

3.2007

# ambulanssi

Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n valtakunnallinen ammattilehti



• Syyskokous Vuokatissa • Ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden tulevaisuus – ylilääkäri Silfvastin haastattelu • Pelastustoimi väkisin ensihoidon ja sairaankuljetuksen isännäksi Keski-Uudellamaalla?



## Moneen lähtöön. Uusi Sprinter.

Uusi Mercedes-Benz Sprinter on täällä! Täysin uudistuneen, tyylikkään ulkomuodon lisäksi uusi Sprinter tuo mukanaan paljon uusia teknologisia innovaatioita. Vakiovarustuksena oleva viimeisen sukupolven ESP-ajovakauden hallintajärjestelmä huomioi auton kuorman ja optimoi

siten hallinnan kaikissa tilanteissa.

Vakiovarustukseen kuuluvat muun muassa ohjauspyörän säätö, pariovet takana, 180 A laturi, ohjaamoilmastointi, Eberspächer-lisälämmitin, kauko-ohjattava keskuslukitus ja sähkötoimiset etusivulasit.



Mercedes-Benz

**KEHÄVEHO**

Ambulanssit

Lommilanrinne 3, Espoo · Puh. 010 569 16

## Talvi lähestyy ja sairaankuljetus on tapetilla



Näin talven kynnyksellä voimme todeta, että työntäyteistä aikaa on ollut elokuusta lähtien ja kesälomat ovat muisto vain. Liiton syyskokous pidettiin Vuokatin Katinkullassa ja voimme varmaan kaikki siellä olleet todeta, että järjestelyistä vastanneelle Oulun- ja Lapin läänien Sairaankuljetusyrittäjät ry:lle lankeavat suurkiitokset hyvin järjestetyistä tilaisuuksista. Hoiditte ne hienosti ja järjestelmällisesti. Hotellin palveluista oli kylläkin vähän sanomista!

Onnittelut vielä kerran oriveteläiselle sairaankuljetusyrittäjälle **Seppo Lehdolle**, jolle ojennettiin liiton kultainen ansiomerkki pitkäaikaisesta yrittäjyydestä sekä liiton ja sen aluejärjestön puolesta tehdystä työstä. Samoin onnittelut **Pentti Veijalaiselle**, joka kutsuttiin kunniajäseneksi liiton ja sen aluejärjestön puolesta tehdystä pitkäaikaisesta työstä.

SSK oli aiemmin julistanut slogan-kilpailun, millä pyrittiin saamaan käyttömme paras mahdollinen iskulause, joka kuvaisi parilla sanalla keskeisiä toimintaperiaatteitamme. Onnittelut kilpailun voittajalle, **Jali Smolanderille**, jonka keksimä ”*Elämäsi tähden*” valittiin yli 80 ehdotuksen joukosta parhaaksi sloganiksi. Palkintona on matka Naantalin kylpylään kahdelle hengelle – ja se on jo tilauksessa. Nauttikaa lomasta. Vielä onnittelut koko liiton uudelle hallitukselle, joka valittiin vuodeksi 2008, ja varsinkin II puheenjohtaja **Claus Harju-Jeantylle**, joka jatkaa vielä uuden kaksivuotiskauden.

Sairaankuljetus on tällä hetkellä koko ajan tapetilla valtakunnallisesti ja varsinkin Keski-Uudellamaalla. Siellä vannotaan tietyissä piireissä julkisten palveluiden nimiin ja todetaan, että yksityinen toiminta on sinänsä toivottavaa, mutta voittoa se ei saa tuottaa. Oikeastaan kehdataan jopa väittää, että aluepelastuslaitos on ainoa oikea palveluntuottaja kiireellisessä sairaankuljetuksessa. Keksitään mitä ihmeellisempiä tekosyitä, miksi lakia jatkossa ei tulisi noudattaa, tai hyvin toimivia järjestelmiä pitäisi romuttaa.

Yhdeksi syyksi on esitetty pelastuslaitoksen työvoimaongelmaa, sillä jos se häviäisi kilpailun, työvoimaa olisikin liikaa. Ensihoito ja sairaankuljetus on pelastusmiesten huomattava työllistäjä; nyt pelkona oli irtisanomiset. Sama uhka olisi yksityisilläkin palveluntuottajilla, jos pelastuslaitokselle annettaisiin monopoliasema ko. palveluiden järjestämisessä.

Alueen sairaankuljetussopimukset on sanottu suurimmaksi osaksi irti päättyneeseen 31.12.2007. Yksityisille palveluntuottajille se on tiennyt epävarmaa aikaa. Joitakin työsopimuksiakin jouduttiin sanoamaan irti. On ilmeistä, että sairaankuljetus on aiottu keskittää pelastustoimelle kilpailuttamatta. Kilpailutettaessa taas kaikilla palveluntuottajilla olisi tasavertaiset mahdollisuudet saada mikä tahansa siivu alueen sairaankuljetuksesta. Samalla varmistettaisiin kuntalaisten mahdollisuus saada

laadukasta oikeanhintaista palvelua.

Lähes kaikki Keski-Uudenmaan sairaankuljetussopimukset ovat siis tällä tiedolla katkolla 31.12.2007 – myös pelastuslaitoksen. Ei tiedetä vielä, mikä osapuoli tekee tulevat sopimukset kenekin kanssa, mutta pyrkimys on selvä. Tuusulassa on kuitenkin edetty muita maltillisemmin ja siellä on sopimuksia jatkettu 30.6.2008 saakka. Hyvinkäällä ei yksityisellä palveluntuottajalla ole sopimusta terveyskeskuksen, vaan HUS:n Hyvinkään sairaalan kanssa. Sitä ei ole irtisanottu, eikä kaupunki ole irtisanonut sopimustaan pelastuslaitoksen kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvitysmiesraportin tavoite säätää kiireellinen sairaankuljetus lailla pelastustoimelle ei tule toteutumaan laajan vastustuksen johdosta. Asiaan liittyy myös valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki. Ministeriössä linjataan siihen liittyviä tavoitteita, mutta lain sisällöstä päättää lopulta eduskunta.

Ainakaan kaikki terveydenhuollon edustajat eivät luonnollisestikaan ole olleet innoissaan asioiden saamista käännteistä Keski-Uudellamaalla. Aikaisemmin tehty suunnittelutyötä on vaarassa valua paljon hukkaan. Jostakin syystä ovat sekä Järvenpäässä että Keravalla sanoutuneet terveyskeskuksen johtavat lääkärit irti. Keravalla viime vuoden puolella ja Järvenpäässä menneenä kesänä. Ei ole selvillä, olivatko syinä linjaerimielisyydet ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta kaupunkien johdon kanssa, mutta osatekijänä ne saattoivat kuitenkin olla.

Kilpailuttamattomuutta perustellaan sillä, että Keski-Uudenmaan pelastuslaitos on kuntainliittoon verrattava hallinnollinen kokonaisuus. Johtosääntönsä mukaan se toimii liikelaitoksena Vantaan kaupungin keskushallinnossa. Päätöksentekoelementinä on johtokunta, jossa on edustajia kaikista pelastuslaitoksen toimialueen kunnista. Pelastuslaitos on julkisuudessa vedonnut kunnallislakiin sekä kuntien yhdistämiseen tähtäävään puitelakiin (Paras-hanke).

Yksityisessä sairaankuljetuksessa olemme kautta aikain toimineet ensisijaisesti ajattelemalla potilaan parasta kouluttautummalla, kehittämällä toimintaamme ja hankkimalla uusinta ja luotettavinta usein hyvin kallista kalustoa.

Kilpailu alalla on kovaa ja jotta pystyisimme siinä menestymään, joudumme tekemään investointeja, eli korjaamaan laitteita ja tekemään uushankintoja ym. Toiminnallamme pidetään usein myös perheet leivässä, sillä perhekeskeistä toimintaahan tämä enimmäkseen on. Alallamme mikään ei ole ilmaista, joten kilpailussa mukana pysyminen vaatii rahaa. Kenelläkään ei ole tällä toimialalla avointa piikkiä – ei edes aluepelastuslaitoksilla.

Näillä sanoilla toivotan hyvää syksyä ja talven alkua terveen yrittäjyyden nimissä.

Mikael Söderlund  
toiminnanjohtaja

## Kainuun terveyspalveluissa tuulee ja tuivertaa



Pohtiessani, mistä kirjoitan tällä kertaa puheenjohtajan palstalla, oli viimeisin ajatukseni, että jätän koko lehteen varatun tilan tyhjäksi omista ajatuksistani ja pohdinnoistani. Sitä vastoin ajattelin laittaa valtaisan määrän nettilinkkejä ja lehtien nimiä sekä ilmestymispäivämääriä, jolloin voisitte lukea, missä terveydenhuollossa mennään ja mihin suuntaa kenties ollaan menossa.

Mistä voisin sitten kirjoittaa: Tehy hakee lakolla perälautaa jäsentensä palkkauksessa. Kainuussa nälkälakkoillaan terveyspalveluiden säilyttämisen puolesta. Terveidenhuollon tietojärjestelmät vaarantavat potilasturvallisuuden. Hoiturit piikittävät potilaita hengiltä. Noista kaikista olemme saaneet viime kuukausina tietoa lehtien sivuilta ja tv-ohjelmista.

Mitä mahtaa ajatella yksittäinen ihminen, jonka tieto ajankohtaisista tapahtumista terveydenhuollossa perustuu täysin tiedotusvälineiden kovin provokatooriseen otsikointiin ja tapaan kertoa sinällään valittavista tapahtumista. Otsikoiden pohjalta ei voi tulla muuhun johtopäätökseen kuin että koko terveydenhuolto on täydellisessä kriisissä ja avun tarvitsijoiden henki enemmän kuin vaarassa. Samoin lupaukset ja lupausten mukainen toiminta näyttävät saavan lupaajat selittelemään ja tekemään tyhjäksi sitä, mitä he todella tarkoittivat. Lupauksiahan on annettu siitä, että hallintoa keskitetään, mutta palvelut säilyvät.

Muuan television ajankohtaisohjelma välitti hiljattain viimeisimpiä tunnelmia Kainuun terveydenhuollon kehityksestä. Se ei varmaan luonut katsojille suurta luottamusta laajoihin keskitettyihin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmiin. Voi vain kuvitella, miten tuon tv-reportaasiin koki kainuulainen terveyspalveluiden käyttäjä. Heille on luvattu usealla arvovaltaisella suulla, että reuna-alueiden palveluja ei supisteta, mutta nyt parin vuoden jälkeen jo kaikki, mitä on luvattu, alkaa unohtua ja peruskuntien omat turvalliset terveysasemat kylmenevät. Potilaiden avunsaanti siirtyy pidempien matkojen päähän ruuhkaisten päivystyspisteiden

kiireeseen ja potilasjonoihin. Hoidosta vastaa stressaantunut ja työhön tukeutuva henkilökunta sen tutun ja turvallisen pieneen yksikön sijasta.

Kun luottamus lupaaan ja lupauksiin horjuu, väistämättä alkaa epäillä, onko kaikki vain selittelyä laajempien päämäärien ajamiseksi – kuten vaikeudet lääkäri-työvoiman saannissa, tai eurojen vähyys. Ovatko nuokin syyt vain yleisesti hyväksytyjä apukeinoja tämän yhteiskunnan terveydenhuoltojärjestelmän viemisessä haluttuun suuntaan? Kaiken keskittämällä suuriin massiivisiin yksiköihin lienee tarkoitus saada pikkuhiljaa autoituvaa maaseutua tyhjenemään loppuistakin asukkaista. Vähitellen painostettaisiin nekin, jotka sitkeinä ”sisseinä” päättävät kuitenkin jäädä kotikonnuilleen, muuttamaan isoihin taajamiin. Tällaiset ihmiset ovat ottaneet tietoisensa riskin jäädä oman onnensa nojaan, kun sydäimestä ottaa, tai jalka katkeaa.

Katsoin suurella mielenkiinnolla tv:stä, kun vuolijokelainen eläkeläinen laittoi Kainuun maakunnan terveydenhuollon nokkamiehen todella ahtaalle. Pakko myöntää miehen olevan vakuuttunut, että kaikki ei ole edennyt luvutulla tavalla. Mies oli kerännyt materiaalia ja lukenut pöytäkirjoja tarkkaan väitteidensä tueksi. Ei ole vaikea arvata, kumman puolelle katsojien sympatiat kääntyivät.

Kainuun painottaminen tässäkin kirjoituksessa johtuu siitä, että liiton syyskokous pidettiin Vuokatissa, missä meille valotettiin hallintoihmisten näkökulmaa Kainuun mallista. Kuulimme vakuuttelua sen eduista, mutta vakuuttelut ovat monelta osin ristiriidassa palveluiden käyttäjien kokemusten ja näkemysten kanssa. Toivotavasti muualla otetaan oppia Kainuun koelusta ja kuunnellaan myös palveluiden käyttäjien näkemyksiä, ettei tehtäisi ainaakaan samoja virhearviointeja tai -ratkaisuja kerta toisensa jälkeen.

Onnittelut vielä **Clasulle** II-puheenjohtajan jatkopestistä ja **Smolanderin Jalille** slogan-kilpailun voitosta. Hänen keksimänsä ”*lentävä lause*” kuuluu: *SSK – elämäsi tähden*.

Olette varmaan ihmetelleet, kun en ole maininnut yhtään kertaa sanaa ambulanssi. Se oli tarkoituskin, koska tässä lehdessä sana mainitaan useaan kertaan joka tapauksessa. Toivon, että luette tämän(kin) lehden tarkkaan, jotta teille selviää, missä ollaan menossa selvitysmiehen raportin mainingeissa ja muutoinkin alan kehityksessä.

Teuvo Kontio  
puheenjohtaja

# Kuntarakenteen ja palvelutuotannon muutokset pääpuheenaiheina Vuokatissa

SSK:n puheenjohtaja **Teuvo Kontio** kannusti syyskokouksen aluksi yrityksiä verkottumaan, koska viimeistään nyt on selvää, että yhä suurempiin kokonaisuuksiin ollaan menossa kuntien yhteistyössä PARAS-hankkeen tiimoilta.

- Sitä, onko suuri kaunista ja taloudellista, ei pidetä merkittävänä. "Suuruus ja kauneus" on kuitenkin tämän päivän trendi, eli yksikkökoot tulevat kasvamaan niin kuntakoossa kuin palvelua tuottavissa rakenteissakin. Tämän vuoksi pienten perheyriyten ja kahdenkin auton yritysten on järkevällä tavalla tehtävä yhteistyötä, jolla varmistetaan tulevaisuuden palveluntuotanto myös reuna-alueilla.

- Sairaanhoidopiirin roolin kasvaminen näyttää olevan väistämätön tosiasia toimialallamme, lisäsi Kontio.

Alueyhdistyksen puheenjohtaja **Pertti Penttilä** valaisi ensihoidon ja sairaankuljetuksen tilannetta Kainuussa. Suurin harmi ja huoli on nyt jo pitkään viipynyt markkinaoikeuden päätös valituksesta, joka tehtiin kilpailutuksen ratkaisusta. Sopimuskausi on jo yli puolen välin ja edelleen edetään väliaikaisten sopimusten avulla. Kehitystyö kainuulaisessa ensihoidossa odottaa päätöstä, joka selventäisi tuota vähintäänkin kimuranttia tilannetta ja näyttäisi suuntaa, mihin jatkossa edetään.

Kansanedustaja **Timo Korhonen**, joka toimii myös Kainuun maakuntavastuuston puheenjohtajana, valaisi Kainuun hallintomallia. Hän kuvaili, kuinka kokeilu annettiin maan reuna-alueelle, "nälkämaan laulun kansalle". Kuinka ollakaan, kuin tilauksesta alkoi puhelin soimaan "Nälkämaan laulun" sävelellä kansanedustajan taskussa.



YT-lain muutoksen vaikutuksista yrityksissä luennoi lakimies Janne Makkula Suomen Yrittäjistä.

Korhonen korosti, että olivat tulokset hallintokokeilusta mitkä hyvänsä, ei paluuta lähtöasemalle ole, vaan jäljelle jää muuntunut ja muuttunut Kainuu. Nyreissään puhuja oli siitä, että valtion "porkkanarahaa" ei ole herunut Kainuuseen, vaikka kokeilun alla on valtaosa koko maakunnan lakisääteisistä palveluista. Kuulijalle tuli tunne, että valtiovalta olisi luvannut enemmän kuin on saatu.

Ensimmäisen kokouspäivän aikana kuultiin myös mm. luento YT-lain muutoksen vaikutuksista yrityksissä. Siitä luennoi lakimies **Janne Makkula** Suomen Yrittäjistä. Lääketieteen tohtori **Päivi Kaukoranta** Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiristä kertoi aivoverenkiertohäiriöiden ajankohtaisesta ensihoitokäytännöstä.

Sääntömääräisessä syyskokouksessa valittiin SSK:n nykyinen II puheenjohtaja **Claus Harju-Jeanty** jatkamaan tehtävänsään seuraavan kahden vuoden ajan. Onnittelupuheenvuorossaan puheenjohtaja Teuvo Kontio korosti erityisesti saumattoman yhteistyön merkitystä puheenjohtajiston, toiminnanjohtajan ja hallituksen kesken.

Kuvat: Mikael Halli



SSK:n nykyinen II puheenjohtaja Claus Harju-Jeanty valittiin jatkamaan tehtävänsään seuraavan kahden vuoden ajan.



Kansanedustaja Timo Korhonen, joka toimii myös Kainuun maakuntavastuuston puheenjohtajana, valaisi Kainuun hallintomallia ja kuvaili, kuinka kokeilu annettiin maan reuna-alueelle.



Syyskokouksen vetäjät pöydän takana. Vasemmalta puheenjohtajat Pertti Penttilä ja Viljo Långström sekä sihteeri Timo Toijonen ja Sinikka Etelä. Edessä toiminnanjohtaja Mikael Söderlund.

## SSK:n hallitukseen viisi uutta jäsentä

Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n johdossa jatkavat I puheenjohtaja Teuvo Kontio ja II puheenjohtaja Claus Harju-Jeanty. Vain II puheenjohtajan kausi oli katkolla syyskokouksessa, jossa liiton hallitukseen valittiin seuraavat henkilöt alueyhdistyksittäin mainittuina.

Uusimaa:	Antti Korsisaari	varajäsen:	Mikko Jalkanen
Lounais-Suomi:	Tuomo Maavirta	varajäsen:	Tarja Koivisto
Häme:	Sirpa Hopearuoho	varajäsen:	Terhi Virtanen
Pirkanmaa:	Kirsti Mäkinen	varajäsen:	Jali Smolander
Pohjanmaa:	Juha Tiainen	varajäsen:	Timo Koivula
Etelä-Savo:	Timo Taskinen	varajäsen:	Tuomo Elfvingren
Kaakkois-Suomi:	Joni Haimi	varajäsen:	Esa Laari
Savo-Karjala:	Kalevi Niskanen	varajäsen:	Mika Jetsonen
Keski-Suomi:	Jussi Hyvönen	varajäsen:	Juha Hänninen
Oulun ja Lapin läänit:	Pertti Penttilä	varajäsen:	Toni Långström

Uusia varsinaisia jäseniä ovat Korsisaari, Hopearuoho, Haimi, Niskanen ja Hyvönen, joka kuitenkin on ollut hallituksessa sekä liiton II puheenjohtajana aikaisempina vuosina. Varajäsenistä uusia ovat Jalkanen, Laari ja Jetsonen. Terhi Virtanen on tähän saakka ollut varsinaisena jäsenenä.

# Syyskokouksen avauspuheessa ajankohtaista Kainuusta ja pohdintaa yksityisen sairaankuljetuksen tulevaisuudesta



Syyskokouksen avasi SSK:n Oulun ja Lapin läänien Sairaankuljetusryttäjät ry:n puheenjohtaja **Pertti Penttilä**. Toivotettuaan osanottajat tervetulleiksi hän sanoi, että parhaillaan ollaan alueyhdistyksen eteläisellä alueella.

- Pohjoisin jäsenrytymme on Utsjoella yli 800 kilometrin päässä – ja eteläsimpiinkin osiin on yli 200 kilometriä.

Penttilä muistutteli mieliin, mitä kokouspaikkakunta Sotkamo sisältää. Mielikuvat siitä liittyvät pesäpalloon ja lukuisiin muihin urheilulajeihin. – Katinkullan golfkentät ja kylpylät ovat tunnettuja. Täällä on kauniita maisemia, sinisiä vaaroja ja sinisiä ajatuksia. Sotkamossa on menossa myös Talvivaaran valtava kaivosohjelma, joka tuo valmistuessaan 400 työpaikkaa.

- Voin naapurikunnan edustajana vain todeta, kuinka hyvin Sotkamon kunnassa päättäjät ja yrittäjät ovat rohkeasti kehittäneet alueestaan hyvin menestyvän ja alati kasvavan matkailupitäjän entuudestaan runsaan maatalouden rinnalle.

- Sotkamon menestys ja vetovoimaisuus matkailussa vaikuttaa myös naapurikuntien ja koko maakunnan toimintoihin. Tästä esimerkkinä se, että viimeisen vuoden aikana on aloitettu koko Oulujärven alueen yhteismarkkinointi tavoitteena parvella paremmin ja monipuolisemmin Kainuuseen tulevia matkailijoita.

## Hallintomalli vaikuttanut sairaankuljetukseen – maakunnallinen kilpailutus päätös edelleen markkinaoikeudessa

Penttilä kertoi Kainuun ajankohtaisista asioista todeten, että samankaltaiset muutokset ja toimintojen uudelleen suunnittelut ja järjestelyt ovat meneillään hyvin monissa kunnissa ja kaupungeissa muuallakin.

- Toisten onnistumisista on hyvä ottaa mallia ja epäonnistumiset pyrittävä välttämään.

- Kainuussa on siis eletty muutoksen aikaa. Muutoksella on nimi, Kainuun malli.

- Kainuun hallintomallikokeilusta on kirjoitettu sekä paikallisissa että valtakunnallisissa lehdissä, puolesta ja vastaan. Malli koskee reilua 85 000 asukasta kahdeksan kunnan alueella. Kunnallisia toimintoja on yhdistetty ja muodostettu koko Kainuuta koskeva kuntayhtymä eli käytännössä on siirretty suurempiin kokonaisuuksiin. Päätöksentekoa on siirretty kunnilta

maakuntatasolle.

Penttilän mukaan myös muualla läänin alueella käydään keskusteluita kuntien toimintojen yhdistymisistä ja kuntaliitoksista.

- Muutokset sosiaali- ja terveystoimessa, olivatpa ne Kainuun mallin tai muun mallin mukaisia, vaikuttavat myös sairaankuljetuksessa eli ammattimme harjoittamisessa monin tavoin. Meihin vaikuttaneita ja vaikuttavia muutoksia ovat esimerkiksi maakuntahallinnon päätökset ja ohjeistukset, kilpailutus, tarjoukset ja yhteistyö sekä käytännön tasolla hätäkeskusuudistus ja ensivasteyksiköt. Sairaankuljetus on muuttunut kovin paljon siitä, mitä se oli ”aikojen alussa”, kun kunnat itse päättivät siitä, miten sairaankuljetus missäkin hoidetaan.

- Kainuun malliin kuuluu Ensihoitokeskus. Se järjestää koulutuksia ja testauksia alueemme sairaankuljetusyrityksille.

Penttilä totesi, että kilpailutus on tullut ajankohtaiseksi jokaiselle mahdolliselle toimialalle.

- Siten myös sairaankuljetus pääsääntöisesti kilpailutetaan jokaisella paikkakunnalla ja alueella.

- Kainuussa tämä tapahtui vuonna 2005. Kilpailutuksen ratkaisu sairaankuljetusten järjestämisestä tehtiin maakuntahallinnossa. Valitusten takia se ei kuitenkaan ole käytännössä toteutunut. Markkinaoikeuden lopullista päätöstä olemme odottaneet nyt kaksi vuotta.

- Maakunnan tarjouskilpailut koskevat yhä laajempia kokonaisuuksia ja alueita. Jokaisen tulee alueellaan miettiä, miten pystymme niihin vastaamaan.

- Mikä on se tapa, jolla saamme yksityisen sairaankuljetuksen pysymään edelleen toiminnassa ja kilpailukyisenä? On huomioitava se, että yhä suuremmat, myös valtakunnalliset toimijat ovat kiinnostuneita sairaankuljetuksen järjestämisestä.

- Kainuussa vastasimme tähän haasteeseen perustamalla yksityisten sairaankuljetusyritysten keskeisen yhtiön, Kainuun ensihoitopalvelut Oy:n, jonka nimissä teimme koko maakuntaa koskevan tarjouksen. Tarjouskilpailu ratkaistiin siten, saimme hoitaaksemme koko alueen lukuun ottamatta Suomussalmia, jossa toiminnasta vastaa maakunta-kuntayhtymä ja Kajaania, jossa palveluntuottajana on pelastuslaitos.

- Odotamme mielenkiinnolla, mitä markkinaoikeuden päätös tuo tullessaan. Sopimusta on jäljellä ensi vuoden loppuun. Se, mihin päätös lopulta velvoittaa ja miten se pystytään enää toteuttamaan vähäisen sopimuskauden aikana, jää nähtäväksi. Tässäkin tapauksessa, kuten varmaan monessa muussakin kilpailutuksessa, on tarjouksen pyytäjällä opeteltavaa tarjouspyyntöä tehdessään.

- Epäselvät ja liian tulkinnanvaraiset tarjouspyynnöt johtavat tähän, että markkinaoikeus ratkoo asioita vuosikausia.

## Yhteistyötä omassa keskuudessa ja muidenkin vaikuttajien kanssa

Pertti Penttilä tähdensi, että sairaankuljetukseen liittyvien asioiden eteenpäin vieminen vaatii yhteistyötä. – Se, miten eri alueilla yhteistyötä voidaan tehostaa yrittäjien kesken, onkin sitten jo monien eri asioiden summa. Tarvitaan pohdintaa ja laskemista, yhteisten pelisääntöjen tekemistä sekä kaikkien asianomaisten aktiivista osallistumista ja paneutumista.

- Monesta asiasta joutuu luopumaan ja miettimään toimintojaan uudelleen, mutta onko se keino, jolla voisi vastata tuleviin haasteisiin? Jokaisen on mietittävä kohdallaan, mitä tulevaisuudelta odottaa.

- Yhteistyötä myös sairaanhoitopiirien



Pertti Penttilä

kanssa tulee tiivistää ja löytää yhteiset toimintamallit asiallisella ja rakentavalla vuorovaikutuksella sekä kanssakäymisellä.

Penttilä kertoi myös hätäkeskusuudistuksen vaikutuksista Kainuussa, koska Kajaanissa sijainnut hätäkeskus muutti Ouluun.

- Alkuvaikeuksien ja opetteluun myötä niin sairaankuljetusyksiköt kuin Kainuun asukkaatkin ovat pikkuhiljaa tottuneet käytäntöön, jossa tehtävien vastaanotto ja välitys tapahtuvat Oulusta. Tässä yhteydessä näkyvimpiä ja tuntuvimmat muutokset ovat olleet yksiköiden laajempi liikkuvuus ja käyttö maakunnan alueella.

- Potilaiden hoidon kannalta on tullut uutuutena se, että Kajaanin hoitoyksikkö lähetetään Aarne-kydeille koko Kainuun alueella.

- Kuntiin on perustettu aluepelastuslaitoksen myötä ensivasteyksiköitä, jotka ovat toimineet sairaankuljetusyksiköiden apuna. Yhteistyö on toiminut hyvin. Sairaankuljetusyksiköt ovat myös osallistuneet ensihoitovasteryhmien koulutuksiin. Nyt on kuitenkin kuultu, että ensivasteryhmiä ollaan lopettamassa. Tämä muutos on osa laajempaa kokonaisuutta pelastustoimen uudelleen järjestelyissä alueellamme.

## Työvoimapula vaanii jo Kainuutakin

- Sairaankuljetuksen hyvän laadun toteuttamiseksi tarvitsemme koulutettua työvoimaa. Näyttää siltä, että työvoimapula uhkaa jo myös meidän alueitamme, kertoi Penttilä.

- Siinä, kuinka saamme alaamme ja yrityksiämme kiinnostaviksi onkin työskarkaa meille kaikille. Miten ja millä keinoin asia hoidetaan, eli ovatko laajempi alan markkinointi, alasta tiedottaminen ja sen esilläolo niitä asioita, joilla herätämme mielenkiinnon alaansa mieltävissä nuorissa?

- Onko oppisopimuskoulutuksella mahdollista saada uutta työvoimaa alalle, vai joudummeko palkkaamaan ulkomaista työvoimaa ja kouluttamaan heistä henkilöstöä yrityksiimme kuten jo monilla terveydenhuollon alueilla on jouduttu tekemään, kysyi Penttilä lopuksi.

# Ylilääkäri Tom Silfvast: Terveysthuolto ottaa ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen ohjaukset

Ensihoito- ja sairaankuljetustoimintaa tultaneen tulevaisuudessa johtamaan ja kilpailuttamaan sairaanhoitopiirien toimesta. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee alan palvelukokonaisuuden sisällyttämistä terveydenhuoltolakiin. Kiireellistä sairaankuljetusta kullakin alueella hoitaa se palveluntuottaja, jonka kanssa sairaanhoitopiiri tekee sopimuksen. Itsestään selvää monopolia ei millekään osapuolelle lakiin todennäköisesti kirjata.

- Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti ensihoidon ja sairaankuljetuksen selvitysmiesraportin lausuntokierrokselle kesällä ja lausuntojen koostumus puoltaa keskimäärin aika pitkälle sen päälinjaa, kertoo ylilääkäri Tom Silfvast.

Ministeriön asettama ensihoidon ohjaustyöryhmä kokoontui 1.10. ja seuraava istunto on marraskuun puolivälissä. Loppuvuoden aikana tehdään virkamiesvalmisteluna ehdotukset ensihoitoa

koskevien säädösten viemisestä terveydenhuoltolakiin. Isot linjaukset tekee peruspalveluministeri eli näissäkin asioissa lopullisia päätöksentekijöitä ovat poliitikot. Terveysthuoltolaki tulee yhdistämään nykyiset kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain. Lakiesitys annettaneen eduskunnalle helmikuussa 2008, jolloin se puolestaan lähtee lausuntokierrokselle. Laki on tarkoitus saattaa voimaan vuoden 2009 alusta.

Silfvast sanoo, että pitkien sairaankuljetussopimusten tekoon tulisi juuri nyt ehkä suhtautua harkiten ja katsoa mitä tulossa on, koska lain voimaantulon jälkeen sopimusosapuolina ja kilpailuttajina ovat todennäköisesti sairaanhoitopiirit. - Siirty-määikoja kuitenkin tarvitaan, koska monet nykyiset sopimukset ovat vielä silloin voimassa.

- Jatkossa kaikkien palveluntuottajien kanssa tehtävien sopimusten tulisi olla tarpeeksi pitkiä - esimerkiksi viisivuotisia lisätyinä optiovuosilla. Tämä olisi tarkoituksenmukaista mm. investointien ja henkilöstön työsuhteiden takia, arvioi Silfvast.

## Kiireellinen sairaankuljetus ei kenellekään monopoliksi

Viime aikoina on puhuttu paljon siitä, "kuuluuko" kiireellinen sairaankuljetustoiminta itsestään selvästi jollekin palveluntuottajaryhmälle.

- Julkisen ja yksityisen sektorin työnjakokysymyksen voisi kääntää niinkin, ettei suunniteltu ja kiireetön sairaankuljetus kuulu pelastuslaitosten ydintehtäviin. Siirrot sairaaloista voivat tapahtua joko niiden omalla kalustolla, tai palvelu ostetaan ulkopuoliselta tuottajalta. Toiminnallisesti kiireellisen ja kiireettömän sairaankuljetuksen tulisi kylläkin olla erillään, mutta ei niitä voi 100-prosentti-

sesti eriyttää. Hätäkeskuksen tulisi kuitenkin tietää kaikkien yksiköiden sijainti, jotta niitä saataisiin nopeasti tarvittava määrä kohteeseen suurimmissa tarpeissa, painottaa Silfvast.

Pääkysymykseen vastaa itsekin mittavan ensihoitokokemuksen omaava ministeriön virkamies, että kiireellisessä kuljetuksessa ja ensihoidossa on sama, mikä osapuoli työn tekee. Kenenkään, tai minäkään tahon monopoli se ei voi olla. Sairaanhoitopiiri voi hoitaa tulevaisuudessa sen itse, mutta myös antaa joko pelastuslaitoksen, tai muun sellaisen palveluntuottajan tehtäväksi, joka täyttää sairaanhoitopiirin asettamat laatuvaatimukset. Kaikkia nykyisiä osapuolia tullaan tarvittamaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö tulee määrittämään valtakunnallisesti, mitä ensihoitopalvelulta halutaan sekä sen, mitä tarkoitetaan hoitotasolla ja perustasolla. Sen sijaan hoitohenkilökunnan tutkintojen sisältöön se ei ota kantaa, mikä kuuluu ope-tusviranomaisille.

## Ensihoitopalvelut pidettäneen luvanvaraisina, mutta käytäntöä syytä muuttaa

- Ensihoitopalvelu on yksiselitteisesti terveydenhuollon toimintaa. Sairaanhoitopiirejä ei voi sitoa hankkimaan sitä vain yhdeltä tuottajalta. Ministeriö ei tosin määrää sairaanhoitopiirejä siitä, miten palvelut käytännössä tuotetaan, mutta antaa kuitenkin toiminnalle yleiset raamit, määrittelee Silfvast.

- Ensihoitopalveluiden tuottajien liikennöintilupien ei tulisi olla liikenneministeriön asiana, vaan niitä voisivat myöntää terveysviranomaiset Kuten Kuisman raportissa todettiin, lupakäytäntö on sinänsä tarpeellinen, ettei kuka tahansa voisi ryhtyä harjoittamaan terveydenhuollon piiriin kuuluvaa toimintaa. Lupaa myönnettäessä olisi tarpeen, että hakija myös osoittaisi tietonsa ja osaamisensa terveydenhuollon alueella. Tähänastinen liikennelupakäytäntö on hämärä. Lupaa myönnettäessä keskeisen asian pitäisi olla toiminnan sisältö sen sijaan kun auto yms. tekijät ovat teknisiä kysymyksiä.

## Ensihoitotoiminta selkeästi terveydenhuollon alaiseksi

- Ensihoitotoiminta on saatava terveydenhuollon osatoiminnoksi, painottaa Silfvast.

- Tähän saakka ensivastejärjestelyt ovat olleet vailla säätelyä ja nyt tulisi määritellä, mitä niiltä vaaditaan. Ensihoitoyksikön on oltava hätäkeskuksen käytettävissä, mutta se ei korvaa sairaankuljetuskapasiteettia. Tätäkin toimintaa tulee jatkossa koordinoita sairaanhoitopiirien.

Silfvast sanoo ensivastetoiminnan olleen tähän saakka varsin eri tasoista eri paikkakunnilla. Hän muistuttaa sen kuitenkin olleen eräiltä osin erinomaista ja osoittaneen hyödyllisyytensä varsinkin, jos miehistö on ollut terveyskeskuksen kouluttamassa. Osassa paikkakun-

nista ensivastehenkilöstöltä on esimerkiksi vaadittu SPEK:n kurssi, osassa ei.

- Ensihoitotoimintaa tarvitaan turvaamaan potilaan peruselintoimintoja siksi ajaksi, kun ambulanssi on matkalla kohteeseen. Sen sijaan ei ole tarkoituksenmukaista käyttää tällaista yksikköä esimerkiksi kantoapuna, tai helikopterin laskeutumisalueen turvaajana. Se on silloin avustustehtävä, josta niin ikään tulee olla sovitut käytännöt.

Voisiko sitten joku muu kuin pelastuslaitos, tai VPK tuottaa ensivastepalveluja? Tähän Silfvast vastaa, että alueellisesti ja myös tilannekohtaisesti tulee katsoa, mikä on järkevää. Esimerkiksi poliisikoulutukseen sisältyy myös ensivastekoulutusta. Korkeariskisessä tehtävässä poliisi voisi tulla kyseeseen, jos yksikkö on kohteessa ensimmäisenä. Tämä olisi yksi vaihtoehto haja-asutusalueilla. Lisäksi Rajavartiolaitoksella on kapasiteettia, mitä ei aina osata käyttää hyväksi.

- RVL:lla on paljon koulutuslentoja ja he voivat sattumalta olla kohteen päällä mukanaan ensiaputaitoista miehistöä. Ensihoitotoimintaa voivat siis järjestää muutkin kuin pelastuslaitokset ja VPK:t, jos siitä on asianmukaisesti sovittu ja toiminta on valvottua.

## Sairaanhoitopiirit rekrytoimaan lääkintäesimiehiä kenttäjohtajiksi

Silfvast ei pidä hyvänä Kuisman ehdotusta ensihoitajakoulutuksen lyhentämisestä takaisin 3,5-vuotiseksi, jolloin siitä jäisi sairaanhoitajaksi pätevöittävä osio pois. Hänen mielestään on hyvä, että ensihoitajien osaamista voidaan hyödyntää sairaaloiden päivystysalueilla, joissa varsinaisia ensihoitajien vakansseja ei ole. Aikanaan sairaaloiden ulkopuolellakin työskenteleville tulee tilanne, jossa he eivät enää fyysisesti pysty siellä täysipainoiseen työhön, mutta selviytyvät hyvin sairaaloiden päivystysalueilla.

Kentälle tarvittaisiin Silfvastin mukaan vielä yksi toimijaryhmä, jota käytetään toistaiseksi vain harvoilla paikkakunnilla.

- Kentältä puuttuu terveydenhuollon edustaja ensihoitopalvelun operatiivisena johtajana. Sen vuoksi tarvitaan alueellisia lääkintäesimiehiä. Toiminnan hallinnollisena isänä tulee toimia sairaanhoitopiirin olipa lääkintäesimiehen tukikohta missä tahansa. Jonkun täytyy vastata ensihoitotoiminnasta kentällä ja hän voi konsultoida tarvittaessa päivystävää ensihoitolääkäriä. Käytännössä jokaisessa yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä on jo päivystävä ensihoitolääkäri, eli vuorossa oleva helikopteri-lääkäri ja Helsingissä sen oman maitse kulkevan yksikön lääkäri.

Kysymykseen lääkäri- ja pelastushelikopterien käytöstä ja lukumäärästä Silfvast vastaa asian olevan jatkossakin yliopistolisten sairaanhoitopiirien omassa vallassa.

- Kyse on vaativan erikoissairaanhoitotoiminnasta ja siten on selvää, että miljoonapiirit vastaavat lääkinnällisen toiminnan ja valtio lentotoiminnan kustannuksista.



# Uusi työehtosopimus syntyi

Suomen Sairaankuljetusliitto Ry, Terveyspalvelualan Liitto Ry ja TEHY Ry ovat 9.10.2007 solmineet työehtosopimuksen. Sopimuksen kesto on 1.10.2007–31.1.2010.

Sopimuksen kustannusvaikutus koko sopimuskaudelle on 11,6 %. Sopimuksen mukaisesti henkilökohtaiset ja taulukkopalkat korotetaan 3,4 % 1.10.2007 lukien. Sopimukseen kuuluu myös uusi palkkausjärjestelmän palkkarakenne (siirtymämääräyksin), jonka kustannusvaikutus alalla on keskimäärin 1,8 %. Muista sopimukseen liittyvistä ensi ja sitä seuraavan vuoden korotuksista sekä määräyksistä pyritään informoimaan tarkemmin seuraavassa Ambulanssi-lehdessä 4/2007.

## Sopimuksen pääsisältö

Sopimuskausi 1.10.2007–31.1.2010  
Palkankorotukset

### 1.10.2007

Henkilökohtaisia ja taulukkopalkkoja korotetaan 3,4 %.

### 1.3.2008

Otetaan käyttöön uuden palkkausjärjestelmän mukainen palkkarakenne (siirtymämääräyksin), jonka kustannusvaikutus alalla on keskimäärin 1,8 %.

### 1.11.2008

Henkilökohtaisia ja taulukkopalkkoja korotetaan 2,4 % ja käytetään paikallinen järjestelyerä 0,7 % uuden palkkausjärjestelmän mukaisiin erityistekijöihin ja henkilökohtaiseen palkanosaan.

### 1.9.2009

Henkilökohtaisia ja taulukkopalkkoja korotetaan 2,5 % ja käytetään paikallinen järjestelyerä 0,8 % uuden palkkausjärjestelmän mukaisiin erityistekijöihin ja henkilökohtaiseen palkanosaan.

Paikalliset järjestelyerät 1.11.2008 ja 1.9.2009 käytetään työntekijöiden tehtäväkohtaisiin erityistekijöihin tai henkilökohtaiseen palkanosaan palkkausjärjestelmän mukaisesti. Ensisijaisesti on harkittava erien käyttämistä tehtäväkohtaisiin erityistekijöihin, jos niitä sisältyy työpaikan työtehtäviin.

Paikallisten järjestelyerien suuruus lasketaan työnantajan työehtosopimuksen piirissä olevan henkilöstön säännöllisen työajan palkkasummasta syyskuulta 2008 ja toukokuulta 2009. Näissä palkkasummassa otetaan huomioon varsinaiset säännöllisen työajan palkat, mutta ei vaihtuvia tuntikohtaisia lisiä kuten ilta-, yö-, lauantai- ja sunnuntaikorotuksia. Palkalliselta poissaoloajalta kuten vuosi- tai sairauslomalta maksetut palkat otetaan huomioon ilman tuntikohtaisia lisiä. Vastaavasti palkallisella poissaoloajaksolla olevien työntekijöiden sijaisten palkkoja ei oteta huomioon. Lomarahoja ei oteta huomioon.

Mikael Söderlund  
tj  
Suomen Sairaankuljetusliitto ry

# Ulkomaalaisista apua työvoimapulaan?

Työvoimapulan uhatessa on syytä huomioida maahanmuuttajareservi, tai suoranaisesti rekrytoida ammattitaitoisia työvoimaa muista maista lähinnä EU-alueelta. Tähän on jo aiemmin päädytty useilla palvelusektoreilla, mutta terveydenhuoltoalla ollaan vasta pääsemässä varovaiseen alkuun. Keskustelun tyrehdyttämiseksi vedotaan helposti ongelmiin, joita mm. kulttuurierot ja kielitaidon puute voivat aiheuttaa. Ongelmia voi syntyäkin, mutta järkevällä perehdytysuunnittelulla niitä voidaan pitkälle myös välttää.

Perinteisesti Suomessa on terveydenhuoltoalalla eniten toiminut ulkomaalaissyntyisiä työntekijöitä ja tutkijoita lääkärikunnassa. Monella alalla on tavallista, että mistä tahansa Suomeen tuleva joutuu ainakin aluksi työskentelemään koulutustaan vastamattomissa tehtävissä. Toisaalta juuri vähemmän koulutusta ja kielitaitoa vaativat alat ovat imeneet eniten vierastyövoimaa. Vaikka Suomen työlupakäytäntö on ollut jäykkä, on esimerkiksi puhtaanapitoalalle, rakennustöihin, kuljetusalalle sekä hotelli- ja ravintolapalveluihin sijoittunut pysyvästi maahan muuttaneita, tai työluvan saaneita.

Palvelualoilla maahanmuuttajia kohtaavat samat ongelmat kuin muissakin töissä. Osa työtovereista voi vieroksua, eikä osa asiakkaista / potilaista luota tulokkaisuuteen olipa heidän todellinen ammattitaitonsa minkäläinen tahansa.

Terveydenhuollossa maahanmuuttajat on tulevaisuudessa nähtävä työelämää rikastuttavana voimana. Heidän kielitaidostaan on väistämättä etua, koska myös potilaissa on paljon muitakin kuin äidinkieltään suomalaisia. Kulttuurisetkin erot saattavat osoittautua voimavaraksi. Monien kansojen perinteeseen kuuluu voimakkaampi yhteisöllisyys sekä kehittyneempi sosiaalisuus ja vanhempien ihmisten arvostus kuin keskimäärin suomalaisten keskuudessa.

## Ketkä muuttavat?

Maahanmuuttajakäsite sisältää työnhaun, opiskelun tai perhesuhteiden takia harkitusti muuttaneet, mutta myös pakolaiset. Ensimmäinen merkittävän suuruinen pakolaisryhmä saapui Suomeen vuonna 1979. Tuolloin Vietnamin sodan ja poliittisten mullistusten seurauksena maasta pakeni huomattava määrä ihmisiä, joista monet päätyivät aluksi pakolaisleireille. Pieni osa heistä poimittiin Suomeen ja myöhemmin perheiden jälleenyhdistämisprojektin puitteissa vietnamilaisia on saapunut lisää. Tämä oli kuitenkin vasta alkua Suomeen suuntautuvassa pakolaisuudessa ja siirtolaisuudessa. Maahanmuuttoa on tietyiltä tahoilta vastustettu koko ajan ja esitetty erilaisia kauhuskenaarioita mm. työmarkkinoiden "ulkomaalaistumisesta". Pelot siitä, että ulkomaalaiset "vievät" työpaikkoja suomalaisilta ei ole osoittautunut todeksi. Sen sijaan voidaan kysyä, miksi ulkomaalaistaustaisen on niin vaikea saada töitä Suomesta, vaikka kielikin olisi jo opittu?

Vietnamilaisten jälkeen seuraavat suurimmat pakolaisryhmät olivat 1990-luvun alusta alkaen somalialaiset ja entisen Jugoslavian asukkaat. Työllistymis- ja perhe-

syistä Suomeen on muuttanut eniten venäläisiä ja virolaisia. Venäjältä muuttamisen yhtenä syynä on ollut inkeriläissukuisten ns. paluumuutto. Nuorimmat heistä ovat kuitenkin pääsääntöisesti vailla Suomen kulttuurin ja kielten tuntemusta. Vuonna 2006 muutti Suomeen 22 700 henkilöä ja vuonna 2005 21 400.

EU-maista muutti kaikkiaan 7000 henkilöä ja Euroopan muista maista 6900. Virosta Suomeen saapui 2300 maahanmuuttajaa ja Venäjältä vajaat 2000. Tuli-joiden alkuperä voi olla myös muussa kuin siinä maassa, josta he muuttavat.

Suomeen muuttamisen yleisin peruste on ollut 1990–2000 luvuilla perheside. Tulijoista 65–70 % muuttaa maahan perhesyistä. Pakolaisten osuus on 15 % ja suoraan töihin tulevien 5–10 %. Ns. paluumuutto entisen Neuvostoliiton alueelta on perusteena noin 10 %:sesti. Maahanmuuttajissa voisi olla huomattava resurssi työvoimapulan vaivaamille aloille, sillä suuri osa on työikäisiä ja heistä työllistyneitä vain 47 %. Koko maahanmuuttajatyövoimasta terveysalalla työskentelee tällä hetkellä noin 9 %.

Suomessa ulkomailta muuttaneet ovat pitkälti keskittyneet pääkaupunkiseudulle nimenomaan työpaikkatarjonnan, mutta myös opiskelumahdollisuuksien vuoksi. Kolmas syy on, että monet hakeutuvat mielellään sinne, missä heidän etninen ryhmänsä on suurin. Esimerkiksi somalialaiset ovat kokeneet joissakin Sisä-Suomen kaupungeissa niin paljon sopeutumisvaikeuksia ja torjuntaa, että ovat katsoneet turvallisemmaksi siirtyä pääkaupunkiseudulle.

## Työperäistä muuttoa edistetään

Maahanmuuttajien määrä on tällä hetkellä alarajoilla verrattaessa sitä ennustettuun työvoimatarpeeseen kantaväestön ikärakenteen vanhetessa. Työperäinen maahanmuutto on siis toistaiseksi vähäistä, mutta eräiden arvioiden mukaan tarvetta olisi vuosittain jopa 5000 uudelle ulkomaalaiselle työntekijälle. Valtiovallan keskeinen tavoite ulkomaalaispolitiikassa onkin tällä hetkellä edistää aktiivisesti työperäistä maahanmuuttoa, vaikka viime aikoina onkin valtamedioissa annettu tilaa myös virallises-ta linjasta poikkeavalle näkemykselle.

Ikääntyneiden osuus väestöstämme kasvaa ja vastaavasti työikäisten vähenee, kun ns. suuret ikäluokat on "kulutettu loppuun". Niin ollen on ryhdytty miettimään ulkomaalaisperäisen työvoiman aktiivisempaa rekrytointia. Suomeen muuttavien ulkomaalaisten määrä on pakolaiset mukaan lukien Euroopan alhaisimpia. Niin ollen

# Valmistautuminen aloitettava jo nyt



Kuva: Shutterstock

kaikki uhkakuvat maahanmuuton tuomista suurista haitoista ovat olleet perusteetomia sekä tietämättömyyden ja ennakkoluulojen vääristämiä. Yksittäistapauksissa löytyy sopeutumattomia kaikista kansallisuuksista, mutta maahanmuuttopolitiikan suurimpia haasteita onkin syrjäytymisen estäminen, jonka eräänä keinona on työllisyyden edistäminen.

Tällä hetkellä Suomessa asuvien ulkomaalaisperäisten työttömyysaste on nelinkertainen verrattuna kantaväestöön. Noin 100 000 maahan muuttanutta on vailla työtä. Samaan aikaan, kun kokonaistyöttömyysaste on noin 8 %, on ulkomaalaisten miesten työttömyys 19 %:n tasolla ja naisten 28 %:ssa.

Erääksi keinoksi työvoimapulan torjuntaan on hoitoalalle esitetty ulkomaille muutaneiden takaisin houkuttelemista. Se tuskin tuo toivottua tulosta, mutta osa lähteneistä palaa todennäköisesti Suomeen muutenkin, jos työllisyystilanne kohenee. Osa taas on ankkuroitunut perhe- tai muista syistä ulkomaille ilman aikomusta palata Suomen työmarkkinoille. Lisäksi ulkomaille muuton synnä on voinut olla joku muu kuin hoitoalan työpaikka, joten ammattitaidon säilyminen ei kaikkien osalta ole varmaa.

## Tutkinnon suorittaneita hoitoalan ammattilaisia Suomeen perehdytyskoulutukseen ja kieltä oppimaan

Osa maahanmuuttajista opiskelee suomea jo lähtömaassaan. Tällöin heillä on vakava aikomus sijoittua Suomessa työelämään ja olla maassa pitemmän aikaa, mahdollisesti koko loppuelämänsä. Virosta ja Venäjältä muuttaneista 40 % on opiskellut Suomea ennen maahan tuloansa. Jotkin maahanmuuttajat ovat sijoittuneet alueille, joissa ruotsinkieli on valtakielinen ja sen he ovat myös ensimmäisenä Suomen virallisena kielenä oppineet. Esimerkiksi hoitoalalle töihin sijoittumista on vaikea kuvitella ilman jomman kumman kotimaisen kielen kohtuullista hallintaa.

Terveydenhuoltoalalla kielitaidon täytyy olla määrättyllä tasolla potilaskontak-

tien onnistumiseksi. Ulkomaista työvoimaa rekrytoitaessa, tai maahanmuuttajia koulutettaessa on kuitenkin mahdollista rakentaa opinto- ja perehdytyskokonaisuus, jossa samalla kun työntekijät ohjataan täkäläiseen hoitokulttuuriin, painotetaan kielen opetuksessa ammatillista sanastoa.

Merkittävästä avauksesta kertoi hiljattain Espero Care Oy, joka ryhtyy rekrytoimaan ja muuntokouluttamaan hoitoalan ammattilaisia suoraan Filippiineiltä. Tavoitteena on tarjota töitä noin sadalle filippiiniläiselle hoitajalle.

Esperi tarjoaa töitä kaikkiaan sadalle filippiiniläiselle lähihoitajalle vuosina 2008–2009. Ensimmäisessä vaiheessa keväällä 2008 maahan on tulossa noin 20 hengen pilottiryhmä, jonka kanssa halutaan testata eri toimintamalleja jatkoa ajatellen. Espero solmii koeajan jälkeen uusien hoitajien kanssa vähintään kahden vuoden työsopimuksen.

Lähtökohtana on, että tulijoilla on jo kotimaassaan suoritettu tutkinto, jonka pohjalta heidät voidaan perehdyttää täkäläiseen hoitokulttuuriin.

Vastaavaa rekrytointimallia voidaan tulevaisuudessa tarvita sosiaali- ja terveydenhuollon muillakin alueilla, vaikka henkilöstöpula tulee vanhustenhuollossa näkyväksi voimakkaammin.

Pakolaisina maahan tulleet ovat harvoin opiskelleet Suomea aikaisemmin, koska lähtö syntymämaasta on voinut olla kaoottinen, eikä kohdemaata ole edes aina ollut selvillä lähdettäessä.

Usein maahanmuuttajat osaavat muitakin kieliä kuin äidinkieltänsä, vaikka suomen kieli opeteltaisiin vasta tänne saavuttua. Suomi on vaikea kieli opetella, mutta oppimisherkkyteen vaikuttaa jo aiemmin hankittu muiden kielten taito, sekä arvostukset ja motivaatio. Omatoiminen opiskelu

edistää yhteiskuntaan sijoittumista ja työn saamista. Tällä hetkellä kielitaitokaan ei vielä takaa työn saamista, sillä edessä on ennakkoluulojen muuri ja työyhteisöjen epäilykset, sujuuko suomenkieli sittenkään riittävällä varmuudella käytännön tilanteissa.

## Osa monikulttuurisuusreservistä on jo Suomessa

Eräänä mahdollisuutena ovat monikulttuurisessa työelämässä nuoret, joilla on ulkomaalaistausta, mutta jotka ovat syntyneet Suomessa, tai tulleet maahan ennen kouluikää. He ovat myös käyneet koulunsa Suomessa ja hallitsevat kielen. Tällöin on kyseenalaista kuitenkin samaistaa heitä aikuisina maahan tulleisiin, tai pitää heitä yleensäkin ulkomaalaisina. Varmaa vain on se, että ennustetun työvoimapulan toteutuksessa ei terveydenhuollonkaan valintaseulassa ole vara pitää niin suuria reikiä, että hakijat tippuvat siitä etnisen ja kulttuurisen alkuperänsä perusteella. Ennustettavissa on, että suomalaisten työntekijöiden odotukset ja kriittisyys ovat nykyistä korkeammalla maahanmuuttajatyöntekijöiden kielitaidon suhteen, kun heidän määränsä lisääntyy. Kielitaidon kehittymisen kannalta kuitenkin palvelualat, erityisesti sosiaali- ja terveysala, ovat otollisia. Työ itsessään edellyttää suullista kommunikointia ja työyhteisö on monijäseninen. Toista ääripäätä voisi edustaa esimerkiksi autonkuljettajan ammatti, jossa työskentely tapahtuu pääosin yksin. Samoin siivoojan kontaktit työpaikalla voivat rajoittua työnjohtajaan, joka ei ole aina kohteessa, ja muutama harvoin työtövereihin.

## Asenteet kulkemassa myönteisempään suuntaan

Maahanmuuttajien työllistäminen on kulkemassa kaikista esteistä ja karioista huolimatta parempaan suuntaan. Siihen ovat vaikuttaneet taloudellinen noususuhdanne ja osin jo toteutunut työvoimapula. Ennakkoluulojen tultua ylitetyksi on työnantajan inressissä saada ennen kaikkea sopivia henkilöitä sopiviin tehtäviin. Tällöin etnisen alkuperä ei enää ole este työsuhteen

solmimiselle, vaan tietyissä tehtävissä jopa etu.

Lamavuosina asenneilmasto oli toinen. Jopa siivoojilta vaadittiin sujuvaa suomenkielen taitoa ja parhaimmillaan myös Suomen kansalaisuutta. Kielitaitovaatimus oli ylivoimainen tehtävien vaatimustason kanssa. Kielitaito- ja kansalaisuusvaatimuksiin vaikuttivat enemmän palveluiden ostajat kuin tuottajat.

Sosiaali- ja terveyspalveluissakin jouduttaneen tarkistamaan tiukimpia kielitaitovaatimuksia, jos aiotaan estää tilanteen räjähtäminen käsiin. Räjähdyksalttiin tilanne on pääkaupunkiseudulla.

Sairaanhoidon organisaatioissa ja alan koulutusjärjestelmässä on juuri nyt se aika, jolloin lähivuosien haasteisiin tulisi vastata ulkomaalaisten pätevoittämiskoulutusta tehostamalla. Terveysala on toistaiseksi ollut näissä asioissa hidas käänneissään. Viime aikoina on kuitenkin jo arvovaltaisiltakin tahoilta nähty ulkomaisen työvoiman palkkaaminen käypänä vaihtoehtona.

Nykyistä myönteistä kehitystä työmarkkinoiden kokonaisuudessa vauhdittanee se, että työvoimapulan ennustetaan pahenevan nopeasti vuoden 2010 paikkeilla. Tilanne Suomessa edennee verrattain huonoksi suhteessa muuhun EU-alueeseen.

Antti Järvinen

Lähteitä:  
www.uvi.fi/

vaesto.tilasto@tilastokeskus.fi

Jasinskaja-Lahti Inga, Liebkind Karmela, Vesala Tiina: Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia, toim. Gaudeamus, Helsinki 2002.

Järvi Ulla: Suomen Lääkärelehti 49–50/2005 vsk 60, s. 5085; Uutispäiväri Monokulttuurista monikulttuuriin

Vartia Maarit, Bergbom Barbara, Giordani Terhi, Rintala-Rasmus Anita, Riiala Riitta, Salminen Simo: Monikulttuurisuus työn arjessa. Työterveyslaitos ja Työministeriö 2007

www.esperi.fi

## Zoll E-sarjan defibrillaattori



**Hyödynnä loppuvuoden kampanjatarjous E-sarjan defibrillaattori uusilla ominaisuuksilla:**  
reaaliaikainen palaute elvytyksen laadusta  
"See Thru CPR" potilaan rytmin seuranta PPE:n aikana  
pitkäkestoinen lithium-akku  
reaaliaikainen tiedonsiirto sähköiseen tietojärjestelmään  
kova tai pehmeä laukku

**Unomedical**  
FOR PEOPLE WHO CARE  
• Tarvikkeet • Laitteet • Kirurgiset välineet

Oy Unomedical Ab • Olarinluoma 16 • 02200 Espoo • puh. 020 7659 600 • fax 020 7659 633  
E-mail mail.fi@unomedical.com • www.unomedical.fi

Kysy lisätietoja!



Kuva: Marko Partanen

# Lisäresursseja tulossa Hätäkeskuslaitoksessa palvelukyky ja laatu paranee

Sisäasiainministeriö asetti 23.8.2006 seurantaryhmän Hätäkeskuslaitoksen tilanteen korjaamiseksi tarvittavien toimenpiteiden toteuttamiseen. Seuranta- eli remonttiryhmä luovutti puheenjohtajansa kansliapäällikkö **Ritva Viljasen** johdolla 14-sivuisen raporttinsa kesäkuun lopulla sisäministeri **Anne Holmlundille**. Raportin mukaan Hätäkeskuslaitoksen tilanne syksystä 2006 on parantunut, vaikka kehitettäviä asioita on vielä runsaasti. Hätäkeskuslaitokselle on nimitetty uusi johtaja ja johtamisjärjestelmää on tarkistettu. Laitoksen oikeudellista ja taloudellista osaamista on vahvistettu.

Remonttiryhmän tehtävänä oli seurata turvallisuusasiain johtoryhmän kokouksessa 17.8.2006 sovittujen toimenpiteiden toteutumista, erityisesti johtamisjärjestelmän ja yhteistyön kehittämistä, tietojärjestelmien hankintaa ja henkilöstön riittävyden turvaamista sekä tukea Hätäkeskuslaitosta tilanteen korjaamiseksi tarvittavien toimenpiteiden toteuttamisessa.

Sisäministeri Holmlundin mukaan Hätäkeskuslaitoksen toimintaedellytysten turvaamiseksi tarvitaan lisärahoitusta. Kehysohjeissa ministeriö onnistui saamaan ensi vuodelle johtamisjärjestelmän kehittämiseen kaksi miljoonaa euroa. Myöskin vuosien 2008 ja 2009 toimintamäärärahoja onnistuttiin korottamaan kahdella miljoonalla eurolla. Käytännössä Hätäkeskuslaitos pystyy Holmlundin mukaan palkkaamaan ensi vuonna 40 uutta henkilöä.

## Tietojärjestelmä

Lisäresurssit parantavat merkittävästi Hätäkeskuslaitoksen palvelukykyä ja toiminnan laatua. Ne mahdollistavat myös hätäkeskusten verkottumisen tietojärjestelmän avulla. Holmlundin mukaan hallitus on jo aiemmin antanut vahvan tukensa Hätäkes-

kuslaitoksen toiminnan varmistamiselle mm. varaamalla tietoyhteiskuntarahoista yli kuusi miljoonaa euroa Hätäkeskuslaitoksen tietojärjestelmähankkeiden toteuttamiseen.

Hätäkeskukset verkotetaan siten, että ruuhka- ja kriisitilanteissa puhelut siirtyvät toisiin hätäkeskuksiin. Remonttiryhmän mukaan Hätäkeskuslaitoksella tulee olla jo 30.11.2007 mennessä sisäasiainministeriön edellyttämä yhtenäinen, verkottumisen mahdollistava hätäkeskustietojärjestelmä.

## Verkottuminen ja tehtävämäärät

Verkottuminen on Holmlundin mukaan kokonaan uusi toimintatapa, jolla turvataan hätäkeskusten valmiudet hoitaa omat tehtävänsä suuronnettomuuksissa. Samalla verkottunut toimintatapa tukee henkilöstön työhyvinvointia tasaamalla työtä ja mahdollistamalla tarkoituksenmukaisimmat, palvelujen kysyntää vastaavat työajat. Käytännössä uusi toimintatapa tarkoittaa myös päivystäjien koulutuksen uudelleen arviointia sekä hätäkeskusten mahdollisuutta erikoistua tiettyihin tehtäviin.

Remonttiryhmän mukaan Hätäkeskus-

laitoksella on sairauspoissaoloja enemmän kuin valtiolla keskimäärin. Osittain poissaoloja selittävät kasvaneet tehtävämäärät. Hätäkeskukset vastaanottivat viime vuonna 3,7 miljoonaa hätäilmoitusta, joista varsinaisia hätäpuheluja oli 2,9 miljoonaa. Hätäilmoitusten määrää on kasvattanut merkittävästi mm. matkapuhelien lisääntyminen. Hätäpuheluista joka neljäs oli sellaisia, joiden ei pitäisi tulla ollenkaan hätänumeroon.

## Aiheettomat puhelut

Viime vuoden tilastojen mukaan myös maamme kolmanneksi vilkkaimman Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun hätäkeskusten - POKA:n - riesana olivat runsaat virheelliset ja asiattomat puhelut. Pokassa kirjattiin viime vuonna 350 000 tehtävää ja vastaanotettiin lähes 102 000 turhaa puhelua, jotka veivät pahimmassa tapauksessa puheluajan todellisessa hädässä olevalta avuntarvitsijalta.

Tämän vuoden osalta oli Pokassa kesäkuun loppuun mennessä vastaanotettu 167 000 tehtävää, joista oli hätäpuheluja 123 000. Niistä sairaankuljetukselle välitettiin 40 000 tehtävää, poliisille 37 500, pelastuslaitokselle 4 500 ja sosiaaliviranomaisille 170 tehtävää. Hätäkeskuksen kiireisin päivä oli viimevuotiseen tapaan juhannusaatto, joskin puhelujen vuorokautinen määrä laski sadalla edellisvuoden 1 500 puhelusta. Myös sosiaalitoimen tehtävät lisääntyivät juhannuksen aikana. Toisena juhannuspäivänä hätäkeskusta työllisti läänin alueella syttyneet kahdeksan maastopaloa.

## Tulosohjaus

Vuoden alussa perustettiin uudistettuun

Hätäkeskuslaitoksen tulosohjaukseen valtakunnallinen ohjausryhmä ja sisäministeriön pelastusosastolle uusi turvallisuusverkkoyksikkö, jonka tehtävänä on vastata Hätäkeskuslaitoksen tulosohjauksesta, muusta ohjauksesta sekä toiminnan ja talouden seurannasta.

Kuluvan vuoden tulossopimuksessa mm. edellytetään, että Hätäkeskuslaitos tekee vuosittain työilmapiiritutkimuksen sekä johtamisen tilaa ja asiakastytyväisyyttä koskevat selvitykset. Sisäasiainministeriö on käynnistänyt myös Hätäkeskuslaitoksen ja hätäkeskusten säännöllisen tarkastustoiminnan.

## Visio, strategia ja selonteko

Remonttiryhmän mukaan tulee Hätäkeskuslaitokselle laatia nopealla aikataululla ja yhteistyössä henkilöstön ja sidosryhmien kanssa uusi visio ja strategia, joiden tulee olla yhteiskunnallisesti hyväksyttävissä ja sellaisia, joihin eri osapuolet sitoutuvat. Näin annettaisiin suuntaviivat tulevaisuuden toiminnalle ja laadukkaille hätäkeskuspalveluille. Hätäkeskustoiminnan strategiaa toteutetaan remonttiryhmän mukaan hallitusti toiminta- ja taloussuunnitelmien kautta.

Sisäministeri Holmlundin mielestä vuoden 2006 alusta kokonaisuudessaan valtion vastuulla olevasta hätäkeskustoiminnasta on kertynyt kokemuksia jo sen verran, että on mahdollista tehdä kattava arvio uusi- muotoisesta hätäkeskustoiminnasta.

- Eduskunnalle vuoden loppuun mennessä annettavassa selonteossa on arvioitava hätäkeskuspalvelujen saatavuutta, suomen- ja ruotsinkielisten palvelujen asianmukaisuutta, tietojärjestelmien toimivuutta sekä henkilöstön ammattitaitoa erityisesti henkilötietojen käsittelyssä, totesi Holmlund vastaanottaessaan remonttiryhmän raporttia.

Tuomo Vähäkangas

**HÄTÄNUMERO**

**112**

# Pelastustoimi väkisin ensihoidon ja sairaankuljetuksen isännäksi Keski-Uudellamaalla?

Keski-Uudellamaalla on pohdittu, mille viranomaiselle lopulta kuuluu ensihoidon ja sairaankuljetuksen johtaminen, organisointi ja koordinointi, terveydenhuollolle vai pelastustoimelle? Keski-Uudenmaan pelastuslaitos lämmitti ns. Kuuma-kunnat itselleen vielä kuumemmiksi. Jotkut kunnat ovat taipumassa pelastuslaitoskeskeiseen ensihoitoon ja sairaankuljetukseen vieläpä haluamatta kilpailuttaa ainakaan kiireellisintä toimintaa. Suomen Sairaankuljetusliitto on eri mieltä, mutta pelastuslaitos pyrkii monopoliin hinnalla millä hyvänsä. SSK uhkasi oikeustoimilla, sillä se katsoo asiassa rikotun kilpailulainsäädännön tarkoitusperiä sekä kirjainta.

Aiemmin tehtyjen selvitysten perusteella pidettiin tarkoituksenmukaisena, että perustettaisiin terveydenhuoltojärjestelmään nivoutuva ensihoitokeskus. Siten syntyisi toiminnan laadun ja potilaiden saavutettavuuden kannalta tarkoituksenmukainen strategia sekä yhtenäisempi taso. Alueellistamista ei sinänsä vastusta kukaan, mutta kyse on periaatteellinen sekä alueellisen organisaation johtamisen että kilpailuttamisen kannalta. Yksityistä sairaankuljetusta on tuolla seudulla perinteisesti toiminut Hyvinkäällä ja Järvenpään – Keravan – Tuusulan seudulla sekä Nurmijärvellä.

Keski-Uusimaalla käsitetään pelastustoimen alueorganisaatiossa Hyvinkään, Järvenpään, Keravan ja Vantaan kaupunkia sekä Mäntsälän, Nurmijärven, Pornaisten ja Tuusulan kuntia. Käytännössä Vantaa kuuluu selkeästi pääkaupunkiseutuun, mutta pelastustoimessa se on Keski-Uusimaata johtava isäntäkaupunki.

Ns. Kuuma-kunnilla tarkoitetaan edellä mainittuja kuntia ilman Vantaata ja Hyvinkäätä. Niiden yhteenlaskettu asukasluku on reilut 440 000. Kuuma-yhteistyö vastaa pitkälle pääkaupunkiseudun YTV-organisaatiota. Kuuma-organisaatiolla on oma

parlamentiksi kutsuttu päätöksentekokolmiensa sekä hallitus. Terveydenhuollossa Kuuma-kunnat ovat tehneet erikseen yhteistyösopimukset sekä Hyvinkään kaupungin että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa.

Erikoissairaanhoidosta vastaa HUS. Sen sisäisiä vastuualueita johdetaan Keski-Uudellamaalla HYKS:n Peijaksen (Vantaa ja Kerava) sairaalasta sekä Hyvinkään sairaalasta. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen suhteen organisaatio ei helposti ulkopuolisille avaudu, koska Peijaksen alue kuuluu HUS:n sisäiseen HYKS sairaanhoitoalueeseen ja Keski-Uudenmaan kunnat Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen.

Kuuma-kunnat ovat kaavailleet mm. oman sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen perustamista. Toisaalta PARAS -hankkeen yhteydessä on esitetty myös kaupunkien ja kuntien erilaisia yhdistämistä vaihtoehtoja ja osa-alueittoksia.

Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyössä asetti Kuuma-hallitus 23.8.2006 tavoitteekseen, että palvelut muodostavat alueella hyvin palvelevan ja toimivan kokonaisuuden, jossa kuntarajat eivät ole esteinä palvelujen saamiselle. Palvelurakenteen tavoitteena on taloudellisuus ja toimintojen järjestäminen tuottavasti.

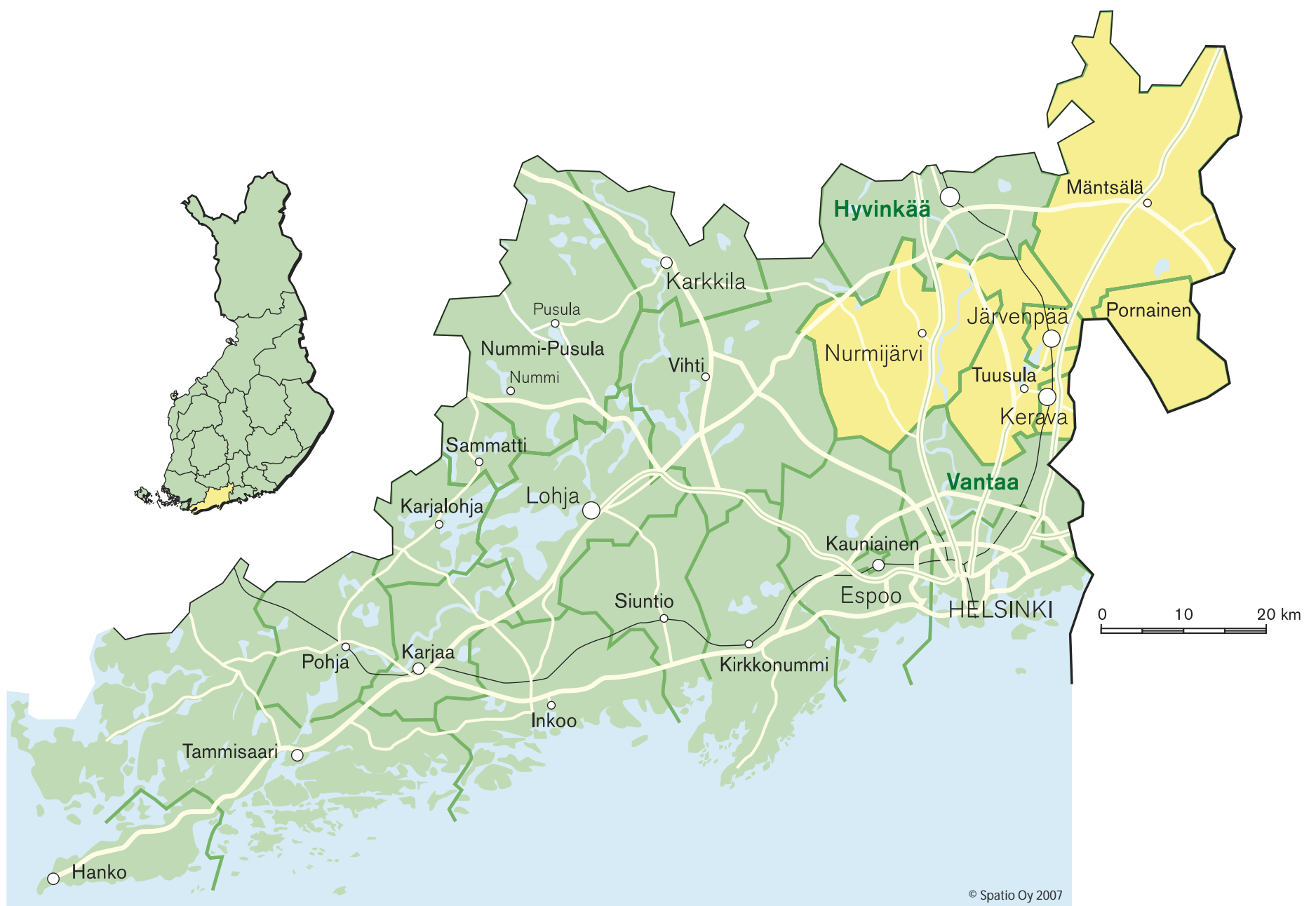
## STEHU-hanke loi kehukset ensihoidolle ja sairaankuljetukselle

Vuoden 2006 alussa käynnistetyllä ns. STEHU-hankkeella pyrittiinkin löytämään mahdollisimman laaja toimintakokonaisuus sosiaali- ja terveyspalveluille. Hankkeen takana olivat Kuuma-kunnat ja Hyvinkää. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoimintamahdollisuuksien selvittämiseksi nimettiin em. kuntien ja HUS -yhtymän edustajista koostunut ohjaustyöryhmä ja valmisteluryhmä. Päijät-Hämeen tyyppiselle palveluiden yhdistämiselle ei Kuuma-kunnissa kuitenkaan tarvittavaa innostusta riittänyt.

STEHU-raportin mukaan valmistelutyössä päädyttiin siihen, että mahdollisen sosiaali- ja terveysalueen koskevan yhteisorganisaation sijasta Keski-Uudenmaan kuntien kesken sovitaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisjärjestelyistä toiminnoissa, joiden seudulliseksi järjestämiseksi on osoitettavissa toiminnallisia ja taloudellisia sekä resurssien käyttöön liittyviä hyötyjä.

STEHU-raportissa esitettiin ensimmäisen vaiheen yhteistoimintajärjestelyihin lii-

Jatkuu seuraavalle sivulle



## Pelastustoimi väkisin ensihoidon ja sairaankuljetuksen isännäksi Keski-Uudellamaalla?

tettäväksi 15 toimintoa, joista ensimmäisenä mainittiin ensihoito ja sairaankuljetus.

Tarkemmin ensihoito- ja sairaankuljetusyhteistyötä kaavailtiin seuraavasti.

- Tavoitteena on järjestää ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut sekä niihin liittyvät hallintopalvelut seudullisena yhteistoimintana siten, että yksiköitä voitaisiin käyttää joustavasti kuntarajat ylittäen, kuljetukset voitaisiin järjestää logistisesti järkevästi ja koulutus-, laadunhallinta- ja talousjärjestelmät olisivat alueella yhtenäisiä.

- Ensihoidon järjestäminen organisoitaa seudullisesti perustamalla Keski-Uudellemaalle alueellinen hallintoyksikkö, joka vastaa kaikkien hankealueen kuntien sekä sairaankuljetuksen ja ensihoidon että ensivastetoiminnan järjestämisestä niiden kuntien osalta, jotka päättävät tähän yksikköön liittyä. Yksikkö voi toimia joko sairaanhoitoalueen vastuuyksikkönä tai sen osana tai sitä varten voidaan muodostaa terveydenhuollon osana toimiva kunnallinen liikelaitos, mikäli tarvittavat lainmuutokset astuvat voimaan.

Tarkoituksena oli, että ensihoitoyksikkö olisi ryhtynyt vastaamaan palvelusopimusten laatimisesta kuntien asettamien tavoitteiden mukaisesti ja operatiivisen toiminnan kilpailuttamisesta tarvittavilta osin. Ensihoitoyksikkö olisi vastannut myös muista hallinnollisista tehtävistä eli olisi asettanut käytettäväksi ja palkannut vastuulääkäriin, suunnittelijan, lääkintäesimiehet ja tarvittavan sihteerityövoiman. Ambulansseja ja muita yksiköitä ei olisi sidottu tiettyyn kuntaan tai päivystyspaikkaan, vaan toiminnan tehostamiseksi yksiköitä olisi käytetty tarpeen mukaan kuntarajoista riippumatta.

### Ja kuinkas sitten kävikään...?

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen tavoitteena oli kuitenkin ensihoito- ja sairaankuljetustoiminnan kokonaisvaltainen keskittäminen itselleen. Kuntajohtajien päitä käännettiin voimakkaalla lobbauksella ja kuinka ollakaan, jo ennen sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisia linjanvetoja yksityisten palveluntuottajien sopimuksia sanottiin irti. Ministeriössä H-hetki koitti 1.10., jolloin tuli vetää linjoja ensihoidon ja sairaankuljetuksen valtakunnallisesta strategiasta osittain selvitysmies **Kuisman** raporttiin pohjautuen. Asia liittyy valmistella olevaan terveydenhuoltolakiin.

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen johtokunta omalta osaltaan ja alueen kuntajohtajat omalta osaltaan antoivat keväällä pelastuslaitokselle tehtäväksi järjestää neuvottelutilaisuuden alueellisen ensihoidon järjestämiseksi. Neuvottelukumppaneiksi pelastuslaitokselle tulivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) ja alueen kunnat.

Sen jälkeen neuvottelu toteutui varsin pian eli 15.5.2007. Sen lisäksi neuvoteltiin myös "stehulaisten" (KUUMA-soster neuvottelukunta) kanssa 23.5.2007. Keski-Uudenmaan alueen kuntajohtajat pitivät omia kokouksiaan heti edellisten jälkeen.

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen johtokunta ja alueen kuntajohtajat pitivät yhteisen seminaarin 5.6.2007. Tällöin kuntajohtajat edellyttivät, että Keski-Uudenmaan pelastuslaitos, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sekä alueen kunnat valmistelevat yhteisen esityksen siitä, miten ensihoito ja sairaankuljetus järjestetään 1.1.2008 alkaen. Tavoitteena oli nytkin alueellinen järjestelmä. Valmistelu suoritettiin seuraavissa työryhmissä: - ohjausryhmä, hallintotyöryhmä, palvelutasopäätös- ja sairaankuljetuksen järjestäminen -työryhmä sekä taloustyöryhmä. Valmistellut esitykset haluttiin käsiteltäväksi pelastuslaitoksen ja kuntajohtajien seminaariin 28.8.2007. Tällöin tuli olla valmiina esitys yhteistoimintasopimuksesta, palvelutasopäätöksestä sekä kustannusten jaosta. Valmisteltu aineisto piti toimittaa osallistujille jo ennen seminaaria.

Pelastuslaitos oli valmistellut oman yhteistoimintamallin kuntien hyväksyttäväksi ja julkiseen tietoisuuteen sen tavoitteet tulivat mm. Keski-Uusimaa -lehden artikkelissa 1.1.2009 sekä television alueellisessa uutislähetyksessä 3.9.2007. Lehtiartikkelissa esiintyi asiastaan varmana Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelujen johtaja **Jorma Alho** ja myös Keravan kaupunginjohtaja **Rolf Paqvalin** antoi lausunnon pelastuslaitoksen puolesta. Tavoitteesta ei ollut mitään epäselvyyttä enää siinä vaiheessa, kun Alhoa haastateltiin televisiossa samalla kuin Suomen Sairaankuljetusliiton toiminnanjohtaja **Mikael Söderlundin**.

STEHU-hanke ei siis ollutkaan johtanut ainakaan ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa mihinkään, vaan asiat etenivät muilta pohjilta. Yhdeksi syyksi asioiden saamille käännteille esitettiin pelastuslaitoksen työvoimaongelmaa, sillä jos pelastuslaitos häviäisi kilpailun, työvoimaa olisikin liikaa. Ensihoito ja sairaankuljetus on pelastusmiesten huomattava työllistäjä; nyt pelkona oli irtisanomiset, mutta niin ovat yksityisiilläkin palveluntuottajilla edessä samat ongelmat.

Yksityisille palveluntuottajille sopimusten irtisanominen tiesi epävarmaa aikaa. Joitakin työsopimuksia jouduttiinkin yrityksissä sanomaan irti. Oli ilmeistä, että sairaankuljetusta aiottiin keskittää pelastustoimelle kilpailuttamatta. Kilpailutettaessa taas kaikilla palveluntuottajilla olisi tasavertaiset mahdollisuudet saada mikä tahansa siivu alueen sairaankuljetuksesta. Samalla varmistettaisiin kuntalaisten mah-

dollisuus saada laadukasta oikeanhintaista palvelua.

Lähes kaikki Keski-Uudenmaan sairaankuljetussopimukset ovat siis tällä tiedolla katkolla 31.12.2007 - myös pelastuslaitoksen. Ei tiedetä vielä, mikä osapuoli tekee tulevat sopimukset kenenkin kanssa, mutta pyrkimys on selvä. Tuusulassa on kuitenkin edetty muita maltillisemmin ja siellä on sopimuksia jatkettu 30.6.2008 saakka. Hyvinkäällä ei yksityisellä palveluntuottajalla ole sopimusta terveyskeskuksen, vaan HUS:n Hyvinkään sairaalan kanssa. Sitä ei ole irtisanottu, eikä kaupunki ole irtisanonut sopimustaan pelastuslaitoksen kanssa.

Ns. Kuisman raportin tavoitetta säättää "kiireellinen" sairaankuljetus lailla pelastustoimelle ei toteutune laajan vastustuksen johdosta. Asiaan liittyy myös valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki. Ministeriössä linjataan siihen liittyviä tavoitteita loppuvuoden aikana, mutta lain sisällöstä päätetään lopulta eduskunta.

Ainakaan kaikki terveydenhuollon edustajat eivät luonnollisestikaan ole olleet innoissaan asioiden saamista käännteistä. Tehtyä suunnittelutyötä on vaarassa valua paljon hukkaan. Jostakin syystä ovat sekä Järvenpäässä että Keravalla sanoutuneet terveyskeskuksen johtavat lääkärit irti. Keravalla viime vuoden puolella ja Järvenpäässä menneenä kesänä. Ei ole selvillä, olivatko syinä linjaerimielisyydet ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta kaupunkien johdon kanssa, mutta osatekijänä ne saattoivat kuitenkin olla.

Kilpailuttamattomuutta perustellaan sillä, että Keski-Uudenmaan pelastuslaitos on kuntainliittoon verrattava hallinnollinen kokonaisuus. Johtosäätönsä mukaan se toimii liikelaitoksena Vantaan kaupungin keskushallinnossa. Päätöksentekojen on johtokunta, jossa on edustajia kaikista pelastuslaitoksen toimialueen kunnista. Pelastuslaitos on julkisuudessa vedonnut kunnallislakiin sekä kuntien yhdistämiseen tähtäävään puitelakiin (Paras-hanke).

### Keski-Uudenmaan sairaankuljetusyrittäjät ärähtivät

Näyttää ilmeiseltä, että jos kilpailu joltakin osin järjestettäisiinkin, olisi järjestäjänä pelastuslaitos itse.

- Ihmettelen, miten olisi mahdollista, että sama laitos, mikä itse tuottaa kyseisiä palveluita, voi toimia valvovana ja kilpailuttavana viranomaisena, sanoo Uudenmaan Sairaankuljetusyrittäjät ry:n puheenjohtaja ja SSK:n II puheenjohtaja **Claus Harju-Jeanty**.

- Tämähän on kilpailulainsäädännön kirjaimen ja hengen vastaista, hän jatkaa.

Uudenmaan sairaankuljetusyrittäjät eivät usko, että palveluiden keskittämisellä pelastuslaitoksen määräysvaltaan säästettäisiin mitään. Harju-Jeanty sanoo, että kuntien talouden ollessa tiukalla on käsitämätöntä, ettei pyritä kilpailuttamisen kautta taloudellisesti edullisimpiin ratkaisuihin. Monopoliajattelu on veronmaksajien edun vastaista.

- Tilanne Keski-Uudellamaalla on myös Suomen hallituspolitiikan vastainen, muistuttaa Claus Harju-Jeanty.

- Nykyinen suuntaus tukee valtakunnallisella tasolla yksityistä yritystoimintaa ja vapaata kilpailua.

Sairaankuljetusyrittäjät vaativat normaalia kilpailuttamista alansa palvelutuotannosta Keski-Uudellamaalla. Kilpailuttajana piti alun perin olla HUS:n eikä pelastuslaitoksen. Alkuperäisen suunnitelman mukaan olisi ensihoidon ja sairaankuljetuksen kustannukset saatu paremmin hallittaviksi ja läpinäkyviksi.

Pelastuslaitos vetosi erheellisesti tulossa oleviin lakimuutoksiin, joilla kiireellinen sairaankuljetus keskittäisi koko maassa pelastuslaitoksille. Tällaista lakia ei ainakaan siinä vaiheessa ollut suunnitteilla eikä myöskään jatkossa tule olemaan. Tunnettu selvitysmiesraportti tosin esitti sitä, mutta raportin esitysten toteuttamisesta ei tältäkin osin oltu päätöksiä tehty. Keski-Uudenmaan pelastuslaitos kiirehti asioiden edelle.

Antti Järvinen

### Kerava varmisti halunsa pelastuslaitosjohtoiseen ensihoitoon ja sairaankuljetukseen

Kerava on 17.10.2007 hyväksynyt kiistellyn sopimuksen ensihoidon ja sairaankuljetusten järjestämisestä.

Keravan sosiaali- ja terveyslautakunta päätti omalta osaltaan, että vuoden alusta alkaen sairaankuljetuksista vastaa Keski-Uudenmaan pelastuslaitos. Asian sinetöi vielä kaupunginhallitus ja -valtuusto.

Myös muilta Keski-Uudenmaan kunnilta odotetaan päätöstä sairaankuljetusten järjestämisestä tämän kuun loppuun mennessä.

Lähde: Ylen aikaisen uutiset 18.10.2007



*Liitto on Suomessa toimivien sairaankuljetusyri-tysten valtakunnallinen etujärjestö.*

*Yksityinen sairaankuljetus on suurin sairaankuljetuspalveluiden tuottaja.*

[www.sairaankuljetusliitto.fi](http://www.sairaankuljetusliitto.fi)



Kuva: Jukka Uotila/Suomen Lääkäriliiton kuva-arkisto

# Seulottuja tiedonjyviä

Tällä palstalla käsitellään sairauksiin ja terveyteen liittyviä asioita yleisellä tasolla, mutta myös sairauksien syitä, hoitoa ja seurauksia. Aiheet eivät välttämättä liity suoraan ambulanssityöhön, mutta terveydenhuollon ammattilaisina saattavat tämän lehden peruslukijat olla niistä kiinnostuneita. Jos tarjolla oleva tieto ei aina sisällä varsinaista uutista, saattaa sen mieleen muistuminen olla hyvänä lisänä muun ammattitiedouden joukossa. Terveydenhuollossa sitä paitsi kaikki liittyy kaikkeen, vaikka heti ei siltä vaikuttaisikaan.

## Avovesissä uimisessa piilee terveysvaaroja

Kesän uimakausi on jo Suomessa takana. Seuraukset eivät kaikille jää positiivisiksi. Uimavesien puhtautta kyllä valvotaan, mutta epätoivottavia vaikutuksia voi veden laatu silti aiheuttaa. Suolisto-, iho-, ja korvatulehdusten "syntyperä" saattaa joskus olla järvessä. Jopa pelkkä rannalla oleskelu tai likaisessa vedessä kahlaminen voi altistaa infektiolle.

Miksi sitten esimerkiksi ripulitautia aiheuttavia kampylobakteereja voi olla uimavesissä? – Siksi, että niiden lähteinä ovat yhdyskunnan jätevedet sekä luonnoneläimet; mm. lintujen ulosteita joutuu järviveeseen. Kampylobakteereiden pitoisuudet uimavesissä ovat pieniä, mutta paljoa ei taudin alkuun pääsemiseksi tarvitakaan.

Tartuntoja voi saada myös merivedestä. Yleisiä bakteereja myös Suomen merivesissä ovat vibriot. Ne voivat aiheuttaa haava- tai korvatulehduksia ja heikomman vastustuskyvyn omaaville vakavampiakin tulehduksia. Pitkän hellejakson ja meriveden lämpenemisen (jopa yli +25 °C) seurauksena on rannikkoseudulla syntynyt

kuumeisia sairaalahoitoa vaatineita infektiota. Tällöin taustalla on ollut altistavia tekijöitä kuten diabetes, ruusu-ihoinfektio, maksakirroosi tai sepelvaltimotauti. Eräissä tapauksissa oli pikkulapsi saanut ranta-ruutiosta syviä palovammoja, jolloin hänet oli kannettu ensiapuna meriveteen, missä eräs vibriolaji oli pesinyt.

Norovirusista on julkisuudessa puhuttu paljon. Uimavesissä ne säilyvät pitkään tartuntakykyisinä ja pienikin määrä pystyy aiheuttamaan oireita. Eräissä uimalammikossa käytettyjä pikkulapsia sairastui Helsingissä satamäärin vuonna 2001 noroviruksen aiheuttamaan vatsatauti-infektioon.

Sinilevät ovat tunnetuimmasta päästä uimavesien saastuttajia. Niiden esiintymisen lisääntyminen vesistöjen rehevöitymisen myötä. Taudinaiheuttajina toimivat syanobakteerit, jotka suotuisissa sääoloissa voivat lisääntyä hyvin nopeasti. Myrkyjä tuottavia syanobakteereja voi esiintyä sekä järvissä että merivesissä. Myrkyvaikutus täytyy todeta kemiallisin testein, mutta ennen niiden todistusvoimaa on syanobakteerisiintymää pidettävä lähtökohtaisesti myrkyllisenä.

Sinileväesiintymät näyttävät hyvin eri tavoin. Jos massaa on paljon, veden pinta on maalimaisen vihertävä, tai muistuttaa kellanvihreää hernerokkaa. Kuivuttuaan massa voi olla sinivihreää, tai turkoosia. Myrkyt voivat aiheuttaa yliherkkyysoireita, tai vaikuttaa maksa- tai hermomyrkyinä.

Syanobakteeriseuranta kuuluu suomalaisen uimavesivalvontaan ja asia on huomioitu myös Euroopan parlamentin ja neuvoston uimavesidirektiivissä (2006/7/EY), joka on saatettava kansallisesti voimaan viimeistään 24.3.2008. Kansallisesta uimavesivalvonnasta vastaa Suomessa kunnan terveys- ja suojeluviranomainen (Terveys- ja suojelulaki 763/994).

### Lähteet:

Kansanterveys 5-6 /2007;  
Siitonen Anja, Sihvonen Leila,  
Pitkänen Tarja, Zacheus Outi:  
Uimiseen liittyvät infektiot  
www.ymparisto.fi/

## Ympäri vuorokautista kardiologi-päivystystä kehitettävä ja keskitettävä Suomessa – pallolaajennushoito saatava ulottuville kaikkina vuorokauden-aikoina

Sepelvaltimoiden pallolaajennus on valtaamassa alaa tietyin perustein liuotushoidolta. Kyseessä ei kuitenkaan ole totaalinen joko tai -asetelma, eikä liuotushoidon hylkääminen. Potilaan kannalta kyse on aina siitä, mikä on juuri hänen tapauksessaan tarkoituksenmukainen ja todennäköisimän hyödyn tuottava ensisijainen hoito. Sairaalan ulkopuoliset hoitolinjat perustuvat konsultaatioihin ja paikallisiin ohjeistuksiin, joissa on päästy jo aika pitkälle yhtenäisyyteen. Siihen, mitä milloinkin tehdään, vaikuttaa myös matka potilaan kohtauspaikalta sairaalaan. Kardiologisissa valmiuksissa on sairaanhoitopiirikohtaisia eroja. Pohjoismainen kardiologikokous päätyi kesäkuussa siihen, että paras tulos sydäninfarktinhoidossa saadaan pallolaajennuksella.

Lopullisena tavoitteena on, että potilaat saisivat samanlaista hoitoa asuinpaikasta ja sydänkohtauksen tapahtuma-ajasta riippumatta. Kardiologikokouksessa todettiin, että tehokkaan hoidon järjestäminen Suomessa vaatii paljon työtä terveydenhuollon eri tasoilla.

- Tehokas hoitoketju edellyttää nopeaa ja oikeanlaista toimintaa sekä sairastuneelta henkilöltä, hätäkeskukselta, avoterveydenhuollon päivystyspisteiltä, ensihoidolta että sairaalatasolta.

- Tutkimusten mukaan taudin määrittelyssäkin on parantamisen varaa, sillä väärin tulkittu sydänfilmi saattaa johtaa sekä turhiin hoitoihin että vakavan tapauksen tunnistamatta jäämiseen kohtalokkain seurauksin. Hoitotuloksia tulisi seurata paikallisesti, koska Suomessa ei ole kansallista rekisteriä toiminnan kehittämisen tukena.

- Tarvitaan sekä ihmisten valistusta että hätäkeskusjärjestelmän toiminnan hiomista. Kajoava hoito edellyttää toiminnan keskittämistä järkevällä tavalla muutamaankeskukseen, joissa on ympärivuorokautinen päivystys, totesi kokouksessa luennoinut LL **Kjell Nikus**.

- Ensihoidon osalta tarvitaan uudelleenorganisointia ja koulutusta, mutta myös lisäresursseja ambulanssien asianmukaiseksi varustamiseksi. Lisäksi päivystäjiltä edellytetään oikean diagnoosin tekoa ja hoidon alkuun saattamista. Telelääketiede voi tuoda asiantuntijan lähemmäksi päivystäjää päätöksen teon helpottamiseksi, mutta paikallinen ohjeistus hoidon toteuttamiseksi on ensiarvoisen tärkeää, sanoi Nikus.

Nikus kertoi, että tutkimusten mukaan kajoava hoito, eli välitön pallolaajennus, on liuotushoitoa tehokkaampi ST-nousuinfarktinhoidon hoito ainakin, jos kohtausten

alusta on kulunut yli kolme tuntia.

- Tuoreen hyttymän hoidossa välittömästi kohteeseen annettu liuotushoito on varteenotettava vaihtoehto. Viiveiden minimitointi on ensiarvoisen tärkeää riippumatta valitusta hoitomuodosta.

Lähde: Suomen Kardiologisen seuran tiedote / Cision tiedotepalvelu  
(<http://newsroom.cision.com>) 7.6.2007.

## SAV:n hoitoketju tiiviimmäksi – Suomessa enemmän aivovaltimon pullistumasta johtuvia vuotoja kuin muualla

Aivoverenkiertohäiriöt tappavat ihmisiä Suomessa enemmän kuin liikenne. Niiden hoitoketjun toimivuuteen on viime vuosina kiinnitetty runsaasti huomiota, jotta potilaat saataisiin hoitoon siten, että ennusteeseen voidaan vielä ratkaisevasti vaikuttaa.

Väestöstämme 2-3 % saa elinaikanaan aivovaltimoaneurysman. Aneurysman puhkeamisesta seuraava subaraknoidaalivuoto, lyhennettynä SAV (lukinkalvonalainen verenvuoto), on jostakin syystä yleisempi Suomessa kuin muualla. Tapahtumatiheys on lähes 1000 vuodessa ja puolet potilaista kuolee SAV:hen. Aivoinfarkti ja aivoverenvuoto kohtaavat yleensä ikääntyneempiä, mutta SAV:hen sairastuvien keski-ikä on 51 vuotta. Riskitekijöitä ovat mm. tupakointi, runsas alkoholin käyttö, verenpainetauti ja polykystinen (monirakkulainen) munuais-tauti. Potilaista 10 % kuuluu sukuihin, joissa esiintyy aivovaltimoaneurysmia muita enemmän.

Vähäoireinenkin SAV-potilas kuuluu sellaiseen sairaalaan, jossa on mahdollisimman pikainen mahdollisuus tehdä aivojen tietokonekuvaus (TT). Siirrettäessä potilasta sairaalaan, jossa voidaan tehdä aivovaltimoiden angiografiakuvaus, on saattajana oltava riittävän ensihoidollisen pätevyyden omaava lääkäri. SAV-potilaan tehohoidon tulee tapahtua yliopistollisessa sairaalassa.

SAV aiheuttaa tyypillisimmillään kovan, hellittämättömän päänsäryn, oksentelua, pahoinvointia, kehittyvää niskajäykkyyttä ja valonarkuutta. Mahdollisesti potilaalle syntyy raajahalvaus ja puhe vaikeutuu; myös kouristelu ja tajunnan menetyt voivat olla kuvassa mukana. Lieväoireiset potilaat saattavat hakea apua jopa päivien kuluttua oireiden alkamisesta. Tällöin SAV voi jäädä joskus diagnosoimatta. Jos potilaalla on aikaisemmin esiintynyt migreeniä, oireet saatetaan tulkita sen pohjalta.

Lähde: Duodecim 2007; 123: 1561-3,  
Jääskeläinen Juha E: Ajankohtaista.  
Aivovaltimoaneurysma ja subaraknoidaalivuoto (SAV).

Etenkin vieraan vesistön rannalla mökkeilevän on hyvä selvittää ennakkoon veden puhtaus, jotta ei tule ikäviä yllätyksiä. Pahinta on hermomyrkytysten hengittäminen, joten sinileväsien järven vettä ei missään nimessä saisi käyttää löylyvetenä, sanoo ylitarastajan **Tiina Torkkeli-Pitkäranta** Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen ympäristöterveydenhuollon yksiköstä.

Etenkään sitä ei tiedetä, että sinileväisestä vedestä myrkyt eivät lähde keittämälläkään. Pahinta on hermomyrkytysten hengittäminen, joten sinileväsien järven vettä ei missään nimessä saisi käyttää löylyvetenä, Torkkeli-Pitkäranta sanoo.

Saunassa altistus on tehokas: suunminen epäpuhtaalla vedellä on suurempi terveysriski kuin uiminen. Uudessa veteen mentäessä ihokontakti – ellei vettä sitten vahingossa niele. Saunassa pöpot pölähtävät.

**KARJALAINEN**  
29.6.07

**TIETOKULMA**  
H.S. 7.8.2007  
**Levälautta syntyy tyynessä vedessä**

► Lämmin ja tyyni sää kiihdyttää sinileväsien kasvua ja levälauttojen muodostumista.  
► Pienet määrät sinilevää kuuluvat vesiympäristöön. Runsas-

**H.S. 11.8.2007**  
**Sinilevää löydettiin viideltä Helsingin uimarannalta**

**Pihlajasaaren ranta leväpuuron vallassa**  
13.8.2007 20:06:59 kuvaaja: Erkki Laine

► Runsas sinileväkukinnot kiusaavat kalastajia ja uimareita Helsingin rannikolla. Rohkeimmat uivat kuitenkin levistä huolimatta. Paikallinen kalastaja peräänkuuluttaa rehevöittävien päästöjen laittamista kuriin.

**Markus Haapamäki**  
VERKKO-15

# Sepelvaltimotaudista ei koskaan puhuta liikaa – hoitoketju kehittyy, mutta pätkee vielä

Sepelvaltimotauti on syönyt merkittävästi suomalaisväestön voimavaroja varsinkin viime sotien jälkeisenä aikana. Lääketieteellisen ja ravinto-opillisen kehityksen seurauksena taudin esiintyvyys on työikäisessä väestössä kuitenkin vähentynyt. Elämäntapavalistuksen noudattaminen on ollut yksi syy siihen, että väestön elinajanodote on noussut. Sepelvaltimotauti todetaan nykyisin keskimäärin vanhemmissa ikäluokissa kuin ennen. Se on kuitenkin edelleen vahvasti keskuudessamme, mutta ensihoidon kehitys on osaltaan auttanut monia ihmisiä saamaan lisää elinvuosia. Toimiva hoitoketju kokonaisuutena on edelleen kehityksen alaisena.

Sepelvaltimotauti voi ilmetä kroonisena oireistona, äkkikuolemana, tai sydäninfarktina. Sepelvaltimon äkillisestä ahtautumisesta tai tukkeutumisesta johtuvia oireistoja nimitetään sepelvaltimotautikohtauksiksi. Niihin kuuluvat epästabili angina pectoris, sydäninfarkti ilman ST-nousuja ja ST-nousuinfarkti.

Menneen kesän uutisköyhyyteen saatiin terävä nousupiikki, kun valtakunnantason huippupoliitikko sai lievän sydäninfarktin, joka hoidettiin pallolaajennuksella. Lööppiherkutuksen lisäksi lehdet selostivat hyvinkin havainnollisesti, mistä pallolaajennuksessa on kysymys. Onni onnettomuudessa, poliitikko alkoi toipua ja kansalaiset saivat tarpeellisen tietoannoksen sepelvaltimotaudista ja pallolaajennuksesta juuri niistä lehdistä, joita he muutenkin lukevat päivittäin.

Hoitojärjestelmän tavoitteena on taata kaikille mahdollisimman tasa-arvoinen selviytymismahdollisuus akuuteissa sepelvaltimotautikohtauksissa. Nykyisin potilaat elävät asianmukaisesti hoidettuina yhä kauemmin sepelvaltimotautiin sairastumisensa jälkeen. Ohitusleikkauksia tehdään nykyisin vanhemmille henkilöille kuin aikaisemmin. Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa vähintään joka neljäs sydänleikkaukseen päätyvä (laskettuna aikuispotilaiden määrästä) on yli 70-vuotias. Suomessakin sairaalahoitoon ja kajoavien toimenpiteiden kohteeksi pääsevistä sydänpotilaista yhä useampi kuuluu ns. seniorikansalaisiin.

Yli 65-vuotiaista miehistä 31 % ja naisista 21 % sairastaa sepelvaltimotautia. Kaikki ikäluokat huomioiden sairastuneita on Suomessa noin 300 000. Myös työikäistä väestöä sairastuu sepelvaltimotautiin edelleen, vaikka esiintymät ovatkin tilastollisesti keskittyneet eläkeläisikäluokkiin.

Väestössämme on ikääntyneiden osuus entistä korkeampi. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset lisääntyvät myös yli 80-vuotiailla. Ohitusleikkauksen jälkeen potilaan suorituskyky paranee ja kivut vähenevät. Nykyään katsotaan, ettei korkea ikä saa olla vasta-aiheena sepelvaltimoiden ohitusleikkaukselle.

## ”Ensihoitoherätys” syntyy synkistä tautitilastoista

Suomalainen ambulanssihenkilöstö on jo varsin kouliintunutta sepelvaltimotaudin akuuttitilanteiden hoitoon. Taudin esiintyvyys oli 1970-luvun alussa sitä luokkaa, että oli pakko lähteä ensihoidon kehittämässä juuri tästä päästä. Olihan ensimmäinen lääkäriambulanssikin ”Sydänambulanssi”, jos kohta hälyttävät liikenneonnettomuustilastot lisäsivät osaltaan tarvetta lääkäreiden jalkautumiseen sairaaloiden ulkopuolelle. Aluksi tämä oli mahdollista vain Helsingissä. Myöhemmin tehtiin muitakin lääkäriambulanssikokeiluja, eikä se Kuopiossa jäänyt kokeiluksi, kun ns. UK-ambulanssi operoi Pohjois-Savossa kymmenisen vuotta. Sen sijoittuminen juuri Kuopioon oli perusteltua ainakin sydän- ja verisuonitautien ensihoidon kannalta. Oltiinhan sepelvaltimotaudin mustimmalla esiintymisalueella, jos se hahmotetaan koko Savo-Karjalaa koskevaksi.

Asenteet alkoivat hiljalleen muuttua koko maassa, mutta eivät ilman vastustusta. Varsinkin Itä-Suomessa oli aika oppia ymmärtämään, että sepelvaltimotautipotilaiden ennusteen parantaminen vaati paitsi elämäntapavalistusta, myös pureutumista akuuttitilanteiden hoitoon potilaan kohtaamispaikalla. Terveyskeskuksella se opittiin varsin pian ainakin Ilomantsissa, Pohjois-Karjalassa, jonka sairaankuljetustoiminnan edistyksellisyys johti sydänpotilaiden ensihoidon kehittämiseen monessa muussakin Itä-Suomen kunnassa. Tietenkin asennemuutos terveyskeskuksissa hyödynyi parhaiten, jos keskussairaaloiden ”heränneisyys” oli samalla asteella. Toisinaan edistys on kuitenkin kulkenut terveyskeskuksesta keskussairaalaan päin, mutta yleensä toisin päin, eikä aina kumminkaan päin.

Valistus- ja ennaltaehkäisymielessä oli Pohjois-Karjala projektin (1972–97) laaja toiminta varsin merkityksellinen niin Suomen itäosissa kuin yleisemminkin. Se on kuitenkin oman artikkelinsa ansaitseva aihe.

## Hoidon viemistä kohteeseen ei saa hidastaa millään verukkeella

Akuuttitilanteen riskit todentuvat, kun ammattitaitoinen ambulanssihenkilökunta rekisteröi EKG:n ja arvioi potilaan yleistilan. Rintakipu ei aina ole sydänperäinen, mutta moni sairastaa sepelvaltimotautia tietämättään. Hätäkeskuksen arvio antaa jo melkoisella varmuudella viitteitä vaivan sydänperäisyydestä. Niin kauan kuin sydänperäistä syytä ei ole suljettu pois eikä muuta todistettu, on aiheellista valmistautua hoitamaan sepelvaltimotautikohtausta.

Äkillinen rintakipu edellyttää välittömässä lähtövalmiudessa olevan ja määrättyä hoitovalmiudet omaavan ambulanssihenkilöstön ammattitaitoista toimintaa potilaan hyväksi. Jos sairaanhoitopiirin antama ohjeistus on kunnossa ja sen periaatteita noudatetaan, potilas pääsee asianmukaisen hoidon piiriin heti, kun ambulanssi on kohteessa. Usein hoitolinjan valinta vaatii lääkärin konsultointia. Konsultoitavina ovat varsin yleisesti helikopterilääkärit, joilla lähes poikkeuksetta on ensihoidon erityis-pätevyys. Samat henkilöt ovat tavallisesti myös yliopistosairaaloiden, tai muiden kes-

kussairaaloiden erikoislääkäreitä pääosin anestesiologian ja tehohoidon yksiköissä. Konsultaatiokäytännöt vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin jonkin verran, mutta toimiva yhteys ambulanssin ja keskussairaalan välillä on oltava. Lääkärihelikopterien toimintasäde ei kata vielä maan jokaista kolmaka kohtuullisen toiminta-ajan puitteissa. Sitä paitsi vastaanottava sairaala tarvitsee joka tapauksessa ennakoilmoituksen tuossa olevasta huonokuntoisesta potilaasta.

Maantieteellisille esteille on hoidon nopeuttamiseksi Suomessa vaikea tehdä mitään. Suurimmat esteet syntyvät kuitenkin yleensä siitä, että oireita ei joko tunnisteta, tai niiden odotetaan menevän ohi itsestään. Hoitoketju ei käynnisty ennen hätäkeskukseen soittamista ja sitä ennen jokainen minuutti on hoidon kannalta menetetty minuutti. Potilaan luokse on aina ensiksi saatava lähin hälytysjärjestelmään kuuluva yksikkö, joka voi jotenkin auttaa. Vaikka hätäkeskus lähettäisikin laajemmat hoitovalmiudet omaavan yksikön, tai jopa lääkärihelikopterin kohteeseen, joudutaan aina arvioimaan aika-hyötysuhde päätettäessä hoidon ja kuljetuksen aloittamisesta.





## Hoitokäytännöt muuttuvat myös akuuttitilanteissa

Akuuttien sepelvaltimotautikohtausten hoito otti Suomessakin merkittävän askeleen eteenpäin, kun liuotushoito otettiin sydäninfarktin käyväksi hoitomuodoksi myös sairaaloiden ulkopuolella. Oli kuitenkin turvallista, jos matka oli lähimpään terveyskeskukseen niin lyhyt, että hoidon ratkaisevasti kärsimättä liuotus pantiin alulle vasta siellä. Liuotuksen aloittaminen kohteessa on pääsääntöisesti edellyttänyt yli puolen tunnin matkaa lähimpään terveyskeskukseen tai sairaalaan.

Liuotukset kohteessa ovat pitkien välimatkojen alueilla olleet tarpeellisia, mutta myös riskialttiita. Luonnollisesti ne ovat perustuneet lääkärin konsultaatioon ja ekg:n lähettämiseen hoito-ohjeen perusteeksi. Mitä nopeammin liuotushoito voidaan aloittaa, sitä todennäköisempi on sen hyöty. Nykyisin ei monikaan terveyskeskus päivystä yöllä eikä viikonloppuisin, joten potilaita ei tarvitse tuolloin kierrättää esimerkiksi liuotuksen aloittamiseksi niiden kautta.

Liuotusta pidetään hyödyllisenä aina 12 tuntiin saakka siitä, kun rintakipu on alkanut. Hoito on perusteltavissa useinkin tunnin kuluttua kipujen alkamisesta, jos pallolaajennusmahdollisuutta ei ole ja potilaalla on edelleen kipuja, ST-väli on kohonnut eikä merkittävää Q-aaltoa ole kehittynyt. Varjopuolena on kuitenkin, että liuotuksen teho heikkenee, mikäli infarkti saa kehittyä rauhassa liian kauan.

Liuotusta vaativien potilaiden kohtaminen ambulanssityössä ei ole jokapäiväistä. Siten kyseisen hoidon aloittamiseen ei vähällä kerry kokemuksen tuomaa tietoutta. Konsultaatioon ja lääkärin antamiin ohjeisiin perustuen liuotuksella on sairaaloiden ja terveyskeskusten ulkopuolella kuitenkin saavutettu ratkaisevaa hyötyä.

Aikaviive pallolaajennuksen aloittamiseen on luonnollisesti pitempi kuin liuotushoidon aloittamiseen. Pallolaajennuksen teho on kuitenkin varmempi. Mahdollisimman nopeasti suoritettava pallolaajennus on perusteltu, jos potilaan tila ja aikaisemmat hoidot ovat esteinä liuotushoidolle, tai se ei ole tehonnut odotetusti. Pallolaajennus on aina perustellumpi, jos oireiden alusta on kulunut yli kolme tuntia, tai jos kyseessä on suuri infarkti, tai potilas on muuten suuririskinen. Pallolaajennuksia tehdään Suomessa nykyisin lähes 10 000 vuodessa, mutta vain osa niistä kiireellisinä. Ohitusleikkauksien määrä on vain noin kolmannes edellisestä.

Nyt ollaankin suuntautumassa mahdollisimman nopeaan sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen ja pallolaajennukseen (ks. Tiedonjyviä-palsta tässä lehdessä). Jälleen tullaan siihen, että hoidon alkaminen viivästyy myös muista kuin ensihoitoketjun toimivuuteen liittyvistä syistä. Hätäpuhe-

lun viivästymän lisäksi on matka kohteeseen joskus ongelmana harvaan asutuilla seuduilla. Tosin syrjemmilläkin paikkakunnilla asutus keskittyy lähinnä taajamiin ja keskimääräinen tavoittamisviive jää siten yleensä kohtuulliseksi. Minutteja ei kuitenkaan pitäisi hukata ambulanssin lähtövalmiusongelmien takia.

Pitemmällä tähtäimellä voi pallolaajennuksen jälkeen ilmetä (noin puolessa vuodessa) laajennetun kohdan uudelleen ahtautumista. Tätä ehkäisemään on menestyksellisesti kehitetty lääkehoito. Niidenkin käytössä voi ilmetä komplikaatioita, joiden ehkäisemiseksi potilas on saatava sitoutetusti käyttämään ASA- ja klopidogreelilääkitystä (Klexane) 12 kuukauden ajan.

Välitön varjoainekuvauksenmahdollisuus (koronaangiografia) on toistaiseksi lähes utopiaa virka-ajan ulkopuolella muualla kuin Helsingissä. Jos tämä mahdollisuus on olemassa, päästään myös päivystysluonteeseen pallolaajennukseen. Täysin mahdollista tämä ei aina ole muuallakaan kuin Helsingissä. Virka-ajan ulkopuolista mahdollisuutta ei kuitenkaan ole missään mainostettu, koska toiminta ei perustu virallisiin resurssihin. Asiantuntijat ovat päätyneet sille kannalle, että mainitut päivystysvalmiudet tulisi Suomessa organisoida muutamiin osaamiskeskukseen (ks. Seulotuja tiedonjyviä -palsta tässä lehdessä). Tällöin pystyttäisiin maksimoimaan kustannus-hyötysuhde, sillä ympärivuorokautinen varjoainekuvauksen ja pallolaajennusvalmius jääneekin suuressa osassa keskussairaaloita utopiaksi.

Kardiologivakanseja ei ole realistista odottaa paljoa nykyistä enempää. Käytävissä olevien kardiologien ei ole mahdollista olla kaikkina vuorokauden aikoina valmiudessa kuten ei heitä avustavan erikoistuneen hoitohenkilökunnakaan.

Antti Järvinen

### Lähteitä:

Airaksinen Juhani: Suomen Lääkärilehti 8/2007 vsk 62 s. 745–750; läkkään potilaan sepelvaltimotaudin hoito  
Virtanen Raine, Airaksinen Juhani: Suomen Lääkärilehti 46/2006 vsk 61 s. 4835–4838; Sepelvaltimotautikohtaus päivystäjän haasteena  
Poukka Hetti: Systole 2/2005; Sepelvaltimotauti on edelleenkin haaste ensihoidolle  
Sainio Eppu, Pitkänen Otto, Hakala Tapio: Duodecim 2007 vsk 123 s. 407–412; Sepelvaltimoiden ohitusleikkausten tulokset yli 80-vuotiailla.  
Syväne Mikko: Duodecim 2007 vsk 123 s. 761–762; Sepelvaltimon lääkehoito – ratkaisu restenoosiin vai tikkivä aikapommi?  
Vanhanen Hannu: Suomen Lääkärilehti 27–31/2007 vsk 62 s. 2639–2640; Pääkirjoitus: Sydäninfarktit vähenevät – entä hoidon tarve?

www.kaypahoito.fi

# Vaihtoehtoja sepelvaltimoiden pallolaajennushoidossa

LL Pasi Karjalaisen väitöskirjatutkimus osoitti, että sydämen sepelvaltimoiden pallolaajennushoidossa titaaniytppioksidilla päällystetty metalliverkkopotki eli titaanistentti ja paklitakselia (solunsalpaaja) verisuonen seinämään vapauttava lääkehoito ovat yhtä turvallisia jokapäiväisessä kliinisessä käytössä. Lääkehoitoa käytettäessä esiintyi kuitenkin enemmän stentin trombosoitumista eli verihyytymän muodostumista verkkopotken sisälle.

Toisaalta väitöskirjatyössä todetaan, että sepelvaltimoiden pallolaajennushoito on turvallista keskeyttämättömän veren hyytymistä estävän antikoagulanttihoidon (varfariini) aikana. Potilailla, joilla varfariinihoito tauotettiin ennen pallolaajennustoinimenpidettä, esiintyi enemmän verenvuotoja ja punktiokomplikaatioita kuin potilailla joilla taukoa ei pidetty. Lisäksi todettiin, että sydämen sepelvaltimoiden pallolaajennushoidon jälkeen tehokkain veren hyytymistä estävä lääkehoito-yhdistelmä on ns. kolmoishoito, jossa potilaalle annetaan aspiriini-, klopidogreeli- ja varfariini-yhdistelmähoito.

## Hoidon tavoitteina oireiden lievitys ja uusintainfarktin torjuminen

Sepelvaltimotautipotilaan hoidon päätavoitteena on lievittää potilaan oireita ja vähentää kuoleman ja uusintainfarktin riskiä. Sepelvaltimoihin laajennettavat metalliverkkopotket eli stentit vähentävät toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita ja restenoosia eli suonien uudelleenahautumista verrattuna pelkkään pallolaajennushoitoon. Eri stenttien pitkäaikaturvallisuudesta jokapäiväisessä kliinisessä käytössä on vain vähän tietoa. Karjalaisen tutkimuksen ensimmäisenä tarkoituksena oli arvioida sepelvaltimoiden pallolaajennushoidon kliinistä turvallisuutta käytettäessä joko titaanistenttiä tai lääkehoitoa.

On arvioitu, että 5 %:lla potilaista, joille tehdään pallolaajennushoito, on myös käytössä pitkäaikainen antikoagulanttahoito eli veren hyytymistä estävä lääkehoito (varfariinihoito) esimerkiksi eteisvärinä tai sydänkeinölöpän johdosta. Väitöskirjan toisena tarkoituksena oli tutkia erilaisten veren hyytymistä estävien lääkehoitojen turvallisuutta ja tehokkuutta potilailla, joille on pitkäaikainen varfariinihoito ja joille

tehtiin sepelvaltimoiden pallolaajennushoito.

## Sovelluksia kliiniseen työhön

Sepelvaltimoiden pallolaajennushoidon ongelmana on hoidetun ahtauman uudelleen ahtauminen eli ns. restenoosi. Metalliverkkopotkea käytettäessä restenoosia esiintyy 15–30 %:lla potilaista. Lääkehoito eli solunsalpaajaa vapauttavat stentit kehitettiin vähentämään restenoosia pallolaajennushoidon jälkeen. Niiden käytöllä uudelleenahautumista tapahtuu 5–10 %:lla potilaista. Toisaalta on myös todettu, että lääkehoitoon käyttöön saattaa liittyä lisääntynyt riski stentin myöhäiselle trombosoitumiselle eli verihyytymän muodostumiselle stentin sisälle. Tämä tapahtuma johtaa uusintainfarktiin 40–50 %:lla potilaista ja kuolemaan 20 %:lla potilaista.

Lääkehoito on noin neljä kertaa tavallisia metalliverkkopotkia kalliimpia, ja niiden kustannushyöty perustuu restenoosin vähenemiseen. Mahdollinen lisääntynyt sydäntapahtumien ja myöhäisten trombosoitumisten määrä lääkehoitoa käytettäessä saattaa kuitenkin kumota restenoosin vähentämisestä aiheutuvan hyödyn. Väitöskirjatyössä havaittiin, että titaanistentillä restenoosia esiintyy saman verran 12 kuukauden seurannassa (5 %) kuin lääkehoitoa käyttävillä. Stentin trombosoitumista esiintyi vain lääkehoitoa saaneilla potilailla. Löydökset tukevat sitä käsitystä, että lääkehoito tulee käyttää harkiten stentin trombosoitumisriskin vuoksi.

Pallolaajennushoito pitkäaikaista varfariinihoitoa saaville potilaille on ongelmallista. Tuleeko lääkehoito tauottaa ennen pallolaajennusta verenvuotovaaran johdosta, vai tuleeko sitä jatkaa koko sairaalahoidon ajan. Toisaalta mitä veren hyytymistä estävää lääkehoitoa näillä potilailla tulisi jatkaa sepelvaltimoiden pallolaajennushoidon jälkeen. Kunnollisia julkaistuja tutkimuksia aiheesta ei vielä ole. Karjalaisen tutkimukset ovat toistaiseksi potilasmäärältään suurimmat maailmalla julkaistut. Väitöskirjatyön tuloksia voidaan soveltaa jokapäiväiseen kliiniseen työhön, ja niitä voidaan käyttää apuna kun suunnitellaan laajempia tutkimuksia aiheesta.

Uutinen perustuu kokonaan Turun yliopiston ennakkotiedotteeseen 20.9.2007.

Perjantaina 28. syyskuuta 2007 esitettiin Turun yliopistossa julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen lisensiaatti **Pasi Paavo Karjalaisen** väitöskirja *“Clinical Outcome and Complications of Percutaneous Coronary Interventions with Special Reference to Warfarin Treatment and Stent Type”* (Kliiniset tulokset ja komplikaatiot sepelvaltimoiden pallolaajennushoidossa varfariinihoidon aikana ja eri stenttityypeillä). Virallisena vastaväittäjänä toimii professori **Keijo Peuhkurinen** Kuopion yli-

opistosta ja kustoksena professori **Juhani Airaksinen**.

LL Pasi Karjalainen on syntynyt 1967 Oulussa ja kirjoittanut ylioppilaaksi 1986 Oulun lyseon lukiosta. Hän on valmistunut lääketieteen lisensiaatiksi 1993 Oulun yliopistosta, sisätautien erikoislääkäriksi 1999 Tampereen yliopistosta ja kardiologian erikoislääkäriksi 2002 Kuopion yliopistosta. Hän toimii erikoislääkärinä Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Väitös kuuluu sisätautiopin alaan.

# Seniorit kesäpäivillä Heinävedellä

Senioreille jo perinteeksi tullut elokuun viikonvaihte vietiin tänä vuonna Maatilatmatkailu Kotipuron tiluksilla. Kokoonnuimme paikalle perjantaina puolenpäivän aikoihin. Pihapiirissä oli viihtyisä alue keinuineen ja pöytäryhmineen, jossa saatoimme vaihtaa ensi kuulumiset. Viikonvaihteen aikana saimme tutustua mm. Lintulan ja Valamon luostareihin. Heinävedellä oltaessa ohjelmaan kuuluu myös Kerman Saven myymälässä käyminen.

Kokoonnutumisen jälkeen ruokailimme ja sen jälkeen matkalaisten teki jo mieli saunaan. Niitä löytyi kaksikin noin puolen kilometrin päästä Kermajärven rannasta. Toinen oli jalassauna rannalla ja toinen rakennettu laiturissa olevaan laivaan. Pieniä olivat, mutta kummassakin saatiin makoisat löytyt. Ranta oli hyvä ja vesi puhdasta sekä virkistävä.

Illan tullen pihapiiristä löytyi grillikatka, johon melkein koko porukkamme mahtui kerralla nauttimaan puheenjohtaja Reinon paistamia makkaroita. Sama ohjelma sitten toistui jokaisena iltana.

Lauantai oli retkipäivä. Linja-auto haki retkeläiset ja suuntana oli ensiksi Lintulan

luostari. Oppaamme oli nunna **Kristoduli**, joka oli ollut luostarissa myös Kreikassa. Saimme erittäin hyvän selostuksen elämästä Lintulassa. Kuulimme, että voisimme tulla palkattomaan kesätyöhön luostarin pelloille. Varsinainen tulonlähde Lintulalle on kynttilätehdas. Myymälässä tehtyjen ostosten jälkeen jatkoimme autolla kohti Valamoa.

Valamossa oppaamme oli palkattomana vapaaehtoistyöntekijänä toimiva rouva, joka oli myös hyvä kertoja. Valamosta jäi mieleen ennen kaikkea kirkko loistokkaine ikoneineen. Kaupalliseenkin toimintaan tutustuimme ja ostettavaa löytyi runsaasti. Makoisat kahvit juotamme



Seniorit kokoontuneina "viralliseen" yhteiskuvaan. Pertti Kiira on jo vauhdissa mennäkseen vuorostaan kuvaajan paikalle.

patikoimme autolle, johon ehti myös **Ruokosen Heimo**, joka oli Lappeenrannasta saakka monien sulkujen kautta päässyt omalla veneellään vähän myöhästyneenä Valamoon.

Heimo oli luvannut kuljettaa meitäkin veneellään, johon oman perheen lisäksi mahtui kerrallaan kymmenen senioria. Olin itse niiden joukossa, jotka palasivat veneellä Kotipuroon. Oli elämys sinänsä kulkea kuuden sulun kautta Kermajärvelle. Heimon lapsenlapset olivat asiantuntevia apulaisia ja köydet ja törmäysuojat olivat aina oikeilla paikoilla. Yllätys maakravulle oli myös, kun poliisiedät pysäyttivät veneen ja tarkistivat, että lakimääräinen varustus on kunnossa. Heimollahan kaikki oli kunnossa, joten pian rantauduttiin Kotipuron laiturin. Mielenkiintoinen retkipäivä oli takana ja ruokailun jälkeen oli kokouksen vuoro.

## Sukupolvenvaihdoksista lisää seniorikerholaisia

Kesäkokouksen pöytäkirjaa pitäneen **Pertti Kiiran** mukaan paikalla oli 29 senioria. Puhetta johti Reino Sorri, joka valittiin edelleen samaan tehtävään koko vuodeksi. Apuna toimivat **Ritva Laiho**, **Martti Maa-virta** ja **Taisto Korttesmaa**. Tilitkin hyväksyttiin ja pitäjänä on edelleen **Eskovaari**.

Kesäkokous on edelleen kerhon päätapahtuma ja lisäksi tavataan SSK:n tilaisuuksissa. Tässä kokouksessa keskusteltiin siitä, että lähiaikoina parissakymmenessä yrityksessä tulee tapahtumaan sukupolven

vaihdos. Toivottiin, että asianomaiset ottaisivat yhteyttä puheenjohtaja Reinoon, tai hallituksen jäseniin ja ilmoittaisivat halunsa liittyä tähän uljaaseen joukkoon.

Kokouksen jälkeen saunat olivat taas kuumina ja grillipaikalla väkeä tungokseen asti. Ilta oli kesäisen lämmin, joten oli mukava muistella menneitä yhteisiä hetkiä.

Sunnuntaita vietettiin leppoisasti ilman virallista ohjelmaa. Kerman Saven myymälässä kävijöillä oli kotiin vietävänä monenlaisia kippoja. Talonväki Kotipurossa piti huolen siitä, ettei nälkä päässyt yllättämään ja juttua riitti menneistä yhteisistä hetkistä. Illan tullen Reinon varastoista löytyi vielä makkaraa ja juotavaa.

Maanantaina aamupalan jälkeen pihalla liikkui laukkuja ja pussukoita kantavia seniorieja. Suunniteltiin parasta reittiä kotikonnuille – ja sitten alkoi yleinen halaaminen. Sovittiin myös siitä, että ensi vuonna tavataan näissä merkeissä uudelleen.

Kesäpäivien ohjelmasta ensiksi kiitokset Heimolle siitä, että hän tuli meitä veneellään kускаamaan. Olemme kiitollisia myös emoseura SSK:lle myötäelämisestä toiminnassamme – se on avainasemassa. Ja sitten kiitokset varsinaisille sponsoreille Veho Group Oy Ab, VV-Auto Oy, Tamlans Oy Ab, Terakori Oy, Suomen Pelastusarvike Oy ja Profile Vehicles Oy. Yhdessä teitte kesäpäivistämme ikimuistoiset.

**Hyviä syksyisiä päiviä kaikille lukijoille toivoo Eskovaari**





**AKUUTIN KEUHKOODEEMAN HOITON HELPPOKÄYTTÖINEN CPAP**

YKSINKERTAINEN YHDISTÄÄ  
MIELLYTTÄVÄ KÄYTTÄÄ  
EI ERILLISTÄ VIRTAUSGENERAATTORIA  
EI ERILLISIÄ PEEP-VENTTIILEJÄ



**FENNO MEDICAL OY**  
Tähtäinkuja 9, 01530 Vantaa  
puh. (09) 276 360, fax (09) 2763 6199  
asiakaspalvelu@fennomedical.fi

[www.fennomedical.fi](http://www.fennomedical.fi)

## Myydään ambulanssi

Myydään ambulanssi Volkswagen Transporter 2.5 TDI.  
Käyttöönottopäivämäärä 3.2.2006, ajettu 15.10.2007 noin 158 000 km.  
Soveltuu erinomaisesti siirtokuljetuksiin, korotettu katto.  
Hinta 55 000 e

Lisätietoja numerosta 0400 187 427 / Jarmo tai info@ensiapuopetus.com

## MYYDÄÄN Sairaankuljetusyhtiön liiketoiminta

Auto MB Sprinter, vm 2002.  
Yhtiö toimii Etelä-Pohjanmaalla Jurvassa.  
Aloitus sopimuksen mukaan.  
Tiedustelut 0400 360 723

## MYYTÄVÄNÄ:

**Renault Master 2.5 dci**  
Rek. 05/2003, ajettu 140 tkm.  
Ilmajousitetut jenkkipaarit, webasto ym. Collet-tehtaan  
tekemä. Huollettuna ja katsastettuna ambulanssiksi.  
H. 25 000 euroa + alv.  
**AutoBuumi Oy, puh. 0400 555 111**



*Nostalgia on jo neljänä vuosikymmenenä  
pitänyt sairaankuljettajat hyvissä kynissä  
ja kynätilaukset hyvissä käsissä...  
...tilaa hyvän sään aikana*

050 5844 472  
risto.nihtila@pp.inet.fi  
NOSTALGIA KY

## TIETEESTÄ TOSITILANTEeseen



## Ensiapu- ja ensihoitosymposium 19. – 20.11.2007 Tampereella

**Suomen Punainen Risti** järjestää 14. ensiapu- ja ensihoito-  
symposiumin Tampere-talossa 19. – 20.11.2007. Se on  
tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskente-  
levät ensihoidossa, ensiapuopetuksessa ja työterveyshuollossa.

Symposiumissa käsitellään mm. monipotilastilanteiden haasteita,  
uusia oppimisen ja opettamisen menetelmiä, työpaikkojen  
turvallisuuskulttuuria sekä ensihoitoa, kun apu on kaukana.  
Niin ikään nostetaan esiin tieteellistä näkökulmaa ensiapuun  
ja -hoitoon sekä tutkittua tietoa ensiapuohjeista ja pohditaan,  
muuttaako tartuntavaara ensiapua ja -hoitoa.

Luennoitsijoina on alan tunnetuimpia asiantuntijoita.

Symposiumin osallistumismaksu on 380 euroa/2 pv, toukokuun  
loppuun mennessä ilmoittautuneille nopean varaajan etuna  
360 euroa/2 pv. Hintaan sisältyvät ohjelman ja materiaalin  
lisäksi lounaat, kahvit ja iltatilaisuus.

Ilmoittautuminen ja ohjelma [www.redcross.fi/ensiapu](http://www.redcross.fi/ensiapu).

**Lisätieto:** Suomen Punainen Risti, koulutussuunnittelija  
Tiina Hörkkö, 040 548 3922, tiina.horkko@redcross.fi

[www.redcross.fi](http://www.redcross.fi)

**Punainen Risti**



# www.sakuymrittajat.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, 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, 2007

### 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

### Osoitteet ja osoitteenmuutokset:

toimisto@sairaankuljetusliitto.fi

Ambulanssi-lehti ilmestyy neljä kertaa vuo-  
dessa. Seuraava numero 4.2007 ilmestyy  
joulukuussa 2007.

 Aikauslehtien liitto



# KAIKKEA MIKÄ LIIKKUU.

Palvelunumeromme **03 04 05 06** on oma kaistasi vakuutus- ja vahinkopalveluihin. Käytössä arkisin 8 - 17.

Hätäpalvelua saat numerosta yöttä päivää, myös viikonloppuisin. Tallenna numero heti puhelimeesi.

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



Profile Vehicles Oy • Yrittäjäntie 1 • 74130 Iisalmi • Tel 017 821 7411 • Fax 017 821 7435 • info@profilevehicles.com • www.profilevehicles.com

#### Kärjessä kaksi raitaa

Kaksi raitaa on merkki tinkimättömästä työstä. Siinä yhdistyvät ensihoidon ammattilaisten kokemus ja Profilen tuotekehitys, design ja teknologinen huippuosaaminen.

Uutuutena Profile Neo. Se on ergonomisempi, turvallisempi, helpommin puhtaana pidettävä, muunneltavampi, tilavampi, valmiimpi tulevaisuuteen ja vielä hyvän näköinenkin. Lisätietoja Profilen ambulanssimyynnistä.

**PROFILE // NEO**

Uusiksi ajateltu ambulanssi