



Tässä lehdessä: | Tarveharkinta poistuu lupamenettelystä
– SSK vastustaa ja vaatii myöntämisperusteeksi alan kokemusta
| Syyskokous Jyväskylässä | Kaksi artikkelia huumeista
| Asiaa ensihoidosta Ruotsissa

3.2009 ambulanssi

Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n valtakunnallinen ammattilehti



Mercedes-Benz

Moneen lähtöön. Vito.

Mercedes-Benz Vito on valmiina nopeisiin lähtöihin. Vakiovarustuksena oleva viimeisen sukupolven ESP®-ajovakauden hallintajärjestelmä optimoi auton hallinnan ääritilanteissa, kuten kaarreaajossa liuk-

kaalla pinnalla. Uusissa CDI-dieselmootoreissa tehoa riittää turvallisiin ohituksiin ja lisävarusteena saatavissa oleva automaattivaihteisto mahdollistaa turvallisen ohjaamisen.



Muutosten myllerryksessä

Syksyn sateessa ja tuulessa voi todeta, että sää on syksyisin tällainen, mutta toivoisi, että lakiuudistusmyllerryksen tuuli hieman laantuisi. Liiton syyskokous/opintopäivät pidettiin Jyväskylässä yhteistyössä SEHL:n kanssa ja kaikki siellä mukana olleet voimme todeta, että järjestelyt onnistuivat hyvin, vaikka osallistujien lukumäärä olisi voinut olla suurempi.

Onnittelut koko liiton uudelle hallitukselle, joka valittiin vuodeksi 2010 ja varsinkin II puheenjohtaja **Claus Harju-Jeantylle**, joka jatkaa vielä uuden kaksivuotiskauden. Onnittelut vielä kerran myös **Heinäveden Sairaankuljetus Ky:lle**, joka valittiin vuoden 2009 sairaankuljetusyritykseksi.

Uusi terveydenhuoltolaki oli syyskokouksen ja koko viikonlopun tärkein keskustelunaihe. Myös luentojen yksi aihe käsittelee lain tulevaisuutta ja siinä sivussa ministeri **Risikon** syyskuussa esittämää aluemallia. Samana viikonloppuna esiteltiin julkisuudessa myös toista, maakuntarajoihin perustuvaa mallia. Tätä kirjoitettaessa emme vielä tiedä mallien tarkkaa sisältöä, emmekä sitä, kumpaa ryhdytään toteuttamaan käytännössä.

Varmaa kuitenkin on, että muutokset toimintakentällä tulevat jatkumaan, mutta samalla ollaan toivottavasti luomassa parempia edellytyksiä yrittämiselle seuraavan parin kolmen vuoden aikana. Meidän on jatkossakin varauduttava muutoksiin mm. lainsäädännön muuttuessa, mutta myös muilta osin. Toimialamme rahoituskysymykset ja monet muut asiat tulevat muuttamaan lähivuosina.

Luotan kuitenkin siihen, että yksityiset sairaankuljetusyritykset menestyvät uusissa olosuhteissa hyvin. On tietysti ajoissa

sopeutettava toiminta tuleviin muutoksiin. SSK ry:n on oltava mukana kaikessa kehitystyössä, jota nyt tehdään tämän hallituskauden aikana kaikilla kunnallisilla ja valtiollisilla tasoilla. Se on elinehto yksityiselle sairaankuljetukselle.

Tarveharkinta poistuu lupamenettelystä – SSK vastustaa ja vaatii myöntämisperusteeksi alan kokemusta

Kuten kaikki alasta kiinnostuneet jo tietävät, sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt esityksen, jonka tavoitteena on saattaa sairaankuljetuslupia ja sairaankuljetusajoneuvojen käytön korvaustaksan vahvistamista koskeva sääntely sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön piiriin. Tavoitteena on ensihoitoon kuuluvan sairaankuljetustoiminnan korkean hoidollisen osaamisen varmistaminen.

Ministeriön esityksessä ehdotetaan lakiin ja asetukseen sisällytettäväksi säännökset sairaankuljetuslupan myöntämisestä. Luvan myöntämisen edellytykset painotuisivat hoidolliseen asianmukaisuuteen ja potilasturvallisuuteen, mitä voidaan terveydenhuoltoon kiinteästi kuuluvan sairaankuljetuksen osalta pitää ensisijaisena. Luvan myöntämisedellytyksinä olisivat jatkossa asianmukainen sairaankuljetusajoneuvo ja sen varustus sekä asianmukainen koulutus toimintaan osallistuvilta henkilöiltä. Lupaviranomaisen olisi myönnettävä lupa, jos hakija, henkilökunta ja kalusto täyttävät laissa säädetyt edellytykset. Luvan myöntäminen ei jatkossa perustuisi tarveharkintaan.

Ministeriö esittää, että terveydenhuollon palveluiden lupamenettelystä ei sovelleta tarveharkintaa, vaan luvan myöntäminen

perustuu ainoastaan palveluntuottajalta edellytettävien laatuvaatimusten täyttämiseen. Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukaisen luvan myöntäisivät Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto sekä lääninhallitukset. Luvan myöntäisi ainakin alkuvaiheessa sen läänin lääninhallitus, jossa liikenteenharjoittajan asemapaikka on. Useamman kuin yhden asemapaikan omaavalle luvan myöntäisi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Esityksen tavoitteena on toteuttaa yhtenäinen lupamenettely koko maassa. Muutoksen jälkeenkin sairaankuljetuslupa oikeuttaisi harjoittamaan ko. toimintaa koko maassa Ahvenanmaata lukuun ottamatta.

Lupaviranomaisella tulee olla riittävät ja tosiasialliset mahdollisuudet puuttua epäasianmukaiseen sairaankuljetustoimintaan. Sairaankuljetusajoneuvojen korvaustaksojen vahvistamisesta säädettäisiin ehdotuksen mukaan sairausvakuutuslaissa vastaavasti kuten muidenkin erityisajoneuvojen korvaustaksojen vahvistamisesta takseja lukuun ottamatta. STM vahvistaisi esimerkiksi liiton esityksestä sairaankuljetusajoneuvojen korvaustaksat asetuksella, jota tarkistettaisiin tarpeen mukaan yleistä kustannuskehitystä vastaavasti.

Tarveharkinnan poisjättäminen tulee liiton mielestä jatkossa vaikuttamaan negatiivisesti sairaankuljetustoimintaan. Tietynasteisen tarveharkinnan jättäminen uuteen lakiin olisi erityisen tärkeää sairaankuljetuksen laadullisen tason ja turvallisuuden ylläpitämiseksi myös jatkossa. Kyseessähän eivät ole bulkkikuljetukset, joissa nopean voiton tavoittelijat tulevat sesonkiluonteisesti ajamaan sinne, missä on kapasiteettivajetta, tai missä olisi milloinkin taloudelli-



sesti hyvä olla hetkellisesti mukana. Sairaankuljetuksessahan on kyse pitkäjänteisestä toiminnasta, jonka rakentaminen hyväksi toimivaksi järjestelmäksi kestää kauan, jopa kymmeniä vuosia.

SSK ry katsoo, että tavoitteet ehdotuksessa ovat hyvät, mutta siitä jäävät puuttumaan keinot, joilla niihin päästäisiin. Jotta tavoitteisiin päästäisiin, SSK ry on ehdottanut, että lakiin/asetukseen määrätään luvan saamiseksi tietty kokemusvaatimus sairaankuljetuksesta ja yrittäjätoiminnasta, esimerkiksi viisi vuotta. Kokemusvaatimus kohdistuisi uusien lupien myöntämistilanteessa toiminnasta vastaavaan johtajaan. Tällä tavoin varmistettaisiin, että yritysellä on käytännön mahdollisuus selvittää sairaankuljetustoiminnasta uskottavasti. Pidemmällä aikavälillä ehdotamme yrittäjätoimintakoulusta osaksi lupavaatimuksia. Saamiemme viimeisten tietojen mukaan esitöissä on liiton pyynnöstä tehty viimehetken rajoituksia vastaavan johtajan riittävästä kokemuksesta. Tarkkaa aikarajaa ei kuitenkaan olisi määrätty, vaan yleisen käytännön mukaan se olisi noin kaksi vuotta. Laki tulee voimaan 3.12.2009.

Näillä sanoilla toivotan hyvää syksyä ja talven alkua positiivisin mielin.

Mikael Söderlund, toiminnanjohtaja

Yksityisen ensihoitopalvelun asema tulevaisuudessa

Uutta terveydenhuoltolakia sorvataan par'aikaa ministeriössä virkamiesten toimesta. Tahot, joita laki tulee koskettamaan, yrittävät paimentaa parhaansa mukaan valmistelutyötä ja kerätä tietoa sen sisällöstä ja aikataulusta. Me olemme liittona muiden mukana sitä viimeistä tietoa kalastelemassa. Tietoa tiheä, huhumylly jauhaa, päivämäärät muuttuvat ja elävät. Esitetään mallia mallin perään. Mallien hyvyttä tai kelvottomuutta pohtivat eri virkamiesryhmät ja antavat sen jälkeen lausuntojaan. Tällä hetkellä ei ole muuta varmaa kuin se, että uusi laki tulee, mutta ajankohdasta ei ole suoranaista varmuutta. Valmistelussa on jo ollut monta varmaa "viimeistään" päivää, mutta edelleen se varma viimeinen päivä on epäselvä. Nämä samat terveiset tulevat myös laivaseminaarista, jossa ei esille tullut lainvalmistelun osalta sinällään mitään uutta. Muutoin seminaarin ohjelma ja luentojen sisällöt tarjosivat ensihoitokentän nykyhetkestä monipuolista pohdittavaa kuten myös uutta näkökulmaa ja eväitä tulevaisuuteen.

Pärjäämmekö jatkossa?

Vastaus yllä olevaan lyhyeen kysymykseen on, että pärjäämme, mutta emme kuitenkaan samoin keinoin ja eväin kuin tähän saakka ja tällä hetkellä. Eräs etumme on toiminnan maantieteellinen kattavuus. Yrityksiä on 160 kautta maan ja verkottuessaan

ne pystyvät tavalla tai toisella huolehtimaan tämän maan ensihoitopalveluista hyvin kattavasti. Jatkossa yritysten määrä tulee pienemään, mutta yrityskoko suuremman. Tällä hetkellä yksityisiä ambulansseja alkaa olla lähes 400 ja sillä määrällä edetään pitkälle, kunhan sen ympärille rakennetaan hyvä ja toimiva, laajemman alueen tarpeisiin vastaava organisaatio. Tämä vaatii uudenlaista ajattelutapaa ja ikäväksemme myöskin luopumista vuosikymmenien aikana opitusta toimintakulttuurista. Ajattelutapa koskee enemmän yrityskulttuuria kuin toiminnan sisällöllistä muutostarvetta, sillä nykyisinkin jo palvelemme laajapohjaisesti toiminta-alueitamme. Palvelumme kattaa mm. terveyskeskustyöskentelyn, turvapuהלinpäivystykset, kotihoidon erilaiset tehtävät ja yöpartioinnin, eikä siinä vielä kaikki. Tämä osoittaa jo nyt, että olemme valmiit mukautumaan edessä oleviin uusiin haasteisiin ja meille esitettyihin palvelutarpeisiin ensihoitopalvelun ohessa.

Eräs merkittävä etumme on hallinnon keveys ja samalla sen joustavuus. Pienet hallintokulut mm. tekevät palveluistamme myös edullisia. Kevyellä hallinnolla pystymme reagoimaan nopeasti äkilliseen lisä palvelutarpeeseen ja vastamaan kysyjälle, kykenemmekö tuottamaan vaaditun palvelun esitettyllä tavalla. On yhdentekevää, koskeeko asia hetkellistä kaluston, työntekijän, vai

jonkin tilapäisen palvelun toimittamista. Jatkossa, vaikka organisaatiot tulevat laajenemaan, on merkittävää pitää päätöksentekoa mahdollisimman lähellä palvelun ostajaa ja loppukäyttäjää, eli kuntalaista. Isomassa yrityskoossa on tulevaisuudessa merkittävää, säilyykö kosketus paikallisuuteen. Ensihoidon paikallisuus ja lähipalvelun luonne on tällä hetkellä meidän tärkeä ja merkittävä voimavaramme, ja siksi se pitää säilyttää myös tulevaisuudessa. Yrityksen muuttuessa kasvottomaksi kansalliseksi tai jopa ylikansalliseksi byrokratiaksi, jolloin toimiva johto käy vuoden välein esitelmässä toimintaa pylväinä ja käyrinä, on paikallisuus menetetty. Sen myötä tulemmekin menettämään liian paljon nykyisestä laatu-tasostamme.

Koulutustason nostaminen ja täydentävä jatkokoulutus tulee korostumaan jatkossa, jos ensihoidon oheen rakennetaan uutta kokonaisterveyttä ylläpitävää toimintaa. Visio siitä, että toiminta keskittyy yhä vähemmän kuljettamiseen, jolloin potilas jää hoitajakontaktin jälkeen turvallisesti kotiin odottamaan aamua ja kotihoidon tai kotisairaanhoidon henkilöstöä, edellyttää laajempaa tietoa ja taitoa potilaiden terveyden ja sosiaalisen tilan hallinnassa. Tällä hetkellä 160 yrityksessämme tekee työtä yli 2000 henkilöä, jotka ovat liki sataprosenttisesti terveydenhuollon ammattitutkinnon suorit-



taneita. Se on meidän tulevaisuuden voimavaramme, jota ei voida ohittaa ja hukata minkäänlaisen lain valmistelussa. Meidän tulee työnantajina nähdä jatkossa tarpeelliseksi niin henkilöstömme kuin itsemme kannalta lisä- ja jatkokouluttaminen mahdollisiin muuttuviin tarpeisiin terveydenhuollossa. Peruskoulutuksemme taso antaa siihen hyvät lähtökohdat, jos motivaatio on kohdallaan. Lienee tarpeellista yhä korostaa hallittua osaamistason nostamista koko toimija- ja toimintakentässä.

Suurin riskimme menestymisellemme on, että uhraamme rajalliset voimavaramme muutosvistarintaan, jolloin emme näe ympäröivän yhteiskunnan muuttuvan ja muuttavan toimintaympäristöämme. Muutos on väistämätön, joten parempi on pyrkiä ohjailemaan muutosta sellaiseen suuntaan, jossa meillä on edellytyksiä olla mukana ja menestyä.

Hyvää etenevää syksyä ja alkavan talven odotusta

Teuvo Kontio, puheenjohtaja

SSK:n syyskokouksessa kuunneltiin tarkasti uutisia terveydenhuoltolaista

Suomen Sairaankuljetusliitto (SSK) ry ja Suomen Ensihoitoalan Liitto ry (SEHL) pitivät yhteisen opintopäivän 11.9.2009 Jyväskylän Laajavuoressa, jonka jälkeen molemmat järjestöt eriytyivät pitämään omia syyskokouksiaan. SEHL:n opintopäivät jatkuivat lauantaina 12.9. SSK:n kokouksen tärkeimmäksi asiaksi nousi odotetusti terveydenhuoltolain valmistelun silloinen tilanne. Asiaa käsiteltiin jo perjantain opintopäiväluennoissa.



Puheenjohtaja **Teuvo Kontio** kuvaili syyskokouksen alussa terveydenhuoltolain valmistelussa esiin tulleita näköaloja, joita tuolloin olivat sekoittaneet valtakunnanpolitiikan ristiriitaiset tuulenpuuskat. Ne olivat saaneet myös huomattavaa mediajulkisuutta ja puhuttaneet koko terveydenhuoltoa.

- Lakia on nyt valmisteltu kaksi vuotta ja joka tapauksessa se etenee kohti voimaan astumistaan, Kontio luonnehti. Hän sanoi siihen asti asennoidut sairaanhoidon topiirivetoiseen järjestämismalliin, joka johtaisi ensihoitopalvelutkin pois kuntien vastuulta.

Peruspalveluministeri **Paula Risikko** oli hiljattain tuonut tutkittavaksi uuden sosiaali- ja terveydenhuoltoalueisiin pohjautuvan mallin. Kontio arvioi kyseisen järjestelyn voivan toteutua vasta vuosien 2017–2020 aikana, jos se otetaan tavoitteeksi sairaanhoidopiirimallin sijalle.

Syyskokouksen aikoihin ei kuitenkaan mistään ollut vielä varmuutta, koska Risikon esityksen lisäksi julkisuudessa oli esiintynyt vielä kolmaskin vaihtoehto, maakuntarajoihin perustuva terveydenhuollon hallintomalli. Risikon mallia oli kuitenkin lähdetty tutkimaan ministeriön virkamiesten toimesta. Asiaan piti tulla lisävalaistusta tämän lehden ilmestymisen aikoihin.

Risikon mallissa järkeväksi väestöpohjaksi esitettiin 40 000–80 000 asukasta. – Siitä yli menevällä väestöpohjalla toiminta ei olisi enää ekonomisesti hallittavissa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet muodos-



Kokousvirkaillijat työssään. Kuvassa vasemmalta Anssi Tuuliranta, Jussi Hyvönen ja Jari Määränen.

tettaisiin alue- ja keskussairaaloitten toiminta-alueittain. ERVA-alueiden tasolla hallinnoitaisiin vain lääkihelihoitotoimintaa. Tulevaisuudessa kunnat voisivat ostaa erikoissairaanhoidon palvelua myös muilta ERVA-alueilta kuin siltä, jonka alueella ne sijaitsevat. Kontio arveli, ettei vielä ole tietoa, missä määrin kunnat tulevat tätä oikeuttaan käyttämään.

Risikko on useaan otteeseen todennut, että koko maa täytyy pitää terveystalouden piirissä. SSK on muistuttanut monissa yhteyksissä, ettei ensihoitopalveluiden keskittäminen saa johtaa syrjäisempien alueiden jäämiseen ilman paikallista ambulanssia. Puheenjohtaja Kontio sanoi Jyväskylässä, että reuna-alueilla ovat palvelut jo nyt heikentyneet aluepelastuslaitosjärjestelmän myötä.

Kontio piti kuitenkin selvänä, ettei nykyinen toimintamalli tule terveydenhuollossa yleensä eikä ensihoitopalveluissa erikseen jatkumaan. Risikon yhtenä ponttimena esitykselleen oli ollut PARAS-hankkeen tyrehtyminen, vaikka kuntaliitoksia sinänsä on tehty paljon ja hallinnollisia rajoja muuteltu. Kuntien lukumäärä tulee jatkossa vähentämään entisestään.

Tällä hetkellä terveydenhuoltolain uskotaan tulevan voimaan vuonna 2011, jolloin alkaa sitä täsmäntävien asetusten valmistelu.

Sairaankuljetusluvut ja taksojen vahvistaminen sosiaali- ja terveysministeriölle

Kontio kertoi syyskokouksen osanottajille heitä konkreettisesti koskevia tietoja sairaankuljetuslupamenettelyn muutoksista. Lupahallinto siirtyy 3.12.2009 liikenne- ja viestintäministeriöltä sosiaali- ja terveysministeriölle. Samalla poistuu lupia koskeva tarveharkinta. Lupa myönnetään yrityksen toiminnasta vastaavalle johtajalle, joka raportoi vuosittain valvovalle viranomaiselle. Omissa lausunnoissaan SSK on esittänyt, että luvan saajille säädettäisiin viiden vuoden kokemusvaatimus alalta sekä myöhemmässä vaiheessa myös yrittäjäkoulutuksen suorittaminen. Luvat myönnetään toistaiseksi voimassa oleviksi, eikä määräaikaisiksi. Uuteen menettelyyn siirrytään

sitä mukaa kuin nykyiset luvat vanhenevat.

Taksat vahvistetaan jatkossa niin ikään sosiaali- ja terveysministeriössä. Taksojen korotukset perustuvat SSK:n ehdotuksiin, jotka pohjautuvat Tilastokeskuksen laatimaan ambulanssi-indeksiin.

Tulevaisuuden avoin kysymys on, vetäytyykö Kela mahdollisesti asiakaskohtaisesta korvausjärjestelmästä. Kokouksessa mainittiin tässä yhteydessä Ruotsin malli, jossa sairaankuljetus annetaan järjestettäväksi tietyille alueelle ja varataan sitä varten määräsomma, mitä ennen on tehty tasomääritys siitä, mihin rahan tulisi riittää. Mainittakoon, että Suomessa tullaan terveydenhuoltolain myötä käyttämään kattavana terminä sairaankuljetuksen sijasta ensihoitopalvelua.

Harju-Jeanty jatkaa II puheenjohtajana

Liiton II puheenjohtaja **Claus Harju-Jeanty** Espoosta valittiin jatkamaan mandaatillaan seuraavat kaksi vuotta. Asiasta ei keskustelua syntynyt.



Claus Harju-Jeanty valittiin jatkamaan SSK:n II puheenjohtajana.

Kokouksen puheenjohtaja **Jussi Hyvönen** veti esityslistalla olleet asiat rivakasti päätöksensä. Toisena puheenjohtajana toimi **Jari Määränen**, sihteereinä **Pasi Syrjälä** ja **Anssi Tuuliranta**. Pöytäkirjan tarkistajiksi valittiin **Kustaa Piha** ja **Harri Vaitinen**.

Antti Järvinen

SSK:n hallituksen jäseniksi valittiin seuraavalle toimikaudelle

(Mainittuna alueittain, ensin varsinainen jäsen ja oikealla varajäsen):

Uusimaa: Jan-Ove Paul, Vantaa	Tero Vainio, Vihti
Lounais-Suomi: Mika Hirvonen, Loimaa	Teuvo Arvola, Pöytyä
Pirkanmaa: Olli Silenius, Kangasala	Jali Smolander, Ikaalinen
Häme: Jukka Kontra, Padasjoki	Jyri Mäkinen, Hollola
Etelä-Savo: Jussi Naukkarinen, Juva	Maarit Tulla, Kangasniemi
Keski-Suomi: Kustaa Piha, Helsinki	Jari Määränen, Jämsä
Savo-Karjala: Juha Turunen, Tuusniemi	Mika Jetsonen, Vesanto
Pohjanmaa: Juha Tiainen, Lappajärvi	Timo Koivula, Kauhajoki
Oulun ja Lapin läänit: Aatos Manninen, Yli-Ii	Toni Långström, Siikalatva

Liiton puheenjohtajana jatkaa Teuvo Kontio Oulaisista. Toimikausi on katkolla vuoden kuluttua. Hallituksen varsinaisista jäsenistä ovat uusia Naukkarinen Turunen ja Piha (Med Group Oy), joista viimeainnitu valittiin Keski-Suomen edustajana.



Ensihoitopalvelu tulee... ja on jo osin todellisuutta



Terveydenhuoltolaki on ollut viimeisen kahden vuoden aikana myös sairaankuljetuspalvelun tuottajien keskeinen puheenaihe. Se on luonnollista, koska laki tulee vaikuttamaan alan toimijoiden tulevaisuuteen voimakkaasti. Vähiten ei lainvalmistelu ole puhuttanut Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n johtoa ja jäsenyrittäjiä. Tiedossa on ollut jo pitempään, että sopimukset ensihoitopalveluista tehdään tulevaisuudessa nykyistä suuremmille alueille, joiden hallintomuoto ei ole vielä ollut selvillä.

nassa tarvitaan myös kenttäjohtamisen tehostamista.

Ensihoitohenkilökunnan pätevyysvaatimuksia tultaneen täsmentämään asetuksella. Sitä ennen on palvelutasojen oltava määriteltyinä, jotta tiedettäisiin, mitä voidaan vaatia. Silfvastin mukaan koulutuskriteereillä ei ketään määritellä epäpäteväksi nykyisiin tehtäviinsä. Pätevyysvaatimusten täysimittainen käytäntöön soveltaminen tulee olemaan pitkän tähtäimen tavoite.

Ensihoitopalvelun haasteena ovat ikääntyvän väestön tarpeet. Tarkoituksena on siirtyä kuljetushakuisuudesta potilaan ohjaamiseen päiväaikaisiin palveluihin. Tätä varten tulee olla tarjolla riittävää hoidollista osaamista. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi pitäisi koko maassa päästä sähköisen ensihoitokertomuksen käyttöön. Silfvast sanoi, että ensihoidossa on kuljetukseen kannustava rahoitusmalli tullut tiensä päähän. Uuden rahoitusmallin tulee olla ensihoitopalvelua tukeva, ts. maksaa pitäisi kohteessa suoritettavasta hoidollista ammattiosaamista vaativasta toiminnasta ilman, että se automaattisesti johtaa kuljetukseen.



Laki täytäntöön viimeistään 2014?

Peruspalveluministeri **Paula Risikon** esittämässä hallintomallissa Suomessa olisi 40–60 sosiaali- ja terveysaluetta (SOTE). Jokaisen kunnan tulisi kuulua johonkin sosiaali- ja terveysalueeseen. Jokainen SOTE kuuluisi johonkin terveydenhuollon erityisvastuualueeseen. Erikoissairaanhoidon järjestettäisiin SOTE-alueittain siten, ettei ns. reikäleipäalueita syntyisi.

Lain lopullinen muoto sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestävästä tasosta oli auki 11.–12.9., mutta asiaan oli luvattu selvyttä tämän lehden ilmestymisen aikoihin. Järjestetäänkö palvelut sairaanhoitopiireittäin, sosiaali- ja terveyspiireittäin, vai mahdollisesti maakuntarajoittain, oli tätä kirjoitettaessa epäselvää. Tarkoitus on, että kunnat tekisivät tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen sen organisaation kanssa, jonka toimesta palvelut tullaan järjestämään. Varmaa on, että ensi-

hoitopalvelu tulee siirtymään kuntatasolta alueelliselle tasolle. Ensihoitopalvelut tulevat olemaan selkeä osa terveydenhuoltoa.

Lain voimaantumisen on virallisen tavoitteen mukaan tarkoitus tapahtua vuonna 2010. Käytännön toteuttaminen jatkuisi porrastetusti vuodesta 2011 vuoteen 2014. Silfvast arveli, että lakiteksti käytetään lausuntokierroksella vielä loka-kuun aikana.

Terveydenhuoltolaki on tarkoitus säätää palvelujen ”sisältölaiksi”, sen sijaan palvelujen järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevat säännökset kootaan yhteiseen Sote-lakiin (laki kunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä). Sitä koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle keuhkokuumeen 2010, jolloin se astuisi voimaan vuoden 2013 alusta.

Heijastevaikutuksia muihin lakeihin

Terveydenhuoltolaki johtaa muutoksiin myös eräissä muissa laeissa. Sairaankuljetuksen liikennelupien ja taksojen siirtymistä sosiaali- ja terveysministeriön päätösvaltaan on selostettu lehden alkuosassa SSK:n syyskokousta koskevassa artikkelissa (Laki yksityisestä terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä).

Hätäkeskuslain muutostarve koskee potilaan asemaa ja terveydenhuollon oikeutta saada tietoja hätäkeskuksen rekisteristä. Peruskysymys kuuluu, onko henkilö terveydenhuollon vastuulla oleva potilas siitä alkaen, kun hän tai joku paikalla oleva soittaa hätäkeskukseen. Säädosuudistuksella edellinen kysymys voidaan tehdä tarpeettomaksi ja ehkäistä tiedonkulun vaikeudet.

Silfvast sanoi, että sosiaali- ja terveystoimen tulee saada kiinteämpi rooli hätäkeskuksissa, mikä edellyttää, että niissä olisi paikalla ympärivuorokautinen sosiaali- ja terveysalan toimiala-asiantuntija. Toimiala-asiantuntija olisi mm. linkkinä ensihoitopalvelun kenttäjohtajiin. Tavoitteena on viranomaisten yhteinen kenttäjohtamis- ja tietojärjestelmä. Hätäkeskustoimintaan liittyvät toimintamallit yhdenmukaistetaan valtakunnallisesti. Uusi toimintatapa ja sitä tukeva uudistettu hätäkeskustietojärjestelmä otetaan käyttöön vuoteen 2015 mennessä.

Hätäkeskusten määrä on vastikään valmistuneen mietinnön mukaan tarkoitus vähentää kuuteen. Ne toimivat jatkossakin valtakunnallisen hätäkeskuslaitoksen alaisuudessa, mutta muodostavat yhden kokonaisuuden nykyisten erillisten keskusten sijaan.

Muutoksia on tulossa myös Meripelastuslakiin, jolloin tarkoituksena on kiinteystää meripelastustoiminnan ja terveydenhuollon yhteistyötä.

Antti Järvinen

SSK:n syyskokouksen aikana 11.–12.9.09 ei tiedetty, mikä tulee olemaan terveydenhuollon hallinnollinen kokonaisuus, jonka alaisuudessa ensihoitopalvelut tuotetaan. SSK:n ja SEHL:n opintopäivät alkoivat Jyväskylässä 11.9. yllilääkäri **Tom Silfvastin** luennolla terveydenhuoltolain valmistelun senhetkisestä tilanteesta.

Lainvalmistelun lähtökohtana on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteleminen yhtenä kokonaisuutena. Palvelun järjestämisvastuuta koskevaa sääntelyä pyritään selkeyttämään. Erityisvastuualueiden tehtäviä ja hallintomallia tullaan selkeyttämään. Tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen maantieteellisesti ja toiminnallisesti eheä kokonaisuus. Eräänä lähtökohtana on potilaan valinnanvapaus hoitopaikkansa suhteen. Asia liittyy koko EU-alueelle hyväksyttävään direktiiviin. Silfvast käytti luennossaan käsitettä ”kesämökkishow”, mikä tarkoittaa, että nykykäytännössä eri puolilla Suomea lomailevat mökkeilijät lähetetään herkästi hoitoon kotipaikkakunnilleen. Se aiheuttaa monenlaista lisätyötä ja kustannuksia sekä heikentää hoidon saumatonta jatkuvuutta.

Tavallisen terveyspalveluiden saajan kannalta laki helpottanee byrokraattisia ongelmia, kun perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta pyritään muodostamaan nykyistä yhtenäisempi kokonaisuus.

Sairaankuljetuksesta ensihoitopalveluun

Sairaankuljetustoiminnassa tullaan lain myötä totuttautumaan uuteen, jo osaltaan käytössä olleeseen terminologiaan. Sairaankuljetus on tähän saakka toiminut yläkäsitteenä ja ensihoito on käsitetty sen yhdeksi osaksi. Jatkossa puhutaan ensihoitopalvelusta, johon myös sairaankuljetus ja lääkinnällinen pelastustoimi sisältyvät. Ensi-

vastetoiminta on tarkoitus säätää osaksi terveydenhuoltoa ja ensihoitopalvelua. Silfvast kertoi, että tavoitteena on saada myös terveydenhuollolle oma kenttäjohtamisjärjestelmä.

Erityisvastuualueilla (ERVA) on tarkoitus tulevaisuudessa olla päivystävä ensihoitolääkäri. Käytäntö on jo osittain toteutunut, kun päivystävät helikopterilääkärit ovat omilla toimialueillaan olleet ensihoidon koordinoijina ja konsultteina.

Silfvastin mukaan myös suunnitellut potilassiirrot tulevat yhteisen hallinnon tai ainakin yhteisen koordinaation piiriin. Sillä pyritään kunkin alueen ambulanssien tehokkaampaan käyttöön ja turhien matkojen vähentämiseen.

VIRVE-pääkäyttäjien tehtävien on tarkoitus jatkossa olla suoraan sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla ja aluepääkäyttäjät tulisivat ERVA-alueiden palvelukseen. Tällä hetkellä VIRVE-verkostoa operoi Erillisverkot Oy.

Ensihoidolla tulee jatkossa olla palvelutasomääritykset ja erityisvastuualueille on tarkoitus luoda ensihoitokeskuksia. Kehitys kulkee kohti erikoissairaanhoidon päivystysalueiden ja niiden ulkopuolisen ensihoidon saumatonta yhtenäisyyttä. Tässä mielessä kehitys on jo joillakin alueilla johtanut konkreettisiin tuloksiin. Hoidollisen valmiuden korostuessa tähän saakka sairaankuljetukseksi kutsutussa toimin-

Ruotsalaisen ensihoitokulttuurin taustoja ja uusia näkymiä

Tämä artikkeli perustuu lähdeluettelossa mainittuun aineistoon sekä ylilääkäri **Juhana Hallikaisen** (Stockholms Prehospital Centrum) luentoön SSK:n ja SEHL:n opintopäivillä 11.9.2009 Jyväskylässä. Nykytilanteen hahmottamiseksi on syytä selvittää Ruotsin sairaankuljetustoiminnan varhaisempiakin vaiheita. Organisaation ja koulutuksen eroavuus suomalaisesta järjestelmästä tuo esille monta kysymystä, joihin seuraavasta saadaan osin vastauksiakin.

Ruotsissa on kussakin läänissä landstinget -niminen elin, josta Suomessa näytetään usein käytettävän suoraa käännöstä maakaräjät. Karäjistä ei kuitenkaan ole kysymys, vaan luottamus- ja virkamiehistöstä koostuvasta hallintoelimestä, jonka vastuualueeseen kuuluu sekä julkinen liikenne että terveydenhuolto. Ensihoidon osalta sama viranomaiskäsittelee sekä liikenteellisiä resurssikysymyksiä että hoidon tasoa. Kattavana nimikkeenä on jo kauan käytetty ambulanssihoitoa, eikä sairaiden kuljetusta, mikä on eri käsite ja organisoitu erillään.

Suomessa landstingetin järjestämät toiminnot on yleensä käsitelty suoraviivaisesti niin, että kyseessä ovat lääninhallinnon alaiset toiminnot. Tämä on lähinnä tulkintakysymys. Suomessa ollaan parhaillaan siirtymässä ensihoitopalvelujen alueelliseen hallintoon, vaikka viimeiseen saakka onkin ollut epävarmuutta hallinnon tasosta, eli siitä, minkä suruisille alueille ja väestöpohjille hallintomalli rakennetaan. Koska Ruotsissa on tähänkin saakka ollut läänikohtainen hallintomalli, on siellä myös ollut helpompaa määrittellä toimintatasot. Tämä ja yksinkertaisemmat koulutusmallit sekä -vaatimukset ovat mahdollistaneet sen, ettei ensihoitokäsitteistön sekamelska ole koskaan päässyt Suomen veroiseksi.

Koulutustaso nousi asteittain

Vielä 1970-luvun puolessa välissä ei ambulansseissa hoidettu potilaita, mutta vuosikymmenen lopulla alettiin järjestää seitsemän viikon kurssseja. Myöhemmin kurssia (ambulanssihoitaja) pidennettiin ja viime vuosikymmenen vaihteessa (1990–2000) pääsykriteeristö näytti tiukalta aina fyysisiä testejä myöten. Tuolloin otettiin tavoitteeksi, että jatkossa mahdollisimman monella olisi pohjana sairaanhoitajan koulutus.

Vielä 1990-luvulla riitti perushoitajan tutkinto lisättynä vuoden sairaalatyökokeuksella. Ambulanssihoitajan eriytymiskurssi kesti silloin 16 viikkoa.

Ruotsin ambulanssitoiminnan hallinto on siis tähän saakka poikennut suomalaisesta selkeytensä ja koulutusvaatimustensa vuoksi. Kilpailuttaminen oli heillä yhtä kiihkeä puheenaihe jo 1990-luvulla kuin Suomessaakin. Julkisen ja yksityisen ambulanssitoiminnan ero ei aina ole ollut niin itsestään selvä kuin Suomessa. Toki esimerkiksi tanskalainen Falck-konserni on alun perin ollut perheyrittäjä, mutta siitä kasvoi kansainvälinen pörssi-yhtiö ambulanssityön ja pelastustoimen saralle useisiin maihin. Tanskassa Falck on hoitanut selkeästi sellaisia tehtäviä, jotka meillä on käsitelty kuntien omaksi palveluntuotannoksi. Suomessaakin tosin eletään nyt murrosaikaa, jolloin kunnallisia palveluita ulkoistetaan runsaasti.

Falck, joka Suomessa tunnetaan ennen kaikkea turvapalveluistaan, on ollut aikojen mittaan erisuuruksilla mandaateilla mukana myös Ruotsin ambulanssitoiminnoissa.

Eräs Tukholman alueen suurimmista toi-

mijoista on ollut AISAB -niminen yhtiö, jonka nimi muodostui sanoista Ambulans i Stockholm AB. Ruotsalaista sairaankuljetusta yksityistettiin voimakkaasti vuonna 1993, jolloin AISAB perustettiin. Suurimaksi osakkeenomistajaksi osoittautui landstinget itse. Ennen ko. vuotta landstinget hoiti pääasiassa omana toimintanaan koko Tukholman ambulanssitoiminnot. Sillä oli suuri varikko Gröndahlissa, josta ambulanssit lähtivät ja jonne ne palasivat.

Ennen vuotta 1981 ambulanssitoiminta oli Tukholmassa keskittynyt pääosin palolaitoksille kunnes siirryttiin landstingetin suoraan järjestämään toimintaan. Sen jälkeen on tapahtunut liikumaa yksityisten palveluntuottajien suuntaan mm. silloin, kun kilpailutuksissa kiristettiin koulutusvaatimuksia.

Jo 1980-luvun lopulla sairaankuljetajaksi pääsemiseksi oli Tukholmassa tiukka seula. Vaaditun vähimmäiskoulutuksen lisäksi tuli selviytyä testeistä, jotka sisälsivät ajokokeen, kantamiskokeen ja haastattelun.

Kansallisuksien kirjo ensihoitopalvelunkin haasteena

Ruotsissa on Suomea pitemmät perinteet pakolaisten ja maahanmuuttajien vastaanottajana. Maahanmuuttajien määrät ovat suuremmat ja varsinkin Tukholman seudulla on nähty jo vuosikymmeniä eksoottisempi kansojen, kulttuurien ja kielten kirjo kuin Suomessa. Tämä on tietenkin asettanut uusia haasteita koko terveydenhuololle ja ambulanssityölle sen osana.

Tällä hetkellä Suomessa ja etenkin pääkaupunkiseudulla ollaan jo samalla tiellä Ruotsin kanssa. Potilailta on taustoja jokaisesta maanosasta ja täälläkin asuu yhdessä kaupungissa jopa sadan erilaisen kansallisuuden edustajia. Tähän on Ruotsissa totuteltu jo aikaisemmin, mutta ei ongelmitta sielläkään. Eri puolilta maailmaa kotoisin olevat potilaat reagoivat sairauksiin, niiden hoitoon ja kuolemaan eri tavoin. Tarvitaan siis hienotunteisuutta ja muiden kulttuurien tajua, missä avuksi on se, että myös maahanmuuttajien keskuudesta on ajan mittaan kouluttautunut Ruotsiin hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä.

Näissä puitteissa tänä päivänä

Ylilääkäri Hallikaisen luennoissa Jyväskylässä tuli esille monia alueellisia, hallinnollisia ja väestökäsitteitä, joiden puitteissa ensihoitopalvelua nykyisin kehitetään. Ruotsissa on 21 läänin, jotka hoitavat ensihoitopalvelunsa itsenäisesti (landstinget). Noin puolet palveluntuottajista on yksityisiä. Hallikaisen mukaan poliittinen trendi on vahvistamassa yksityistä palveluntuotantoa.

Tukholman läänin alueella (Suur-Tukholma) asuu noin kaksi miljoonaa asukasta, joista Tukholman kaupungissa noin 900 000. Maapinta-ala on 6519 neliökilometriä. Akuuttiambulansseja on 45 ja akutbilejä (henkilöauto) kaksi. Akutbil on valmiudessa ympäri vuorokauden, mutta se

ei ole kuljettava yksikkö. Hätäkeskuksella on ohjeet akutbilin primaarista hälyttämisestä, mutta se voidaan hälyttää myös jo kohteessa olevan ambulanssin avuksi. Akutbilissä työskentelee aina anestesia-sairaanhoitaja.

Lääkäreiden toiminnalla sairaalan ulkopuolisissa ensihoitotehtävissä ole samoja perinteitä kuin Suomessa, mutta nykyisin Tukholmassa päivystää lääkäriyksikkö klo 7–21. Anestesiahoitajalla varustettuja helikoptereita on käytettävissä 1–2.

Tukholmassa on seitsemän akuuttisairaala ja 12 geriatrista sairaalaa. Lisäksi on terveyskeskuksia ja perusterveydenhuollon palvelusopimuksia tehneitä yksityisvastaanottoja. Myös perusterveydenhuollolla on 3–4 autolla liikkuvaa päivystysyksikköä kattamassa lähes koko Tukholman läänin.

Ruotsi oli ensimmäisiä Euroopan maita, joissa otettiin käyttöön yleinen valtakunnallinen hätänumero. Vuodesta 1956 lähtien se oli 90 000 kunnes muuttui EU-aikana kansainväliseksi 112:ksi. Hätäkeskuksen (SOS-Alarm) toimenkuva on Tukholmassa ollut jo pitempään selvästi laajempi kuin suomalaisten verrokkien. Samasta numerosta on voitu hälyttää apua mitä moninaisimpiin inhimillisiin hätä- ja pulmatilanteisiin.

Hoitotasolla erikoistuneet sairaanhoitajat

Nykyistä koulutusrakennetta Hallikainen kuvasi mm. siten, että ensihoitaja vastaa Ruotsissa tärkeitä perushoitajaa (tai lähihoitajaa, toimittajan huom.). Tällä ammattiryhmällä ei ole lääkkeenanto-oikeutta. He toimivat pääasiassa kuljettajina ja tämän ammattiryhmän koulutus on vähenemässä.

Hoitotasolla työskentelevät erikoissairaanhoitajat. He saavat ambulanssihoitoon 2–3 lukukauden täydennyskoulutuksen – Hallikaisen mukaan lyhyen työkokemuksen jälkeen. Täydennyskoulutuksen voi suorittaa etäopiskeluna tai työn ohella. Koulutusaikana jokaisella on oma ohjaaja.

Ruotsissa ensihoidon työntekijät saavat jatkuvaa täydennyskoulutusta kymmenenä päivänä vuodessa. Osa on palveluntuottajien sisäistä koulutusta, osa lääketieteellistä ja kaikille yhteistä. Tarpeellinen ja Suomessakin joillakin alueilla jo kauan toteutettu menetelmä tietotaidon ylläpitämiseksi on ns. visiteeraus. Ts. sairaaloiden ulkopuolisissa ensihoidossa työskentelevillä on rajoitettu mahdollisuus verestää taitojaan sairaaloissa. Elvytystesteihin he joutuvat joka vuosi.

Ns. konseptikursseja järjestetään ensihoidon työntekijöille seuraavasti.

PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*), jonka on käynyt noin 90 % Tukholman ensihoitajista

AMLS (*Advanced Medical Life Support*)
PEPP (*Pediatric Education for Prehospital Providers*), joka on vasta alkamassa ja johon on saatu koulutus- ja oikeudet syksyllä 2008.

Viranomaisverkko vasta tulossa viestinnän tehostajaksi

Hallikaisen luennoista kävi selvästi ilmi, että Ruotsissa on ensihoitajien työturvallisuuskysymyksiin kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Tosin sairaaloissakin on parempi valmius kemikaalionnettomuuksien varalle kuin Suomessa.



Juhana Hallikainen on suomalainen anestesia-lääkäri, jolla on ensihoitokokemusta mm. Medi-Helistä. Ruotsin ensihoitoa hän on ollut kehittämässä vasta lyhyen ajan.

Jokaisessa ambulanssissa on kemikaalisuojaimet ja henkilökohtaiset valtion (sosiaalihuollon) kustantamat suojanamarit. Ensihoitohenkilöstölle järjestetään peruskursseja ja harjoituksia joka vuosi toiminnasta kemikaalionnettomuuksissa.

Eri lääneissä on erilaisia johtamisjärjestelmiä suuronnettomuuksien varalle. Tukholmassa ovat kaikki ensihoitajat käyneet kahden tai neljän päivän johtamiskurssin em. tilanteiden varalle. Seitsemällä nimetyllä yksiköllä on monipotilastilanteiden johtamisvalmius ja vain lääkäriyksikön paikalle tulo voi muuttaa tilanteen johtamisvastuun. Hallikaisen mukaan yhteistyö pelastusviranomaisien kanssa on huomattavasti parempi kuin Suomessa.

- Eri toimijat on suuronnettomuuksissa merkitty hyvin ja tunnistelivejä ja -kypäriä myös käytetään, sanoi Hallikainen.

Radiokalusto on luennon mukaan toislaiseksi alkeellista, mutta Ruotsiinkin on tulossa viranomaisverkko, jonka nimilyhenne on RAKEL.

Henkinen huolto on ensihoidon työntekijöille järjestetty hyvin. Vaikeat tilanteet puretaan heti työporukassa keskustelemalla. Tarvittaessa kutsutaan paikalle palveluntuottajan oma henkisen tuen valmiushenkilö. Työntekijällä on oikeus saada traumaattisten tilanteiden jälkeen vapaata ongelmitta neljä päivää.

Katset ensi vuoteen

Ruotsiin on tulossa valtakunnalliset ensihoito-ohjeet vuonna 2010. Jokaisen läänin ensihoidon vastuulääkäri on mukana niiden suunnittelussa. Tavoitteena on saada hoito-ohjeista 80 % yhdenmukaisiksi koko Ruotsissa.

Työntekijöiden työaika vaihtelee lääneittäin ja palveluntuottajittain. Tavallisin on epäsäännöllinen kolmivuorotyö. Hallikainen kertoi, että enää on hyvin harvassa yksiköitä, joissa tehtäisiin 24 tunnin työvuoroja.

Antti Järvinen

KIRJALLISIA LÄHTEITÄ

Järvinen Antti:
Hallinnollista keskittämistä Ruotsin sairaankuljetuksessa; Systole 4/1987.
Päivystyskulttuuria tukholmalaisittain – kaikkeen on varauduttu; Systole 4/1996.
Sairaan kuljetuksen järjestelyt Tukholman läänissä – yksityistämistä ja luovia ratkaisuja; Systole 5/1996.
Ruotsalainen ambulanssihoito kiinteä osa terveydenhuoltojärjestelmää – opetusta ei silti monopolisoitu; Systole 5/1998.
Tukholman ensihoidon kärki liikkuu henkilöautolla; Systole 2/2001.
Pietilä Leif: Parin miljoonan ihmisen hätä välittyy Tukholman ahk:ssa auttajille; Systole 2/1993.

Vuoden sairaankuljetusyritykseksi Heinäveden Sairaankuljetus Ky



Vuoden sairaankuljetusyritykset Jani Puustinen ja Allan Kettunen ottamassa vastaan nimitystään puheenjohtajaksi Teuvo Kontioltta. Takana hymyilevät II puheenjohtaja Claus Harju-Jeanty (keskellä) ja toiminnanjohtaja Mikael Söderlund.

SSK:n syyskokouksessa julkistettiin vuoden sairaankuljetusyritys, jonka liiton hallitus oli valinnut sille tulneiden esitysten perusteella. Heinäveden Sairaankuljetus Ky on perustettu 25 vuotta sitten ja sen osti vuonna 1993 **Allan Kettunen**. Yhtiökumppaneista **Pasi Puustinen** tuli mukaan vuonna 1997 ja **Jani Puustinen** vuonna 2003. Yksi keskeinen toimintaperiaate ilmeni Allan Kettusen puheenvuorosta Jyväskylässä. – Tärkeää on muiden toimijoiden ja yhteistyökumppanien arvostaminen, ei niinkään arvosteleminen.

Heinäveden kunta on kokonaisuudessaan maaseutualue, jossa on runsaasti vesistöä. Asukkaita on hieman yli 4000. Yrityksen hoitamat ja kuljettamat potilaat ovat suurelta osin iäkkäitä, sillä Heinävedellä kuten muuallakin maaseudulla väestön ikärakenne on muuttunut vanhusvoittoisemmaksi. Kunnan erityispiirteinä ovat Valamon ja Lintulan luostarit, jotka vetävät varsinkin kesäaikana paljon vierailijoita koko Suomesta ja ulkomailta. Kesäaikana kunnan asukasluvu kaksinkertaistuu runsaan mökkiasutuksen seurauksena.

Yrityksellä on kaksi ambulanssia, jotka tekevät yhteistyötä lääkärihelikopteri Ilmarin ja Heinäveden VPK:n kanssa.

Meillä eivät nämä tehtävät ole sellaista ruutukaava-ajoa kuin kaupungeissa, painottaa Kettunen ja kertoo potilas-kontaktien olevan melko pitkiä, ovathan matkatkin kymmenien kilometrien pituisia. Kunta kuuluu Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymään, mutta kuljetuksia tulee Joensuussa sijaitsevan keskussairaalan lisäksi myös KYS:iin Kuopioon ja Savonlinnan keskussairaalaan.

Yrittäjävetoista toimintaa

Kettusen ja Puustisten oma työpanos yrityksessä on ratkaiseva, mutta palkkalistoilla on muitakin asianmukaisen kou-

lutuksen saaneita työntekijöitä. Savonlinnasta kotoisin oleva Kettunen on Turusta valmistunut 52-vuotias lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, Pasi Puustinen 34-vuotias sairaanhoitaja ja Jani Puustinen 30-vuotias ensihoitoon erikoistunut lähihoitaja.

Kettusen työkokemus on laaja. Turussa hän työskenteli TYKS:issä teho-osastoilla ja yksityisellä sektorilla sairaankuljettajana. Myöhemmin Kettunen hakeutui Outokummun terveyskeskukseen ja sieltä Savonlinnan keskussairaalan leikkausosastolle.

Kettunen sanoo, että yrityksen toiminnassa on varauduttava kaikkeen, vaikka tehtävät ovatkin enimmäkseen tyypillisiä maaseutukuljetuksia. Paikallistuntemus on hänestä erityisen tärkeää, koska kesäaikana eivät kaikki ulkopaikkakuntalaiset mökkien vuokraajat pysty kovinkaan hyvin paikallistamaan sijaintiaan.

Heinäveden Sairaankuljetus Ky nimettiin vuoden yritykseksi omalla paikkakunnallaan vuonna 2006. SSK:n laatusertifioinnin piiriin se hyväksyttiin kuluvaan vuonna.

Uskoa tulevaisuuteen

Allan Kettunen ei pelkää tulevaisuuden muutoksia, joita voi tulla esimerkiksi sairaanhoitopiirijakoon. Hän pitää selvänä, että paikkakunnalla pitää olla oma ambulanssi. Suhteet yhteistyötahoihin ovat hyvät ja kunnan puolelta on tähän saakka oltu heihin tyytyväisiä. Kettunen pitää mahdollisena, että kilpailutuksia voi heidänkin alueelleen tulla, mutta sanoo yrityksensä pyrkivän koko ajan olemaan ajan hermolla ja kehityksessä mukana.

Terveyskeskuksen kanssa yhteistyö on saumatonta, sillä ambulanssit ovat siellä klo 7–15 ja niiden henkilökunta osallistuu sen normaaliin päivittäistoimintaan.

AJ

Sairaankuljettajien palkankorotukset 1.9.2009

1. Yleiskorotuksen toteuttaminen

Sairaankuljettajien työehtosopimuksen piirissä olevien työntekijöiden henkilökohtaisia ja taulukkopalkkoja korotetaan 1.9.2009 lukien 2,5 %.

Henkilökohtaisten palkkojen korottaminen tarkoittaa sitä, että työntekijän palkan sisältäessä 1.9.2009 vaativuusryhmän peruspalkan ja vuosisidonnaisen lisän lisäksi jotakin muuta palkkaa (esim. erityistekijöistä johtuvaa tai henkilökohtaista palkanosaa), korotetaan 1.9.2009 lukien kaikkia kuukausipalkan osia, eli työntekijän kokonaiskuukausipalkkaa 2,5 %.

Mikäli työntekijän palkka on muodostunut suoraan vaativuusryhmän vähimmäispalkan ja mahdollisen vuosisidonnaisen lisän yhteissummasta, ovat eri palkkaryhmien I ja II palkat ilman vuosisidonnaisia lisiä 1.9.2009 seuraavat:

	PKL I	PKL II
Palkkaryhmä I	1.647,52 e	1.603,74 e
Palkkaryhmä II	1.788,35 e	1.736,60 e

Näiden vähimmäispalkkojen lisäksi työntekijälle maksetaan palvelusvuosista kertyvää vuosisidonnaista takuulisää seuraavasti:

4 palvelusvuoden täytyessä vähintään 6 %

7 palvelusvuoden täytyessä yhteensä vähintään 10 % (6 + 4 %)

10 palvelusvuoden täytyessä yhteensä vähintään 13 % (6 + 4 + 3 %)

Uudet palkankorotusten minimi- ja maksimit ovat siten 01.9.2009 alkaen seuraavat

I PALKKARYHMÄ PERUSTASO		II PALKKARYHMÄ HOITOTASO	
I PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA	II PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA	I PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA	II PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA
1647,52 e = TEHT.KOHT. PALKKA	1603,74 e = TEHT.KOHT. PALKKA	1788,35 e = TEHT.KOHT. PALKKA	1736,60 e = TEHT.KOHT. PALKKA
4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6%	4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6%	4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6%	4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6%
HLÖ 98,85 e	HLÖ 96,22 e	HLÖ 107,30 e	HLÖ 104,20 e
YHT. 1746,37 e	YHT. 1699,96 e	YHT. 1895,65 e	YHT. 1840,80 e
7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10%	7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10%	7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10%	7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10%
HLÖ 164,75 e	HLÖ 160,37 e	HLÖ 178,84 e	HLÖ 173,66 e
YHT. 1812,27 e	YHT. 1764,11 e	YHT. 1967,19 e	YHT. 1910,26 e
10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13%	10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13%	10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13%	10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13%
HLÖ 214,18 e	HLÖ 208,49 e	HLÖ 232,49 e	HLÖ 225,76 e
YHT. 1861,70 e	YHT. 1812,23 e	YHT. 2020,84 e	YHT. 1962,36 e

2. Paikallisen erän jakaminen

Sairaankuljettajien palkkausjärjestelmän toinen paikallinen palkkaerä tulee jaettavaksi 1.9.2009. Työehtosopimuksessa sovittu 0,8 %:n suuruinen palkkapotti käytetään uuden palkkausjärjestelmän mukaisesti tehtäväkohtaisiin erityistekijöihin tai henkilökohtaiseen palkanosaan.

Kuten varmaan muistatte, tehtäväkohtaiset erityistekijät ovat aina seikkoja, jotka liittyvät työtehtävään ja sen sisältöön työn suorittajasta riippumatta. Henkilökohtainen palkanosa taas liittyy aina tavalla tai toisella työtä tekevän henkilön työssä suoriutumiseen, henkilökohtaisen osaamiseen tai muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin.

Paikalliseen erään perustuva palkankorotus on 1.9.2009 voimaantulevasta yleiskorotuksesta erillinen korotus. Jos työntekijä saa paikallisessa jaossa esim. 40 euron korotuksen, tämä osa palkankorotuksesta ei korotu samaan aikaan voimaan tulevalle yleiskorotuksella. Myöhemmät yleiskorotukset tulevat luonnollisesti aikanaan korottamaan tätäkin palkanosaa.

Paikallisen erän tavoitteena on kohdistaa osa työehtosopimuksen mukaisesta palkankorotuksesta työpaikan kannalta tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Palkkaerän jakamisen on siis tapahtuttava työpaikan omista lähtökohdista ja työpaikan tarpeiden mukaan.

Työehtosopimuksen mukaan ensisijaisesti on harkittava paikallisen erän käyttämistä tehtäväkohtaisiin erityistekijöihin, jos niitä sisältyy työpaikan työtehtäviin. Tavoitteena on, että ensisijaisesti tulisivat kompensoiduiksi työtehtävien väliset vaativuuserot, jos tällaisia eroja on. Jos tehtävien vaativuuksissa ei ole eroja, jotka olisi perusteltua ottaa

huomioon palkkauksessa, voidaan paikallinen erä käyttää kokonaisuudessaan henkilökohtaiseen palkanosaan.

Paikallinen erä toteutetaan siten, että työpaikalla lasketaan paikallisen erän kokonaisuusmäärä ja tämä potti jaetaan työntekijöiden kuukausipalkkojen osaksi työpaikalla päätettävien jakoperiaatteiden mukaisesti.

Paikallisen erän toteuttaminen edellyttää ensinnäkin työpaikalla käytettävissä olevan palkkopotin suuruuden laskemista. Koska korotus kohdentuu sairaankuljettajien työehtosopimuksen piirissä oleville henkilöille, myös jaettavan erän suuruus lasketaan sairaankuljettajien työehtosopimuksen piirissä olevan henkilöstön säännöllisen työajan palkkasummasta. Palkkasumman laskentapohjaksi on sovittu toukokuu 2009.

Toukokuun 2009 palkkasummassa otetaan huomioon työehtosopimuksen piirissä olevan henkilöstön (myös yrittäjän palkka lasketaan, jos hän osallistuu päätoimisesti sairaankuljetustyöhön) varsinaiset säännöllisen työajan palkat, mutta ei vaihtuvia tuntikohtaisia lisiä kuten ilta-, yö-, lauantai- ja sunnuntaikorotuksia. Paikalliselta poissaoloajalta kuten vuosi- tai sairauslomalta maksetut palkat otetaan huomioon ilman tuntikohtaisten lisien osuutta. Vastaavasti paikallisella poissaoloajalla olevien työntekijöiden sijaisten palkkoja ei oteta huomioon. Lomarahoja ei oteta huomioon. Myöskään varallaolokorvaukset eivät ole pottiin kuuluvaa säännöllisen työajan palkkaa.

Helsingissä 19.8.2009

Suomen Sairaankuljetusliitto ry

Mikael Söderlund | Claus Harju-Jeanty



Kuvassa vasemmalla Allan Kettunen, keskellä Jani Puustinen ja oikealla Pasi Puustinen.

Jäävuoren huiput ja ikävät karikot kirjavassa huumevirrassa

Viime kesän huumeutiset tarjosivat tuttua tavaraa, vaikka aineiden kirjo olikin lisääntynyt ja yhä nuoremmat tuntuivat olleen hasisbileissä mukana. Nykyajan pysyväksi ongelmaksi on noussut myös odottavien äitien huumeriippuvuus. Aineita liikkuu maailmalla ja Suomessa tasaisen tappavaa tahtia. Tosin erilaisissa sykleissä maahan tulevien aineiden laatu ja määrä hieman vaihtelevat kauppaajien kiinnijäämisfrekvenssistä riippuen. Tätä kirjoitettaessa on Helsinki-Vantaan lentoasemalla tehty suurin herooinitakavarikko vuosiin.

Aiemmin kesällä käsiteltiin Espoon käräjäoikeudessa juttua, jossa yhdeksän huumerikoksesta syytettyä tuomittiin vähintään yhdeksän vuoden vankeusrangaistuksiin. He olivat rahdanneet Suomen markkinoille viime ja toissa vuoden aikana amfetamiinivoittoista tuotearsenaalia ainakin parisataa kiloa.

Edellä kuvatut tapaukset kuvaavat vain jäävuoren huippua. Lievemmästä päästä jäi kannabistuotteiden hallussapidosta ja käytöstä viime kesänäkin kiinni satoja henkilöitä erityisesti rock- ym. festivaaleilla. Vaarattomia huumeita ei ole, vaikka internetissä käydäänkin jatkuvaa keskustelua kannabiksen ”hyvistä puolista”. On kuitenkin syytä tuntea sen todelliset vaikutukset käyttökertojen lisääntyessä, sillä niistä on saatavissa tutkittua tietoa. Kannabiksen saatavuus ja laaja käyttö perustuu osittain kotikutoisuuteen, koska hampun (ks. taulukko 2) kasvattaminen on mahdollista vaikkapa omalla takapihalla. Eikä huumeiden raaka-aineiden kasvattaminen, tai

käyttövalmiiden tuotteiden synteettinen tehtaalu, tai niiden käyttökään, rajoitu ”koti-teollisen innovaation” puitteissa mihinkään erityiseen ikäkauteen eikä sosiaaliluokkaan. Kovien huumeiden käyttäjät ovat tosin käytännössä alle nelikymppisiä ja kuolevuus on paljon samanikäisten keskiarvoa korkeampi. Ennenaikaisen kuoleman voi estää tai myöhentää asianmukaisella hoidolla.

Tietenkin täytyy muistaa, että huumekauppa perustuu pääosin organisoituihin kansainväliseen rikollisuuteen eivätkä suurimpien rahojen käärijät hiiviskele itse kadunkulmissa ja diskoissa. Kovien aineiden takana on kova raha ja täydellinen vastuuntunnottomuus bisneksen laajemmista vaikutuksista. Huumeiden käyttö alkaa yleensä miedoista aineista, joiden valikoima kirjavoituu ja kovenee vähitellen. Kymmenien vuosien huumehistoriaa on monesti edeltänyt varhainen viehtyminen päihetisiin, jollaisena voidaan pitää myös tupakkaa, kun polttaminen alkaa vähän yli kymmenvuotiaana. Keskioluen kautta kuljetaan joskus alkoholin ja lääkeaineiden sekakäyttöön ja silloinhan ollaankin jo huumeiden maailmassa. Tietävästi kuitenkin kannabiksenkin nuorimmat kokeilijat ovat vasta 12–13-vuotiaita.

Huumeongelmat kuormittavat voimakkaasti koko yhteiskuntaa. Ne näkyvät suoraan ja välillisesti sosiaali- ja terveydenhuollon suoriutumispaineissa. Niihin liittyy rikollista toimintaa paitsi laittoman kaupankäynnin muodossa myös mm. summittaisena ja impulsiivisena väkivaltana ketä tahansa vastaan osuvaa kohtaan. Krooniset huumeenkäyttäjät ajautuvat monesti yhteiskunnan tuki- ja turvaverkkojen ulkopuolelle. Syrjäytymiskehitys lähtee helposti käyntiin perhesiteiden löystymisen, työttömyyden ja asunnottomuuden seurauksena.

Tuotekehittely huumebisneksen edistäjänä

Huumekaupan leviämistä on suuresti edistänyt internet kuten kaikkea muutakin bisnestä. Internet-markkinointia on vaikea valvoa ainakaan siten, että tutkinnassa päästäisiin päätekijöiden jäljille. Ongelmana on myös lainsäädännön hidat reagointi mitä erilaisimpien sekoitusten (design-huumeet) markkinointiin. Tuotekehittelijät juoksevat aina hieman lainsäädännön ja valvonnan edellä. Uusia suosikkihuumeita ovat Spice, Kratom ja Sininen Lootus. Tuotekehittelyn ja valvonnan kilpajuoksusta tulevat väkisinkin mieleen myös huippu-urheilun doping-ongelmat.

Nuorison huumehakuisuus liittyy trendiriippuvuuteen ja ”kansainvälisyyden” euforian tavoitteluun. Paluu maan pinnalle voi kuitenkin olla ankea, tai se ei enää onnistukaan, kun siirrytään kovempiin aineisiin.

Viime kesän aikana julkisuuteen nousi uusi ”seksihuume”. Sille ei vielä tuossa vaiheessa ollut keksitty helppoa ”kutsumanimeä”, mutta kyse on metyleenidioksi-pyrovaleronista, jonka lyhenne on MDPV. Tuote muistuttaa ulkoisesti amfetamiinia, sillä sitä käytetään valkoisena jauheena ja vaikutustakin on kuvattu amfetamiinin kaltaiseksi.

MDPV:n kerrotaan nostavan seksuaalisen halukkuuden uusiin ulottuvuuksiin sekä miehillä että naisilla. Se stimuloi keskushermostoa ja muuttaa käytöksen euforiseksi. Vaikutus kestää vain 3–6 tuntia, jonka jälkeen seuraa vierotusoireina kovaa päänsärkyä, masennusta ja ahdistuneisuutta.

Liikenteessä kuin kalat vedessä

– kunnes vesi loppuu

Erityisen ongelman muodostaa huumeiden käyttö liikenteessä. Sitä esiintyy enemmän kuin yleisesti kuvitellaan. Poliisin voimavarat ovat kuitenkin rajalliset huumekuljettajien valvonnassa samoin kuin alkoholin vaikutuksen alaisenkin. Monesti autoilija voi olla sekakäyttäjä. Outo käytös ja häiriköivä liikennekäyttäytyminen voivat olla peräisin paitsi pelkästä huumeiden (esimerkiksi amfetamiinin) käytöstä, myös siihen liittyneestä ”vaarattomampien” lääkeaineiden ja/tai alkoholin nauttimisesta.

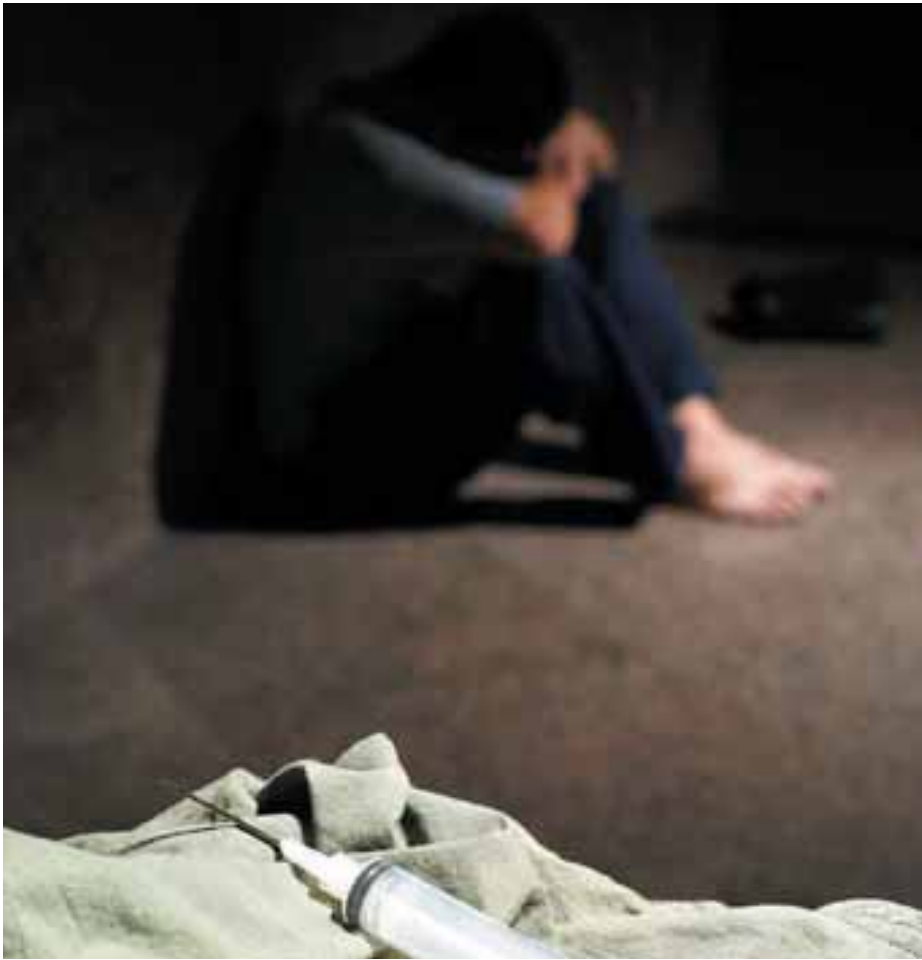
Laboratorion johtaja **Pirjo Lillsunde** Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta toteaa Duodecimin numerossa 14/2009, että kannabiksen ja bentsodiatsepiinien vä-



rinkäyttäjät ovat pitkälti jääneet poliisien sylkitesteissä löytymättä, koska tähän asti käytössä olevat laitteet ovat osoittaneet nämä aineet heikosti. Laitteet kuitenkin kehittyvät ja markkinoille on tulossa uusia parempia testejä. Muutamassa Euroopan maassa harkitaan Australian mallin mukaista lainsäädäntöä, jolloin huumeen käyttöä epäiltäessä ei tarvitsisi ottaa verinäytettä vaan sylkinäyte lähetettäisiin laboratorioon varmistusnäytteenä.

Jatkuu seuraavalle sivulle





Ensihoitajien turvariskit

Humalluttavassa ja huumaavassa tarkoituksessa käytetään mitä erilaisimpia aineita. Siinä ihmisen kekseliäisyys on rajaton, mutta yleensä aineiden ja sekoitusten haittavaikutuksia ei haluta myöntää, tai niistä ei välitetä. Huumemyönteisessä ilmapiirissä ns. ”tavallisten”, yleisten aineiden orjuuttavuutta ja pitkäaikaisen käytön tuomaa sosiaalisen tason laskua ei tunnusteta. Nuorison keskuudessa mietojen huumeiden kuten hasiksen käyttöä puolustellaan usein sillä, että ”se on turvallisempaa kuin alkoholi”.

Ensihoidossa kohdataan paljon monenlaisia sekakäyttäjää, jolloin hoidon tarpeen selvittäminen on hankalaa. Luonnollisesti peruselintoimintojen häiriöitä pyritään hoitamaan asianmukaisesti riippumatta niiden aiheuttajasta. Ensihoitopalvelu kaipaa kuitenkin tietojensa jatkuvaa päivittämistä siitä, mitä aineita on liikkeellä ja mitkä ovat niiden käytöstä kertovat tunnusmerkit. Käyttäjät tuskin itse tiedostavat monien huumaavassa tarkoituksessa käytettyjen lääkeaineiden keskinäistä vaarallisuutta. Vaikutukset ovat usein arvaamattomia niin käyttäjän itsensä kuin ensihoitohenkilökunnankin kannalta.

Päihteiden ja huumeiden käyttäjät voivat muodostaa ensihoitohenkilökunnalle turvallisuusriskin olipa aineita käytetty yksin tai erikseen. Huumeiden käyttäjillä on tarttuvia tauteja, joiden mahdollisuus on otettava huomioon. HIV, tuberkuloosi ja hepatiitti ovat työsuojelullisia riskejä. Huumeepotilaiden kohdalla on varauduttava kohtaamaan väkivaltaa, eikä kohteeseen tule mennä poistumisteitä turvaamatta, eikä yleensä milloinkaan yksin. Tietenkään aina ei voi uhkaavaa vaaraa ennakoita; kohteeseen mentäessä ei välttämättä vielä tiedetä, onko paikalla mahdollisesti yksi tai useampi huumeiden vaikutuksen alainen henkilö.

Huumeepotilaan hoidossa terveydenhuollon toimijoilla on monia haasteita. Ongelmapotilaalla voi jo muutenkin olla vaikea persoonallisuushäiriö, mikä tekee kohtaamistilanteet aina kovemman luokan ammattitaitoa vaativiksi.

On tietenkin aiheellista muistaa huumeista ja päihteistä sekä niiden vaarallisuudesta keskusteltaessa, ettei alkoholinkaan kansanterveyttä nakertava ja suurkulutta-

jiaan hitaasti tappava vaikutus ole vähentynyt, vaan lisääntynyt. Alkoholiuomat ovat edelleen suomalaisten näkyvin ongelmapäihde sekä sellaisinaan että sekakäytössä.

Historia opettaa

Varsinaisten huumausaineiden ja niitä sisältävien lääkevalmisteiden käyttö ei ole lainkaan uusi ilmiö. Esimerkiksi kannabiksesta on tietoa jo 2000 vuoden takaa ennen ajanlaskumme alkua. Suomesta löytyy mielenkiintoinen potilastapaus esimerkiksi vuodelta 1895 Duodecimista. Erästä naispotilasta oli hoidettu kasvojen alueella olevien kovien kipujen takia useilla lääkkeillä ilman mainittavaa tulosta. Artikkelin kirjoittaja kokeili sen jälkeen kannabisvalmistetta ja totesi sen tehokkaaksi. Hoidon yhteydessä potilas kuitenkin joutui kerran voimakkaaseen sekavuus- ja levottomuustilaan. Siten syntyi aikakirjoihin kuvaus selkeästä kannabismyrkytyksestä 115 vuotta sitten Helsingissä.

Huumeiden väärinkäyttöä ilmeni 1800-luvun lopulla kaikkialla Suomessa, mutta etenkin suurimmissa kaupungeissa ja Helsingissä, joissa oli myös parhaimmat mahdollisuudet päästä hoitoon. 1800-luvulla narkomaanit olivat lähes poikkeuksetta morfiinin ja oopiumin väärinkäyttäjää. Narkomaaneja hoidettiin lähinnä mielisairaaloissa samaan tapaan kuin sielullisesti sairaita. (Ylikangas 2009, ks. lähdeluettelo).

Antti Järvinen

LÄHTEITÄ

Boyd James: Huumeongelma ja sairaalan ulkopuolinen ensihoito. Systole 3/2005

Järvinen Antti: Alkoholi, huumeet ja lääkkeet tieliikenteessä. Ensihoitaja-lehti 1/2007

Kiira Pertti: Ensihoidon lääkkeet 2009. Ensihoidon konsultointi Tmi 2008

Ylikangas Mikko: Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. Atena 2009

Winter G.J: Eräs Extratum Cannabis Indicae-intoxikationitapaus. Duodecim 5/1895

www.paihdelinkki.fi

Taulukko 1

Suomessa käytettäviä yleisimpiä huumausaineita:

Stimulantit: amfetamiini, ekstaasi (metamfetamiini), kokaiini, khat

Hallusinogeenit: LSD, sienet, PCP (fensyklidiini, ketamiinin sukulainen), jota on käytetty aikaisemmin anestesia- ja lääkeaineena

Kannabistuotteet: marihuana, hasis

Opiaatit: heroini, morfiini, oopiumi, fentanyl, buprenorfiini

Muut aineet: gamma, lakka, tekstissä mainitut design-huumeet

Reseptillä saatavat kipulääkkeet, mielialalääkkeet ja unilääkkeet, joita väärinkäytetään huumausaineiksi joko sellaisinaan tai alkoholin ja /tai muiden huumeiden kanssa

Taulukko 2

Yleisimpien Suomessa käytettävien huumeiden ominaisuuksia:

Amfetamiini. Keskushermostoa kiihottava huume, josta on liikkeellä useita johdoksia. Valmistetaan lääketeollisuudessa ja laittomissa laboratorioissa. Amfetamiinia ja vastaavia valmisteita esiintyy vaaleina erisävyisinä tabletteina, kapseleina ja liuoksina. Käytetään suun kautta, nuuskaamalla ja suonensisäisesti. Johdoksista metamfetamiini on jonkin verran amfetamiinia voimakkaampi. Samaan kategoriaan kuuluvat myös ekstaasi (ks. teksti alempana) ja eräät uudet muoti-huumeet (ks. artikkelin pääteksti). Luokitellaan erittäin vaaralliseksi huumausaineeksi.

Ekstaasi (MDMA). 3,4 metyleeni-dioksi-metamfetamiini. Synteettinen amfetamiinijohdos.

Gamma (GBH). Gammahydroksibutyraatti eli voihappo. Syntyy luontaisesti ihmisen aivoissa gamma-aminovoihiapon aineenvaihduntatuotteena. Katukaupassa esiintyy jauheena, rakeina, kapseleina ja useimmiten nesteinä. **Lakka (GHB),** gammabutyrolaktone on gamman esiaste. Juodaan valmiina nesteinä tai sekoitetaan jauheena nesteeseen. Muuttuu elimistössä GHB:ksi eli gammaksi.

Heroini ja opiaatit. Heroini on tunnetuin oopiumunikonsta saatava aine. Lääkevalmisteina ja huumeikäytössä tunnetaan useita synteettisiä opiaatteja. Niistä buprenorfiini (Temgesic, Subutex, Suboxone) on tunnettu katukaupassa liikkuva valmiste, jota käytetään myös opiaattiriippuvaisten vierotushoidossa. Suomessa tavattava heroini on useimmiten ruskeaa tai valkeaa jauhetta, jota käytetään suun kautta, polttamalla, nuuskaamalla tai suonensisäisesti.

Kannabis. Hasis, hasisöljy ja marihuana. Valmistetaan Cannabis sativa -hampukasvista. Käytetään piipuissa, itsekäairyissä sätkissä joko tupakkaan sekoitettuna tai sellaisinaan sekä myös teeheijon ja leivoksiin sekoitettuna. Krooninen ja runsas käyttö voi johtaa riippuvuuteen. Kokeilijoista arvellaan 10 prosentille kehittyvän riippuvuus kannabikseen. Haittaa normaalia nuoruusiän kehitystä.

Khat. Käytetään Catha Edulis-pensaalla oksia tai lehtiä pureskelemalla. Ilmestyi Suomeen 1990-luvun alkupuolella. Suosittu ”seurustelupurtava” Itä-Afrikassa ja Arabian niemimaalla eteläkärjessä. Amfetamiinin kaltainen piristävä vaikutus, kun kasvista irtoaa pureskeltaessa katiinia ja kationia.

Kokaiini ja crack. Kokaiinisuolaa (kokaiinihydrokloridia) valmistetaan kokapensaalla lehdistä. Myydään katukaupassa valkoisena läpikuultavana jauheena. Käytetään nuuskaamalla, suonensisäisesti ja suun kautta esim. alkoholin seassa. Tehoa vahvistetaan uuttamalla siitä puhdasta kokaiinialkaloideja, jota käytetään polttamalla vesipiipussa tai savukkeissa. Crackia, joka on saman kemiallisen prosessin yksinkertaisempi tuote, käytetään samalla tavalla. Crack on väriltään beigeä.

LSD. Lysergihappodiatyylamiidi, synteettinen valmiste. Aistiharhoja aiheuttava. Käyttäjät kuvaavat LSD:n vaikutuksen alaisena olemista ”matkoiksi”, hyviksi ja pahoiksi. Joskus takaumia, eli aineen vaikutuksen kaltaisia ohimeneviä tiloja ilman, että sitä olisi takaamaa edeltävästi käytetty. Käyttöön liittyy pitkäaikaisia psykooseja. Ei tiedetä, koskevatko ne vain ennestään psykoosialttiita henkilöitä.

Sienet. Käyttö päihtymystarkoituksessa harvinaista. Suomessa tunnetaan parikymmentä psykeen vaikuttavaa lajia. Suippomadonlakkia (vaikuttavat aineet psilosybiini ja psilosiini) sekä punaista ja ruskeaa kärpässiä käytetty päihteinä Suomessa. Vaikutukset LSD:n kaltaisia, aistimuksia muuttavia.

Parempi hoitaa kuin antaa ongelmien kasvaa

Huumeongelmaisen Käypä hoito -suositusten eräitä keskeisiä sanomia ovat seuraavat: Huumeongelman hoidossa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta. Huumeongelmaisen hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen. Kiireettömän erikoissairanhoidon kriteerit (hoitotakuu) koskevat myös huumeongelmaisen hoitoa. Psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa. Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa oireita, mutta opioidi-riippuvuuden korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi.

Huumeongelman vuoksi hoitoon hakeutuneista oli vuoden 2007 tilastoissa opiaattielä opioidi-riippuvuus 46 prosentilla. Tuolloin buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtavana päihteenä 33 %:lla koko asiakaskunnasta. Sitä kuitenkin käytetään myös tehoavana korvaushoitolääkkeenä, jolloin tavoitteena on katuopiaateista irrottaminen. Buprenorfiinilla (Subutex, Temgesic) on Suomessa kirjava julkisuuskuva sen saatavuuteen liittyneiden juridisten kiemuroiden seurauksena.

Korvaushoitolääkkeistä osa ohjautuu laittoman katukaupan ja väärinkäytön piiriin. Siihen liittyy osittain myös muutaman vuoden takainen mediajulkisuus aiheen ympärillä.

Päihdelääkäri **Anneli Karppanen** on huomannut median luovan huumeiden käyttöön liittyviä uhkakuvia, jolloin siitä aiheutuvia vaaroja, mm. väkivaltaa, korostetaan. Hän kuitenkin toteaa, että esimerkiksi amfetamiinin käyttäjillä esiintyy psykoottisia oireita, jolloin henkilö voi tunkea itsensä vainotuksi ja käyttäytyä arvaamattomasti. Karppanen työskentelee Helsingin kaupungin Itäisen A-klinikan korvaushoitopoliklinikalla ja on haastatteluhetkellä v.t. ylilääkärinä.

- Kannabis on Suomessa yleisimmin käytetty huume. Stimulanteista amfetamiini on keskeinen huume suomalaisissa kuvioissa, kun taas esimerkiksi USA:ssa kokaiinin käyttö on paljon laajempaa. Viime aikoina gamma on noussut voimakkaammin esille Suomessa kuten myös uudet syntetiset design-tuotteet. Ekstaasi on suosittu bilehuume. Opiaateista heroini oli aiemmin vallitseva, mutta 1990-luvun lopulta alkaen buprenorfiini on suurelta osin korvannut heroinin opiaattien huumeikäytössä. Heroinin käytön vähenemisellä oli yhteys Afganistanin sotaan ja kansainvälisten arvioiden mukaan vastaavaa heroiniä ei ole enää näköpiirissä.

Subutexia on vuosien mittaan haettu ulkomailta kontrolloimattomaan itselääkintään ja kaupattavaksi pimeillä markkinoilla. Subutex-tabletteja on haettu mm. Ranskasta, Virosta, ja Espanjasta. Hakumatkojen kohteet ovat ajan mittaan muuttuneet sen mukaan, mitkä maat ovat liittyneet Schengen-sopimukseen. Huumeiden käyttäjät ovat tehneet myös pistoksena otettavia liuoksia, joihin murskatut tabletit sekoitetaan. Anneli Karppanen sanoo, että Subutexin suonensisäinen käyttö voi aiheuttaa monenlaisia terveysongelmia kuten myös epäpuhtaat huumeet.

Suomessa rauhoittavien lääkkeiden päihdekäyttö on laaja ja vaikeasti hoidettava ongelma. Myös rauhoittavia lääkkeitä käytetään osittain suonensisäisesti ja erityisesti midatsolaami-unilääke on huumeiden käyttäjien suosiossa.

Huumeiden vaaroista puhuttaessa Karppanen toteaa metadonikuolemien⁽²⁾ lisääntyneen kokemattomien katukäyttäjien keskuudessa. Myrkytyskuolemia sattuu hänen mukaansa varsinkin sekakäyttäjille. Usein mukana on ollut runsasta rauhoittavien lääkkeiden käyttöä.

Kannabiksen vaaroista ja vaarattomuudesta esiintyy monenlaisia mielipiteitä. Anneli Karppasen mukaan on kiistelty siitä, lisääkö kannabis psykoosin riskiä ja on useita tutkimuksia, joissa on saatu tämänsuuntaisia tuloksia. Osalle kannabiksesta ei aiheudu väistämättä haittaa, mutta voi olla tiettyjä ihmisiä, jotka ovat geneettisesti alttiimpia psykoosille.

- Kannabiksen kuten muidenkin aineiden käyttö vaihtelee kokeilusta tai satunnaiskäytöstä päivittäiskäyttöön. Joskus voi koko elämä keskittyä kannabiksen käytön ympärille ja pitkäaikaisen runsaan käytön jälkeen esiintyy mm. masentuneisuutta.

Mistä hoitolanteissa voi epäillä potilaan käyttäneen huumeita? Miten tämä voi näkyä, jos potilas on levoton ja sekava, eikä kerro asiasta vapaaehtoisesti?

- Pistosjäljet, mustelmat ja tulehdukset iholla viittaavat osaltaan huumeiden käyttöön. Useimmat kuitenkin kertovat siitä itse. Asiaa kannattaa selvittää ensisijaisesti kysymällä. Sitä pitää osata epäillä. Terveystieteiden huollossa vaietaan usein hienotunteisesti, eikä oteta päihteenä kuten huumeiden käyttöä puheeksi. Hoitoon saaminen voi olla monen vuoden projekti.

Jotkut huumeiden käyttäjät ovat Karppasen mukaan kokeneet, ettei heitä oteta vakavasti eikä suhtautuminen ole tasavertaista terveydenhuollon yleisiä palveluita haettaessa. Sitä tukee tätä kirjoitettaessa tullut uutinen Terveys ihmisoikeutena 2009 -kyselyn tuloksista. Niiden perusteella päihderiippuvaiset ja mielenterveyspotilaat kärsivät terveydenhuollon palveluiden riittämättömyydestä. Osittain syynä on myös kyseisten potilasryhmien oman elämän hallinnan puute. Palveluiden hinta potilaille ei ole sitä vastoin este hoidon saamiselle.

Lääkäriliiton mielestä terveydenhuollon palveluiden riittämättömyys on lain vastainen ja se polkee ihmisoikeuksia. Nyt onkin korkea aika keskustella niistä kustannuksista, joita syntyy potilaiden jäädessä ilman tarvittavaa hoitoa.⁽¹⁾

Korvaushoidon tarpeesta ehkä puolet tyydytetty

Korvaushoidossa potilaalle annetaan säännöllisin väliajoin tarpeellinen määrä metadonia tai buprenorfiinia suun kautta. Pistämiskäytön välttämiseksi buprenorfiinilla toteutettavassa korvaushoidossa on viime vuosina siirrytty lähes kokonaan puhtaasta buprenorfiinivalmisteesta buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmisteeseen (Suboxone).

Hälytysajokoulutusta - ettei kävisi näin!



Kuva: Jaakko Kyyrönen

Järjestämme ajokoulutusta yhteistyössä SSK ry:n kanssa ajoharjoitteluradoilla eri puolilla Suomea. Sairaankuljettajien koulutuksesta vastaavat kokeneet ajokouluttajat.

Koulutus sisältää hälytysajo-ohjeiston ja siihen liittyvän lainsäädännön, ajoneuvon käsittelyharjoituksia radalla ja ajoharjoittelua liukkaalla pinnalla.



Koulutetut saavat kurssista virallisen todistuksen ja yrittäjä oman todistuksen kilpailutusta varten.



Tutustu tarkemmin sivuillamme: www.dare.fi

Yhteydenotot:

D.A.R.E.-Product Oy:

Hannu Jore +358 500 591 952

SSK ry:

Mikael Söderlund +358 50 439 4773

Yhteistyökumppanit:



A-VAKUUTUS





Kuva: Jukka Uotila/Suomen Lääkäriliiton kuva-arkisto

Seulottuja tiedonjyviä

Tällä palstalla käsitellään terveyteen ja sairauteen liittyviä asioita yleisemmällä tasolla kuten myös sairauksien syitä, seurauksia ja hoitoa. Aiheet eivät välttämättä suoraan liity ambulanssityöhön, mutta terveydenhuollon

ammattilaisina tämän lehden lukijat saavat kuitenkin olla niistä kiinnostuneita. Jos tarjottu tieto ei aina sisällä varsinaista uutista, saattaa sen mieleen muistuminen olla hyvänä lisänä muun ammattitietouden joukossa.

Terveydenhuollossa sitä paitsi kaikki liittyy kaikkeen, vaikka heti ei siltä vaikuttaisikaan. Palstalla voidaan kirjoittaa myös muista kuin edellä mainituista aiheista, jos ne jotenkin liittyvät vakinaisen lukijakunnan työhön.

Saunaan ei saa unohtua

Suomalainen saunomisperinne elää ja voi hyvin. Rituaalisuomismme aiheuttaa pääasiassa hyvää mieltä ja ainakin lyhytaikaisia positiivisia terveysvaikutuksia. Epäterveelliseksi tämä nautinto muuttuu liiallisten alkoholipromilleiden ja liian korkean lämpötilan vaikutuksesta.

Vastaavaa saunakansaa kuin suomalaiset on tuskin olemassa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei muuallakin maailmassa ja eritoten lähialueillamme osattaisi saunoa samalla periaatteella tai hieman muunnellulla tekniikalla. Turkkilaiset saunat ja muut höyrykylvyt ovat asia erikseen.

Saunassa saadut palovammatkin on perisuomalainen ilmiö. Harvinainen, mutta realistinen vammamekanismi on, että iho yksinkertaisesti palaa laajalta alueelta liian pitkän kuumassa löylyssä oleskelun seurauksena. Saunoja on unohtunut yksin liian pitkäksi ajaksi lauteille. Alkoholi on saattanut sumentaa ajan ja lämpötilan vaarallisuuden tajun. Seurauksena on ollut nestehukka ja elektrolyyttihäiriö, mistä

aluksi viattomilta ja iho vain lievästi punottavalta, muuttuvat liialle kuumuudelle altistuneet alueet muutamassa tunnissa tarkkarajaisemmiksi. Koko ihon paksuisen alueen kattava kolmannen asteen palovamma todetaan yleensä ensimmäisenä tapaturman jälkeisenä päivänä. Tällainen pahin variaatio ei tule kovin usein vastaan sen enempää lääkäreiden kuin ensihoitajienkaan uran aikana. Monet eivät näitä potilaita tapaa koko työssäoloaikanaan.

Muita kuin suoraan ilman lämpötilasta johtuvia saunapalovammoja ovat kuumasta kiukaasta tulevan höyryn aiheuttamat sekä jonkin ruumiinosan kiukaaseen koskettamisesta tulleet paikalliset vammat. Kaiken kaikkiaan saunominen on terveellistä ja rentouttavaa, mutta esimerkiksi sydän- ja verisuonitautisten on syytä varoa liikaa löylyttelyä ja nestevajetta. Alkoholin käyttö kasvattaa vaaratekijöitä todennäköisimmin, jos käytössä on verisuonia laajentavaa ja/tai diureettilääkitystä.

Lähde: Koljonen Virpi: Saunailman aiheuttamat palovammat; Duodecim 13/2009, vsk 125, s.1407-1412

Sepelvaltimatautipotilaan hengen säilyttäminen tärkeää – akuuttivaiheen jälkeinen elämänlaatu yhtä tärkeä

Sepelvaltimoiden ahtautumisen aiheuttamat oireet ovat usein ambulanssien hälytysaiheita, minkä tämän lehden peruslukijat varsin hyvin omakohtaisesti tietävät. Moneen kertaan on tullut todettua sekin, miten hoitopolun alkupäässä tehdyt ratkaisut voivat vaikuttaa ratkaisevasti potilaan koko loppuelämään.

Pallolaajennus on vallannut alaa varhaisen vaiheen kajoavana hoitona sepelvaltimoiden (tai yhdenkin niistä) tukkeuduttua. Silti myös ohitusleikkaus pyritään tiettyissä keskuksissa ohjelmoimaan mahdollisimman varhaiseksi, kun tilanne sitä vaatii koronaariangiografian perusteella.

LL **Pertti Loponen** väitteli 4.9.2009 Tampereen yliopistossa otsikolla ”*Health Quality of Life after Invasive Treatment of Coronary Artery Disease*” (Terveyteen liittyvä elämänlaatu sepelvaltimotaudin kajoavien hoitojen jälkeen).

Väitöksen lähtökohtana on ollut tilanne, jossa sepelvaltimotaudin kajoavien hoitomuotojen, ohitusleikkauksen ja pallolaajennuksen tuloksia on arvioitu tutkimalla sairaalakuolleisuutta, sydän- ja verisuoniperäisiä komplikaatioita sekä pitkän ajan eloonjäämistä. Arvostettuihin sepelvaltimotaudin hoidon ohjeistuksiin on kuitenkin kirjattu myös, että elämänlaadun paraneminen on yksi hoidon primäärisistä tavoitteista. Potilaat ovat kiinnostuneita saavutettavissa olevasta elämänlaadusta ja he arvostavat tätä päätetapahtumaa jopa enemmän kuin heitä hoitavat klinikot. Tutkija arvioi, että potilaslähtöisellä ar-

vioinnilla voi olla merkitystä valittaessa hoitoa sekä arvioitaessa hoidon tuloksellisuutta.

Väitöksessä todetaan, että terveyteen liittyvä elämänlaatu parani sekä ohitusleikkaus- että pallolaajennuspotilailla lyhyellä seuranta-ajalla ja erityisesti paraneminen havaittiin nuoremmassa ikäryhmässä. Vaikka ohitusleikkauspotilaat ovat huomattavasti vaativamman toimenpiteen kohteena, he saavuttavat vähintään samaan terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemisen kuin pallolaajennuksen läpikäyneet potilaat. Pitkällä tarkastelujaksolla ohitusleikkauspotilaat ovat oireettomampia, heidän fyysinen suorituskykynsä on parempi ja heitä rasittaa vähäisempi riski joutua uuteen kajoavaan tutkimukseen tai hoitoon. Tutkija kuitenkin tarkentaa, että ei-sairaus-spesifisellä mittarilla arvioitua elämänlaatu ei kuitenkaan voi pitää ainoana menetelmänä arvioitaessa sepelvaltimotaudin kajoavan hoidon tuloksia, vaan se on asetettava yleistilanteeseen nähden oikeaan asemaan.

Edellä oleva vahvistaa osaltaan sinänsä tuttua ja keskeistä sanomaa potilaan hoitojatkumosta. Oikea-aikainen ja ammattitaitoinen tilanarvio sekä ensihoito ketjun alkupäässä mahdollistaa tarkoituksenmukaisen hoidon seuraavilla etapeilla. Paitsi potilaan elämän jatkumisella, on merkitystä myös sillä, että luodaan mahdollisimman hyvät edellytykset akuuteimman hoitovaiheen jälkeiselle elämänlaadulle.

Lähde: Tampereen yliopiston (ennakko)tiedote 20.8.2009 (Soile Levälähti)

Välskäreitä – onko heitä?

Mistään ulkomaisesta terveydenhuollon ammattiryhmästä ei Suomessa ole esiintynyt niin vääristeltyä ja vääriin ymmärrettyä tietoa kuin välskäreistä. Mielikuvien vinoutumaan on kaksi pääsyä. Toinen on ehkä se, että nimike juontaa vuosisatojen taakse ja alan historiaa lukeneet muistavat välskären ammattikunnan syntyneen partureista, eräänlaisista haavureista, joita kulki sotajoukkojen mukana Ruotsi-Suomenkin armeijassa jo ainakin 700 vuotta sitten. Toinen syy vääriin tulkintoihin on asenteellinen ja periaatteellinen, koska nykyaikana välskäreitä on lähinnä Venäjällä, mutta ammattikunta on aina ollut hyvin tunnettu ja arvostettu muuallakin Itä-Euroopassa. Perusongelmana suomalaisessa keskustelussa arvioitaessa terveydenhuollon toimintoja muissa maissa on, että kotimaista järjestelmää pidetään kansainvälisenä standardina. Kussakin maassa kuitenkin lähdetään paikallisista olosuhteista ja käytänteistä, eikä se tee välttämättä systeemistä sen huonompaa kuin omastamme. Välskären ammattia ja koulutusta ei kannata verrata miinkään

Suomessa, koska vastaavuutta ei löydy.

Tosin ensihoitaja-sairaanhoitajien koulutuksessa on samoja piirteitä.

”Sukulaismaamme” ja eteläinen naapurimme Viro uudisti ensihoito- ja sairaankuljetusorganisaatiotaan voimakkaasti 1990-luvun alusta alkaen. Uudistusvauhti on edennyt sitä mukaa kuin varoja on löytynyt. Siinä meni mukana välskäriskoulutuskkin, mutta sillä nimikkeellä toimivia ammattihenkilöitä on ambulansseissa ollut viime vuosiin saakka.

Suomessa on kuitenkin turha vähätellä välskären koulutusta ja ammattitaitoa. Lopultakin on Lääkärilehdessä (34/2009 s. 2734-2735) ilmestynyt asiaa koskeva puolueeton ja asiallinen artikkeli, josta saa oikeata tietoa. Artikkelin kirjoittaja **Tuula Koponen** on haastatellut petroskoilaista naisvälskäreitä.

Artikkelissa kerrotaan, että välskärit ovat Venäjällä eräänlainen terveydenhoitajan ja lääkärin välimuoto. Välskäri-nimeä on kirjoittajan mukaan väläytetty myös Suomessa mietittäessä lääkäreiden ja hoitajien työn uudistamista. Venäjällä nelivuotinen opistotasoinen koulutus vastaa suppeammassa mittakaavassa lääkärin koulutusta ja sitä voisi kutsua ”lääketieteelliseksi välitutkinnoksi”. Tutkinto antaa valmiudet työskennellä paitsi ensiapuasemilla myös koulu-, kylä- ja työpaikkavälskäreinä. Varsinkin miesvälskäreistä osa jatkaa opintoja lääkäriksi.

Venäjällä kuten monissa muissakin maissa ambulanssitoimintaa on paljolti järjestetty ja hallinnoitu itsenäisissä yksiköissä, mutta varsin usein myös osana ns. ensiapusairaalan toimintaa. Jossakin ambulanssiasemaa on kutsuttu ensiapuasemaksi ja siinä on voinut olla paljon laajempaa toimintaa kuin ambulanssien asemapaikalta voisi odottaa. Välskäri on kuulunut ambulanssien vakiohenkilökuntaan joko lääkärin lisäksi tai sijasta. Nyt monissa Itä-Euroopan ja Baltian maissa on vähennetty lääkäriävoimien käyttöä ambulansseissa.

Taannoin Lääkärilehdessä oli petroskoilaisten kanssa yhteistyötä tehneen suomalaislääkärin artikkeli sikäläisestä sairaalasta ja sen henkilökunnasta. Sanan välskäri viereen oli merkitty sulkuihin sana sairaanhoitaja. Vuosia sitten eräs alan suomalaisista asiantuntijoista kuvasi välskärikoulutusta tämän kirjoittajalle, että ”se on kuin meikäläinen erikoissairaanhoitajan koulutus, ei se sen kummempia ole”. Jotkut eivät siis olleet alkuunkaan ymmärtäneet välskärikoulutuksen periaatetta ja merkitystä.

(Tätä aihetta on käsitelty myös Ensihoitajalehden haastatteluartikkelissa numerossa 3-4/2007)

Parempi hoitaa kuin antaa ongelmien kasvaa

- Korvaushoidossa kotiannoksiin siirytään asteittain. Useimmat potilaat sitouvat hoitoonsa hyvin, joillekin se on vaikeaa. Elämänrytmi saattaa olla niin sekaisin, etteivät aamupäiviin painottuvat käynnit hoitopisteessä luonnistu, Karppanen kertoo.

- Noin puolet opiaattiriippuvaisten hoidon tarpeesta on ehkä tyydytetty. On arvioitu, että puolet käyttäjistä on sitoutettavissa korvaushoittoon, mutta kaikki eivät sitä halua. Hoito on useimmille elinikäinen, mutta arvioidaan noin 20 prosentin pääsevän siitä kuntoutuneina irti.

- Raskaana olevien korvaushoidon aloitamisajankohdasta on ollut erilaisia näkemyksiä. Hoito on auttanut monia kuntoutumaan ja antanut mahdollisuuden pitää lapsi itsellä. Tämä edellyttää nopeaa hoitoon pääsyä raskauden aikana ja mahdollisuutta jatkaa korvaushoitoa heti synnytyksen jälkeen. Päihdeäideistä keskusteltaessa usein nohottuu, että kaikesta huolimatta alkoholi on edelleen sikiöhaitallisin päihde.

- Korvaushoidon tarvitsijoita tulee koko ajan lisää, mutta hoitoon pääsyssä on Helsingissä parempi tilanne kuin monilla muilla paikkakunnilla. Täällä hoitoon pääsee nykyisin hoitotakuun puitteissa puolessa vuodessa. Muualle Suomeen muuttavien tilanne voi olla hankalampi ja joskus joudutaan selvittämään, missä hoito uudella paikkakunnalla järjestetään.

Kohdentamattoman huumeetäuksen hyöty kyseenalainen

Huumeiden käyttö on suomalaisen yhteiskunnan todellisuutta, joka koskettaa sosiaali- ja terveydenhuollon kaikkia portaita. Suurin käyttäjäryhmä on 25–34-vuotiaat miehet. Monet ovat syrjäytyneitä pitkäaikaiskäyttäjiä, joilta normaali nuoruusaika on jäänyt elämästä.

- Nykyisin on jo kohtalaisesti 50–60-vuotiaita, joilla on takanaan 20 vuoden

huumehistoria. Myös jotkut työelämässä olevat käyttävät huumeita, joskin lähinnä viikonvaihteisin ja iltaisin, arvioi Anneli Karppanen. Hän ei pidä tarpeellisenä rutiininomaisten huumeetäusten tuomista työpaikoille eikä kohdentamaton huumeetäus perustu lakiin. Oikeusturvan vuoksi positiiviset huumeetäin tulokset olisi varmistettava eri testausmenetelmällä mm. koska eräät lääkkeet voivat antaa virheellisiä positiivisia tuloksia huumeetäisissä. Huumeetäin paljastavat vain osan aineista ja osa aineista kuten gamma häviää nopeasti elimistöstä. Pitää kuitenkin olla mahdollisuus testata työntekijä niissä ammateissa, joissa huumeenkäyttö voi johtaa erityisiin vaaratilanteisiin kuten liikenteessä.

- Terveydenhuollon ammateissa riskit syntyvät lääkkeiden helposta saatavuudesta. Jotkut alkavat käyttää rauhoittavia lääkkeitä ilman kontrollia ja alalla on myös esimerkiksi morfiiniin ja sen sukuisiin aineisiin kiinni jääneitä.

Pitäisikö opiskelija voida erottaa päihdeiden tai huumeiden käytön vuoksi, on ajankohtainen kysymys.

- Pitäisi, vastaa Anneli Karppanen, mutta sen ei hänen mielestään koskaan tulisi olla ensisijaisena toimenpiteenä, vaan hoitoon ohjaamisen.

Antti Järvinen

(1) Tiedote 28.8. Suomen Lääkäriliiton ja Eduskunnan ihmisoikeusryhmän yhteistä lääketieteen etiikan päivän -seminaarista.)

(2) Metadoni on täysin synteettinen opioidi, jota käytetään kuten buprenorfiinia sekä korvaushoito- että kipulääkkeenä ja sitäkin ohjautuu päihdekäyttöön, josta aiheutuu myrkytyksiä, joista osa johtaa kuolemaan.

Seniorit koolla elokuussa Lapissa



Seniorien kesätapaamisen osanottajat koolla, kuvan oikeassa reunassa kerhon puheenjohtaja Reino Sorri. | Kuva: P. Kiira

Seniorit kokoontuivat Raajarven Misiin perjantaina elokuun 7. päivänä. Iltaan mennessä paikalla oli 25 urhoollista. Saimme viettää Wanhalla Kaivoskylä Mäenari Oy:n tiloissa kolme ikimuistoista vuorokautta. Isäntäväki palveli meitä kuin "piispaa pappilassa" ja itse isäntä HESSU oli oikea monitaituri.

Isäntä järjesti meille näytöksen pihalla, jossa valmisti kenttäahjossa emännänpuukon, jollainen kuului ennen jokaisen lapinemännän keittiöön. Illalla isäntämme paistoi herkullisia muurinpohjalettuja. Lauantaina hän toimi kotiseuturetken hyvänä oppaana, jolloin kiertelimme katselemassa nähtävyyksiä.

Tutustuimme mm. Tennilän marjaviinitilaan. Siellä emäntä tarjoi meille runsaasti maistiaisja ja isäntä keitti vielä pihalla kodassa läksiäisiksi oikeat porokahvit. Viini oli hyvää ja ostetut pullo kilisivät loppumatkalla autossa. Ohjelmaan kuuluivat tietenkin puheenjohtaja Reinon iltaisin grillituvassa paistamat makkarat juomineen. Jokaisena iltana lämpisivät myös talon hyvät saunat, joissa päivän pölyt huuhoittiin pois.

Sunnuntaina pidettiin kokous, jossa päätettiin tulevasta ohjelmasta. Puheen-

johtajana jatkaa edelleen **Reino Sorri** apunaan johtokunta, johon kuuluvat **Reino Astikainen, Taisto Korttesmaa, Ritva Laiho** ja uutena **Pertti Kiira**. Vaarille annettiin pyynnöstä vapautus rahastonhoitajan tehtävistä ja tilalle valittiin **Jorma Mäkelä**.

Kokoontumista olivat sponsorineet SSK, Veho, Tamlans, Terakori, Suomen Pelastuskeskus ja Profile Vehicles. Jäsen **Kullervo Hekkaselle** suuri kiitos ajeltamisesta ympäri maakuntaa.

Maanantaina aamupalan jälkeen seniorit valmistautuivat haikien mielin kotimatalle. Halauksien lomassa todettiin, että ensi kesänä ollaan taas mukana. Aika rientää ja karavaani kulkee, joten senioreita tulee lisää. Ottakaa yhteyttä rohkeasti Reino Sorriin tai muihin toiminnassa mukana oleviin. Reinon puhelinnumero on 0500 338 133.

Seniorikerholaiset pitävät oman tarinatuokion, jos kohtaavat emoseura SSK:n tilaisuuksissa. Vaari toivottaa kaikille Ambulanssi-lehden lukijoille **HYVÄÄ SYKSYÄ**. Pidetään yhteyttä.

terveisin Esko-vaari

SSK:n kevätkokous 24.–25.4.2010 Naantalissa kylpylässä

SSK:n syyskokous Aulangolla
Hämeenlinnassa 18.–19.9.2010

www.sakuyrittajat.fi
YKSITYINEN SAIRAANKULJETUS TUTUKSI

ambulanssi

Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n
valtakunnallinen ammattilehti

Päätoimittaja:

Mikael Söderlund
Nuijamiestentie 7, 00400 Helsinki
puh. (09) 587 9390
faksi (09) 587 9905

mikael.soderlund@sairaankuljetusliitto.fi

Toimitus ja ilmoitukset:

Nuijamiestentie 7 C, 00400 Helsinki
puh. (09) 587 9390 | faksi (09) 587 9905
toimisto@sairaankuljetusliitto.fi

Taitto:

Ad Helena Oy
puh. (09) 803 0876 | helena@adhelena.fi

Paino:

Pirkanmaan Lehtipaino oy | Tampere, 2009

Ilmoitushinnat:

Etusivu	1 750 e
takasivu	1 650 e
1/1 sivu	1 590 e
1/2 sivu pysty/vaaka	790 e
1/4 sivu	390 e
1/8 sivu	205 e
1/16 sivu	105 e

Ambulanssi-lehti ilmestyy neljä kertaa vuodessa.
Seuraava lehti 4.2009 ilmestyy viikolla 51.

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Osoitteet ja osoitteenmuutokset:

toimisto@sairaankuljetusliitto.fi



ISONA MEISTÄ KAIKISTA TUULEE ELÄKELÄISIÄ

ILMARINEN



Terveydenhuollon tietotekniikkatutkinto –koulutus 2009

Tätä on kaivattu

- terveydenhuollon yrittäjät tietotekniikkaa selättämässä!



Suomen Sairaankuljetusliitto ry järjestää yhteistyössä Suomen Fysioterapia- ja kuntoutusyrittäjät FYSI ry:n kanssa terveydenhuollon erityistarpeet huomioivan tietotekniikkakoulutuksen, joka soveltuu koko henkilökunnalle. Jäsentyöryksillä on nyt mahdollisuus kehittää omat tietotekniikkataitonsa portaittain sellaiselle tasolle, että sähköiseen asiointiin siirtyminen onnistuu.

Neljä moduulia käsittävä koulutus päättyy tutkintotestiin, jonka läpäisseet saavat todistuksen kansainvälisen ECDL Health Finland –tutkinnon suorittamisesta. Todistus tulee jatkossa olemaan tärkeä elementti, jota voi käyttää tietotekniikkaosaamisen osoittamiseen. Vastaava tutkinto on esim. Englannissa ja Italiassa pakollinen koko terveydenhuoltoalan henkilöstölle. Koulutus toteutetaan koulutusorganisaatio Data Frank Oy:n kanssa ECDL Finland Oy:n formaatilla. Tietotekniikkakoulutus on pienryhmissä tapahtuvaa ja käytännönläheistä. Osallistujia otetaan vain max. 12 henkilöä/ryhmä. Jokaisen opiskelijan käyttöön on varattu tietokone.

Mitä?

SSK järjestää jokaiselle jäsenyrityksessä työskentelevälle helpon tavan kehittää omat tietotekniikkataitonsa sellaiselle tasolle, että sähköiseen asiointiin siirtyminen onnistuu. Koulutus on tietokoneen peruskäyttöä tukevaa täsmäkoulutusta.

Kenelle?

Terveydenhuollon tietotekniikkatutkinto on tarkoitettu koko yrityksesi henkilökunnalle. Koulutuksen 1. moduuli soveltuu vasta-alkajalle. Jos atk-ajokortti on suoritettu, I-moduuliin ei tarvitse osallistua.

Miksi?

Koulutus valmistaa yritystäsi terveydenhuoltoyrityksiltä vuoden kuluttua vaadittavaan sähköisen asiointin osaamiseen ja lisääntyviin arkistoinnin ja potilasturvan vaatimuksiin.

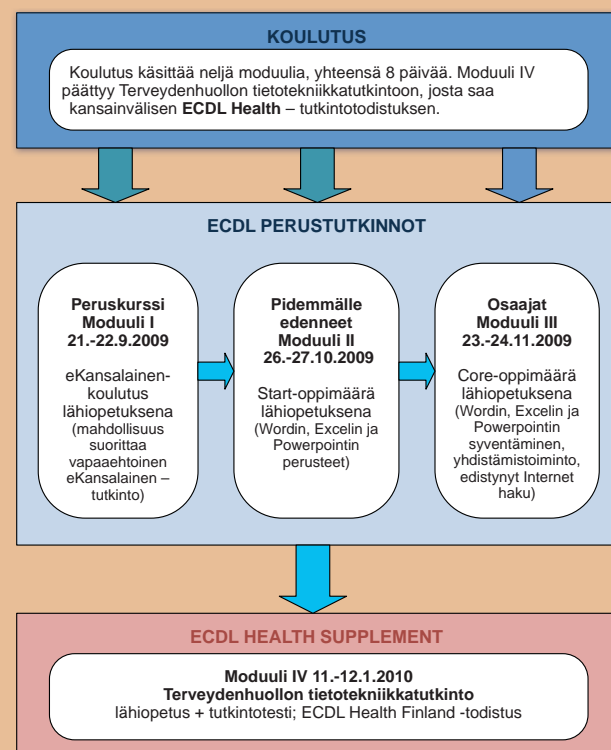
Sisältö

Koulutus koostuu neljästä moduulista, jotka voi suorittaa kaikki alusta loppuun tai vaihtoehtoisesti tulla suoraan omaa osaamistaan vastaavalle moduulille. Moduuli IV päättyy tenttiin, jonka läpäisseet saavat kansainvälisen ECDL-todistuksen.

Ilmoittautuminen: toimisto@sairaankuljetusliitto.fi tai fysi.info@fysi.fi. Koulutuksen käytännön järjestelyt hoitaa FYSI ry. Tiedustelut: FYSI ry/ koulutussuunnittelija Mari Visakko, puh.09-4772344.

Hinta:

Moduulit I-IV 392 € + alv 22% / moduuli, eli 196 € päivä + alv 22%.



Koulutus pidetään Helsingissä. Moduuleiden sisältökuvaukset löytyvät Internetistä, osoitteesta www.fysi.fi. SSK lähettää lisätietoa sähköpostitse koulutuksesta toukokuun aikana.

Suomen Sairaankuljetusliitto ry • FYSI ry • ECDL Finland Oy • Datafrank Oy



European Computer Driving Licence Foundation

