

SIIRTOKULJETUSKORVAUKSET

► Lääkärisaattajaa vaativa kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan siirto kiireelliseen hoitoon toiseen sairaalaan on perinteisesti yksi erikoisalamme tehtäviä. Siirtojen määrä ei ole vähenemässä päivystysten ja uusien entistä spesifimpien hoitojen keskittämisen vuoksi.

Pitkiä anestesia- ja lääkärisaattajaa vaativia potilassiirtoja on aina ollut varsinkin harvaan asutussa ja laajassa Pohjois-Suomessa, mutta täysin tuntematon käsite ne eivät ole olleet myöskään etelässä. Erityistilanteissa, kuten vuoden 2004 tsunamin yhteydessä siirrot voivat olla hyvinkin pitkiä. Suomessa siirrot harvoissa paikoissa annettavaa ylipainehappihoitoa varten lienevät tuttuja suurimmalle osalle anestesiologeja.

Saattajia vaativat siirrot voivat olla kiireellisiä tai suunniteltuja. Suunniteltu siirto pyritään tekemään virka-ajan puitteissa siten, että siihen irrotetaan joku henkilö päiväaikaisesta resurssista, jolloin korvaus on yleensä normaali tuntipalkka.

Kiireelliset siirrot tehdään yleensä heti kun se järjestyy riippumatta vuorokaudenajasta. Päivystysaikaisten siirtojen suhteen yleinen käytäntö ainakin keskussairaalaissa on, että hälytetään ylimääräinen anestesia- ja lääkäri kotoa. Silloin on kysymys hälytystyöstä. Suuremmisissa sairaaloissa ja yliopistosairaaloissa potilassiirrolle mukaan lähtevä anesthesiologi voi löytyä päivystysringin sisältä, jolloin kysymys on päivystystyöstä. Päivystysaikaan potilassiirtoon hälytetyille lääkärille maksetaan yleensä hälytysraha, joka

on joko KVTES:n mukainen tai sitten paikallisella tasolla sovittu. Tehdystä työstä saa yleensä vähintään päivystyskorvauksen tai sitten paikallisesti sovittu korvauksen, joka voi olla esimerkiksi viisinkertainen tuntipalkka. Korvauskäytännöt vaihtelevat näiden kahden ääripään välillä.

Siirtokuljetusten korvausten suhteen ongelmaksi on muodostunut KVTES:n 4 § työaikamäärittelyn 2 momentin soveltamisohje, jossa todetaan: ”Esimerkiksi potilaan saattaminen luetaan työajaksi, mutta viranhaltijan/työntekijän ilman potilasta tapahtuvaa paluumatkaa ei lueta työajaksi”. Soveltamisohje on kiinnostava kahdestakin syystä. Mikä on ollut soveltamisohjeen tarkoitus tai mikä on ollut se työnantajaan kohdistuva uhka, joka sillä on torjuttu? Miksi kunnallinen työntekijäpuoli on hyväksynyt soveltamisohjeen?

Periaatteessa siis lääkäri voidaan määrätä saattamaan potilas toiselle puolelle Suomea tai toiselle puolelle maapalloa ilman korvausta paluumatkaan käytetystä ajasta. Sitä KVTES ei mainitse, olisiko mahdollinen pitkään paluumatkaan liittyvä majoitus ja ruokailu kustannettava itse, koska tuota paluumatkaa ei työajaksi lasketa.

Käytännössä suurimmassa osassa sairaaloita tätä KVTES:n määrittelyä ei noudateta vaan asiasta on sovittu paikallisesti siten, että myös paluumatka katsotaan työajaksi. On sairaaloita, kuten HUS, jossa paluumatka katsotaan palkattomaksi. Pitkiä siirtoja HUS:n sisällä ei ole mutta joko pääkaupunkiseudulla hoidetaan

potilaat niin hyvään kuntoon, että jatkohoitoon siirrettäessä ei saattavaa lääkäriä tarvita tai sitten kollegat siellä ovat todella kilttiä ja nöyrää joukkoa. Vuoden 2004 tsunamin yhteydessä potilaat olivat mukana paluumatkan eivätkä menomatkan aikana.

KVTES:n siirtokuljetuksia koskeva pykälä tai sen vaihteleva noudattaminen luovat suurta eri arvoisuutta anestesia- ja lääkärien välille eri puolilla Suomea. Pykälä sotii yleistä oikeustajua vastaan riippumatta sen laillisuudesta tai oikeellisuudesta. ”Mikä ei ole oikeus ja kohtuus, ei voi olla laki”, sanoo vanha tuomarin ohjekin. Onko siis kohtuullista, että sairaala noudattaa kohtuutonta ohjetta?

Siirtokuljetuksia koskeva KVTES:n pykälän korjaaminen tulevaan lääkärisopimukseen voisi olla yksi meitä anestesia- ja lääkäriä koskeva tavoite. Vaikka pykälää ei suurimmassa osassa sairaaloita sovelleta, paikalliset sopimukset ovat tiukan paikan tullessa sanottavissa irti, jolloin potilassiirron paluumatkaa koskeva palkattomuus voi koskea meitä kaikkia. Vaikka siis paikalliset sopimukset olisivatkin kunnossa, on tärkeää huolehtia myös siitä, että yleinen työehtosopimuskin olisi kunnossa. Voimme myös tukea anestesia- ja lääkärikollegoja räikeän epäkohdan poistamisessa niissä sairaaloissa, joissa tuo epäkohta on vielä olemassa. ■

Heikki Laine

LL, ylilääkäri
Mikkelin keskussairaala