Pidä silmät selässä.”

Näinhän se onkin, kun asiaa lähtee riittävästi yksinkertaistamaan: terävästi vammautuneiden potilaiden hoidossa ei ole olemassa kovin montaa ensihoidossa ennusteeseen vaikuttavaa interventiota – varsinkin kun on ilmeistä, ettei yhden potilaan kohdalle voi jäädä viettämään aikaa ja todennäköisesti saatavilla oleva hoitohenkilöresurssi on tarpeeseen nähden alimitoitettu. Niin ikään muistan lyhyesti miettineeni oman henkisen kapasiteettini kestävyyttä kyseisessä tilanteessa: ”Tiedän, ettei kukaan läheiseni ole

>>

Turun keskustassa tänään. Voin suhtautua täysin teknisesti tähän tehtävään: potilaiden joukossa ei 100 % varmuudella ole ketään minun läheisiäni.” Läheskään jokaisella tehtävään osallistuneella tilanne ei ollut näin onnellinen. Aika moni joutui tehtävään osallistuessaan miettimään, onko joku omista rakkaista uhrien joukossa. Siinä tilanteessa tehtävään keskittyminen on varmasti vaikeampaa.

Todellisuudessa väkivallantekijä oli poliisin hallussa jo kello 16.05, eli liki samanaikaisesti, kun saavutimme sopimamme tulokynnyksen. Poliisilla oli kuitenkin niin hektinen toiminta päällä, ettei tieto ensihoidon ja poliisin välillä kulkenut: poliisin toiminnassa luonnollisesti oli tärkeintä keskittää kaikki resurssit väkivallan pysäyttämiseen – eikä tilanteessa ollut lainkaan selvää sekään, kuinka monta tekijää tapaukseen liittyi, saati missä tekijä tai tekijät kullakin ajan hetkellä olivat. Jälkikäteen luin onnettomuustutkintakeskuksen raportista hätäkeskuksen kertoneen jollakin radiokanavalla yhden tekijän olleen kiinni. Tämä tieto ei kuitenkaan saavuttanut meidän yksikköämme – oletettavasti päällekkäisen radioliikenteen vuoksi. Olimme tehtävän loppuun saakka siinä käsityksessä, ettei tekijää ole saavutettu.

Edettyämme torille kohtasimme tekijän ensimmäisenä puukottaman henkilön. Useat sivulliset yrittivät antaa potilaalle asianmukaista ensiapua, mutta tämä oli jo kuollut. Tehtävissä ei

Käsitys kokonaiskuvasta oli hatara.

ollut muuta kuin kehottaa parhaansa yrittäneitä sivullisia lopettamaan uhrin ensiavun. Tilanne oli absurdi. Torihulinassa elettiin päällisin puolin aivan normaalia arki-iltapäivää. Näytti siltä, ettei kukaan paikallaolijoista, muutamaa ensiapua antanutta lukuun ottamatta, ollut lainkaan tietoinen vieressä tapahtuneesta massamurhan yrityksestä. Jälkikäteen olen pohtinut nopean teräaseiskun tosiaan toimivan näin: pieni teräase on hiljainen ja huomaamaton. Jos tekijä vaihtaa paikkaa nopeasti, ei tiuhaan toistuvia, äänettämiä mutta tuhoisia iskuja ja viiltoja ehdi nähdä monikaan henkilö, ennen kuin tekijä on jo kaukana. Yllättävät, riittävän tarkkaan suunnatut iskut sopivan kokoi-

sella teräaseella riittävät muutamassa sekunnissa aiheuttamaan kuolettavat vammat.

Tiesimme alueella tapahtuneen useita puukotuksia ja ainakin yhden ampumisen – mutta emme tienneet tarkalleen missä potilaat olivat. Niinpä lähdimme etenemään torilla kohti niitä pisteitä, joissa hätäkeskus oli vähän aiemmin ilmoittanut puukotuksia tapahtuneen. Oma yksikkömme oli tapahtumapaikalla kenttäjohtoyksikön jälkeen ensimmäinen varsinaiseen potilashoittoon tarkoitettu yksikkö, joten lähdimme etsimään potilaita. Samanaikaisesti, noin kello 16.10, kenttäjohtoyksikkö antoi varsinaisen ennakoilmoituksen saatavilla olevin tiedoin. Käsitys kokonaiskuvasta oli hatara. Kokonaispotilasmääräksi arvioitiin noin kymmenen, joka lopulta pitikin yllättävän hyvin paikkaansa.

Kohtasimme kauppatorilla ensimmäisenä kohtaamamme vainajan lisäksi kolme muuta puukotettua. Yksi vakavasti kaulaan puukotettu tajuton potilas, jonka primaariarviossa oli todettavissa merkittävät poikkeamat sekä välittömän vuodon (c), ilmatien (A), hengityksen (B), verenkierron (C) että tajunnan (D) osalta. Teimme havaittuihin poikkeamiin välitöntä hoitoa vaativat toimet, jonka jälkeen potilaalle järjestyi kuljettava yksikkö. Kahdella muulla kauppatorilla kohtamallamme potilailla ei ollut selvää poikkeamaa cABCD:n osalta, mutta kummallakin oli vammoja, jotka mekanismin perusteessa saattoivat olla hengenvaarallisia. Toiselle näistä potilaista järjestyi kyyti paikalle saadulla ensihoitoyksiköllä, mutta toisen kohdalla kuljetus oli hetkellisesti ongelma. Meillä oli käsissämme hyvävointinen, mutta kriittiselle kehon alueelle lävistävän vamman saanut potilas – eikä tietoaakaan kuljettavasta yksiköstä, jolla potilaan olisi voinut saada ripeästi sairaalaan. Yksikkömme lentäjä ehdotti potilaan laittamista taksiin: taksitolppa oli vain muutama kymmenen metrin päässä. Niinpä päätimme edetä soveltaen: pyysimme taksin paikalle, panimme potilaan kyytiin ja pyysimme taksikuskia ajamaan lyhintä reittiä yliopistosairaalan ambulanssioville. Kyseisellä hetkellä parhaan käsityksemme mukaan ensihoitoyksikkökapasiteetti oli selvästi miinuksella. Kokonaiskuva oli edelleen sekava, kokonaispotilasmäärästä ei ollut mitään tietoa – eikä sen paremmin seuraavaksi saatavilla olevasta ensihoitoyksiköstäkään. Hengenvaarallisella mekanismilla puukotettu potilas toki tulisi kuljettaa sairaalaan ensihoitoyksiköllä, mutta tuossa kokonaistilanteessa taksikytyt näyttäytyi järkevimpänä taktiikkana.

Saatuamme kauppatorilta viimeisimmän potilaamme taksiin, olimme tilanteessa, jossa emme tienneet mistä löytäisimme mahdolliset loput loukkaantuneet. Emme ehtineet olla minuuttiakaan toimettona, kun hätäkeskus jo ilmoitti parin korttelin päässä Puutorilla olevan useita loukkaantuneita: kaksi puukotettua ja yksi ammuttu. Saimme kenttäjohtajalta hyväksynnän siirtyä Puutorille hoitamaan tilannetta. Samanaikaisesti tehtävään oli saatavissa kolme ensihoitoyksikköä, jotka niin ikään siirtyivät uuteen kohteeseen. Vasta tässä vaiheessa meille selvisi epäillyn puukottajan olevan Puutorilla kiinniotettuna – ja että hätäkeskuksen ilmoittama ampuminen tarkoitti poliisin epäiltyä tekijää kohti ampumaa laukausta.

Saavutettuamme tämän viimeisen kohteen, yksiköllämme oli enää kaksi potilasta: lievästi loukkaantunut henkilö, ja poliisin jalkaan ampuma epäilty. Poliisi oli ohjannut kyseisellä paikalla vakavimmin loukkaantuneen henkilön suoraan ensimmäiseksi paikalle ehtineeseen ensihoitoyksikköön, joka oli todennut potilaalla olleen vakavan akuutin vuodon ja tehnyt load & go – tyyppisen lähdön sairaalaan. Kummankin paikalla edelleen olleen potilaan osalta lääkäriyksikön tehtäväksi jäi lähinnä tilanteen toteaminen. Olennaisesta ensihoidosta poliisi oli tehnyt tärkeimmän: asettanut kiristyssiteen riittävän kireälle ampumahaavasta vuotavaan raajaan. Tässä vaiheessa hälytyksestä oli kulunut 24 minuuttia, ja oma yksikkömme oli kohdannut kuusi potilasta.

Tapaus oli malliesimerkki ensihoidon tehtävästä, jossa vajavaisen tilannetiedon, epämääräisen uhkakuvan, resurssipulan ja aikakriittisen toiminnan vaatimusten vuoksi toiminta tulisi supistaa vähimpään tarpeelliseen. Lisäksi toimijoiden tulisi huomioida olevansa jatkuvasti potentiaalisen uhan alla. Toisin sanoen meidän tulisi havaita nopeasti ne potilaat, joille on hoidon osalta tehtävissä jotain todistetusti ennustetta parantavaa: jotain, jolla lopettaa ulkoinen vuoto; jotain, millä avata ilmatie tai tukea vamman vaikeuttamaa hengitystä ja jotain, jolla estää verenkierron romahtaminen ja potilaan jäähtyminen. Kaikki tämä pitäisi toteuttaa altistaen potilas ja auttavat mahdollisimman vähäiselle uhalle. Jos se ei ole mahdollista, pitää toimintaa edelleen priorisoida siten, että potilaille saadaan mahdollisimman suuri hyöty mahdollisimman pienellä riskillä. Idean toteuttaminen vaatii toiminnan priorisointia uhkakuvan mukaisesti, riippuen

siitä toimimmeko välittömän uhan alla, epäsuoran uhan alla – vai uhalta suojattuna. Tämä toimintaperiaate – tai täsmällisemmin sanottuna taktiikka – on viisasta silloin, kun meillä ei ole tarjota maksimaalista jatkuvaa huomiota yksittäisille potilaille.

Taktisen ensihoidon teoria perustuu pitkälti toiminnan vaiheistamiseen uhan ja resurssipulan vaatiman priorisoinnin mukaan. Jokainen ensihoidon piirissä toimiva joutuu toisinaan tällaiseen

Poliisin toiminnassa oli tärkeintä keskittää kaikki resurssit väkivallan pysäyttämiseen.

tilanteeseen, minkä vuoksi taktisen ensihoidon periaatteita on aloitettu opettamaan kaikille ensihoidossa toimiville. Mallia kutsutaan nimellä ”Tactical Casualty Emergency Care” (TECC). Nimi on eksoottinen, mutta tarkoittaa vain tutujen toimintamallien priorisointia uhka-asteen ja resurssipulan mukaisesti.

Ensihoidon taktiikkavalintaan vaikuttavat rajoitteet saattavat realisoitua myös sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla. Ei olisi hullumpaa pohdita mielessään ja sanoittaa paperille miten olisi syytä toimia, jos päivystyspoliklinikkaan kohdistuu suora tai epäsuora uhka – tai jos resurssit ylittyvät siten, että jokaiselle potilaalle voidaan tarjota vain kaikkein välttämättömimmät hoidot tai tutkimukset. Toiminnan vaiheistaminen uhan tai resurssipulan määräämänä onnistuu vain, jos se on ohjeistettu ja harjoiteltu etukäteen. Sairaalamailma tarvitsee oman sovelluksensa TECC:stä. ■