LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Mielenterveystyön toimintaympäristömuutoksen vaikutukset aikuisten vuodeosaston tilasuunnitteluun

- kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Narvio, Kaisa

2017 Laurea

LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Mielenterveystyön toimintaympäristömuutoksen vaikutukset aikuisten vuodeosaston tilasuunnitteluun

- kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kaisa Narvio
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2017

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila
Sairaanhoitajakoulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Kaisa Narvio

Mielenterveystyön toimintaympäristömuutoksen vaikutukset aikuisten vuodeosaston tilasuunnitteluun

Vuosi 2017 Sivumäärä 50

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa taustaselvitys sairaalarakennushankkeiden tilasuunnittelunäkökulmiin mielenterveysyksikön vuodeosastoille. Taustalla ovat vuodepaikkojen raju vähentyminen ja psykiatristen sairaaloiden siirtyminen yleissairaaloiden yhteyteen. Tarkoitus oli muodostaa kuvaus toimintaympäristön muutoksien aiheuttamista tilasuunnittelun tarpeista. Tutkimuskysymyksien avulla tässä opinnäytetyössä etsittiin vastauksia vuodepaikkojen vähenemiseen ja osastojen sijoittamiseen yleissairaaloiden yhteyteen vaikuttaneista tekijöistä sekä tulevaisuuden tilaratkaisujen suunnitteluun mielenterveyden vuodeosastoilla.

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja analyysimenetelmänä käytettiin mukaillen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Mielenterveysosastojen siirtäminen yleissairaaloiden yhteyteen tuottaa tutkimusten mukaan enemmän hyötyjä kuin haittoja. Keskeisiä hyötyjä ovat parantuva yhteistoiminta, molemminpuolisen asiantuntemuksen lisääntyminen, potilaiden leimautumisen väheneminen sekä erikoisalan arvostuksen nousu. Siirron yhteydessä on kuitenkin turvattava potilaiden intimiteetin säilyminen sekä varmistuttava tilojen ja ympäristön soveltuvuudesta mielenterveyspotilaille. Tulevaisuuden vuodeosastojen tilasuunnittelun keskeisiä periaatteita tulisivat olla turvallisuus, laitosmaisuuden vähentäminen, terapeuttinen ympäristö sekä joustavuus. Näiden periaatteiden avulla minimoidaan riskitilanteet, tuetaan toimintakyvyn palautumista, mahdollistetaan perheen osallistuminen ja tehostetaan tilojen joustavaa käyttöä. Ratkaisuja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ovat esimerkiksi yhden hengen potilashuoneet, turvalliset materiaali- ja kalusteratkaisut, erilaiset oleskeluvyöhykkeet, mahdollisuus ulkoiluun sekä tukitoimintojen sijoittaminen taustalle.

Asiasanat: Mielenterveys, vuodeosasto, tilasuunnittelu, sairaalasuunnittelu

Laurea University of Applied Sciences **Abstract**
Laurea Tikkurila
Degree Programme in Nursing

Kaisa Narvio

Effects of the Operating Environment Changes on Designing the Adult Mental Health Ward

Year 2017 Pages 50

The aim of this Bachelor's thesis was to produce a background report on spatial design aspects on mental health wards. The purpose was to describe the needs for spatial design caused by the changes in the environment. The first study question focused on the factors that have affected the decrease of hospital beds in the mental health wards and placing the wards to general hospitals and spatial design solutions in future wards. The second study questions focused on spatial design solutions in future wards.

The used research method is a descriptive literature review. The analysis method is content analysis. The transfer of mental health wards to general hospitals produces more advantages than drawbacks. The most important advantages are better co-operation, increasing expertise on both sides, decreasing patient stigmatization and increased appreciation of psychiatry. Special attention is needed on securing the patient intimacy and the suitability of space and environment to mental health patients. The design principles of future wards should be safety, minimizing institutionalization, therapeutic environment and flexibility. With the help of these principles it is possible to minimize risky situations, support the patient's ability to function and family participation as well as enhancing the flexible use of spaces. The solutions are single bed patient rooms, safe material and furniture, different recreational zones, outdoor facilities and placing the supportive functions on backstage.

Keywords: Mental health, ward, spatial design, hospital design

Sisällys

1 Johdanto 7
2 Tietoperusta 8
2.1 Keskeiset käsitteet 8
2.2 Keskeiset toimintaympäristön muutokset mielenterveystyön vuodeosastolla 8
2.3 Mielenterveystyön historia Suomessa 9
2.4 Lainsäädäntö 15
2.5 Psykiatriset sairaalat Suomessa 16
2.6 Psykiatriset vuodeosastot 17
2.7 Vuodeosastoilla hoidettavat potilaat 18
2.7.1 Skitsofrenia 20
2.7.2 Mielialahäiriöt 21
2.7.3 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät 22
2.7.4 Uhkaavasti ja väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat 22
2.8 Mielenterveystyön lähtökohdat vuodeosastolla 22
2.9 Tilasuunnittelun periaatteet vuodeosastolla 23
3 Opinnäytetyön toteutus 25
3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä 25
3.2 Tiedon hankinnan keinot ja vaiheet 26
3.2.1 Tiedonhankinnan ensimmäinen vaihe 27
3.2.2 Tiedonhankinnan toinen vaihe 28
3.3 Aineiston analyysi 28
3.3.1 Tieteellisten tutkimusten sisällönanalyysi 29
3.3.2 Tilastoraporttien analyysi 30
3.3.3 Suunnitteluohjeiden analyysi 30
3.4 Aineiston kuvaus 31
3.4.1 Toimintaympäristön muutokset mielenterveystyössä 31
3.4.2 Mielenterveysyksikön tilasuunnittelu 34
4 Tulokset 37
4.1 Vuodepaikkojen vähentämisen syyt 38
4.2 Mielenterveysosastot osana yleissairaalaa 38
4.3 Tilasuunnittelun vaatimukset vuodeosaston näkökulmasta 39
4.3.1 Turvallisuus keskeisenä ohjurina 39
4.3.2 Laitosmaisuuden vähentäminen 40
4.3.3 Terapeuttinen hoitoympäristö 41
4.3.4 Joustavat tilaratkaisut 42
5 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys 43
6 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset, pohdinta 44
Lähteet 46

Liitteet 49

1 Johdanto

Mielenterveystyössä on meneillään rakennemuutos. Palvelujärjestelmä on vuosien saatossa muuttunut painottuen avo- ja kotiin vietäviin palveluihin ja vuodeosastolla hoidetaan vain ne potilaat, jotka todella tarvitsevat sairaalahoitoa. Rakennemuutoksen seurauksena mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdistyvät toimivaksi kokonaisuudeksi, syntyy matalan kynnyksen hoitajavastaanottoja ja erillisistä psykiatrisista sairaaloista luovutaan ja sairaansijat ovat yleissairaaloissa kuten muutkin sairaansijat (Tuori 2011). Tästä viimeksi mainitusta seikasta johtuen monet psykiatriset sairaalat ovat muutoksen kourissa ja tilasuunnittelu tulee ajankohtaiseksi monissa suomalaisissa sairaaloissa lähivuosina. Rakennemuutokseen liittyy oleellisesti merkittävä laitospaikkojen väheneminen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen mukaan psykiatrian sairaansijat ovat vähentyneet 41 % vuodesta 1997 vuoteen 2014. (Mikkola, Rintanen, Nuorteva, Kovasin & Erhola 2015, 46).

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä Suomessa rakennetaan ja peruskorjataan useita sairaaloita. Sairaaloiden korjausvelka on noin 30-50 miljardia euroa, joten rakennushankkeita on käynnissä ympäri maata (Punnonen 2012, 4). Monessa hankkeessa on taustalla eri toimintojen integroituminen samaan rakennukseen tai vähintään samalle sairaalakampukselle.

Somaattisten yksiköiden kuten leikkaussalien, potilashuoneiden ja tehohoitoyksiköiden tilasuunnittelua on tutkittu paljon ja niitä varten löytyy suunnitteluohjeita ja kirjallisuutta. Sen sijaan mielenterveys- ja päihdeyksiköiden tilasuunnitteluun on ollut vaikeasti löydettävissä selkeitä ohjeistuksia.

Tämä opinnäytetyö rajautuu käsittelemään aikuisten vuodeosastoja, joissa hoidetaan mielenterveyden häiriöistä tai mielenterveysongelmista kärsiviä aikuisia. Tarkastelun ulkopuolelle on tarkoituksella jätetty eristyshuoneet.

Hoitotyössä terveydenhuollon palveluja käyttävästä henkilöstä käytetään hyvin kirjavasti joko nimitystä asiakas tai potilas. Tässä opinnäytetyössä on valittu termiksi potilas puhuttaessa henkilöstä, joka on saamassa hoitoa vuodeosastolla. Samaan päätelmään tullaan myös julkaisussa ”Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa” (2000, 12-13), jossa asiaa perustellaan myös vallitsevan lainsäädännön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92) terminologiassa.

Huomattavasti kompleksisempi terminologiavalinta on mielenterveystyö vai psykiatrinen hoitotyö. Tässä opinnäytetyössä on päädytty käyttämään termiä mielenterveys puhuttaessa tulevaisuuden toimintaympäristöstä. Perusteena valinnalle on vallitseva näkemys sairauksien eh-

käisystä eikä vain puhjenneen sairauden hoidosta. Sen sijaan, kun viitataan menneiden aikakausien yksiköihin, sairaaloihin tai vastaaviin, niin terminä käytetään alkuperäislähteen mukaisesti esimerkiksi psykiatrinen sairaala tai mielisairaala.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa taustaselvitys sairaalarakennushankkeisiin liittyvistä suunnittelunäkökulmista, jotka tukevat erityisesti mielenterveysyksiköiden vuodeosastojen tilasuunnittelua. Tarkoitus on muodostaa selkeä kuva toimintaympäristön muutoksien aiheuttamista tilasuunnittelun tarpeista. Menetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on laadullinen aineistolähtöinen menetelmä.

2 Tietoperusta

2.1 Keskeiset käsitteet

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat mielenterveystyö, toimintaympäristö ja tilasuunnittelu.

Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyöksi yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämisen. Mielenterveystyöhön kuuluvat ne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joita annetaan mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi (Mielenterveyslaki 1990).

Toimintaympäristöllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä koko mielenterveysalaa – kaikkia niitä palveluita, joita potilaalle tarjotaan joko mielenterveyden häiriön hoitoon tai ennaltaehkäisyyn. Varsinainen opinnäytetyö pureutuu kuitenkin rajatumpaan palvelukenttään – erikoissairaanhoidon vuodeosastoihin.

Tilasuunnittelulla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sekä toiminnallista- että arkkitehtisuunnittelua, jolla tavoitellaan toimivia tiloja kaikille käyttäjäryhmille.

2.2 Keskeiset toimintaympäristön muutokset mielenterveystyön vuodeosastolla

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (myöh. THL) työryhmä ehdotti vuonna 2016 yhdeksi mielenterveys- ja päihdetyön painopisteeksi vuoteen 2020 saakka, että tarvetta sairaalahoitoon vähennetään kehittämällä monimuotoista avohoitoa sekä palveluja, jotka sijoittuvat avo- ja laitoshoidon väliin. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, 27).

Psykiatristen sairaansijojen vähentäminen on tapahtunut kahdella tavalla – lyhentämällä hoitojaksojen pituutta ja sen seurauksena hoitopäiviä. Hoidettujen potilaiden määrää ei ole vähennetty. Myös pitkäaikaispotilaiden määrä ja hoitojaksojen kesto on vähentynyt. Esimerkiksi

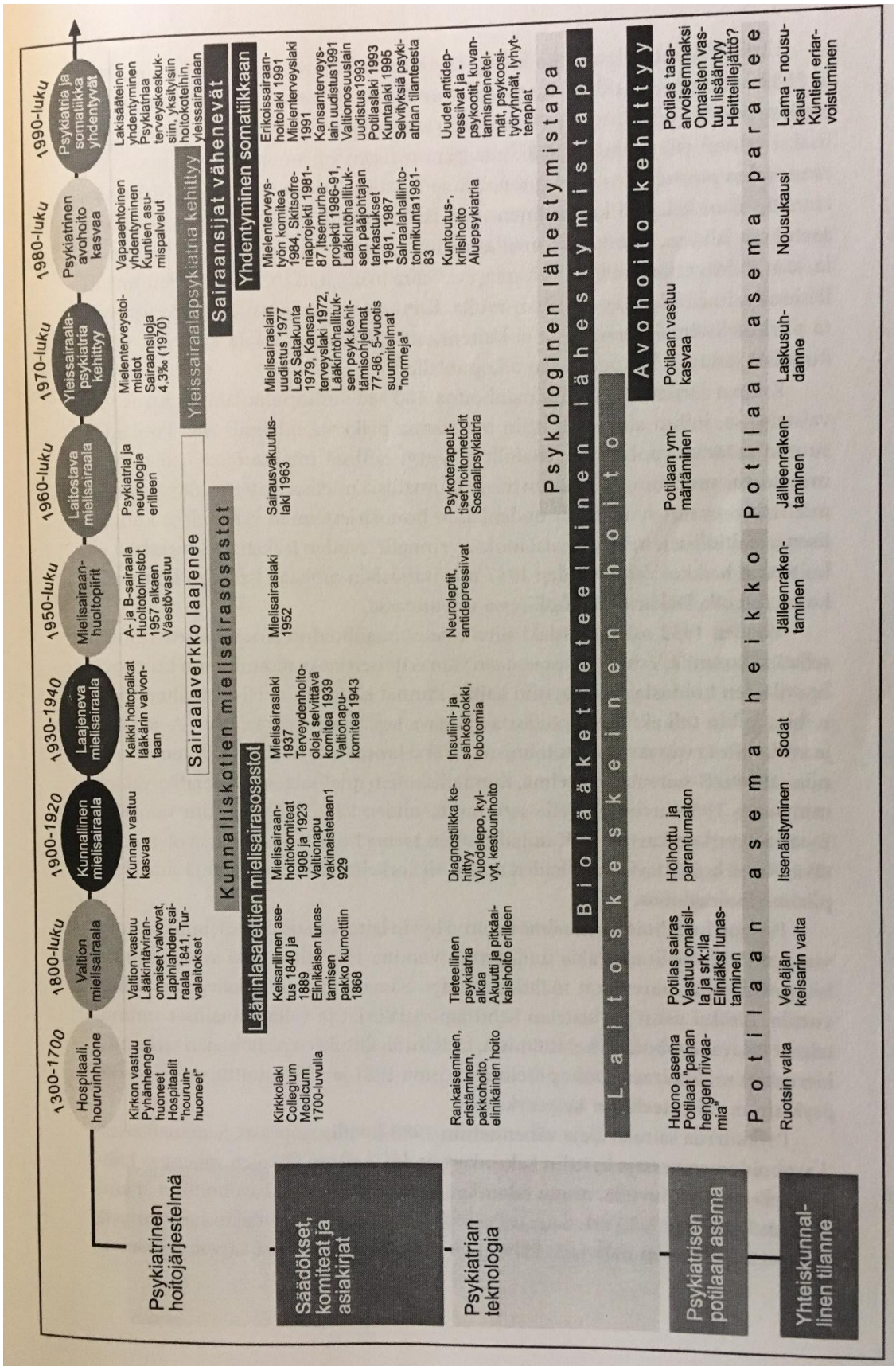
vuonna 2009 Suomessa oli vain 465 potilasta, jotka olivat olleet yli kaksi vuotta yhtäjaksoisessa sairaalahoidossa. Nämä pitkäaikaispotilaat olivat suurimmaksi osaksi ns. kriminaalipotilaita. Tällä vuosituhannella ollaan siis tilanteessa, että sairaala ei ole enää psykiatrisen potilaan koti. ”Entiset” pitkäaikaispotilaat ovat kuitenkin siirtyneet sairaaloista asumispalveluihin ja vaarana on, että näistä asumispalveluista muodostuu uusia pitkäaikaislaitoksia. (Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling & Navalainen 2011, 49).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 Mieli 2009 –työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisesta kehittämisestä. Työryhmän raportti luovutettiin ministeriölle helmikuussa 2009. Raportissa esitettiin kansalliset kehittämislinjaukset vuoteen 2015 saakka ja siinä kehittämistoimet on jaettu neljään osa-alueeseen: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävän ja ehkäisevät työn osuuden lisääminen, palveluiden toiminnallisen kokonaisuuden kehittäminen sekä ohjauskeinojen tehostaminen. Vuodeosastohoidon näkökulmasta kehittämisehdotuksista voidaan poimia kaksi selkeää ehdotusta: mielenterveys- ja päihdeongelmiin tulee suhtautua samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin ja psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen. (Moring ym. 2011, 16-17).

2.3 Mielenterveystyön historia Suomessa

Jotta voidaan ymmärtää uusien rakennuskohteiden tilatarpeita, on myös ymmärrettävä se polku, joka tarpeisiin on johtanut. Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys on tiivistetty kuvaan 1 (Kärkkäinen 2004, 21). Taulukkoon 1 on koottu sairaalarakentamisen keskeiset vaiheet ja yhdistetty tietoon myös mielenterveystyöhön vaikuttaneet näkökulmat.

Sairaaloiden historian Suomessa voidaan katsoa alkaneen vuonna 1759, jolloin perustettiin Turun lasaretti. Sitä ennen sairaalat toimivat muuhun kuin sairaalakäyttöön suunnitelluissa rakennuksissa. (Lehtimäki 2014, 12). Suomalaisen psykiatristen sairaaloiden historia tunnetaan kuitenkin vuodesta 1687 alkaen, jolloin rakennettiin ensimmäiset ”houruinhuoneet” Kruunupyyn hospitaaliin. 1750-luvulla tiedetään Seilin saarella olleen 30 säilytyspaikkaa mielisairaille ja Kruunupyyssä vastaavasti 20 paikkaa. Tuona aikana oli seurakuntien velvollisuus huolehtia mielisairaista. 1800- ja 1900-luvun vaihteessa vallitsi käsitys, että mielisairaudet olivat aivosairauksia ja hoito oli usein yhteiskunnasta eristämistä. Ruumiillisesti terveille kehitettiin tuolloin työterapiatoimintaa ja sairaaloiden yhteydessä oli esimerkiksi maanviljelystä ja puutarhanhoitoa. (Latvala, Visuri & Janhonen 1996, 12).



Kuva 1. Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys (Kärkkäinen 2008, 21)

Suomeen alettiin kuitenkin 1800-luvulla perustaa sairaaloita ja vuonna 1820 niitä oli yhteensä 11 kpl, joista mielisairaaloita oli kaksi. Tuolloin vuodepaikkojen määrä Suomessa oli vain 373 (vrt. väkiluku 1,2 miljoonaa). Sairaaloiden määrä lähti nopeaan kasvuun 1800-luvun loppupuolella ja vuonna 1900 sairaaloita oli yhteensä 98 kpl, joista yhdeksän oli mielisairaaloita. Sairaalakannan kasvu näkyi myös sairaansijojen määrän kasvuna. Mielisairaaloissa oli vuonna 1840 vain 60 sairaansijaa, mutta jo vuosisadan taitteessa niitä oli kaikkiaan 1 272 sairaansijaa. (Vauhkonen 1992, 239-240).

Yksi Suomen tunnetuimmista psykiatrisista sairaaloista, Lapinlahden sairaala, perustettiin Helsinkiin vuonna 1841. Sen on suunnitellut Carl Ludvig Engel ja suunnittelutyön tuloksena syntyi H-kirjaimen muotoinen rakennus. Tämä muoto mahdollisti eri toimintojen sijoittamisen omiksi yksiköikseen. Potilassiivissä oli ns. keskikäytäväperiaate eli potilashuoneita oli molemmin puolin käytäviä ja käytävän päässä oli suuri ikkuna. Jokaisella osastolla oli lisäksi seurustelu- ja ruokailutilat. Alkuperäisenä ajatuksena oli sijoittaa mies- ja naispotilaat siten, että molemmissa siivissä olisi yksi osasto kumpaakin sukupuolta varten. Siivet puolestaan jaettaisiin levottomiin ja rauhallisiin potilaisiin. Lopulta sairaalan avautuessa oli päädytty sukupuolien täydelliseen eristämiseen toisistaan eli miespotilaat sijoitettiin eteläiseen siipeen ja naiset pohjoiseen siipeen. Engel itse ei ehtinyt nähdä työnsä tulosta, sillä hän kuoli noin vuosi ennen sairaalan avautumista. (Rosén 1991, 28-29).

Sairaalahoito yleisellä tasolla oli varsin harvinaista vielä 1900-luvun alussa Suomessa. Itsenäistymisen jälkeen ja taloudellisen vaurastumisen jälkeen oli mahdollistaa kehittää myös terveydenhuoltoa. Parantola- ja sairaalahankkeet 1920- ja 1930-luvuilla keskittyivät tuberkuloosin ja mielisairauksien hoidon tehostamiseen. Vuoden 1927 julkaisussa asetettiin tavoitteeksi yksi yleissairaalasija 750 asukasta kohden. (Lehtimäki 2014, 12-13). Suomen sairaalaverkosto oli kuitenkin hyvin hajanainen 1930-luvulle asti, jolloin sairaalaverkostoa alettiin rakentaa systemaattisemmaksi (Saarivirta, Consoli & Dhondt 2010, 38). Vuonna 1939 Suomessa oli 8 961 sairaansijaa mielisairaaloissa (Vauhkonen 1992, 240).

Eduskunta hyväksyi vuonna 1943 keskussairaalalain, jossa edellytettiin keskussairaalaan vähintään kolme lääketieteen erikoisalaa. Psykiatriaa ei tuolloin kuitenkaan luettu erikoisalaksi. Keskussairaaloille annettiin lisäksi vuonna 1950 laki rakentamisjärjestyksestä ja sen mukaan rakentaminen tulisi toteuttaa 15 vuoden kuluessa. Listalla oli kaikkiaan 18 paikkakuntaa ja ensimmäisenä oli Joensuu ja viimeisenä Kemi. (Lehtimäki 2014, 14-16).

Mielenterveyden hoitotyön ympäristö on kokenut merkittäviä muutoksia erityisesti 1950-luvulta alkaen. Tuolloin hoito painottui ns. A- ja B-sairaaloihin. A-sairaalat tarjosivat akuutti-

hoitoa ja B-sairaalat olivat pitkäaikaissairaaloita. Näissä mainituissa B-sairaaloissa olevia potilaita kutsuttiin usein kroonikoiksi tai hoidokeiksi ja vaihtuvuus oli pientä. Sairaansijamäärät kasvoivat nopeasti ja sairaalat täyttyivät potilaista (Välimäki ym. 2000, 70). Lääkehoidon merkitys korostui 1950-luvulla ja silloin käyttöön otettiin useita uusia lääkkeitä (Latvala ym. 1996, 12).

B-sairaaloita rakennettiin runsaasti 1950- ja 1960-luvuilla. Sairaaloiden sijoittumiselle määriteltiin hoidollisia valintaperusteita, joita olivat esimerkiksi rauhallinen ja häiriötön ympäristö, laaja sairaalan omistama maa-alue ympärillä sekä ulkotyöterapiaan sopivia maa- ja metsätalousmaita. Myös A-sairaalan läheisyyttä pidettiin tärkeänä. Taloudellisia perusteita paikan valinnalle olivat esimerkiksi suuri omavaraisuusaste maa- ja metsätalouden mahdollistamana, edullinen maan hinta syrjässä asutuskeskuksista sekä rannan läheisyys vesihuollon järjestämiseksi. (Ahola 2015, 30). Näiden kriteerien valossa tunnistaa monta entistä B-sairaalaa, jotka ovat hiljalleen tyhjenemässä.

Sairaansijoissa tapahtui merkittävä muutos 1950-60-lukujen aikana. Kun Suomessa vuonna 1952 oli noin 10 000 sairaansijaa mielisairaaloissa, niin kymmenen vuotta myöhemmin niitä oli jo 18 000. Tultaessa 1960-luvun loppuun, oli sairaansijoja jo lähes 20 000. Tätä ajanjaksoa tarkasteltaessa on kuitenkin muistettava, että mielisairaaloissa hoidettiin myös muitakin kuin psykiatrisia potilaita. Esimerkiksi neurologia ja psykiatria eriytyivät omiksi erikoisaloikseen vasta 1960-luvulla. Samoin mielisairaaloissa hoidettiin paljon kehitysvammaisia ja vanhuksia. (Hyvönen 2008, 107-108). 1960-luvulla monet mielisairaanhoidon vanhat käsitykset ja hoitojärjestelmät joutuivat kritiikin kohteeksi ja vallalla oli myös ns. antipsykiatrinen ajattelu (Hyvönen 2008, 112).

Suomen psykiatristen laitospaikkojen tiheys oli maailman korkeimpia 1970-luvun alkupuolella (Hyvönen 2008, 108). Uudistettu mielisairaslaki tuli voimaan vuonna 1978 ja sen myötä poistuivat ns. A- ja B-sairaalat. Hoitojärjestelmä muuttui avohoitopainotteiseksi ja uuden lain myötä oli mahdollista kehittää myös sairaaloiden toimintaa. Tällä vuosikymmenellä päiväsairaalatoiminta laajeni ja psykiatriset viikko-osastot aloittivat toimintansa. Sairauksien hoidon lisäksi korostettiin myös niiden ehkäisyä, tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Myös psykoterapeuttiset suuntaukset lisääntyivät 1970-luvulla (Välimäki ym. 2000, 70). Psykiatristen potilaiden oikeusturvaa parannettiin huomattavasti tällä vuosikymmenellä uudistamalla sairaalaan ottamista koskevia säädöksiä ja omasta tahdosta hoitoon tulleet saivat saman aseman kuin yleissairaaloiden potilaat (Hyvönen 2008, 113).

1980-luvulla toteutettiin laaja kehittämisohjelma liittyen skitsofrenian hoitoon ja tutkimukseen. Kehittämisohjelman tavoitteena oli vähentää sairaalahoidon tarvetta ja kehittää palveluja. Keskussairaaloihin perustettiin 1980-luvulla uudenlaisia psykiatrisen hoidon yksiköitä,

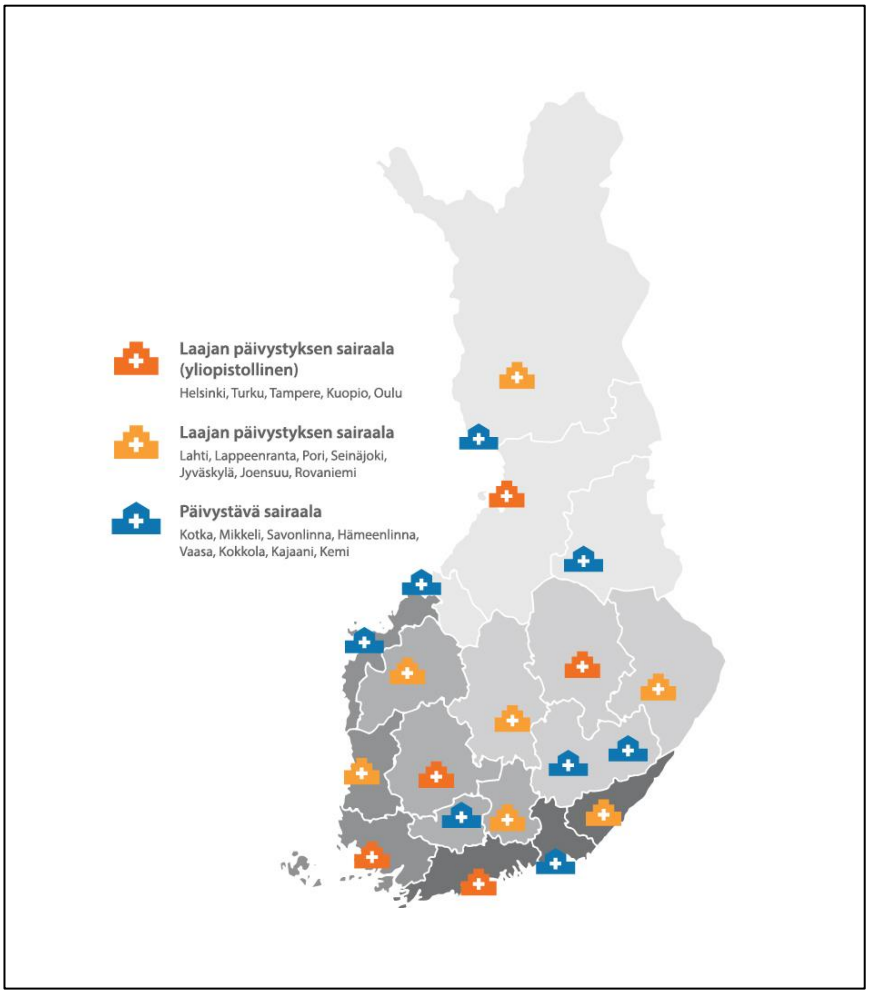
joiden tavoitteena oli mm. saada vuodepaikat tarkoituksenmukaisempaan käyttöön. Myös vanhusten määrä oli 1980-luvulla kasvanut ja syntyi tarve psykogeriatrisille tutkimusosastoille. Tällä vuosikymmenellä sairaalarakennuksia korjattiin ja uudistettiin paljon. Näiden korjausten tavoitteena oli muuttaa hoitoympäristöjä siten, että ne tukisivat inhimillistä vuorovaikutusta. Sairaansijojen määrää vähennettiin. Hoitoyhteisöjä kehitettiin kohti terapeuttisia yksiköitä ja ns. säilövä laitoshoito muutettiin aktiiviseksi toiminnaksi. Myös potilaan perhe ja sosiaaliset verkostot otettiin mukaan yhteistyöhön. Perhekeskeinen lähestymistapa vakiintui 1980-luvulla ja kehitettiin ns. verkostotyötä. Tällä vuosikymmenellä aloitettiin myös itsemurhien ehkäisyprojekti, sillä itsemurhien määrä alkoi olla huolestuttavan suuri (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 71-73). 1980-luvun rakennemuutoksen seurauksena kehitysvammaiset, yli 65-vuotiaat ja dementiapotilaat siirrettiin pois psykiatrisista sairaaloista (Hyvönen 2008, 119).

Vuonna 1990 tuli voimaan mielenterveyslaki (1116/90), jossa avopalveluiden merkitys oli keskeisessä roolissa. Tämä laki on edelleen voimassa. Tällä vuosikymmenellä tapahtui myös merkittävät muutokset sairaansijojen määrissä ja paikat vähenivät huomattavasti 1980-luvun paikkamääriin verrattuina (Välimäki ym. 2000, 73-74). Paikkaluvut vähenivät kymmenessä vuodessa (1983-1993) 20 000 paikasta 6 000 paikkaan. Kunnat alkoivat perustaa mielenterveyskeskuksia, päiväosastoja, toimintakeskuksia ja kuntoutuskoteja 1990-luvun lopulla, joihin vuodeosastojen väheneviltä paikoilta potilaat siirtyivät. (Mattila 2009, 95). Vuonna 1990 Suomeen muodostettiin 21 sairaanhoitopiiriä, joiden tehtäväksi jäi järjestää erikoissairaanhoidon laitoshoito. (Mikkola ym. 2015, 40).

2000-luvun mielenterveystyön keskeisiä haasteita ovat masennus, ahdistus ja päihteiden käyttö. Edelliseen vuosikymmeneen verrattuna erilaiset ahdistuneisuus- ja sopeutumishäiriöt sekä vaikeat masennukset ovat lisääntyneet (Hietaharju & Nuuttila 2016, 16). Mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012-2015 käytti jotakin terveyspalvelua naisista 11-12 % ja miehistä 7-8 %. Noiden vuosien aikana ei ole tapahtunut merkittävää muutosta käyttömäärissä. (Viertiö, Partanen, Kaikkonen, Härkänen, Marttunen & Suvisaari 2017, 292).

Tätä opinnäytetyötä kirjoitettaessa, keväällä 2017, oli valmistelussa ns. SOTE-uudistus. Uudistuksessa on kyse sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisesta. Uudistuksen myötä 1.1.2019 julkisten sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä yhteensä 18 maakunnalle. Palvelut yhdistetään asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi siten, että ne ovat oikea-aikaisia, vaikuttavia ja tehokkaita. (SOTE-uudistuksen tavoitteet). Uudistuksen yhteydessä uudistetaan myös erikoissairaanhoitoa, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä, että Suomessa on uudistuksen myötä 12 laajan päivystyksen yksikköä (Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli). Uusi hallintomalli on esitetty kuvassa 2.

Mielenterveyden edistäminen jää uudistuksessa kuntien vastuulle. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävänä uudistuksessa on tukea ja konsultoida peruspalveluita, hoitaa osa potilaista avohoidossa ja tuottaa psykiatrinen sairaalahoito. Kehittämistarpeita tulee olemaan esimerkiksi avo- ja sairaalahoidon integraatio, joka hoituu esimerkiksi sähköisen sairauskertomuksen avulla. (Marttunen, Kärkkäinen & Suvisaari 2016).



Kuva 2. Erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksen mukainen sairaalaverkko (Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus)

Ajankohta	Sairaalarakennukset	Mielenterveystyö
1700-luku	Seili (30 paikkaa) ja Kruununpyy (20 paikkaa)	Seurakunnat huolehtivat mielisairaista
1800-luku	Oulun lääninlasarettiin ensimmäinen mielisairaille tarkoitettu osastorakennus (v. 1805)	Yhteiskunnasta eristäminen ”Elinikäinen” diagnoosi ja hoitopaikka Työterapiatoimintaa Hoitomuotoina esim. oksennuskuurit ja kylpyhoidot
1900-1940-luvut	Mielisairaaloita Suomessa vuonna 1900 oli 8 kpl ja vuonna 1920 15 kpl.	Sokkihoidot tulevat (1930-luku) Lobotomia (1940-luku)
1950-luku	Ensimmäinen keskussairaala valmistuu Joensuuhun	Laitoshoito keskeisessä roolissa. Psykiatriset sairaalat jaotellaan A-sairaaloiksi (akuuttipotilaat) ja B-sairaaloiksi (pitkäaikaispotilaat)
1960-luku	Sairaalasuunnittelun ”huippukausi” Vuodeosastotornit tulevat sairaala-arkkitehtuuriin	Työ- ja toimintaterapia keskeisessä roolissa (tilatarpeet) Neurologia ja psykiatria eriytyivät toisistaan
1970-luku	Sairaalasuunnittelussa keskeistä sisäpihat, moduulirakenteet ja hajautetut kylämäiset ratkaisut	Psykiatristen laitospaikkojen tiheys maailman korkeimpia
1980-luku	Sairaaloita korjataan paljon Viimeinen keskussairaala valmistuu Rovaniemelle	Kehitysvammaiset ja vanhukset siirretään pois psykiatrisista sairaaloista
1990-luku	Syvä talouslama vaikutti myös sairaalainvestointeihin	Uusi mielenterveyslaki (1990) Sairaanhoitopiirit perustetaan (1991) Avohoidon merkitys korostuu
2000-luku	Useita isoja sairaalahankkeita käynnistetään	Keskeisiä haasteita ovat masennus, ahdistus ja päihteiden käyttö
Tulevaisuus	Sairaalakiinteistöt siirtyvät perustettavan osakeyhtiön alle	SOTE-uudistuksen vaikutukset?

Taulukko 1. Sairaalarakentaminen Suomessa ja mielenterveystyön erityiskysymykset.

2.4 Lainsäädäntö

Mielenterveyslaki 1990/1116 ei juurikaan ota kantaa varsinaiseen hoitoympäristöön suunnitteluun. Turvallisen hoitoympäristön näkökulmasta §22d ottaa kantaa liikkumisvapauden rajoittamiseen, ts. potilaalta voidaan kieltää poistuminen tietyn hoitoyksikön tiloista. Samoin §22f määrittelee eristystilanteiden valvonnasta, että sidotun potilaan tilaa on seurattava siten,

että potilaaseen on näkö- ja kuuloyhteys. Lisäksi §22j todetaan, että potilaalla on oikeus ottaa vastaan vieraita, vaikkakin tätä oikeutta voidaan rajoittaa, jos siitä on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle (Mielenterveyslaki 1990).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 säätää potilaan asemasta ja oikeuksista. Laissa säädetään, että jokaisella Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa. Tässäkään laissa ei varsinaisesti säädetä mitään hoitoympäristöstä, mutta §3 edellyttää että potilaan ihmisarvoa ei loukata ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Rakennusten suunnittelua, rakentamista ja käyttöä säädellään Suomessa maankäyttö- ja rakennuslailla 1999/132. Lain tavoitteena on järjestää alueiden käyttö ja rakentaminen siten, että voidaan luoda edellytykset hyvälle elinympäristölle (Maankäyttö- ja rakennuslaki 1999). Tarkemmat rakentamista koskevat säännökset ja ohjeet on puolestaan koottu Suomen rakentamismääräyskokoelmaan. Rakentamismääräyskokoelma painottuu tekniseen suunnitteluun kuten paloturvallisuuteen ja kosteudenhallintaan, mutta toiminnallisesta suunnittelusta tai turvallisuudesta ei määritellä mitään.

2.5 Psykiatriset sairaalat Suomessa

Toinen keskeinen taustatieto tilasuunnittelulle ovat nykytilat. Sairaalasuunnittelussa painopiste on siirtymässä toiminnalliseen suunnitteluun. Sairaalaa ei enää nähdä vain rakennuksena vaan osana terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Tilaratkaisujen tulee tukea toimintaa ja suunnittelu on aloitettava toiminnallisten kokonaisuuksien ja prosessien suunnittelusta. (Tekes 2014).

Suomen sairaaloiden laskeminen ei ole täysin yksiselitteistä. THL:n laitospaikkaselvityksessä päädyttiin vuonna 2015 lukumäärään 330 kunnallista sairaalaa, joista 22 kpl oli psykiatrisia sairaaloita. Näissä sairaaloissa oli laskennallisesti 26 500 sairaansijaa, joista psykiatrian käytössä 3 432 sairaansijaa (Mikkola ym. 2015, 40-44). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tuottivat suurimmaksi osaksi (82 %) sairaanhoitopiirit. Loput potilaat hoitivat terveyskeskukset ja alle prosentin hoitivat vankisairaalat ja valtionmielisairaalat (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 6). Huomioitavaa on, että yksityissairaaloissa ei tuoteta psykiatrista vuodeosastohoitoa.

OECD-maiden vuoden 2011 tilastoissa Suomi oli kärkisijalla mielenterveydellisten ja hermostollisten sairauksien hoitopäivissä (hp) – 508 hp/1 000 asukasta. Esimerkiksi Ruotsin vastaava luku oli 157 ja Viron 181. Samoin Suomi käyttää poikkeuksellisen paljon hoitopäiviä skitsofrenian hoitoon (noin 180 hp/1000 as). Tarkasteltaessa kaikkia sairaansijoja yleisesti, niin Suomi sijoittuu merkittävästi puolivälin yli. Esimerkiksi Ruotsiin verrattuna, hoitopäivät Suomessa olivat kaksinkertaiset. (Kinnula, Malmi & Vauramo 2014, 27-35).

Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, joista suurin (perustuen väestöpohjaan) on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (1,6 miljoonaa asukasta) ja pienin Itä-Savon sairaanhoitopiiri, 44 000 asukasta (Erikoissairaanhoito). Kuntaliiton selvityksessä mainitaan useita sairaanhoitopiirien psykiatrian rakennuksia, joista tullaan lähivuosina luopumaan. Tällaisia sairaaloita ovat esimerkiksi Törnävän sairaala (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri), Moision sairaala (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri), Muurolan sairaala (Lapin sairaanhoitopiiri), Huutoniemen sairaala (Vaasan sairaanhoitopiiri) ja monta muuta. Nämä sairaalat sijaitsevat etäällä taajamista ja uutta käyttötarkoitusta on vaikea löytää. (Punnonen 2012, 7-8).

2.6 Psykiatriset vuodeosastot

Kuten aiemmissa kappaleissa on todettu, niin vuonna 2014 Suomessa oli 3 432 sairaansijaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon käytössä. Taulukossa 2 on esitetty vuodepaikkojen määrät vuosina 1980-2013. Taulukon luvut hahmottavat hyvin, miten nopeasta ja dramaattisesta muutoksesta vuodeosastojen kohdalla on kysymys viimeisten vuosikymmenten aikana.

Vuosi	Vuodepaikat
1980	20 036
1985	17 143
1990	12 336
1995	6 629
2013	3 432

Taulukko 2. Vuodepaikkojen määrä vuosina 1980-2014 (Korkeila 1998, 60; Mikkola ym. 2015, 40-44)

Vuodeosastot voivat olla joko suljettuja tai avo-osastoja. Suljetuilla osastoilla olevat potilaat ovat hoidossa vastoin omaa tahtoaan tai heidän vointinsa on huono ja liikkuminen osaston ulkopuolella ilman henkilökuntaa vaarantaa vointia entisestään. Lisäksi osastot voidaan jakaa akuutti- ja kuntoutusosastoihin tai akuutti- ja pitkäaikaisosastoiksi. Suuntaus on kuitenkin jakaa osastoja tulevaisuudessa enneminkin diagnoosin mukaisiksi, esimerkiksi psykoosiosastoksi. Akuuttisosastot toimivat tulevaisuudessa vastaanotto-osastoina, joissa arvioidaan potilaan tila ja avuntarve. Akuuttisosastojen potilaita ovat ne, joille avohoidon palvelut eivät riitä tai tarvitsevat kriisihoitoa. Hoitojaksot akuuttiosastoilla tulevat olemaan lyhyitä. Näiden lisäksi psykiatrisissa sairaaloissa on psykogeriatrisia osastoja, joiden keskeinen tehtävä on erottaa vanhuksen oireilun tausta, onko kyseessä mielenterveyden häiriö vai muu sairaus (esim. dementia). (Hietaharju & Nuuttila 2016, 19-20).

Vuodeosaston tilaratkaisuja sivutaan vain lyhyesti mielenterveyshoitotyön oppikirjoissa. Hoidon kehittyessä potilasta tulisi hoitaa kodinomaisemmissa, vähemmän leimaavissa ja laitostumista ehkäisevissä ympäristöissä (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 185). Isohannin (1983, 109-110) mukaan osastojen miljöön tulisi aktivoida potilaiden ja henkilökunnan hoidollista kanssakäymistä ja viihtymistä. Ulkoisilla puitteilla voi olla myös vaikutusta yleiseen ilmapiiriin. Vaikka teos ei kaikilta osin vastaa nykyisten toimintamallien vaatimuksia, niin muutamia yleispäteviä ohjeita voi soveltaa edelleen nykypäivänä. Potilaan aikaan orientoitumista lisäävät esimerkiksi seinäkellot ja tuoreet sanomalehdet. Paikkaan orientoitumista puolestaan helpottavat sairaalan ja erityisesti osaston toimitilojen esittely. Itsensä orientoitumisen apukeinoja ovat esimerkiksi omat vaatteet ja tavarat, kokovartalopeilit sekä omaisten tapaamiset.

Myös Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea on ottanut kantaa psykiatristen sairaaloiden tilaratkaisuihin. Komitea tekee tarkastuskäyntejä jäsenvaltioiden alueella sijaitseviin laitoksiin, joissa ihmisiä pidetään vastoin tahtoaan. Tällaisia laitoksia ovat esimerkiksi vankimielisairaalat ja psykiatriset sairaalat. Komitea linjaa, että hoidossa olevilla tulee olla asianmukaiset ja tyydyttävät elinolosuhteet. Fyysisen ympäristön osalta linjataan mm. saniteettitilojen tarkoituksenmukaisuudesta ja siisteydestä sekä potilaan yksityisyyden turvaamisesta. Potilailla tulee olla myös mahdollisuus päivittäiseen ulkoiluun. (Välimäki ym. 2000, 115).

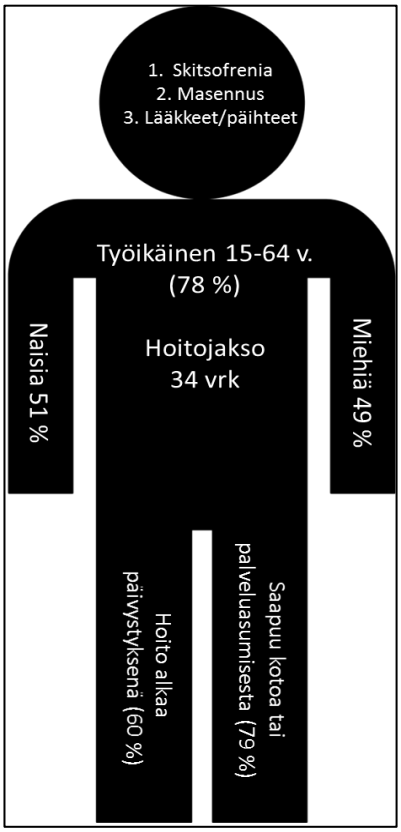
2.7 Vuodeosastoilla hoidettavat potilaat

Jotta tilasuunnitteluun voi syvällisesti paneutua, tulee ymmärtää myös kohderyhmän tarpeita. Tässä tapauksessa kohderyhmänä ovat mielenterveysyksikön vuodeosastolla hoidettavat aikuispotilaat. Vuodeosastolla hoidettavan potilaan tilastotiedot vuodelta 2014 on visualisoitu kuvaan 3.

Suomessa oli vuonna 2014 yhteensä 165 605 potilasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä, joka oli noin 3 % Suomen väkiluvusta. Potilaiden kesimääräinen ikä oli 36 vuotta ja sukupuolijakauma oli varsin tasainen, miehiä 43 % ja naisia 57 %. Avohoidossa käyvillä potilailla on keskimäärin 11,6 käyntiä/potilas ja vuodeosastojakson keskimääräinen pituus oli 34 vuorokautta. (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 4). Vuodeosastojen hoitoajoissa on myös huomattava ero verrattuna somatiikan vuodeosastoihin. Psykiatriassa 47 % hoitojaksoista kesti vuonna 2013 yli 90 päivää, kun vastaava luku esimerkiksi operatiivisilla erikoisaloilla oli 1 % (Mikkola ym. 2015, 79).

Yli puolella (60 %) potilaista hoitojakso alkaa päivystyksenä. Suurin osa potilaista (79 %) saapuu hoitojaksolle kotoa tai palveluasumisesta ja sinne kotiutuu takaisin 66 % potilaista hoitojakson jälkeen. Noin kolmasosalla potilaista kyseessä on ensimmäinen psykiatrinen hoitojakso.

(Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 6-7). Osastopotilaista useimmat ovat sairastuneet nuorina ja olleet toistuvasti hoidossa vaikeiden oireidensa vuoksi (Hietaharju & Nuuttila 2016, 19). Suurin osa sairaalahoidosta on vapaaehtoiselta pohjalta ja on osa potilaan hoitoketjua. Kuten mielenterveyslaissakin todetaan, niin sairaalahoidon tulee tukea potilaan omatoimisuutta. (Kuhanen ym. 2013, 185).



Kuva 3. Vuodeosastopotilaat tilastojen valossa (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 4-6)

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tyypillisimmät diagnoosit ja niiden kesimääräiset hoitoajat vuodeosastoilla vuonna 2014 on esitetty taulukossa 3. Hoitojaksoja oli vuonna 2014 yhteensä 36 442 kpl. Vertailtaessa hoitojaksojen lukumääriä voidaan todeta, että kolme tyypillisintä diagnoosiryhmää vuodeosastoilla ovat skitsofrenia ja muut harhaluuloisuushäiriöt, mielialahäiriöt (esim. kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennus) sekä lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät. Keskimääräisissä hoitoajoissa on kuitenkin huomattavia eroja – skitsofreniapotilaalla 57 vrk ja masennuspotilaalla 22 vrk. (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 6).

	Diagnoosi	Osuus kaikista hoitojaksoista (%)	Hoitojaksojen lkm	Keskimääräinen hoitoaika	Potilaiden lkm
1	Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F20-F29)	36 %	13 036	57 vrk	9 301
2	Mielialahäiriöt (F30-39)	32 %	11 661	22 vrk	8 309
3	Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät (F10-F19)	9 %	3 414	11 vrk	2 686

Taulukko 3. Psykiatrisella erikoissairaanhoidon osastolla olevat potilaat vuonna 2014. (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 6).

Hoitojaksolla tarkoitetaan sitä ajanjaksoa, jonka potilas on sisäänkirjoitettuna vuodeosaston potilaaksi. Hoitojakson kesto määräytyy lähtö- ja tulopäivän erotuksella. Keskimääräinen pituus on päättyneiden hoitojaksojen pituuksien keskiarvo (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, 15).

2.7.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi psykoosia aiheuttava monimuotoinen sairaus. Skitsofreniapotilaan käsitys todellisuudesta on häiriintynyt ja toimintakyky heikentynyt. Tähän sairauteen sairastutaan yleensä nuorena, 20-32-vuotiaana. Tavallisimpia oireita ovat esimerkiksi harhaluulot, aistiharhat, tahdottomuus, masentuneisuus ja tuskaisuus. Skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa oireet tai ainakin lieventää niitä. Tavoitteena on, että potilas voisi elää mahdollisimman tyydyttävää ja täysipainoista elämää. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 80-83). Käypä hoito suosituksissa todetaan, että tärkeintä on ennakko-oireiden tunnistaminen ja niiden varhainen hoito. Samoin suosituksissa todetaan, että ensisijainen hoito tapahtuu avohoidossa. Akuuttivaiheessa potilasta hoidetaan myös osastohoidossa. Osastohoitoon lähettäminen on aiheellista, jos potilas on itsetuhoinen tai väkivaltainen, käyttäytymistä ohjaavat voimakkaasti aistiharhat tai tutkiminen ja hoito eivät onnistu avohoidossa käytettävissä olevin resurssein. (Käypä hoito –suositus, 2015).

Skitsofreniaan ja muihin psykoosisairauksiin liittyy usein myös fyysisiä terveysongelmia ja ennenaikaisen kuoleman riski. Tyypillisiä terveysongelmia skitsofreniapotilailla ovat esimerkiksi ylipainoisuus, metabolinen oireyhtymä sekä aikuistyypin diabetes. Tätä selittää esimerkiksi epäterveelliset elintavat, mutta tutkimuksissa on myös näyttöä, että psykoosipotilaiden fyysiseen terveydentilaan ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Runsas sairastavuus sekä vähäinen hoitoon hakeutuminen ja pääseminen lyhentävät 20-vuotiaan skitsofreniapotilaan odotettavissa olevaa elinikää noin 25 vuotta. (Viertiö ym. 2012, 863).

2.7.2 Mielialahäiriöt

Masennus eli depressio on nykyisin jo merkittävä suomalainen kansantauti. Se on myös yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Masennuksen taustalla voi olla monta tekijää, esimerkiksi stressi, univaje, työttömyys, suru sekä alkoholi ja päihteet. Masennuksen oireita ovat esimerkiksi mielialan lasku, toimintakyvyn heikkeneminen ja energisyyden lasku. Masennus voidaan jakaa oireiden lukumäärän perusteella lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Masennuksen hoito suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa ja siihen liittyy aina potilasopetus (psykoedukaatio), neuvonta ja ohjaus. Liikunta on myös tehokas hoitomuoto. Masennukseen liittyy aina kohonnut itsemurhariski. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 39-44). Käypä hoito suosituksissa todetaan, että keskeistä depression hoidossa on masennustilan vaikeusasteen arviointi ja ensimmäisen tai toistuvan masennustilan erottelu. Masennustilaa voidaan hoitaa tehokkaasti masennuslääkkeiden avulla ja psykoterapialla. Akuuttihoidon tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus, jatkohoidon tavoitteena estää relapsi eli oireiden palaaminen ja ylläpitohoito puolestaan ehkäisee uuden sairausjakson puhkeamisen. Erikoissairaanhoitoon masennuspotilaita suositellaan ohjattavaksi, mikäli potilaan toimintakyky on selvästi heikentynyt, potilas kärsii vaikeasta tai psykoottisesta depressiosta tai monihäiriöisestä depressiosta. Samoin vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttava depressio tulisi hoitaa erikoissairaanhoidossa. Huomattavaa on, että depressio on keskeisin yksittäinen itsemurhan vaaratekijä. Suurimmassa itsemurhavaarassa olevat potilaat on syytä hoitaa psykiatrisessa osastohoidossa. (Käypä hoito –suositus, 2016).

Toinen keskeinen potilasryhmä mielialahäiriöiden diagnoosikategoriassa on kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivät potilaat. Tässä on kyse pitkäaikaisesta häiriöstä, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja. Välissä voi olla myös vähäoireisia tai jopa oireettomia vaiheita. Tähän mielialahäiriöön liittyy paljon oheissairauksia ja kohonnut itsemurhariski. Keskeistä on ehkäistä jaksojen uusiutumista. Diagnosointi- ja akuuttivaihe toteutetaan pääsääntöisesti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Sairastuminen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on yleisintä nuorilla aikuisilla, keskimäärin 22 vuoden iässä. Kyseessä on krooninen sairaus, jolle on tyypillistä uusiutua. Sairaalahoidon indikaatioita ovat vakava itsetuhoisuus, kyvyttömyys huolehtia itsestään ja toimintakyvyn merkittävä heikkeneminen. (Käypä hoito -suositus, 2013).

2.7.3 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät

Päihteillä tarkoitetaan kaikkia niitä kemiallisia aineita, jotka tuottavat päihtymyksen tunteen tai humalatilan. Päihderiippuvuus kehittyy päihteiden satunnaisesta käytöstä, jolloin ihminen hakee nautintoa kemiallisin keinoin. Päihderiippuvuus on sairaus ja runsaasta päihteiden käytöstä seuraa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Päihteet aiheuttavat paljon erilaisia psyykkisiä oirekuvia joko päihtymyksen tai vieroitustilan aikana. Päihteiden aiheuttamia sairauksia ovat esimerkiksi delirium tremens (juoppohulluus) ja alkoholidementia. Päihteet aiheuttavan monenlaista avun, tuen, kuntoutuksen ja hoidon tarvetta. Hoidon keskeinen elementti on löytää hoidolle tavoite ja vastuuttaa potilas tavoitteen saavuttamiseksi. Päihteidenkäyttäjän kanssa työskennellessä perhekeskeinen työ on tärkeää. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 215-232).

2.7.4 Uhkaavasti ja väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat

Potilaiden uhkaava tai jopa väkivaltainen käytös auttajiaan kohtaan on lisääntynyt 1980-luvulta alkaen. Väkivaltaisen käytöksen riskiä lisäävät alkoholin, mieliala- ja unilääkkeiden sekä huumausaineiden yhteiskäyttö. Väkivallan erilaisia ilmenemismuotoja ovat fyysinen väkivalta (esim. huitominen, potkiminen, lyöminen), henkinen väkivalta (esim. uhkailu, nimittely, pelottelu), omaisuuteen kohdistuva väkivalta (esim. esineiden rikkominen, ovien paiskominen) seksuaalinen väkivalta ja piilevä väkivalta (esim. uhkan ja arvaamattomuuden ilmapiiri, ylimielinen ja halveksuva asenne). (Hietaharju & Nuuttila 2016, 113-115).

Riskipotilaat eli potilaat, joilla on keskimääräistä suurempi riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen, ovat tunnistettavissa. Tällaisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi päihteenkäyttäjät, psykoottiset potilaat, persoonallisuushäiriöiset sekä aivo-orgaanisista sairauksista (kuten dementia) kärsivät potilaat. On myös huomioitava, että väkivaltaisesti voi käyttäytyä myös edellisiin ryhmiin kuuluvat omaiset, saattajat tai vieraat. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 115-116).

2.8 Mielenterveystyön lähtökohdat vuodeosastolla

Mielenterveystyö tarkoittaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden myönteisen kehityksen edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista. Toimintatapa voi olla rakentava, jolla tarkoitetaan perusedellytysten turvaamista eli yksilön yleisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. Toinen toimintatapa on ehkäisevä eli puolustautuminen tunnettuja riskejä vastaan sekä suojautuminen odotettavissa olevilta vaaroilta. Ehkäisevään toimintatapaan sisältyy häiriöiden varhainen toteaminen sekä lievien ongelmien käsittely. Kolmas toimintatapa on korjaava, joka tarkoittaa jo syntyneen vaurion korjaamista, häiriön rajoittamista sekä menetetyn toimintakyvyn palauttamista. Korjaavan toimintatavan muotoina ovat esimerkiksi kuntoutus ja terapiat. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 13-14).

Hoitotyön periaatteet määritellään kussakin hoitoyksikössä ja niiden tulee näkyä potilaan kohtaamistilanteissa ja muussa toiminnassa. Keskeisiä hoitotyön periaatteita ovat potilaan kunnioittaminen, yksilöllisyys, terveyslähtöisyys, turvallisuus, rehellisyys, perhekeskeisyys ja tasa-arvoisuus. Psykiatrinen perushoito on sitä hoitotyötä, joka kohdistuu potilaan terveyteen ja sen tukemiseen. Psykiatrinen erikoishoito on puolestaan sitä hoitotyötä, joka kohdistuu potilaan sairauteen. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 121-122).

Nykykäsityksen mukaan potilas on sairaalassakin osa perhettään. Perhekeskeisellä hoidolla tarkoitetaan asennetta ja työotetta, jossa huomioidaan potilaan koko ihmissuhdekenttä. Eli ne tekijät, jotka vaikuttavat hänen hyvinvointiinsa ja kuntoutumiseensa. Perhekeskeisen hoidon keskeisiä elementtejä ovat neuvonta ja ohjaus. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi perhetapaamisia ja psykoedukaatiota (koulutusta) sairaudesta, lääkityksestä ja ennusteesta. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 234-237).

Vaikka vuodeosastopaikat ovat vähentyneet runsaasti, niin laitoshoidolla on kuitenkin keskeinen rooli psykiatrisessa hoidossa. Potilasta hoidetaan sairaalahoidossa vain sairauden tai kuntoutuksen vaatima aika. Lyhyt hoitoaika estää laitostumista ja edistää potilaan kuntoutumista sekä on taloudellista. Laitoshoito on yhteiskunnalle aina avohoitoa kalliimpaa. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 18-19).

Väestötekijöillä ja palvelurakenteella on myös yhteyttä vuodeosastohoitoon. Esimerkiksi niillä alueilla, joissa myytiin enemmän alkoholia, oli myös enemmän tarvetta akuutille sairaalahoidolle. Myös ne alueet, joilla oli paljon yksinasuvia, käytettiin sairaalahoitoa enemmän. Vaikka avohoitoa on lisätty ja monipuolistettu, niin sairaalahoito on edelleen välttämätöntä vakavien mielenterveyden häiriöiden yhteydessä. (Ala-Nikkola ym. 2016).

2.9 Tilasuunnittelun periaatteet vuodeosastolla

Tilasuunnittelun periaatteita mielenterveystyön vuodeosastolla ei ohjaa mikään valtakunnallinen asetus tai määräys Suomessa. Näin ollen tässä opinnäytetyössä on tyydyttävä kahteen englanninkieliseen suunnitteluohjeeseen, jotka ovat kuitenkin erittäin kattavia ja perusteellisia. Alla on määritelty sekä englantilaisen että amerikkalaisen ohjeen mukaisesti tilasuunnittelun yleiset periaatteet.

Englantilaisissa suunnitteluohjeissa mielenterveysyksikön tilasuunnittelulle on asetettu muutamia keskeisiä tavoitteita. Suunnitteluratkaisujen tulee tarjota miellyttävä ja terapeuttinen ympäristö potilaille, jotka ovat hätääntyneitä ja haavoittuvaisia tai vaaraksi itselleen ja/tai ympäristölleen. Lisäksi ratkaisujen tulee lieventää niitä vaikutuksia, jotka aiheutuvat poti-

laille siitä tosiasiasta, että he joutuvat asumaan mahdollisesti rajoitettuina ja vieraiden ihmisten ympäröimänä – tarjoamalla kuitenkin mahdollisuus yksityisyyteen. Tilasuunnittelun on varmistettava asianmukainen turvallisuustaso. Suunnittelun tulee tukea mielekästä toimintaa ja tarjota korkeatasoinen hoitoympäristö. Erilaiset henkilöryhmät pitää pystyä tarvittaessa jakamaan esimerkiksi sukupuolen, haavoittuvuuden, fyysisen kunnon tai sairausvaiheen mukaisesti. (HBN 03-01, 3).

Amerikkalaisissa suunnitteluohjeissa korostetaan kuntouttavien elementtien merkitystä myös tilasuunnittelussa. Kaiken tilasuunnittelun tulisi tähdätä kuntoutusprosessin mahdollistumiseen. Kuntoutusprosessin kulmakiviä ovat esimerkiksi itseohjautuvuus, ihmiskeskeisyys, voimaantuminen, kokonaisvaltaisuus, vertaistuki, kunnioitus, vastuu ja toivo. Näistä elementeistä on puolestaan tunnistettu muutamia yleisiä mielenterveystyön suunnittelutrendejä, joita ovat:

1. Palvelut tuodaan potilaiden lähelle ja maksimoidaan terapeuttiset mahdollisuudet
2. Luodaan epälaitosmaisia hoitoympäristöjä
3. Pääasiassa yhden hengen potilashuoneet ja omat kylpyhuoneet
4. Joustavat yksiköt – mahdollisuus ”siirtää” tiloja (esim. potilashuoneita) naapuriyksikön käyttöön tilanteen vaatiessa
5. Sisällytetään suunnitelmaan avoin ja yhteisöllinen alue, joka tukee itsenäistä elämäntaitojen palauttamista
6. Taustatilojen eriyttäminen hoitotiloista – logistiset- ja huoltotoiminnot suoritetaan taustalla
7. Teknologian hyödyntäminen

(Department of Veterans Affairs 2010, 2-7-8)

Englantilaisissa suunnitteluohjeissa terapeuttisen ympäristön luomisen edellytyksiä ovat esimerkiksi:

1. Luonnonvalo ja näköalat ulos: erityisesti taivaan näkemistä pidetään tärkeänä ja potilashuoneiden tulisi aina sijaita luonnonvalon äärellä
2. Yleisilme on siisti ja hajuton: tilojen tulee näyttää ja tuoksua puhtailta sekä olla yleisilmeiltään ehjiä
3. Miellyttävät lämpötila- ja ilmanvaihto-olosuhteet: niiden tulee vastata muuttuviin tarpeisiin
4. Ääni- ja melutason pitää olla sopeutettavissa: akustisin ratkaisuin tulee ääni- ja melutasoja kontrolloida
5. Oleskelutiloista yhteys ulos: myös säänsuojaa tarjottava ulkoilijoille
6. Hiljentymishuone, jossa mahdollisimman vähän ärsykkeitä: sijainti syrjässä suhteessa ääntä tuottaviin tiloihin

(HBN 03-01, 11).

3 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö on laadullinen ja menetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tavoitteena on tuottaa taustaselvitys sairaalarakennushankkeisiin liittyvistä suunnittelunäkökulmista, jotka tukevat erityisesti mielenterveysyksiköiden vuodeosastojen tilasuunnittelua. Tarkoitus on muodostaa selkeä kuva toimintaympäristön muutoksien aiheuttamista tilasuunnittelun tarpeista. Tässä opinnäytetyössä haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet vuodepaikkojen vähenemiseen mielenterveyden vuodeosastoilla ja osastojen sijoittamiseen yleissairaaloiden yhteyteen?
2. Millaisia tilaratkaisuja tulevaisuuden vuodeosastoilla tulisi suunnitella?

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tämän opinnäytetyön menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on yksi kolmesta kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Kaksi muuta tyyppiä ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettävä aineisto on laaja. Menetelmä voidaan jakaa kahteen alatyyppiin – narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Tämä opinnäytetyö on lähimpänä narratiivista kirjallisuuskatsausta, jossa käsiteltävästä aiheesta pyritään antamaan mahdollisimman laaja kuva sekä kuvaillaan aiheen historiaa ja kehityskulkua. Narratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on myös tyypillistä, että hankittu tutkimusaineisto ei ole käynyt läpi erityisesti systemaattista seulaa. Tällä menetelmällä päädytään kuitenkin johtopäätöksiin, jotka ovat luonteeltaan kirjallisuuskatsauksille luonteenomaisille synteeseille. (Salminen 2011, 6-7).

Kuvailevaa kirjallisuuskatsaus käytetään paljon hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa. Tämä menetelmä voidaan jakaa neljään vaiheeseen, joita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kyseessä on aineistolähtöinen menetelmä, joka poikkeaa muista kirjallisuuskatsausten tyypeistä siinä, että edellä esitetyt vaiheet voivat edetä päällekkäin koko tutkimusprosessin ajan. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikainen 2013, 292). Seuraavassa on avattu tarkemmin kutakin neljää vaihetta.

Tutkimuskysymys on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen tekijä. Tutkimuskysymyksen onnistumisen edellytyksenä on riittävä täsmällisyys sekä rajaus, jotta tutkittavaa ilmiötä on mahdollista tarkastella riittävän syvällisesti. Tutkimuskysymys ohjaa koko tutkimusprosessia. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu aiemmin julkaistusta merkityksellisestä tutkimustiedosta. Tämä aineisto haetaan tieteellisistä tietokannoista tai julkaisuista. Kuvaileva

kirjallisuuskatsaus poikkeaa esimerkiksi systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta siten, että valittua aineistoa ei rajata esimerkiksi hakusanoihin tai aika- ja kielirajauksiin. Keskeisenä aineiston valintaperusteena kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on sisältö ja sen suhde muihin valittuihin tutkimuksiin. Valittu aineisto voidaan taulukoida, mutta sen raportointi julkaisussa ei ole välttämätöntä. Taulukoinnin avulla valittua aineistoa voi jäsentää ja arvioida sen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296).

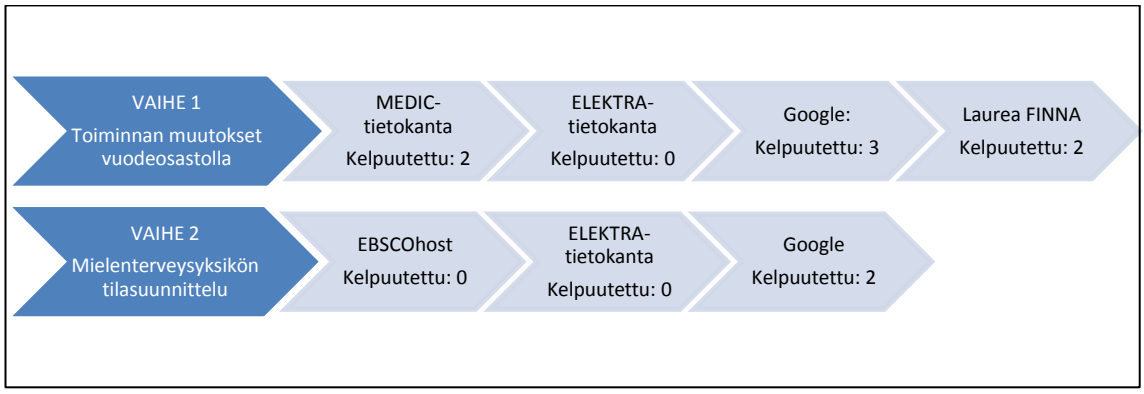
Käsittelyosan rakentamisen tavoitteena on vastata esitettyyn tutkimuskysymykseen aineiston tuottamana laadullisena kuvailuna sekä tuottaa uusia johtopäätöksiä. Keskeistä on luoda synteesi. Pääsisältö voidaan rakentaa monin tavoin, esimerkiksi teemoittain tai kategorioittain. Analyysin rungon voi muodostaa myös yksi tai useampi ns. päälähde. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulosten tarkastelu sisältää sisällöllisen ja menetelmällisen pohdinnan sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. Tässä vaiheessa kootaan ja tiivistetään keskeiset tulokset. Koska kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä hyvin väljä, on tärkeää kuvata selkeästi ja läpinäkyvästi menetelmäosa. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298).

3.2 Tiedon hankinnan keinot ja vaiheet

Tutkimustietoa haettaessa kävi ilmi, että tutkittua tietoa mielenterveystyön toimintaympäristön muutoksen vaikutuksista tilasuunnitteluun ei löydy. Sen sijaan aineistoa, joka liittyy mielenterveystyön toimintaympäristön muutokseen, löytyi runsaasti.

Näin syntyi johtopäätös, että tiedonhaku tulee suorittaa kahdessa vaiheessa. Loogisuuden vuoksi ensin suoritettiin tiedonhakua toimintaympäristön muutoksista ja sen jälkeen mielenterveysyksikön vuodeosastojen tilasuunnittelusta. Nämä vaiheet ja tulokset on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4. Tiedonhankinnan vaiheet.

Hakuja tehtäessä varmistettiin hakutulosten kattavuus käyttämällä hakusanoissa sekä sanaa psykiatria, että mielenterveys. Englanninkielisissä hakukoneissa käytettiin vastaavassa tilanteessa termejä ’psychiatry’ ja ’mental health’.

3.2.1 Tiedonhankinnan ensimmäinen vaihe

Ensimmäisessä vaiheessa haettiin siis tutkimustietoa mielenterveysyksiköiden vuodeosastojen toiminnan muutoksista suomalaisessa hoitoympäristössä. Tätä tietoa haettiin vain suomenkielisistä tietokannoista ja hakukoneista. Hakutuloksiksi kelpuutettiin pro gradu- ja väitöskirjatutkimukset vuosilta 2006-2017, tieteellisissä julkaisuissa julkaistut artikkelit vuosilta 2006-2017 sekä kotimaisten luotettavien asiantuntijayhteisöiden julkaisemat tilastot tai tutkimukset vuosilta 2006-2017. Aikarajausta päätettiin käyttää, vaikka kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei menetelmänä edellytetä välttämättä aika- tai kielirajausta. Aikarajauksen käyttö on perusteltua siitä syystä, että tutkittaessa toimintaympäristön muutosta, on tärkeää ymmärtää viime aikojen muutokset. Ensimmäisen vaiheen aineisto kuvattu tarkemmin kappaleessa 3.4 ja liitteessä 1.

Ensimmäinen käytetty tietokanta oli Medic, josta voi etsiä suomalaisia lääke- ja hoitotieteellisiä artikkeleita. Medic-tietokanta tuotti kaikkiaan 76 hakutulosta. Hakutulos seulottiin ensin tutkimuksen otsikon perusteella. Mikäli otsikko tuntui sopivan opinnäytetyön aiheeseen, niin sen jälkeen luettiin tutkimuksen tiivistelmä. Lopulta jatkoon kelpuutettiin kaksi väitöskirjaa. Juha Hyvösen väitöstutkimus vuodelta 2008 käsitteli Suomen psykiatrista hoitojärjestelmää 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Toinen väitöstutkimus oli Kirsti Kähärän tutkimus vuodelta 2015. Tutkimus oli kehittämishanke, jossa luotiin alueellinen verkostotyömalli Suupohjan seutukunnan alueella.

Toinen käytetty tietokanta oli Elektra, josta voi etsiä kotimaisten tieteellisten lehtien artikkeleita. Tässä käytettiin samaa hakusanakokonaisuutta, joka ei kuitenkaan tuottanut yhtään hakutulosta. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijä päätti pudottaa hakusanoista pois vuodeosaston ja jätti jäljelle ”psykiatria muutos”. Tämä hakutulos tuotti kaikkiaan 67 hakutulosta. Mikäli otsikko tuntui sopivan opinnäytetyön aiheeseen, niin sen jälkeen luettiin artikkelin tiivistelmä. Yksikään artikkeli ei soveltunut tämän opinnäytetyön aineistoksi.

Kolmantena hakumenetelmänä käytettiin Googlea. Se tuotti parhaan hakutuloksen liittyen vuodeosastojen toiminnallisiin muutoksiin mielenterveysyksiköiden vuodeosastoilla. Hakutuloksista merkittävimmät olivat THL:n kaksi sähköistä julkaisua – ”Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys” vuodelta 2015 ja ”Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014” vuodelta 2016. THL on asiantuntijalaitos, jonka julkaisemaa tietoa voidaan yleisesti pitää luotettavana. Nämä THL:n julkaisut sekä edellä mainittu Juha Hyvösen väitöstutkimus toimivat lopulta koko opinnäytetyön kulmakivinä kuvailtaessa niitä toiminnallisia muutoksia,

jotka ovat johtaneet psykiatristen vuodeosastojen uudelleen järjestelyyn. Lisäksi Google tuotti yllättävänä hakutuloksena Pia Hintsasen pro gradu –tutkielman vuodelta 2009, jossa hän on tutkinut psykiatristen laitospaikkojen vähentämisen vaikutusta potilaiden hoitoon. Hakutulos oli siksi yllättävä, että kyseinen tutkimus ei saanut yhtään osumaa edellä mainituissa tietokannoissa – edes jälkikäteen testattuna.

Useissa edellä mainituissa tutkimuksissa viitattiin kuitenkin kahteen väitöskirjaan, jotka eivät aikarajauksen vuoksi sopineet hakukriteereihin. Molemmat väitöskirjat on julkaistu ennen vuotta 2006 eikä niitä myöskään löytynyt käytetyistä maksuttomista tietokannoista. Hakutuloksen tuotti ainoastaan Laurean FINNA-tietokanta ja tutkimukset olivat tutustuttavissa vain painettuina versioina. Tämän opinnäytetyön tekijä päätti kuitenkin lisätä kyseiset tutkimukset aineistoonsa, koska arvioi ne merkittävyydeltään tärkeiksi.

3.2.2 Tiedonhankinnan toinen vaihe

Toisessa vaiheessa haettiin tutkimustietoa sairaaloiden tilasuunnittelusta ja erityisesti mielenterveysyksiköiden tilasuunnittelusta. Tietokantana käytettiin EBSCOhost-tietokantaa, jossa hakusanoina käytettiin ”hospital design mental health ward”. Hakutuloksiksi kelpuutettiin englanninkieliset akateemiset julkaisut vuosilta 2012–2017. Haku tuotti kaikkiaan 456 tulosta. Tietokannassa oli mahdollista rajata tätä joukkoa vieläkin tarkemmin, mutta koska vastaava kotimainen hakutulos oli olematon, niin opinnäytetyön tekijä päätyi seulomaan otsikkotasolla läpi tämän varsin laajan hakutuloksen. Tämä seulonta ei kuitenkaan tuonut tutkimuksellista lisävaloa aiheeseen. Toisena tietokantana myös tässä käytettiin Eletkraa, joka ei tuottanut yhtään hakutulosta.

Kolmantena hakumenetelmänä käytettiin vielä Googlea ja se tuotti kaksi hyväksyttyä hakutulosta. Tosin tulokset eivät olleet tieteellisiä tutkimuksia vaan kaksi kansainvälistä suunnitteluopasta – toinen Englannista ja toinen Yhdysvalloista. Molemmat suunnitteluoppaat osoittautuivat sisällöltään kuitenkin varsin perusteellisiksi ja varsin yhteneväisiä ohjeita oli todennettavissa. Tämän opinnäytetyön tekijä päätti kelpuuttaa nämä ohjeet aineistoksi, sillä arvioi ne sisällöltään kuitenkin merkityksellisiksi. Ensimmäinen ohje on osa Englannin kansallista suunnitteluohjesarjaa ”Health Building Note”. Tämä kyseinen ohje vuodelta 2013 ohjeistaa aikuisten akuuttiyksikön suunnitteluun. Toinen ohje on amerikkalaisen veteraanijärjestön sähköinen opas mielenterveystyön tilasuunnitteluun vuodelta 2010 (ja revisio vuodelta 2014).

3.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysilla pyritään tiivistämään aineistoa kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota (Eskola & Suoranta 2014, 138). Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta

(Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Analyysivaihe on myös erittäin tärkeä vaihe, jolloin selviää, että minkälaisia vastauksia tutkimusongelmaan löytyy (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221).

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmänä käytettiin mukaillen aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka tarkoituksena on luoda aineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: aineiston pelkistäminen (redusointi), ryhmittely (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Tässä opinnäytetyössä aineisto jaettiin kolmeen kategoriaan, koska ne olivat sisällöltään varsin erilaisia: tieteelliset tutkimukset (4 kpl), tilastoraportit (2 kpl) ja suunnitteluohjeet (2 kpl).

3.3.1 Tieteellisten tutkimusten sisällönanalyysi

Varsinainen sisällönanalyysi suoritettiin vain tieteellisille tutkimuksille ja suunnitteluohjeille. Tieteellisten tutkimusten ja tilastoraporttien tulokset vastasivat pääsääntöisesti tutkimuskysymykseen yksi eli mitkä tekijät ovat vaikuttaneet vuodepaikkojen vähenemiseen mielenterveyden vuodeosastoilla ja osastojen sijoittamiseen yleissairaaloiden yhteyteen.

Tieteelliset tutkimukset analysoitiin lukemalla ensin tiivistelmä, jolloin syntyi nopeasti käsitys tutkimuksen soveltuvuudesta tähän opinnäytetyöhön. Sähköisessä muodossa olleiden tutkimusten osalta hyödynnettiin myös PDF-ohjelman hakutoimintoa (”Find”) ja etsittiin koko aineistosta tekstiviittausta sanoille ”osasto” tai ”tila” tai ”suunnittelu” tai ”somaat**”.

Kaksi tutkimuksista (Korkeila ja Kärkkäinen) oli saatavissa vain painettuna versiona, joten niiden osalta analyysi tehtiin lukemalla ensin tiivistelmä, josta poimittiin tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset. Tiivistelmän jälkeen siirryttiin lukemaan tarkemmin kyseisen tutkimuksen kappaleet, joissa käsiteltiin tuloksia ja johtopäätöksiä. Niistä poimittiin ne maininnat, jotka viittasivat joko vuodepaikkamäärien kehittymiseen (+/-) tai osaston fyysiseen sijoittumiseen. Tämän jälkeen maininnat yhdistettiin ja muodostettiin kahden otsikon alle tiivistetty näkemys:

1) Vuodepaikkamäärät: Vuodepaikkamäärien kehityksessä keskeiset ajanjaksot olivat 1950- ja 1990-luvut. A- ja B-sairaaloiden perustaminen 1950-luvulla nosti vuodepaikkamääriä dramaattisesti saavuttaen huippunsa 1990-luvulla. Vuodepaikkojen määrä on 2010-luvulla vakiintumassa noin 3500 sairaansijaan.

2) Osaston sijoittuminen: Psykiatristen vuodeosastojen siirtoa yleissairaaloiden yhteyteen pidetään yleisesti hyvänä periaatteena ja hyötyjä on enemmän kuin haittoja. Mahdolliset haitat ovat kuitenkin minimoitavissa eri keinoin.

3.3.2 Tilastoraporttien analyysi

Tilastoraportit luettiin ensin läpi kokonaan. Tämän jälkeen raporteista poimittiin tarkempaan tarkasteluun vuodeosastoja koskevat tilastot sekä niihin liittyvät analyysit. Molemmat käytetyt raportit on julkaistu hyvin lähellä toisiaan (vuonna 2015 ja 2016), joten numeeriset tilastot olivat hyvin lähellä toisiaan. Lopuksi molemmista tilastoista yhdistettiin tarpeelliset tiedot. Vuodepaikkojen osalta tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään vuonna 2015 julkaistun laitospaikkaselvityksen tilastoja, koska kyseinen selvitys oli sisällöltään varsin laaja ja perusteellinen.

3.3.3 Suunnitteluohjeiden analyysi

Kaksi kansainvälistä suunnitteluohjetta analysoitiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa luettiin molempien ohjeiden kuvaus sekä sisällysluettelo ja varmistuttiin niiden soveltuvuudesta tähän opinnäytetyöhön. Molemmat suunnitteluohjeet oli rakennettu hyvin samoilla periaatteilla. Ensin kuvattiin niitä yksiköitä, joihin ohjeet ovat sovellettavissa. Tässä vaiheessa oli tarkoitus poissulkea se mahdollisuus, että ohjeet olisi tarkoitettukin muuhun kuin vuodeosastoksi ymmärrettäväksi yksiköksi (esim. mielenterveyden asumispalveluyksikkö). Toinen yhteinen piirre molemmille aineistoille oli keskeiset suunnitteluperiaatteet, jotka englantilaisessa ohessa oli ryhmitelty käyttäjäryhmän mukaisesti (taulukko 4) ja amerikkalaisessa ohjeessa näkökulman mukaisesti (taulukko 5). Nämä periaatteet käännettiin suomeksi ja taulukoitiin omiksi taulukoiksi, jonka jälkeen syntyi neljä pääteemaa, jotka toistuivat useasti:

1) Turvallisuus – kaikki tekijät/ratkaisut, joilla pyritään estämään henkilövahingot/itsensä vahingoittaminen/karkaaminen
2) Laitosmaisuuden vähentäminen – kaikki tekijät/ratkaisut, joilla hoitoympäristö olisi mahdollisimman vähän laitosmainen
3) Terapeuttinen ympäristö - kaikki tekijät/ratkaisut, joilla hoitoympäristö voi tukea potilaan parantumista ja toimintakyvyn palautumista
4) Joustavuus – kaikki tekijät/ratkaisut, joilla hoitoympäristö on mahdollisimman joustava ja muuntautumiskykyinen

Näiden neljän teeman ympärille syntyi konkreettisia ratkaisuja tilasuunnitteluun, jotka on kuvattu jäljempänä kappaleessa 4.

3.4 Aineiston kuvaus

Seuraavissa kappaleissa on kuvattu käytetyn aineiston keskeiset tulokset ja johtopäätökset.

3.4.1 Toimintaympäristön muutokset mielenterveystyössä

Juha Hyvösen väitöskirja (2008) selvitti Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmän muutoksia 1990-luvulla. Tuolloin mielenterveyslaki, valtionosuusuudistus, julkishallinnon suuret muutokset sekä syvä talouslama muokkasivat järjestelmää omalta osaltaan. Psykiatrinen ja somaattinen erikoissairaanhoito yhdistyivät. Myös asenteissa tapahtui tuolloin merkittäviä muutoksia. Tutkija valotti runsaasti myös psykiatrian historiaa, sillä ymmärtääkseen lähimenneisyyttä, oli tutustuttava myös historiaan. Psykiatria lääketieteen erikoisalana syntyi vasta 1800-luvulla. Historiassa psykiatria perustui pääasiassa ihmisten eristämiseen ja vallalla oli pitkään usko psykiatristen sairauksien parantumattomuudesta. Vaikka 1900-luvun lopulla tapahtui psykiatriassa merkittävää etenemistä ja kehitystä, niin monesti asenne- ja arvopohja kulkivat kuitenkin hitaammin perässä. (Hyvönen 2008, 21).

Kirsti Kähärän väitöskirjan (2015) aiheena oli ”Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa”. Vaikka otsikkokin viittaa perusterveydenhuoltoon, niin tutkimuksessa on kuitenkin selvitetty hyvin laajasti mielenterveystyön rakennemuutosta. Tutkimuksen tulosten mukaan vastuu mielenterveysongelmien hoidosta on ensisijaisesti yhteiskunnan. Johtopäätöksenä oli, että palvelujärjestelmien tulee kehittyä. (Kähärä 2015). Tutkimuksessa todetaan, että mielenterveyspalvelut ovat siirtyneet sairaalapainotteisuudesta kohti avohoitoa sekä yhteisöllisiä peruspalveluita. Vuodepaikat ovat vähentyneet jopa 80 % 1970-luvun tasosta. (Kähärä 2015, 22). Tutkimuksen tuloksissa todetaan myös, että mielenterveysongelmien näkyvyys on lisääntynyt ja sen vuoksi rakenteiden kehittäminen on tärkeää (Kähärä 2015, 41).

Pia Hintsasen sosiaalityön pro gradu –tutkielman (2009) aiheena oli ”Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin – työntekijöiden kokemuksia muutosprosessin keskellä”. Tutkimuksessa tarkastellaan sairaalapaikkojen vähentämisen vaikutuksia potilaiden hoitoon ja onko avohoitopalveluita tullut tilalle riittävästi. Tämän opinnäytetyön näkökulmasta keskeisin osuus tästä tutkimuksesta liittyy sairaalapaikkojen vähentämisen vaikutuksiin. Tämän pro gradu –tutkimuksen mukaan avohoitopalveluiden riittävyys ei vastaa tarvetta, joka on syntynyt laitospaikkojen määrän vähentämisestä. Samoin tutkimus antoi viitteitä siitä, että erityisesti skitsofreniapotilaat palaavat sairaalaan toistuvasti ja sen nähtiin johtuvan juuri laitospaikkojen vähenemisestä, hoitoaikojen lyhenemisestä sekä nopeasta kotiuttamisesta. (Hintsanen 2009, 66-67). Tämän tutkimuksen tulokset keskittyvät enimmäkseen avopalveluiden kohtaamiin vaikutuksiin eikä tästä tutkimuksesta löytynyt merkittäviä yhteyk-

siä vuodeosastojen suunnitteluun. Toki tutkimustulokset vahvistavat edellä mainittujen tutkimusten löydöksiä, että keskeisimmät muutokset tapahtuivat 1990-luvulla ja niiden vaikutuksia näemme edelleen 2000-luvulla.

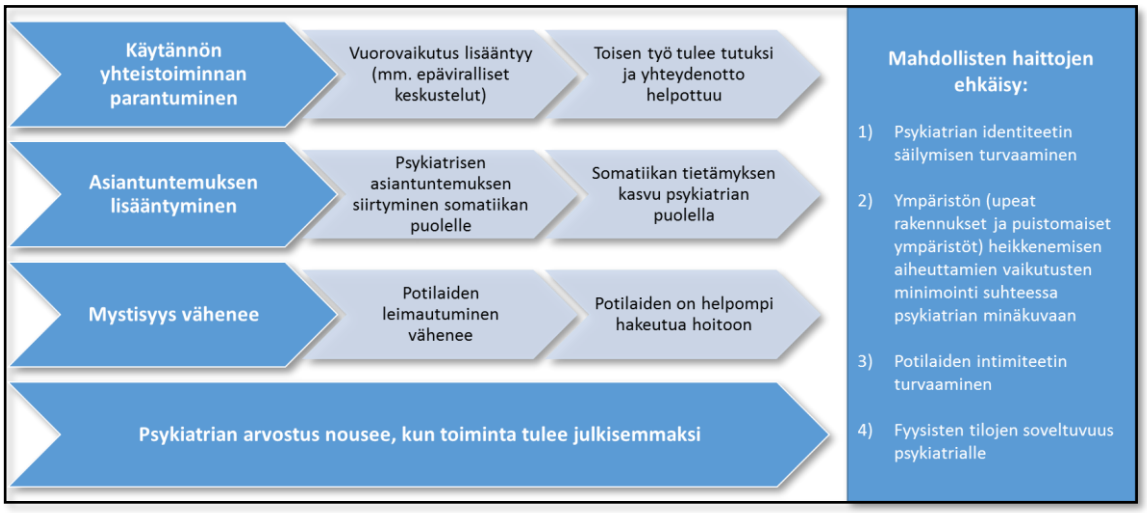
Jukka Kärkkäisen väitöskirja vuodelta 2004 tutki psykiatrisen ja somaattisen hoitojärjestelmän yhdentymisen onnistuneisuutta sairaanhoitopiireissä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä. Kärkkäinen jakoi yhdentymisen viiteen tasoon – hallinnolliseen, fyysiseen, toiminnalliseen, kulttuuriseen ja ideologiseen tasoon. Näistä tasoista merkittävin tämän opinnäytetyön kannalta on fyysinen yhdentyminen. Fyysisellä yhdentymisellä tarkoitetaan psykiatrian ja somatiikan toimitilojen sijoittamista lähemmäksi toisiaan joko samalle alueelle tai samoihin rakennuksiin. (Kärkkäinen 2004, 92).

Tutkimuksessa todetaan, että fyysisen yhdentymisen hyödyllisiä perusteita ovat esimerkiksi paremmat edellytykset käytännön yhteistoiminnalle (enemmän vuorovaikutusta), yhteistyökumppaneiden parempi tunteminen, psykiatrisen asiantuntemuksen siirtyminen somatiikan puolelle (kokonaisvaltainen näkemys ihmisestä kehittyy somatiikan puolella) ja toisaalta somatiikan tietämyksen kasvu psykiatrian puolella. Fyysinen yhdentyminen vähentää myös psykiatrian mystiikkaa ja potilaiden leimautuminen vähenee, kun heitä ei hoideta erillään muista erikoisaloista. Potilaiden on myös helpompi hakeutua hoitoon fyysisen yhdentymisen myötä ja psykiatrian arvostus nousee toiminnan tullessa julkisemmaksi. Fyysisellä yhdentymisellä voi kuitenkin olla myös haittavaikutuksia, joista keskeisiä ovat psykiatrian oman identiteetin heikkeneminen, potilaiden intimiteetin heikentyminen sekä fyysisten tilojen huononeminen sekä ympäristön muuttuminen vaatimattomammaksi. (Kärkkäinen 2004, 96-97).

Tutkimuksessa nostetaan esiin myös tilojen yhdistymisen taloudelliset vaikutukset merkittävänä tekijänä päätöksiä tehtäessä. Esimerkiksi somatiikan ja psykiatrian tuki- ja huoltopalvelut voidaan yhdistää toiminnallisesti ja fyysisesti. Päätöksenteon jarruna tunnistetaan kuitenkin esimerkiksi vanhat psykiatriset sairaalat, jotka voivat olla tärkeitä aluepoliittisia tekijöitä – erityisesti, jos rakennuksille ei löydy muuta käyttöä. Myös päättäjien asenteet voivat vaikuttaa fyysiseen sijoittamiseen, sillä kielteiset asenteet tukevat juuri fyysistä eriyttämistä. (Kärkkäinen 2004, 97).

Tutkimustuloksissa vertailtiin yhdentymisen onnistumista eri sairaanhoitopiireissä ja eroja oli havaittavissa eri sairaanhoitopiirien välillä. Tutkimuksen johtopäätöksenä annettiin seitsemän suositusta yhdentymisessä somatiikkaan. Näistä suosituksista numero neljä suosittaa psykiatrian ja somatiikan toiminnallista yhdentymistä sijoittamalla osastot yleissairaalaan tai sen läheisyyteen. Fyysinen yhdentyminen parantaa psykiatrisen potilaan tasa-arvoa somaattisen potilaan kanssa ja vähentää psykiatrian stigmaa. Samassa suosituskohdassa todetaan, että muu-

toksen yhteydessä on kuitenkin huolehdittava tilojen asianmukaisuudesta psykiatrian tarpeisiin. (Kärkkäinen 2004, 195). Kuvassa 5 on tiivistetty fyysisen yhdentymisen hyödyt sekä toimenpiteet,joilla mahdolliset haitat voidaan ehkäistä.



Kuva 5. Fyysisen yhdentymisen hyödyt ja yhdentymisestä mahdollisesti aiheutuvien haittojen ehkäisy (mukaillen Kärkkäinen 2004, 96-97).

Jyrki Korkeilan englanninkielinen väitöskirja vuodelta 1998 ”Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland –Evaluating the Deinstitutionalisation Process” luo kokonaiskuvan psykiatrisesta hoitojärjestelmästä muutospaineiden alla. Tutkimuksessa todetaan, että muutospaineiden taustalla on useita tekijöitä kuten yleismaailmallinen suuntaus, taloudelliset tekijät ja suomalaiset suunnitelmat. Erityisesti 1990-luvulla psykiatrisissa sairaaloissa hoidettiin lisääntyvä määrä masennuspotilaita ja samaan aikaan myös ensikertalaisten paluu sairaalahoitoon lisääntyi. Kansallisella tasolla toistuvia sairaalajaksoja ennusti aiemmat hoitojaksot, pitkä hoitoaika sekä psykoosi-, persoonallisuushäiriö- tai mielialahäiriödiagnoosi (Korkeila 1998, 11-12).

Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että vaikka laitoshoidon vähentäminen on ollut nopeaa, niin psykiatrisen sairaalahoidon taso Suomessa on kuitenkin tyydyttävä. Saraalajaksot ovat muuttuneet tavoitteellisiksi ja lyhyemmiksi. Johtopäätöksenä annetaan kuusi suositusta. Ensimmäisenä suosituksena on, että vuodeosastohoitoa korvaamaan tarvitaan avohoitoon uusia hoitomuotoja, joissa perhe osallistetaan sekä varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen malleja. Toisena suosituksena on kehittää psykiatrisen hoidon laadunvarmistuskriteerit sovellettavaksi arkipäivän työhön. Esimerkkinä näistä olisi esimerkiksi palveluiden käyttäjien osallistaminen aiempaa enemmän ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen rutiininomaisesti. Kolmas suositus painottaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisäämisen merkitystä. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan erityisiä ja yksilöllisiä hoitomalleja, joilla erityisesti

kroonisesti sairaita voisi hoitaa pääosin perusterveydenhuollon palveluissa. Neljäntenä suosituksena korostetaan nykyisen osaamisen ja laadun säilyttämistä. Tämän suosituksen taustalla on huoli henkilöstöriskistä johtuen siitä, että henkilöstöä on vähennetty laitospaikkojen vähentämisen myötä, mutta toisaalta jääneen henkilöstön koulutustaso on parempi. Tämä henkilöstömäärä kuitenkin hoitaa suuremman asiakasmäärän kuin ennen muutosta. Viides suositus nostaa esiin tarpeen asiakaslähtöisistä palveluista. Asiakaslähtöisyys kattaa myös sairastuneen omaisten tarpeet palveluille. Palvelut tulisi tuottaa asiakkaille luontevissa ympäristöissä. Asiakkaiden omaa tietoisuutta tulisi lisätä ja toisaalta tunnistetaan myös tarve lisätä kansalaisten tietoisuutta mielenterveydenhäiriöistä. Tämä tarve johtuu siitä, että laitospaikkojen vähentämisen myötä myös mielenterveyspotilaat ovat näkyvämpiä ja halutaan vähentää stigmaa. Viimeisenä suosituksena todetaan, että psykiatriassa tulisi prioriteetit asettaa oikeudenmukaisesti. Tämä tarkoittaa asianmukaisten palveluiden takaamista vakavasti sairastuneille, vakavan mielenterveyden kriisin kohdanneille sekä moniongelmaisille, joiden työkyky on uhattuna. (Korkeila 1998, 101-104).

THL:n julkaisu ”Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys” kartoitti sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikat sekä niiden alueellisen jakautumisen vuonna 2013. Selvitystä tehtäessä tarkastelussa olivat laitospaikkamäärät sekä niissä tapahtuneet muutokset. Käytettyjä lähteitä olivat THL:n tilastot, rekisterit sekä viimeaikaiset selvitykset ja tutkimukset. Selvitys osoitti, että sairaaloiden hoitopäivät ovat vähentyneet 35 % vuodesta 1997 vuoteen 2013.

Toinen THL:n julkaisu ”Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014” on tilastoraportti, joka käsittelee julkisen erikoissairaanhoidon psykiatrisia avo- ja vuodeosastohoitoa. Raportin tiedot on kerätty terveydenhuollon Hoitoilmoitusrekisteristä. Raportin vuodeosasto-osuudessa todetaan, että potilaiden määrä on pienentynyt 20 % ja keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla oli 34 vuorokautta.

3.4.2 Mielenterveysyksikön tilasuunnittelu

Englantilaisessa suunnitteluohjeessa linjataan tilatarpeiden vaatimukset eri käyttäjien näkökulmasta – asiakkaiden, vieraiden, henkilökunnan ja johdon. Eri näkökulmat on kerätty taulukkoon 4.

Käyttäjä	Tilasuunnittelun näkökulma
Asiakas/potilas	• Yhden hengen potilashuoneet, mahdollisuus lukita oma kaappi (tai jopa huone) sekä oma wc/s (yht. vähintään 15 m2) • Tunne turvallisuudesta • Monipuolisia tiloja monenlaisiin tarkoituksiin, mahdollisuus valita erilaisia ympäristöjä tarpeen mukaan • Tilat tavata vieraita, terapeutteja ja muita yhteistyökumppaneita • Mahdollisuus päästä ulos raittiiseen ilmaan ja harjoittaa fyysistä liikuntaa • Mahdollisuus hiljentymiseen • Luonnonvalon saatavuus • Laitosmaisuuden minimointi • Melutason vähentäminen • Vältettävä kaikin keinoin tiloja, jotka keräävät isoja ihmisjoukkoja (lisää jännitettä)
Vierailijat	• Vieraiden tulee tuntea itsensä tervetulleiksi • Lapsivieraiden tapaamiseen oma, turvallinen tila • Vierailla tulee olla varmuus, että henkilökuntaa on tarvittaessa saatavilla
Henkilökunta	• Miellyttävä, turvallinen ja rauhallinen työympäristö • Turvallisuuteen kiinnitettävä erityistä huomioita • Tila luottamukselliselle työlle ja kokouksille • Henkilökunnan virkistäytymistila (taukotila) selkeästi erillään potilaiden tiloista sekä mahdollisuus säilyttää omia tavaroita turvallisesti
Johto	• Suunnitteluratkaisujen tulee olla joustavia siten, että niitä voi tarpeen tullen muuttaa helposti toiseen käyttöön • Turvallisuus keskeinen suunnitteluperiaate • Korkealaatuinen työympäristö vähentää sairauspoissaoloja, toimii rekrytointivalttina sekä sitouttaa työntekijöitä • Oikeat suunnitteluratkaisut mahdollistavat henkilökunnan kohtaamaan asiakkaita ja optimoi resurssitarpeet oikein

Taulukko 4. Englantilaiset suunnitteluperiaatteet aikuisten akuuttiyksikköön (HBN 03-01, 9-10)

Amerikkalainen vastaava suunnitteluohje ”Mental Health Facilities Design Guide” listaa puolestaan neljä suunnitteluperiaatetta, jotka on koottu taulukkoon 5:

Periaate	**Keinot**
Joustavuus	• Tilat tulee suunnitella yleispäteviksi, jotta niitä voidaan käyttää samankaltaisiin toimintoihin • Standardoidut pohjaratkaisut, jotta henkilökunnan on helppo orientoitua ja tilojen ylläpitoa voidaan sujuvoittaa ja tehostaa • Ryhmätilat pitää suunnitella ja ryhmitellä siten, että niihin voi sisällyttää vaihtelevia toimintoja
Tehokkuus	• Tuki- ja huoltotilat tulee suunnitella ja sijoittaa siten, että niiden yhteiskäyttö on mahdollista ja siten vähentää tilatarvetta • Minimoidaan etäisyydet huolto- ja tukitiloihin • Keskeiset huolto- ja tukitilat sijoitetaan mahdollisimman lähelle hoitohenkilökunnan työskentelytiloja
Potilaan tarpeet	• Yksilöllisyyden ja yksityisyyden kunnioittaminen valvonnasta ja turvallisuudesta tinkimättä • Laitosmaisuuden vähentäminen pintamateriaalien, kalusteiden ja varusteiden näkökulmasta, turvallisuudesta tinkimättä • Yhteisöllisyyden tunnetta lisätään • Rakennuksen ja tilojen tulee olla saumaton osa terapeuttista ympäristöä ja prosessia, tekniset ratkaisut tulee olla vaatimusten mukaisia, mutta huomaamattomia ja integroituja

Riskien vähentäminen	• Karkaamismahdollisuuksien vähentäminen
	  ○ Ulkoilu sisäpihalla
	  ○ Sähköiset ovijärjestelmät
	  ○ Yksinkertainen kiertojärjestelmä tiloille, ei sokeita kulmia
	  ○ Mahdollisuus huomaamattomaan valvontaan
	• Potilaan käytöksestä johtuvien riskien vähentäminen
	  ○ Näkyvyys ja valvonta sekä teknologian hyödyntäminen alueilla, jonne ei saada riittävää näkyvyyttä
	  ○ Niiden esineiden tunnistaminen, joita potilas voisi käyttää aseena tai itsensä vahingoittamiseen
	  ○ Irtotavaroiden (esim. kärryt) säilytys lukituissa tiloissa syvennysten tai väliköiden sijaan
	  ○ Teknologian hyödyntäminen
	• Henkilövahinkojen vähentäminen

	○ Esteettömät tilat niitä vaativille potilaille ○ Parvekkeiden välttäminen ○ Tunnistetaan tilat, joissa potilas oleskelee myös valvomattomana ja suunnitellaan ne siten, että niissä on mahdollisimman vähän mahdollisuuksia väärinkäytöksiin • Potilaiden ja henkilökunnan stressin vähentäminen: ○ Luonnonvalon suosiminen ja hallittu melutaso ○ Avoimet ratkaisut (ilman esteitä) henkilökunnan ja potilaiden välillä ○ Vältetään ihmisjoukkojen muodostumista ja ratkaisuja, joissa henkilö tuntee itsensä uhatuksi ○ Miellyttävät maisemanäkymät ulos ○ Luonnonmateriaalien suosiminen, rauhoittavat värit ja kodinomaiset sisustusratkaisut ○ Tutunoloiset ja kuntouttavat ympäristöt ○ Potilaille ja henkilökunnalle tilat, jotka mahdollistavat virkistäytymisen ja oman tilan ottamisen (esim. hiljainen tila)

Taulukko 5. Amerikkalaiset suunnitteluperiaatteet mielenterveyden tiloihin (Department of Veterans Affairs 2010, 2-10)

Edellä mainittujen aineistojen lisäksi on tässä opinnäytetyössä ollut perusteltua perehtyä mielenterveyshoitotyön oppikirjoihin, jotta voidaan hankkia riittävä tietoperusta ymmärtää mielenterveyshoitotyön keskeisiä käsitteitä ja periaatteita vuodeosastohoidossa. Merkittävämmäksi oppikirjaksi muodostui vuonna 2016 julkaistu ”Käytännön mielenterveystyö”. Tämä teos käsittelee keskeisimpiä mielenterveyden häiriöitä, hoitosuhdetta sekä yleisimpiä terapiamuotoja.

4 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tuloksena ensimmäiseen esitettyyn tutkimuskysymykseen löytyi varsin kattavasti kirjallisuutta ja tutkimuksia. Mielenterveystyössä on vuodeosastojen tilakysymysten näkökulmasta tapahtunut kaksi merkittävää muutosta – vuodepaikat erikoissairaanhoidossa ovat vähentyneet nopeasti ja dramaattisesti sekä psykiatriset osastot siirtyvät osaksi yleissairaalaa. Näihin molempiin muutoksiin liittyy kriittisiä tilakysymyksiä. Ensiksikin entisiä psykiatrisia sairaaloita tyhjenee merkittävä määrä osastojen siirtyessä yleissairaaloiden yhteyteen. Näille vapautuville kiinteistöille tulisi löytyä jatkokäyttöä. Toiseksi näille siirtyville osastoille tulee löytää asianmukaisia tiloja yleissairaaloiden yhteydestä. Asianmukaisten tilojen tulisi

palvella niitä potilaita, jotka vaativat sairautensa vuoksi vuodeosastohoitoa. Kuvassa 6 on ryhmitelty tilasuunnittelun vaikutukset kahden merkittävän muutoksen alle.

Sen sijaan toiseen tutkimuskysymykseen ei löytynyt aiempia tutkimuksia. Myöskään kotimaista kirjallisuutta ei aiheesta löytynyt.

4.1 Vuodepaikkojen vähentämisen syyt

Vuodepaikkojen määrien kehittymisessä 1950- ja 1990-luvut ovat olleet keskeisessä roolissa. Vuodepaikkamäärät alkoivat nousta 1950-luvulla perustettujen A- ja B-sairaaloiden myötä. Erityisesti B-sairaaloihin sijoitetut ”kroonikot” eivät lähtökohtaisesti koskaan kotiutuneet vaan laitoksesta muodostui potilaalle koti. Tämän seurauksena seuraavina vuosikymmeninä vuodepaikkojen määrä nousi aina 20 000 sairaansijaan 1980-luvulle asti.

Vuodepaikkojen vähentäminen alkoi jo 1980-luvulla, mutta dramaattisin muutos tapahtui 1990-luvulla, jolloin tuli voimaan uusi Mielenterveyslaki, jossa avopalveluiden rooli oli keskeisessä roolissa. Samaan ajanjaksoon ajoittui myös syvä taloudellinen lama, jonka taloudellisilla vaikutuksilla oli oma roolinsa vuodepaikkojen vähentämisessä. Pitkäaikaishoito on pystytty purkamaan lähes kokonaan osana tapahtunutta rakennemuutosta.

Huomattavaa on kuitenkin, että hoidettavien potilaiden lukumäärä osastoilla ei ole vähentynyt vaan hoitojaksot ovat lyhentyneet. Tätä opinnäytetyötä kirjoitettaessa vuodepaikkamäärä aikuisille on vakiintunut noin 3500 sairaansijaan.

4.2 Mielenterveysosastot osana yleissairaalaa

Tutkimusten mukaan yhdentymisellä somatiikkaan on positiivinen vaikutus ja sen avulla voidaan merkittävästi vähentää esimerkiksi mielenterveyden häiriöihin liittyvää mystiikkaa ja stigmaa sekä parantaa somaattisten sairauksien hoitomahdollisuuksia mielenterveyspotilailla. Jotta tämä yhdentyminen kuitenkin onnistuu, on erityistä huomioita kiinnitettävä tilojen asianmukaisuuteen ja soveltuvuuteen mielenterveystyöhön.

Mielenterveystyön ja somatiikan keskeinen ero lähtee jo hoidettavista potilaista. Mielenterveyspotilaiden hoitoajat ovat somatiikkaa pidempiä ja siten myös hoitoympäristön on tuettava potilaan kuntoutumista. Toisaalta suurin osa potilaista on työikäisiä – toisin kuin somaattisella osastolla. Mikäli mielenterveyden ja somatiikan vuodeosastoja sijoitetaan ja suunnitellaan samaan rakennusmassaan, niin haasteita saattaa tulla esimerkiksi oleskelutilojen määrien eroavaisuudessa ja potilashuoneiden mitoituksissa. Englantilaisissa suunnitteluohjeissa potilashuoneen minimikooksi suositellaan 15 m^2 sisältäen huonekohtaisen saniteettitilan. Tällainen mi-

toitus ei useinkaan riitä somaattisen potilashuoneen kooksi. Sen sijaan vaatimukset kodinomaisuudesta ja laitosmaisuuden vähentämisestä voidaan ratkaista pintamateriaalien, kalusteiden ja muiden sisustusratkaisujen avulla.

4.3 Tilasuunnittelun vaatimukset vuodeosaston näkökulmasta

Aineistoa analysoitaessa kävi selkeästi ilmi, että Suomessa ei ole olemassa kansallisia suunnitteluohjeita liittyen sairaalan tilasuunnitteluun. Myöskään lainsäädännöstä ei löydy selkeitä viitteitä tilasuunnitteluun. Somaattisen hoidon vähäiset tilasuunnitteluohjeet keskittyvät paljolti tekniikkaan, infektioturvallisuuteen sekä tilamitoituksiin.

Koska vuodeosastohoito on entistäkin enemmän vasta toissijainen hoitomuoto avohoidon ollessa aina ensisijainen tapa hoitaa mielenterveyden häiriöitä, tarkoittaa se sitä, että vuodeosastohoitoa vaativat potilaat ovat usein erittäin sairaita ja moniongelmaisia. Toisaalta enemmistö potilaista ovat työikäisiä ja siten voisi päätellä, että myöskin omatoimisia. Tarkasteltaessa kolmen isoimman potilasryhmän diagnooseja ja niihin liittyviä piirteitä, voi kuitenkin todeta, että useilla potilailla on todennäköisesti erilaisia aistiharhoja, toimintakyvyn laskua, itsetuhoisuutta ja mahdollisesti aggressiivisuutta. Edellä mainitut oireet ovat juuri niitä, joiden vuoksi potilas on otettava sairaalahoitoon. Näin ollen hoitoympäristön tulee vastata näistä oireista kärsivien potilaiden tarpeisiin – tähtäimenä kuntoutua ja kotiutua.

Kaikissa mielenterveyden häiriöiden hoidoissa korostetaan potilaan toimintakyvyn palauttamista. Osastohoidossa tämä tarkoittaa myös arjen taitojen takaisin opettelua. Tilasuunnittelun näkökulmasta potilaille pitää taata sujuvat mahdollisuudet henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen, osallistumista päivärutiineihin ja esimerkiksi omasta pyykkihuollosta huolehtimiseen. Mikäli nämä tehdään tilasuunnittelussa mahdottomiksi esimerkiksi yhteiskäyttöisillä suihkutiloilla tai vain henkilökunnan käytössä olevalla vaatehuoltotilalla, niin potilaan laitostuminen tapahtuu varmasti nopeasti.

4.3.1 Turvallisuus keskeisenä ohjurina

Sekä tutkimukset että kirjallisuus korostavat, että turvallinen ympäristö on asia, josta ei saa eikä pidä tinkiä muiden vaatimusten kustannuksella. Turvallisella ympäristöllä pyritään ehkäisemään henkilövahinkoja (potilas- ja työtapaturmia), karkaamisia sekä potilaan mahdollisuuksia vahingoittaa itseään, toisia ihmisiä tai omaisuutta.

Aggressiivinen käyttäytyminen aiheuttaa paljon vaatimuksia myös tilasuunnittelulle. Kansainvälisten suunnitteluohjeiden keskeisenä kulmakivenä oli tilojen valvottavuus – erityisesti huo-

maamatonta valvontaa työn lomassa pidettiin tärkeänä. Myös teknologian hyödyntämistä valvonnassa pidettiin mahdollisuutena, jota ei tule väheksyä. Erityisesti osaston sisäänkäynnin valvottavuutta pidettiin tärkeänä ja yhden sisäänkäynnin ratkaisu tukee tätä periaatetta.

Yhtenä syynä mahdollisiin yhteenottoihin pidetään myös ratkaisuja, joissa samaan tilaan kokoontuu paljon ihmisiä. Tällaisia tiloja ovat esimerkiksi ruokailu- ja oleskelutilat. Parempana ratkaisuna pidetään pienempiä vyöhykkeitä, joiden avulla potilaita on helpompi jakaa pienempiin ryhmiin. Toisaalta puhuttiin resurssien optimaalisesta käytöstä, joten on mahdollista, että tämän osalta suunnittelussa joudutaan tekemään kompromisseja. Turvallisuutta lisäävät myös sellaiset materiaalit, kalusteet ja varusteet, joita ei ole mahdollista irrottaa tai liikutella ja siten käyttää mahdollisesti aseena itseään tai muita kohtaan. Tässä saattaa tulla hienoinen ristiriita laitosmaisuuden vähentämiseksi, sillä usein tällaiset ratkaisut ovat juurikin laitoskäyttöön suunniteltuja ja saattavat olla hyvin pelkistettyjä ja raskastekoisia ratkaisuja.

Itsetuhoisen potilaan varalta suunnitteluratkaisuissa tulee pyrkiä siihen, että materiaalit tai varusteet eivät mahdollista ripustautumista tai muuta itsenä vahingoittamiseen käytettävän osan irrottamista (esim. terävä esine). Tätä näkökulmaa tulee pohtia erityisesti niissä tiloissa, joissa potilas oleskelee myös valvomatta, esimerkiksi oma potilashuone ja saniteettitilat.

Turvallisuudesta puhuttaessa tulee ottaa huomioon myös se näkökulma, että potilaalle tulisi taata mahdollisuus myös varmistaa turvallisuutensa muilta potilailta. Kansainvälissä suunnitteluohjeissa viitataan vaatimukseen lukita oma potilashuone siten, että lukitus on kuitenkin helposti ”ohitettavissa” henkilökunnan toimesta. Jos huoneen lukitus ei ole mahdollista, niin vähintään oma omaisuus tulisi saada lukkojen taakse. Näiden ohjeiden taustalla on sekä henkilökohtaisen omaisuuden suojaus, että myös mahdollisen fyysisen kontaktin (väkivalta tai seksuaalinen häirintä) välttäminen. Potilashuoneen lukintamahdollisuus sairaalaolosuhteissa on kokemusperäiseen tietoon perustuen kuitenkin Suomessa vielä erittäin harvinainen ratkaisu.

4.3.2 Laitosmaisuuden vähentäminen

Kaikki tutkimukset ja kirjallisuus korostavat laitosmaisuuden minimoimista hoitoympäristön suunnittelussa. Joissakin yhteyksissä puhutaan jopa kodinomaisuudesta, vaikka toisaalta vallitseva trendi on hoitaa osastolla vain välttämätön aika, joten laitostumista pitäisi ehkäistä kaikin keinoin. ”Kodinomainen” terminä käsitetään helposti tilaksi, jossa on tarkoituskin viihtyä hyvin ja pitkään. Vaihtoehtoisena terminä voisi ajatella esimerkiksi kuntouttava tila.

Yhden hengen potilashuoneet ja niihin liittyvät huonekohtaiset saniteettitilat mainitaan useissa lähteissä. Yhden hengen huoneilla on kaksi keskeistä perustetta mielenterveysosastolla – niillä taataan potilaille yksityisyys, mutta toisaalta ne mahdollistavat hyvin joustavan potilaspaikkojen kuormituksen.

Kahden hengen huoneista on ristiriitainen näkemys kahden käytetyn lähteen välillä. Englantilaisessa suunnitteluohjeessa suositellaan vain ja ainoastaan yhden hengen huoneita, kun taas amerikkalaisessa ohjeessa kahden hengen huoneita suositellaan harkittavaksi niitä tilanteita varten, joissa esimerkiksi vertaistuella on selkeä merkitys. Kompromissina voisi ajatella, että osa potilashuoneista olisi mitoitukseltaan sellaisia, että niissä voidaan tarvittaessa majoittaa kaksi potilasta yhtä aikaa.

Potilaiden keskimääräisissä hoitoajoissa on suurtakin vaihtelua, joka aiheuttaa tilasuunnittelulle melkoisia haasteita. Skitsofreniapotilaiden (jotka ovat selkeästi isoin potilasryhmä) pitkät hoitoajat johtavat siihen, että vuodeosastohoidossa potilashuoneesta tulee väistämättä hetkellisesti ”koti”. Se tarkoittaa esimerkiksi potilaan omien tavaroiden säilytysmahdollisuutta (kausivaatetus tai viihdykkeet kuten kirjat).

Laitosmaisuutta voi vähentää myös miellyttävillä akustisilla olosuhteilla. Melu ja epämiellyttävät ääniolosuhteet voivat lisätä potilaiden levottomuutta ja siten lisätä riskiä konflikteihin ja toipumisen hidastumiseen.

4.3.3 Terapeuttinen hoitoympäristö

Ulkoilu kuuluu perusoikeuksiin, vaikka potilas olisi tahdonvastaisessa hoidossa. Ulkoilu ja liikunta on tunnistettu useissa lähteissä myös merkittäväksi hoitomuodoksi, erityisesti masennuspotilailla. Mielenterveyspotilailla on myös yleisesti muuta väestöä huonommat elintavat ja ennenaikaisen kuoleman riski on tilastollisestikin osoitettu. Näin ollen myös sairaalahoidossa tulisi olla mahdollisuus terveellisempiin elintapoihin. Yleissairaaloissa vuodeosastot ovat harvoin maan tasalla, joten ainoaksi vaihtoehdoksi jää parveke- tai kattoratkaisut. Molemmissa vaihtoehdoissa tulee kuitenkin ratkaistavaksi turvallisuusnäkökulmat. Somaattisten potilaiden osalta ulkoilu ei ole välttämätöntä johtuen lyhyistä hoitoajoista, joten tämä ristiriita tulisi ratkaista suunniteltaessa yksiköitä samaan rakennukseen.

Liikunta hoitomuotona vaatii myös omat tilansa. Rajoittamistoimien vuoksi osastopotilaat eivät kuitenkaan aina voi lähteä kauas osastosta, joten liikuntatilojen saavutettavuus tulee huomioida tilasuunnittelussa. Tällainen ratkaisu voi olla esimerkiksi pienimuotoinen kuntoilutila osaston sisällä. Yhteistyö somaattisten yksiköiden fysioterapian, toimintaterapian ja kuntoutuksen tilojen kanssa tehostuu, kun yksiköt sijaitsevat lähellä toisiaan. Liikunta ulkoilualueella on myös suositeltava suunnitteluperiaate.

Perhekeskeisen hoitotyön mahdollistamiseksi tulisi mahdollistaa perheen osallistuminen hoitoprosessiin. Tämä tarkoittaa vierailutiloja, jotka kannustavat perheitä osallistumaan. Perheen ja muun sosiaalisen verkoston tapaamiseen pitää löytyä turvalliset tilat ja erityisesti lapsivieraiden viihtyvyyteen ja turvallisuuteen tulee kiinnittää huomioita. Vieraiden turvallisuuden tunnetta voi vahvistaa sillä, että henkilökuntaa on saatavissa nopeasti vierailutiloihin. Vierastilat suositellaan sijoitettaviksi siten, että sinne tultaessa ei tarvitse tulla osaston puolelle. Vierailuhuone voi muuna aikana toimia esimerkiksi haastattelu- tai vastaanottohuoneena.

Vaikka lepo ja uni ovat keskeistä toipumisessa ja kuntoutumisessa, niin yhtä tärkeää on myös potilaan aktivointi. Päivärytmin palauttamisen keskeisenä keinona on välttää ns. ruutuaikaa varsinkin illalla. Suunnitteluohjeet suosittelevat, että potilashuoneisiin ei pitäisi sijoittaa TV:tä tai mahdollisuutta tietokoneen käyttöön. Tällaiset tilat voidaan suunnitella osaston yhteisiin tiloihin. Samoin päivä- ja yötoimintojen erottaminen tilasuunnittelussa on yksi keino lisätä potilaan päiväaikaista aktivointia.

Erityisesti masennuspotilaiden yhtenä merkittävänä hoitokeinona pidetään myös liikuntaa, joten sen mahdollistaminen myös osastohoidossa on tärkeää. Tilasuunnittelussa tämä voisi tarkoittaa joko osaston ulkopuolella tarjottavaa liikuntaa (jos potilas voi vointinsa puolesta liikkua osaston ulkopuolelle) tai osaston tiloissa olevia liikuntamahdollisuuksia. Nykyisillä teknologiaratkaisuilla esim. etäosallistuminen ryhmäliikuntaan on mahdollista ja tarjontaa on paljon. Tilasuunnittelussa tämä vaatisi asianmukaiset näytöt ja tarvikkeet nimettyyn tilaan.

Olosuhteiden osalta keskeisiä elementtejä tulisi olla luonnonvalo sekä näkymät ulos, ääni- ja melutason hallinta sekä miellyttävä ympäristö toipumiseen. Tiloihin asennettavat tekniikka ja järjestelmät tulisi sijoittaa huomaamattomasti ja siten, että niiden osia tai rakenteita ei voi käyttää vahingoittamistarkoitukseen. Näkymiä ulos ja ulkomaailmaan pidetään tärkeänä. Kansainvälisissä suunnitteluohjeissa tarkennetaan näkymiä jopa niinkin tarkalle tasalle kuin mahdollisuus nähdä taivasta.

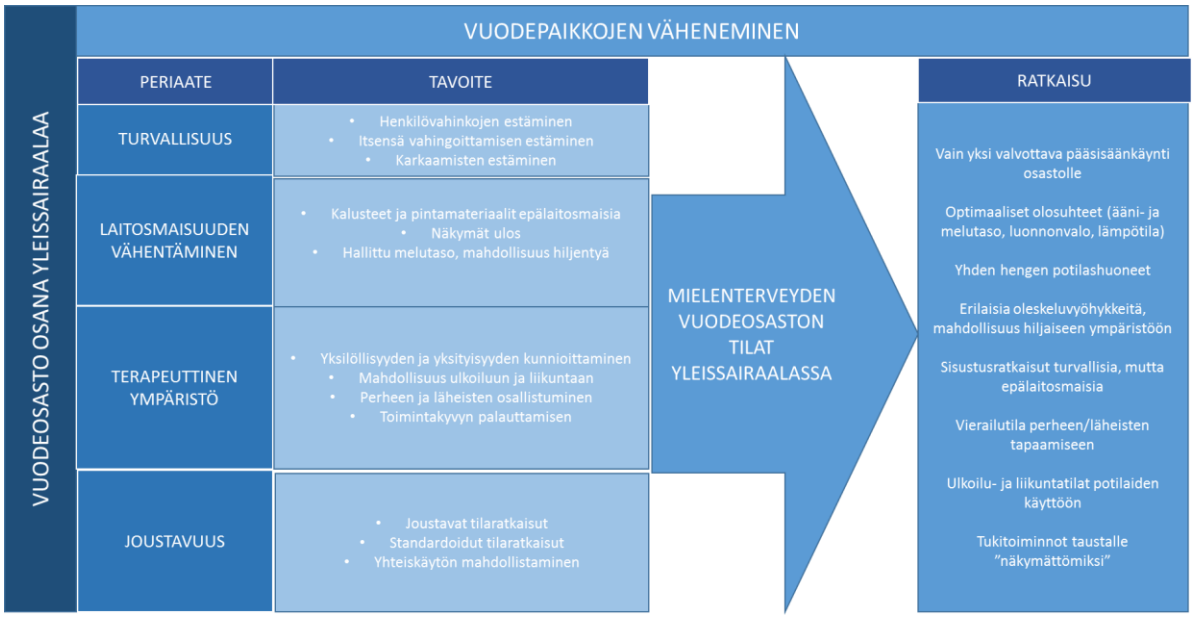
4.3.4 Joustavat tilaratkaisut

Joustavilla tilaratkaisuilla tarkoitetaan kahta asiaa. Tilojen tulee olla monikäyttöisiä eli samaa tilaa tulee voida käyttää useampaan tarkoitukseen ja toisaalta yhdellä tilalla voi olla useampi käyttäjä (osasto). Tällaisia tiloja ovat esimerkiksi terapia- ja ryhmätilat sekä huolto- ja tukitilat.

Joustavuutta tukee myös esimerkiksi yhden hengen potilashuoneet, jolloin niitä voi kuormittaa huomattavan tehokkaasti, kun poistuu määritelmä mies- ja naispaikka. Samoin yhden hengen huoneissa ei ole tarvetta miettiä huonetovereiden sopivuutta toisilleen.

Kansainvälisissä suunnitteluohjeissa joustavuudella viitataan myös muuttuviin tilanteisiin ja kuormitukseen. Potilashuoneet suositellaan sijoitettaviksi esimerkiksi viiden huoneen ryppäisiin, joiden yhteydessä voi olla esimerkiksi pienempi oleskeluvyöhyke. Näin mahdollistetaan tarvittaessa osaston jako pienempiin soluihin.

Huolto- ja tukitilojen tulisi olla monen yksikön yhteiskäyttöisiä ja tämä periaate tuskin poikkeaa somaattisten yksiköiden suunnittelussa. Mielenterveysyksiköiden vuodeosastojen tulisi olla rauhallisia ympäristöjä ilman yleistä hälinää ja melua. Tähän yksi ratkaisu on kirjallisuuden mukaan siirtää tuki- ja logistisia toimintoja ”taustalle”. Vastaava periaate on sovellettavissa myös somaattisille osastoille.



Kuva 6. Vuodeosastojen toimintaympäristön muutoksen seuraukset ja niiden vaikutus tilasuunnitteluun.

5 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Keskeisinä lähtökohtina hyvälle tieteelliselle käytännölle ovat esimerkiksi toimintatapojen noudattaminen (rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä arviointi), eettisesti kestävien menetelmien soveltaminen, muiden tutkijoiden työn huomioiminen (asianmukaiset viittaukset ja saavutusten arvostaminen) sekä tutkimuksen suunnittelun ja toteutuksen raportointi asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6).

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää käytettyjen hakusanojen laajuus ja yleispätevyys. Hakusanoista tehtiin aineistoa kerättäessä monenlaisia kombinaatioita ja poikkeuksetta aina tuloksena oli samoja aineistoja. Luotettavuutta lisää myös kahden termin rinnakkaiskäyttö eli haussa käytettiin sekä psykiatriaa että mielenterveystyötä. Näin vältyttiin siltä, että jokin merkittävä aineisto jäisi löytymättä. Sen sijaan luotettavuutta heikentää hiukan se, että kaksi merkittävää väitöskirjatutkimusta oli vähällä jäädä pois tästä kirjallisuuskatsauksesta, koska ne eivät aikaikkunan puolesta soveltuneet aineistoksi. On siten tietysti syytä pohtia, että oliko asetettu aikaikkuna liian suppea, koska kuitenkin suurin rakennemuutos tapahtui juuri 1990-luvulla. Jäikö tässä kirjallisuuskatsauksessa pois muita merkittäviä tutkimuksia?

Vaikka tutkimuskysymykseen 2 ei löytynytkään tieteellistä tutkimustietoa tai kirjallisuutta, niin löydetyt kaksi opasta ovat luonteeltaan luotettavia ja julkaisijana on ns. puolueeton taho. Näiden aineistojen luotettavuutta lisää myös se, että molemmissa oli hyvin samankaltainen sisältö.

Opinnäytetyön tekijän aiempi perehtyneisyys aiheeseen lisää luotettavuutta siltä osin, että hänellä oli alustava käsitys tarjolla olevasta tutkimustiedosta. Osa aineistosta oli myös tekijän päivittäisessä käytössä työkaluina, joten aineiston läpikäynti on ollut varsin syvällistä jo ennen tämän opinnäytetyön aloittamista. Tekijä on myös tätä opinnäytetytötä kirjoitettaessa mukana kahden eri sairaanhoitopiirin rakennushankkeissa, joissa suunnitellaan uusia mielenterveysyksikön vuodeosastoja.

Koska kyseessä on jossakin määrin poikkitieteellinen opinnäytetyö, jossa on elementtejä hoitotyöstä ja tekniikan (arkkitehtuurin) alalta, niin luotettavuutta heikentää se tosiasia, että pääosa aineistosta on kerätty hoitotyön tietolähteistä. Tekniikan alan tietolähteitä oli käytettävissä vähän.

6 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset, pohdinta

Tämä opinnäytetyö keskittyi vuodeosastoon kohdistuvien muutosten vaikutuksista tilasuunnitteluun. Aineiston perusteella on kuitenkin syytä olettaa, että suurin paine muutoksessa kohdistuu avo- ja asumispalveluihin, joiden asiakkaiksi nämä entiset vuodeosastojen potilaat ovat siirtyneet. Lisääntynyt asiakasvolyymi aiheuttaa varmasti suuria paineita tilaratkaisuille.

Tämän opinnäytetyön perusteella on myös selkeästi nähtävissä puute yhtenevissä kansallisissa suunnitteluohjeissa. Tässä opinnäytetyössä on tilasuunnittelua tarkasteltu yleisesti toiminnan muutoksen näkökulmasta vuodeosastojen suunnittelussa. Kansallisten ohjeiden kokoaminen olisi varmasti perusteltua myös muulla kuin mielenterveyden toimialalla. Pohjana yhteneville suunnitteluohjeille voisi toimia tässäkin opinnäytetyössä käytetyt kansainväliset ohjeet.

Sekä kotimaisessa että kansainvälisessä kirjallisuudessa viitataan vaatimuksiin vähentää laitosmaisuutta kaikessa suunnittelussa ja toiminnassa, kun puhutaan mielenterveysyksiköistä. Samoissa lähteissä korostetaan kuitenkin toimintakyvyn palauttamisesta ja mahdollisimman nopeaa kotiutumista. Termi ”kodinomaisuus” on vielä paikoin käytössä ja sanahan viittaa suoraan kotiin. Jos kuitenkin on tarkoitus tavoitella potilaan kotiutumista, niin hoitoympäristö ei saisi olla liian ”houkutteleva”, jotta laitostumista voidaan ehkäistä. Näitä vaatimuksia voisi jatkotutkimuksissa määritellä tarkemmin ja hakea jopa rajoja kodin ja kodinomaisuuden välille.

Suomessa on myös viime vuosina valmistunut joitakin uudehkoja mielenterveysyksiköitä, jotka on sijoitettu lähelle somaattisia yksiköitä. Eräs jatkotutkimusaihe voisi olla näiden hankkeiden onnistumisen arviointia useammasta näkökulmasta.

Mielenterveyshoitoon liittyvä lainsäädäntö on peräisin 1990-luvun alusta, jolloin vuodeosastopaikkoja oli huomattavasti enemmän. On aiheellista pohtia, että kulkeeko lainsäädäntö aidosti toiminnan muutoksen mukana. Tätä opinnäytetyötä tehdessä oli myös valmistelussa ns. SOTE-uudistus.

Lähteet

Painetut lähteet

Hietaharju P. & Nuuttila M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hintsanen P. 2009. Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin – työntekijöiden kokemuksia muutosprosessien keskellä. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvönen J. 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulma. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Oikeuspsykiatrian yksikkö.

Isohanni M. 1983. Uudistuva psykiatrinen sairaala. Juva: WSOY.

Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikainen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-301.

Korkeila J. 1998. Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland. Evaluating the Deinstitutionalisation Process. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Research report 93. Jyväskylä: Gummerus Printing.

Kuhanen C., Oittinen P., Kanerva A., Seuri T. ja Schubert C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kärkkäinen J. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 138. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Latvala E., Visuri T. & Janhonen S. 1996. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Mattila, E. 2009. Ohjaava kuntoutus. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Rosén H. 1991. Lapinlahden sairaalan rakennushistoriasta. Teoksessa K. Achté Lapinlahden sairaalan historia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saarivirta T., Consoli D. & Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen. Kasvatus & Aika 3 (4) 2010, 25-41.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuori, T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1/2011. Helsinki: ASPA-säätiö.

Vauhkonen, O. 1992. Terveydenhuollon historia. Jyväskylä: Gummerus.

Viertiö S., Partanen A., Kaikkonen R., Härkänen T., Marttunen M. & Suvisaari J. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015. Duodecim 2017; 133.

Viertiö S., Perälä J., Saarni S., Partti K., Saarni S., Suokas J., Tuulio-Henriksson A., Lönnqvist J. & Suvisaari J. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen Lääkärilehti 11/2012.

Välimäki, M., Holopainen, A. ja Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Sähköiset lähteet

Ahola T. 2015. Terveyttä kaikille B-Mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle. Helsinki: Museovirasto.

Ala-Nikkola T., Pirkola S., Kaila M., Saarni S.I., Joffe G., Kontio R., Oranta O., Sadeniemi M. & Wahlbeck K. 2016. Regional Correlates of Psychiatric Inpatient Treatment. International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH).

Department of Veterans Affairs. 2010 (Rev. 08/01/2014). Mental Health Facilities Design Guide. Office of Construction & Facilities Management. Viitattu 1.4.2017. https://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgMH.pdf

Depressio. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2016. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.2.2017. www.kaypahoito.fi

Erikoissairaanhoito. Viitattu 28.1.2017. https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelu/sosiaali-ja-terveysasiat/erikoissairaanhoito

Health Builging Note 03-01. 2013. Adult acute mental health units. The Department of Health (DH). Viitattu 1.4.2017. https://www.gov.uk/government/collections/health-building-notes-core-elements

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 18.3.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. 2015. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 29.4.2017. www.kaypahoito.fi

Kinnula P., Malmi T. & Vauramo, E. 2014. Sisältöä sote-uudistukseen. Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun. Sastamala: Kunnallisalan Kehittämissäätiö.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 5.2.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Lehtimäki T. 2014. Terveyttä kaikille – keskussairaalat 1940-luvulta 1980-luvulle. Helsinki: Museovirasto.

Maankäyttö- ja rakennuslaki 5.2.1999/132. Finlex- Valtion säädöstietopankki. Viitattu 28.1.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990132

Marttunen M., Kärkkäinen J. & Suvisaari J. 2016. Mielenterveyspalvelut. Ennakkoarvio sote-järjestämislakiluonnoksen vaikutuksista mielenterveyspalveluihin. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL. Viitattu 20.4.2017. https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Mielenterveyspalvelut.pdf/182ce61a-be12-426b-b6ca-1c65245b186f

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. 2016. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mikkola, M., Rintanen H., Nuorteva, L., Kovasin, M. & Erhola M. 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Viitattu 28.1.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116.

Moring J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen V. (toim). 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL-raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print.

Punnonen, H. 2012. Sairaanhoitopiirien rakennukset ja rakennushankkeet 2012 –selvitys. Helsinki: Kuntaliitto.

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. Tilastoraportti 7/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus. Viitattu 20.4.2017. http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoito-ja-paivystys

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Sairaalatoimijoiden kartoitus. Nordic Healthcare Group. 2014. Helsinki: Tekes.

Skitsofrenia. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2015. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.2.2017. www.kaypahoito.fi

Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli. Viitattu 20.4.2017. http://alueuudistus.fi/soteuudistus/hallinto-ja-tehtavat

SOTE-uudistuksen tavoitteet. Viitattu 19.2.2017. http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet

Liitteet

Liite 1: Toimintaympäristön muutokset –aineiston taulukointi 50

Liite 1: Toimintaympäristön muutokset –aineiston taulukointi

MIELENTERVEYSTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOS VUODEOSASTOILLA **Käytetyt hakusanat:** *psykiatria, mielenterveys, muutos, rakennemuutos, toimintaympäristö*				
TUTKIMUS	**JULKAISUVUOSI**	**TYYPPI**	**TIETOKANTA**	**MERKITYS**
Hyvönen, Juha: Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta	2008	Väitöskirja	Medic	Tutkimus selvitti Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmän muutoksia 1990-luvulla. Silloin voidaan katsoa alkaneen vuodeosastopaikkojen dramaattinen vähentäminen, joten aineistosta saa laajan katsauksen toimintaympäristön muutoksen taustoihin.
Kähärä, Kirsti: Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa	2015	Väitöskirja	Medic	Tutkimuksessa on selvitetty laajasti mielenterveystyön rakennemuutosta. Vaikka kyseessä on alueellinen (Suupohja) tutkimus, niin rakennemuutosten vaikutukset ovat yleistettävissä myös kansallisesti.
Hintsanen, Pia: Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin – Työntekijöiden kokemuksia muutosprosessin keskellä	2009	Pro gradu	Google	Tämä tutkimus vahvistaa osaltaan rakennemuutoksen vaiheita Suomessa. Varsinaiset tutkimustulokset kuitenkin keskittyvät vaikutuksiin, jotka kohdistuvat avopalveluihin eikä vuodeosastoihin.
THL:n raportti: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys	2015	THL:n raportti	Google	Raportti kartoitti sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikat sekä niiden alueellisen jakautumisen vuonna 2013. Selvitystä tehtäessä tarkastelussa olivat laitospaikkamäärät sekä niissä tapahtuneet muutokset.
Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014	2016	THL:n tilastoraportti	Google	Raportti käsittelee julkisen erikoissairaanhoidon psykiatrisia avo- ja vuodeosastohoitoa. Raportti tarjoaa numeerista tietoa vuodeosastopaikoista.
Tutkimukset, jotka eivät täytä hakukriteerejä, mutta ovat merkitykseltään tärkeitä:				
Korkeila, Jyrki: Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland: Evaluating the Deinstitutionalisation Process	1998	Väitöskirja	Laurea FINNA	Tutkimus luo kokonaiskuvan psykiatrisesta hoitojärjestelmästä muutospaineiden alla.
Kärkkäinen, Jukka: Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään?	2004	Väitöskirja	Laurea FINNA	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen ja somaattisen hoitojärjestelmän yhdentymisen onnistuneisuutta sairaanhoitopiireissä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä.