

Päätoimittajan palsta
Teksti: Pekka Häätinen

Miksi me olemme niin erikoisia?

Arvostettu lääketieteen asiantuntija, neurologian professori Jorma Palo, totesi eräässä artikkelissaan, että selkäydinvamma on eräs ihmiselämän suurimmista katastrofeista. Terve, useimmiten nuori ihminen, temmataan silmänräpäyksessä avuttomaksi ”rullatuolipotilaaksi”. Ihmiseksi, joka tarvitsee toisen ihmisen apua lähes kaikissa itsestään selvissä asioissa, joiden etukäteissuunnitteluun tavallinen kansalainen ei uhraa sekuntiakaan päivittäisestä ajastaan. Esimerkiksi miten päästä aamulla ylös sängystä, vessaan, vaatteet päälle, pyörätuoliin, aamiaiselle jne. Kysymys on, onko Jorma oikeassa?

Asiassa on varmaan monia mielipiteitä. Jos kyselet tavalliselta kadulla tallaaajalta, tuntuuko yllä kuvattu kohtalo kamalalta, vastaus olisi myöntävän kauhistunut. Vammautuneen omaiset ovat ainakin alkuvaiheessa samaa mieltä. Entäs sitten me itse, asianosaiset. Itselläni on yli kolmenkymmenen vuoden kokemus asiasta. En vielä kukaan osaa antaa tyhjentävää vastausta kysymykseen. Ihminen on käsittämättömän sopeutuvainen olio. Kun alkuvaiheen kieltämisen, raivon ja epätoivon vaiheesta on päässyt jotenkuten ohi, silloin voi aloittaa elämän uudessa tilanteessa. Vammaan ei tarvitse koskaan sopeutua tai sitä hyväksyä. Voi aiheellisesti kysyä; miksi minulle kävi tämä lähes tilastollinen mahdottomuus? Sen mitä voi yrittää tehdä, on tunnustaa tosiasiat ja sopeuttaa elämänsä vamman väistämättä aiheuttamiin rajoituksiin. Tämä on koko elämänmittainen prosessi.

Lääkärit ja muu ammattihenkilöstö tekee elämäämme helpottaakseen kukin oman osuutensa. Kukaan meistä ei selvinnyt tai selviä ilman tätä apua. Aina on kuitenkin se puoli asiassa, mitä kukin voi itse tehdä oman ja yhteisen asian hyväksi. Vertaistuki, toinen selkäydinvammaisen toiselle, on arvokas asia koko elämän ajan. Se voi olla järjestettyä, tai se on tavallista jutustelua yhteistä ongelmista ja ratkaisuksista kaverien kesken.

Se voi myös olla tiedon ja kokemusten jakamista lehden muodossa. Selkäydinvamma-lehti on nyt ilmestynyt 10 vuotta. Sinä aikana on monia eri aiheita käsitelty lehden palstoilla. Lehden tekijöinä ovat koko ajan olleet itse selkäydinvammaiset henkilöt. Artikkelien kirjoittajina on toki paljon eri alojen asiantuntijoita. Uskon ja toivon, että myös tätä kautta moni on saanut tietoa ja voimaa jokapäiväiseen selviytymiseen.

Se mikä tekee meistä erikoisia, on itse koettu elämä selkäydinvamman kanssa. Sitä ei voi opiskella kirjoista, se on itse koettava. Se on monelle meistä myös ”toinen elämä”, ensimmäinen oli se tavallinen jalankulkijan osa. Se, onko kohtalomme niin kurja kuin professori Palo kuvailee, jää todellakin jokaisen itsensä arviotavaksi. Ehkä pahemminkin olisi voinut käydä.

Selkäydinvamma-työryhmän toimintakertomus vuodelta 2001

Teksti: SYV-työryhmän sihteeri Paula Mustalahti

Työryhmän jäsenet

Puheenjohtaja	Pauli Ritola
Varapuheenjohtaja	Pekka Hätinen
Sihteeri	Paula Mustalahti
Jäsenet	Markku Karjalainen
	Matti Koikkalainen
	Mari Koskelainen
	Tiina Siivonen
	Raimo Toratti
	Marja Pihkala
Asiantuntijajäsen	Antti Dahlberg
Selkäydinvamma-lehti	Pekka Hätinen ja
Matti Anttalainen	

Kokouksia järjestettiin kaikkiaan kolme vuoden 2001 aikana. Työryhmä kokoontui kaksi kertaa Invalidiliiton toimistolla ja lisäksi yksi kokous pidettiin Selkäydinvammakurssin yhteydessä Kisakeskuksessa.

Selkäydinvammaisten kuntoutuksen seuranta

Selkäydinvammaisten kuntoutuksen osalta pääpaino oli tänäkin vuonna Käpylän kuntoutuskeskuksen rakennushankkeen seurannassa. Pekka Hätinen ja Raimo Toratti ovat edelleen käyneet käyttäjäryhmän kokouksissa. Myös Selkäydinvamma-lehdessä on tiedotettu rakennustyön etenemisestä valokuvien ja pohjapiirroksien kanssa.

Keskustelu Peurungan kuntoutuslaitoksen selkäydinvammaisten kuntoutuksesta on jatkunut. Työryhmään lähetti kirjelmän Peurunkaan, jossa todettiin, että selkäydinvammaisten kuntoutuksen järjestämisessä on ongelmia. Tilanne on nyt osittain parantunut, mutta asiaa seurataan edelleen.

Julkaisutoiminta

Selkäydinvamma-lehden toimittamista jatkoivat Pekka Hätinen (päätoimittaja) ja Matti Anttalainen. Selkäydinvamma-lehteä toimitettiin kaksi numeroa vuoden 2001 aikana. Kevään numeron teema oli kipu ja syksyn lehden teema oli kuntoutus.

Kurssit ja messut

Selkäydinvammakurssi järjestettiin Urheiluopisto Kisakeskuksessa 28.5. – 1.6. teemalla ”Elä, koe ja selviydy”. Ohjelmassa oli liikuntaa ja lajiesittelyjä sekä tietoa terveydestä, vammaispalveluista, seksistä, opiskelusta, työelämästä ja järjestötoiminnasta. Sekä leiriläiset että vetäjät olivat erittäin tyytyväisiä leiriin ja sen sisältöön. Leirin kesto toivottiin kuitenkin tänäkin vuonna pidemmäksi.

Työryhmä osallistui Apuvälinemessuille Tampereella 6. – 8.9.2001

Vertaistukitoiminta

Pauli Ritola on ollut työryhmän yhteyshenkilöitä vertaistukitoimintaprojektissa. Yhteistyötä tehdään Käpylän kuntoutuskeskuksen ja palvelutalojen kanssa. Myös omaisten vertaistukitoimintaa yritetään kehittää edelleen.

Pohjoismainen ja kansainvälinen yhteistyö

Pohjoismaisen selkäydinvammaisten järjestön eli NORR:in kokous pidettiin kesäkuussa Tukholmassa. Pekka Hätinen, Matti Koikkalainen ja Antti Dahlberg osallistuivat kokoukseen sekä sen yhteydessä pidettyyn NMSOP:n eli Nordic Medical Society of Paraplegia -kongressiin.

Kokouksessa käsiteltiin naisten ja osittaisvammaisten asioita sekä eurooppalaista selkäydinvammaverkostoa. Eurooppalaisen selkäydinvammaverkoston alustavassa koordinoinnissa on työryhmästä ollut mukana Pekka Hätinen.

Tukholmassa kokoontui myös Norr:iin perustettu Selkäydinvammaisten naisten työryhmä kNorr. Paula Mustalahti ja Tiina Siivonen ovat Suomen yhteyshenkilöt tässä työryhmässä.

Muuta

Helsinki-Vantaan lentoaseman kanssa on pohdittu liikuntavammaisten maaliikennekuljetuksien parantamisesta. Selkädivammalehden lukijoiden kysymyksiin on vastattu Kysy meiltä -palstalla.

Selkädivammatyöryhmä

Synapsia viittä vaille valmis

Teksti: Pekka Häätinen Kuvat: Käpylän kuntoutuskeskus

Tätä kirjoitettaessa uuden Käpylän uudisrakennus Synapsia on viittä vaille valmis. Mikäli lakot eivät tahtia hidasta, muuttopäivät ovat toukokuun alussa.

Olemme tämän lehden palstoilla pyrkineet pitämään lukijoita ajan tasalla suunnittelun ja rakennustöiden etenemisestä. Projekti on niin tärkeä meille selkäydinvammaisille, että uskomme sen kiinnostavan kaikkia.

Ohessa kuvia rakennustöiden viime vaiheilta. Savolaisesta projektista todetaan, että se on tekemistä vaille valmis. Synapsissa on nyt valmiina rakennus ja siihen kuuluva varustus. Nyt alkaa toinen vaihe toiminnan ja työn merkeissä.

Tunnista syringomyelia

Teksti: Pekka Hätinen

Menneinä vuosina selkäydinvammaa pidettiin melko pysyvänä tilana. Kun vamma oli kerran tullut, ei se vuosien kuluessa miksikään muuttunut. Kuitenkin nykyisin on alettu enemmän tutkimaan myös selkäydinvammaan liittyviä myöhäisempiä vaivoja. Ikääntymistä ja sen tuomia vaikutuksia ymmärretään entistä paremmin. Näin voidaan jo akuuttikuntoutuksessa välttää sellaisia toimintoja, joiden negatiiviset vaikutukset voivat näkyä vasta vuosien ja vuosikymmenien kuluttua.

Syringomyelia ei liity kuntoutukseen, mutta se on vaiva, jonka vuoksi usein ensimmäisenä käännytään fysioterapeutin puoleen. Asia on syytä ottaa vakavasti, koska sen vaikutus jokapäiväisistä toiminnoista selviytymiseen voi olla todella merkittävä.

Syringomyelia voi ilmetä kenellä tahansa selkäydinvammaisella. Se voi puhjeta jo akuuttivaiheessa tai vuosikymmenien kuluttua vammautumisen jälkeen. Se ei ole pelkästään meidän vaivamme, mutta selkäytimen vaurioituminen voi omalta osaltaan edistää sen kehittymistä. Oheisessa artikkelissa kerrotaan mistä on kysymys, lisäksi kaksi asian omakohtaisesti kokenutta kertoo tarinansa.

Tärkeää on tunnistaa oireet ajoissa. Syringomyelian mahdollisuus on syytä tuoda esiin lääkärille, mikäli kuvattuja oireita esiintyy. Mitä aikaisemmin oikea hoito aloitetaan, sitä parempaan lopputulokseen päästään.

Teksti: Antti Dahlberg

Kun tapaturman jälkeen akuuttivaiheen hoito on toteutettu (esim. selkärangan murtuma on leikattu) ja lääketieteellinen tilanne on vakiintunut, ei vaurio selkäytimessä yleensä pahene. Sen sijaan osittaisessa vauriossa toimintakyky voi kohentua pitkäänkin. On kuitenkin olemassa tiettyjä tilanteita, jotka voivat selkäytimen tilannetta huonontaa. Yksi tällainen riesa on nimeltään syringomyelia.

Selkäydin on selkärangan sisällä ohuen nestevaipan ympäröimä ja myös ytimen sisällä kulkee aivan ohut nestekanava (keskuskanava). Selkäydinnestettä syntyy hiljalleen lisää ja sama määrä nestettä myös poistuu, eli selkäydinnesteellä on oma kiertonsa. Tapaturman jälkeen tämä nestekierto saattaa häiriintyä aiheuttaen ongelmia. Selkäytimen keskuskanava voi laajentua ja/tai ytimeen voi muodostua onteloita.

Syringomyelia voi johtua useasta eri syystä. Jos kyseessä on tapaturman jälkeinen tila, puhutaan ”posttraumaattisesta syringomyeliasta”. Tällaisia muutoksia voi tulla vaurion sekä ylä- että alapuoletta. hankalimmillaan paraplegia voi hiljalleen muuttua korkeaksi tetraplegiaksi, eli tilanteeseen on syytä suhtautua vakavasti.

Yleisin ensioire on selittämätön kipu esim. yläraajassa. Muita oireita voivat olla tuntohäiriöt ja lihasvoiman aleneminen, lisääntynyt spastisuus sekä autonomisen hermoston taholta tulevia oireita (esim. poikkeava hikoilu). Luonnollisesti osalle em. oireista voi olla muitakin syitä. Tilanne on usein kuitenkin syytä huolellisesti selvittää ja parhaiten se tapahtuu syringomyeliasa epäiltäessä magneettikuvauksella.

Oireinen, hankala syringomyelia tulee noin 4 – 5 %:lle tapaturmaisesti vammautuneista. Oireetomia nesteonteloita voi olla jopa 15 – 20 %:lla. Oireiden ilmaantuessa voidaan tilannetta joskus jäädä vain seuraamaan, mutta useimmiten tarvitaan neurokirurgin suorittama leikkaus. Tällöin tavoitteena on yleensä lähinnä tilan pahenemisen estäminen, mutta osa oireista (yleensä ainakin kipu) myös korjaantuu.

Kokemuksia syringomyeliasta
Teksti: Reino Laapotti

Kuinka tutustuin syringomyeliaan

Vammauduin vuonna 1968 liikenneonnettomuudessa, jonka seurauksena minusta tuli tetraplegia C6 – C7. Käteni olivat aluksi täysin liikuntakyvyttömät. Reilu puoli vuotta vammautumisen jälkeen alkoi liike palautua käsiini, mutta sormiini se ei ole palautunut vieläkään. Olen harrastanut liikuntaa ja kuntoilua 33 vuotta, joka on alusta alkaen antanut voimaa käsiini. Harrastin jousiammuntaa viisi vuotta kilpaa, neljä vuotta pyörätuolirugbya ja 10 vuotta pyörätuolikilpatanssia, jota harrastan edelleenkin.

Olin 95 prosentisesti omatoiminen vuoteen 1998 asti, jolloin eräänä aamuna huomasin sängystä tuoliin noustessani, että oikean käteni ranne ei toiminut entisellä tavalla. Ranteessa ei ollut voimaa, sormissani oli pistelyä ja tuntuu muutoksia. Olin kuullut vastaavista tapauksista muilta kavereilta. Niinpä otin yhteyttä Käpylän kuntoutuskeskuksen lääkäriin, jolta sain lähetteen magneettikuvaukseen Kotkan keskussairaalaan.

Kuvausten tuloksen saatuani Kotkan neurokirurgi ilmoitti, että hän ei pysty tekemään mitään, joten sain lähetteen Töölön sairaalaan. Töölössä lääkäri ilmoitti, että minun kaularankani on leikattava mahdollisimman pian eli seuraavana päivänä. Leikkauksen diagnoosi oli, että kaularangan hermojuurikanavat olivat tukkeutuneet C3 – C7 väliltä. Ilman leikkausta olisin menettänyt käsieni liikuntakyvyn ainakin osittain.

Leikkauksesta on nyt kulunut neljä vuotta. Oikeassa kädessäni on liikerajoitteisuutta sen verran, että tarvitsen apua siirtymisessä esimerkiksi sängystä tuoliin ja päinvastoin. Minulla onkin tällä hetkellä henkilökohtainen avustaja, jota tarvitsen päivittäin. Jos huomaatte vastaavia oireita, menkää tutkimuksiin. Jos haluat kysellä minun kokemuksiani, ollaan yhteydessä; reinolaa@sci.fi tai 0500 656472.

Teksti: Pekka Pesonen

Tunnista oireet ajoissa!

Vammauduin vuonna 1989, Th6 paraplegia. Syringomyelian oireita alkoi ilmetä jo sairaalavaiheessa noin 6 kuukautta vammautumisesta. Vasemman käden ulkosyrjään ja kahteen sormeen tuli tunnoton alue ja lihasvoima heikkeni jonkun verran. Vaivaa hoidettiin aluksi fysioterapialla, mutta kun tilanne ei parantunut suoritettiin varjoainekuvaus ja todettiin ontelo selkäytimessä vammatasolla.

Suoritettiin leikkaus, mutta jo kontrollikäynnillä havaittiin ontelon edenneen niskan alueelle. Leikkauksia on vuosien kuluessa tehty neljä kappaletta. Leikkauksessa selkäytimessä muodostuneeseen onteloon asetetaan ”putki”, joka poistaa paineen ytimen sisältä. Putki johdetaan vatsa-onteloon. Viimeisimmässä leikkauksessa putki asennettiin C3 tasolle. Leikkaus on vaatinut minulla noin yhden viikon sairaalassaolon ja auttaa yleensä välittömästi.

Viimeisimmästä leikkauksesta nyt kulunut kuusi vuotta. Tilanne on pysynyt hyvin hallinnassa eikä uusia oireita ole ilmennyt. Toisessa kädessä on tuntopuutoksia ja lihasvoima on jonkin verran heikompi. Syringomyelia voi ilmetä heti akuuttivaiheessa, kuten omalla kohdallani, tai vuosikymmenien kuluttua vammautumisesta. Tärkeätä on tunnistaa oireet ajoissa. Mikäli haluat kysellä kokemuksistani, ota yhteyttä; pekkapeso68@jippii.fi tai 03 2557623.

Päihdeongelmia tutkitaan

Teksti: Eija Ahokas ja Seija Savolainen VAPA projekti sekä Riikka Rajala, Käpylän kuntoutuskeskus VAPA projekti

Alkoholi ja muut päihteet ovat ongelma myös monelle selkäydinvammaiselle. Asia on kuitenkin tiedostettu ja erilaisia auttamisen muotoja kehitetään. Seuraavassa tietoa mielenkiintoisista projekteista.

Vammaisten päihdepalveluiden kehittämisprojekti (VAPA) alkoi vuoden 2001 alussa ja jatkuu vuoden 2004 loppuun. Projekti koostuu neljästä osaprojektista. Helsingin Diakonissalaitoksen kohteena ovat selkäydinvammaiset ja aivovaurioiset. Projekti on jatko projekti Sininauhaliiton Vammaisten päihdehaittojen ehkäisyprojektille, joka päättyi 2000. VAPAn tarkoituksena on lisätä vammaistyötä tekevien päihdetyön osaamista ja vastaavasti parantaa päihdetyötä tekevien valmiuksia työskennellä vammaisten päihdeongelmaisten kanssa.

Tavoitteena on myös vahvistaa vammaispalveluyksiköiden yleisiä toimintamalleja päihdeongelmien käsittelemiseksi. Projektissa pyritään ”linkittämään” vammais- ja päihdepalvelut siten, että asiakkaan on mahdollista joustavasti siirtyä palvelusta toiseen ja eri palveluiden erityisosaaminen saadaan parhaalla mahdollisella tavalla sekä asiakkaan että työntekijöiden käyttöön. Lisäksi tarkoituksena on kehittää vammaisten erityistarpeisiin vastaavia päihdepalveluja.

Helsingin Diakonissalaitoksen osaprojektilla on kaksi projektityöntekijää, psykiatrinen sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Projektin toimintamuotoina ovat ensimmäisen vuoden aikana olleet konsultaatio, koulutus ja päihdestrategiatyöskentely. Pääyhteistyöyksikkönä on ollut Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus.

Osaprojektin asiakkaita ovat pääasiallisesti olleet selkäydinvammaiset henkilöt ja työmuotona on ollut ns. arjen päihdetyö. Päihdetyön osaamista on pyritty lisäämään päihdeongelmien tunnistamisen, puheeksioton ja hoitoonohjauksen alueilla. Lisäksi tarkoituksena on ollut perehdyttää vammaistyötä tekeviä sellaisiin päihdeongelmien hoitomenetelmiin, jotka luontevasti ”istuvat” muuhun kuntoutukseen. Käpylässä on järjestetty myös päihdeproblematiikan peruskysymyksiä käsittelevät koulutustilaisuudet.

Vuoden 2002 aikana toimintaa laajennetaan uusiin yhteistyöyksiköihin, mm. kotipalveluun ja palveluasumiseen. Samoin kehitetään uusia toimintamuotoja. Myös asiakasnäkökulmaa pyritään vahvistamaan tiivistämällä yhteistyötä vammaisjärjestöjen kanssa. Vaikeasti liikuntavammaisille henkilöiden osalta kehitetään päihdehoidon kotihoitomallia ja päihdehoidon verkkopohjaista mallia.

Vammaiset henkilöt ja päihteiden ongelmakäyttö

Vammaisten päihdeongelmat on aihe, josta julkisuudessa ei juurikaan ole keskusteltu, siitä huolimatta, että päihdeongelma on vammaisten henkilöiden ongelma siinä missä muidenkin ihmisten, ja se on myös vammaistyötä tekeville tuttu. Ongelman ”olemattomuus” näkyy mm. siinä, että päihdehoitopaikoista puuttuu sellaisia järjestelyjä, joilla taataan vammaiselle henkilölle esteetön pääsy päihdehoitoon. Hoitomenetelmissä ei myöskään ole huomioitu eri vammoista seuraavia erityistarpeita, mm. tarvetta viittomakieliseen päihdehoitoon.

Vammaispalveluyksiköissä on harvoin päihdetyön erityisosaamista tai toimivia malleja päihdeongelmien kohtaamiseen. Tutkimustietoa vammaisten päihdeongelmien laajuudesta, vammaisuuden ja päihteiden ongelmakäytön välisistä yhteyksistä sekä vamman ja päihteenkäytön yhteisproblematiikasta ei ole (tai ko. tutkimukseen ei projektin aikana ole toistaiseksi törmätty). Projektin aikana on myös tarkoitus tuottaa tietoa näistä kysymyksistä.

Päihdeongelmat ovat siis myös vammaisten henkilöiden ongelmia. Miksi ne sitten ovat jääneet piiloon? Tietoa syistä ei ole, mutta mahdollisesti kyse on mm. siitä, että vammaisuus itsessään on vaikea ongelma, joka peittää alleen muut ongelmat. Toisaalta päihteenkäyttöä voidaan pitää vammaisille henkilöille jotenkin sallitumpana ”ratkaisuna” esim. arjen vaikeuksiin ja elämän tyhjyyteen. Vammaisen henkilön päihdeongelma voi jäädä piiloon myös yksikertaisesti siitä syystä, että päihdeongelman ”omistajakin” on piilossa neljän seinän sisällä. Erityisenä ongelmana ovat tilanteet, jossa vammautuminen liittyy tavalla tai toisella päihteenkäyttöön, jolloin päihdeongelman paljastuminen on erityisen vaikea asia. Merkittävällä osalla projektin asiakkaista löytyy taustalta juuri tämä ongelmavyöhyke. Tämä ei merkitse kuitenkaan sitä, että kaikilla päihtyneenä vammautuneilla olisi päihdeongelma.

Kokemuksia projektista Käpylän kuntoutuskeskuksessa

Projektin myötä keskustelu kuntoutujien päihteidenkäytöstä Käpylän kuntoutusjakson aikana on käynnistynyt niin henkilökunnan kuin myös kuntoutujien keskuudessa. Jo projektin suunnitteluvaiheessa todettiin että alkoholi on ollut

mukana usean kuntoutujan vammautumiseen johtaneessa onnettomuudessa ja kuntoutukseen tulee on yhä enemmän huumeidenkäyttäjiä. Vammautumisen jälkeen päihteidenkäyttö yleensä jatkuu ja kuntoutusvaiheen aikana niiden käyttöön liittyvät ongelmat saattavat haitata koko kuntoutumisprosessia.

Projekti on mahdollistanut yksilötasolla kuntoutujan päihdeongelman hoidon tarpeen arviointia ja akuuttiin päihdeongelmaan puuttumisen, myös päihdeongelmaisen jatkokuntoutusta on järjestetty. Päihdeongelma saattaa haitata itsestä huolehtimista. On havaittu runsaan alkoholin käytön kertaluontoisesti aiheuttavan ongelmia rakon ja suolen toimintaan, lisäksi iho joutuu koetukselle. Promillejen myötä myös yleinen avuntarve lisääntyy. Kuntoutuksen aikana päihteidenkäyttö on osastolla johtanut myös järjestyshäiriöihin. Tavoitteenamme on, että päihdekuntoutus sisältyisi osaksi kokonaiskuntoutusta ja näin ollen helpottaisi kuntoutujan sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen.

Helsinkiläisten seksi

Teksti: Antti Dahlberg, Käpylän kuntoutuskeskus

Lehtemme kahdessa aiemmassa numerossa on raportoitu selkäydinvammaisten helsinkiläisten tilannekartoitus-tutkimuksen tuloksia. Kartoitus tehtiin Käpylän kuntoutuskeskuksessa vuosina 1999 – 2001. Siihen osallistui 131 henkilöä, jotka joutuivat vastaamaan mitä kummallisimpiin kysymyksiin suunnilleen maan ja taivaan väliltä. Osa kysymyksistä käsitteli sukupuolielämää ja sen riemuja. Tässä artikkelissa on yhteenveto vastauksista.

Kysymykset olivat todella intiimejä. Siitä huolimatta suurin osa vastasi niihin kiltisti. Henkilökohtaiset tiedot ja niiden käsittely, esim. tallennus ja tilastollinen käsittely on ollut sovitusti kokonaan vain minun vastuulla. Siinä suhteessa jokainen tutkimukseen osallistunut (minä itse mukaan lukien) voi huokaista helpotuksesta, koska seuraavana esitettävät tulokset ovat siis yhteenveto kysymyksestä riippuen 110 – 130 henkilön vastauksista.

Mikä on ongelmana?

Yksittäisenä seuraamuksena vamman aiheuttamat muutokset sukupuolielämässä koetaan yleensä hankalina. Yhteensä 54% vastanneista koki tällaisten muutosten olevan kohtalaisen tai erittäin suuri haitta alentaen elämän laatua. Kun kysyttiin, mikä yksittäinen tekijä on hankalin, oli kolmen kärki seuraava:

- tuntuu puutokset 43%
- sukupuolielinten toimintahäiriöt (esim. ongelmat erektiossa tai emättimen kostumisessa) 17%
- sopivan kumppanin puute 10%

Tuntuu puutokset on siis ylivoimainen ykkönen. Sen sijaan esim. liikuntavammaa sinänsä, spastisuutta, kipua tai sukupuolisen halun puutetta ei koettu ongelmaksi.

Silti tuntuu aika hyvältä!

Myös orgasmista ja sen laadusta kysyttiin. Orgasmi määriteltiin fyysiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen tai kokemukseen liittyväksi tuntemusten huipennukseksi eli jokaisella se saattoi olla omanlaisensa juttu. Miehille määritelmään lisättiin, ettei näihin tuntemuksiin tarvinnut liittyä siemensyöksyä. Tavoitteena oli verrata orgasmin laatua tilanteeseen ennen vammautumista ja 110 henkilön vastaukset olivat:

- normaali 16%
- muuntunut 20%
- alentunut 37%
- poissa 20%
- ei ole yrittänyt 9%

Muuntunut orgasmi tarkoitti kokemuksena erilainen, mutta laadullisesti yhtä hyvä kuin tuntemukset ennen vammautumista.

Naisista

Vastanneista 25 naisesta kymmenellä oli ollut synnytyksiä ennen vammautumista ja neljällä sen jälkeen. Varsinaista seksuaalista kanssakäymistä haittaavina tekijöinä koettiin olevan seuraavasti:

- virtsainkontinenssi 42%
- emättimen alentunut kostuminen 21%
- liikuntavamma 21%
- spastisuus 13%

Erektio

Miehet kertoivat käyttäneensä tai kokeilleensa lääkettä erektio-ongelmaan joko suun kautta tai pistoksina seuraavasti:

- ei kokeillut 66%
- käyttää lääkettä 22%
- kokeillut, mutta ei käytä 13%

Siemensyöksy

Kysymykseen saivatko ja millä menetelmällä miehet siemensyöksyn vastattiin seuraavasti:

- yhdynnässä tai masturbaatiolla 44%
- vibraattorilla 6%
- ei lainkaan 41%
- ei ole yrittänyt 9%

Vammautumisen jälkeen oli 19 miestä saanut aikaiseksi lapsia. Yhdeksän oli tarvinnut siinä avustusta lähtien esim. vibraattorin käytöstä siemensyöksyn saamiseksi aina koeputkihedelmöitykseen.

Entä sitten?

Mitä nämä luvut mahtavat tarkoittaa? Jokaisella meistä on oma käsityksemme seksuaalisuudesta ja sukupuolielämästä. Vertailua väestöön yleensä en vielä ole yrittänytkaan tehdä. Seuraavassa kuitenkin muutamia mielipiteitä.

Seksuaalista aktiivisuutta ja halua sukupuoliseen kanssakäymiseen helsinkiläisillä on. Meistä 55% ilmoitti olleensa yhdynnässä viimeisen 12 kuukauden aikana. Lopuistakin iso osa oli harrastanut seksiä kumppanin kanssa, muttei ollut varsinaisessa yhdynnässä. Ei välttämättä huonoja lukuja porukalle, jonka keski-ikä on 50 vuotta ja vammautumisen kulunut keskimäärin 18 vuotta.

Vain viidesosan mielestä orgastiset tunteukset ovat poissa. Eli vaikka läheisyys on tärkeä osa sukupuolista kanssakäymistä, on vamman seuraamuksista huolimatta on myös fysiologisen nautinnon saaminen ja kokeminen olennaista selkäydinvammaisillekin.

Luontohan se tikanpojan puuhun ajaa. Silti vaikuttaisi tiedossa ja myös käytännön mahdollisuuksissa olevan parantamisen varaa ainakin miehen lapsettomuuden ja ehkä myös erektion hoidossa. Näistä asioista toivon saavani jutun aikaiseksi seuraavaan numeroon.

Pienin askelin eteenpäin

Teksti: Eija Ahoniemi, parapleologi, os.lääkäri, fysiatrinen, Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus

Suomessa selkädinvarmaisten akuuttihoito ja erityisesti jälkikomplikaatioiden (komplikaatio = jälkioire) hoito ja seuranta ovat edelleen keskittämättä. Jälkikomplikaatioiden osalta tilanne on vielä puutteellista. Tämä koskee kaikkia selkädinvarman seurauksena syntyneitä toimintahäiriöitä, kuten urologisia- ja kipuongelmia, ortopedisia sekä käsikirurgisia ja plastikkirurgisia ongelmia. Suomessa syntyy traumaattisia selkädinvarmaisia 55 – 60 vuodessa ja selkädinvarmaisten määräksi on arvioitu noin 2000.

Jo jonkin aikaa on Suomessa vaikeiden palovammojen hoito keskitetty Kuopion ja Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan. Vaikeita palovammoja syntyy meillä vuosittain noin 50.

Lonkkaproteesileikkauksia on myös pyritty keskittämään sairaaloihin niin, että ne sairaalat, jotka leikkaavat 200 lonkkaa tai enemmän vuodessa, voivat jatkaa leikkauksia edelleen. Niiden sairaaloiden, jotka leikkaavat em.lukuja vähemmän, olisi luovuttava kokonaan näistä operaatioista.

Miten on traumaattisten selkädinvarmaisten hoidon käynyt? Muutosta akuuttivaiheen hoitoon ei ole tullut. Kaikki viisi yliopistollista keskussairaala ja lisäksi 5 – 6 muuta maamme keskussairaala leikkaa tuoreita selkädinvarmaisia. HUS:n (= Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) Töölön sairaala hoitaa noin 30 % kaikista maamme akuuteista selkädinvarmaisia ja loput selkädinvarmaiset leikataan kymmenessä muussa sairaalassa. Jälkioireiden ja vaivojen osalta tilanne on vielä enemmän hajallaan.

Onneksi kiinnostus selkädinvarmaisten erilaisia jälkikomplikaatioita ja niiden hoitomahdollisuuksia kohtaan on lisääntynyt lääkärinkunnan keskuudessa. Toisaalta lääkärit eivät itsenäisesti pysty päättämään mitä hoidetaan ja missä hoidetaan, vaan viimekädessä päätökset ovat aina poliittisia.

Joka tapauksessa aktivoitumista on tapahtunut erityisesti urologian ja käsikirurgian erikoisaloilla. Helsingissä Marian sairaalaan pyritään nyt keskittämään HUS-piirin selkädinvarmaisten urologiset jatkokontrollit, ja ne tilanteet, jotka vaativat erityisiä hoitotoimenpiteitä. Tiettyjä rutiinitutkimukset, kuten munuaisten UÄ-tutkimus ja toistuvat virtsatutkimukset voivat toteutua oman piirin aluesairaalan ja/tai terveyskeskuksenkin kautta.

Marian sairaalassa on myös aloitettu botulinum-hoito yliaktiivisen ja spastisen rakon ja sulkijalihaksen hoitoon. Botulinum on eräänlainen hermomyrky, joka lamaa spastista lihasta.

Muutamien yliopistosairaaloiden urologit tuntuvat olevan kiinnostuneita aloittamaan myös sähköstimulaattorileikkaukset. Kehon sisään asennettavien elektrodien avulla voidaan rakon ja myös peräsuolen sulkijalihaksen toimintaa säätää ja näin tyhjentää rakko sekä suoli sähköisesti ”nappia painamalla”. Maailmalla on tällä hetkellä asennettu parisen tuhatta sähköstimulaattoria. Stimulaattori sopii täydellisissä selkädinvarmaissa ja tapauksissa, kun refleksiaktiiviteettia voidaan käyttää rakon ja suolen tyhjentämiseen. Laite sopii erityisesti rinta- ja kaularanka-alueen selkädinvarmaisten saaneille henkilöille. Stimulaattorileikkaukset täytyisi myös keskittää 1 – 2 yliopistosairaalaan.

Käsikirurgiset operaatiot on suunniteltu keskitettäväksi valtakunnallisesti HUS:n Töölön sairaalaan. Tällä hetkellä käsikirurgisia leikkauksia suoritetaan myös sairaala Ortonissa, jossa on vuosikymmeniä hoidettu selkädinvarmaisten käsiongelmiä.

Paljon on vielä tehtävä työtä akuuttihoitoon ja erilaisten jälkioireiden paremman ja keskitetymmän hoidon järjestämiseksi. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen ja tutkimuksia sekä toimenpiteitä suorittavien tahojen välistä yhteistyötä tullaan edelleen kehittämään ja tiivistämään.

Laadukkaamman ja tehokkaamman hoidon ja seurannan toteutumiseksi tarvitaan kaikkien tahojen yhteistyötä ja tiedonkulun parantamista myös kuntoutujien ja asioista päättävien tahojen välillä.

Pienin askelin
kevättä ja kesää kohti!

Asiaa selkäydinvammaisille naisille Teksti: Paula Mustalahti

NORR:in (Nordiska ryggmärgsskaderå det) selkäydinvammaisten naisten työryhmä kNORR kokoontui Tanskassa 23. – 24.2.2002. Kokouspaikka oli Musholm Bugt-Feriecenter, joka on Tanskan lihastautiliiton omistama erittäin esteetön kurssikeskus.

Kokouksessa olivat kaikki Pohjoismaat hyvin edustettuina; Tanskasta 3 edustajaa ja Norjasta, Ruotsista, Islannista sekä Suomesta kustakin yksi edustaja. Suomesta oli paikalla Paula Mustalahti.

kNorr:han on päätti viime keväänä, että se tekee selkäydinvammaisille naisille kohdistetun laajan tutkimuksen, joka kattaisi kaikki Pohjoismaat (Selkäydinvammalehti 2/2001). Tutkimus päätettiin toteuttaa kyselynä ja helmikuun kokouksessa oli tarkoitus tämentää kyselyn sisältöä sekä päättää kyselyn toteuttavasta tahosta. Kyselyn toteuttamisen pohjaksi keskusteltiin aluksi kunkin maan kuntoutuslaitoksista sekä selkäydinvammarekisterien olemassaolosta ja kattavuudesta.

Islannissa on yksi kuntoutuslaitos Reykjavikissä. Selkäydinvammaisten rekisteri on hyvä ja kattava, tosin Islannissa on vain 50 – 60 selkäydinvammaista. Heistä vain 12 on naisia, joten pohjoismainen yhteistyö esim. tällaisen kyselyn toteuttamiseksi on todella tarpeellista.

Norjassa on kolme kuntoutuslaitosta, Oslossa, Trondheimissa ja Bergenissä. Selkäydinvammaisten rekisteri on hyvä ja kattava. Selkäydinvammaisten naisten osuus on 20%.

Ruotsissa on kuusi kuntoutuslaitosta, joissa käy 80% uusista selkäydinvammaisista. Vuosittain Ruotsissa vammautuu 150 ihmistä ja selkäydinvammaisten naisten osuus on 20%. Ruotsilla on selkäydinvammarekisteri.

Tanskassa on kaksi selkäydinvammaisten kuntoutuslaitosta, Viborgissa ja Hornbaekissa. Vuosittain Tanskassa vammautuu 60 – 70 ihmistä. Selkäydinvammaisia on kahden eri organisaation piirissä, osin myös päällekkäin.

Suomessahan Synapsian kautta kulkee n. 95% uusista selkäydinvammaisista. Vuosittain Suomessa vammautuu tapaturmaisesti n. 100 ihmistä (naisten osuus n. 20%). Synapsialla on rekisteri asiakkaitaan.

Kyselyprojektin vetäjiksi päätettiin pyytää Agneta Siösteenä Göteborgin Spinal Cord Centeristä sekä Margareta Kreuteria, joka puolestaan on kokenut tutkija. He pystyisivät melko itsenäisesti vetämään tutkimusprojektia. Heidän kanssaan keskustellaan parhaillaan tutkimuksen kehyksistä ja he ilmoittanevat pian lopullisen päätöksensä asiassa. Projektinvetäjä ottaa yhteyttä myös kaikkiin pohjoismaisiin kuntoutuslaitoksiin yhteys henkilöiden löytämiseksi.

Kysely tullaan siis lähettämään kaikille selkäydinvammaisille naisille Pohjoismaissa. Sen avulla on tarkoitus kerätä tietoa seksiin, raskauteen, synnytykseen, ehkäisyyn ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Kokouksessa pohdittiin niitä kysymyksiä, joihin me selkäydinvammaisina naisina haluaisimme saada kyselyn avulla vastauksia.

Esimerkiksi rakasteluun liittyvistä asioista löytyy paljon pelkoja ja epätietoisuuksia. Eri rakasteluasennot, käytetyt apuvälineet, inkontinenssiasiat, ongelmat keuhkatetrien ja cystofixien kanssa, autonominen dysrefleksia seksin aikana, tuntopuutokset jne. Myös synnytykseen ja raskauteen liittyviä kysymyksiä on paljon. Esimerkiksi sektio vai ”normaali” synnytys, lantionpohjalihasten muutokset raskauden ja synnytyksen jälkeen pitkälläkin aikavälillä, painon aiheuttamat ongelmat raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen, synnytyksen vaikutukset virtsan pidätyskykyyn, autonominen dysrefleksia synnytyksessä jne.

Ja vielä esimerkkejä muiden aihepiirien kysymyksistä. Mikä on yleisimmin käytetty ehkäisymenetelmä? Onko ehkäisykeino vaihtunut vammautumisen jälkeen? Onko selkäydinvammaisten naisten kuukautiskierto säännöllinen? Miten naiset tuntevat kuukautiskivut?

Kysymyksiä kertyi paljon ja niitä kootaan edelleen. **Jos sinulle tulee mieleen jokin aiheeseen liittyviä kysymyksiä tai kommentteja edellä lueteltuihin seikkoihin**, vaikka kuinka lyhyitä, voit lähettää ne Paula Mustalahdelle

sähköpostitse paula.mustalahti@sci.fi tai osoitteeseen Kuriirinkatu 6, 15700 LAHTI

Voit myös soittaa 040 723 3990. Näitä kysymyksiä käytetään sitten apuna kun kyselylomakkeen varsinaisia kysymyksiä laaditaan. Tutkimus tulee olemaan erittäin mielenkiintoinen ja toivottavasti kaikki naiset ovat nyt aktiivisia, tämä on tärkeä tilaisuus!

Apuvälinepalvelujen laatusuositusta valmistellaan

Teksti: Outi Töytäri, Stakes

Apuvälinepalveluille kaivataan yhtenäistäviä suuntaviivoja. Viime vuonna Stakesissa tehdyn **Apuvälineiden saatavuus 2000**-selvityksen mukaan suurin osa kyselyyn vastanneista kuntoutusalan työntekijöistä toivoi valtakunnallisia linjauksia tai ohjeita apuvälinepalvelujen yhdenmukaistamiseksi. Tällä hetkellä apuvälineiden saatavuus ja luovutuskäytännöt vaihtelevat organisaatioittain ja alueittain.

Apuvälinepalvelujen valtakunnallista laatusuositusta on alettu valmistella Stakesissa. Ehdotus suositukseksi valmistuu vuoden loppupuolella. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö julkistaa valtakunnallisen, käytännön työtä ohjaavan laatusuosituksen.

Suosituksen tarkoituksena on tukea yhtäläisin perustein toimivien ja laadukkaiden apuvälinepalvelujen kehittämistä valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti niin, että kuntalaiset saavat apuvälineitä ja apuvälinepalveluja tarkoituksenmukaisesti ja tasa-arvoisesti asuinpaikasta riippumatta.

Laatusuositus lisää kuntalaisten, apuvälinepalvelujen tarvitsijoiden sekä heidän omaistensa tietoa laadukkaista apuvälinepalveluista. Suositus tukee sosiaali- ja terveydenhuollon apuvälinealan ammattilaisia ja muuta henkilöstöä työn suunnittelussa, kehittämisessä, toteuttamisessa, seurannassa ja arvioinnissa. Lisäksi suositus auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjien ja johdon päätöksentekoa apuvälinepalveluihin liittyvissä asioissa.

Laatusuositus perustuu apuvälinepalveluista tehtyihin tutkimuksiin ja selvityksiin sekä apuvälinealan eri toimijoiden yhteiseen näkemykseen toimivien ja laadukkaiden apuvälinepalvelujen käytännöistä. Stakes vastaa laatusuosituksen valmistelutyöstä apuvälinealan asiantuntijaryhmän tukemana. Apuvälineiden käyttäjät sekä apuvälinealan, ikääntymisen ja vammaispalvelujen asiantuntijatahot voivat vaikuttaa suosituksen sisältöön syksyllä järjestettävässä valtakunnallisessa kuulemistilaisuudessa. **Lisäksi kaikille halukkaille tulee mahdollisuus osallistua suositusluonnosten kommentointiin Stakesin Apudata -verkkosivujen kautta.**

Lisätietoja asiasta saa
suunnittelija Outi Töytäriiltä Stakesista
p. (09) 3967 2082, outi.toytari@stakes.fi

Asuminen ja siihen liittyvät palvelut

– asiakaslähtöisen suosituksen valmistelutyö käynnissä

Teksti: Projektipäällikkö Päivi Nurmi-Koikkalainen, Stakes

Stakesissa (Sosiaali- ja terveys alan tutkimus- ja kehittämiskeskus) on käynnissä vammaisten asumispalveluiden laatusuosituksen valmistelutyö. Laatusuosituksen laadinta on osa Valtioneuvoston hyväksymää Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa 2000 – 2003 (TATO) tavoite 10, kohta 53 mukaista toimintaa. Valmistelutyö ja esitys suosituksesta valmistuu syksyllä 2002. Varsinaiset suositukset antaa aikanaan Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Kuntaliiton kanssa.

Suositus on osa ns. tiedolla ohjaamista, jossa tavoitteena on tukea eri toimijoiden päätöksentekoa, palveluiden suunnittelua ja toteutusta. Aikaisemmin ovat valmistuneet suositukset vanhustenhuoltoon ja mielenterveystyöhön.

Vammaisten asumispalveluiden suositus on tarkoitettu asumispalveluiden järjestäjille, tuottajille ja käyttäjille. Suosituksesta toivotaan olevan apua, kun palveluiden käyttäjät ja muutkin kuntalaiset haluavat tarkastella ja arvioida vammaisten asumispalveluita. Ensisijassa kuitenkin tavoitteena on, että **suositus tukisi hyvien käytäntöjen ja asiakaslähtöisen työskentelyn vakiintumista asuntojen ja asuinympäristön sekä vammaisten asumiseen liittyvien palveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä.** Suosituksesta tulee kuntien käytännön työskentelyyn apuväline.

Vammaisten asumispalveluiden laatusuositus valmistelutyön yhtenä lähtökohtana on vahva **asiakaslähtöisyys.** Asiakkaan oikeutta hyvään palveluun korostaa vuonna 2001 voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (ns. asiakaslaki). Tässä hankkeessa asiakaslähtöisyys ymmärretään toimintana, joka pohjautuu yksilöllisiin tarpeisiin ja näkökulmiin. Tällöin ihmisten moninaisuuden hyväksyminen on itsestään selvää. Oikeaan tarpeeseen vastaavat ja laadukkaat palvelut voidaan toteuttaa vain tältä perustalta.

Asiakaslain tarkoituksena on edistää mm. asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Hyvään hallintoon kuuluu asiakkaan kuuleminen, päätöksentekovelvollisuus ja viranomaisen velvollisuus perustella päätökset. Perustuslain 6 §:ssä on säädetty yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta. Tällä hetkellä valtakunnallisesti voidaan todeta, ettei kansalaisten yhdenvertaisuus toteudu riittävästi vammaisten henkilöiden asumisessa ja siihen liittyvissä palveluissa. Yhdenvertaisuuden periaate edellyttää sitä, että samanlaisissa tilanteissa ihmisiä on kohdeltava samalla tavalla. Näin ei ilmeisestikään tapahdu, vaan asiakaskohtaiset ratkaisut saattavat vaihdella samanlaisissakin tilanteissa.

Kokemusten mukaan asumiseen liittyvissä palveluissa esiintyy epäselvyyttä ja vaikeutta mm. vaikeavammaisuuden ja vammaisuuden määrittelyssä. Määrittelyn horjuvuus eri tilanteissa vaikuttaa laintulkintaan ja palveluiden järjestämiseen. Epäselvyydet tällä alueella selittävät osaltaan kuntien erilaisia päätöksiä asumiseen liittyvissä palveluissa samantapaisissa tilanteissa. Eli kuka on vammaispalvelulain tarkoittama vaikeavammaainen asumiseen liittyvissä palveluissa? Jos henkilö katsotaan vaikeavammaiseksi vammaispalvelulain tarkoittaman palveluasumisen suhteen, niin hänellä on subjektiivinen oikeus palveluasumiseen. Asumiseen liittyviä palveluita järjestetään vammaispalvelulain lisäksi sosiaalihuolto- ja kehitysvammalain perusteella. Sovellettava laki määräytyy asiakkaan palvelutarpeen perusteella. Tarvitaan menetelmiä ja hyviä käytäntöjä palvelutarpeen arviointiin ja sen todentamiseen. Menetelmiä ja hyviä käytäntöjä etsitään ja kootaan suosituksen valmistelutyön kuluessa.

Palvelusuunnitelmien laaditaan ei ole vakiintunutta käytäntöä kaikissa kunnissa. Laadittunakaan niiden sisällön antamaa tietoa tarpeesta ja tarvittavista palveluista ei huomioida tulevaisuutta suunniteltaessa riittävästi kaikissa kunnissa. Palvelusuunnitelman tavoitteena on olla laatijan (kunnan) ja palveluiden tarvitsijan välinen yhteinen asiakirja, joka antaa tietoa olemassa olevasta ja mahdollisesta tulevasta palvelutarpeesta. Parhaimmillaan palvelusuunnitelma mahdollistaa pitkäjänteisen suunnittelun niin käyttäjän henkilökohtaisessa elämässä kuin kunnan toiminnassa.

Palvelusuunnitelma-nimitystä käytetään usein sellaisissa tilanteissa, joissa palveluntuottaja sopii käyttäjän ja maksajan (kunta, vakuutusyhtiö) kanssa yhteisesti tuottamastaan palvelusta. Tällöin olisi kenties tarkoituksenmukaisinta käyttää esim. palvelusopimusnimitystä. Suositustyön yhteydessä on jo tullut esille, että sekä kunnat, palveluiden tuottajat että asiakkaat toivovat suosituksen jonkinlaista kannanottoa myös palvelusuunnitelmasta. **Toivoisin SYV -lehden lukijoilta kokemuksia palvelu- ja kuntoutussuunnitelmista; niin hyvistä kuin huonoiksi koetuista suunnitelmista ja käytännöistä.**

Palveluiden lisäksi tasavertainen kohtelu liittyy rakentamiseen ja erityisesti asuinrakentamiseen. Yleisesti asunnosta ja asumisesta Suomen uusi perustuslaki toteaa 19,4 §:ssä ” **julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä**”. Omatoimiseen järjestämiseen liittyy monia asioita mm. perheolosuhteet ja perheen tarpeet, varallisuus. Tarkasteltaessa kahden samankaltaisessa elämäntilanteessa (perhesuhteiden, iän, työn, varallisuuden, asuinalueen) elävän henkilön mahdollisuutta valita asuntonsa ja asuinpaikkansa, niin eroavaisuuksia syntyy, jos toinen henkilö käyttää pyörätuolia. Yhdenvertaiset mahdollisuudet eivät toteudu asuntotilanteessa.

Tavanomainen asuntokanta sellaisenaan soveltuu usein erittäin huonosti pyörätuolin käyttäjälle. Kaikkia asunnoissa ja ympäristössä olevia asioita on vaikea muutostöilläkään saada toimiviksi. Silti edelleenkin rakennetaan runsaasti asuntoja, joiden saavutettavuus ja käytettävyys ovat erittäin huonot. Asuntokanta lisääntyi vuonna 2001 1,15 %, joten pelkästään uusien asuntojen esteettömyys/saavutettavuus ja käytettävyys ei ratkaise ongelmaa. Tarvitaan näiden asioiden huomioimista erityisesti korjausrakentamisessa. Myöskään pelkkä asunnon hyvä suunnittelu ei riitä, vaan asuinympäristön tulisi olla siten toteutettu, että liikkuminen onnistuu apuvälineidenkin avulla. **Saavutettavuus ja (moni)käytettävyys ovat hyvän rakentamisen ja toteutuksen tunnusmerkkejä.** Hyvällä asunto- ja asuinympäristösuunnittelulla voidaan vähentää palveluiden tarvetta. Huonolla suunnittelulla ja toteutuksella palvelutarvetta voidaan varmuudella lisätä.

Vammaisten asumispalveluiden laatusuositusohjelmassa liittyvät yhteydenotot, kommentit ja erilaiset näkemykset ovat erittäin tervetulleita:

e-mail: paivi.nurmi-koikkalainen@stakes.fi

puh. (09) 3967 2202

osoite: Stakes

Siltasarenkatu 18 PL 220, 00531 Helsinki

Kuvio 1.
asumispalveluissa on kyse?
toimintakenttä

Mistä vammaisten

Mikä on ASPA eli Asumispalvelusäätiö
Teksti: Matti Anttalainen

ASPA:n nimeen on törmännyt muutaman kerran, mutta ei ole ollut käsitystä mikä se varsinaisesti on. Päätimme esittää muutaman kysymyksen säätiön toiminnanjohtaja Risto Hämäläiselle. Päätimme myös jututtaa tuoretta ASPA:n asukasta, joka kirjoitti oman jutun kokemuksistaan.

Miten ja milloin syntyi ASPA?

ASPA on perustettu vuonna 1995 tuottamaan vammaisille henkilöille asumispalveluja tavallisessa asuinympäristössä. Toiminta perustuu asuntoryhmään, joka koostuu tavallisista asunnoista ja yhdestä huoneistosta, joka toimii avustavan henkilökunnan ja ryhmän asukkaiden tukikohtana.

Ketkä sen perustivat?

Säätiön perustivat 13 vammaisjärjestöä, joiden mukana myös Invalidiliitto.

Mistä tulevat ASPA:n rahat, joilla toimintaa pyöritetään?

Asuntojen hankintaa rahoitetaan säätiön omin varoin sekä RAY:n tuella. Palvelutoiminta rahoitetaan kuntien ostopalvelusopimuksilla. Toimintamme kehittämiseen saamme myös RAY:n tukea.

Kuinka monella paikkakunnalla ASPA toimii? Montako asiakasta Aspalla on nyt?

Aspa toimii tällä hetkellä 30 paikkakunnalla ja asiakkaita on tällä hetkellä 250.

Miten asunnot hankitaan, ovatko kaikki omistusasuntoja vai onko joukossa vuokra-asuntoja?

Mikäli etsitään yksittäistä asuntoa esim. mielenterveyskuntoutujalle asunto etsitään yhdessä hänen kanssaan. Asumispalveluvastaava ja asiakas etsivät asiakkaalle sopivinta ja mieluisinta asuntoa vapailta asuntomarkkinoilta.

Liikuntavammaisten asumispalveluryhmiä perustettaessa on päädytty uudiskohteisiin, joista ostetaan useampi asunto. Ostamme asunnot ennakkomarkkinointivaiheessa, jolloin pääsemme mukaan suunnittelemaan liikuntaesteettömiä asuntoa/yleisiä tiloja. Asiakkaan toiveet asunnon koosta ja pohjaratkaisusta otetaan uudiskohteissakin huomioon mikäli se on mahdollista.

Asiakas voi asua Aspan omistamassa vuokra-asunnossa, omassa omistusasunnossaan tai muussa vuokra-asunnossa. Aspan Herttoniemen asumispalveluryhmän asukkaat asuvat VVO:n vuokra-asunnoissa, vastaava yhteistyökohte valmistuu myös Vantaan Myyrmäkeen 10 / 2002.

Mikä asuntojen suurin etäisyys toisiinsa nähden?

Etäisyys voi olla mielenterveyskuntoutujien asumispalveluryhmissä jopa kymmeniä kilometrejä. Liikuntavammaisten asumispalveluryhmissä suurin osa asunnoista sijaitsee samassa taloyhtiössä, palveluja voivat saada myös lähistöllä asuvat asiakkaat. Mikäli kyseessä ovat ympärivuorokautiset palvelut sopiva etäisyys on kohtuullinen kävelymatka työntekijöille.

Montako asuntoa yleensä muodostaa yhden ryhmän?

Ryhmien koot vaihtelevat paikkakunnittain ja asiakkaiden palveluntarpeista riippuen. Ympärivuorokautisissa asumispalveluissa koko vaihtelee 6 – 13 asiakkaan välillä.

Miten löydetään nämä asunnot, kun niitä on useita lähekkäin, eikä aina varmaankaan kaikki samassa asuntoyhtiössä?

Asunnot löytyvät vapailta asuntomarkkinoilta, toisaalta asiakas saattaa itse saada lähistöltä vuokra-asunnon tai ostaa omistusasunnon.

Onko ryhmässä asuvilla mitään yhteistilaa tai -toimintoja?

Suurimmalla osalla ryhmistä on käytössään yhteistila, liikuntavammaisten asumispalveluryhmissä yhteistila on sekä asukkaiden että henkilökunnan käytössä. Yhteistä toimintaa on asukkaiden tarpeen tai toivomusten mukaan.

Miten ruuanlaitto? Tulevatko ruuat valmiina jostain vai laittaako avustaja?

Liikuntavammaisten ryhmissä asukkaat yhdessä päättävät järjestetäänkö yhteistilassa ruokailumahdollisuus, esim. Herttoniemessä osa asukkaista käyttää työntekijöiden valmistamia aterioita yhteistilassa ja osa ruokailee omassa

kodissaan. Kaikilla on mahdollisuus halutessaan laittaa ruokansa omassa kodissaan työntekijän avustamana. Käytäntö vaihtelee sen mukaan mitä asukkaat toivovat.

Miten mitoitetaan avustustarve? Onko 24 tuntia vuorokaudessa?

Henkilökuntamäärä mitoitetaan sen jälkeen kun asukkaat ovat tiedossa. Jokaisen asukkaan kanssa selvitetään hänen yksilöllinen palvelutarpeensa. Liikuntavammaisten palvelut ovat ympärivuorokautisia.

Avustuksen hinta? Onko hinta suurempi, jos avustustarve on suurempi?

Vammaispalvelulain mukaan saadut asumispalvelut ovat asukkaalle maksuttomia avun määrästä riippumatta. Ostopalvelusopimuksissa kuntien kanssa on käytössä sekä tasahintaa että palvelutarpeen mukaista maksuluokkajärjestelmää.

Hoitaako ASPA henkilökunta kaikki siivoukset, ikkunanpesut yms. jotka kuuluisivat kuntien kotihoidon piiriin?

Siivouspalvelut kuuluvat palveluihin.

Mitä maksaa asiakkaalle, mitä kunnalle?

Vammaispalvelulain mukainen asuminen on asiakkaalle maksutonta. Joissakin kunnissa kunta perii asiakkaalta kotipalvelujen mukaista omavastuuta mielenterveyskuntoutujien kotikäynneistä.

Entä asumisessa tarvittavat apuvälineet ja laitteet ja niiden sopivuus asukkaalle. Tehdäänkö asunnon tarvitsemat muutostyöt ”rääätälintyönä”?

Niissä asunnoissa, jotka ostetaan jo suunnitteluvaiheessa, asunto suunnitellaan yksilöllisesti. Erityistä huomiota on kiinnitetty wc-suihku- ja saunatiloihin, keittiöihin ja kutsulaitejärjestelmiin. Suunnittelussa pyritään huomioimaan myös muunneltavuus asukkaan vaihtuessa, esim. säädettävät keittiökalusteet. Mikäli asukas muuttaa jo valmiiseen asuntoon yksilölliset asunnonmuutostyöt maksaa asiakkaan kotikunta. Myös muut apuvälineet tulevat kotikunnalta kuten muissakin palveluasumismuodoissa.

Asunnon laatu? Onko kaikissa asunnoissa esim. oma sauna?

Kaikissa asunnoissa ei ole omaa saunaa, kaikki eivät sitä myöskään halua. Meillä on hyvin erilaisia asuntoja, jotkut asiakkaista viihtyvät vanhoissa kerrostaloissa ja osa arvostaa omaa saunaa tai liikuntaesteettömyyttä. Toki ostaessamme pyrimme ostamaan hyviä asuntoja olivatpa ne vanhoja tai uusia.

Onko rajoja asunnon koolle? Esim. jos yksinäinen henkilö haluaa, vaikka 100 m² huoneiston yksinään käyttöönsä.

Asuntoa ostettaessa asukkaan oma vuokranmaksukyky on rajoitteena asunnon koolle.

Miten vuokranmaksu, jos omat rahat eivät riitä? Saako asuntoihin asumistukea tai muuta?

Asuntoihin saa asumistukea. Ennen asunnon ostamista asiakkaan kanssa käydään läpi alustava vuokralaskelma, jolloin asukas voi miettiä olisiko asunnon vuokrataso hänen kukkarolleen sopiva. Myös alustavia asumistukilaskelmia tehdään, jotta yllätyksiä ei tulisi.

Miten avustajat palkataan, millaiset ovat koulutusvaatimukset?

Aspassa on työssä asumispalvelutyöntekijöitä. Koulutuksen vähimmäisvaatimus on sosiaali- tai terveydenhuollon koulutasoinen tutkinto.

Liikuntavammaisten asumispalveluryhmissä asukkaiden edustaja/edustajat osallistuu vakituisten työntekijöiden valintaan työhaastattelussa.

Kouluttaako ASPA työntekijänsä? Kutsutaanko heitä avustajiksi vai millä nimellä?

Aspalla ei ole vielä omaa koulutusta työntekijöille. Työntekijöiden ammatillista osaamista pyritään lisäämään omalla laatu- ja koulutuksella, työnohjauksella sekä käyttämällä ulkopuolista koulutustarjontaa mahdollisimman paljon. Työntekijät ovat asumispalvelutyöntekijöitä ja heidän esimiehenään toimii kussakin ryhmässä asumispalveluvastaava.

Millainen on työntekijöiden vaihtuvuus?

Työntekijöiden vaihtuvuus on erilaista eri paikkakunnilla. Pääkaupunkiseudun yksiköissä vaihtuvuus on ollut ongelmana, muualla Suomessa henkilökunta on pysyvämpää.

Hoitaako ASPA avustajien palkkaamisen ja siihen liittyvän byrokratian?

Hoitaa alusta loppuun.

Saako ASPA:lta avustajan esim. kauppareissulle, entä pidemmälle lomamatkalle?

Kauppareissuille saa avustajan mukaan. Ryhmäläiset sopivat yhdessä työntekijöiden kanssa kuinka kodin ulkopuoliset asiat hoidetaan joustavasti.

Myös risteilyille ja viikon lomamatkoille pyritään järjestämään avustaja. Pidemmistä matkoista ei ole tullut vielä toiveita.

Kuka vastaa avustajan kustannuksista tällä reissulla?

Matkakustannuksista vastaa asukas, jos kyseessä on ”yksilöllinen” matka. Työntekijän palkkakulut/päivärahakulut maksaa Aspa. Asumispalveluryhmän yhteisillä matkoilla, esim. risteilyt, maksaa Aspa myös työntekijöiden matkat palkkojen lisäksi.

Miten hakeudutaan asiakkaaksi? Kauanko kestää pääseminen asiakkaaksi?

Aspan palveluita tarvitsevan kannattaa olla ensin yhteydessä omaan sosiaalityöntekijäänsä ja Aspan aluevastaaviin asunto- ja asiakastilanteen selvittämisessä. Asiakkaaksi pääseminen riippuu hyvin pitkälti paikkakunnan tilanteesta.

Voiko asiakas hakea asuntoa mistä päin Suomea vaan? Muuttuuko silloin myös kotikuntakin, jos muuttaa uudelle paikkakunnalle?

Voi hakea, kotikunta ei muutu, jos kyseessä on Aspan omistama asunto ja palvelut. Käytäntö on sama kuin palvelutaloissa.

Miten vaikeavammainen pitää olla, että pääsee ASPA:n asiakkaaksi. Pääseekö ns, omatoiminen, joka ei välttämättä tarvitse aivan joka päiväistä apua vaan silloin tällöin esim. siivoukseen, talvella liikkumiseen, kaupassa käyntiin jne.

Aspan kannalta vamman haitta-asteella ei ole merkitystä, kotikunnalta maksusitoumuksen saaminen voi tosin olla vaikeampaa niille, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista palveluasumista.

Millaiset tulevaisuuden näkymät?

Aspa käynnistää vuosittain vammaisasumiseen liittyviä selvityshankkeita 5 – 6 paikkakunnalla sekä toteuttaa uusia asumispalveluryhmiä vuosittain muutamia.

Tulevaisuus?

Aspa kasvaa ja kehittyä tuottamaan yhä laadukkaampia vammaisten asumispalveluita hajautetun palveluasumisen periaatteella.

Montako asuntoa tullaan vuosittain hankimaan?

Vuosittain hankitaan ehkä 50 – 10 uutta asuntoa.

Laadukasta asumista ASPA:n asukkaana
Teksti: Antti Eskelinen Kuvat: ASPA

Asumispalvelusäätiö ASPA on kolmentoista vammaisjärjestön perustama säätiö. ASPA tarjoaa laadukkaita vuokra-asuntoja palveluineen vammaisille .

Selailllessani noin vuosi sitten internet sivuja huomasin kiintoisat ASPA :n kotisivut, **www.aspa.fi**. Näillä sivuilla Asumispalvelusäätiö esittelee toimintaansa. Lukiessani sivuja, huomasin juuri tämän asumisidean sopivan minulle.

Itsenäistä asumista, johon saa kotiapua silloin kun sitä tarvitsee. Avustajan apua saa kaksikymmentäneljä tuntia vuorokaudessa juuri silloin kun se apu on tarpeen.

ASPAN kotisivuilla on myös hakukaavake, jolla palveluasuntoa voi hakea. Muutaman harkintapäivän jälkeen päätin täyttää kaavakkeen ja lähetin sen saman tien.

Hiukan hämmästyin eräänä päivänä, kun puhelin soi. – Sirpa Räsänen ASPA:ta, hei. oletko vielä kiinnostunut meidän palveluasumisesta? No olin, vastasin ja niin sovittiin, että Sirpa tulee käymään Rovaniemellä, jotta voimme kartoittaa minun avun tarpeeni päivittäin. Sirpa toi mukanaan myös valokuvia asunnosta, josta mahdollisesti tulisi minun uusi koti.

Poikkesin vielä kesällä Helsingin Vuosaarella, jossa olin asunnon saanut. Teimme rakennusliikkeen kanssa yksityiskohtaiset suunnitelmat muutostöitä varten. Rovaniemen kaupungin vammaispalvelun kanssa sovimme kustannuksista vammaispalvelulain puitteissa. Totean tässä, että Rovaniemi on suhtautunut erittäin rakentavasti ja tyylikkäästi minun paikkakunnan muutokseen.

Muutostyöt kohdistuivat etupäässä keittiön kalusteisiin ja saunan pieneen remonttiin. Kylpyhuoneen nosturin asensi laitteen maahantuoja. Asiat etenivät siten, että marraskuun vaihteessa muutin Vuosaaren Iiluodontielle.

Varsinainen muuton suoritti rovaniemeläinen muuttoliike, joka toimitti muuttolaatikat ym. tarvittavat pakkausmateriaalit.

Paluu vuosien jälkeen Helsinkiin sujui kohtalaisen helposti, tulinhän entiseen työpaikkakaupunkiin, joten tuttavapiiri löytyi uudelleen vuosien jälkeen.

Katetrikeskustelu jatkuu!!!
Käyttäjän arvio katetreista
Teksti: Antero Räsänen

Lehden edellisessä numerossa tarjosimme johtaville kertakäyttöisten katetrien maahantuojille mahdollisuuden esitellä tasapuolisesti omia tuotteitaan. Samalla pyysimme kokemuksia ja kommentteja esitellyistä tuotteista. Seuraavassa erään pitkäaikaisen katetrinkäyttäjän perusteltu, kriittinen ja varmasti keskustelua aiheuttava puheenvuoro.

Käyttäjä Antero Räsänen arvio katetreista

LoFRIC on pioneeri katetrimarkkinoillamme. Vedellä täytettävässä pakkauksessaan liotettu katetri on valmistajan ohjeiden mukaan käyttövalmis 30 sekunnissa. Katetri kuitenkin liukastuu merkittävästi, jos sitä liottaa kauemmin. Vuosien ja tuhansien käyttökertojen kokemuksella uskallan sanoa, että paras liukkaus saavutetaan liottamalla katetria vähintään ½ tuntia. Selitys hyvälle liukkaudelle on varmaan, että koko liukastusainekerros sulaa, kun pikaliotus sulattaa vain pinnan. Suosittelen vähintään muutaman minuutin liotusta, ellei ole erityistä kiirettä. Talonpoikaisjärki sanoo, että minimikitka on terveellisin tapa useimpien meikäläisten kohdalla loppuiän ja tuhansia kertoja toistuvan toimenpiteen yhteydessä.

Arvio:

LoFric katetri on ominaisuuksiltaan ylivoimainen. Materiaali on täsmälleen sopivaa: riittävän mutta ei liian jäykkää. Muovautuu, eikä pinnistele suoraksi virtsaputken kaarteissa ja kulkee nöyrästi kerran taivuttuaan. Ainoa puute on, ettei katetri SpeedyCathin tavoin ole välittömästi käyttövalmis. Kiistaton ykkönen meikäläisten arkikäyttöön.

HOLLISTER INSTANT CATH on itsenäisesti katetroivan (miehen) käyttöön huonosti soveltuva katetri, jota on hankala käyttää. Liukastusaineeksi tarkoitettu siirappimainen aine on niin sitkeää, että katetrin sisäänvienti on erittäin vaikeaa. Valmistajan ohjeissaan korostama pyrkimys korkeaan hygieniatasoon heittää häränpyllyä hirmuisen kitkan ja muovituppeen pakatun katetrin käytön vaikeuden vuoksi. Katetria tulisi ohjeen mukaan kuljettaa steriilistä tupestaan ulos vähän kerrallaan tupen päässä olevan liukastussuuttimen läpi ja samanaikaisesti työntää sitä prosessin edistyessä virtsaputkeen. Katetrin velttouden ja ”liukastus” aineen suuren kitkan vuoksi putki pyrkii mutkille ja sen virtsaputkeen saaminen on melkoinen saavutus. Toimenpiteen suorittamiseksi ohjeissa neuvotulla tavalla tarvittaisiin enemmän kuin kaksi kättä.

Arvio:

Hollister on ylivoimaisesti hankalin käyttää, lähes toivoton tuote.

SPEEDY CATH on uusi tulokas. Siinä on merkittävä kilpailijoiltaan puuttuva ominaisuus, jonka merkitys korostuu varsinkin matkoilla: katetri on välittömästi käyttövalmis ilman mitään valmisteluja. Se odottaa käyttöä keittosuolaliuoksessa pakattuna lujaan, asialliseen pakkaukseen. Katetrointi alkaa hyvin. Kitka katetrin ja virtsaputken välillä on esimerkillisen pieni ja helposti sisään sujahtava katetri liukuu vaivattomasti.

Mutkassa, jossa vitsaputki kaartuu ylöspäin kohti rakkoa vastus yllättäen kasvaa jyrkästi. Koko loppumatkan rakkoon asti vastus oli poikkeuksellisen suuri ja tunnon puutteesta huolimatta olo tuntui tukalalta. Ulosvedetty katetri selitti kivuntunteen: kärkeosassa oli verta! Rakonseutua nipisteli. Katetroidessani seuraavan kerran vakituisesti käyttämälläni katetrilla, tuntui virtsaputki ahtaalta ja katetrointi oli vaikeaa.

Hankittuani numeroa ohuempia SC katetreja elimistö rauhoittui muutamassa päivässä. Pidettyäni kokeilujen välillä riittävän rauhoitusajan, kokeilin kaksi kertaa uudelleen samanlaisin tuloksin. Katetria tutkiskelemalla on helppo ymmärtää, mistä verenvuoto ja ärtyminen johtuivat: katetrit valmistettu liian jäykästä ja kimmoisesta materiaalista. Se ei virtsaputken kaartein taivuttamana tahdo säilyttää käyristynyttä muotoaan, vaan pyrkii jousen tavoin suoristumaan ja raapii näin virtsaputken mutkan ulkoreunaa koko ajan. Jokainen voi itse todeta asian: SC katetri ei toisten katetrimerkkien tavoin oikene mutkalle taivutettuna hitaasti, vaan pyrkii heti suoraksi.

Erään selkäydinvammaisen tuttavani ensikokeilu johti runsaaseen verenvuotoon. Marian sairaalan urologian poliklinikan lääkäri käytti poloista virtsaputkea tähytetyään vammasta nimitystä Via Falsa (väärä tie). Virtsaputken seinämässä on vaurio, johon katetrin pää ohjautuu, eikä pääse normaalisti rakkoon. Kuukauden katetrointitauon jälkeen kuoma palasi tuttuun merkkiinsä.

Toinen Espanjassa talvensa viettävä tuttavani lastasi SpeedyCathia pikaisesti kokeiltuaan niitä mukaansa talven tarpeiksi. Kohta perille päästyään soitti ja ihmetteli, mitä tehdä kelvottomiksi osoittautuneilla uutuuskatetreilla ja miten saada käyjiä tilalle. Kokemuksensa olivat olleet samat kuin minulla: verenvuotoa ja aristusta.

Arvio:

SpeedyCath on vaarallisen jäykkä keskeneräisenä markkinoille laskettu tuote, jota on ilman erityistä sen käyttöä puoltavaa motiivia viisainta varoa edes kokeilemasta. Nykyisenlaisena soveltuu välittömän käyttövalmiutensa ansiosta esim. matkalla tilapäisesti käytettäväksi ja HUOM: turvallisesti yhtä numeroa käyttäjän tavallisesti käyttämää ohuempana, jolloin katetri on ratkaisevasti notkeampi. Ohutta on tosin vaikeampi saada sisään kuin normaalikokoista ja tarkoitan nyt vain matkaa virtsaputken kaarteeseen asti.

Itselläni olisi koko ajan polttava tarve saada, erityisesti yökäyttöön, välittömästi käyttövalmis katetri ja odotankin malttamattomana SC:lta uutta ”evoluutioversiota”.

Yhteenveto

Edellä sanomani arviot ovat tietysti vain minun henkilökohtainen käsitykseni tuotteista. Olen kuitenkin käyttänyt katetreja yli 10 vuoden ajan eikä sorminäppäryydessäni ei ole vammasta johtuvaa vikaa, joten on niillä ehkä joku vinkkiarvo kokemattomille.

Katetrin oikea koko on erityisen tärkeää. Oma valintani pitkään kokemukseeni perustuen on Nelaton 12. Tähän valintaan vaikuttavaa täysin kunkin käyttäjän oma anatomia.

Olen ollut yhteydessä kahteen maahantuojista. Heidän suhtautumisensa tuotteen arviointiin ja parannusehdotuksin poikkesivat jyrkästi toisistaan. Toinen kirjasi tyytyväisenä saamansa negatiivisenkin palautteen, toinen suhtautui kaikkeen sanomaani epäillen ja asiat paremmin tuntevan kaikkietävällä tomeruudella, vaikka tuskin on katetria virtsaputkeensa työntänyt! Sain jälkimmäiseltä puhelimesta ja kirjallisesti täysin arvottomia neuvoja, joita noudattamalla katetrintulos poikkeaisi tyystin minun ”loistavaa ja yleisesti erinomaisena pidettyä tuotetta” arvostelleen huonoista kokemuksistani. Olin kuulemma ensimmäinen, joka antoi negatiivista palautetta ja tunnustipa edustaja epäilevänsä minua kilpailijan provokaattoriksi! Kirjoitettuani suoraan tehtaalte, sain kuulla, että esittämäni arvostelu, kertomani käyttökokemukset ja käyttämäni ilmaisut ovat vakavia syytöksiä! Väitteideni todenperäisyyden varmistamiseksi tulisi kiireesti koota kokoon kaikki asiaan liittyvät henkilöt lääkäreitä myöten, naps! Koolle kutsumisen tulisi tapahtua minun toimestani! Kirjeen henki oli, että tärkeää olisi selvittää minun sanojeni paikkansapitävyys. Tarpeesta ja halusta kehittää katetria käyttäjien toiveiden mukaiseksi, heidänkin liikevaihtonsa parhaaksi, ei puhuttu sanaakaan.

Kevätterveisin

Antero Räsänen

antero.rasanen@kolumbus.fi

Yksi kuntoutuslaitos vastaamassa kuntoutuslaitoskyselyyn
Teksti: Kankaanpään kuntoutuskeskus

Annoimme mahdollisuuden vielä tässä lehdessä esitellä kuntoutuslaitoksia, jotka kuntouttavat selkäydinvammaisia. "Onkeen tarttui" vielä Kankaanpään Kuntoutuskeskus, joka vastaa edellisessä lehdessä esittämiimme kysymyksiin.

Kuntoutussairaalasäitiö Kankaanpään omistamana Kankaanpään Kuntoutuskeskus,
Kelankaari 4, 38700 Kankaanpää,

<http://www.kuntke.fi>

Yhteyshenkilöt: neurologisen yksikön vastaava Marja Pöyhölä p. (02) 573 3236,

e-mail: marja.poyhola@kuntke.fi tai

ylilääkäri, neurologi Riitta – Liisa Paavilainen

p. (02) 573 3530,

e-mail: riitta-liisa.paavilainen@kuntke.fi;

1. Mitä toimenpiteitä ja tarkastuksia sisältyy jo maksusitoumukseen?

Maksusitoumuksesta (Kela, vakuutusyhtiö, terveydenhuolto) riippumatta jakso sisältää tietyn rungon esim. lääkärin ja fysioterapeutin alku- ja loppututkimuksen, esikyselyn ja lääkärin läheteen perusteella alustavasti suunnitellut terapiat ja hoidot.

2. Mitä muita terveydellisiä ja kuntoutukseen liittyviä palveluita on tarjolla?

Muita kuntoutusjaksoilla saatavia terapioiden on toiminta- ja fysioterapian (mm.apuvälineet), neuropsykologin, sosiaalityöntekijän, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, seksuaalineuvojan, inkontinenssiterapeutin ja jalkojenhoitajan käynnit. Kuntoutusjakson aikana tapahtuvat terapiat suunnitellaan asiakkaan kanssa yhdessä alkututkimustilanteessa. Niitä ohjelmoidaan myös etukäteen asiakkaan omien tavoitteiden mukaisesti.

3. Mitä tapahtuu kahtena ensimmäisenä ja kahtena viimeisenä päivänä kuntoutuksessa?

Kahden ensimmäisen päivän aikana kuntoutujalla on lääkärin alkututkimus, tuloryhmät, alkuhaastattelut, fysioterapeutin alkututkimus ja liikunnallisia ryhmiä sekä mahdollisesti yksilöaikoja eri terapeuteille. Kahden viimeisen päivän aikana on vastaavasti loppututkimukset (lääkäri ja fysioterapeutti) ja loppupalautetilaisuus sekä ohjelmaan merkityt ryhmätoiminnot ja yksilöajat.

4. Montako selkäydinvammaista käy kuntoutumassa teillä vuosittain?

Vaikeavammaisista asiakkaita v. 2001 yhteensä 1578 ja vuorokausia 27 202, joista kurssivuorokausia 2605. Selkäydinvammaisten osuus n. 6 %

5. Mitä sisältää tavallinen kuntoutusohjelma?

Lääkärin alku- ja loppututkimuksen, yksilöllisen fysioterapian, toimintaterapian, puheterapian, ravitsemusterapian, sosiaalityöntekijän, erikoissairaanhoidajan ja psykologin yksilökäynnin tarvittaessa, toiminnalliset ja liikunnalliset ryhmät, erilaisen päivän (tapahtuu talon ulkopuolella), keskusteluryhmät, sosiaalityöntekijän ja psykologin ryhmät, jalkojenhoidon ja fysikaaliset hoidot tarvittaessa. Apuvälinetarpeiden arviointi fysio- ja toimintaterapeutin kanssa sekä kuntouttava hoitotyö osastoilla, (mm. seisoma- ja motomedharjoitukset) Lisäksi ohjelmoidut itsenäisesti suoritettavat harjoitusohjelmat.

6. Millaisia hoitoja kuntoutuksen yhteydessä on mahdollisuus saada?

Vesihieronta, kylpyjä, hierontaa, savi- ja parafiinihoitoja, kylmä- ja lämpöpakkaushoitoja, solarium, jalkahoitoja, kasvo- ja käsihoitoja ja kampaamopalveluita.

7. Montako kuuluu selkäydinvammaisten ryhmään vai onko vain yksilökuntoutusta?

Ryhmässä on 6 – 8 henkilöä. Yksilökuntoutus toteutetaan pääsääntöisesti ryhmämuotoisena, jossa yhteisten ryhmien lisäksi on yksilöllinen ohjelma.

8. Mitä muita kuntoutuskursseja on mahdollisesti menossa tai montako kuntoutujaa on samanaikaisesti talossa?

Neurologisessa yksikössä menee yhtä aikaa kahdeksan vaikeavammaisten yksilöryhmää ja yksi kurssiryhmä (n. 72 asiakasta). Kurssit ovat aivohalvaus-, selkäydinvammaisten-, lihassairauksien-, parkinson- ja kehitysvammaisten kurssit. Lisäksi talossa on koko ajan työikäisiä kuntoutujia ja veteraaneja/geriatriasia asiakkaita (n. 130 asiakasta).

9. Mitä liikuntatiloja on käytössä kuntoutuksessa?

Liikuntatiloja on kaksi kuntosalia (tavallinen ja pyörätuolikuntosali), liikuntasali, areena (= iso terapiatila, sopii erityisesti pyörätuolin käyttäjille), allasosasto, jossa iso allas ja lämpimämpi terapia-allas (molempiin nosturit). Saunoissa sekä pesu- että pukutiloissa inva-varustus, löylyhuoneeseen pääsy pyörätuolilla. Lisäksi rentoutustiloja ja ilma-aseammuntarata. Ulkona kuntorata, pelikentät, pyörätuoliharjoittelurata.

10. Onko avustuspalveluja saatavissa (esim. pukeminen, hygienia, ruokailu) ja milloin saatavissa; työaikana vai 24 h?

Vaikeavammaisille on avustuspalvelut käytössä 24 h vuorokaudessa. Arkisin päivällä (7 – 16) on sairaanhoitotasoinen henkilöstö, iltaisin ja viikonloppuisin perushoitajatasoinen ja öisin on lääkintävahtimestari ja kaksi perushoitajaa/kuntoutusavustajaa. Ao. henkilöstö avustaa asiakkaita kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Huoneissa on kutsulaitteet.

11. Miten henkilökohtaiseen avustajaan suhtaudutaan?

Asiakkaalla voi olla henkilökohtainen avustaja ja hänen majoituksesta ja ruokailustaan peritään eri maksu. Lisäapua saa tarvittaessa.

12. Vapaa-ajan toiminta ulkona ja sisällä sekä niiden aukioloajat?

Vapaa-aikana on tarjolla talon vapaa-ajanohjelma, joka sisältää esim. retkiä, askarteluittoja, ilma-aseammuntaa, elokuvia, ohjelmallisia iltamia, lauluiltoja, erilaisia kulttuuri-ilttoja. Lisäksi liikuntatilat ovat käytössä iltaisin. Talossa on ravintola ja kahviopalvelut, jotka ovat avoinna joka ilta. Lisäksi ravintolassa on kolmena iltana viikossa elävää musiikkia ja muina iltoina karaoke iltoja sekä lauluiltoja. Talon ympäristössä hyvät ulkoilumahdollisuudet myös pyörätuolin käyttäjille.

13. Miten majoittuminen?

Majoitus kahden hengen huoneessa; erityisistä syistä mahdollisuus yhden hengen huoneeseen (KKK:n lääkärin arvio). Vaikeavammaisten majoitushuoneet, jotka ovat tavallisia hotellihuoneita, ovat ns. hoito-osastolla, jossa on henkilökunta paikalla 24 h vuorokaudessa. Huoneet ovat inva-varusteltuja (Säädetävät sängyt, hälytysjärjestelmä, tilavat kylpy- ja WC-tilat, korotusmahdollisuus WC:ssä, tukikatteet) nosturit tarvittaessa. Muutamia ympäristöhallintahuoneita ja parvekkeellisia huoneita. Tupakointi sallittu vain tupakointitiloissa.

14. Mitä muuta haluatte kertoa mahdollisesti selkäydinvammaisille kuntoutujille?

Kankaanpään Kuntoutuskeskus on 210 paikkainen kuntoutuslaitos, jonka toiminta-ajatuksena on tarjota korkeatasoisia ja vaativia kuntoutuspalveluita. Tavoitteena on osaavan henkilöstön ja ajanmukaisten tilojen ja toiminnan avulla saavuttaa asiakkaiden tyytyväisyys.

Vaikeavammaisten parissa työskentelee n. 85 henkilöä jakautuneena kolmeen moniammatilliseen kuntoutustiimiin. Tiimiin kuuluu erikoislääkäri (neurologia/ geriatria/yleislääketiede), fysioterapeutteja, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, neuropsykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, seksuaalineuvoja, inkontinenssiterapeutti, jalkojenhoitaja, sairaanhoitaja, perushoitajia, kuntoutusavustajia, lääkintävahtimestari, askartelunohjaaja, hieroja ja vapaa-ajanohjaaja.

Panostamme asiakkaan kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen tavoitteena toimintakyvyn ja liikkumisen kohentuminen/ylläpitäminen, elämänlaadun parantuminen, voimavarojen hyödyntäminen ja itsehoitoon motivoituminen.

Kehitämme jatkuvasti tietokoneavusteista kuntoutusta ja olemme vahvasti kehittämässä yhdessä paikallisten yrittäjien kanssa esteetöntä luonnossa liikkumista. Hyödynnämme luontoa myös elämyksellisen kuntoutuksen osalta. Vahvuutenamme on mahdollisuus toteuttaa kuntoutusta myös runsaasti päivittäisissä toiminnoissa avustusta tarvitseville asiakkaille.

Selkäydinvamma-leiri jälleen Kisakeskuksessa 27.-31.5.

Teksti: Pekka Hätinen

Urheiluopisto Kisakeskuksessa järjestetyt selkäydinvammaisten kurssit ovat olleet monelle meistä kimmoke liikuntaan ja muihin harrastuksiin. Vuosien varrella sadat henkilöt ovat viettäneet muutaman keväisen päivän korven keskellä.

Toiminta alkoi Suomen Invalidien Urheiluliiton selkäydinvammaajaoston aloitteesta jo 1970-luvun alkupuolella. Pyörätuoliturheilu eli voimakasta nousukautta ja uusia harrastajia hakeutui kursseille runsaasti. Erkki Kantonen toimi vetäjänä monella vauhdikkaalla kurssilla, jossa urheilun ohella sopeuduttiin yötä myöten myös elämään pyörätuolinkäyttäjänä.

Allekirjoittanut otti vetovastuun moneksi vuodeksi ja viimeisimmät SIU:n kurssit 90-luvun puolivälissä hoiti ansiokkaasti Kari Tiainen. Kurssit lopuivat SIU:n rahapulaan muutamaksi vuodeksi, mutta Invalidiliiton selkäydinvammatyöryhmä päätti elvyttää toiminnan uudelleen. Sisältö oli vuosien kuluessa hiljalleen painottunut liikunnan ohessa myös sopeutumiseen elämään selkäydinvamman kanssa. Nykyisin ohjelma on sopiva sekoitus fyysistä ja psyykkistä aktiviteettia aamusta iltaan.

Kisakeskus alkoi ensimmäisenä urheiluopistona huomioimaan myös pyörätuolinkäyttäjien tarpeet. Tällä hetkellä kaikki päärakennuksen liikunta- ja majoitustilat ovat kohtuullisesti liikuntaesteettömiä. Kurssien vetäjinä ovat aina toimineet itse selkäydinvammaiset henkilöt. Seuraavassa nykyiset vastuuhenkilöt Tarja Heikura ja Ari Aalto vastaavat toimituksen kysymyksiin.

Miten kauan olette vetäneet?

Ari: Tämän vuoden leiri on viides putkeen molemmilla.

Miten tulitte mukaan?

Tarja: Pekka Hätinen tiedusteli halukkuuttani lähteä vetämään selkäydinvammaisille tarkoitettua leiriä.

Ari: Hätisen Pekka SIU:sta soitti ja kysyi olisiko minulla kiinnostusta lähteä vetämään Tarjan kanssa urheiluleiriä. Invalidiliiton tullessa yhteistyöhön mukaan (nykyään leiri on kokonaan I-liiton) sisältöä muokattiin, eli vähennettiin urheilua ja lisättiin luentoja. Toiset leiriläiset halusivat enemmän urheilua, mutta kaikki eivät jaksa tai halua liikkua yhtä paljon, joten nykyinen selkäydinvammakurssi on mielestäni aika onnistunut sekoitus liikuntaa ja hyödyllisen tiedon saantia.

Milloin alkaa seuraavan leirin suunnittelu?

Tästä eteenpäin molemmat yhteen ääneen:

Kevään 2002 leirin ohjelma on jo valmis. Paraikaa (25.2) yritämme tavoittaa loputkin luennoitsijoista ja yritämme saada heidän ja leirin aikataulut sopimaan yhteen.

Miten paljon aikaa menee leirin suunnitteluun?

Ensimmäistä leiriä rakensimme pitkään ja hartaasti. Sitä suunniteltiin, muokattiin, poistettiin, lisättiin, karsittiin, parsittiin, riisuttiin ja kasattiin. Sitten vielä vähän höylättiin ja viilattiin ja kas - se oli siinä. Ensimmäisestä leiristä saadun palautteen perusteella selkäydinvammatyöryhmä oli samaa mieltä kanssamme, että leirin peruskonseptiin ei ole syytä tehdä suuria muutoksia. Mitä nyt sitten aina vähän viilataan ja höylätään ...

Nykyään suunnitteluun ja valmisteluun menee joitakin kymmeniä tunteja. Valmistelu menee jo melkein rutiinilla, mutta se vie aikansa. Suunnittelu on tässä vaiheessa enimmäkseen hienosäätöä ja muutamia uusia pikkujuttuja. Vaikeinta on saada ne sopimaan ohjelmaan ilman suuria ohjelman ja aikataulun muutoksia. Joitakin uusia asioita haluaisimme leirille lisää, mutta budjetin rajoissa on meidänkin liikkuminen.

Hoidatteko kaikki asiat kahdestaan?

Varsinainen pohjatyö, kuten leirin ohjelman suunnittelu ja luennoitsijoiden valinta on pitkälti meidän kahden aikaansaannosta. Hyödyllisiä vinkejä tippuu aina silloin tällöin suunnittelun aikana Invalidiliitosta. Suunnitteluvaiheen ja leirin välisenä aikana saamme I-liitosta apua käytännön asioissa, kuten postituksessa.

Suuren osan käytännön työstä leirin aikana tekevät avustajat. He ovat tiiviisti tekemisissä vieraiden ihmisten kanssa viiden päivän ajan, jopa 18 tuntia vuorokaudessa, joten heidän sosiaaliset kykynsä merkitsevät paljon avustajia valitessamme. Viime vuonna avustajien joukossa oli mm. sairaanhoitaja, palomies-sairaankuljettaja ja fysioterapeutteja. Tästä on myös se hyöty, että mahdollisen vahingon sattuessa pystymme myös antamaan tarvittavan ensiavun monenlaisiin tapaturmiin tai urheiluvammoihin omin voimin. Vastaavanlainen ”tiimi” pyritään saamaan kasaan tänäkin

vuonna. Sopivien avustajien leirille saaminen onkin yksi vaikeimmista hommistamme valmisteluvaiheissa. Heidän ei ole helppoa järjestää itselleen vapaata normaaleista töistään viikoksi, eikä palkkakaan ole houkuttelevan korkea. Onneksi kuitenkin olemme saaneet leireille hyvät avustajat. Pätevä henkilökunta takaa leiriläisen pärjäämisen vähän vaativammissakin olosuhteissa ilman henkilökohtaista avustajaa. Tarkoitus onkin, ettei kenelläkään ole puolisoa tai avustajaa mukana leirillä.

Luentoja lukuun ottamatta melkein kaikki valveaika on meidän työaikaamme. Leirillä ollessamme Tarja mm. varmistaa, että ruoka- ja talouspuoli toimii. Arin erityinen vastuualue on liikuntapuoli. Pääasiassa valvomme, että asiat hoituvat niin kuin olemme etukäteen suunnitelleet. Osallistumme urheilulajiesittelyihin ja pelaamisiin avustajien kanssa mahdollisimman paljon. Olemme siis miltei koko ajan ”pelissä mukana”. Iltaisin henkilökunta kokoontuu ”pikapalaveriin” (pahimmillaan kestänyt neljä tuntia), jossa käydään läpi päivän tapahtumat ja kartoitetaan ne asiat, jotka vaativat erityistä silmälläpitoa tai toimenpiteitä jatkossa.

Mitä leiri antaa teille itselle?

Kyllä siitä jää hyvä mieli, kun leiriläinen löytää jonkun itselleen uuden asian, josta on hänelle iloa tai hyötyä mahdollisesti vuosiksi eteenpäin. Olkoon se sitten vaikka uusi harrastus tai jokin jokapäiväiseen elämään vaikuttava asia. Leiriläisten antama positiivinen palaute kertoo, ettei työ ole mennyt hukkaan.

Teettekö työtä talkooperiaatteella?

Leirialalta saamme palkkaa saman verran kuin avustajatkin. Suunnittelu- ja valmistelutyöstä emme saa erillistä korvausta. Talkootyötä tämä ei ole, mutta tuntipalkka ei ole päättä huimaava.

Miten paljon on leirille yleensä halukkaita?

Yleensä hakijoita on 10 – 15. Ihanteellinen ryhmäkoko on 12 – 14 leiriläistä. Silloin kurssilaiset ehtivät paremmin tutustumaan toisiinsa, ja ryhmähenki syntyy nopeammin.

Pääsevätkö kaikki halukkaat leirille?

Tähän saakka miltei kaikki ensikertaa hakeneet ovat päässeet leirille. Useat ovat pyrkineet leirille ”kertaamaan opintojaan” ja jotkut ovat päässeetkin.

Mitkä ovat valintakriteerit?

Leiri on suunniteltu pyörätuolia apuvälineenään käyttäville selkäydinvammaisille. Joka täyttää nämä kriteerit on tervetullut leirille. Ikä ei ole rajoite.

Onko leiri tarkoitettu vasta vammautuneille vai pääseekö ”konkarikin” leirille?

Mielellään ottaisimme vastavammautuneita, mutta kyllä konkaritkin pääsevät mukaan, jos kokee hyötyvänsä leiristä ja vapaita paikkoja on jäljellä. Vastavammautuneet kuitenkin hyötyvät yleensä leiristä ”konkareita” enemmän.

Millaisia ovat leiriläiset yleensä olleet?

- tuntevatko he jo toisensa ennen leiriä?

Jotkut tuntevat toisensa etukäteen, mutta harvat.

- vastavammautuneita?

Aivan ”tuoreita” on ollut muutamia. Henkilöstä riippuen n. 2 kk – 2 v kuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen olisi ehkä optimaalinen ajoitus tulla leirille. Leirillä on hyvät mahdollisuudet vastavammautuneelle jatkaa mm. siirtymisharjoittelua tai kehittää pyörätuolilla liikkumistaitoja erilaisissa olosuhteissa.

Miten paljon on ollut ”tetroja” ja ”paroja” yleensä leirillä?

Tetroja on ollut 3 – 4 kerrallaan. Paljon enempiä ei avustettavia ”tetroja” voi olla leirillä yhtäaikaan, koska avustajien homma kävisi muuten kohtuuttoman raskaaksi.

Onko mitään kokoontumista leirin jälkeen?

Leirin jälkeen ei ole varsinaista leirikokoontumista, mutta monia uusia ystävyysuhteita on leireillä solmittu ja sen myötä, jotkut leirillä olleista tapailevat toisiaan leirin jälkeenkin.

Pahimmat kommellukset tai muistorikkaimmat muistot mitä leirillä on tapahtunut?

Pahoja kommelluksia?? Ei ole??? Muistoja? Hauskoja tilanteita on ollut paljon, (mm. rantasaunalla) mutta ne ovat tilannekomiikkaa, eivätkä näin kirjallisessa muodossa ole lähellekään yhtä huvittavia, joten jätetään kertomatta.

Tulevan leirin ohjelma? Miltä näyttää seuraava leiri?

Ohjelmassa on mm. erilaisia hyödyllisiä luentoja selkäydinvammaan liittyen ja urheilulajiesittelyjä (mm. koripallo, rugby, tennis, sulkapallo, jousiammunta, pöytätennis...). Tiedossa on paljon mukavaa yhdessäoloa, liikkumista ja auringon paistetta. Riittävä määrä lepoa tasapainottaa kohtalaisen tiukkaa aikataulua.

Yleistä höpinää

Paikka on kaunis, luonnonläheinen järvenranta rantasaunoineen.. Puitteet antavat mahdollisuuden moniin erilaisiin yhdessä olemisen muotoihin ja liikuntaan. Olosuhteet ovat mainiot tällaisen kurssin järjestämiseen. Leirillä jokapäiväiset toiminnot antavat jokaiselle sopivia haasteita, joihin ei kotona törmää.

Lumenurakointia selkäydinvammaisena Teksti ja kuvat: Reino Laapotti

Muutin vaimoni kanssa Anjalankoskelle omakotitaloon vuonna 1991. Olemme molemmat pyörätuolin käyttäjiä. Minulla on tetraplegia ja vaimollani on paraplegia. Asumme kahdestaan.

Tuli talvi ja lumitöiden aika, silloin päätin tehdä lumityöt itse. Hankin päältä ajettavan traktorin, johon sai lumiauran ja ketjut. Sillä tein lumityöt ja nurmikon leikkaukset kahdeksan vuotta. Aurasin myös kuuden naapurin pihat.

Iän myötä mukavuudenhalu lisääntyi ja vaihdoin entisen koneen uuteen isompaan nelivetoiseen traktoriin, jossa on lämmin hytti. Nyt on lumitöiden teko todella mielekästä ja niinpä on myös aurasreviirini suurentunut muutamalla talolla. Kesällä teen myös pihojen tasausta ja nurmikoiden korjaustöitä, kuten esimerkiksi mullan ja hiekan ajoa.

Traktoriin siirtyminen tapahtuu kuvassa olevan nosturin avulla helposti ja vaivattomasti. Sekä nosturi että traktori ovat kotimaassa valmistettuja. Traktorin hyttiosa on mittatilaustyönä tehty. Hytin kattoon on asennettu nosturin kiinnityskisko.

Kaikki laitteista kiinnostuneet voivat ottaa yhteyttä ja kysellä lisätietoja Reino Laapotilta numeroista
363 6050 tai 050 065 6472 tai

sähköpostitse reinolaa@sci.fi.

(05)

Niksejä & neuvoja kollegoille-palsta
Teksti Antero Räsänen

Monen meikäläisen yöuni on (tarpeettooman) katkonaista kun rakko montakin kertaa yössä herättää askartelemaan. Vaivaan on kauan ollut saatavana suun kautta tabletteina otettavia rakon aktiivisuutta lamaavia lääkkeitä. Niissä on rakon rauhoittumisen ohella valitettavina sivuvaikutuksina suun ja silmien kuivumista ym. Kyllähän ne pakon edessä sietää, mutta nyt on saatavilla täsmälääke, jossa allekirjoittanut ei ole havainnut mitään (!) sivuvaikutuksia.

Käytin vuosia Cystrin-nimistä lääkettä sivuvaikutuksista kärsien, kunnes valveutunut urologini kertoi liuos-uutuudesta.

Cystrin-liuos ruiskutetaan kertakäyttöruiskulla rakkoon samalla katetrilla, jolla on tyhjennetty rakko ennen Nukkumatin odottelua. Kuulostaa ehkä mutkikkaalta, mutta vakuutan, että sujuu kuin tanssi Herään aiemman 2 – 4 kerran asemesta tyhjentämään rakkoani vain kerran. Muuan tuttu epäili tulehdusriskin lisääntyvän, kun rakkoon ruiskutetaan vierasta ainetta. Ymmärrän kuoman epäilyn, kilpailleehan katetrointirutiinien riittämätön hygienia suuren jäännösvitsamäärän kanssa tulehduksenaiheuttajien ykköspaikasta meikäläisten arjessa. Käytettyäni liuosta yli vuoden, en voisi kuvitella elämää ilman sitä, hyi. Reippaasti kokeilemaan, onni ja rauhalliset unoret odottavat!

Helsingin Marian sairaalan urologian poliklinikalta löytynee pätevää kollegiaalista tietoa.

Kevätterveisin Antero Räsänen