

ambulanssi

2.2008

Suomen Sairaankuljetusliitto ry:n valtakunnallinen ammattilehti



Kevätkokous Naantalissa: Mennäänkö ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa ojasta allikkoon?

Psykiatrisella tietotaidolla kysyntää koko terveydenhuollon kentässä



Mercedes-Benz

Moneen lähtöön. Uusi Sprinter.

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

www.mercedes-benz.fi/pakettiautot

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.

KEHÄVEHO

Ambulanssit
Lommilanrinne 3, Espoo
Puh. 010 569 16

Kesän kynnyksellä odotukset ovat korkealla



Kesän kynnyksellä on ehkä hyvä käydä läpi kevään työntäyteistä aikaa. Liiton kevätkokous pidettiin Naantalissa ja voi vain todeta, että Lounais-Suomen Sairaankuljetusrytityt ry hoiti jälleen kerran järjestelyt erinomaisesti. Paikalla oli noin 230 osanottajaa ja 20 näytteliasettajaa.

Onnittelut vielä kerran myös tunnustuksen kohteina olleille sairaankuljetusrytitytillä **Tuomo Elfvingrenille**, **Anssi Natuselle**, **Kalevi Niskaselle** ja **Juhani Virtaselle**, joille ojennettiin liiton kultainen ansiomerkki sekä **Rauni Pekkalalle** ja **Riitta Sahipakalle**, jotka saivat hopeisen ansiomerkkin pitkästä yritysraaasta sairaankuljetuksessa. Lisäksi vielä onnittelut niille kuudelletoista jäsenrytitykselle, jotka saivat sertifikaatit tunnustuksena laatu- ja koulutuksen suorittamisesta.

Muutoksen tuulet

Liiton ja sen jäsenrytityksien mukanaolo ja näkyminen julkisuudessa sekä alueellisesti

että valtakunnallisesti on yhä tärkeämpää. Alallamme on myös tarve modernisoitua ja katsoa eteenpäin siihen ympäristöön, jonne olemme menossa uuden lainsäädännön ja markkinoitten kehittymisen johdosta. Miten pystymme uudistumaan ja mitä tulisi tehdä, jotta voisimme tehdä aidosti yhteistyötä?

Antamalla saat mahdollisuuden asiakassuhteen luomiseksi

Sillä, mitä annat asiakaskunnallesi, luot luottamusta toimintaasi kohtaan ja voit näyttää asiantuntemuksesi alallasi. Samalla kohotat palvelusi ja yrityksesi mainetta, mikä on ensiarvoisen tärkeää, jos haluat saada palveluidesi käyttäjille/ostajille osamiseksi myydyksi.

Tutulta on helpompi ostaa kuin tuntemattomalta. Tieto annettavista palveluista houkuttelee potentiaalisia käyttäjiä. Koikeilematta esitellä palvelujaan tai tuntematta asiakkaitaan on erittäin vaikea tie-

tää, haluavatko he tarjoamaasi tuotetta tai palvelua. Ja tämän he tietävät itsekkin. Samaa toimintaperiaatetta käytetään perinteisissä marketeissa, joissa maistiaisien hoidutellaan kokeilemaan tuotetta ilman ostovelvoitteita. Me taas voimme mennä lastentarhoihin, kouluihin ja messutapahtumiin näyttämään osaamistamme esimerkiksi mittaamalla verenpainetta tai muuta vastaavaa.

Hyvä idea leviää. Antamalla idean ilmaiseksi voit saada muut puhumaan palvelustasi. Anna siis myös välineet ideasi leviämiseen. Hyvä keino markkinoinnissa on yhteisten sloganeiden ja yhteisen www.sakurytitytjat.fi-osoitteen käyttö.

Yhteistyötä aidosti yhteistuumin

Lainsäädäntöuudistus alallamme on vielä kesken, mutta meidän toimialamme on muuttumassa, ja meidän on aidosti tehtävä yhteistyötä ja seurattava aikaamme. Yksityisen sairaankuljetuksen tulevaisuus on

kiinni yhteistyöstä. Näillä näkymin yksityistä sairaankuljetusta on myös jatkossa, mutta lainmuutokset tulevat vaatimaan aitoa yhteistyötä, eikä yksin enää pärjätä. Yhteistyön muotoja on monenlaisia. Olkaa hereillä ja osallistukaa – se on tulevaisuutta.

Näillä sanoilla toivotan teille kaikille oikein hyvää kesän odotusta paremman tulevaisuuden merkeissä.

Mikael Söderlund
toiminnanjohtaja

Meneekö ensihoito ojasta allikkoon vai ollaanko edes ojassa?



Hetki sitten katselin televisiouutisia, joissa kerrottiin niin maasta taivaaseen kehitetty, ylistetty ja jossain ainoaksi oikeaksi julistettu omalääkärijärjestelmän lopettamisesta. Uutisen mukaan järjestelmä on kallis ja lääkäripulakin aiheuttaa ongelmia. Olisiko kuitenkin taustalla myös lääkäripalveluiden käyttäjien tyytymättömyys siihen, ettei heillä itsellään ole aina ollut mahdollisuutta valita mieleistään lääkäriä? Terveystensä ja sairauksiinsa liittyvät intiimit ja henkilökohtaiset asiansa kukin hoidattaisi sellaisella lääkäriä, jonka kanssa yhteistyö parhaiten sujuu. Tässäkin näyttää käyvän toteen, että määrättäessä järjestelmän taholta ihmisille järjestelmän oikeaksi toteama palvelupiste ja -toimija, ei palvelun käyttäjä olekaan tyytyväinen. Ihmiset arvostavat valinnan vapautta silloinkin, kun vaihtoehtoja on niukasti tarjolla. Uutisoinnin mukaan uudessa systeemissä ihmiset voivat valita lääkäriänsä ja terveysasemansa, eli palattaneen siinäkin juurille takaisin.

Lilliputeista miljoonapiireihin

Ensihoitojärjestelmän valmius- ja toimintaperiaatteet ovat nykyisin hyvin kuntakeskeisiä, ja jatkossa niin ministeriöllä kuin sairaanhoitopiireillä on valtava tahto päästä eroon tästä käytännöstä suuremman ja toimivamman järjestelmän toivossa. Palstani otsikon ”Meneekö ensihoito...” varastin röyhkeästi Härkätien terveyskeskuksen johtavan ylilääkärin **Sirpa Rantasen** esitelmästä SSK:n kevätkokouksessa. Lausahdus laittoi minut miettimään, onko nykyjärjestelmän hyviä ja toimivia puolia edes koskaan nostettu esille? Onko pikemminkin aina ja kaikkien konsulttien ja selvityshenkilöiden toimesta vain kaivettu esille sen oletetut, mutta ei useinkaan todetut, heikkoudet ja sudenkuopat? Esimerkiksi viimeisimmässä selvitystyössä ei nykyjärjestelmä juuri kehuja saanut, vaikka selvitystyössä ei paljoakaan edes kuultu siitä vastaavia organisaatioita, eli terveyskeskuksia. Parin kolmen terveyskeskuksen vastuulääkärin haastattelu ei

anna edes ohutta kuvaa siitä, mitä ensihoito ja sairaankuljetus on koko maata ajatellen. Etukäteen oli jo päätetty, miltä selvitystyön tulee näyttää ja mihin sen pohjalta pitää pyrkiä. Eli heiluriliike lyö toiselle laidalle ja tällöin on vaara mennä yli laidan niin toiminnan organisoinnissa kuin kustannuksissakin, eli tukehtua suuruuden ähkyy. Eivät kai kunnanisät juuri muuta kiroa niin sydämestään kuin erikoissairaanhoidon yhä kasvavia ja hallitsemattomia kustannuksia ja sinnehän ensihoitoakin ollaan punnertamassa.

Pieni on pientä, suuri on suurta, ylisuuri on yltyöpäistä, mutta missä on se keskikoko, joka varmimmin ja todennäköisimmin takaisi toimivan järjestelmän, joka palvelisi käyttäjiänsä ja olisi myös usein kustannustehokkain? Tässä kokoluokassa valvonta toimii, ja toiminnan organisointi sekä johto ovat lähellä sen keskipistettä, eli apua tarvitsevaa ihmistä.

Liiton kevätkokouksessa oli selvästi aistittavissa tämän hetken tunnelmien ala-

vireisyys ja levottomuus. Ei tiedetä, mitä on tulossa ja milloin. Missä on kunkin yrityksen paikka uudessa järjestelmässä, vai onko sitä lainkaan? Tämä epä tietoisuus heijastuu investointeihin ja sitä kautta myös ambulanssautojen kauppaan sekä korinvalmistajien ja laitetoimittajien liiketoimintaan. Tilaukset romahtavat ja tästä seuraa lomautuksia. Epätietoisuuden seuraukset kertautuvat siis monella tasolla. Tilanne aiheuttaa henkisiä paineita yksilötasolla niin yritysjohtajien kuin palkatuissa työntekijöissäkin.

Toivon mukaan tässäkin lainsäädäntötyössä ajatellaan kaikkia toimijoita, löydetään laille oikea muoto ja sitä kautta koko järjestelmälle. Toivottavasti unohdetaan miljoonapiirin suuruinen kokoluokka ja tyydytään pienempään, kestävämpään, mutta ennen kaikkea inhimillisempään malliin.

Vai näenkö jo vision, jossa kilpailun kohteena on Uralin läntien ja itäinen sairaanhoitopiiri?

Teuvo Kontio
1. puheenjohtaja

Seudullisella yhteistyöllä luontevaa lisätehoa ensihoitoon ja sairaankuljetukseen



Kuva: Hannu Hämmäläinen

Härkätien kuntayhtymän johtava lääkäri **Sirpa Rantanen** luennoi SSK:n kevätkokouksessa 19.4.2008. Hän kertoi mm. VAKEVA-hankesuunnitelmasta, jolla alueen ensivaste ja -hoitoa pyritään tehostamaan kuntayhtymien ja terveyskeskusten yhteistyöllä. Rantanen puhui myös laajemmin valtakunnallisesta terveydenhuollon uudistuksesta ja totesi ensihoidon jääneen monessa kohdassa jalkoihin niin sanottujen isojen ongelmien joukossa.

Valtakunnallisesti Rantanen näkee yhtenä tämän hetken ongelmana rahoituksen monikanavaisuuden. Ohjeistukset tulevat laajalta viranomaisverkostolta, johon kuuluvat terveyskeskukset, sosiaalitoimi, sairaanhoitopiirit, hätäkeskukset, poliisi, aluepelastuslaitokset sekä lääninhallinnon ja valtion viranomaiset. Terveyskeskustasolla ongelmana on se, että vastuulääkärit tekevät työnsä oman toimensa ohella.

- Valtio on ratkaisemassa ensihoidon ja sairaankuljetuksen ongelmia muuttamalla koko järjestelmää. Mennäänkö tällöin kuitenkin ojasta allikkoon, vai ollaanko edes ojassa, kysyi Rantanen.

Ensihoidon vastuulääkäriillä haasteita paljon ja aikaa vähän

Ensihoidon vastuulääkärien toimenkuvaan Rantanen kertoi kuuluvan sekä hallinnollisia että operatiivisia tehtäviä. Vastuulääkäri tekee ensihoidon ja sairaankuljetuksen talousarvion sekä toimintakertomuksen.

Rahalliset investoinnit vaativat luottamus- miesorganisaation käsittelyn ja siten niiden on oltava hyvin perusteltuja. Toimenkuvaan kuuluvat sairaankuljetuksen sopimus- ja varavalmiusasiat, samoin vaste- ja hälytys- sopimukset hätäkeskuksen kanssa. Vastuulääkäri tekee yhteistyötä pelastuslaitoksen ja poliisin kanssa sekä huolehtii terveyskeskusten valmiussuunnitelmista ja suuronnettomuusohjeista.

Operatiivisella puolella on keskeisenä tehtävänä ensihoidollisen tietämyksen ylläpito ja jakaminen, mikä edellyttää sekä koulutautumista että muiden kouluttamista. Vastuulääkäriin tehtävänä on myös rakentaa yhteistyökuvioita erikoissairanhoidon ja sairaankuljetuksen palveluntuottajien kanssa. Esimerkkinä Rantanen mainitsi rintakipupotilaan toimivan hoitoketjun suunnittelun.

Ensihoidon vastuulääkäriin tulee määrittellä, arvioida ja dokumentoida sairaankuljetuksen hoitotasoa ja kirjoittaa tarvittavat luvat. Tämän hetken haasteet liittyvät Härkätien kuntayhtymän alueella varautumiseen ja ambulanssityhjiöiden ehkäisemiseen. Kapasiteettia ei kuitenkaan yksin pystytä lisäämään, mutta laajemmalla seudullisella yhteistyöllä se on mahdollista. Haasteita riittää edelleen myös koulutuksessa, ohjeistuksessa, sopimusasioissa ja yhteistyössä muiden vaikuttajien kanssa. Hätäkeskuksen tietojen hyödyntämisen pitäisi tulevaisuudessa olla paremmin mahdollista, mutta se vaatii lainsäädännön uudistuksia.

Terveyskeskuspäivystykset ovat keskittyneet Varsinais-Suomessa kuten muuallakin, mikä tietysti on lisännyt kuljetuksia.

VAKEVA-hankkeella tehokkuutta ja toimivaa logistiikkaa

VAKEVA-hankkeen tarkoituksena on kehit-

tää maantieteellisesti ja luontevien asioimisreittien kannalta toimivampaa ensivaste- ja sairaankuljetusjärjestelmää. Alueellinen visio sijoittuu 9- ja 10-teiden tuntumassa olevalle seudulle. Hankkeen osapuolina ovat kuntayhtymät, sairaankuljetusyrittäjät, hätäkeskus, sairaanhoitopiiri, Loimaan alue- sairaala ja aluepelastuslaitos.

Härkätien kuntayhtymän alueella asuu noin 22 000 ihmistä. Loimaan seudun kansanterveysyhtymän kuntayhtymän alueella (Alastaro, Loimaa, Mellilä ja Oripää) on noin 18 500 asukasta. Pöytyän kansanterveysyhtymän kuntayhtymässä on puolestaan noin 12 000 asukasta ja koko VAKEVA-alueella yhteensä siis vähän yli 52 000. Valtatie nro 9 halkoo Pöytyän ja Loimaan seudun kuntayhtymien aluetta ja Härkätien alue on 10-tien ympärillä.

Kuntayhtymien välillä on jo aikaisemmin tehty runsaasti yhteistyötä. Kaikilla kolmella on ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelusopimus yksityisen tuottajan kanssa.

VAKEVA-alkukartoitus on jo tehty ja riskialueet määritelty. Pilottikokeilu on suunniteltu alkavaksi ensi syksynä ja Koskelle on suunniteltu uutta ensivasteyksikköä, jota varten aloitetaan miehistökoulutus. Ensihoidossa aiotaan kehittää kenttäjohtamista, johon tarvitaan oma koulutuksensa ja valmiussuunnitelma on työn alla.

VAKEVA-suunnitelma tähtää toimintojen päällekkäisyyksien ja samalla ambulanssityhjiöiden minimoimiseen. Se edellyttää toimivaa logistiikkaa ja kustannuskehityksen tulee olla hallittua. Alueelle voidaan sijoittaa yksi ensihoito/sairankuljetusyksikkö lisää, mutta sen sijaintipaikka on vielä avoin.

Suunnitelmalla pyritään takaamaan alueelle tasa-arvoinen ensihoito. Organisaatioon palkattaisiin yhdyshenkilöksi

päätoiminen ensihoitoasioihin keskittyvä sairaanhoitaja. Toimintaa johtaisi yksi osavastuualueen vastuulääkäri. Suunnitelman toteututtua ensivasteeseen ja sairaankuljetukseen olisi perustettu tarvittavat lisäyksiköt. Toimintaperiaate suunnitellaan monimuotoiseksi ja sellaiseksi, että malli olisi hyödynnettävissä muuallakin.

Suunnitelmalla pyritään vastaamaan myös niihin haasteisiin, joita väestön ikääntyminen ja lisääntyvä kotihoito asettavat. Tällöin huomioidaan myös haja-asutusalueiden tarpeet.

Monimuotoistamalla ambulanssien toimenkuvaa voitaisiin hyödyntää käytävissä olevaa sairaanhoitajakapasiteettia kodeissa ja palvelukeskuksissa ilman, että lähtövalmiutta sen vuoksi alennettaisiin. Ratkaistava kysymys on jälleen se, kuka maksaa ja mistä?

Lopuksi Sirpa Rantanen heitti kysymyksiä ja ajatuksia kuulijoiden pohdittaviksi mm. suurten hallinnollisten alueiden tuottamasta tehokkuudesta ja hyödystä. Megasuuret hallinnolliset alueet eivät hänen mukaansa tuo kansainvälisten tutkimusten mukaan toimintoihin oletettua lisätehoa. Ensihoito on täysin kentällä tapahtuvaa toimintaa, joten sen ei tarvitse olla ylisuuren organisaation johtamaa. Yksittäistä kuntaa Rantanen kuitenkin piti liian pienenä ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisalueena.

- Ensihoitoa voidaan keskittää, mutta kuinka pitkälle, kysyi Rantanen ja korosti aluetuntemuksen merkitystä.

- Jos ensihoito keskittyy, tulee se vaatimaan yrittäjiltä yhä suurempaa verkostoitumista ja pidemmälle menevää yhteistyötä, jolloin pientenkin yritysten toimintaedellytykset säilyvät paremmin.

Antti Järvinen

Kevätkokouksessa tietoa vapaaehtoisista eläkevakuutuksista

Kenellekään ei liene yllätys, että suomalaisten ikärakenne muuttuu lähimmän 20 vuoden aikana selkeästi. Koska vanhempien ikäluokkien osuus kasvaa, on yhteiskunnalla tulevaisuudessa suhteellisesti vähemmän rahaa eläkkeisiin. Yhtenä keinona turvata kohtuullinen toimeentulo työ- ja yrittäjäuran jälkeen on vapaaehtoinen eläkevakuutus. Sairankuljetusyrittäjille kertoi tästä mahdollisuudesta tarkemmin Naantalissa myyntipäällikkö **Mirjami Väinämö** OP-Henkivakuutus Oy:stä.

Ikäluokka 51–55-vuotiaat on tällä hetkellä suurin sekä miehillä että naisilla, mutta vuoteen 2030 mennessä 66–70-vuotiaiden osuus kasvaa naisten joukossa samalle ja miesten joukossa melkein samalle tasolle. Muutenkin ikäluokkien määrälliset erot taasoittuvat. Tällä hetkellä joka toisen 65-vuotiaan naisen todennäköisin elinajanodote on 85 vuotta ja joka neljännen 91 vuotta. Joka toisen 65-vuotiaan miehen odote on 81 vuotta ja joka neljännen 87 vuotta.

Koska suuret ikäluokat ovat parhailaan eläköitymässä, on myös sairaankuljetusyrittäjien ja heidän työntekijöidensä joukossa lähivuosina aikaisempaa enemmän työuransa lopettavia.

Vapaaehtoisten eläkevakuutusten tarkoituksena on parantaa lakisääteistä eläketurvaa ja varhentaa eläkkeelle pääsyä. Yrityksessä eläkevakuutusta voidaan käyttää

työntekijöiden palkitsemiseen ja sitouttamiseen. Erikseen on päätettävä siitä, millä ehdoilla vakuutetulla on oikeus säästöihin, jos työsuhde päättyy ennen eläkeikää.

Vapaaehtoinen eläkevakuuttaminen on järkevää, koska vakuutusmaksut voi vähentää yrityksen verotuksessa. Maksutavat voidaan sopia joustaviksi yrityksen taloudellisen tilanteen mukaan. Vakuutusmaksuista ei makseta työntekijän sosiaaliturvamaksuja, sillä niitä ei lasketa vakuutetun ansiotuloksi. Henkivakuutus turvalla varmistetaan se, että säästöt ovat kuolemantapauksissa edunsaajien käytössä.

Yksittäisen henkilön eläkevakuutus (toimitusjohtaja, omistajayrittäjä, avaintyöntekijä jne.) antaa monia mahdollisuuksia. Se motivoi ja sitouttaa toimimaan yrityksessä, mutta toimii samalla yrityksen imagon nostajana ja on eduksi rekrytointitilanteissa.

Viime aikoina on todettu useasti, että osavastuu ja motivoituneista työntekijöistä voi tulla pula ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluissa. Vakuutetun kannalta huomattava etu on mahdollisuus päästä aikaisemmin eläkkeelle, kun otetaan huomioon yrittäjyyden sekä ensihoito- ja sairaankuljetustyön vaativuus niin henkisesti kuin fyysisestikin.

Jos eläkevakuutus toteutetaan ryhmäeläkettä ajatellen, edut ovat niin yrityksen kuin yksittäisten henkilöidenkin kannalta samat kuin edellä. Säästöillä voidaan saavuttaa myös työkyvyttömyyseläkeoikeus. Eläkeiän tulotason varmistaminen on kaikille tärkeää ja eläkevakuutus kannustaa säästämään työuran aikana, kun osa säästösuudesta perustuu omiin maksuihin.

Mirjami Väinämö
Power Point -esityksen pohjalta
toimittanut Antti Järvinen

Kevätkokous Naantalissa

– SSK:n jäsenyrittäjät kuulolla ja varuillaan terveydenhuollon muutosallokossa

Huhtikuun 19.–20. päivinä tarjosi aurinkoinen rannikkokaupunki Naantali jälleen kerran miellyttävät puitteet suomalaisten sairaankuljetusyrittäjien valtakunnalliselle kokoontumiselle. Perheetkin viihtyivät kylpylähotellissa, joten kokousväkeä oli paikalla yli 230 ja näytteilleasettaji runsaasti. Jäsenyrittäjien suurin huolenaihe on tällä hetkellä terveydenhuoltolain valmistelu, eli se, miten alan muutokset tulevat mahdollisesti lähivuosina muuttamaan yritysten toimintaedellytyksiä.

Lain valmistelu on vielä kesken ja alkuperäistä voimaanastumistavoitetta on lykätty vuoden 2010 alkuun saakka. Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen liittyvään liiketoimintaan tämä heijastuu monella tavalla. Yritykset lykkäävät investointeja, mikä näkyy autojen myynnin hiljenemisenä ja myös koritehtaat ovat huolissaan matallimmista tilauskannoistaan pitkiin aikoihin. Myöhemmin, kun tilanne laukeaa, saattaa tehtäisiin syntyä kova ruuhka.

Sairaan kuljetuksen tulevat järjestämismallit ovat vielä ”hakusessa”. On vilautettu jopa miljoonapiirien, eli yliopistollisten sairaaloiden ERVA-alueiden kokoisia vastuualueita.

Kokouksessa heräsi kysymyksiä siitä, onko lääkärin liika vaikuttaminen kuitenkaan aina hyvästä selkeästi hallintoon ja johtamiseen kuuluvilla sektoreilla. – Kaikkia eivät kuulemma kiinnosta ainakaan ku-

lut ja kustannukset. Tähän asti sairaankuljetuksesta on pitkälti voitu sopia paikallisesti, joskin sairaanhoitopiirin ja terveydenhuollon kuntayhtymien valta on kasvanut potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa. Nyt kokouksessa nousi esille epäilyjä, tulisiko muutos ”lilliputtitason” organisaatiosta ”miljoonapiiritasolle” olemaan liian suuri.

Tarjouskilpailut käyvät ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä nytkin kuumina koko maassa. Kilpailun voittaneen päätoimipaikka voi olla kaukana siltä alueelta, jossa palveluntuotanto aloitetaan. Kokouksessa kysyttiin, miten käy kollegialisuuden, kun yrittäjät kisaavat samoista apajista?

Itse sääntömääräinen kevätkokous sujui sunnuntaina 20. huhtikuuta joutuisasti ilman pitkiä keskusteluja. Henkilövalintoja ei ollut, vaan ne suoritetaan normaalissa järjestyksessä syyskokouksessa.

AJ/TK. Kuvat: Hannu Hämäläinen



Kevätkokous menossa ja eturivissä keskellä SSK:n seniorikerhon puheenjohtaja Reino Sorri sekä liiton kunniapuheenjohtaja Esko Levonius.



Puhetta johtivat Eero Kulju (mikrofonin varressa) ja Tuomo Maavirta (vas). Oikealla puolella sihteeri Mika Hirvonen ja Juha Lahti.



Systolic, Waloplast ja Ferno Norden mukana näyttelyssä. Fernolla havainnollisesti esillä lasten paarikuljetus- ja immobilisaatiomenetelmät.



Tutut korinvalmistajat ja ambulanssin myyjät esittelivät uusia tuotteitaan ulkoa ja sisältä.

Suomen Sairaan kuljetusliitto ry kiittää kevätkokouksen näytteilleasettaji:

A-Vakuutus Oy | Jukka Lehikoinen • **Oy Docto Ab** | Jorma ja Vesa Lehikoinen • **Euro-Lans Ab** | Patric Mohag • **Fenno Medical Oy** | Sirpa Raatikainen • **Ferno Norden Oy** | Riitta Kuusela, Juha Hyötyläinen, Pierre Kördal, Märten Blakstvedt • **Keskinäinen Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen** | Jouni Saarinen • **Heijanstinasu Oy** | Pia von Koch, Maria Leutola • **Medtronic Finland Oy** | Seppo Uusinarkaus, Jorma Koski • **NettiTieto Oy** | Jarkko Ruhanen • **Nostalgia Oy** | Risto Nihtilä • **Pensi Rescue Oy** | Eero ja Niko Vuorenoja • **Profile Vehicles Oy** | Leo Virkkunen • **Sarco Oy** | Sakari Korhonen, Hans-Rune Holmberg, Jouni Komulainen • **Sharkmed Oy** | Topi Haikala, Satu Yliherne • **SOS-Asu Ky** | Ulla ja Jorma Löfman • **Systolic Oy/Cromwells Oy** | Tanja Parkkinen, Jonna Silenius, Juha Palokangas • **Tamlans Oy Ab** | Jaakko Lohjansalo, Ari Saarelainen, Timo Ranta • **Oy Unomedical Ab** | Jani Niva, Kaj Gussander • **Veho Group Oy Ab** | Hannu Gunnar, Markku Andersson, Jukka Juvonen, Juha Mäenpää • **Waloplast Oy** | Walo Pakkanen • **Yhteensä 20 yritystä, 14 autoa.**

Seniorikerhon kuulumisia

Vuosi 2008 on hyvää vauhtia menossa. Suomen Sairaankuljetusliiton kevätkokouskin on pidetty Naantalissa. Pieni joukko senioreitakin piti siellä tavan mukaan oman kokoontumisensa. Saimme taas jutella senioriasioita kaverien kanssa ja vaihtaa kuulumisia.

Kohta on jo käsillä seniorikerhon vuotuisen päätapahtuma. Viime vuonnahan kokoonnuttiin Heinävedellä, uitiin Kermajärvessä ja tutustuttiin hienoihin luostareihin. Tänä kesänä ollaan vaatimattomampia. Vietetään pitkä viikonloppu Vesilahdella vanhan pappilan pihapiirissä 15.–18. elokuuta. En ole varma, mutta saunan päälle luultavasti käydään uimassa Vesijärvessä. Kerholaiset ovat saaneet jo kirjeen, jossa on ilmoittautumisohjeet. Mukaan ehtii vielä, kun ottaa yhteyttä puheenjohtaja **Reino Sorriin** ennen kesäkuun loppua. Reinon osoite: Koivusaarenkatu 5 A 18, 30420 Forssa, **puhelin 0500 338 133**.

Kertaan vielä SSK:n seniorikerhon tunnukset: ikä yli 50 vuotta, vähintään viiden vuoden toiminta SSK:n jäsenenä tai muu toiminta sairaankuljetuksen hyväksi kuten autojen ja laitteiden kehittäminen ja myynti, tai toiminta virkamiehenä alan kehityksen hyväksi. Kaikkien edellä mainittujen kriteerien täyttäjää on mukana joukossamme. Lähivuosina aikuisten sairaankuljettajien ja muiden alalla toimineiden joukko kasvaa tuntuvasti, joten ottakaa rohkeasti yhteyttä.

Oikein mukavaa ja kaunista kesää Ambulanssi-lehden lukijoille, ja jos haluatte bongata mukavia aikuisia ihmisiä, on joukko heitä elokuun kolmantena viikonvaihteena Vesilahden Rautialassa.

Siellä mukana myös ESKOVAARI

Kuvassa talousneuvos Esko Levonius, joka oli aikoinaan pitkään SSK:n johtoporttaassa ja on nykyisin kunniapuheenjohtaja.



Näyttelyssä riitti moniväristä katseltavaa ja etualalla oleva hattupäinen herra, Nostalgia ky:n Risto Nihtilä, on puheissaankin hyvin värikäs. Taustalla askeltaa SSK:n toiminnanjohtaja Mikael Söderlund perheineen.



ILMARINEN

Ilmarinen pitää huolta huomisesta.

Psykiatrisella tietotaidolla kysyntää koko terveydenhuollon kentässä – sekamuotoinen oirekuva ensikohtaamisissa yleinen

Väestön psyykkiset ongelmat näkyvät terveydenhuollon kaikilla sektoreilla. Potilaiden oireet ja taudit eivät useinkaan ole puhtaan psyykkisiä tai somaattisia. Psykiatrian perustiedot ovat hyödyksi hoitojärjestelmän kaikilla portailla. Vaikuttaa siltä, että niitä tarvitaan entistä enemmän. Potilaiden ensikohtaaminen on aina omanlaisensa tilanne. Psykiatriset potilaat ovat kylläkin usein ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden toistuvaisasiakkaita.

Psyykkisten tekijöiden liittymisestä somaattisiin sairauksiin tiesi aikoinaan jo Elias Lönnrot kirjoittaessaan Suomalaisen Talonpojan Kotilääkäri -teoksessaan vuonna 1838 otsikolla ”Wimmoista (mielenliikunnoista)” seuraavaa:

- Mielenliikunnot koskevat ruumiiseen, sillä niin ovat henki ja ruumis välillänsä yhdistetyt, ettei kumpikaan mitään yksinäänsä kärsi. Lepo, toivo, tyytyväisyys ja kohtuullinen ilo pitävät ihmisen terveenä, ja vielä toisinaan parantavat sairaanki.

Mutta vahingollinen on yllellinen ilo ja riemu, jos liiallinen suru, murhe ja alamielisyys.

Lönnrotin päivistä on lääketiede kehittynyt huomasti ja nykyajan ”wimmoja” pyritään hillitsemään aivotointoihin vaikuttavilla lääkeaineilla. Lääkkeiden kulutus on kasvanut ja nykyinen elämänmeno lisää niiden käyttöä. Parhaimmillaan psyykkilääkkeet pitävät yllä työkykyä ja mahdollistavat sosiaalisen elämän, mutta aiheuttavat väärinkäytettyinä paljon ongelmia. Niistä haetaan nautintoa, jolloin varsin yleisesti yhtä aikaa käytetään alkoholia. Seurauksena ovat sekavuus- ja myrkytystilat, joita hoidetaan sairaaloiden päivystysalueilla jatkuvasti. Osa on luokiteltavissa itsemurhayrityksiksi tai niiden demonstraatioiksi, mitkä kuormittavat akuuttisairaanhoidon toimintoja huomattavasti.

Sekavien potilaiden oirekirjo ja taustat voivat olla hyvin arvaamattomia. Sekavuuden välittömänä syynä voi olla esimerkiksi alkoholi, lääkkeiden väärinkäyttö, huumeet, tai nämä kaikki yhdessä. Mukana saattaa olla vuosikausia kytenyt ja/tai juuri

em. tekijöistä syntynyt pitempiaikainen mielenterveysongelma. Toisaalta kenen tahansa potilaan poikkeava käytös ja erikoinen suhde somaattiseen sairauteensa voi viestiä jonkinasteisesta psyykkisestä ongelmasta.

Psykooseja monista lähtökohdista

Läheskään kaikki psykiatrista apua tarvitsevat potilaat eivät ole psykoottisia. Psykoosin tunnusmerkkejä ovat todellisuudentajun hämärtyminen, harhaluuloisuus, harha-aistimukset sekä hajanainen puhe ja käyttäytyminen.

Skitsofrenia (jakomielitauti) on ”perinteinen” psyykkinen sairaus, joka on ollut pitkään yleisin syy toimittamaan potilas sairaalaan. Lääke- ja muun hoidon kehittyttyä taudin rajuimmat vaiheet alkoivat lyhentyä ja vähentyä. Psykiatristen sairauksien osittainen alasajo muutti 1990-luvun alusta alkaen myös skitsofreenikoiden hoitoa avohoitopainotteiseksi. Aiemmin, kun hoitomenetelmät eivät olleet nykyisellä tasolla, taudin kroonistuminen tiesi monelle potilaalle vuosikausien ”kotouttamista” laitoshoidon, joka monen kohdalla jatkui läpi elämän. Monet selvisivät ”siviilissä”

välillä pitkiäkin aikoja, mutta päätyivät elämänsä aikana useisiin eripituisiin mielisairaalahoitoihin. Tällöin monet näistä potilaista tulivat tutuiksi myös kunkin paikkakunnan ambulanssihenkilökunnalle. Toistuvat kohtaamiset opettivat sairaankuljettajia valmistautumaan siihen, mitä todennäköisimmin oli odotettavissa, kun uusi akuuttivaihe vaati heidän työpanostaan. Parhaimmillaan tämä johti siihen, että potilas saattoi hyvin sairaanakin luottaa tuttuun ambulanssimiehistöön ja kohtaamislanteissa vältyttiin suurilta konflikteilta.

Skitsofreniaa sairastaa noin 1 % Suomen väestöstä. Se on edelleen yleinen ja vaikeasti hoidettava tauti, joka aiheuttaa toiminta- ja työkyvyttömyyttä erityisesti alle 45-vuotiailla.

Psykoosit voivat johtua hyvin monista syistä. Jo ennen psykoosin välitöntä puhkeamista on potilaalla voinut esiintyä poikkeavia tai vieraita ajatuksia, epäluuloisuutta, suuruusajatuksia, lieviä harha-aistimuksia sekä ajatusten ja puheen hajanaisuutta.

Skitsofreenikoiden ohella akuuttivaiheen mielenterveyspotilaissa tavataan mm. psykoottista masennusta tai maniaa sairastavien

Psykiatrista kriisihoitoa Tampereella – tiimissä mukana myös ambulanssityön tuntemusta

Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluiden kriisikeskuksessa työskentelee yksi lääkäri ja kolme sairaanhoitajaa. Lyhyen kävelymatkan päässä on Hatanpään päivystysasema, johon tamperelaiset perusterveydenhuollon päivystyspotilaat saapuvat ympäri vuorokauden. Osa heistä tarvitsee mielen-terveydellistä kriisiapua. Kriisikeskus on auki virka-aikana ja terveyskeskuspäivystäjien lähettämät mielenterveyspotilaat saapuvat sinne aamulla yhdeksäksi, jotta heidän hoitonsa pääsisi jatkumaan psykiatrisen erityisosaamisen turvin. Yksi kriisikeskuksen työntekijöistä on sairaanhoitaja **Armi Heikkinen**, jonka kokemuspäiriin kuuluu myös ambulanssityö.

Jotkut terveyskeskuspäivystyksen potilaista haetaan kriisikeskukseen, jotkut saatetaan, osa tulee yksin. Sairaanhoitaja Armi Heikkinen arvioi, että noin 80 prosentilla päivystysasemalta tulevista on alkoholi kuvassa mukana, vaikkakaan ei aina pääongelmana. Osa heistä on humalassa, osa krapulassa ja osalla on edellisiin liittyviä masennusoireita. Masennus voi olla myös elämäntilanteen aiheuttama ilman alkoholiakin. Tällöin voidaan selvittää yhdellä tai muutamalla käynnillä kriisikeskuksessa. Heikkinen kutsuu tätä pikamasennushoidoksi. Kriisikeskukseen myös kävellen joskus ilman ennakkovaroitusta, mutta se on

harvinaisempaa, eikä henkilöstökapasiteetti tällaiseen palveluun riittäisikään.

Heikkinen miettii, miten laajat heijastukset esimerkiksi jossakin kerrostalossa olevalla päihdekodilla on muihinkin kuin siinä asuviin. Alkoholin käyttö vaikuttaa myös naapureiden mielenrauhaan.

- Maailma on monelle raskas. Olen tässä työssä huomannut, että jos joku aikoo järjestää päätään alkoholin avulla, menee järjestys entistä pahemmin sekaisin. Monet hoitavat terveyttään liikunnalla, mutta jotkut heistä juuttuvat liikuntasuoritusten jälkeen kaljoille ja jäävät koukkuun.

Kriisikeskuksen henkilökunta tekee

myös kotikäyntejä, jolloin Armi Heikkisen mukaan huhuillaan postiluukuista ja koputellaan oville. Psykoosipotilaan hoito aloitetaan tällöin välittömästi, jos asianomainen siihen suostuu. Jos ei, tarvitaan ambulanssia ja joskus poliisia. Psykoosipotilaissa on paljon myös niitä, joilla alkoholi ei ole taustavaikuttajana.

- Sairaan kuljettajat joutuvat kohtaamaan myös psykoosipotilaita. Psykiatrisessa ensihoidossa on eduksi hyvä koulutus ja kiinnostus myös näiden potilaiden kohtaamiseen tunnetasolla. Kontaktin saamiseksi psykoottiseen henkilöön tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Ne ovat haastavia tilanteita.

Armi Heikkistä on hieman mietityttänyt kaluston ja kapasiteetin määrä, mikä sidotaan vaikeahoitoisen psykiatrisen potilaan ensihoidotilanteisiin. Ambulanssi seisoo kohteessa mukanaan somaattisten ongelmien hoitoon tarkoitettu välineistö ja kaiken kaikkiaan paikalla voi olla yhteensä kymmenkunta henkilöä eri organisaatioista aina talon huoltomiestä myöten.

- Voisiko näihin kohteisiin tulla kevyemmällä kalustolla erikoistuneen henkilökunnan voimin? Sairaan kuljetushenkilökunnan ammattitaito on kyllä nytkin perustaltaan hyvä, mutta voisiko näitä tehtäviä organisoida toisinkin? Syrjäisemmällä seuduilla ei kuitenkaan valinnan varaa ole, vaan sama palveluntuottaja hoitaa samalla kalustolla kaikki tehtävät.

”Kemiallisia esteitä” potilaskontakteissa – aggressiivisuus lisääntynyt

- Sairaan kuljetus hoitaa monesti sellaisia vanhuspotilaita, joiden sekavuuden syy on somaattinen. Täysin äkillinen ja yllättävä

sekavuus nuoremmalla henkilöllä on harvinaisen, mutta mahdollinen. Tällöinkin potilas ohjautuu herkästi ensin somaattisiin tutkimuksiin. Psyykkinen ongelma saattaa jäädä kotona huomaamatta, jos potilas ei ole puhunut siihen viittaavasti.

Armi Heikkinen on työskennellyt kriisikeskuksessa 15 vuotta. Hän sanoo aggressiivisten potilaiden lisääntyneen. Päihteeet ja huumeet ovat aikaisempaa yleisemmin sekavuuden takana. Ennen oli enemmän ”tavallisia” psykoottisia potilaita, jotka nyt tuntuvat vähentyneen ja tilalle on tullut moniongelmaisia. Kontaktin saamiselle on nykyisin usein ”kemiallinen este”.

- Ennen terveyskeskuspäivystyksessäkin pärjättiin ilman vartijoita. Nyt he ovat siellä oikeasti tarpeellisia.

Kaikki sairaalahoidon vaativat tamperelaispotilaat eivät kulje kriisikeskuksen kautta, vaan suurin osa M1-potilaista menee Hatanpään päivystysasemalta suoraan Pitkäniemen sairaalaan. Yliopistollisessa keskussairaala on oma psykiatrisen yksikkö, joka ottaa konsultoinnin perusteella tarvittaessa omalle osastolleen ne potilaat, joiden tilanne sitä vaatii.

”Pääkeskeinen” maailma vaatii välineitä tietotulvasta selviytymiseen

Nuorten MT1-arviot tulevat helposti kriisikeskustiimin hoidettaviksi. Varsinaisia ikärajoja potilaille ei ole.

- Tässä työryhmässä työskentelyni aikana on potilaita tullut aina nuorempia. Tosin ikähaitari on ollut kaiken kaikkiaan laaja, sillä nuorin on ollut kymmenvuotias ja vanhin 92. Lasten kohdalla kriisikeskuksen osuus rajoittuu asianmukaisen jatkohoidon

"Tyttöjen masennusoireet ovat kaksinkertaistuneet 80-luvun lopusta."

Aurora 1.08

tavia. Masennus- ja maniajaksojen vaihdelta samalla henkilöllä puhutaan kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (ennen manis-depressiivisestä mielisairaudesta). Näiden jaksojen esiintyvyys vaihtelee ja ne voivat olla myös sekamuotoisia. Kyseisillä potilailla on 20-kertainen elinaikainen itsemurhariski normaali-ikäisestä verrattuna.

Psykoottistakin potilasta on syytä kohdella täysivaltaisena henkilönä. Kokenut ambulanssihenkilöstö tietää, että asioiden eteneminen ei onnistu ilman kontaktin saamista. Katsekontakti ja normaali puhe auttavat sekä samalla usein rauhoittavat potilasta. Vasta tämän jälkeen on mahdollista saada tarkempaa tietoa taustatekijöistä ja tällöin myös tilanteen kärjistyminen on epätodennäköisempää. Paljon riippuu siitä, liittyykö sekavuuteen/psykoottisuuteen alkoholin tai huumeiden käyttöä, mikä hyvinkin voi tehdä tilanteesta arvaamattomamman. Orgaanisen (elimellisen) syyn

mahdollisuus on otettava huomioon ainakin silloin, kun potilas ei ole aikaan ja paikkaan orientoitunut ja/tai hänellä on näkö-, maku- tai tuntoaistin harhoja.

Iäkkäillä henkilöillä korostuu somaattisten syiden mahdollisuus psykoottisuuden takana. Olipa potilas ennestään tuttu tai ei, on tarkkojen esitetietojen merkitys tällöin suuri, eli selvitetään aikaisemmat tai krooniset sairaudet, lääkitykset ym. Jos iäkkäällä potilaalla ei ole aikaisempaa psykiatrista taustaa, on somaattisten syiden mahdollisuus sitä suurempi.

Hoidon kannalta on alusta asti eduksi, jos käytettävissä on yhteistyökykyinen ja -haluinen potilaan omainen, tai hänet muuten hyvin tunteva henkilö.

Vaarattomia huumeita ei ole

Päihteiden ja huumeiden osuus sekavuuden ja mahdollisen psykoottisuuden taustalla on tänä päivänä erittäin varteenotettava vaihtoehto. Tässä artikkelissa ei ole mahdollisuutta paneutua eritellymin huumeiden tai päihteiden yleisyyteen ja vaarallisuuteen vakavien psyykkisten häiriöiden aiheuttajina. On kuitenkin mielenkiintoista vilkaista huumeiden ja psykoosien yhteydestä viime vuonna käytyä julkista keskustelua.

Aikaisemminkin on keskusteltu kannabiksen "vaarattomuudesta" ja jopa sen sallimisesta alkoholin ja tupakan veroiseksi vapaasti saatavaksi nautintoaineeksi. Asiantuntijat eivät kuitenkaan Suomessa yllättyneet, kun brittiläinen lääketieteellinen aikakausjulkaisu Lancet julkaisi "uutta" tietoa kannabiksen ja psykoosien välisestä yhteydestä. Viesti kuului, että kannabiksellä on luultua voimakkaampi yhteys psyykkoosiin. Samoin todettiin, että jopa satunnaisella ja yksittäisellä kannabiksen käytöllä on aiemmin luultua voimakkaam-

pi ja selvempi syy-yhteys psyykkoosiin.

- Kannabista on pidetty suhteellisen harmittomana huumeena, mutta väestötason tutkimukset paljastavat enemmän tai vähemmän vakavia mielenterveyshäiriöitä. On hienoa, että nämä vaikutukset on nyt summattu, sanoi A-klinikkasäätiön johtava ylilääkäri, pitkän linjan päihdelääkäri Pekka Heinälä Suomen Lääkärilehden numerossa 34/2007 (haastattelu: Janne Ora, ks. lähdeluettelo).

Heinälän haastattelusta kävi myös ilmi, että koko hoitojärjestelmä on Suomessa suhtautunut kannabikseen vähättelevästi.

- Vähän samoin vähätellään tupakan merkitystä. Jos ajatellaan terveyshaittoja, niin tupakasta tulee ruumiita. Kannabiksesta ei todennäköisesti seuraa ruumiita, vaan mielenterveysraunioita. Sokeudumme tietyissä kysymyksissä, esimerkiksi kannabiksessa, koska sen käyttö on päihdepotilailla niin yleistä.

Mielenterveysongelmien ja päihteiden sekä huumeiden käytön välinen syy-seuraussuhde jää lopulta akateemiseksi kysymykseksi. Alkoiko alkoholin käyttö, joka mahdollisesti laajeni muiden päihteiden ja huumeiden käyttöön, tarpeesta lieventää mielenterveysongelman oireita, vai laukaisiko erilaisten aineiden pitkäaikainen käyttö psyykkoosiin ja pitkäikäisen mielenterveysongelman? Yksiselitteistä vastausta ei liene olemassa.

Kuka, miten, miksi?

Psyykkisten oireiden esiintyminen eri henkilöillä on tavallista missä tahansa yhteisössä kuten perhe-elämässä, työpaikoilla, oppilaitoksissa jne. Käytöksen "omituisuus" on kuitenkin usein katsojan ja kuulijan silmissä tai omassa ajatusmaailmassa. Diagnooseja ei kannata mennä tekemään tai epäilemään ilman riittävää asiantunte-

musta. Tosiasia kuitenkin on, että psyykkisesti oireilevia lapsia ja nuoria on enemmän kuin vaikkapa 20 vuotta sitten. Epänormaalisti katsottavaa käytöstä kuten ylivilkkautta, riehuntaa ja aggressiivisuutta esiintyy jo päiväkotivaiheessa.

Nuorisoujoukkojen häiriköinti ja varhain aloitettu päihteiden käyttö näkyy katukuvassa sekä yleensä siellä, missä liikkuu paljon muitakin ihmisiä. Taustalla on usein nuoren rikkinäinen ja päihdekylläinen kotielämä. Äänekkäimmillä pikkujengien johtajilla lienee varsin usein vajavainen ja häiriintynyt suhde koko ympäröivään yhteiskuntaan. Elämästä muodostuu päihde- ja väkivaltahakuista, ja sitä mukaa jatkuva asiakassuhde niin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin kuin poliisiinkin.

Psyykinen ongelma ja sairastumisalttius voi nuorella olla myös melko täydellisesti piilossa. Jos jotakin vakavaa tapahtuu aivan yllättäen, saattaa viitteitä tapahtuneesta kuitenkin löytyä vaikkapa väkivaltatekijän nettisivustoilta. Eräitä yksittäisiä Suomessa tapahtuneita tuhotöitä on mediassa puitu jo aivan riittävästi, mutta ehkä niistä on jotakin opittu, joskin kalliilla hinnalla. Julkisenkin sanan kautta on saatu huomata, että vakavaan väkivaltaan syylistyneiden internet-maailma on jo pitkäpäin ilmentänyt erilaisten äärimmäisten ajatustuntien ja tekojen ihannoitua. Taustalla ei välttämättä ole ollutkaan ainakaan selkeästi häiriintynyttä perhe-elämää, eikä nuoren yleistä epäsosiaalista mesomista erilaisilla kokoontumispaikoilla. Sen sijaan ainakin vakavaa masennusta on tiedetty olleen Suomen oloissa harvinaisten joukkojen tekijöillä.

Vakava masennus (depressio) on vaativassa yhteiskunnassamme selvästi lisäänty-

Jatkuu seuraavalle sivulle

järjestämiseen. Potilaissa on nyt paljon 1980–1990 luvuilla syntyneitä. Problematiikkaa ei välttämättä ole sen enempää kuin muissakaan ikäluokissa, mutta nuoret lähtevät vanhempia helpommin hakemaan näitä palveluja. He käyttävät niitä kuten mitä tahansa muita palveluja, kertoo Armi Heikkinen.

- Nykymaailma on niin "pääkeskeinen". Tietoa on mielettömästi tarjolla ja ongelma on siinä, miten sitä käytetään. Meillä on vielä villi-ihmisen keskushermosto ja kaikkea mahdollista pitäisi ymmärtää. Esiintyy keinottomuutta tässä tietojenkäsittelyn prosessoinnissa. Keskushermostomme ei oikein ole vielä kehittänyt nykyajan vaatimustasolle.

- STAKESin koulutustilaisuuksissa on mietitty sitäkin, että pitäisikö olla myös psyykkisen hoidon ensiapukursseja. Miten menetellä, kun joku alkaa puhua sekavia esimerkiksi työpaikalla?

Mikä sai ambulanssissa työskennelleen hoitajan kiinnostumaan psykiatriasta?

Armi Heikkinen työskenteli sairaankuljetuksessa siihen aikaan, kun ambulanssit yleensä olivat sairaanhoitajille tuntematon työkenttä. Aluksi hän valmistui lääkintävahtimestari-sairaanhoitajaksi ja oli sen jälkeen kuusi vuotta ambulanssitiössä ennen sairaanhoitajaopintoja. Yhteensä ambulanssivuosi kertyi kymmenkunta. Työntantajina olivat mm. yksityinen yritys Kangasniemellä ja Taivassalon VPK, jonka sairaankuljetustoiminta tuolloin siirtyi kunnalle. Poliklinikkokokemusta kertyi Mikkelin keskussairaalaan, vaikka somaattisen puolen työkokemusta ei sairaanhoitajana

muuten kovin paljon kertynytkään.

- Psykoosipotilaat olivat sairaankuljetuksessa kiinnostavia, aina erilaisia ihmisiä. Ajattelin, että mistä tässä oikein on kysymys. Koulutuksen perusteella ymmärsin vähiten psykiatriasta. Hakeuduin erikoistumaan psykiatriseen hoitoon, koska en voinut kuvitella itseäni naisena sairaankuljetuksessa yli 40-vuotiaana työn fyysisen vaatimuksen vuoksi. Nykyinen työni on myös työajoiltaan mukavampaa.

Armi Heikkinen pitää nykyisen työnsä yhtenä etuna mukaanpääsyä sen kehitystoimintaan. Hän pitää psykoosi- ja päihde-ongelmia sairanhoidon parialuokkana, joiden auttamisen hän tuntee kutsuukseksi. Edellytykset työssä viihtymiselle ovat hänen mielestään hyvät. Toimiva työyhteisö, työnohjaus ja hyvä työterveyshuolto auttavat jaksamaan.

- Jaksamisongelmiin saa psykiatrisessa työssä sairauslomaa ilman suuria oireita. Työyhteisön hyvinvointi on tärkeää ja toisaalta omat ihmissuhteet auttavat irtautumaan työasioista. Liikunta auttaa kunnossa pysymistä ja siksi harrastan mm. pyöräilyä ja lentopalloa.

Armi Heikkinen on saanut mielenrauhaa myös buddhalaisesta filosofiasta ja meditaatiosta. Niiden avulla hän on järjestellyt omaa suhdettaan maailmaan ja sanoo, että "länsimaisella päällä" on liikaa taipumusta maailmanparantamiseen.

Antti Järvinen

Armi Heikkinen pitää nykyisen työnsä yhtenä etuna mukaanpääsyä sen kehitystoimintaan.



Kuva: Aki Setälä

Avohoidon puute ajaa monihäiriöisiä terveyskeskusten varaan

MIELENTERVEYS Erikoissairaanhoidon avohoidon ei kykene hoitamaan aikuisten ja vanhuksien mielenterveyspalveluitaan Vantaalla riittävän hyvin. Seurauksena on, että perusterveydenhuollon varaan jää paljon vaikeasti monihäiriöisiä potilaita, joiden hoidosta puuttuu psykiatrista näkemystä. Potilaiden joukossa on myös ensimmäistä kertaa sairastuneita tai psykoterapiaa tarvitsevia. Erikoissairaanhoidon ei tällä hetkellä pysty tarjoamaan psykiatrista neuvontaa, joka tukisi hoidon jatkamista terveyskeskuksissa. Synkkiä tilanne todetaan Vantaan kaupungin ja Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) laatimassa mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelmassa.

Vantaan Sanomat 12.3.08

nyt. Senkin aiheuttajana, tai ainakin pahentajana on usein päihteiden käyttö. Toinen merkittävä tekijä lienee yksinäisyys, irrallisuus ja yhteisöllisyyden puute. Työuupumus ja siihen liittyvä depressio on useimmissa työpaikoissa tunnettu ilmiö.

Talouselämyksen aika 1990-luvun alussa horjutti monien mielenterveyttä mm. velkaantumisen seurauksena. Tilanne johti monet henkilökohtaiseen lamaan ja mielialahäiriöihin sekä työkyvyttömyyteen. Depression paheneminen psykoositasolle ei ole kovin yleistä. Psykoottiseen depression sairastuvuus on miehillä koko elinajan huomioon ottaen 0,4 % ja naisilla 0,3 %.

”Erikoisia” henkilöitä näemme itsekin omissa ympäristöissämme. On eri asia,

mihin erikoisuuden rajan vedämme. Voimme itse olla joidenkin muiden silmissä hyvin erikoisia, vaikka yrittäisimme olla kuinka tavallisia. Monet meistä kuitenkin tuntevat tai ovat tunteneet ihmisiä, joilla on suoranaisia psykoottisyyppisiä oireita. Ne eivät aina rajoita merkittävästi henkilön toimintakykyä. Poikkeavaksi katsottava ajatusmaailma saattaa ilmetä selvemmin mm. alkoholia käytettäessä. Tällöin voi esiintyä esimerkiksi patologista mustasukkaisuutta, mikä tosin harvoin jää näkymättä selvin päinkään oltaessa. Osalla ihmisistä esiintyy kummallisia uskomuksia tai jopa irrallisia aistiharhoja ilman, että ympäristö olisi yleisesti leimannut heitä ”hulluiksi”. Varsinaiseen psykoosiin sairastuu yli 30-vuotiaista suomalaisista elämänsä aikana 3 %.

Alkoholipolitiikkamme suunta ja viinan hinta on jatkuvan yhteiskuntakeskustelun aiheena. Sosiaali- ja terveysviranomaiset sekä poliisit ovat jo selvästi nähneet, mihin lisääntyvä alkoholin kulutus johtaa. Voiko kulutusta hillitä hintapolitiikalla, on eri asia ja pitkällä tähtäimellä hiukan kyseenalainen. Tähän saakka on voitu osoittaa, että todennäköisesti jopa 1 %:lla 30–55-vuotiaista miehistä on ollut alkoholipsykoosi. Alkoholin kulutuksen kasvaessa nykyistä vauhtia voidaan odottaa myös alkoholipsykoosien osuuden kasvavan.

Väestön ikärakenteen muuttuessa lie-nee odotettavissa myös vanhuuden psykoosien lisääntymistä, mikä yksilötasolla liittyy todennäköisimmin dementian kehittymiseen.

Ensihoidossa ja psykepotilaiden kuljetuksissa alan ammattilaiset kohtaavat elämän koko kirjon sen nurjemmalta puolelta. Jokaisen potilaan hoidossa tarvitaan niin psyykkisen kuin somaattisen tilan kartoittamista ja hoitamista. Kolmantena keskeisenä asiana on sosiaalinen tilanne. Tällöin on ensi kohtaamisesta saakka tärkeää, että hoidettavan läheisten kanssa saadaan aikaan toimiva yhteistyö.

Kannattaa muistaa, kuten jo kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä esitettiin, että mielenterveysongelmat ovat yhteydessä ylikuolevuuteen. Syyt ja seuraukset kulkevat molempiin suuntiin. Potilailla voi jo olla esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaus, tai sellainen kehittyä psyykkisen tilan heiketyksessä. Myös psykoosilääkkeillä voi olla epäedullinen vaikutus veren rasva-arvoihin ja sokeritasapainoon. Heikko psyykinen tilanne estää usein potilasta huolehtimasta edes terveytensä perustekijöistä, saatikka jo todettujen sairauksien hoidosta. Psyken huono tasapaino altistaa myös tapaturmille jo ilman alkoholia tai muita päihteitä.

Antti Järvinen

Lähteet:

Heikkilä Jyrki: Mitä tehdä, kun terveyskeskukseen tulee uusi psykoosipotilas? Suomen Lääkärilehti 33/2006 vsk 61 s. 3215–3217

Lönnqvist Jouko: Moniko meistä sairastuu elämänsä aikana psykoosiin? Suomen Lääkärilehti 32/2007 vsk 62 s. 2751–2752

Lönnrot Elias: ”Wimmoista (mielenliikutuksista)” kirjassa Suomalaisen Talonpojan Koti – Lääkäri, viides korjaamaton painos (näköispainos), Lääketieteellinen oppimateriaalikeskustamo, Kirjapaino Virtaset Oy, Tampere 2002

Mantere Outi: Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistus; Erikoislääkäri 6/2007 vsk 17 s. 233–236

Ora Janne (toim.): Lancetin tiedot kannabiksen haitoista eivät yllätä suomalaisia tutkijoita; Suomen Lääkärilehti 34/2007 vsk 62 s. 2930–2932

Saari Kaisa: Psykoosipotilaan somaattinen terveys: onko lääkehoito riski? Luento (lyhennelmä), Lääkäripäivät 2006

Salokangas Raimo K.R.: Psykoosipotilaan tunnistaminen perusterveydenhuollossa; Suomen Lääkärilehti 32/2006 vsk 61 s. 3105–3107

Liite 1: Suomalaisen väestön yleisimpiä psykooseja

- skitsofrenia (0,9 %),
- mielialapsykoosit (0,6 %),
- alkoholipsykoosi (0,4 %),
- skitsoaffektiivinen häiriö (0,3 %)*,
- somaattisiin sairauksiin liittyvät psykoosit (0,2 %)
- harhaluuloisuushäiriöt (0,2 %).

Muita psykooseja esiintyy näiden lisäksi 0,5 %:lla väestöstä.

* Skitsofreenisiin häiriöihin kuuluva psykoosi, jossa on myös vakavan mielialahäiriön (maanisia tai depressiivisiä) piirteitä

Lähde: Lönnqvist Jouko: Moniko meistä sairastuu elämänsä aikana psykoosiin? Suomen Lääkärilehti 32/2007 vsk 62 s. 2751–2752

LEHDISTÖTIEDOTE 28.3.2008

Lääkkeelliset myyntiluvalliset kaasut markkinoille 1.3.2008

Uusi EU-läkelainsäädäntö tuli voimaan Suomessa marraskuussa 2005. Tämän johdosta kaikille markkinoilla oleville lääkkeellisille kaasuille tuli hakea myyntilupa vuoden 2007 loppuun mennessä.

Oy AGA Ab, Linde Gas Therapeutics sai ensimmäisenä myyntiluvan Suomessa lääkkeelliselle hapelle jo 12.3.2007 ja lääkkeellinen hengitysilma sekä lääkkeellinen ilokaasu saivat myyntiluvat tammikuussa 2008. Uudet tuotteet tuotiin markkinoille 1.3.2008, jolloin myös vanhojen tuotteiden toimitus asiakkaille loppui.

Myyntiluvallisten lääkkeellisten kaasujen uudet tuotenimet:

Lääkkeellinen happi on nyt CONOXIA®, lääkkeellinen ilokaasu tunnetaan nimellä NIONTIX® ja lääkkeellinen hengitysilma on AIRAPY™.

Tuotteiden tilaustunnukset, tuotenimet, pullojen etiketöinti, kaasupullojen väriyty sekä hoidon dokumentointi sairaaloissa uudistuu. Tiedotamme asiakkaitamme aktiivisesti muutoksista ja myös uusilta verkkosivuiltamme

www.linde-gastherapeutics.fi saa lisätietoa myyntiluvallisista lääkkeellisistä kaasusta.

Linde Gas Therapeutics toimii Suomessa lääkkeellisten kaasujen, laitteiden sekä kaasunjakelujärjestelmien kokonaisratkaisujen toimittajana. Yksikkö on osa kansainvälistä The Linde Groupia ja markkinajohtaja lääkkeellisten kaasujen toimialalla maailmanlaajuisesti sekä paikallisesti.

Lisää tietoa:

www.linde-gastherapeutics.com

Lisätietoja lääkkeellisistä kaasusta antaa:

Mia Lindström, liiketoimintajohtaja

p. 050 363 6595

Mikko Laiho, tuotepäällikkö

p. 040 546 9336

Annika Lundqvist, tuotepäällikkö

p. 040 708 6357

Oy AGA Ab

Linde Gas Therapeutics

Itsehallintokuja 6, 02600 Espoo



**PHYSIO
CONTROL**
a division of Medtronic

KUN MINUUTIT RATKAISEVAT

Physio-Controlin LIFEPAK® -defibrillaattorit on suunniteltu sinun avuksesi pelastaessasi ihmishenkiä. Lisäksi Physio-Control tarjoaa täyden huolto- ja lisätarvikevalikoiman ensihoidon tarpeisiin.

Lisätietoja tuotteistamme ja palveluistamme saatte puhelimitse 09 7552 500 tai www.sivuiltamme www.physio-control.fi.



Hevosia ja voimia on tarvittu aina: Ambulanssikaluston kehitysvaiheita sodassa ja rauhassa – osa 1



Foto Signe Brander
Helsingissä 1909

Vanhan paloaseman pihalla, Konstantininkatu 12 (nyk. Meritullinkatu, Helsinki) ambulanssivaunun ja rullapaarit v. 1909. Taustalla ruiskumestari Byman.
Kuva: Helsingin kaupunginmuseo / Signe Brander

Varsinaisten ambulanssiautojen historia Suomessa alkaa 1920-luvulta. Ambulanssi on kuitenkin tarkoittanut alun perin paljon muutakin. Se on ollut esimerkiksi kokonainen junalastillinen liikuttavaa lääkintävarustusta ja -henkilöstöä eli kenttäsairaala. Kriisiaikoina mikä tahansa auto voi olla ambulanssiauto kuten on ollutkin. Jos syntyy poikkeustila, missä hoitoon kuljetettavia on massoittain, tarvitaan paljon myös pelkkää kuljetuskalustoa, tai ensiaputason yksiköitä. Tässä kirjoitussarjassa tarkastelemme sairaankuljetuskaluston kehitystä ja ajan mukana muuttuneita tarpeita aina 1800-luvun lopulta alkaen.

Liikuteltavia sairaaloita oli eurooppalaisten kenttäarmeijoiden käytössä jo 1700-luvulla. Nykyajan ensihoitajia vastasivat välskärät, joiden lääkinnällinen taito oli ajan taustaan vasten huomattavan korkea. Armeijan välskäreitä hakeutui myös siviilipalvelukseen ja he korvasivat lääkärivajetta Suomenkin maaseudulla aina 1800-luvun lopulle saakka. Lääkäreitä ei oltu vielä koulutettu tarpeeksi ja välskäreitäkin riitti aluksi vain suurimpiin kaupunkeihin, jos aina niihinkään. Tyypillisiä sijoituspaikkoja olivat linnat: Turun linna, Hämeen linna, Olavinlinna jne.

Jotta haavoittuneita olisi voitu kuljettaa sotatoimialueilla lisäämättä heidän kivuliaisuuttaan ja vähentämättä heidän selviämismahdollisuuksiaan, piti suunnitella potilasystävällisemmät hevosvetoiset kärryt. On hyvä tietää, mistä yhä jatkuva tuotekehitys alkoi. Edelleen on ambulanssikalustukseen suunnitellun ajoneuvon keskeinen laatuvaatimus sama kuin 1880-luvulla. Nyt kuitenkin tekniikka on nostanut potilasmukaavuuden aivan eri tasolle ja moottorivoimat nopeuttavat kuljetusta kohtaamispaikalta.

Vuonna 1884 suunniteltiin Suomen sotakommissariaatin alaisessa toimikunnassa uutta kuljetuskalustoa ja erityisesti sairaavaunumallia armeijan käyttöön. Pohjana sairaavaunulle olivat suomalaiset talonpoi-

kaisrattaat ja uutuus saatiin kokeiltavaksi vuonna 1888. Venäjän sotaministeriö ei kuitenkaan hyväksynyt mallia viralliseen käyttöön, koska se poikkesi standardeista. Norjan armeijalle uutuus kelpasi sen sijaan vuonna 1893.

Uusissa sairaavaunuissa talonpoikaistaitaiden lavaa oli pidennetty, sivuja taivutettu ulospäin ja kuskipukki sijoitettu lavan eteen. Vaunujen yli voitiin tarvittaessa pingottaa irrotettavan telineen varassa oleva tuulikan-gaskatos. Vaunuihin voitiin sijoittaa joko kahdet sivusuunnassa olevat paarit tai kaksi penkkiä, joille mahtui neljä istuvaa potilasta sekä ajajan rinnalle viides. Pyörät olivat normaalia suuremmat ja vaunut oli varustettu hyvällä jousituksella. Myöhemmin tyyppiä kehitettiin siten, että pyörien alle voitiin sijoittaa reen jalaket. Lavan perässä oli vesisäiliö. Kuormasta riippuen voitiin rattaiden vetäjäksi valjastaa yhdestä kahteen hevosta. Siten kuljetusajoneuvon hevosvoimia saatiin lisättyä tarpeen mukaan. Näitä kaksipyöräisiä sairaavaunuja alettiin Venäjän armeijassa käyttää Japanin sodan aikana (1904–05). Aluksi niitä tosin otettiin sinne vain kahdet, sillä sairaankuljetusten oletettiin sotatoimialueella Mantshuriassa hoituvan pääasiassa rautateitä pitkin.

Samoihin aikoihin alkoi kalusto kehittyä myös siviilikuljetuksissa. Järjestäytyneitä ja viranomaisvalvonnassa olevaa sairaiden kuljetusta tosin tapahtui vain suurimmissa kaupungeissa. Helsingissä ja Turussa otti palokunta hoitaakseen sairaankuljetuksia hevosvetoisilla kärryillä, joita hiljalleen kehitettiin potilasta suosivammiksi umpikorimalleiksi. Olipa 1910-luvulla myös polkupyöräambulansseja, mutta autojen alkaessa ilmaantua katukuvaan käynnistettiin hankkeet niiden saamiseksi ambulanssikäyttöön.

Sairaukset alkoivat motorisoitua

Helsingin palolaitos sai ensimmäisen sairaankuljetusautonsa vuonna 1923. Terveystieteidenlaitoksen jo kahdeksan vuotta aikaisemmin, mutta erityisesti vuoden 1918 tapahtumat hidastivat sen toteutumista. Ensimmäinen ambulanssiauto oli Daimler-Mercedes -merkinen. Vuonna 1926 rakennettiin Chevroletin alustalle sairaankuljetukseen sopiva varustus. Niinpä sotaväen kaksipyöräisistä sairaavaunuista alkanut tuotekehitys jatkui luontevasti moottorin avulla liikkuvan

kulkuneuvon kehittäessä kohti parempaa matkustusmukavuutta.

Fiat-merkinen ambulanssiauto tuli Helsinkiin vuonna 1928 kuten myös Turkuun, jossa se oli laatuaan ensimmäinen. ”Turkulaisversiossa” kerrotaan kuitenkin olleen eräitä merkittäviä, joiden alun perin oli tietysti ajateltu helpottavan niin potilaan kuin kuljettajienkin asemaa matkan aikana. Auto saatiin suoraan Italiasta, ja sen varustukseen kuuluivat kahdet päällekkäiset paarit, joita vastapäätä oli penkki kolmelle miehelle. Myöhemmin potilastilaan otettiin vain kaksi ”virallista” saattajaa, kun mukaan alettiin ottaa yksi henkilö myös potilaan lähipiiristä.

Jousitus tuossa autossa oli niin heikko, että oli tapana sanoa: jos ei potilas kuole kuljetuksen aikana, ei hän sairaalassakaan kuole. Katolle oli sijoitettu vesisäiliö, jolle saattoi hyvinkin kuvitella käyttöä sairaankuljetuksessa. Suomen olosuhteisiin se ei kuitenkaan kovin hyvin soveltunut, koska vesi jäättyi suurena osana vuodesta.

Poriin saatiin ensimmäinen sairaankuljetusauto vuonna 1934 monenlaisen suunnittelun ja kovan väännön jälkeen. Se rakennettiin seitsemälle henkilölle suunnitellun Chevroletin alustalle ja korityöstä huolehti G.W. Wulffin autokoritehdas Turusta. Auton toimitti tilaajalle Satakunnan Auto Oy. 1930-luvun sairaankuljetusautojen merkeinä Suomessa esiintyivät edellisten lisäksi mm. Studebaker ja Packard -120.

Edellä kerrottu sairaankuljetuksen motorisoituminen ei kuitenkaan vielä pitkään aikaan ollut koko maan kattavaa. Apuna olivat kirjaimellisesti hevosvoimat jopa 1950-luvun puolelle saakka. Pääosa suomalaiskaupungeista on alun perin ruutu-kaavoitettu pienelle alueelle, eikä 60–70 vuotta sitten tunnettu vielä elementtitaloja eikä lähiöitä. Siten on ymmärrettävää, että tehokkaampien ajoneuvojen puuttuessa sairaita on kuljetettu kantamalla pelkin miesvoimin, koska matkat eivät olleet pitkiä. On kokonaan toinen asia, moniko tämän päivän bodari olisi valmis kantamaan potilasta esimerkiksi kaksi kilometriä. Siihen tosin voidaan oikeastikin joutua vaikkapa tietämättä maastossa Lapissa, joskin erityiskulkuneuvoja on sinnekin kehitetty.

Sota toi uudet ja mittavat haasteet

Sota-aika (1939–40 ja 1941–45) toi sairaankuljetukselle täysin eri mittaisen ongelmakentän rauhan aikaan verrattuna. Siviilikuljetukset jäivät minimiin, mutta rintamaolosuhteisiin tarvittiin suuri määrä kalustoa siirtämään haavoittuneita etulin-

jasta kenttä- ja sotasairaaloihin. Sotien aikana joukkosairaankuljetuksia hoidettiin paljon myös junilla, mutta jonkin verran laivoillakin.

Ennen talvisodan alkua muunneltiin tavallisia pakettiautoja ambulanssikäyttöön ylimääräisten kertausharjoitusten yhteydessä. Autoihin asennettiin paaritelineet ja lämmityslaitteet. Ideana oli pitää potilas samoilla paareilla koko kuljetusprosessin ajan. Rintama-alueen pääsiallisissa kuljetusvastuussa olivat sairausautokomppaniat, vaikka myös kenttäsairaaloilla oli muutama auto.

Pommitukset runtelivat kaupunkirakenteita ja Helsingin kaduilla saattoi nähdä massiivisia sairaankuljetusajoneuvoja. Siirrettävien potilaiden määrä edellytti linja-autoluokan ajoneuvoja. Esimerkiksi kaupungin Reo-merkkisellä autolla kulki kahdeksan potilasta kerrallaan.

Talvisodassa hätä keksi uusia keinoja kuten kriisiolosuhteissa yleensä tapahtuu. Tässä yhteydessä mainittakoon vain lyhyesti, että 1800-luvulla alkanutta sairaavaunuperinnettä voitiin käyttää hyväksi myös viime sodissa. Hevosvetoisten kumipyöräkärryjen tärinävaimennus parani, kun paarit sijoitettiin kärrykorin ylälaitojen väliin pingotettujen köysien varaan. Hevosvetoisen kuljetus alkoi takkuilla yli puolimetrisessä lumessa, jolloin liikkuvuutta parannettiin käyttämällä tukkirekää, johon oli rakennettu kevyt laidallinen lava.

Muita olosuhteiden sanelemia kenttä-sairauksetalustoja olivat mm. ahkiot, latvapurilaat ja suksista rakennetut paarit.

Pitempimatkaiset sairaankuljetukset olivat kaikilla rintamanosilla vaarallisia pommitusten, panssarivaunujen ja tykkitulien rytmittäessä matkantekoa. Tiettyinä aikoina tiellä liikkui loputtomia evakkojonoja. Ihmisten oli päästävä turvaan sodan jaloista, mutta samanaikaisille sairaankuljetuksille oli tiellä liikkuminen melkoista luovimista.

Kirjoitussarjan seuraavassa osassa kerromme mm. kansainvälisestä ambulanssiyhteistyöstä sodanaikaisessa Suomessa ja jatkamme kertomusta ambulanssiautojen lisääntymisestä siviilikäytössä.

Antti Järvinen

Lähteet:

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

Nyström Samu: Stadin tabis sata vuotta – Helsingin pelastuslaitoksen ensihoito- ja sairaankuljetustoiminta 1905–2005



Ambulanssiautoja kadulla Helsingissä. Etummaisena vuonna 1925 sairaankuljetusautoksi muutettu Finlandia, takana vuonna 1923 hankittu Daimler-Mercedes.
Kuva: Helsingin kaupunginmuseo



Kuva: Jukka Uotila/Suomen Lääkäriliiton kuva-arkisto

Norovirukset saaneet lisäjulkisuutta – eivätkä aiheetta

Noroviruksesta on aikaisemmin kirjoitettu mm. tällä palstalla. Tuolloin sitä käsiteltiin uimavesissä piilevänä tartuntalähteenä. Aivan uutta julkisuutta virus sai, kun sitä löytyi vuoden vaihteessa nokialaisten vesijohdotoverkostosta. Oikeastaan noroviruksesta pitäisi puhua monikossa, sillä niitä on geneettisten ominaisuuksiensa perusteella 25–29 ryhmää.

Norovirukset ovat herkästi tarttuvia ja seurauksena tartunnoista voi olla ripulitautien ja ruokamyrkytysten epidemia kuten mm. Nokian katastrofissa nähtiin. Paitsi saastuneen veden välityksellä ne tarttuvat myös suoraan henkilöstä toiseen, tai elintarvikkeista, tai kosketuspinnosta. Noroviruksen uusimpia variantteja pidetään vuoden 2007 aikana todettujen suurten epidemioiden aiheuttajina ympäri maailmaa. Epidemiat ovat olleet myös poikkeuksellisen ärhäköitä ja erityisesti ihmisestä toiseen tarttuvia.

Sairastuneiden oireet ovat maailmalla olleet rajuja. Amerikkalaistiedot kertovat lasten vakavista ripulitaukeista olleen 33 % kyseisten norovirusten aiheuttamia. Aikuisten teho-osastohoitoon päätyneistä gastroenteriiteistä on 30 % ollut niin ikään lähtöisin kyseisistä viruksista. Yli 65-vuotiaiden joukossa tauti on johtanut myös kuolemiin.

Yleensä noroviruksen aiheuttama ripulitauti paranee 1–2 vuorokaudessa, vaikka olisi rajukin. Tarttuvuus on kuitenkin suurimmillaan vasta oireiden loputtua, 4–5 vuorokauden kuluttua tartunnasta. Uusimpien tutkimustulosten mukaan potilas erittää virusta ulosteisiinsa jopa useita viikkoja.

On huomattava, että myös oireeton henkilö voi olla viruksen kantaja erittäen sitä runsaasti ja levittäen tautia tehokkaasti eteenpäin. Norovirukset ovat varsin kestäviä, eikä desinfektioaineiden tehosta niiden tuhoamisessa ole täyttä varmuutta.

Suomessa koettiin talvella 2002–2003 erityisesti sairaaloissa ja vanhainkodeissa voimakas norovirusepidemioiden aalto. Vuonna 2006 syntyneet uudet variantit aiheuttivat Suomessa ennennäkemättömän norovirusepidemiakauden sekä kyseisenä että seuraavana vuotena (2007). Jos norovirusepidemia pääsee valloilleen sairaaloissa, niiden toimintakyky on suurella koetuksella.

Tämän vuoden maaliskuun alkuun mennessä noroviruksen aiheuttamia vatsatautitapauksia raportoitiin yli puolet vä-

Seulottuja tiedonjyviä

Tällä palstalla käsitellään terveyteen ja sairauteen liittyviä asioita yleisellä tasolla kuten myös sairauksien syitä, seurauksia ja hoitoa. Aiheet eivät välttämättä suoraan liity ambu-

hemmän kuin edellisenä vuotena samaan aikaan. Epidemioita on kuitenkin tämänkin vuoden puolella esiintynyt myös sairaaloissa ja muissa laitoksissa. Eniten virusesiintymiä on havaittu Etelä- ja Itä-Savon sekä Satakunnan sairaanhoitopiireissä, mutta myös Uudellamaalla vielä kevättalvella.

Norovirukset eivät siis ole pelkästään harmittomia ohimenevien mahatautiin aiheuttajia. Niiden uusimmat variantit leviävät maailmalla pandemian lailla. Laajan epidemia-aallon levitessä Suomessakin se koskettaa terveydenhuoltomme kaikkia portaita ja sektoreita.

Kannattaa myös muistaa, että amerikkalaisten tutkimusten mukaan norovirusten tartuntalähteenä voi toimia jopa yhteiskäytössä oleva tietokone, eli käytännössä näppäimistö ja hiiri. Muitakin viruksia niistä varmasti tarttuu, joten lienee syytä muistaa yhteiskäytössä olevien tietokoneiden kosketuspintojen puhdistaminen kuten myös yhteiskäyttäjien käsihygienian tarpeellisuus.

Lähteet:

Roivainen Merja, Maunula Leena, Kuusi Markku: Kansanterveys 1/2008; Pandemian lailla leviävät uudet norovirusvariantit aiheuttavat epidemioita eri puolilla maailmaa
Arvilommi Heikki: Suomen Lääkärilehti 7/2008 vsk 63 s. 607; Lehdistöreferaatti, Norovirus tarttuu myös näppäimistöä ja hiirestä
www.ktl.fi

Lentomatikustajan sairausuhkia

Lentomatkat ovat yleistyneet kenen tahansa ulottuville, sillä hintapolitiikkakaan ei tarjonnan lisääntynyttä muodosta ehdotonta estettä pienempipalkkaisenkaan kaukomatkoille. Lomamatkat hyvinkin eksootisiin kohteisiin ovat jo vuosia olleet kaikenikäisten suomalaisten suosiossa. Monet matkustavat lentäen myös kotimaassa – kylläkin suhteellisen kalliilla hinnoilla – jolloin varsin usein maksaja on joku muu kuin matkustaja itse.

Lentomatoilla on terveystarpeita, jotka koskettavat todennäköisimmin niitä, joilla jo on ennestään joku sairaus. Pitkät kaukolennot rasittavat ilmeisimmin ikä-ihmisiä, joilla usein on kroonisia tauteja.

Vuosittain esiintyy laskimotukoksia ja keuhkoembolioita 1–2 / tuhat lentomatikustajaa. Matkan ollessa 5000–10 000 kilometriä kasvaa tukosvaara 2–4-kertaiseksi. Riskiä lisäävät mm. aikaisemmin sairastetut tukokset, malignit sairaudet, alle kuukausi aikaisemmin tehty leikkaus, raskaus

lanssityöhön, mutta terveydenhuollon ammattilaisina tämän lehden lukijat saattavat kuitenkin olla niistä kiinnostuneita. Jos tarjottu tieto ei aina sisällä varsinaista uutista,

sekä hormonihoido. Tukosalttiutuu syntyy lentomatikalla siitä, että matala ilmanpaine heikentää laskimopaluuta. Lentokoneessa ilman happipitoisuus on matala, mikä tietysti altistaa sydän- ja hengityselinongelmista kärsivätkä akuuteille sairaustiloille. Vakavia akuutteja sairauskohtauksia ei kuitenkaan esiinny hyvin usein, koska tiettyjä tauteja potevat useinkin selvittävät etukäteen lentokelpoisuutensa.

Lentokoneiden matkustamoahtaus on tuttu kaikille turistiluokassa matkustaneille. Liikkumatila ja asennon vaihtelumahdollisuus on istuttaessa minimaalinen. Pitkä paikallaan istuminen hidastaa laskimopaluuta ja turvottaa jalkoja. Asiantuntijat suosittelvat lentomatikustajalle istuimelta nousemista ja pientä jaloittelua matkustamossa silloin ja siten kuin se on sallittua. Tämä on tietysti suositeltavinta pitkällä lennoilla etenkin riskiryhmiin kuuluville matkustajille.

Alkoholin runsas nauttiminen ei ole järkevää ennen lentomatikaa eikä sen aikana. Paitsi, että se saattaa aiheuttaa epäviihtyisyttä muille matkustajille, se aiheuttaa asianomaiselle itselleen lisääntyneen sairastumiskätkin – jälleen todennäköisimmin niille, joilla jo on joku sairaus ennestään.

Alkoholi aiheuttaa elimistön kuivumista ja runsas nesteen nauttiminen – oluen muodossa tai muuten – täyttää rakkoa, joka puolestaan voi aiheuttaa mekaanisen esteen laskimopaluulle. Tasainen ja kohtuullinen juominen (vesi/ muut virvoitusjuomat) on kuitenkin suositeltavaa.

Mikäli matkustaja vammautuu lomatai urheilumatikalla, voi kotiinpaluu järjestyä normaalilennolla ilman saattajaa tai noutajaa, jos istuen matkustamiselle ei ole estettä. Tällöin esimerkiksi alaraajakipsattu potilas tarvitsee riittävästi tilaa, jotta raajaa voidaan pitää suorassa. Ennen kotimatikaa on kuitenkin aiheellista saada tukoksia ehkäisevä lääkitys.

Lähde:

Lassila Riitta: Laskimotukosvaara ja lentomatikat; Lääkäripäivät 2008; luento(lyhennelmä)

Doping-aineista terveystarpeita myös kuntoilijoiden keskuudessa

Doping-aineiden käyttö on tunnettu huippu-urheilussa vuosikymmeniä. Ajoittain näyttää siltä, että doping-tuotteiden kehittäminen suorituskyvyn parantamiseksi juoksee karkuun kansainväliseltä valvonnalta. Samalla

saattaa sen mieleen muistuminen olla hyvänä lisänä muun ammattitiedouden joukossa. Terveydenhuollossa sitä paitsi kaikki liittyy kaikkeen, vaikka heti ei siltä vaikuttaisikaan.

pyritään kiinnijäämisriski minimoimaan erilaisilla tempuilla. Suomessa tapahtui jälleen viime talvena runsaasti kansainvälistä julkisuutta saanut doping-rikkomus, joka johti elinikäiseen kilpailukielloon.

Anaboliset steroidit ovat yksi tunnettu ryhmä niistä doping-aineista, joista monet huippu-urheilijat ovat jääneet kiinni. Tosin viime talven ”ampumahiihtokätkyssä” kyse oli EPO:sta eli erythropoietinista. Anaboliset steroidit eivät ole enää pelkästään kilpaurheilijoiden huvi, vaan myös kilpailu nautinnollisesta ja täydellisestä elämästä on saanut varsinkin noin kolmekymppiset kaupunkilaiset kuntoilijat käyttämään niitä. On hyvin tärkeää, miltä kukin näyttää ja vuorokauden 24 tunnista halutaan repiä kaikki irti, joten elimistönkin ”täytyy” olla yliviritetty, jotta omaan ja ympäristön asettamaan vaatimustasoon pystyttäisiin vastaamaan.

Lihasmassaa kasvattavien anabolisten steroidien käyttöä on tutkittu kuntoilijoiden keskuudessa. Tulos kertoo käyttäjiä olevan kaksi prosenttia kuntosaleilla aktiivisesti harjoittelevista miehistä ja naisista. Samat henkilöt käyttävät myös muita – vapaasti saatavissa oleviakin – aineita, jotka edistävät lihasmassan kasvua ja harjoituksesta palautumista. Se ja edellä mainittujen aineiden sekä muiden piristeiden käyttö saattaa johtaa myös amfetamiinin, ekstaasin ja kokaiinin käyttöön.

Doping-aineita käyttänyt henkilö saattaa valittaa epämääräisiä oireita. Myös aineiden alkuperä ja puhtausaste voivat olla epämääräisiä, koska hankinta tapahtuu laittomasti sieltä mistä satutaan saamaan. Anabolisten steroidien sivuvaikutuksista mainittakoon sukupuolihormonitoiminnan häiriöt, pituuskasvun estyminen, masentuneisuus, väkivaltaisuus sekä maksan ja sydämen toimintahäiriöt.

Joskus voi olla vaikea epäillä potilaan oireiston johtuvan esimerkiksi anabolisista steroideista, jos kyseessä on ulkonaisesti varsinaiselta terveyden ja hyväkuntoisuuden perikuvalta näyttävä nuori tai nuorehko henkilö. Vielä vähemmän asia tulee mieleen, jos potilas ei ole kilpaurheilija. Vakavinta asiassa on se, että anabolisia steroideja käytävillä on muihin verrattuna 4,6-kertainen riski enneaikaiseen kuolemaan.

Lähde:

Sariola Suvij, Palosuo Maira: Suomen Lääkärilehti 7/2008; vsk 63 s. 598–600, Kolmekymppiset viimeistelevät vartaloaan doping-aineilla

AJ

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, 2008

Ilmoitushinnat:

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

Osoitteet ja osoitteenmuutokset:

toimisto@sairaankuljetusliitto.fi

Ambulanssi-lehti ilmestyy neljä kertaa vuodessa.
Seuraava lehti 3.2008 ilmestyy viikolla 43.

Aikakauslehtien Liiton jäsen

LifeMed

- Medical Imaging -

BFM-900 - Akkukäyttöinen kardiokografilaite synnytysvalvontaan sairaankuljetuksen aikana



- Ehdoton lisävaruste sikiövalvontaan kuljetuksen aikana
- Vähentää äidin ja sikiön riskejä
- Lisää potilaan turvallisuuden tunnetta
- Helppokäyttöinen ja kevyesti siirrettävä
- Toimii myös verkkovirralla
- Antaa tietoa reaaliajassa, antaa tärkeää tietoa jatkohoitopaikkaan
- Mahdollistaa siirrot pitempienkin etäisyyksien päähän

BIONICS

Sentry - Pienikokoinen ja akkukäyttöinen valvontamonitori



- Kolme eri mallia: N (verenpaine), NS (verenpaine, happisaturaatio) ja NST (verenpaine, happisaturaatio, trendi)
- Selkeä näyttö
- Paino alle 5 kg (kokoontuotosta riippuen)
- Akkukäyttöinen (3 h), latausaika 2 h sisäänrakennetulla laturilla
- Suuri hälytysvalo
- Hälytykset asetettavissa systoliselle, diastoliselle ja valtimoverenpaineelle, sykkeelle, lämpötilalle ja SpO₂:lle

medical **ECONET**

Kysy koekäyttöä! Tuotepäällikkö Tiina Pikkarainen
Puh. 040 580 1109 | tiina.pikkarainen@lifemed.fi

Billskogintie 23 K
02580 SIUNTIO

Puh. (09) 8870 720
Fax (09) 2562 442

info@lifemed.fi
www.lifemed.fi

Pensi
RESCUE

Innovatiivista laatua
sairaankuljetukseen!



TASAVALLAN PRESIDENTIN
INNOSUOMI-
PALKINTO
2007

Ota yhteyttä!
Vastaamme mielellämme kaikkiin tuotteitamme koskeviin tiedusteluihin.

Pensi Rescue Oy
Ahertajankatu 5
38200 Vammala

puh. 03 512 5600
fax 03 512 5644
e-mail: pens@pensi.fi
www.pensi.fi

Advanced Solutions

KAIKKEA MIKÄ LIIKKUU.



Yritysten e-palvelut on maksuton ja mutkaton asiointikanava verkossa. E-palveluissa hoidat yrityksesi vakuutusasiat turvallisesti ja helposti – silloin kun sinulle parhaiten sopii.

Joko sinulla on e-palvelusopimus? Jollei, kaarra osoitteeseen www.a-vakuutus.fi, tutustu e-palveluihin ja tee yrityksesi vakuutusasioiden hoitoa helpottava sopimus tai kysy määräaikaishuollon yhteydessä lisää.

A-VAKUUTUS
www.a-vakuutus.fi

SSK:n syyskokous 20.–21.9.2008

Kylpylähotelli Rantasipi Tropiclandia, Vaasa

TARJOUS

Renault Master 2.5 dCi
Rek. 05/2003, ajettu 143 tkm.
Ilmajousitetut jenkkipaarit,
webasto ym. Collet-tehtaan tekemä.
Huollettuna ja katsastettuna ambulanssiksi.
Hinta 19500 euroa + alv.
AutoBuumi Oy, puh. 0400 555 111



www.turvallisuusmessut.fi

Suomen johtavat
turvallisuusalan
ammattimessut
ja seminaarit
Tampereella
3.-5.9.2008

MatchMaker
EXPONET

Turvallisuus-messujen
virtuaalinen tapaamispäivä 26.8.2008
osoitteessa: www.turvallisuusmessut.fi

 **TURVALLISUUS**
SAFETY • SECURITY **2008**

TAMPEREEN MESSU- JA URHEILUKESKUS 3.-5.9.2008



JÄRJESTÄJÄ JA YHTEYSHENKILÖT

Tampereen Messut Oy
PL 163
33901 TAMPERE

Projektipäällikkö: Veli-Pekka Rouvali
Asiakaspalvelu: 0207 701 222
Fax: 0207 701 201

www.tampereenmessut.fi
info@tampereenmessut.fi



 **Tampereen Messut**
Tampere Trade Fairs

 **Tampereen**
Messu- ja Urheilukeskus