



Tässä lehdessä SSK:n kannanotto:

**Hallitus toimii vastoin ohjelmaansa – pyrkii
sosialisoimaan ensihoitopalvelut kilpailuttamatta**

1.2010

ambulanssi

Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n valtakunnallinen ammattilehti



Mercedes-Benz

Moneen lähtöön. Vito ja Sprinter.

Mercedes-Benz Vito ja Sprinter-ambulanssit ovat valmiina nopeisiin lähtöihin. Vakiovarustuksena oleva viimeisen sukupolven ESP-ajovakauden hallintajärjestelmä optimoi auton hallinnan ääritilanteissa, kuten

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



KEHÄVEHO

Ambulanssit
Lommilanrinne 3, Espoo
Puh. 010 569 16

Porvarihallitus sosialisoimassa sairaankuljetuksen?



Vastustamme jyrkästi nykyisen porvarihallituksen valtiollistamispyrkimyksiä, joiden tarkoituksena on, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä järjestää ensihoitopalvelun alueellaan, tai osassa sitä, yhteistyössä alueen pelastustoimen kanssa ilman kilpailutusta. Mielestämme suunnitelma on kerrassaan käsittämätön.

Nykyinen hallitushan toimii tässä tilanteessa vastoin omaa ohjelmaansa, jossa se toteaa tavoitteenaan olevan tarjota yrittäjyydelle ja innovaatiotoiminnalle Suomessa maailman parhaan toimintaympäristön. Tämän lakiesityksen toteutuessa nykyiset yksityiset palveluntuottajat ajetaan perikatoon ja pyritään lopettamaan hyvin toimiva ja kehittynyt infrastruktuuri. Tällaisella lainsäädännöllä yksityinen sektori ja pelastustoimi asetettaisiin eriarvoiseen asemaan, mikä vaarantaisi nimenomaan yksityisen sairaankuljetuksen olemassaolon. Nämä keskeiset lainsäädäntöasiat ovat ratkaisevassa asemassa yksityisen sairaankuljetuksen ja yrittäjyyden jatkuvuudelle. Niillä on myös poikkeuksetta ratkaiseva vaikutus potilaiden tasavertaiseen asemaan koko valtakun-

nassa. Tämä johtuu siitä, että lakiesityksen toteutuessa kilpailu ensihoitopalvelun tuottamisesta vähenee pelastuslaitoksen saadessa käytännössä monopoliaseman.

Edunvalvontakevät on muutenkin ollut kiireinen. TES-neuvotteluissa on päästy lopputulokseen helmikuussa. Sopimuksen kesto on kaksi vuotta. Palkankorotuksista on päästy yhteisymmärrykseen ja korotukset tapahtuvat 1.4. (yleiskorotus) ja 1.7. (taulukkorotus). Korotusten kustannusvaikutukset ovat noin 1,36 %. Vuoden 2011 palkankorotuksista neuvotellaan loppuvuodesta. Uudet TES-ohjeistukset + palkkataulukot on julkaistu liiton intranet-sivuilla. Sieltä löytyy tietoa mm. sairaankuljettajien työehtosopimuksen piirissä olevien työntekijöiden palkankorotuksista 1.4.2010, ulkomaan matkakorvauksista ja muista muutoksista. Uusi TES-kirjanen on painossa ja toimitetaan mahdollisimman pian liiton jäsenyrityksille. Se julkaistaan myös sähköisesti liiton intranet-sivuilla.

Niin kuin lukijat varmaan muistavat, liitto ja sen edustajat olivat aktiivisesti mukana loppuvuonna voimaan tulleiden lakien valmistelussa ja toteuttamisessa koskien lupa- ja taksalainsäädäntöä. Totesim-

me jo silloin, että valtakuntaan on saatava yhtenäiset ohjeet luvansaannin osalta.

Asia on edennyt ja liiton edustajat ovat jo kommentoineet ensimmäisiä vedoksia ko. ohjeista. Työryhmän puheenjohtaja on ilmoittanut, että lopulliset ohjeet tullevat kommentoitaviksi maaliskuun huhtikuun aikana. Odotamme virkamiestyöryhmältä järkeviä ohjeita, jotta ne olisivat käytännönläheisiä ja ottaisivat huomioon kentällä käytännön työtä tekevien näkemyksiä. Näin tekemällä asiat eivät byrokratisoituisi, vaan lupahaku sujuisi joustavasti ja saisimme keskittyä olennaiseen, eli ihmisten auttamiseen.

Liiton hallitus totesi ensimmäisessä kokouksessaan, että työsuhteasiat ovat aina tapetilla. Halusimme parantaa työsuhteasioiden tietotasoa yrittäjäkunnassamme entisestään. Tiedämme taloudellisen tilanteen olevan sellainen, että lähes jokaisessa yrityksessä joudutaan pohtimaan keinoja reagoida toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin.

Hallitus päättikin tämän johdosta tilata jokaiselle yritykselle yhden uuden Työntäjän ABC pk-yrityksen työsuhdekirjan, jotta asiat olisivat helpompia käsitellä paikallisesti. Tämä lehden tultua perille teillä pi-

täisi olla kirja käsissänne. Tutkikaa kirjan sisältöä ja kuten tiedätte entuudestaan, jos teillä on ongelmia, voitte aina soittaa esim. liiton työsuhdeneuvvojille.

Lopuksi sairaankuljetusyrittäjät perheineen sekä yhteistyökumppanit toivotetaan tervetulleiksi Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n kevätkokoukseen ja näyttelyyn.

Osoite: Naantali, SPA Hotelli, 24.-25.4.2010, Matkailijantie 2, 21100 Naantali.

Ensimmäisenä päivänä kuullaan esityksiä ajankohtaisista aiheista ja tutustutaan sairaankuljetus- ja ensihoitona näyttelyyn.

Toisena päivänä käsitellään virallisessa kokouksessa sääntömääräiset kevätkokousasiat esityslistan mukaisesti. Muut kuin viralliset kokousedustajat voivat tutustua myös toisena päivänä näyttelyyn.

Näillä sanoilla, myllerryksen keskellä, toivotan hyvää kevään odotusta ja näkemisiin Naantalissa.

Mikael Söderlund
toiminnanjohtaja

Laskeeko uusi laki SSK:n lipun puolitankoon?



Parin vuoden ajan valmisteilla ollut uusi terveydenhuoltolaki on monien vaiheiden jälkeen luonnosmuodossa ja ehtinee keväällä aikana eteenpäin. Yksityiset palveluntuottajat ovat olleet osaltaan edustettuina lain valmistelussa, mutta viimeiset puoli vuotta on ministeriö tehnyt työtä suljetuin ovin ja tämä hiljaisuus sai toivoamaan parasta, mutta pelkäämään pahinta.

Perusrakenne terveydenhuollossa säilyy myös uuden lain tullessa voimaan. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat rakenteen osat myös jatkossa. Ensihoito tulee uuden lakiesityksen mukaan kuitenkin siirtymään sairaanhoitopiirien järjestämisvastuulle. Sinällään se ei ole mitään uutta ja on hyväksyttävissä, kun kyse on järjestämisvastuusta. Sitä emme voi missään tilanteessa hyväksyä, että uusi laki antaa sairaanhoitopiirille mahdollisuuden tehdä sopimuksen ensihoitopalveluista alueen pelastustoimen kanssa ilman, että palvelua kilpailutetaan hankintalain mukaisesti. Jos näin uuden lain mukaan tulee käymään ja pelastustoimen asema varmistetaan suvereenisti lailla, alkaa hyvin nopeassa tahdissa ensihoitopalveluja kunnissa tuottavien yritysten alasajo. Näin toteutuisi selvityshenkilön lausahdus: "tarvitaanko alle 5000 asukkaalla kunnissa ylipäättään ambulanssia". Ensihoitopalvelut eivät ole pelastustoimen

lakisäätteisiä tehtäviä ja silloin lakiluonnoksen perustelut eivät pidä tämän asian kohdalla paikkaansa. Mikäli ensihoitopalvelut olisivat lain mukaan pelastustoimen tehtäviä, asia olisi toinen. Jossain lainvalmistelun vaiheessa tämä olennainen asia on unohtettu. Vieläpä uskoisin, että tarkoitushakuisesti.

Tällä viikolla (viikko 10) liitolta pyydettiin lausuntoa päivystyspalveluista koskevasta YHTENÄISET PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET -työryhmän raportista. Raportissa oli lause, "että päivystyspalveluiden kasvaessa ja päivystysten keskitäyttyä täytyy huolehtia ja varmistaa, että syrjäseutujen ja reuna-alueiden palvelut tulevat säilymään". Lyövätkö tässä kaksi asiaa toisiaan korvalle? Toisaalta kannetaan huolta ja uudessa laissa kuitenkin mahdollistetaan palveluiden rajukin alasajo.

Pitäkö ottaa esimerkkiä 1970-luvun edunvalvontakeinoista?

Reaktiot palveluntuottajien keskuudessa ovat olleet, kuten arvata voi, erittäin ristiriitaiset mutta ennen kaikkea hyvin pettyneet. Seuraavassa on muutamia lainauksia kentältä tulleista kommentista, ajatuksista sekä tulevaisuuden näkymistä. Ne kuvaavat hyvin niitä yksittäisiä tunteita, joita vuosikymmenet kunnissa työtään tehneet

yrittäjät ja myös heidän työntekijänsä tuntevat. Uuden lain henki koetaan epäluottamuslauseena vuosikymmenten ajan tehtyä työtä kohtaan. Useiden kohdalla toiminnan lopettaminen on sillä hetkellä ainoa mahdollinen vaihtoehto. Onko lainsäädännön keinoin järkevää heittää yli 2000 alan ihmisen työpanos romukoppaan? Tätä listaa voisi vielä tovin jatkaa, mutta säälin ja sympatia kerjääminen ei tässä tilanteessa auta. Vielä voivat auttaa kovat ja järkähtämättömät keinot, jotta laista saadaan pois pykälä, jolla mahdollistetaan pelastustoimen yksinoikeus tuottaa ensihoitopalveluita. Jos tämä terveydenhuollon merkittävä osa-alue ja ihmisen auttamisketjun alkupää halutaan tuottaa julkisen toimijan tuottamana, kysyn, **mikseivät sairaanhoitopiirit sitten tuota palveluaan itse jatkossa koko alueellaan reunoja myöten? Ei tarvittaisi mitään Kainuun mallia, jossa reunat kilpailutetaan tai näivetetään ja taajamat hoidetaan omana toimintana. Eikö tämä ole "rusinat pullasta malli".**

Vuosikymmeniä sitten, kun asiat olivat samassa tilanteessa, yrittäjät ajoivat silloiset työvälineensä, Volgansa, Mersunsa tai Peugeotinsa eduskuntatalon eteen tuoden siten julki mielipiteensä. Keino auttoikin silloin. Tällä hetkellä on edessä lähes sama tilanne, missä tarvitsemme lakiasian hoitamisessa samanlaista yhteishenkeä ja -toi-

mintaa kuin 1960- ja 1970-lukujen vaikeina aikoina. Mikä on se tapa tai keino, jolla tuomme Arkadianmäelle oman vakaan mielipiteemme, että meidän lain keinoin ollaan sysäämässä syrjään? Se on yhteen hiileen puhaltaminen, olipa painostuskeino sitten millainen tahansa.

Puheenjohtajiston ja toiminnanjohtajan viimeiset viikot ovat olleet erittäin työntäyteisiä. Öisin on herätty miettimään eri ratkaisuvaihtoehtoja ja kuten tunnettua, öisin valvoessa asiat saavat aivan eri mittasuhteet kuin päivisin.

Naantalinkokous lähestyy, eikä valoisissa merkeissä, mutta toivotaan kuitenkin, että asiat selkiytyvät ja pykälä, joka uhkaa toimintaamme, muutetaan tai poistetaan lakiesityksestä. Mikäli näin ei käy, Naantalinkokouksella on koko yksityisen toiminnan jatkuvuuden kannalta ratkaiseva merkitys. Tässä esitänkin toiveeni puheenjohtajana, että kokouksessa olisi mahdollisimman moni yrittäjä tekemässä päätöksiä jopa koko yksityisen toiminnan ja samalla kukin oman toimintansa tulevaisuudesta.

Kevään odotusta
Teuvo Kontio
puheenjohtaja

SSK:n kannanotto terveydenhuoltolakiesityksen ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluita koskevaan osioon

Hallitus toimii vastoin ohjelmaansa – pyrkii sosialisoidaan ensihoitopalvelut kilpailuttamatta

On käsittämätöntä, että nykyisellä hallitus-pohjalla esitetään ensihoitopalvelun valtiollistamista uudella terveydenhuoltolailla siten, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä mm. yhteistyössä alueen pelastustoimen kanssa *ilman kilpailutusta*.

Ensinnäkin nykyinen **hallitus toimii vastoin omaa ohjelmaansa**, jossa se toteaa tavoitteenaan olevan tarjota yrittäjyydelle ja innovaatiotoiminnalle Suomessa maailman parhaan toimintaympäristön. Tämän lakiesityksen toteutuessa nykyiset yksityiset palveluntuottajat ajetaan ahdinkoon ja pyritään lopettamaan hyvin toimiva ja kehittyvä infrastruktuuri. Lainsäädännöllä tuottajat asetettaisiin eriarvoiseen asemaan, mikä vaarantaa nimenomaan yksityisen sairaankuljetuksen olemassaolon. Nämä keskeiset lainsäädäntöasiat ovat ratkaisevassa asemassa yksityisen sairaankuljetuksen ja yrittäjyyden jatkuvuudelle. Niillä on myös poikkeuksetta ratkaiseva vaikutus potilaiden tasavertaiseen asemaan koko valtakunnassa.

On muistettava, että lähes 2/3 maamme kunnista on tehnyt ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden ostosopimuksen yksityisen yrityksen kanssa, jolloin 3/4:ssä niistä kunnista yritys on alansa ainoa palveluntuottaja. Kaluston tehokas käyttö on yksityisille yrityksille yksi tärkeimmistä toiminnan edellytyksistä ja tulisi olla sitä myös palvelun järjestäjille jatkossa. Laissa tulisi varmistaa, että taloudellisesti järkeviä ja tehokkaita järjestelmiä luodaan myös uusiin toimintamalleihin siten, että jatkosakin olisi mahdollisuus käyttää palveluntuottajien kalustoa tehokkaasti, eikä vaarantaa nykyisten toimijoiden toimin-tamahdollisuuksia.

Toiseksi perusteluissa pyritään pitkällä vääränlaisilla tulkinnolla esittämään, että

nyt esitetyllä mallilla olisi laillinen perusta viittaamalla mm. Euroopan Yhteisöjen tuomioistuimen 9. päivänä kesäkuuta 2009 antamaan yhteistyötä ja kilpailuttamisvelvollisuutta koskevaan tuomioon (C-480/06), joka esityksen mukaan merkitsisi muutosta aikaisempaan oikeuskäytäntöön. Neljä Ala-Saksin hallinnollista piirikuntaa oli tehnyt Hampurin kaupungin puhtaanapito-osaston kanssa sopimuksen jätteen hävittämisestä uudessa rakenteilla olevassa jätteenpolttolaitoksessa. Lisäksi viitataan Markkinaoikeuden 14.1.2009 antamiin ratkaisuihin MAO:10/09, MAO:11/09, MAO:12/09, MAO 13/09 ja MAO:14/09, jotka koskivat Järvenpään, Keravan ja Hyvinkään kaupunkien sekä Mäntsälän, Nurmijärven, Tuusulan ja Pornaisten kuntien tekemää sairaankuljetuksen yhteistoimintasopimusta.

Kyseiset markkinaoikeuden päätökset eivät ole lainvoimaisia, vaan ne käsitellään Korkeimmassa hallinto-oikeudessa ja asiasta on pyydetty valittajien puolesta EY-tuomioistuimen näkemys. Yllä mainittu Hampurin jätehuoltosopimus on yksittäinen tapaus, mitä ei voida soveltaa tässä ohjenuorana, koska se käsittelee lakisääteistä toimintaa, eivätkä ensihoitopalvelut eivät ole pelastustoimen lakisääteistä toimintaa. Tämän lisäksi Hampurin tapauksessa tärkeänä ja olennaisena tekijänä oli vaatimus yleisestä edusta.

Kun EY-tuomioistuin julkisti ratkaisunsa C-480/06, oli arvattavissa, että ratkaisun lausumalla "yleisestä edusta" pyritään kuntien ja nyt myös valtiovallan taholta käytännössä dementoimaan koko hankintalaki. Olennaisin ero tällä tapauksella ja EY-tuomioistuimen ratkaisulla on mm. se, että sairaankuljetus ei ole pelastuslaitoksen lakisääteinen tehtävä. Kysymys ei myöskään ole mistään yleisestä edusta, sillä sai-

raankuljetusta on järjestetty ja järjestetään Suomessa kilpailutuksen kautta jatkuvasti, eikä mikään yleinen etu vaadi tämän menettelyn muuttamista. Yksityinen sektori hoitaa lähes 2/3 kaikista sairaankuljetuksista.

Ratkaisun perusteluissa EY-tuomioistuinin toteaa mm. seuraavaa:

Näin ollen riidanalainen sopimus muodostaa sekä perustan että oikeudelliset puitteet julkisen palvelun suorittamiselle eli jätteen hyödyntämiseen lämmöntuotannossa käytettävän laitoksen myöhemmälle rakentamiselle ja käyttämiselle.

Tämä yhteistoiminta/sopimus ei muodosta perustaa eikä oikeudellisia puitteita sairaankuljetuksen suorittamiselle. Sairaankuljetustarve ja kapasiteetti ovat kaikki olemassa ilman tätäkin yhteistoimintaa/sopimusta.

Toisaalta tällaisella viranomaisten välisellä yhteistyöllä ei saateta kyseenalaiseksi julkisia hankintoja koskevien yhteisön sääntöjen päätavoitetta eli palvelujen vapaata liikkuvuutta ja avaamista vääristymättömälle kilpailulle kaikissa jäsenvaltioissa, koska tämän yhteistyön toteuttamista säätelevät ainoastaan yleisen edun mukaisten päämäärien tavoittelulle ominaiset seikat ja vaatimukset ja koska direktiivissä 92/50 tarkoitettu asianomaisten yhdenvertaisen kohtelun periaate taataan siten, ettei yhdellekään yksityiselle yritykselle anneta etua sen kilpailijoihin nähden (ks. vastavasti em. asia Stadt Halle ja RPL Lochau, tuomion 50 ja 51 kohta).

Tämä lausuma osoittaa selkeästi, että sellainen laventava tulkinta johon kunnissa

ja niiden etujärjestössä on ratkaisun jälkeen pyritty, on virheellinen ja vastoin tuomioistuimen nimenomaisia perusteluita.

Lopuksi

Suomen terveydenhuoltolakiesityksessä nykyiset palveluntuottajat (pelastuslaitos ja yksityinen sektori) asetetaan eriarvoiseen asemaan keskenään, mikä vaarantaa nimenomaan yksityisen sairaankuljetuksen olemassaolon. Tämä johtuu siitä, että kilpailu ensihoitopalvelun tuottamisesta vähennee pelastuslaitoksen saadessa käytännössä monopoliaseman. Nämä keskeiset lainsäädäntöasiat ovat ratkaisevassa asemassa yksityisen sairaankuljetuksen ja yrittäjyyden jatkuvuuden osalta. Niillä on myös poikkeuksetta ratkaiseva vaikutus potilaan tasavertaiseen asemaan ja potilasturvallisuuden koko valtakunnassa.

Helsingissä 10. päivänä maaliskuuta 2010

Suomen Sairaankuljetusliitto ry

Teuvo Kontio,
puheenjohtaja
teuvo.kontio@kotinet.com
0400 893 777

Mikael Söderlund,
toiminnanjohtaja
mikael.soderlund@sairaankuljetusliitto.fi
050 4394 773



SSK:n kevätkokous
24.-25.4.2010
Naantalın kylpylässä



Elinaikakerroin ottaa elinajan pitenemisen huomioon työeläkkeessä

Elinaikakerroin voi leikata työeläkettä tänä vuonna ensimmäisen kerran. Keskimääräinen elinajan odotus on jatkuvasti pidentynyt, mikä jatkossa voi kasvattaa eläkekustannuksia merkittävästi. Tämän vuoksi vuoden 2005 eläkeuudistuksessa kehitettiin menettely, joka pienentää eläkettä, jos elinajan odotus pitenee.

Ensimmäisen kerran elinaikakerroin pienentää vuonna 1948 syntyneiden vanhuuseläkkeitä, varhennettuja vanhuuseläkkeitä ja alennettua iässä alkavia vanhuuseläkkeitä.

Elinaikakerroin lasketaan alkaen kullekin ikäluokalle 62 vuoden iässä viiden viimeisen vuoden kuolevuustilastojen mukaan. Vuonna 1947 syntyneiden kerroin oli 1, joten se ei vaikuta kenenkään eläkkeeseen. Vuoden 2010 elinaikakerroin on vahvistettu 0,99170. Tällä kertoimella kerrotaan vuonna 1948 syntyneen alkava vanhuuseläke, vaikka hän jäisi vanhuuseläkkeelle vasta 68-vuotiaana.

Esimerkki: Eläkettä on karttunut 1500 euroa kuukaudessa vanhuuseläkkeen alkamiseen mennessä. Tämä 1500 euroa kerrotaan elinaikakerroinilla, jolloin vanhuuseläkkeen määräksi tulee 1487,55 euroa.

Kerroin koskee myös alkavaa työkyvyttömyyseläkettä

Alkavaa työkyvyttömyyseläkettä kerroin

pienentää eläkkeensaajan iästä riippumatta, jos työkyvyttömyys on alkanut vuonna 2010 tai myöhemmin. Aikaisempia eläkkeitä kerroin ei koske.

Työkyvyttömyyseläkettä pienennetään sen vuoden kertoimella, jolloin työkyvyttömyys on alkanut. Nuorella työkyvyttömyyseläkkeensaajalla elinaikakerroimen vaikutusta on lievennetty, sillä sairastuneella ei ole mahdollista korvata pienennystä työskentelemällä. Kerroin pienentää vain sitä työkyvyttömyyseläkkeen osaa, joka on kertynyt työssäoloajalta.

Osa pidentyneestä elinajasta työssä

Suomalaisten elinajan odotus on pidentynyt viimeisen 10 vuoden aikana noin kahdella vuodella. Nyt 63-vuotias suomalainen elää keskimäärin 21 vuotta. Vuonna 2030 tämän ikäinen elää vielä keskimäärin 25 vuotta.

Eläkkeen pienentäminen elinaikakerroimella oli vaihtoehto eläkeiän korottamiselle. Toisaalta eläkejärjestelmässä on tavoitteena, että jatkossa eläkkeelle siirrytään myöhemmin kuin nykyisin. Työskentelemällä pitempään voi elinaikakerroimesta huolimatta saada entisen tasaisen tai jopa paremman eläkkeen. Elinajan pidentyessä pidetään kohtuullisena, että osa tästä ajasta oltaisiin töissä eikä kokonaan eläkkeellä.

Elinaikakerroin ja kompensoiva työskentely

Syntymävuosi	63 vuoden iän täyttämivuosi	Elinaikakerroin	Kompensoiva työskentely eläke 60 % palkasta	63-vuotiaan elinajan muutos vuodesta 2010
1947	2010	1,00000	0 kk	0 kk
1948	2011	0,99170	1 kk	2 kk
1949	2012	0,984	2 kk	4 kk
1950	2013	0,978	3 kk	7 kk
1951	2014	0,971	5 kk	9 kk
1952	2015	0,963	6 kk	11 kk
1953	2016	0,956	7 kk	1 v 1 kk
1954	2017	0,949	8 kk	1 v 3 kk
1955	2018	0,943	9 kk	1 v 5 kk
1956	2019	0,937	10 kk	1 v 7 kk
1957	2020	0,930	11 kk	1 v 9 kk
1962	2025	0,902	1 v 4 kk	2 v 7 kk
1967	2030	0,876	1 v 9 kk	3 v 5 kk
1977	2040	0,833	2 v 6 kk	4 v 11 kk
1987	2050	0,799	3 v 1 kk	6 v 2 kk

Elinaikakerroin on joustava menetelmä, sillä jokainen voi valita, haluaako suuremman eläkkeen jatkamalla työssä vai arvostaako hän enemmän vapaa-aikaa ja tyytyy pienempään eläkkeeseen.

Kertoimen vaikutus on sen käyttöönoton alkuvuosina vähäinen, mutta vaikutus kasvaa yleisen elinajan pitenemisestä riippuen.

Alkuvuosina eläkkeiden pienennys tulee

olemaan vähäinen. Vuoden 2020 paikkeilla alkavia eläkkeitä elinaikakerroin pienentää arvion mukaan noin 10 prosenttia, minkä voi korvata alle yhden vuoden lisätyöskentelyllä. Elinaikakerroin toimii myös toisin päin. Jos keskimääräinen elinajan odotus lyhenee, eläkkeen määrä kasvaa.

Ilmarinen | Eila Parkkonen

SAIRAANKULJETTAJIEN PALKANKOROTUKSET 1.4.2010

1. Yleiskorotuksen toteuttaminen

Sairaankuljettajien työehtosopimuksen piirissä olevien työntekijöiden henkilökohtaisia ja taulukkopalkkoja korotetaan 1.4.2010 lukien 0,7 %.

Henkilökohtaisten palkkojen korottaminen tarkoittaa sitä, että työntekijän palkan

sisältäessä 1.4.2010 vaatuvuusryhmän peruspalkan ja vuosisidonnaisen lisän lisäksi jotakin muuta palkkaa (esim. erityistekijöistä johdettava tai henkilökohtaista palkanosaa), korotetaan 1.4.2010 lukien kaikkia kuukausipalkan osia, eli työntekijän kokonaiskuukausipalkkaa 0,7 %.

Mikäli työntekijän palkka on muodostunut suoraan vaatuvuusryhmän vähimmäispalkan ja mahdollisen vuosisidonnaisen lisän yhteissummasta, ovat eri palkkaryhmien I ja II palkat ilman vuosisidonnaisia lisäiä 1.4.2010 seuraavat:

	PKL I	PKL II
Palkkaryhmä I	1.659,05 e	1.614,97 e
Palkkaryhmä II	1.800,87 e	1.748,76 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 minimiä ovat 01.4.2010 alkaen seuraavat

I PALKKARYHMÄ PERUSTASO		II PALKKARYHMÄ HOITOTASO	
I PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA 1659,05 e = TEHT.KOHT. PALKKA	II PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA 1614,97 e = TEHT.KOHT. PALKKA	I PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA 1800,87 e = TEHT.KOHT. PALKKA	II PAIKKAKUNTAKALLEUSLUOKKA 1748,76 e = TEHT.KOHT. PALKKA
4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6 % HLÖ 99,54 e YHT. 1758,59 e	4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6 % HLÖ 96,90 e YHT. 1711,87 e	4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6 % HLÖ 108,05 e YHT. 1908,92 e	4 VUOTTA KOROTUS VÄH. 6 % HLÖ 104,93 e YHT. 1853,69 e
7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10 % HLÖ 165,91 e YHT. 1824,96 e	7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10 % HLÖ 161,50 e YHT. 1776,47 e	7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10 % HLÖ 180,09 e YHT. 1980,96 e	7 VUOTTA KOROTUS VÄH. 10 % HLÖ 174,88 e YHT. 1923,64 e
10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13 % HLÖ 215,68 e YHT. 1874,73 e	10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13 % HLÖ 209,95 e YHT. 1824,92 e	10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13 % HLÖ 234,11 e YHT. 2034,98 e	10 VUOTTA KOROTUS VÄH. 13 % HLÖ 227,34 e YHT. 1976,10 e

2. Muita määräyksiä neuvottelutuloksen johdosta

9 § Lisä- ja ylityö sekä niiden korvaaminen

2. Ylityö

Uusi 3. kappale

Työnantajan ja työntekijän sopiessa voidaan ylityöstä maksettava palkka vaihtaa vastaavasti korotettuun vapaaseen säännöllisenä työaikana.

11 § Varallaolo

6. kohta: Työntekijälle annetaan vähintään 35 tunnin pituinen *yhtäjaksoinen* varallaolosta vapaa aika keskimäärin viikkoa kohden, ellei toisin sovita työnantajan ja työntekijän välillä.

7. kohta: Vapaamuotoisesta varallaolosta maksetaan työntekijälle tuntia kohden rahakorvaus, joka varallaolon laadun huomioon ottaen on 26–31 % korottamattomasta tuntipalkasta laskettuna. Korvauksen suuruus riippuu mm. liikkumisalueen laajuudesta ja työpaikalle saapumisen enimmäisajasta.

8. kohta: Kalenterivuodessa 1800 tuntia ylittävistä varallaolosta on sovittava työntekijän kanssa *tuntirajan täytyttyä* erikseen. *Työnantaja ja työntekijä ovat velvollisia tarkistamaan toukokuun aikana siihen mennessä toteutuneet varallaolotunnit ja huomioimaan ne loppuvuoden varallaolon tuntimäärissä.*

23 § Koulutus / Uusi 2. kohta

Terveystieteiden ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain mukaisesti. Tasapuolisen kohtelun vaatimuksen mukaisesti työnantaja huomioi myös *pidempiaikaisten* määräaikaisten työntekijöiden mahdollisuuden osallistua täydennyskoulutukseen.

24 § Muita määräyksiä

2. Mikäli sovitaan, että työntekijä vastaa itse suojavaatteen huollosta, maksetaan hänelle tästä korvausta 10 euroa kuukaudessa.

24 § uusi 8. kohta

1. Työntekijän ja työnantajan näin sopiessa työnantaja tekee hänen kanssaan erikseen vahvistettua perintäomaketta käyttäen sopimuksen työehtosopimukseen sidotun ammattijärjestön jäsenmaksun perimisestä.

2. Perintämenettely on seuraava:

- Työnantaja pidättää työntekijän palkasta työnantajalle ilmoitetun jäsenmaksun työntekijän palkanmaksun yhteydessä.
- Työnantaja suorittaa kertyneet jäsenmaksut hänelle ilmoitetulle tilille annettujen ohjeiden mukaisesti perintäkausittain.

- Työnantaja tekee ammattijärjestölle seuraavan vuoden tammikuun loppuun mennessä selvityksen koko edellisen vuoden aikana perityistä jäsenmaksuista. Jos jäsenmaksun perintä tapahtuu useammin kuin neljä kertaa vuodessa, työnantaja antaa lisäksi selvityksen viimeistään 15.8. kesäkuun loppuun mennessä perityistä jäsenmaksuista.
- Työnantaja antaa perityistä jäsenmaksuista tiedon työntekijälle palkkalaskelmassa tai muulla vastaavalla tavalla.
- Työnantaja antaa työntekijälle todistuksen jäsenmaksujen perinnästä kunkin vuoden verotusta varten.

Liite 4

Matkustusliite

4 § Ulkomaan sairaankuljetusmatka

Matka-aika ja sen korvaaminen

Sairaankuljetukseen liittyvä matka-aika luetaan kokonaisuudessaan työaikaan kuuluvaksi auton kuljettajalle ja mukana olevalle työntekijälle. Myös kohteessa oloaika luetaan työajaksi, mikäli kuin aikaa on pidettävä työsuorituksena.

Siitä osasta perilläoloaika, jota ei voida pitää työsuorituksena, maksetaan työntekijälle työehtosopimuksen 11 §:n 7. kohdan mukainen varallaolokorvaus.

Muut korvaukset

Tämän lisäksi maksetaan korvauksena matkakustannusten korvausta, majoittumiskorvausta, päivärahaa ja / tai aterikorvausta niiden ehtojen ja sen mukaan kuin kulloinkin voimassa olevat Verohallituksen päätöksen enimmäismäärät edellyttävät.

Ulkomaan matkan suorittaminen edellyttää työntekijän suostumusta.

(Tiedoksi) Työryhmät:

- laaditaan yhteinen lomaohjeistus
- selvitetään työajan ja varallaolojärjestelmän kehittämistarpeita sekä kerätään hyviä käytäntöjä paikallisista toimintatavoista
- selkeytetään kirkollisia vapaapäiviä, arkipäiviä ja muita vapaita koskevat työehtosopimusmääräykset
- selvitetään työehtosopimuksen sukupuolivaikutukset

Helsingissä 2.3.2010

Suomen Sairaankuljetusliitto ry

Mikael Söderlund

Claus Harju-Jeanty

Ensihoitajien AMK-koulutus vastaa yhteiskunnan muutokseen

Ensihoitajan koulutus alkoi neljässä ammattikorkeakoulussa vuonna 1998. Sitä ennen ei hoitotason ensihoitoon ollut valtakunnallista koulutusohjelmaa. Uusi koulutusmuoto lähti käytännön tarpeista. Sairaaloiden ulkopuolisen ensihoidon kehitys oli kulkenut omia latujaan eri puolilla Suomea, eikä yhtenäistä vaatimustasoa ollut. Ensihoitajien AMK -koulutuksella pyrittiin tasaamaan sairaalan ulkopuolisen ensihoidon tietotaitoa maan laajuisesti.



Elvytysharjoitus

Koko ensihoito-käsite oli epämääräinen, vaikka hätätilapotilaiden hyväksi oli monilla paikkakunnilla tehty ansiokasta työtä jo vuosikymmeniä. Sairaanhoidopiireissä tuli olla vuodesta 1994 alkaen ensihoidon vastuulääkäri kehittämässä ja valvomassa "sairaankuljetuksen hoitotasoa" sekä kouluttamassa ensihoidossa työskenteleviä ja testaamassa heidän tietotaitoaan. Tämä ei kuitenkaan toteutunut kaikissa sairaanhoidopiireissä moneen vuoteen, mikä osaltaan vaikutti huomattavaan alueelliseen epätasapainoon sairaaloiden ulkopuolisen ensihoidon tasossa.

Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri ja KYS järjestivät hoitotason koulutusta jo työelämässä oleville 1990-luvun lopulla. Opiskelijoina tuli koko maasta, mutta kussakin sairaanhoidopiirissä täytyi sairaankuljettajan saada erikseen lupa toimia hoitotasolla.

Ensihoitajien AMK-koulutukseen liitettiin vuonna 2000 sairaanhoitajan pätevyysjohtava osio. Tarkoituksena oli parantaa ja selkeyttää ensihoitajien asemaa työelämässä. Koulutus tarjosi hyvät mahdollisuudet työskennellä myös sairaaloissa mm. päivystysalueilla ja teho-osastoilla. Ensihoitajilla ei kuitenkaan ollut laillistettua asemaa, eikä vastaavia virkoja ja toimia ollut perustettu.

Ensihoidon porrastus perus- ja hoitotasolle on nostanut esille kysymyksen, onko yksikkö hoitotason ambulanssi vain silloin, jos työvuorossa on kerrallaan kaksi hoitotason tutkinnon suorittanutta. Vaikka periaatteessa niin olisikin, käytännössä tällaiseen ympärivuorokautiseen ja -vuotiseen kattavuuteen ei kaikilla paikkakunnilla voida mitenkään päästä. Tässä suhteessa on huomattavia paikkakunta- ja sairaanhoidopiiri-kohtaisia eroja.

Ensihoitajakoulutuksen aloituspaikkojen lisäämisellä tuskin edelliseen on vaikutusta, koska kyseessä ovat aina paikalliset resurssit ja toimipaikan henkilöstörakenne. On myös otettava huomioon, ettei läheskään kaikilla paikkakunnilla voi alhaisen väestöpohjan vuoksi riittää niin paljon hoitotason tehtäviä, että koulutettu ensihoitaja voisi työskennellä pelkästään niissä. Samoilla ambulansseilla voi olla vuorokaudessa useamman tason tehtäviä.

Ensihoitajan AMK-koulutukseen Turussa 200 hakijaa – 20 valitaan

Ensihoitajan ammattikorkeakoulututkinnon voi nykyisin suorittaa mm. Turussa. Kysyimme ajankohtaisia kuulumisia ensihoidon tutkintovastaavalta **Katriina Niemelältä** ja ensihoidon yliopettaja **Jari Sämsäältä**. Seuraavassa heidän vastauksensa.

- Ensihoidon koulutusohjelmaan voi hakea opiskelijaksi perättäisiin syksyllä ja keväällä alkaviin ryhmiin, jonka jälkeen on 1,5 vuoden tauko ennen seuraavaa hakua. Tämän vuoksi vuosittain valmistuvien AMK-ensihoitajien määrä ei ole vakio. Kussakin opiskelijahaussa ensihoidon koulutusohjelmaan valitaan 20 opiskelijaa. Tänä vuonna valmistuu kaksi ryhmää toinen keväällä ja toinen syksyllä. Yhteensä noin 30 opiskelijaa.

- Kussakin opiskelijahaussa hakijoita on ollut noin 200 ja heistä opiskelemaan valitaan 20.

Opiskelumahdollisuus sekä nuorille alkajille että alan muun tutkinnon suorittaneille

- Koulutuksen käynnistymisvaiheessa suurin osa hakijoista oli jo työelämässä työskenteleviä sairaankuljettajia, joilta puuttui

tulevan lakiuudistuksen edellyttämä tutkinto hoitotason sairaankuljettajana toimimiseen. Tämän vuoksi 2000-luvun alkupuolella suurin osa opiskelijoista oli jo sairaankuljetuksessa työskenteleviä henkilöitä. Tällä hetkellä lukiosta suoraan ensihoidon koulutusohjelmaan opiskelemaan hakevien määrä on lisääntynyt jatkuvasti, ja aikaisemmin lähihoitajatutkinnon suorittaneita ja sairaankuljetuksessa jo toimineita henkilöitä on ryhmässä vain muutamia. Lisäksi on joitakin opiskelijoita, joilla on jo jokin muu kuin terveydenhuoltoalan tutkinto. Miehiiä ja naisia on aloittavissa ryhmissä määrällisesti keskimäärin saman verran. Lisäksi vuonna 2008 käynnistettiin aikuisopiskelijoiden ensihoitaja (AMK) tutkintoon johtava koulutus. Kyseinen koulutus on suunnattu lähihoitajille ja lääkintävahtimestari-sairaankuljettajille, jotka haluavat suorittaa tutkinnon, joka vastaa hoitotason sairaankuljettajilta vaadittavia pätevyysvaatimuksia.

- Hakijat ja opiskelemissa olevat opiskelijat tulevat sekä lähialueilta että eri puolilta Suomea.

Työelämään sijoittuminen hyvä

- Kaikki opiskelijat ovat sijoittuneet valmistuttuaan työelämään. Suurin osa heistä on sijoittunut työelämään samaansa koulutustaan vastaavin ensi- ja akuuttihoitotyöhön tehtäviin. Sijoittumispaikkoina ovat olleet mm. sairaankuljetus, päivystys- ja EA-poliklinikat ja teho-osastot.

- Ensihoitajien työhönsijoittumismahdollisuudet ovat erinomaiset, johtuen sekä terveydenhuollossa vapautuvista työpaikoista (suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle) kuin myös terveydenhuoltolain mahdollisesti tuomista muutoksista ja niiden edellyttämistä uusista toimintamodoista (myös kotona tapahtuva hoito lisääntynee).

Ensihoitaja (AMK) tutkinnossa opiskelijat suorittavat sekä sairaanhoitajan että ensihoitajan tutkinnot, ja tämä antaa heille hyvät mahdollisuudet työskennellä sekä sairaalan ulkopuolella että sairaalan sisällä hoitoketjun kaikissa eri vaiheissa.

- Opiskelijoille on muodostunut melko realistinen kuva harjoittelujaksojen ja kesätöiden aikana käytännön työelämästä ja sen haasteista. Opiskelijat perehtyvät jo opintojensa alkuvaiheessa sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon ja tämä mahdollisuus on koettu opintojen kannalta motivoivana. Sairaalas- toteutuneet opinnot ovat omalta osaltaan vahvistaneet monen opiskelijan uravallin osuvuutta ja tarjonneet mahdollisuuksia saada loma-aikoina sijaisuuksia. Opiskelijat ovat olleet tyytyväisiä harjoittelujaksoihin ja niiden antamiin oppimismahdollisuuksiin.

- Turun ammattikorkeakoulussa on keskitetyt koordinoitu opiskelijoiden harjoittelupaikat heidän oppimisvaiheitaan vastaaviin yksikköihin. Jobstep-järjestelmään siirtymisen myötä opiskelijat voivat itse valita ja varata ohjatuista käytettävissä olevista harjoittelupaikoista sellaisen, joka vastaa parhaiten hänen omaa opiskeluvaihettaan ja oppimistavoitteitaan. Joissakin tilanteissa opiskelijat ovat voineet pyytää myös omilta kotipaikkakunniltaan sairaalan ulkopuolisen ensihoidon harjoittelupaikkoja.

- Virallisen palautteen mukaan opiskelijat ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä harjoittelujaksoihin ja he ovat kokeneet, että ne erityisesti tukevat heidän oppimistaan.

Kokemuksen kautta vastuulliseen ammattilaisuuteen

- Turun ammattikorkeakoulussa ensihoitajaopiskelijoilla on mahdollisuus kehittää ensihoidon teknisiä ja toiminnallisia val-



Peruselintoimintojen arviointi ja tukeminen



Hengitys-, sydän- ja suolistoäännet tutuksi

tään kuusi ja niihin osallistuu vuosittain keskimäärin 180 hoitotasolla toimivaa tai hoitotasolle pyrkivää sairaankuljettajaa.

- Tulosten analysoinnin pohjalta toteutettavia ensi- ja akuuttihoidon koulutuspäiviä järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Koulutuspäivät ovat avoimia kaikille VSSHP:ssä sekä sairaaloissa että sairaalan ulkopuolella ensi- ja akuuttihoitotyössä toimiville terveydenhuollon ammattilaisille sekä Turun AMK:n ensihoidon opiskelijoille ja Turun yliopiston lääketieteen opiskelijoille. Osa ensihoidon opiskelijoiden lääketieteen luennoista järjestetään näiden koulutuspäivien kautta. Lisäksi opiskelijoilla on mahdollisuus osallistua VSSHP:n ja TYKS:n järjestämiin koulutuspäiviin ja Turun Yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan anestesiologian ja tehohoidon luentoihin videovälitteisesti.

- Turun ammattikorkeakoulun ensihoidon koulutusohjelmassa ammatillisiin opintoihin sisältyy 25 op lääke- ja luonnontieteellisiä aineita sekä noin 90 op eri kliinisten alueiden ensi- ja hoitotyön opintoja. Lisäksi harjoittelua on 75 op, joista 10 op toteutuu luokkatilanteessa harjoitellen ja 65 op kliinisessä toimintaympäristössä. Osan harjoittelusällöistä opiskelija voi valita oman henkilökohtaisen oppimis- ja urasuunnitelmansa mukaisina. Hoitotieteen opintoja vuoden 2010 opetussuunnitelmassa ei ole. Tietoperusta on terveydenhuollon ammattitutkinnoissa monialainen.

Poikkeusolojen toimintaa opitaan yhteistoimintaverkostossa

- Opetussuunnitelmassa on viimeisellä lukukaudella opintokokonaisuus, jossa opiskelijan valmiudet toimia erilaisissa poikkeavissa tilanteissa vahvistuvat. Opinnot sisältävät sekä tiedollisia aineksia (lääketieteellisiä opintoja, ensi- ja hoitotyön opintoja ja johtamiseen ja viranomaisyhteistyöhön liittyviä opintoja) että harjoittelua simuloituissa tilanteissa. Opinnoissa opiskelija perehtyy erilaisiin mahdollisiin uhkatilanteisiin ja niissä toimimista ohjaaviin kansallisiin, alueellisiin ja organisatorisiin valmiussuunnitelmiin, ja osallistuu sekä alueelliseen suuronnettomuusharjoitukseen että pienimuotoisempiin simuloituihin harjoituksiin koulutusohjelman sisällä.

- Poikkeusolojen ensihoito- ja katastrofivalmiusopintoja toteutetaan osittain osana Turun AMK:n ja työelämän välistä AMOVIRKE-yhteistyöprojektia. Projektin yhtenä tarkoituksena on suunnitella Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eri vastuualueille (Turku, Loimaa, Salo, Turunmaa, Uusikaupunki) alueelliset erityispiirteet ja eri viranomaisten resurssit huomioon ottaen toimintasuunnitelmia kullekin alueelle todennäköisimpiin suuronnettomuustilanteisiin. Ensihoidon opiskelijat ovat tiiviisti mukana toimintasuunnitelmien laatimisessa, niiden mukaisissa suuronnettomuusharjoituksissa yhdessä niiden viranomaisten kanssa, joita tilanne koskee sekä harjoituksista saatujen kokemusten ja palautteiden raportoinnissa. Lähtökohtana on hyvin laadittu suunnitelma ja sen harjoittelu konkreettisena toimintana ammatillisen osaamisen ja viranomaisyhteistyön kehittämiseksi.

- Turussa 2009 keväällä toteutettu harjoitus koski koulussa tapahtuvaan ampumavälikohtaukseen varautumista ja eri viranomaisten toimintaa ampumavälikohtauksessa ja sen jälkeen. Suunnitelmaan ja harjoituksen toteutukseen osal-

listuivat toimijoina hätäkeskus, poliisi, Varsinais-Suomen aluepelastuslaitos, Varsinais-Suomen ensihoito- ja ambulanssi-palvelu Oy:n sairaankuljetusryttäjät, SPR ja VAPEPA, Sosiaalipäivystys, taktisen ensihoidon ryhmä, TYKS:n teho-osaston lääkintäryhmä, Turun terveystoimen päivystys ja valmiusryhmä, TYKS:n EA-pkl ja Turun AMK.

- Ennen harjoitusta järjestettiin yhteinen koulutuspäivä, jossa kukin viranomaisen selvitti oman roolinsa ja yhteistyönsä muiden viranomaisten kanssa kouluväki-valtatilanteessa ja sen jälkihoidossa. Harjoituksessa ensihoidon opiskelijat harjoittelivat poliisijohtoosessa monipotilastilanteessa toimimista ohjatuksi kokeneiden työelämän edustajien pareina. Opiskeluvaiheesta riippuen opiskelijat sijoittuivat potilaiksi, ensihoitajiksi sairaankuljetukseen, sairaanhoitajiksi terveyskeskuksen päivystykseen tai TYKS:n EA-pkl:lle tai kirjuriksi lääkinnällisen pelastustoimen johtajille. Eri viranomaisten tuottamista valmius- ja toimintasuunnitelmista opiskelijat laativat yhtenäisen raportin. Harjoituksesta kerättiin palaute ja siitä tullaan tuottamaan kokonaisraportti yhdessä laaditun toimintasuunnitelman kanssa osana ensihoidon opiskelijoiden poikkeusolo-opintoja. Tänä vuonna suunniteltavan ja toteutettavan suuronnettomuuden aiheena on linja-auto ja ammoniakkilastissa oleva kemikaalirekan yhteentörmäys.

Ensihoitajan työssä lisäänty kotona hoitaminen

- Tulevaisuudessa sairaalan ulkopuolinen ensihoito ei ole pääsääntöisesti vain potilaan ensi- ja akuuttihoitoa potilaan kuljetuskuntoon saattamiseksi ja jatkohoitoon kuljettamiseksi. Potilaat pyritään yhä enenevässä määrin hoitamaan kotona siihen kuntoon, että heitä ei tarvitse kuljettaa pois kodeistaan. Tämä edellyttää laaja-alaisempia toimintavalmiuksia kuin välitöiden ensihoidon hallinnan ja oireiden ja löydösten mukaisen potilaan hoidon. Potilaan sairauden diagnostiikassa tarvittavat laboratoriotutkimukset, erilaiset mittaukset sekä kotioloissa mahdolliset hoitoimenpiteet tulevat osaksi ensihoitajien työtä. Samoin yhteistyö muiden viranomaisten ja erilaisten tukipalveluiden kanssa lisääntyy.

- Muistaen ensihoitajan (AMK) kaksiosuutuksen ja sen tuomat sijoittumismahdollisuudet sekä sairaalan sisäiseen että ulkopuoliseen ensi- ja hoitotyöhön, erityisesti akuutin hoitotyön alueelle, ei ainakaan ole väärin säilyttää nykyistä koulutusvolyyminä. Valmistuneiden sijoittuminen työelämään on ollut hyvä ja ainakin toistaiseksi ala on ollut vetovoimainen, joten aloituspaikkojen määrän tulisi pysyä edes ennallaan. Lähihoitajien jatkokoulutautumismahdollisuudet tulisi ottaa huomioon ja jatkaa aikuiskoulutuksen tarjoamista turvaamalla sinne tarvittavat aloituspaikat. Ammattikorkeakoulujen aluekehitystehtävään liittyen koulutustarjonnan on syytä olla hajautettua, jotta sillä voidaan vastata koko maan erityistarpeisiin.

Toimittaja: Antti Järvinen

miuksiaan ensihoitajaopintojensa aikana sekä ohjatun harjoittelun jaksoilla että laboraatiotunneilla simuloituissa harjoitustilanteissa. Todellinen osaaminen todellisissa tilanteissa kehittyä kuitenkin vasta kokemusten kautta, joita tulee olla riittävän monipuolisesti ja riittävä määrä. Koulutuksen aikana voidaan harjoitella mm. toimimista monipotilastilanteissa ja lääkinnällisen pelastamisen johtotehtävissä, mutta se ei vielä takaa valmiuksia toimia esim. todellisessa suuronnettomuudessa, jossa johtajalta vaaditaan paikallistuntemusta, kykyä toimia yhteistyössä eri viranomaisten kanssa, kykyä toimia kovan henkisen paineen alaisena, jne. Kukin vastavalmistunut ensihoitaja (AMK) on kaiken kaikkiaan vielä uransa ja osaamisensa alkuvaiheessa (noviisitasolla) ja heiltä, kuten kaikilta ammattiin valmistuvilta, menee aikaa ennen kuin he voivat todeta hallitsevansa alansa ja olevansa ammattinsa eksperttejä. Lisäksi kunkin valmistuneen ensihoitajan osaamista tulee työelämässä arvioida yksilöllisesti.

- Koulutuksella taataan vähintään vähimmäisosaaminen ammatissa toimimiseen ja siinä edelleen kehittymiseen, mutta se ei tarkoita, että kaikki valmistuneet olisivat ensihoitajina tiedoiltaan ja taidoiltaan samanlaisia. Ammatillisen kasvun vaiheeseen vaikuttavat sekä ammatillinen kokemus että opiskelijan aktiivisuus opiskelun aikana. Peruslähtökohtana tulisi kuitenkin olla, että jokainen uusi työntekijä toimii alkuvaiheessa kokeneemman työntekijän parina niin kauan kuin uusien työtehtävien ja vastuualueiden omaksuminen edellyttää.

Opetussuunnitelmat perustuvat yhteistyöhön työelämän ja yliopiston kanssa

- Opetussuunnitelmat rakentuvat oppimis- ja osaamistavoiteperusteiseen orientaatioon.

Koulutuksen aikana oppiminen syvenee opintojen edetessä ja näkyy opiskelijan henkilökohtaisena ammatillisena kasvuna kohti ensihoitajan tutkinnon osaamisvaatimuksia. Opinnoissa otetaan huomioon opiskelijan todennettu aikaisempi osaaminen.

- 2000-luvulla opetuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on korostunut työelämän edustajien, Turun yliopiston ja Turun ammattikorkeakoulun välinen yhteistyö ja opintojen nivominen alueellisiin kehittämissuunnitelmiin. Tällä hetkellä yhteistyötä ja alueellista kehittämistä/kehittymistä ohjaa "Ammatillisen osaamisen ja viranomaisyhteistyön kehittäminen ensi- ja akuuttihoitossa" -projekti, jossa ovat aktiivisina osapuolina Turun AMK:n lisäksi Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/TYKS, Turun terveystoimi, Varsinais-Suomen aluepelastuslaitos/sairaan kuljetus, Varsinais-Suomen ensihoito- ja ambulanssipalvelu Oy (VESPA).

- Projektin puitteissa ensi- ja akuuttihoitotyössä työskentelevien henkilöiden osaamista ja kehittymistä ja kehittämistarpeita on kartoitettu ensihoidon opiskelijoiden opinnäytetöiden ja hoitotason teoriakokeiden avulla. Teoriakokeiden laatimista varten on luotu sairaankuljettajien hoitotason ensihoito-osaamista mittaava kaksikielinen kysymyspankki yhteistyössä työelämän, Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja Turun ammattikorkeakoulun edustajien välisenä yhteistyönä. Kysymyspankin kysymyksistä on laadittu mittareita, joilla mitataan kussakin teoriakokeessa kaikkia hoitotason ydinosaamisalueiksi määriteltyjä osaamisen osa-alueita. Teoriakokeista saatavat tulokset analysoidaan heikosti hallittujen tietojen kartoittamiseksi ja ensi- ja akuuttihoitopäivien sisältöjen suunnittelemiseksi. Vuodessa teoriakokeita järjeste-

Sikainfluenssa terveydenhuollon ja tiedottamisen mittarina

Mitä sikainfluenssapandemian ensimmäisestä aallosta jäi käteen? Miten varaudutaan toiseen aaltoon? Terveyspalveluiden "normaalikukuluttajilla" on esiintynyt lähinnä kahta pääsuuntaa tautiin suhtautumisessa. Sikainfluenssan rantauduttua Suomeen joko uskottiin, ettei tauti tartu ja oltiin välittämättä siitä, tai oltiin huolestuneita ja haluttiin rokotusta nopeasti. Riskiryhmille rokotus oli realiteetti ja se myös useimpien kohdalla onnistui kohtuajassa. Ambulanssityössä tartunnan saaneiden kuljettaminen lisäsi tehtäviä vaihtelevasti. Oma suojautuminen ja rokotuksen ottaminen oli tärkeää työkyntönsä säilyttämiseksi ja tartuntalähteeksi joutumisen ehkäisemiseksi.

Jossakin vaiheessa Suomessa pelättiin, ettei rokotetta saada riittävästi ja myöhemmin taas huolestuttiin siitä, mitä tehdään ylittävälle erille. Ensin varauduttiin taudin pahempaan esiintyvyyteen ja tappavuuteen kuin myöhemmin osoittautui todeksi. Tammi-kuuhun mennessä Suomessa oli todettu 41 influenssainfektiota liittyvää kuolemantapausta (keski-ikä 56 vuotta; vaihteluväli 1–88): lapsia 4, miehiä 25 ja 35:llä oli tiedossa perustauti.

Tiedettiin, että tartunta voi olla hengenvaarallinen mm. kroonista sydän- ja verenkiertoelimistön ja/tai hengityselinten sairautta poteville. Tiedettiin, että parhaimpaan vauhtiinsa pääsevä pandemia ylikuormittaisi koko terveydenhuoltojärjestelmän. Nyt, kun savu on hälvennyt ja ensimmäinen aalto laantunut, aletaan hiljalleen uumoilla toisen aallon lähentymistä. Mitä edellisestä jäi käteen?

Tieto kulki mutta laatu vaihteli

Ensimmäiseksi tulee mieleen lehdistön rooli. Sen tietty osa käytti lööpeissään suurta kirjainkokoja ensimmäisistä tautiin menehtyneistä. Kuten markettien kassojen tuntumassa säteilevät "iltapäivälehdet" ovat muissakin asioissa tehneet, ne lietsoivat parhaansa mukaan kansalaisten hämmennystä ja pelkoa taudin tarttuvuutta ja vaikutuksia kohtaan. Ei ihme, että terveyspalveluiden neuvontapuhelimit tuuttasivat varattua aamusta iltaan. Se, mitä asiallinen uutisointi ja valistus sai maailmalta läpi, oli taudin poikkeuksellisen suuri esiintyvyys nuoremmassa ikäluokissa. Jo ensimmäiset tiedot viruksen laajasta levinneisyydestä Meksikossa kertoivat sairastuneita olevan enemmän nuorissa ikäluokissa kuin yli 65-vuotiaissa.

Alkupalvesta kohosi internetin kautta muuan sikainfluenssarokotusta koskeva uutinen. Se kertoi peruspalveluministeri **Paula Risikon** antaneen esimerkkiä ottamalla rokotuksen. Risikko viestitti, että rokotus kannattaa ottaa nyt, vaikka ensimmäisen aallon huippu onkin takana. Toista aaltoa odotetaan saapuvaksi viimeistään ensi syksynä. Risikko huomauttaa, että mitä kattavammin rokotuksia otetaan, sitä heikompi toisen aallon vaikutukset jäävät.

Viime marraskuussa esitettiin julkisia arvioita, joiden mukaan rokotuksilla oli esitetty jo yli 50 000 sairastumista. Ensimmäisen aallon jyllätessä tosin aina ei voinut tietää, oliko kyseessä sikainfluenssa tai joku muu virustauti, koska oireet saattoivat olla hyvin samanlaisia tavallisen kausifluenssan kanssa. Normaalisti influenssapotilaista joutuu sairaalahoitoon korkeintaan yksi prosentti. Heistä joka neljäs tai viides tarvitsee tehohoitoa.

STM ilmoitti 17.12.2009, että sikainfluenssapandemian huippu oli ohi koko maassa ja terveydenhuollon epidemiasta ai-

heutuva kuormitus oli rokotuksia lukuun ottamatta palautunut lähes normaaliksi. Tartuntoja sanottiin esiintyvän kuitenkin vielä kevääseen saakka. Siinä vaiheessa ministeriön arvio oli, että sikainfluenssan aiheuttama toinen epidemia-aalto on todennäköinen jo kevään kuluessa, jos rokotuskattavuus jää alhaiseksi.

Rokotuksista aiheutuneet haitat ovat olleet yksilöllisiä ja lieviä. Siitäkin tosin esiintyi aluksi hälypuheita ja -kirjoituksia, jotka saattoivat joidenkin kohdalla vaikuttaa päätökseen olla rokotusta ottamatta. Usein rokotetuille on ilmaantunut paikallisia reaktioita, kuten kipua pistoskohdassa. Tyypillisiä ovat myös olleet lihas- ja nivelkiput, päänsärky ja kuume, joita on ilmennyt hie-man yli kymmenellä prosentilla rokotetuista. Oireet ovat menneet ohi parissa päivässä. STM:n mukaan sikainfluenssarokote näyttää aiheuttavan erilaisia allergiatyyppisiä reaktioita kausi-influenssarokotteita enemmän. Reaktiot eivät ole yleisiä, mutta rokotajalla tulee olla valmius niiden hoitoon, kuten yleensäkin rokotetta annettaessa.

Ministeriö tiedotti 1.2.2009, että Suomeen oli tullut siihen mennessä 4,2 miljoonaa sikainfluenssarokotetta. Viimeisin Suomeen saapunut, 1,4 miljoonan rokoteannos oli määrä jakaa kunnille samalla viikolla. Loppuja 1,1 miljoonaa rokotetta odotettiin saapuviksi helmikuun alkuvuokoina.

Terveyskeskukset poikkeustilassa

Maanosasta toiseen leviävän pandemian uhatessa terveysviranomaisien on luonnollisesti varauduttava palvelujärjestelmän nopeaan ja raskaaseen kuormittumiseen. Koska Suomessakaan ei tiedetty, miten nopeasti maahan saataisiin tehoava rokote, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa varauduttiin mahdolliseen ylikuormitukseen ehkä hie-man etupainotteisesti. Suurimmaksi ongelmaksi oli muodostumassa tehohoitopaikkojen riittämättömyys, koska ei vielä tiedetty taudin leviämisenopeutta eikä vaikutusastetta. Todentunutta rajumpi vakavuusaste olisi lisännyt tehohoitopaikkojen tarvetta ainakin riskiryhmiin kuuluvien osalta. Sairaala-paikkoja olisi voitu tarvita lisää muillekin tartunnan saaneille.

Sikainfluenssa kuitenkin ilmeni Suomessa kohtuullisen lievässä muodossa, eikä sen oireisto poikennut radikaalisti tavallisesta kausi-influenssasta. Tämän tyyppisten tartuntojen oletetaan tavallisesti ja perustellusti leviävän etelän suunnalta. Lintuinfluenssakaudella oli huomattu, että mikä tahansa lento kaukokohteesta Helsinki-Vantaan kentälle saattoi tuoda myös tartuntalähteen tullessaan. Sikainfluenssartunnat alkoivat vastoin odotuksia levitä koko maahan pohjoisesta. Ensimmäisinä haasteen ottivat konkreettisesti vastaan pohjoisimmat sairaanhoitopiirit.

Infektiotautien professori **Heikki Peltola**

kirjoitti Lääkärilehden numerossa 7/2010 (vsk 65 s. 574–575), että puheet yli miljoonan suomalaisen sairastumisesta, tuhansien kuolemista ja ventilaattorien loppumisesta alkuunsa olivat perusteettomia, jopa vaarallisia.

- Uhkaa ei ollut syytä aliarvioida, huomautti Peltola, mutta hänen mielestään perusteeton paisuttelu aiheutti suunnattomasti turhaa työtä luomalla kuvaa muka uhkaavasta suurestakin onnettomuudesta.

Normaaleja terveyskeskuspalveluita sikainfluenssa on rajoittanut merkittävästi. Tiivistähtisimmän rokotuskauden aikana tämä oli ymmärrettävää. Kuitenkin joissakin terveyskeskuksissa poikkeustila jatkui viime juhannuksesta tämän vuoden alkupuoliskolle saakka. Esimerkiksi normaali ajanvarausjärjestelmä oli ajettu alas, koska elettiin vain kahden viikon ennusteiden varassa. Odotettiin sikainfluenssapotilaiden ryntäystä, jota ei koskaan tullut siinä laajuudessa kuin pahimmat ennusteet uskoivat. On mahdollista, että muiden palveluiden pitkäaikaisella minimoinnilla toteutettiin sikainfluenssan varjolla kuntakohtaisia säästötoivoitteita.

Se, että ensimmäisen aallon vaikutukset jäivät noinkin vähäisiksi, liittyy tietenkin ajoissa alulle saatuihin rokotuksiin. Terveystieteiden henkilökunta saatiin rokotetuksi ensin, etteivät lääkäreiden ja hoitajien omat sikainfluenssartunnat olisi halvaannuttaneet koko järjestelmää.

Ambulanssityössä ei paniikkia – tiedonsaanti vaihteli sairaanhoitopiireittäin

Onko sikainfluenssan ensimmäinen aalto ollut ambulanssityössä kovin merkittävä ja työllistävä?

- Ensimmäinen aalto ei oikeastaan vaikuttanut meidän toimintaamme Hankasal-mella, kertoo **Jussi Hyvönen** Med Group Keski-Suomi Oy:stä.

- Alle viisi potilasta kuljetimme keskussairaalaan jatkohoitoon. Niistä kaksi oli lapsia. Aluksi suojasimme itsemme maskeilla, mutta loppuajoina huolehdimme vain erittäin hyvästä käsihygieniasta.

- Olimme koko ajan tietoisia viimeisimmistä ohjeista ja tiedotteista, koska päivystämme terveyskeskuksessa. Saimme kaikkia papereista aina omat kopiot. Ja tietysti, kun terveyskeskuksessa työskennellään ja joudutaan antamaan asiakkaille puhelinneuvontaa, täytyy pitää itsensä ajan tasalla.

Hyvönen kertoo, ettei vastaisen varalle ole mitään erityisiä jatkosuunnitelmia. Hän arvioi, että entisellä hyväksi havaitulla menettelytavalla toimitaan myös mahdollisen toisen aallon iskiessä.

- Tietysti suosittelimme kaikkia ihmisiä ottamaan rokotteen. Itse saimme sen ensimmäisten joukossa.

Sulkavalla Itä-Savossa toimiva ensihoitoalan yrittäjä **Pekka Kinnunen**kin sanoo, että taudin vaikutukset ovat olleet varsin vähäisiä. Hänellä on alan yritystoimintaa myös Siilinjärvellä Pohjois-Savossa.

- Terveysviranomaisilta ei saatu mitään erillisiä ohjeita ennakoon. Sairaalaan viettäessä hoitajat pukivat itselleen maskin, me laitoimme sen potilaalle ja itsellemme.

Tulevaisuuden suhteen Kinnunen on sitä mieltä, että normaali tarkkaavaisuus riittää.

- Tartunta pääsee joka tapauksessa syntymään potilasta kotoa haettaessa, jos hän ei itse kerro jo hätäkeskukselle, että sairastaa jotain tartuntavaarallista tautia.

Kinnusen mielestä hätäkeskus pitäisi ohjeistaa tartuntavaarallisten sairauksien ja pandemiauhan varalle niin, että siellä osataisiin rakentaa ko. tehtäviin erillinen riskiluokitus.

- Muutoin sairaankuljettajat levittävät tautia, koska suojautuminen on puutteellista.

Esa Laari Parikkalan Ensihoitopalvelu Oy:stä, Etelä-Karjalasta, sanoo sikainfluenssan ensimmäisen aallon näkyneen heidän suorittamiensa kuljetusten lisääntymisenä.

- Hoidimme pääosan potilaista Lappeenrantaan. Sikainfluenssan loppuajasta pystyimme hoitamaan lähes kaikki siirtokuljetukset Lappeenrantaan.

- Suojautumisemme tapahtui Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiriltä saamiemme ohjeiden mukaisesti. Korostan, että sairaanhoitopiiriltä tuli tosi hyvin tietoa taudin hoidosta. Lähes päivittäin saimme sähköpostia. Ensihoidon vastuulääkäri **Heimo Niemelä** ja pandemiaryhmän puheenjohtaja **Jouko Saramies** olivat tehneet hyvät ohjeet ja panostaneet toimintaan. Armilan sairaalasta oli kolme osastoa varattu sikainfluenssapotilaiden hoitoon. Tietysti vakavimmat tapaukset menivät ennakoilmoituksen perusteella keskussairaalaan.

Laari kertoo, että he olivat ohjeista koko ajan tietoisia.

- Sähköpostit kulkivat hyvin. Terveyskeskuksen päivystyksessä annoimme asiakkaille puhelinneuvontaa taudin suhteen. Terveyskeskuksemme päivystyspoliklinikka oli varannut useita huoneita potilaiden tutkimiseen ja hoidon antamiseen.

- Tulevan varalle ei ole olemassa erityistä jatkosuunnitelmaa, Esa Laari kertoo ja sanoo uskovansa, että sairaanhoitopiiri informoi heitä tulevaisuudessakin yhtä hyvin.

- Väestölle olemme suosittelleet rokotteen ottoa. Yrityksemme henkilökunta on rokotettu ensimmäisten joukossa.

Antti Järvinen

Artikkelin tilastolliset tiedot: www.stm.fi

Riskiryhmiin kuuluvat:

- raskaana olevat
- henkilöt, joilla on seuraavia pitkäaikaissairauksia:
- säännöllistä lääkitystä vaativa sydänsairaus (ei lievä verenpainetauti), keuhkosairaus (säännöllistä lääkitystä saava astmapotilas) tai diabetes
- krooninen maksan tai munuaisten vajaatoiminta
- potilaat, joiden sairastama tauti heikentää vastustuskykyä esimerkiksi leukemia, lymfooma, HIV-infektio
- potilaat, jotka saavat vastustuskykyä heikentävää hoitoa (elinsiirto, solusalpaat, TNF-alfa-salpaaja, kortikosteroidi > 15 mg/vrk yli 2 viikkoa, muu immuunivastetta heikentävä hoito)
- krooninen neurologinen sairaus tai hermolihastauti
- sairaaloinen ylipaino (BMI eli painoindeksi yli 40)

Lähde: www.hus.fi

Kuka oli HOLGER PITKÄNEN?

Otsikon kysymykseen tuskin löytyy täydellistä vastausta. Holger Pitkäsén (1921–1996) muistavat aikalaiset, jotka olivat tavalla tai toisella mukana ensiavun ja -hoidon kehitystyössä 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa. Nuoremmalle sukupolvelle Pitkäsén lienee tuntematon suuruus. Hänen henkilönsä liittyvistä asioista emme tiedä läheskään kaikkea. Sen sijaan tiedämme, että ensihoidon saralla hän oli näkijä, edelläkävijä ja kokeilija sekä innostava organisaattori.

Holger Pitkäsén syntyi Siilinjärvellä ja kuoli Helsingissä. Tuohon 75 vuoden väli-aikaan mahtui monipuolinen ja -säräinen elämäntarina. Siihen kuuluvat sotakokemukset rintamaupseerina, sen jälkeinen aika ulkomailla ja myöhemmin aktiivinen, jopa räiskyvä toimintajakso suomalaisen ensihoidon kenties ratkaisevimmassa kehitysvaiheessa. Pitkäsén luova ongelmanratkaisukyky ja organisaattorin taidot saattoivat hyvinkin olla peräisin rintamakokemuksista. Osin ne tietenkin olivat synnynäisiä.

Pitkäsén oli luonteeltaan myös kauppias, mikä osaltaan auttoi häntä mm. ”ensihoidon markkinoinnissa” ja sitä kautta varojen ja välineiden keräämisessä alan pioneiryöhön. Hän oli aikoinaan Musiikki-Fazerin kiertävänä pianonmyyjänä. Sen jälkeen Pitkäsén tutustui sairaankuljetusalaan toimiessaan helsinkiläisen radiopuhelimien maahantuojaan KO-MA Oy:n myyntipäällikkönä. Myyntiartikkelina olivat tanskalaiset Autophone-radiopuhelimet (ULA- ja LA-puhelimia), joita hän kauppa-



Tämä kuva on paljon sota-aikaa myöhäsemmältä kaudelta.

si sairaankuljetusta harjoittaville yrityksille, yhteisöille ja palokunnille. Tuossa työssä hän tutustui parin vuoden aikana koko Suomen alueella lähes kaikkiin sairaankuljetusyrittäjiin.

Katastrofikeskus ja Tehopelastusryhmä

Jotta Pitkäsén julkisuuskuvaa 1960–70-lukujen Suomesta asettuisi oikeaan valoon, on syytä lukea ja kuunnella hänen kanssaan yhteistyötä tehneiden kertomuksia. Vähemmän tunnettu on hänen toimintansa Kuopiossa sairaankuljetusyrityksen hoitajana, jonka omistaja hän ei ollut. Tämä vaihe kesti syksystä 1969 syksyyn 1970.

Neljän vuosikymmenen takaisten tapahtumien ymmärtämiseksi on tiedettävä, mikä oli Tehopelastusryhmä ry. Sen perustivat 12.7.1971 vapaaehtoisina pelastuspalveluun osallistuneet lääkärit, sairaanhoitajat ja maallikot luodakseen edellytykset hätätilapotilaiden hoidon kehittämiseksi Suomessa. Silloin alettiin ammattipiireissä puhua ensihoidosta.

Tehopelastusryhmän perustajajäseniä olivat Pitkäsén ohella lääkärit **Kari Asp** ja **Markku Murtomaa**, joista viimeainitulla tuli myöhemminkin olemaan Suomessa keskeinen osa ensihoidon ja katastrofilääketieteen saralla. Monet lääkärit ja hoitajat näkivät 1970-luvun alussa sen epäsuhtaan, joka vallitsi potilaan hoidossa sairaaloissa ja niiden ulkopuolella. Tehopelastusryhmä oli edelläkävijä. Sen perustajilla oli käsitys sairaalan ulkopuolisen hoidon suuntaviivoista muualla maailmassa.

Markku Murtomaa kertoo Suomen Sairaankuljetusliiton 40-vuotishistoriikissa (2004), että viime sodissa **Lauri Törnin** kuuluisan vastaiskujoukon varajohtajanaakin toiminut Holger Pitkäsén hakeutui sairaankuljettajan tehtäviin Helsingissä ja toimi myös Punaisen Ristin ensiapuryhmässä. Hän seurasi alan kehitystä, eikä ollut tyytyväinen ensiaputoimenpiteisiin.

Murtomaa jatkaa, etteivät Pitkäsén radikaalit parannusesitykset saaneet vastakaikua ja hän joutui jättämään ensiapuryhmän.

Jo ennen Tehopelastusryhmää oli keväällä 1970 ryhmittynyt joukko tapaturmakirurgia ja anestesiaalääkäreitä ”katastrofikeskukseksi”. Toiminta oli keskitetty liikenneturmien ehkäisytyöhön ja vammautuneiden ensihoitoon. Professori **Pentti Siltanen** mainitsee kirjassaan ”Sydänlääkäri” (Otava 2002), että ryhmään kuului nuori järjestelykykyinen anestesiaalääkäri **Mats Kjellberg** sekä eksentrisen pelastusentusiasti Holger Pitkäsén, maallikko mutta myrskyinen tarmonpesä.

Markku Murtomaa kertoo, että ”katastrofikeskus” järjesti päivityksiä juhlapyhien ruuhkissa ja oli mm. juhannuksen aikana liikkeellä autoilla ja veneellä. Koulutusta järjestettiin tiheästi ja välinehankintoja edesauttoivat eräät tunnetut yritykset. Juhlapyhien liikennepäivityksiin tuli aloite Liikkuvan poliisin päälliköltä **Knud Aasilta**, joka otti yhteyttä Hyksin II kirurgian klinikan lääkäreihin.

”Katastrofikeskuksen” aktiivista muodostui Tehopelastusryhmä ry:n perusjäsenistö. Tämä asiastaan innostunut joukko oli jo osallistunut liikennevalvontakampanjoihin yhteistyössä poliisin kanssa ja järjestänyt loukkaantuneille sellaisia hoitovalmiuksia, joita aikaisemmin ei ollut olemassa.



Holger Pitkäsén (vas.) Markku Murtomaa (keskellä) kanssa konferenssimatkalla Hannoverissa vuonna 1976.

Liikenneonnettomuustilastot olivat siihen aikaan voimakkaassa nousussa ja joukko päivysti erikoisesti pääsiäisen, juhannuksen ja joulun aikojen ruuhkahuippuina. Organisaattorina toimi Holger Pitkäsén ja operaatioissa olivat mukana sekä ambulanssit että helikopterit.

Tehopelastusryhmä ry:n toiminta oli suoraa jatkoa katastrofikeskuksen kenttätöille, joka sisälsi myös kurssien sekä koulutus- ja harjoitustilaisuuksien järjestämistä. Esimerkkinä mainittakoon Merimiesammattikoululla pidetyt harjoitukset, joissa potilas haettiin helikopterilla mereltä. Harjoituspotilas kiinnitettiin verkkoon tyhjiöpatjalla, joka oli 20-metrinen vajjerin varassa. Kaikki tuollainen oli siihen aikaan uutta ja herätti monenlaisia tunteita. Monet konservatiivit pitivät moisia kokeiluja pelkätään hulluina. Seuraan saivat liittyä kaikki asiasta kiinnostuneet ja innostuneet.

Tehopelastusryhmän ansiosta Helsinkiin hankittiin Sydänambulanssi ja siinäkin Pitkäsén osuus oli ratkaiseva.

Sydänambulanssin asianajaja

Sydänambulanssin perustaminen olisi tarina sinänsä. Siltanen mainitsee kirjassaan, että aluksi sen pääasiallinen kuljettaja oli Holger Pitkäsén, joka erinomaisten joukkueenjohtajaominaisuuksiensa ohella oli varsinkin julkisuushakuinen henkilö, joka hoiti tiedotusta siinä määrin omatoimisesti, että hankkeen tarkoituksiperät alkoivat hämärtyä. Tilanne johti lopulta siihen, että Pitkäsén jouduttiin irtisanomaan.

Markku Murtomaa mielestä Pitkäsén ei hakenut julkisuutta itsensä, vaan ajamansa asian vuoksi.

Hän kohteli hienosti potilaita ja oli mukana monissa muissakin hankkeissa, auttamassa muun muassa huumeambulanssin perustamista. Ei hän omista tekemis-

tään lippua nostanut. Pitkäsén keräsi rahon ja yhteiseen hyvään, eikä itselleen. Koska hän oli otteissaan räväkkä, häntä yritettiin morkata, mutta hän ei nöyristellyt kenenkään edessä.

Varojen ja välineiden keräämisessä hänelle saattoi olla hyötyä suhteistaan, jotka olivat peräisin sota-ajalta Törnin joukoista. Entisiä upseereita palkattiin yritysten johtotehtäviin ja heistä tuli monesti vaikutusvaltaisia ihmisiä. Näillä suhteilla selittyisi sekin, että jopa kahdessa viikossa voitiin saada pystyyn isoja pelastusharjoituksia.

Vajaan vuoden kestänyt sydänambulanssikokeilu oli kuitenkin niitä asioita, joista Holger Pitkäsén parhaiten muistetaan. Vaikka Sydäntautiliitto oli toiminnan virallinen organisoija ja maksaja, varat ja välineet hankki pääasiassa Pitkäsén. Ambulanssin toiminta alkoi 1.3.1971 ja hän oli suunnitelman alusta saakka yrittänyt saada siihen lääkäreitä mukaan. Heidän innostuksensa ja valmiutensa ei kuitenkaan ollut Murtomaa ja eräitä muita lukuun ottamatta Pitkäsén luokkaa. Organisaattorin persoonasta johtuen ambulanssin sisustuksen piti näyttää erikoiselta ja kalliilta. Lahjoitetun varustuksen tuli olla hyvin näkyvillä.

Visionäärinen sairaankuljetusyrittäjä

Murtomaa mainitsee, että Pitkäsénellä oli myöhemmin liikenneluvat kahdelle suurelle ambulanssille, joihin mahtui siirtokuljetukseen potilassänkykin. – Nämä olivat korkeita autoja ja kattomajakat eivät jonnossa ajettaessa näkyneet edessä ajaviin henkilöautoihin. Pitkäsén asetti vilkut puskurin holkkeihin, joista ne olivat irrotettavissa.

– ”Pajunkissa-operaation” aikana paikalla vierailut liikenneministeriön ylitar-

kastaja sai hepulin ja vannoi, että vain hänen kuolleen ruumiinsa yli tuollaiset vilkut hyväksyttäisiin.

Yrittäjänäkin Pitkäsellä riitti suunnitelmia ja uusia avauksia jopa muiden harmiksi. Hänen henkilöstöpolitiikastaan tiedetään ainakin se, että työvuoroissa pyrittiin käyttämään mahdollisimman paljon lääketieteen opiskelijoita. Vaikka valmiit lääkärit eivät niinkään lämminneet sairaalan ulkopuoliselle hoidolle, innosti mm. sydänambulanssitoiminnan aloittaminen alan opiskelijoita.

Pitkänen tiesi, mitä voitaisiin tehdä ja saada aikaan tehokkaan ensihoito-organisaation järjestämiseksi. Hänellä oli kuitenkin vain rajoitettuja mahdollisuuksia toteuttaa ideoitaan, koska koko sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ajatus oli vasta pienen edelläkävijäjoukon vakavasti ottama.

Pitkänen kaavaili lupia jopa kuudelle erikoisambulanssille. Sukset menivät joskus ristiin alan muiden toimijoiden kanssa. Helsingin Palolaitos ja sairaalalautakunta päättivät olla puoltamatta erikoisambulanssilupia. Pääsyyinä oli yksikertaisesti se, että ns. kiireellinen sairaankuljetustoiminta haluttiin pitää yksinomaan kaupungin itsensä hallussa. Asiaa oli pohtinut erillinen ensiapu- ja sairaankuljetuskomitea, jonka mietinnössä sanottiin, että kiireellinen sairaankuljetus kaupungin alueella kuuluu palolaitokselle.

Liikennelupa-anomus koski kahta "tehopelastusambulanssia", kahta "erikoistoimenpideambulanssia" ja kahta "erikoiskuljetusambulanssia". Toiminta-alueena olisi ollut Uudenmaan lääni ja Helsingin kaupunki. Palolaitoksen lausunnossa sanottiin, että "liikkeenharjoittaja Pitkäsen sinänsä hyvää tarkoittava pelastus- ja ensiaputoiminta Helsingin kaupungin alueella on jo tähän mennessä aiheuttanut sekaannusta ja useita välikohtauksia onnettomuuspaikoilla".

Holger Pitkänen oli visionääri myös välineistön suhteen ja hänen näkemyksensä perustuivat pitkälti siihen, että hän oli Murtomaan ja muutamien muiden tavoin tutustunut ensihoitoon ulkomailla. Siinä suhteessa monilla tietäjillä olisi ollut opiksi otettavaa vielä 1990- ja 2000-luvuillakin. Pitkänen oli tutustunut esimerkiksi Skotlannissa 1960-luvun puolivälissä aloitettuun sydänambulanssitoimintaan. Välinepuolella hän oli edistämässä sellaisten ambulanssivarusteiden valmistamista Suomessa, jotka siihen asti olivat olleet kallista tuontitavaraa.

Sydänambulanssitoiminnan aikana Pitkänen teki työtä vuorotta ja asetti vapaaehtoisen toiminnan yksityiselämänsä ja terveytensä edelle. Harjoitusten vetämisessä ja yleensä joukkojen johtamisessa hän oli parhaimmillaan. Murtomaan mukaan Pitkänen sai joukot eläytymään kulloiseenkin tilanteeseen. Periaatteena oli, ettei niin pientä asiaa olekaan, ettei sitä pitäisi harjoitella. Hän oli seurallinen ja hauska mies, mutta piti yksityisasiansa täysin ominaan.

Vaikutelmaksi jää, että Pitkäsellä oli myös hyvin henkilökohtaisia motiiveja antautua ihmishenkien pelastustyölle. Hänen yritystoimintansa hiipui aikanaan sairauksien voittaessa työkyvyn. Vähitellen hän etäännytti ensihoidon, pelastustoiminnan ja sairaankuljetuksen kuvioista. Viimeisistä vuosista vain harvoilla on tarkempaa tietoa.

Antti Järvinen

Kuvat: Markku Murtomaan arkisto

LÄHTEET

Kirjalliset lähteet:

Ilta-Sanomat 5.6.1972

Järvinen Antti:
Hoitaja vai kuljettaja – sairaankuljetuksen ja ensihoidon historia Suomessa, Suomen Ensihoidon Tiedotus Oy 1998

Kiira Pertti:
Kirjallinen tiedonanto 13.1.2010

Murtomaa Markku:
Lääkärinä ja virkamiehenä ensihoidon ja sairaankuljetuksen parissa, kirjassa Suomen Sairaankuljetusliitto 40 vuotta (toim. A. Järvinen 2004)

Haastattelut:

Kiira Pertti 30.10.2009
Murtomaa Markku 18.1.2010
Petäjävaara Ari 11.1.2010

Valtakunnalliset Suuronnettomuuspäivät 17.–18.4.2010 Hyvinkäällä

Laurea Ammattikorkeakoulu järjestää yhdessä Suomen Turvatieto Oy:n kanssa 17.–18.4.2010 Hyvinkään Sveitsin Rantasiphotellissa Suuronnettomuuspäivät.

Kohderyhmät:

- Akuuttihoitotyön terveydenhoitohenkilöstö (ensihoitopalvelut ja sairaaloiden päivystysalue)
- Puolustusvoimien kenttäsairaanhoidon ja Kansainvälisen keskuksen lääkintähenkilöstö
- Pelastustoimien operatiivinen henkilöstö
- Poliisin taktisen ensihoidon henkilöstö (vastuulääkärit, koulutetut lääkintähenkilöt)

Lisää informaatiota löytyy osoitteesta www.suuronnettomuuspäivät.net

Kehittämispäällikkö **Jorma Jokela** Laureasta toteaa, että vaativat suuronnettomuustilanteet edellyttävät moniviranomaisyhteistyön syvälistä tuntemusta ja oman alan vankkaa erityistason osaamista.

- Tämän alan ammatillista täydennyskoulutusta saadaan ensihoitoon ja sitä sivuaviin asioihin keskittyneillä opintotilaisuuksissa, joita järjestetään Suomessa vuosittain useita. Suuronnettomuksissa saatuihin käytännön kokemuksiin keskittyviä opintopäiviä ei juurikaan Suomessa järjestetä. Tähän haasteeseen Valtakunnallisilla Suuronnettomuuspäivillä yritetään vastata.

Suuronnettomuustilanteiden jälkiselvittelyissä on usein tullut esille johtamisen ja tiedottamisen ongelmia. Jokela huomauttaa johtamisongelmia olleen esimerkiksi Myyrmannin, Jokelan ja Kauhajoen vakavissa rikostilanteissa, joissa terveydenhuollon toimintamallia on toteutettu suuronnettomuussuunnitelman mukaan.

- Tapahtumapaikoilla ei ole saatu aikaiseksi viranomaisten johtopaikan vankkurijärjestelmää, jossa tilannetta johtavat viranomaiset keskustelisivat ja suunnittelisivat toimintaa kasvokkain.

Niin menettelemällä saavutettaisiin kaikille osapuolille samanlainen työnäky ja reaaliaikainen tiedonkulkua, jotka helpottaisivat yhteisen päämäärän saavuttamista. Jokela sanoo, että suuronnettomuksissa on niin vähän resursseja, ettei päällekkäistoiminnoille ole varaa.

- On tiedettävä, mitä muilla viranomaisilla on tarjolla. Siitä, ovatko asiat edistyneet, voitaisiin keskustella säännöllisillä tapaamisilla, esimerkiksi suuronnettomuuspäivillä.



KAIKKEA MIKÄ LIIKKUU

Kriisiapuvakuutus –tukea vaikeisiin onnettomuustilanteisiin.

Turvataksaan yrittäjien ja yrityksen henkilöstön nopean toipumisen ja työkyvyn säilymisen työssä tapahtuvien traumaattisten tilanteiden jälkeen, A-Vakuutus kehitti kriisiapuvakuutuksen.

Kriisiapuvakuutus sisältyy lisäturvana A-Vakuutuksen Extra-vakuutuksiin!

Ota yhteyttä puh. 03 04 05 06, www.a-vakuutus.fi tai käy lähimmässä konttorissamme.

E-palvelu on kätevä tapa hoitaa yrityksesi vakuutusasiat helposti, turvallisesti ja aikaa säästävällä tavalla verkossa. Palvelun löydät osoitteesta www.a-vakuutus.fi/epalvelut.

 **A-VAKUUTUS**
www.a-vakuutus.fi



Jukka Luotila/Suomen Lääkäriliiton kuva-arkisto

Yleistyksiä ja virhelähteitä kivun arvioinnissa

Lääkärpäivillä pidetty luento "Vakava vatsakipu" (Ulla Keränen) nostaa esille tutun teeman, mikä koskee muitakin kuin lääkäreitä. Miten potilasta maltetaan kuunnella ja osataanko kysyä oikeita asioita akuuttitilanteissa? Potilas voi itse vähätellä oireitaan, mutta myös liioitella. Hoitajat ensihoidosta alkaen sekä lääkärit voivat puolestaan sortua liian helposti "selvä tapaus"-ajatteluun.

Potilaan oma vähättelytaipumus esiintyy usein sairaalaan tultua. Hoito pelottaa enemmän kuin kipu ja tauti. Ongelma voi olla myös siinä, "ettei suomalainen mies valita". Kipua pitäisi kuitenkin kuvata totuudenmukaisesti. Jo hoitoon hakeutumista on voinut edeltää "ei minua mikään vaivaa"-asenne, jonka muuttamiseksi lähipiiri on saattanut tehdä päiväkausia töitä.

Vatsakivuista puheen ollen kannattaisi aina muistaa tulehduskipulääkkeiden mahdolliset vaikutukset. Onko syöty ja mihin vaivaan? Kuinka suuria määriä ja montako kertaa vuorokaudessa? Käyttääkö potilas joitakin luontaistuotteita?

Yleisesti kipua tutkittaessa olisi otettava huomioon, että potilas on lyhyen ajan sisällä voinut ottaa lääkettä, mistä johtuen kivun laadusta ja vaikeusasteesta ei sillä hetkellä saa täyttä käsitystä. Ristiriitaa voi syntyä siitä, että edelleenkin vatsakivun lääkitysmistä pyritään välttämään vielä päivystyspoliklinikallakin, "koska se vaikeuttaa tutkimista". Sama pätee usein muihinkin kipuihin. Kyse on siitä, kuinka kauan kivuliasta potilasta voidaan odottaa ennen hoidosta päättämistä? Inhimillinenkin puoli olisi otettava huomioon kylmän diagnostiikan lisäksi. Säännöt ja käytänteet eivät saisi olla potilasta tärkeämpiä.

Oma hankaluutensa on niiden potilaiden kivun selvittäessä, joilla on vaikeuksia ilmaista itseään uskottavasti kuten demen-toituneilla ja psykepotilailla. Vaikea on selvittää kivun luonnetta ja vaikeusastetta silloinkin, kun sitä on lääkitty viinalla. "Kokovartalopuudutus" voi turruttaa kipuaistimuksia myös traumaissa.

Hoitojärjestelmä tekee joskus virhe-arvioita, mutta kohtalokkaita onneksi harvemmin. Ensihoidolla on ratkaiseva asema siinä, että ongelmanratkaisussa päästään oikeille jäljille.

Mainittakoon, ettei tämä ole varsinaisen referaatti alussa mainitusta lähteestä, vaan sen inspiroima ajatusrakennelma, josta vain pieni osa perustuu ko. luento.

Sairaaloille ja terveyskeskuksille riskienhallintamalli

Terveystieteiden tutkimukset ovat osoittaneet jo kymmeniä vuosia, että kaikki avun tarpeessa olevat ihmiset ja heidän lähipiirinsä eivät aina käyttäydy auttajia kohtaan ystävällisesti. Aggressiivisuus eri muodoissaan on lisääntynyt jatkuvasti ja etenkin akuuttialueilla työskentelevät voivat joutua fyysisiin mittelöihin. Minkäänlaista koskemattomuussuojaa ei hoito-organisaation millään tasolla ole ollut miesmuistiin.

Seulottuja tiedonjyviä

Tällä palstalla käsitellään terveyden ja sairautteen liittyviä asioita yleisemmällä tasolla kuten myös sairauksien syitä, seurauksia ja hoitoa. Aiheet eivät välttämättä suoraan liity ambulanssiyöhön, mutta terveydenhuollon

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

huollossa 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.

Terveystieteiden tutkimukset ovat osoittaneet jo kymmeniä vuosia, että kaikki avun tarpeessa olevat ihmiset ja heidän lähipiirinsä eivät aina käyttäydy auttajia kohtaan ystävällisesti. Aggressiivisuus eri muodoissaan on lisääntynyt jatkuvasti ja etenkin akuuttialueilla työskentelevät voivat joutua fyysisiin mittelöihin. Minkäänlaista koskemattomuussuojaa ei hoito-organisaation millään tasolla ole ollut miesmuistiin.

Ministeri Hyssälä toteaa, että uhan muodot ovat muuttuneet ja häiriökäyttäytyminen ja väkivalta on lisääntynyt. Siksi on tärkeää, että terveydenhuollon henkilöstön työturvallisuuteen ja väkivallan uhkaan kiinnitetään erityistä huomiota. Muun muassa työturvallisuuslain säännösten täytäntöönpanoa tullaan tehostamaan väkivallan uhan torjumiseksi.

Terveystieteiden tutkimukset ovat osoittaneet jo kymmeniä vuosia, että kaikki avun tarpeessa olevat ihmiset ja heidän lähipiirinsä eivät aina käyttäydy auttajia kohtaan ystävällisesti. Aggressiivisuus eri muodoissaan on lisääntynyt jatkuvasti ja etenkin akuuttialueilla työskentelevät voivat joutua fyysisiin mittelöihin. Minkäänlaista koskemattomuussuojaa ei hoito-organisaation millään tasolla ole ollut miesmuistiin.

Alan sisällä ongelmat on tunnettu käytännön tasolla hyvinkin konkreettisesti. Nyt asia on siis huomioitu ministeriötasoa myöten. Miten nykyiseen tilanteeseen todella voidaan vaikuttaa, jää nähtäväksi.

Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 22.1.2010

Aivojen rakenteelliset vauriot yleisiä aneurysmaattisen subaraknoidaalivuodon (SAV) sairastaneilla

Kuopiossa tarkastettiin 15.1.2010 LL Paula Bendelin väitöskirja "Aivojen myöhäinen magneettikuvaus lukinkalvonalaisen verenvuodon sairastaneilla potilailla kirurgisen ja suonensisäisen hoidon jälkeen". Väitöstutkimus on tehty Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnassa ja kuuluu radiologian ja neuroradiologian erikoisalaan.

Väitöksen mukaan aivovaltimonpullistuman repeämisen aiheuttaman subaraknoidaalivuodon (SAV:n) saaneista vain joka kolmannella aivojen magneettikuvauksen tulos vuoden kuluttua vuodosta on normaali tai vuotoa edeltänyttä tilannetta vastaava.

Aivovaltimonpullistuman eli aneurysman repeämisen aiheuttaman subaraknoidaalivuodon eli lukinkalvonalaisen verenvuodon jälkeen aivojen magneettikuvauksessa näkyy usein kudosaivuriin sopivia löydöksiä etenkin otsa- ja ohimolohkojen alueilla. Paikallisia kudosaivuriinmuutoksia havaitaan useammin niillä potilailla, joilla vuotanut aneurysma on hoidettu kirurgisesti, kuin niillä, joilla vuotanut aneurysma on hoidettu sulkemalla se pois verenkierrosta suonensisäisen platinakierukkahoidon eli koilihoiton avulla.

Tutkija toteaa, että vuotaneen aivovaltimoaneurysman aiheuttama subaraknoidaalivuoto on vakava sairaus ja puolet vuodon saaneista potilaista menehtyy. Täysin entiseen vointiinsa toipuu noin neljännes SAV-

potilaista. Suomessa, erityisesti Itä-Suomessa, tauti on miltei kolme kertaa yleisempi kuin muissa länsimaissa. Vuotaneen aivovaltimoaneurysman uusintavuotoriski on merkittävä ja hoitamattoman aneurysman uusintavuodon ennuste on huono. Tämän vuoksi vuotaneen aneurysman hoito joko kirurgisesti tai suonensisäisen koilihoiton avulla katsotaan tavallisesti välttämättömäksi. Näiden hoitomuotojen soveltuvuus arvioidaan potilaskohtaisesti verisuonikuvausten avulla välittömästi potilaan saatavuuksa sairaalaan.

Tutkimuksessa vain joka kolmannella SAV-potilaalla aivojen magneettikuvauksen tulos vuoden kuluttua vuodosta voitiin luokitella normaaliksi tai vuotoa edeltänyttä tilannetta vastaavaksi. Magneettikuvauksella todetut vaurioalueet sijaitsivat yleensä samoilla aivoalueilla kuin vuotanut aneurysma eli otsa- ja ohimolohkojen alueilla. Useat aivokudoksenmuutoksista liittyivät primaariin vuotoon, mutta myös aneurysman hoitotoimenpiteisiin liittyvät muutokset olivat yleisiä, etenkin vuotaneen aneurysman kantaverisuonen alueella. Aivokudoksen pysyviin tai väliaikaisiin verenkiertohäiriöihin liittyvät aivokudoksenmuutokset olivat tavallisia; niitä todettiin 40 prosentilla SAV-potilaista. Myös kirurgiseen hoitoon ja aivoselkäydinnesteen kiertoahäiriöiden hoitoon liittyvät muutokset olivat yleisiä. Nämä kudoksenmuutokset olivat kliinisesti merkittäviä, sillä kudoksenmuutosten laajuuden todettiin olevan yhteydessä potilaan neuropsykologiseen suoritusasteeseen.

Lähde: Itä-Suomen yliopiston tiedote 15.1.2010 (lyhennetty)

Verenpaineen kohoamiselle usein selkeitä aiheuttajia

Kohonnut verenpaine ja diagnosoitu verenpainetauti ovat tunnetusti monen suomalaisen kiusana. Yleisesti tiedetään, että ylipaino, tupakointi, alkoholi ja liiallinen suolan käyttö ovat sen tavallisia syitä. Ongelman ilmetessä, mikä yleensä tapahtuu jonkin rutiinitarkastuksen yhteydessä, haetaan ensiksi parannusta elintapamuutosten kautta. Mikäli siten ei saavuteta tyydyttävää tulosta, päädytään lääkehoitoon.

Dosentti Tuula Tikkanen luennosta Lääkärpäivillä 2009 kävi ilmi, että liiallinen suolan saanti on edelleen tärkeä verenpainetta kohottava tekijä, vaikka suomalaisten suolan saanti onkin yleisesti vähentynyt.

Verenpaineen lääkehoidon teho paraneekin suolan saannin vähetessä, mutta potilas ei aina itse tule ajatelleeksi, missä muodossa ja kuinka paljon hän käyttää ruokasuolaa vuorokauden aikana.

Alkoholi on merkittävä verenpaineen nostaja, mitä myöskään ei tulla yleisesti ajatelleeksi. Taudin kehittyttyä vaikeahoitoiseksi voi taustalta löytyä runsas alkoholinkulutus, mitä vähentämällä voidaan päästä parempaan hoitotasapainoon. Yllättävän korkeat verenpainelukemat voivat missä tahansa hoito- tai kontrollitilanteessa olla peräisin alkoholijuomien kulutushuipusta.

Savukkeeseen syyttämistä seuraa verenpaineen nousu. Tikkanen mukaan yksi savuke nostaa systolista verenpainetta noin puoleksi tunniksi 10–20 mmHg ja diastolista painetta hieman vähemmän. Yksi tupakkaski nostaa verenpainetta yhtä paljon kuin sitä saadaan yhdellä lääkkeellä laskemaan.

Jotkut henkilöt ovat erityisen herkkiä lakritsiuutteen verenpainetta nostavalle vaikutukselle.

Lakritsiuutetta tai salmiakkia sisältävät monet sellaisetkin tuotteet, joista sitä ei suoraan näe päältä.

Niinpä kannattaa kysellä seuraavanlaisen tuotteiden käytöstä varsinkin, jos nuorella henkilöllä todetaan yllättävän korkea verenpaine.

- lakritsi- ja salmiakkituotteet yleensä
- purukumit, makeiset, leivonnaiset
- lakritsijuurta sisältävä tee
- luontaistuotteet (käyttäjät yleensä keski-ikäisiä tai vanhempia)
- lakritsiuutetta tai salmiakkia sisältävät alkoholijuomat

Edellä mainittujen runsaasta käytöstä voi verenpaine kohota viikoiksi, mikä saattaa hämätä terveydenhuoltohenkilökuntaa, jos kaikkia taustatekijöitä ei huomata kysyä.

Lähde: Tikkanen Tuula: Verenpainetaudin elintapahoito; luento (lyhennelmä), Lääkärpäivät 2009



MIELIPIDE

Hoito- vai perustason sairaankuljetusta?

Kittilän kunta kilpailutti sairaankuljetuksen uudelleen järjestämisen viime vuoden lopulla. Virallisessa tarjouspyynnössä palvelutasoksi vuoden 2011 alusta on määritetty monen asiaan perehtyneen yllätykseksi hoitotason sijasta perustaso. Kuusamossa ja Keminmaalla on myös vasta kilpailutettu sairaankuljetukset, molemmissa kunnissa pyydettiin hoitotasoa. Kyse on palvelusomäärityksestä. Mitä nämä käsitteet tarkoittavat?

Sairaan kuljetusta niin kuin muutakin terveydenhuollon toimintaa säännellään useissa lakipykälissä. Varsinaista sairaankuljetus- tai ensihoitopalvelua koskevaa lakia ei Suomessa vielä ole.

Sairaan kuljetusasetuksessa määritellään, että

- perustason sairaankuljetus tarkoittaa hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa potilasta ja huolehtia hänestä siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone ja mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat hoitotoimenpiteet.
- Hoitotason sairaankuljetuksella tarkoitetaan valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata.

Hoitotason ambulanssin parempi valmius perustuu henkilöstön osaamiseen, hoitovälineisiin ja lääkevalikoimaan.

Ambulanssin henkilöstön osalta perustason kriteerit täyttää toisen asteen ammattitutkinnon suorittanut henkilö, esimerkiksi lähihoitaja tai pelastaja.

Jotta voitaisiin puhua hoitotasosta, vaaditaan, että ambulanssissa on aina mukana opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut sairaanhoitaja, esimerkiksi ensihoitaja AMK.

Sosiaali- ja terveysministeriö on ottanut kantaa lääkehoitoon ja sen toteutukseen oppaassa "Turvallinen lääkehoito". Oppaan mukaan lääkkeiden antamisen potilaalle on perustuttava henkilön saamaan koulutukseen.

Suonensisäinen neste- ja lääkehoito, verensiirto ym. vaativa lääkehoito toteutetaan sairaanhoitajan tai lääkärin toimesta (= hoitotaso).

Lääkehoidon koulutusta saanut toisen asteen ammattitutkinnon suorittanut lähihoitaja (= perustaso) voi jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa lääkkeitä luonnollista tietä esimerkiksi suun kautta. Lisäkoulutuksen suorittamisen jälkeen perustasolla voi antaa lääkkeitä pistoksena lihakseen tai ihon alle.

Esimerkkinä mainittakoon terveyskeskuksen vuodeosaston yövuoro. Kahdesta hoitajasta toinen on sairaanhoitaja, joka vastaa suonensisäisistä lääkkeistä. Molemmat tekevät silti arvokasta työtä.

Hoitotason lääkevalikoima on laajempi sisältäen mm. suonensisäiset lääkkeet. Hoitotason ambulanssissa on mahdollista aloittaa sydäninfarktin liuotus-

hoito kuten myös vahvojen kipulääkkeiden antaminen suoneen. Perustasolla nämä eivät ole mahdollisia toimenpiteitä.

Kittilän kunnan tarjouspyyntöasiakirjassa laskettiin eduksi, että yritys tarjoaisi hoitotason välineistöä ambulanssiin. On hyvä muistaa, etteivät pelkät välineet tee hoitotasoa, kuten on annettu ymmärtää. Vastaavasti viime Kittilä-lehden pääkirjoituksessa todetaan osuvasti: "eihän se lääkärintakki naulassa tee ambulanssista lääkäriyksikköä".

Kaupungeissa, joissa on porrastettu ensihoitojärjestelmä, hätäkeskus välittää tehtävän joko perus- tai hoitotason ambulanssille. Esimerkiksi Rovaniemellä hoitotason ambulanssi hoitaa potilaan henkeä uhkaavat kiireelliset tehtävät ja perustason yksiköt kiireettömät tehtävät sekä sairaalasiirrot.

Kittilässä ei ole tarvetta pienestä väestöpohjasta johtuen porrastettuun järjestelmään. Pitkistä matkoista ja kiertävästä lääkäripäivystyksestä johtuen sairaankuljetuksen palvelustason tulisi olla korkea, eli sen tulisi ilman muuta olla hoitotasolla. Samaa mieltä on myös Lapin keskussairaalan kirurgian ylilääkäri **Hannu Halme**, joka suosittaa Lapin kunnille hoitotason sairaankuljetusta.

Tällä hetkellä voimassa olevassa Arcera Oy:n (ent. Kittilän Ambulanssi-palvelu) ja Kittilä kunnan kanssa solmitussa sairaankuljetus sopimuksessa ei ole palvelutasoa määritetty. Tämä selittyy siten, että sopimuksen laatimisajankohdalla ensihoito ja sairaankuljetus olivat vielä lastenkengissä.

Johtuen alan kehityksestä ja yrityksen omasta halusta palvella kuntalaisia mahdollisimman hyvin, on palvelutaso vuosien varrella nostettu lähes aukottomasti hoitotasolle.

Uusi yrittäjä voitti Kittilässä rehdisti tarjouskilpailun perusteella – perustason laatuvaatimusten mukaisesti.

Kittilän kunta epäonnistui palvelusomäärityksessä valitessaan perustason sairaankuljetuksen. Kasvava turismi ja yhä kauemmaksi siirtyvä lääkäripäivystys luovat omat haasteensa myös sairaankuljetukseen. Ensihoidossa on kyettävä itsenäisesti nopeisiin ratkaisuihin päivystävän lääkärin ollessa usein kaukana. Silloin ainoa vaihtoehto on hoitotason ambulanssi.

Jouko Nikkinen
jouko.nikkinen@arcera.fi
ambulanssiyrittäjä
sairaanhoitaja AMK

(Aineisto on julkaistu Kittilä-lehdessä 3.2.2010)

www.sakuyrittajat.fi

YKSITYINEN SAIRAANKULJETUS TUTUKSI

NIMITYKSET

Yritysjohdon konsultti siirtyy kehittämään sairaankuljetusta

HES-konsernitoimitusjohtajaksi on nimitetty

Markus Ulfstedt

HES Sairaan kuljetus Oy:n toimitusjohtajaksi on 18.1.2010 alkaen nimitetty KTM Markus Ulfstedt. Hän siirtyi HES-konserniin Aditro Oy:stä, jossa toimi konsultointiyksikön johtajana vastuullaan SAP-konsultointi Pohjoismaissa. Tätä ennen Ulfstedt on toiminut Aditron kehitysjohtajana Suomessa, yritysjohtajana keskittyneenä liikkeenjohtajan konsulttina Bain & Co:lla Ruotsissa sekä työuransa alussa myös yrittäjänä.

"HES-konserni on kiinnostava kasvuyritys yhteiskunnallisesti merkityksellisellä toimialalla, jolla on tapahtumassa rakennemuutos. Kuntayhteistyön kehityksessä tarvitaan entistä isompia ensihoito- ja sairaankuljetusyrityksiä, jotka pystyvät palvelemaan laajempia terveydenhuollon kokonaisuuksia. Myös prosesseja kehittämällä sairaankuljetus pystytään järjestämään potilaille entistä nopeammin ja tehokkaammin. Lisäksi langaton tietotekniikka tarjoaa uusia mahdollisuuksia ambulanssien toiminnan ja reaaliaikaisen viestinnän kehittämiseen", Markus Ulfstedt visioi.

Yrityksen perustaja ja pitkäaikainen toimitusjohtaja **Vesa Rahikainen** vastaa jatkossa varatoimitusjohtajana konsernin operatiivisesta toiminnasta Etelä-Suomen alueella ja Helsingissä, kunnes jää suunnitellusti eläkkeelle syksyllä 2011.

ambulanssi

Suomen Sairaan kuljetusliitto ry:n
valtakunnallinen ammattilehti

Päätoimittaja:

Mikael Söderlund
Nujamiestentie 7, 00400 Helsinki
puh. (09) 587 9390
faksi (09) 587 9905
mikael.soderlund@sairaan kuljetusliitto.fi

Toimitus ja ilmoitukset:

Nujamiestentie 7 C, 00400 Helsinki
puh. (09) 587 9390 | faksi (09) 587 9905
toimisto@sairaan kuljetusliitto.fi

Taitto:

Ad Helena Oy, | helena@adhelena.fi

Paino:

Pirkanmaan Lehtipaino oy | Tampere, 2010

Osoitteet ja osoitteenmuutokset:

toimisto@sairaan kuljetusliitto.fi

Ilmoitushinnat:

Etusivu	1750 e
takasivu	1650 e
1/1 sivu	1590 e
1/2 sivu pysty/vaaka	790 e
1/4 sivu	390 e
1/8 sivu	205 e
1/16 sivu	105 e

Ambulanssi ilmestyy neljä kertaa vuodessa.

Seuraava lehti 2.2010 ilmestyy viikolla 22.

Aikakauslehtien Liiton jäsen



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



SSK



NYT UUTTA POHJOISEN PAKKASKELEIHIN!

Kuluvana talvena on jostakin syystä ollut hieman vähemmän puhetta kasvihuoneilmästä. Talven pakkaset ovat tulleet monelle jokseenkin yllätyksenä, koska edelliset talvet ovat olleet suhteellisen leutoja.

"Meillä on ollut alkutalven koekäytössä uusi lämpöpatja, joka asetetaan paareille. Se on ohut ja asetetaan suoraan paarien patjan päälle. Materiaalin puolesta se on helppo pitää puhtaana. Patja liitetään 12 voltin virtapistokkeeseen, ja se lämpenee 37 °C asteeseen. Asiakkailta saamamme palaute on ollut pelkästään positiivista. Vaikka ambulanssin hoitotilassa on lämmin ja hoitajalla saattaa olla jopa kuuma, niin usein paarien korkeudella lämpötila on alhaisempi."

(Toni Långström, Siikalatvan Sairaankuljetus Oy)

**Nyt tämän talven pakkastarjouksena
ambulanssipareille asetettava lämpöpatja
hintaan 244 euroa (sis. alv.)**

Patjan koko on 40 cm x 150 cm.

WALOPLAST OY

Walo Pakkanen
Puhelin 0400 107 460
www.waloplast.fi