

Henna-Reetta Harjula ja Miia Mäki

PORIN PÄIVÄYKSIKÖN HISTORIIKKI

Hoitotyön koulutusohjelma

2018



PORIN PÄIVÄYKSIKÖN HISTORIIKKI

Harjula Henna-Reetta & Mäki Miia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2018
Sivumäärä: 61
Liitteitä: 4

Asiasanat: mielenterveystyö, avohoito, historia, hoitomenetelmät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Porin Päiväyksikön hoitoideologian ja henkilöstövaihdosten muutoksia. Tavoitteena oli muodostaa kirjallinen kooste historiasta Satakunnan sairaanhoitopiirille 40 juhlavuoden kunniaksi. Opinnäytetyö oli tilaajalähtöinen, ja se toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena.

Tutkimusaineistoa saatiin haastatteleamalla yhtä Porin Päiväyksikön entistä pitkäaikaista työntekijää. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina ja tallennettiin ääninauhurille, minkä jälkeen ne litteroitiin. Tutkimusaineistona oli myös Porin Päiväyksiköstä saadut valmiit materiaalit. Materiaalia oli vuosilta 1979–2017 ja ne sisälsivät lehtiartikkeleita, toimintasuunnitelmia ja -kertomuksia.

Opinnäytetyön teoriassa käsiteltiin Suomessa tapahtuneita muutoksia mielenterveystyössä, kuten psykiatrisen laitoshoidon purkua ja avohoidon lisääntymistä. Teoriaosuudessa käsiteltiin myös erilaisia hoitomuotoja ja lainsäädäntöä, kuten vuonna 1990 voimaan tullutta mielenterveyslakia, jolla oli merkittävä osuus myös Porin psykiatrisen päiväyksikön toiminnassa.

Tutkimustuloksista huomattiin hoidon keskittyneen 1980-luvulla eri asioihin kuin 2010-luvulla. Päiväyksikössä keskityttiin alkuaikoina enemmän akuuttien sairauksien hoitoon, kun taas 2000-luvulla hoidettiin ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöitä. Hoitomuotoina on aina käytetty erilaisia ryhmiä ja lääkehoitoa. Omahoitajasuhteet ovat olleet merkittävässä asemassa samoin kuin yhteisöhoito. Hoitomuodot ovat sisällöltään muokkautuneet aikakauden ja asenteiden mukaan. Perheitä on otettu potilaiden hoitoon mukaan tapaamisilla tai puhelinsoitoilla. Henkilövaihdoilla on ollut vaikutusta Päiväyksikön hoitoideologiaan, varsinkin lääkäreiden mielipiteillä ja asenteilla. Lääkärin vaihduttua hoitomuotoja saatettiin vaihtaa paljon. Lääkäripula ja organisaatiomuutokset vaikuttivat Päiväyksikön toimintaan 2010-luvun alussa.

HISTORY OF PORI DAY UNIT

Harjula, Henna-Reetta & Mäki, Miia
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
May 2018

Number of pages: 61

Appendices: 4

Keywords: Mental health care, outpatient care, history, treatment methods

The purpose of this thesis was to portray the changes to the care ideology and staff of the Pori Day Unit. The goal of this thesis was to prepare a literary summary for the Satakunta Hospital District to honor the fortieth anniversary of the Pori Day Unit. The idea for this thesis was provided by the commissioner, Satakunta Hospital District, and the qualitative research method was used.

The research material was collected by interviewing one former long-term employee of the Pori Day Unit. The interview was carried out as a theme interview and it was recorded with a digital voice recorder. Subsequently, the recorded interviews were transcribed. The research material also included documents provided by the Pori Day Unit. The materials were from the years between 1979 and 2017 and included articles from magazines as well as action plans and strategy reports.

The theory section of this thesis covered changes in mental health work in Finland, such as deinstitutionalisation and an increase in outpatient care. The theoretical section also presented different forms of treatment and legislation, which have affected the Pori Day Unit, such as the Mental Health Act which entered into force in 1990, and was also a significant factor to the operations of Pori's psychiatric day unit.

Based on the results, the Pori Day Unit focused more on the treatment of acute illnesses in the early years, while concentrating more on treating anxiety and affective disorders in the 2000s. Different types of groups and medication have always been used as forms of treatment. The role of relationships with personal nurses as well as communal care have been significant. Different times and attitudes have shaped the used treatments. Families have been included in the patient's treatment with meetings and phone calls. Personnel changes, especially the opinions and attitudes of doctors, have affected the treatment ideology of the Pori Day Unit. The used treatments could change drastically as a new doctor started work at the Pori Day Unit. A shortage of doctors and organizational changes affected the Pori Day Unit in the early 2010s.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	7
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	7
3.1	Aineistojen keruumenetelmät	8
3.1.1	Valmis aineisto	8
3.1.2	Porin Päiväyksikön entisen työntekijän haastattelu	9
3.2	Aineistojen käsittely ja analysointi	10
4	TUTKIMUKSEN TEORIA	11
4.1	Mielenterveystyö.....	11
4.2	Psykiatria.....	12
4.3	Avohoito ja päiväyksikkö	13
4.4	Historiikki ja hoitoidologia	14
5	SUOMEN PSYKIATRISEN HOITAJÄRJESTELMÄN RAKENNE	14
5.1	Mielenterveyshäiriöiden kasvun tekijät	17
5.2	Työntekijä mielenterveystyössä.....	17
6	KÄYTETTYJÄ HOITOMUOTOJA.....	18
6.1	Psykoterapia.....	18
6.2	Ryhmä- ja taideterapia	19
6.3	Logoterapia	20
6.4	Perheterapia.....	21
6.5	Lääkehoito.....	21
7	MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ	22
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
8.1	Ensimmäinen toimintavuosi vuonna 1979.....	23
8.2	Päiväsairaalan toiminta tuli tunnetuksi vuosina 1980–1989.....	24
8.2.1	Hoidon aloittaminen	25
8.2.2	Hoitomuodot 1980-luvulla	26
8.2.3	Potilaiden ja perheen osallistuminen hoitoon.....	29
8.2.4	Työryhmän toiminta	30
8.2.5	Yhteistyö merkittävässä asemassa.....	31
8.2.6	Opintomatkat ja koulutukset.....	32
8.3	Kriisipainotteinen avohoidon yksikkö vuosina 1990–1999.....	33
8.3.1	Päiväosaston oma hoitotyön filosofia.....	37
8.3.2	Hoitomuodot 1990-luvulla	38
8.3.3	Päiväsairaalan henkilökunta	40
8.3.4	Ammattitaidon kehittäminen koulutuksilla	41

8.3.5 Tulostavoitteellinen toiminta.....	42
8.4 Potilaiden kokonaisvaltainen hoito vuosina 2001–2010.....	44
8.4.1 Työntekijöiden ja työryhmän toiminta	48
8.4.2 Hoitomuodot 2000-luvulla	50
8.5 Organisaatiomuutosten vaikutus toimintaan vuosina 2011–2017	52
8.5.1 Organisaatiomuutokset	55
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	55
9.1 Tutkimusetiikka	57
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	58
LÄHTEET.....	60
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tilaaja on Satakunnan sairaanhoitopiiri. Porin Päiväyksikkö kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiirin alaisuuteen, ja se on perustettu vuonna 1979 Suomen ensimmäisenä akuuttina päiväsairaalana. Porin Päiväyksikkö täyttää 40 vuotta vuonna 2019, ja näiden vuosien kunniaksi muodostetaan historiakatsaus Päiväyksikön menneistä vuosista.

Opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisenä. Tarkoituksena on kuvailla Porin Päiväyksikön hoitoideologian ja henkilöstövaihdosten muutoksia. Tavoitteena on muodostaa kirjallinen kooste Satakunnan sairaanhoitopiirille juhlavuoden kunniaksi. Tutkimuskysymyksinä ovat hoitoideologian muuttuminen sekä hoitohenkilöstön vaihtumisen merkitys hoitonäkökulmiin. Henkilöstöön luetaan kuuluvaksi palkansaajat ja yrittäjät, jotka tekevät töitä (Suomen virallinen tilasto). Tässä opinnäytetyössä henkilöstöön kuuluvat Porin Päiväyksikön työntekijät.

Historiakatsauksessa tutustutaan Porin Päiväyksikön mielenterveystyöhön sekä mielenterveyspalveluiden ja hoitotapojen historiaan. Mielenterveystyössä potilaiden kohtaaminen on isossa osassa, joten tutkimuksessa selvitetään, miten tämä osa-alue mielenterveystyöstä on muuttunut vuosien saatossa. Historiikin avulla saadaan tietoa yksikön mielenterveyden historiasta sekä muutokohdista. Kuluneiden vuosien aikana on tapahtunut erilaisia muutoksia, esimerkiksi hoitokäytänteissä ja suhtautumisessa mielenterveyden ongelmiin, mikä tekee opinnäytetyön aiheesta tärkeän tutkimuskohteen. Tutkimus on tärkeä Päiväyksikön nykyiselle hoitohenkilöstölle, koska he pääsevät opinnäytetyön kautta tarkastelemaan historiaa ja muutoksia hoitokäytänteissä.

Aihe on tärkeä mielenterveyspalveluissa tapahtuneiden muutosten takia. Muutoksia on tapahtunut mielenterveyspalveluiden hallinnossa ja rakenteessa, kuten vuonna 1991 tuli voimaan erikoissairanhoidonlaki, mikä yhtenäisti psykiatrisen sekä somaattisen puolen hoitojärjestelmät samaan hallintoon sairaanhoitopiireissä. (Kärkkäinen 2004, 5.)

Nykypäivänä mielenterveyspalveluiden asiakkaita autetaan monilla eri keinoilla, esimerkiksi kehittämällä työtapoja. Yleinen mielikuva ja suhtautuminen mielenterveyspalveluihin ovat muuttuneet helpommin lähestyttäväksi, mutta aiheesta on edelleen vaikea puhua. Mielenterveyspalvelut ovat enemmän esillä, ja ne tavoittavat yhä enemmän asiakkaita median kautta. Mielenterveyspalvelut ovat siten muuttuneet myös enemmän matalan kynnyksen palveluiksi, ihmiset uskaltavat ottaa yhteyttä ja puhua ongelmistansa asiantuntijoiden kanssa. (Mielenterveysseuran www-sivut 2007.)

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä kuvaileva tutkimus Porin Päiväyksikön hoitoideologiasta ja henkilöstövaihdosten vaikutuksista. Tavoitteena on muodostaa Porin Päiväyksikön historiasta kooste. Historiaa läpi käymällä saadaan tietoa siitä, miten hoitokäytännöt sekä mielenterveydenongelmaan suhtautuminen ovat muuttuneet vuosien saatossa. Tutkimuksen pohjalta voidaan tarkastella mielenterveyden hoitoa Porin Päiväyksikössä vuodesta 1979 lähtien.

Tutkimuskysymyksiksi valittiin seuraavat kysymykset:

1. Miten hoitoideologia on muuttunut Porin Päiväyksikössä?
2. Miten henkilövaihdokset ovat vaikuttaneet Porin Päiväyksikön hoitoideologiaan?

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen aikana opinnäytetyön tilaajaan oltiin yhteydessä kaksi kertaa kokouksilla. Yhteisissä kokouksissa opinnäytetyön ohjaajan ja Porin Päiväyksikön henkilökunnan kanssa saatiin selvitettyä heidän odotuksiaan ja tavoitteitaan historiakatsaukselta, mistä saatiin lähtökohta opinnäytetyölle. Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä yhteyttä pidettiin sähköpostilla osastonhoitajan ja ylilääkärin kanssa. Opinnäytetyötä kirjoittaessa yhteyttä pidettiin sähköpostilla muun muassa lisämateriaalia pyydettyä vuodesta 2010–2017 sekä opinnäytetyön sopimukseen liittyvissä asioissa.

3.1 Aineistojen keruumenetelmät

Opinnäytetyön kvalitatiivinen eli laadullinen aineisto koostuu haastattelusta ja valmiista aineistoista. Valmis aineisto koostuu Päiväyksikössä kerätyistä dokumenteista, jotka ovat vuosilta 1979 - 2017. Saatu valmis aineisto oli alkuperäinen, ja se saatiin allekirjoitusta vastaan Porin Päiväyksiköstä. Tutkimuksessa haastateltiin yhtä Porin Päiväyksikön entistä pitkäaikaista työntekijää. Luonteeltaan tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 164).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään osallistujia, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkittava ilmiö vaikuttaa aineiston kokoon, esimerkiksi tutkittavan ilmiön ollessa selkeä ei osallistujakaan tarvita paljon. Tutkijat päättävät millaista kokonaiskuvaa haastatteluilla tavoitellaan ja toimivat haastatteluissa sen mukaisesti. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110–111.)

3.1.1 Valmis aineisto

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ja todellisuus on eri näkökulmista tarkasteltuna moninaista. Tutkimuksessa ei ole tarkoitus pirstoa todellisuutta eri osiin vaan tarkastella asiaa kokonaisvaltaisesti. Tarkoitus ei ole pyrkiä todentaa jo olemassa olevia väitteitä, vaan ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullinen tutkimus sopi opinnäytetyöhön, koska historiasta tuotiin esille asioita Porin Päiväyksiköstä. Haastattelun ja valmiin materiaalin avulla saatiin mahdollisuus tarkastella historiaa kokonaisvaltaisesti ja eri näkökulmista.

Valmis aineisto sisälsi toimintakertomuksia ja -suunnitelmia vuosilta 1979–2017. Jokaisesta vuodesta oli erikseen toimintakertomus ja joistain vuosista toimintasuunnitelma, mitkä sisälsivät paljon tietoa Päiväyksikön toiminnasta. 2010-luvulla toimintakertomukset olivat tiiviimmässä muodossa verrattuna aikaisempien vuosikymmenien toimintasuunnitelmiin ja -kertomuksiin. Näiden lisäksi valmis aineisto sisälsi sanoma-lehtiartikkeleita Porin Päiväyksiköstä sekä Päiväyksikön työntekijöiden kirjoittamia

artikkeleita. Valmiissa materiaalissa oli myös kokouksien pöytäkirjoja, seminaarien tiivistelmiä sekä opintomatkojen selvityksiä.

3.1.2 Porin Päiväyksikön entisen työntekijän haastattelu

Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, joka etenee ennalta suunniteltujen teemojen mukaan eikä tarkkojen valmiiksi muotoiltujen yksityiskohtaisten kysymysten kautta. Teemahaastattelu mahdollistaa väljemmän keskustelunomaisen tilanteen ja antaa haastateltavalle tilaa kertoa omista näkemyksistään. Haastattelujen pitäjillä olisi hyvä olla mahdollisimman vähäiset muistiinpanot, jotta keskittyminen pysyy keskustelutilanteessa. Teemojen puhumisjärjestykselläkään ei ole väliä, mikä mahdollistaa yksilönomaiset haastattelut. Haastateltavasta riippuen voidaan viipyä jossain aiheessa kauemmin kuin toisessa riippuen miten keskustelua syntyy. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemahaastattelun teemojen avulla mahdollistetaan väljempi haastattelutilanne. Haastatteluiden teemat ovat merkittävimmät muutokset Porin päiväyksikössä, sen hoitokäytänteissä, henkilövaihdoksissa sekä niiden kautta tulevien näkökulmien muutoksissa (LIITE 2). Haastateltava on tehnyt ennen eläkkeelle jäätyään pitkän työuran Porin Päiväyksikössä. Haastattelun avulla saadaan moninaista tarkastelua historiasta. Haastattelu äänitallennetaan sekä litteroidaan.

Vuonna 2017 Päiväyksiköstä kysyttiin valmiiksi opinnäytetyöhön kahta haastateltavaa, sillä henkilökunta tiesi heillä olevan paljon tietoa Päiväyksikön menneisyydestä pitkän uransa takia. Haastateltaviin otettiin uudestaan yhteyttä helmikuussa 2018, kun tutkimuslupa saatiin. Haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön aihe sekä miksi heitä haastatellaan, sillä edellisestä yhteydenotosta oli aikaa. Samalla ilmeni toisella haastateltavista olevan tällä hetkellä huono ajankohta osallistua opinnäytetyöhön. Haastateltava ehdotti myöhemmin keväällä uudestaan yhteyden ottamista, mutta opinnäytetyön aikataulujen kannalta tämä ei ollut mahdollista. Päiväyksiköstä saatiin 2017 vuoden syksyllä tietoa, että siellä on mahdollista haastatella, mikä varmistettiin osastonhoitajalta helmikuussa 2018.

Haastattelu toteutettiin maaliskuussa 2018. Aikataulujen yhteensovittamisen hankaluuden takia haastattelu toteutettiin silloin, kun Päiväyksikkö oli kiinni, joten haastattelu suoritettiin toisen opinnäytetyön tekijän luona. Asunnossa ei ollut haastatteluhetkellä häiriötekijöitä, mikä olisi voinut vaikuttaa haastattelun ilmapiiriin. Haastateltava oli varannut aikaa haastatteluun 60–90 minuuttia. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna ja haastatteluun meni aikaa 28 minuuttia. Kokonaisuudessaan haastateltavan kanssa aikaa meni 45 minuuttia, koska keskustelua syntyi kaikesta muustakin asiasta, kuten asunnosta, mikä vaikutti rentouttavasti ilmapiiriin. Tuloksiin valittiin vain asioita, mitkä tallentuivat ääninauhurille. Haastattelu saatiin tallennettua äänitiedostona, mikä oli tärkeää tulosten analysoinnin kannalta.

3.2 Aineistojen käsittely ja analysointi

Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena. Tutkimuksesta saatuja, luotettavina pidettyjä tuloksia tulee analysoida siten, että ne eivät ole esitetyn tulkinnan kanssa ristiriidassa. Laadullisen tutkimuksen analysoinnissa tilastolliset todennäköisyydet eivät sovi tuloksiksi, koska voimavarojen puitteissa on mahdotonta tehdä niin paljon otoksia, että tilastollisesti yksilölliset erot olisivat huomattavia. (Alasuutari 2011, 38; Hirsjärvi ym 2009, 161.) Laadullisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin kuuluu induktiivisen analyysin käyttäminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkija tuo uutta tietoa selville. Tämän takia tarkoituksena ei ole testaaminen oletetuille hypoteeseille tai teorioille, vaan aineiston tarkastelu yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti. (Hirsjärvi ym 2009, 164.) Valmista aineistoa käytiin läpi useamman kerran ja tarkasteltiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten pohjalta. Haastattelusta otettiin historiikkiin tietoa tutkimuskysymyksiin liittyen. Laadullista aineistoa tutkittiin kriittisesti, jotta lopputuloksesta ei tulisi liian laaja.

Haastateltavana oli Porin päiväyksikön entinen työntekijä, joka on valmistunut sairaanhoitajaksi vuonna 1980 ja aloittanut työuransa Päiväsairaalassa. Hän toimi sairaanhoitajana ja siirtyi myöhemmin osastonhoitajaksi jäädessä eläkkeelle vuonna 2007. Haastateltava on käynyt ryhmäpsykoterapeutti-koulutuksen ja pitänyt Porin Päiväyk-

sikössä ryhmäpsykoterapiatoimintaa. Ensimmäisenä asiana haastateltava kiinnitti huomiota Porin Päiväyksikkö-nimeen, mihin hän mainitsi, että vuonna 1979 yksikköä perustettaessa, käytettiin siitä nimitystä Päiväsairaala.

Haastattelu sujui ongelmitta, ja se tallennettiin ääninauhurille, koska sillä saadaan vähennettyä virheitä haastatteluja analysoitaessa. Äänitallenteet litteroitiin eli kirjoitettiin tekstiksi Microsoft Word-tiedostolle. Litterointiin kului aikaa noin 4 tuntia ja tekstisivuja tuli kahdeksan. Äänen tallentamiseen tarkoitetun ääninauhurin avulla oli helppo käydä läpi nauhoitettua tekstiä. Äänenlaatu oli hyvä ja äänitallennetta pystyi käymään läpi kelaamalla takaisinpäin sekä hidastamalla puhetta, minkä takia virheitä ei päätynyt tekstiin.

4 TUTKIMUKSEN TEORIA

Laadullinen aineisto koostuu yhdestä haastattelusta ja Päiväyksikön antamasta valmiista aineistosta, jotka ovat vuosilta 1979–2017. Valmiit aineistot koostuvat muun muassa useista vanhoista lehtiartikkeleista ja toimintakertomuksista. Opinnäytetyön teoriatiedon haussa hyödynnetään erilaisia tiedonhakumenetelmiä, kuten Medic-tietokantaa. Opinnäytetyössä hyödynnetään aineiston tukena kirjoja sekä tutkimuksia, mitkä liittyvät mielenterveystyön historiaan.

4.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyttä edistävää työtä, jonka avulla ehkäistään mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveystyöhön sisältyvät erilaiset mielenterveyspalvelut. Sen avulla vahvistetaan mielenterveyttä ja vähennetään mielenterveyteen kohdistuvia uhkia. (Sosiaali- ja terveysministeriön [www-sivut](http://www.sosiaali- ja-terveysministerio.fi).) Kunnan tulee järjestää terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö alueensa asukkaille tarkoituksena yksilöiden sekä yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja sitä uhkaavien tekijöiden vähentäminen sekä poistaminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 luku 27§.)

Terveydenhuoltolain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu ohjaus mielenterveyttä suojaavista ja vaarantavista tekijöistä, neuvonta sekä psykososiaalinen tuki tarpeen mukaan ja äkillisissä järkyttävissä elämäntilanteissa psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen yksilön sekä yhteisön kanssa. Lisäksi mielenterveystyön yksi osa-alue on mielenterveyspalvelut, joihin sisältyvät mielenterveyshäiriöiden tutkimukset, hoito ja lääkinällinen koulutus. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 luku 27§.)

Tarkemmin tarkasteltuna mielenterveystyön tutkivaan ja työtä ohjaavaan toimintaan kuuluvat yksilötasolla: yksilötutkimukset, todistusten laadinta, yksilölausuntojen laadinta, yksilötyönohjaukset sekä potilaiden valitukseen vastaaminen. Ryhmätasolla siihen kuuluvat: perhetutkimukset, työilmapiiritutkimukset, työseminaarit, toimintatutkimukset sekä ryhmätyönohjaukset. Yhteisötasolla tutkitaan ja ohjataan evaluaatiotoimintaa, organisoidaan kuntayhtymän mielenterveystyötä, käsitellään toimintaideologiaa sekä tehdään mielenterveyden ilmapiiritutkimuksia. Korjaavaan ja kuntouttavaan toimintaan sisältyvät yksilötasolla hoito ja kuntoutus sekä lähetteen laadinta. Ryhmätasoon sisältyvät ryhmä- ja perheterapia, hoidossa tapahtuvat työryhmäkokoukset, konsultaatiot sekä hoitoyhteistyö. (Heiska 2010, 26.)

Ennakoivaan ja ehkäisevään toimintaan kuuluvat yksilötasolla ehkäisevien näkökulmien huomiointi hoidossa, ajoissa avun antaminen sekä kriisityö yksilöllisellä tasolla. Ryhmätasolla toimintaan kuuluvat erilaisissa ryhmissä mielenterveyteen vaikuttavien asioiden ja ilmiöiden käsittely sekä erilaiset hankkeet ennakoivassa ja ehkäisevässä työssä. Yhteisötasolla kiinnitetään huomiota matalan kynnyksen palveluihin ja hoitoon liittyvään työnjakoon eri organisaatioiden kesken. Yhteisötasolla keskitytään mielenterveyttä edistävään organisoimiseen ja säädoiksiin vaikuttamiseen mielenterveyttä edistävästi. (Heiska 2010, 26.)

4.2 Psykiatria

Psykiatria on lääketieteen ala, jossa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä. Mielenterveyden häiriöissä ei ole aina selkeää oiretta, eikä siitä tule kudosaivarioita niin kuin monista ruumiillisista sairauksista. Psykkisistä oireista muo-

dostuu erilaisia oireyhtymiä, joille on tautiluokituksessa oma nimi ja diagnoosi. Tautiluokitusta tarkastellaan sairauden kriteerien perusteella eli mitä oireita on ja millaiselle häiriölle se on ominaisinta. Psykiatrian määritelmänä on myös oppi mielenterveyden häiriöistä, mihin kuuluvat niiden oireet, ilmiasu eli psykopatologia, etiologia eli syyt, patogeneesi eli kehitys, hoito eli terapia sekä preventio eli ehkäisy. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen, 14.)

Psykiatrisia häiriöitä voidaan tutkia kolmen näkökulman kautta, joita ovat sosiaalipsykiaatria, psykodynaaminen psykiatria sekä biologinen psykiatria. Sosiaalipsykiaatriassa tarkastellaan sosiaalisia tekijöitä, sosiaalista ympäristöä sekä kulttuurin merkitystä mielenterveyden häiriöissä ja niiden riskitekijöinä. Psykodynaamisessa psykiatriassa painotetaan psykologisena olentona olevaa ihmistä, mihin vaikuttavat sisäiset yllykkeet, kokemukset, yksilöllinen merkitys sekä vuorovaikutus. Biologisessa psykiatriassa keskitytään genetiikkaan, taustalla oleviin biologisiin prosesseihin, biologisiin tutkimusmenetelmiin kuten aivojen kuvantamiseen sekä biologisiin hoitomenetelmiin, etenkin psyykenlääkkeisiin. Psykiatrian haasteena on yhdistää ja soveltaa kaikkea tarjolla olevaa tietoa, jossa koitetaan ymmärtää ihmisen mielenterveyttä ja hoidetaan mielenterveyden häiriöitä. Psykiatria on aina yhteydessä mielenterveyden häiriöiden biologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin vaikutusaloihin ja niiden yhtenäiseen kokonaisuuteen. (Lönngqvist ym. 2007, 16–17.)

4.3 Avohoito ja päiväyksikkö

Psykiatrinen päiväyksikkö on psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon yksikkö, missä sovelletaan muun muassa ryhmähoitoa yhteisohoidon osana. Yhteisohoidossa sekä potilaat että henkilökunta antavat toisilleen tukea ja potilaat oppivat omatoimisesti auttamaan itseään. Päiväyksikössä käydään päivisin, ja illat sekä yöt vietetään kotona. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2017.)

Hoitojärjestelmien sijainti ja toimintatapa vaikuttavat suuresti potilaan kuntoutumiseen, joko parantavasti auttaen sopeutumaan ja kohentaen toimintakykyä tai vastavasti haitaten parantumista lisäten riippuvuutta ja toimintakyvyttömyyttä. Siksi on tär-

keää valita oikeanlainen kuntoutus ja kuntoutuspaikka potilaalle. Suomessa perustettiin Helsinkiin vuonna 1927 ensimmäinen psykiatrinen avohoitotoimisto Suomen Mielenterveysseuran aloitteesta. (Pylkkänen 2007, 814–815.)

Ensin tuli sairaaloiden viereen psykiatrisia huoltotoimistoja, jotka myöhemmin muuttivat sairaaloista erilleen oleviksi mielenterveystoimistoiksi. Huoltotoimistojen toiminta keskittyi jälkihoitoon potilaille, jotka olivat sairaalasta päässeet pois. Mielisairaslain uudistuminen vuonna 1978 lisäsi psykiatrisen avohoidon asemaa. Huoltotoimistojen muututtua mielenterveystoimistoiksi liitettiin niiden toimintaan mukaan kuntoutus, asuntolatoiminta sekä suojatyö. Avohoidolla oli aina oma vastuullinen ylilääkäri. (Pylkkänen 2007, 814–815.)

4.4 Historiikki ja hoitoideologia

Historiikki on lyhyehkö historiallinen yleisesitys jonkin yhdistyksen, laitoksen tai vastaavan organisaation toiminnasta. Siinä kootaan yhteen organisaation kertomukset, josta muodostuu kuvaus organisaation toimista ja historiasta. (Tripylonin www-sivut.) Porin Päiväyksikön historiikilla tarkoitetaan 1979-2017 välistä aikaa. Historiakatsauksessa käsitellään Porin Päiväyksikön organisaation toimintaa ja rakennetta, henkilökunnan rakennetta, hoitoon pääsyä ja siihen vaikuttaneita asioita sekä muita merkittäviä asioita menneisyydestä.

Hoitoon liittyvää aatejärjestelmää kutsutaan hoitoideologiaksi. Se sisältää näkökulman siitä, mitä hoitomuotoja esimerkiksi jokin järjestö haluaa ylläpitää. Se on käytännön toimintaa ohjaava käsitys. (Tieteen termipankin www-sivut.) Hoitoideologian näkökulmasta käsitellään Porin Päiväyksikössä käytettyjä hoitomuotoja, potilasmaajuuksien ja potilaiden määrää, hoidetuimpia sairauksia sekä koulutuksia, jotka ovat vaikuttaneet annettuihin hoitomuotoihin.

5 SUOMEN PSYKIATRISEN HOITAJÄRJESTELMÄN RAKENNE

Deinstitutionalisaatiolla tarkoitetaan ilmiötä, joka on maailmanlaajuisesti levinnyt kehittyneisiin maihin 1950-luvulta alkaen. Siinä perusajatuksena on avopalveluiden riittävyys, niin että vain välttämättömät mielenterveys sairaudet hoidetaan osastoilla ja sairaaloissa. Potilaan etua ja terveyttä ajatellen potilaan ei ole perusteltua viettää elämänsä laitoksen sisällä, jos hänelle tarvittavat palvelut ovat mahdollista järjestää avopalveluina. (Tuori 2010, 1-2.) Viime vuosikymmenien suurimmat rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset Suomen mielenterveyspalvelujärjestelmässä ovat liittyneet erityisesti psykiatrisen avohoidon asemaan. Psykiatrisen laitoshoidon purku eli deinstitutionalisaatio on kestänyt vuosikymmeniä, minkä johdosta avohoitoa on tarvinnut kehittää ja monipuolistaa. Avohoidon kehittämiseen ei ole kuitenkaan tarpeen mukaisesti pystytty vastaamaan muun muassa taloudellisista syistä. (Huttunen & Kalska 2012, 352.)

Näyttöön perustuvia tutkimuksia on tehty pitkitetyistä sairaalahoitojen negatiivisista vaikutuksista, mikä tukee avohoitopalvelujen järjestämistä. Psykiatrisen hoitojärjestelmä oli vielä lähes kokonaan sairaalapainotteinen 1970-luvulla ja silloin psykiatrisia avohoitopaikkoja on nimitetty mielenterveystoimistoiksi. Psykiatrisia avohoitjärjestelmiä on valtakunnallisesti muutettu 1990-luvulle asti, jonka jälkeen kunnat ottivat vastuun avohoidosta ja valtakunnallisesti siirryttiin antamaan vain ohjaavaa informaatiota. (Tuori 2010, 2–3.) Kuntien saadessa vastuun valtiolta puhuttiin ilmiöstä nimellä desentralisaatio, millä pyrittiin tuomaan palveluita lähemmäs potilaiden elämää ja arkea. Pienille kunnille oli taloudellisesti hankalampaa järjestää omia palveluita, joten pienten kuntien palvelut järjestettiin useimmiten kuntayhtymissä tai sairaanhoitopiireissä. (Huttunen & Kalska 2012, 352.)

1980-luvulla lisättiin avohoidon resursseja ja psykiatrisia sairaalapaikkoja vähennettiin. Suomessa lama vaikutti merkittävästi 1990-luvun alussa psykiatriseen hoitojärjestelmään, sillä sairaalapaikkoja vähennettiin psykiatrisilta potilailta, mutta avohoitoa ei pystytty kehittämään samalla mittakaavalla resurssien puuttuessa. Sairaanhoitopiireillä oli huomattavia eroavaisuuksia laitospaikoissa, mikä vaikutti osaltaan potilaiden hoitoon. Tehtyjen selvitysten perusteella 1990-luvulla oli puutteita avohoidon palveluissa. (Kärkkäinen 2004, 20–21.)

Uusi mielenterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki tulivat voimaan vuonna 1991. Erikoissairaanhoitolaki yhdensi psykiatrian somaattiseen hoitojärjestelmään, jonka tavoitteena oli potilaan aseman parantaminen, hoitoon tulokynnyksen madaltaminen sekä psykiatrian mystisyyden vähentäminen. Suomessa oli lama vuosina 1991–1994, jolloin terveydenhuollon määrärahoja leikattiin erityisesti mielenterveys-, lastensuojelu- sekä päihdepalveluista. Leikkaukset kohdistuivat sairaanhoitopiireissä lähinnä psykiatriaan. Valtionosuuden myötä erikoissairaanhoiton rahoitus siirtyi sairaanhoitopiireiltä kuntiin vuonna 1993. Järjestöjen ja yksityisen sektorin merkitys kasvoi 1990-luvulla mielenterveyspalveluiden tuottajina, mihin kuuluivat muun muassa toimintakeskukset ja palvelukodit. (Kärkkäinen 2004, 22–24.)

Sairaanhoitopiiriudistuksen jälkeen psykiatria joutui kilpailemaan somatiikan kanssa käytävissä olevista voimavaroista, mutta huonolla menestyksellä. Edellytykset psykiatrian kokonaisvaltaiseen johtamiseen heikkenivät psykiatrian hoitojärjestelmän haajaannuttua. Psykiatrian tilastointia ja seurantajärjestelmiä ei oltu riittävästi kehitetty hoitojärjestelmän seuraamiseen. Avohoidonpalvelut psykiatriassa olivat edelleen tarpeeseen nähden liian pienet. Toisaalta valtakunnallisilla ohjelmilla tuettiin kunnassa mielenterveysongelmista kärsiviä ja kuntiin tehtiin mielenterveystyön suunnitelmia. (Kärkkäinen 2004, 22–24.)

Mielenterveystyön komitea on ollut vahvasti mukana näissä muutoksissa ja koettanut tuoda esille avohoitopalveluiden kehittämistä sekä sairaalakeskeisyyden vähentämistä. 2010-luvulle mennessä suurimpia muutoksia olivat hoitoaikojen merkittävä lyhentyminen, minkä haittapuolena olivat puolestaan liian lyhyet hoitotaksot. Suomessa psykiatrian osastojen paikkamäärä suhteutettuna Suomen väestöön oli EU-maista suurimpia lukuja. Yhtenä haasteena oli kehittää koko Suomeen riittävät avohoidon palvelut, jotka vastaavat potilaiden tarpeita ja takaavat sairaalahoidon ainoastaan tarvittaessa. (Tuori 2010, 3–4.) Tulevaisuudessa mielenterveyspalveluiden tavoitteena on lisätä avohoitopalveluja nykyistä enemmän, monipuolistaa palveluita sekä kiinnittää huomiota mielenterveysongelmien varhaiseen puuttumiseen. (Huttunen & Kalska 2012, 353.)

5.1 Mielenterveyshäiriöiden kasvun tekijät

1900-luvun lopulla mielenterveyshäiriöiden oletetulle kasvulle on esitetty kolme selitettävää tekijää. Silloin alettiin ottamaan huomioon lievempiä, mutta elämänlaatua heikentäviä sairauksia, kuten paniikkihäiriöitä. Toisen syyn ajateltiin olevan biologinen, kuten serotoniinitasojen mataluus. Tämän takia etsittiin syytä ihmisten aivoista eikä heidän elämästään. Kolmantena tekijänä pidettiin päihteiden käyttöä yhdistettynä huumaiden käyttöön, mikä on saattanut lisätä mielenterveysongelmien kasvua. (Pietikäinen 2013, 393.) Mielenterveyspalveluiden kysyntä kasvoi 1970-luvulta lähtien kahden tekijän vuoksi. Ensimmäisenä mielenterveyspalveluiden kysyntään vaikuttanut asia oli ongelmien määrittelemisen alemmalla kynnyksellä sairaudeksi, mikä kasvatti psykologisten sairauksien määrää. Toisena tekijänä oli terapian aloittaminen ongelmiin, jotka eivät olleet sairauksia. (Shorter 2005, 338.)

Martti Kailan näkemyksen mukaan mielenterveysongelmien kasvuun on vaikuttanut ihmisten heikentynyt kyky paineiden sietoon 1960-luvulta alkaen, mutta Petteri Pietikäinen on eri mieltä tästä näkemyksestä. Pietikäisen näkemyksen mukaan ihminen kuului ennen tiettyyn muottiin, jolle oli määrätty tietty paikka yhteiskunnassa, mutta nykypäivänä ihmisellä on liikaa valintoja, mikä johtaa ongelmiin. Pietikäisen mukaan vapaus itsessään luo epäröintiä, mikä johtaa neurotisoitumiseen monien valintojen äärellä. (Pietikäinen 2013, 403.)

5.2 Työntekijä mielenterveystyössä

Vuonna 1978 sosiaaliterapeutti Kirsti Koskinen-Soivio ja sairaanhoitaja Arja Kostiainen kirjoittivat Porin sosiaali- ja terveydenhuollon toimistojen työntekijöiden yhteistyökokouksessa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan työntekijän tärkeimmän työvälineen olevan oma persoonallisuus. Oman ammatillisen koulutuksen lisäksi omalla tunne-elämällään voi vaikuttaa asiakkaan palveluihin. Sitä aiemmin ajateltiin ihanne-malliksi ammatti-ihminen, joka omaa neutraalin tunne-elämän ja jättää sivuun persoonallisuuden. 1980-luvulla työntekijä sai tiedostaa tunteensa ja tarpeensa sekä oppia ottamaan ne huomioon vuorovaikutuksessa asiakkaan ja muiden työyhteisön jäsenien kanssa. (Koskinen-Soivio & Kostiainen 1978.)

Koskinen-Soivio sekä Kostiainen mainitsivat työntekijän jaksamisen perusedellytyksenä olevan mahdollisuus päästä puhumaan yhteisistä asioista sekä työpaikan ihmis-suhteista vähintään kerran viikossa. Vuodesta 1978 lähtien on ajateltu työntekijän jaksamista ja työilmapiiriä työpaikalla sekä koitettu luoda keinoja jaksamisen edistämiseksi. Työilmapiirillä on suuri vaikutus potilaiden ensivaikutelmaan, heidän terveyteensä ja paranemiseen. Työyhteisön turvin voidaan tunnustaa omat heikkoudet sekä virheet, mutta myös jakaa onnistumisen tunteet ja omat vahvat puolensa. (Koskinen-Soivio & Kostiainen 1978.)

6 KÄYTETTYJÄ HOITOMUOTOJA

Freudilta vaikutteita saanut käsitys levisi maailmansotien välillä siitä, että mielenterveysongelmien syitä on etsittävä sairastuneiden elämäkokemuksista. Silloin alettiin kiinnittämään huomiota ihmisten sosiaaliseen puoleen kuten rotuun ja yhteiskuntaluokkaan. Tämä sosiaalipsykiatrinen käsitys ulottui 1970–80-luvuille saakka, minkä jälkeen biologinen psykiatria yleistyi. (Pietikäinen 2013, 193.) Opinnäytetyöhön avattiin Porin Päiväyksikön käytetyimpiä hoitomuotoja.

Psykiatrian näkemykset ovat painottuneet kahteen osa-alueeseen, joita ovat biologinen ja psykososiaalinen psykiatria. Biologinen psykiatria etsii mielenterveyden ongelmiin vastausta aivoista, mikä on aivojen toimintaan keskittyvä näkemys. Psykososiaalinen näkemys selittää oireiden lähtemisen sosiaalisesta ongelmasta tai menneisyyteen liittyvistä stressitekijästä, mihin ihminen ei ole sopeutunut täydellisesti. (Shorter 2005, 29–30.)

6.1 Psykoterapia

Psykoterapia voidaan määritellä ammatilliseksi keinoksi, jolla autetaan ihmisiä psykologisilla menetelmillä pääsemään yli heidän hyvinvointiaan haittaavista käytöksistä ja oireista (Huttunen & Kalska 2012, 352). Psykoterapia on keskustelemalla tapahtuvaa

yhteistyöprosessia sekä potilaan, että hoitavan henkilön välillä. Sillä koitetaan tietoisesti saada psyykkisiä muutoksia keskustelemalla sekä vaikuttamalla psykologisen vuorovaikutuksen kautta päämääränä lievittää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä ja kärsimystä.

Potilaan mielessä saattaa olla montakin asiaa samalla kertaa, mikä muodostaa moninkertaisen selvittämättömän ongelman. Asiat kuitenkin saattavat helpottua potilaan puheessa asiasta, jolloin hän saa välimatkaa asiaan ja siten selvyyttä tilanteeseen. Erilaisien terapiamuotojen tarkoitus on saada ihminen tunnistamaan omia ajatuksiaan ja löytämään se minä, joka haluaisi itse olla. Mielenterveyden kannalta itsetuntemuksen ja oman mielen autonomian kehittäminen on merkittävää. (Tamminen 2010, 10, 45,123.)

Psykoterapiamenetelmiä on paljon käytettävissä, laskujen mukaan on kuvattu jopa yli 600 erilaista menetelmää ja suuntausta. Suomessa on vahva asema psykodynaamisella sekä psykoanalyttisella terapialla. Psykodynaamisessa terapiassa tarkastellaan mielenterveyden häiriöitä lapsuuden kautta. Lapsuudessa on saattanut tapahtua trauma tai ongelma, mikä voi aiheuttaa turhautumista tai juuttumista nuoruusiän psyykkiseen kehityksen vaiheeseen. Kyseisen kohdan löytyminen auttaa mielenterveyden häiriöistä toipumista. Tavoitteena on itseymmärryksen kasvaminen käymällä läpi tunteita ja nuoruusiän vaiheita. (Turtonen 2006, 125–127.)

6.2 Ryhmä- ja taideterapia

Ryhmäterapien tavoitteena on hyödyntää muiden ihmisten terapeuttista kykyä ja hyödyntää mukana olleiden reaktioita toisten asiakkaiden reaktioihin, mikä kasvattaa itsetiedostumista. Kaikille ei ole helppoa käsitellä omia asioitaan kahdenkeskisessä keskustelussa, joten ryhmäterapia on tietyille ihmisille tulosten kannalta jopa hyödyllisempää kuin yksilöterapia. Osallistujat voivat saada ryhmästä tarvitsemaansa vertaistukea. (Tamminen 2010, 144–145.)

1980-luvulla mielisairauksia hoidettaessa on käytetty toiminnallista ryhmäterapiää, joka sisälsi sekä liikunnallisen että ideologisen puolen. Näissä ryhmissä jäsenten spontaanisuus ja tuotteliaisuus korostuivat sekä kuntouttamisen ja parantumisen edellytys

kasvoi. Hyvä ohjaaja antaa tarpeeksi tilaa jäsenten omatoimisuudelle, kuitenkin asettuen ohjaajan rooliin organisoiden toimintaa. (Porin psykiatrinen päiväyksikkö.) Suomen taideterapiayhdistys on vuonna 1979 kirjoittanut, että taideterapiaa voidaan katsoa tärkeänä osana psykiatrista kokonaishoitoa. (Suomen taideterapiayhdistys 1979.)

Taideterapialla tarkoitetaan ilmaisua kuvan avulla psyykkisten häiriöiden hoidossa. Ihmisen tärkein kommunikaatiomuoto on sanallinen viestintä, mutta psyykkisissä häiriöissä taantumisen vuoksi voikin kuvallinen ajattelu korostua, ja näin tunne-elämän ristiriidat ilmenevätkin helpommin kuvallisena. Taideterapeutti työskentelee yhdessä potilasta hoitavan tiimin kanssa. Taideterapiassa potilaan muodostamia kuvia voidaan tarvittaessa käyttää analyttisen psykoterapian tukena. (Suomen taideterapiayhdistys 1979.)

6.3 Logoterapia

Viktor E. Franklia pidetään logoterapian perustajana, joka näki ihmisen elämän tarkoituksellisuuden. Logoterapian ajatellaan olevan tarkoituskeskeistä terapiaa, mikä antaa ihmiselle täyden vastuun itsestään. Parhaaseen tulokseen päästään ihmisen arvoa tunnustamalla ja myönteisellä ajatusmaailmalla. Terapeutti toimii valon ja tarkoituksen näyttäjänä sekä auttaa asiakasta näkemään ongelmat eri näkökulmista. (Erämaja 2005, 16–17.)

Logoterapia perustuu kolmeen käsitteeseen, joita ovat tahdonvapaus, tarkoituksen tahto ja elämän tarkoitus. Franklin mukaan jokaisella ihmisellä on tarkoitus kuolemaansa saakka, tosin hän eikä psykiatrit pysty määrittelemään mikä on tämä kyseinen tarkoitus. Logoterapiassa voidaan kärsimykset ja negatiiviset kokemukset muuttaa inhimilliseksi saavutukseksi omaksumalla tietynlainen asenne kohdattuja ongelmia kohtaan. (Frankl 2005, 17.)

6.4 Perheterapia

Perheterapia voi olla tietyllä suhteen alueella kohdistuvaa tai se voi olla yhteisen kehitysprosessin edistämistä. Perheterapiassa voi olla myös tukea antavaa tai muutokseen liittyvää terapiaa. Suomessa mielenkiinto perheterapiaa kohtaan heräsi 1960-luvulla. Perheterapiaa voidaan käyttää silloin, kun yksilöhoidossa potilas ei toivu ilman lukkiutuneen perhetilanteen hoitamista. Lasten ja nuorten kanssa olisi tärkeä saada vanhemmat mukaan keskusteluun. Aikuisilla ihmisillä myös puolison osallistuminen terapiaan voi olla aiheellista ja hyvä asia. Perheterapiaan voi osallistua suurempikin lähipiiri. (Tamminen 2010, 148–150.)

Perheterapian rinnalla voi olla yksilö- tai ryhmäterapiaa. Perusteluna perheterapian aloittamiseen voi olla yksilön ongelmat tai useamman perheenjäsenen ongelmat esimerkiksi vuorovaikutuksessa tai jossain muussa ongelmassa. Perhekeskeistä näkökulmaa on tärkeää tuoda esiin pitkään jatkuneiden sairaustilojen hoidossa, koska sillä on merkitystä perheen tasapainossa, mikä vaikuttaa puolestaan sairauden ennusteeseen. (Tamminen 2010, 148–150.)

6.5 Lääkehoito

Lääkehoito on yksi keino auttaa potilaita psykologisten hoitojen ohella. Lääkehoidolla tavoitellaan oireiden lievittymistä, voimien kohentumista sekä toimintakyvyn parantamista ja vakavissa mielenterveydenhäiriöissä lääkehoidolla voidaan saada merkittäviä tuloksia aikaan. Lääkehoito toteutetaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Lääkäri päättää lääkkeen annoksista ja seuraa riittävässä määrin lääkehoidon vaikutusta. (Lönngqvist, Partonen & Syvälahti 2007, 703.)

Lääkkeitä määrätään myös lievempiin häiriöihin, joissa keskeisinä oireina voi olla unettomuutta, ahdistuneisuutta ja masennusta. Useimmissa tapauksissa näistä häiriöistä toipuminen tapahtuu kuitenkin ilman lääkehoitoa. Lääkehoidon tulee olla tarkoituksenmukaista ja kokonaisuutta tarkasteltaessa turvallista. (Lönngqvist, Partonen & Syvälahti 2007, 703.)

7 MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ

Vuonna 1990 tuli voimaan mielenterveyslaki, jossa määritellään mielenterveystyö. Mielenterveystyöllä ehkäistään, parannetaan ja lievitetään mielisairauksia ja mielenterveydenhäiriöitä. Mielenterveystyön ohjaus, suunnittelu ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia mielenterveyspalveluista, jos mielenterveyspalvelu annetaan erikoissairaanhoidona. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 luku 4-5§.)

Mielenterveyslain 1 luvun 3§ säädetään mielenterveyspalveluista siten, että ne tulee järjestää kunnassa tarpeen mukaan. Ensisijaisesti mielenterveyspalvelut tulee järjestää avohoitona tukien oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista. Mielenterveyspalveluiden toimivasta kokonaisuudesta pitävät huolen sairaanhoidopiirin kuntayhtymä ja sen alueella olevat terveyskeskukset yhteistyössä kunnallisen sosiaalihuollon sekä erityispalveluja antavan kuntayhtymän kanssa. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 luku 4-5§.)

Vuonna 1991 voimaan tuli erikoissairaanhoidonlaki, joka yhdensi psykiatrisen ja somaattisen puolen hoitojärjestelmät samaan hallintoon sairaanhoidopiireissä. Sairaanhoidopiirin yksi tavoitteista oli vähentää psykiatrisen mystisyyttä ja tuoda se lähemmäksi yleissairaanhoidoa (Kärkkäinen 2004, 5.) Erikoissairaanhoidolain mukaan henkilön kotikunnan on huolehdittava tarpeellisesta erikoissairaanhoidosta terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän asian järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoidopiirin kuntayhtymään. (Erikoissairaanhoidonlaki, 1 luku 3§.)

Suomi on jaettu eri erikoissairaanhoidopiireihin, esimerkiksi Porin Päiväyksikkö kuuluu Satakunnan sairaanhoidopiiriin. Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon mukaisesti. Sairaalan, sen osan tai erillisen toimintayksikön perustamisesta ja ylläpitämisestä sopivat sairaanhoidopiirien kuntayhtymät. Toimintayksiköt ja sairaalat ovat sen kuntayhtymän hallinnassa, minkä alueella ne sijaitsevat. (Erikoissairaanhoidonlaki, 1 luku 3§.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

Avohoidon johtoryhmän kokouksessa 19.4.1976 pohdittiin päiväsaalan tarvetta, käsiteltiin tutkimuslomaketta ja tehtiin päätös toteuttaa tutkimus päiväsaalan tarpeellisuudesta. Porin Päiväsairaala perustettiin 1.5.1979, jolloin se kuului Länsi-Satakunnan mielisairaanhuoltopiiriin. Länsi-Satakunnan mielisairaanhuoltopiirin alueeseen kuuluivat silloin Harjavalta, Kankaanpää ja Pori. Psykiatrinen päiväyksikkö perustettiin osaksi mielenterveyden hoitoa Porissa. Vuoden 1978 alussa voimaan tullut mielisairaslain osittaisuudistus mahdollisti Porin Päiväsairaalan avaamisen. Silloin Päiväsairaalan henkilökuntaan kuuluivat ylilääkäri, osa-aikainen psykiatri, kolme erikoissairaanhoitajaa, osastoapulainen ja osan ajasta toimistovirkailija. (Laihinen 1980.)

Vuoden 1976 tutkimuksen tuloksissa ennakoitiin Porin asukaslukujen kasvavan yhä edelleen ja tarvetta nähtiin uudelle päiväosastolle, sillä Porin väestökasvun ennuste vuonna näytti väkiluvun kasvavan kymmenessä vuodessa yli kymmenellä tuhannella ihmisellä. Aira Laihisen mukaan 1970-luvun loppupuolella mielenterveyden häiriöt alkoivat yleistyä niin paljon, että yhteiskunnalla ei ollut voimavaroja riittäviin korjauksiin toimenpiteisiin. Laihisen mielestä mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisy oli tarpeellista, jotta sairastuvien määrä saataisiin minimiin. (Laihinen 1980.) Päiväyksikkö on tehnyt arvokasta ja tiivistä yhteistyötä useiden eri yhteistyötahojen kanssa vuosien aikana. Yhteistyö Porin mielenterveystoimistojen kanssa on ollut tiivistä alusta lähtien. Potilaan jatkohoitopaikkana Porin Päiväyksikön jälkeen toimi muun muassa Porin mielenterveystoimisto. (Porin Päiväosasto 2010.)

8.1 Ensimmäinen toimintavuosi vuonna 1979

Porin Päiväyksikkö on toiminut ensimmäisestä toimintavuodesta lähtien avohoitopotilaiden tutkimus- ja hoitovaiheen mahdollistajana, jatkohoitona sairaalahoidon jälkeen sekä akuuttien kriisitapausten hoitopaikkana. Porin Päiväyksikön perustamisvuonna sen nimeksi asetettiin Porin Päiväsairaala, ja ensimmäiset potilaat otettiin vastaan 14.5.1979. Päiväsairaalan toiminta alkoi 10 hoitopaikalla ja potilaiden yleisin taudinkuva oli depressio. (Laihinen 1980.)

Vuodesta 1979 lähtien Porin Päiväsairaalan toiminta on perustunut hoidollisen yhteisön periaatteisiin korostaen potilaiden omaa osallistumista. Ensimmäisestä toimintavuodesta lähtien painotettiin tiimityön merkitystä. Kaikilla potilailla käytettiin hoitomuotona lääkehoitoa ja ryhmähoitoa. Päiväsairaalan potilaat sekä henkilökunta virkistäytyivät ja tutustuivat eri paikkoihin käymällä esimerkiksi Reposaaressa Junnilassa, Harjavallan Uotilassa, Kullaan Tammen tilalla ja Kirjurinluodossa. (Porin Päiväsairaala 1979.)

Päiväsairaalan ideologian keskeinen asia oli potilaan oman vastuun korostaminen, mikä tarkoitti esimerkiksi jossain määrin vastuuta hoitoyhteisössä. Arjessa potilaan vastuutavoite saattoi ilmetä siten, että potilaan puolesta ei tehty asioita vaan potilas hoiti itse asiansa, ja hoitaja oli vieressä potilaan tukena. Porin Päiväsairaalan ideologiaan liittyi perhekeskeisyys, missä korostettiin omaisten osallistumista potilaiden hoitoon, ja perheen tukemista potilaan hoitoprosessin aikana. Potilaiden omaisiin on pidetty yhteyttä säännöllisesti. Potilaiden sosiaalisten kontaktien lisääminen oli ensiarvoisen tärkeää heidän hoidossaan. (Porin Päiväsairaala 1979.)

Porin päiväsairaala on tehnyt tiivistä yhteistyötä Porin mielenterveystoimiston kanssa jo ensimmäisenä toimintavuotena, ja joissakin tapauksissa potilaiden hoitosuhde on jatkunut mielenterveystoimistossa päiväosastojen. Porin mielenterveystoimiston kanssa pidettiin yhteisiä suunnittelu-, koulutus-, informaatio- ja neuvottelukokouksia. Perustamisvuonna Päiväsairaalaan osallistuttiin myös mielenterveystoimistojen, ammatinvalinnanohjauksen ja kasvatusneuvolan yhteisiin neuvottelupäiviin. Lisäksi Päiväsairaala oli yhteydessä kansanterveystyön, sosiaalitoimen ja työvoimaviranomaisten kanssa. (Laihin 1980.)

8.2 Päiväsairaalan toiminta tuli tunnetuksi vuosina 1980–1989

Päiväsairaala toimi 1980-luvulla avohoitopotilaiden tutkimus- ja hoitopaikkana, jatko- ja hoitopaikkana sairaalahoidon jälkeen sekä akuuttien kriisitapausten hoitopaikkana. Päiväsairaala toimi 15-paikkaisena sekaosastona, ja potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli osastolla 4-6 viikkoa. Potilaiden hoitoaika oli pidentynyt vuonna 1984 jo vä-

hintään kahteen kuukauteen lukuun ottamatta tutkimuspotilaita, joiden hoitoaika saattoi olla lyhempi. Potilaita tuli hoitoon lähetteellä, esimerkiksi mielenterveystoimistosta, erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta. Päiväsairaalan toiminta tuli yhä tutummaksi muun muassa avoimien ovien päivillä, yhteistyöllä ja informaatiotoiminnalla. (Porin Päiväsairaala 1980–1989.)

Hoitotavoitteet saavutettiin useimmissa tapauksissa vuonna 1986. Potilaiden jatkohoitopaikkana toimi usein mielenterveystoimisto, mutta yhä useampi potilas jäi jatkohoitoon polikliinisesti Päiväsairaalaan, esimerkiksi käymään psykiatrin logoterapiaryhmän loppuun tai saamaan tukea omalta hoitajalta kriittisessä työhön paluuvaiheessa. Kuntoutustoimenpiteitä lisättiin Porin työklinikan vakiinnuttaessa toimintaansa. (Porin Päiväsairaala 1986.)

Päiväsairaalaan oli osan vuotta jonotusta vuonna 1987. Potilaat olivat pääasiassa nuoria ja keski-ikäisiä. Suurin osa potilaista tuli mielenterveystoimiston lähettäminä, ja potilaista lähes puolet oli psykoottistasoisesti häiriintyneitä. Jatkohoitopaikkana oli entistä harvemmin Porin mielenterveystoimisto. Kuntoutussuunnitelmaan kuului potilaan tutustuminen Porin työkliniikkaan. (Porin Päiväsairaala 1987.)

Porin Päiväsairaalassa keskityttiin erityisesti yhteisö- ja ryhmätoimintojen kehittämiseen sekä potilaiden vastaanottokäytännön selkiyttämiseen. Päiväsairaalan tarkoituksena oli tietoisemmin hyödyntää yhteisöä yksilön hoidossa. Tavoitteeksi asetettiin psykiatristen potilaiden tutkimus, kriisihoito ja kuntoutus. Potilaan kanssa yhteistyössä laadittiin yksilölliset ja realistiset tavoitteet. Potilaiden kuntoutus- ja jatkohoitotapauksissa oltiin yhteydessä muun muassa Porin työkliniikkaan, työsuojakeskukseen ja oman kuntainliiton eri toimipisteisiin. (Porin Päiväsairaala 1989.)

8.2.1 Hoidon aloittaminen

Päiväsairaalan hoitajakso alkoi alkuhaastattelulla, ja sen jälkeen jokaisella potilaalla oli omahoitaja, jonka tehtävänä oli tehdä potilaan kanssa hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma tarkistettiin, ja tarpeen mukaan sitä täydennettiin työryhmässä. (Porin Päi-

väsairaala 1980.) Tutkimussuunnitelman mukaan vuonna 1982 jokaisen potilaan suositeltiin käyvän hoidon alkuvaiheessa mielenterveystoimiston sosiaalihoitajan vastaanotolla, jossa tarvittaessa tehtiin psykologiset tutkimukset mielenterveystoimiston psykologin toimesta. (Porin Päiväsairaala 1982.)

Hoitosopimusta tehdessä hoidon onnistumisessa korostettiin potilaan ja hoitavan tahon molemminpuolista vastuuta. Ennen hoidon aloittamispäätöstä jokaiselle varattiin aika tutustumista ja arviointia varten. Tulovaiheessa potilas kävi lääkärin vastaanotolla, minkä jälkeen hänelle valittiin henkilökohtainen hoitaja hoitojaksolle. Henkilökohtaisen hoitajan tehtävä oli sopia potilaan kanssa yhdessä pidettävät keskustelut 2-3 kertaa viikossa sekä keskustella hänen ajankäytöstään osastolla, jotta tarpeisiin saatiin vastinetta. (Porin Päiväsairaala 1985.)

8.2.2 Hoitomuodot 1980-luvulla

Vuonna 1980 hoitomuotoina käytettiin keskusteluryhmiä, rentoutusta ja muita erilaisen toiminnan ryhmiä kuten ilmaisu-, musiikki-, liikunta-, kirjallisuus- sekä kotitalousryhmiä. Hoidossa noudatettiin terapeuttisen yhteisön periaatteita. Jokaisella potilaalla oli henkilökohtainen hoitosuhde ja hoito-ohjelma, joka sisälsi erilaisia ryhmiä. Potilaiden osallistumista ylläpidettiin tekemällä tutustumiskäyntejä museoihin, taidenäyttelyihin, kirjastoon sekä erilaisiin nähtävyyksiin. Masennus oli potilaiden yleisin taudinkuva, ja jokaisen potilaan hoidossa lääkitys tarkastettiin ajan tasalle. Päiväsairaalassa tehtiin potilashaastatteluja, joiden avulla kartoitettiin mahdollisuudet vastata potilaiden hoitotarpeisiin. (Porin Päiväsairaala 1980.)

Omahoitaja valittiin potilaalle heti hoitosuhteen alussa. Omahoitajan tarkoituksena on tukea potilasta hoitosuhteen ajan, esimerkiksi huolehtimalla potilaan viikko-ohjelmasta tai potilaan tukiasioista. Omahoitaja tukee potilaan pärjäämistä ja kannustaa potilasta noudattamaan hoitosuunnitelmaa. Omahoitaja ottaa myös yhteyttä tarvittaessa potilaan omaisiin. (Heinimaa 2013, 7).

Vuonna 1982 Päiväsairaalan hoitomuotoina olivat lääkehoito, henkilökohtainen hoitosuhde ja erilaiset ryhmät. Yhteisöhoidolla oli suuri merkitys potilaiden hoidossa. Potilaiden kanssa pidettiin joka päivä yhteinen kokous, jossa katsottiin päivän tulevia tapahtumia. Yksiköstä ulospäin suuntautuvaa toimintaa oli ohjelmassa päivittäin, esimerkiksi ruokailut toteutettiin seurakuntien palvelukeskuksessa ja välillä käytiin uimahallissa tai kirjastossa. Päiväsairaalaan tehtiin myös tutustumiskäyntejä ja retkiä Tammen tilalle Kullaalle, Reposaaren Junnilaan, Harjavallan Uotilaan sekä Porin kirjurinluotoon. Myös paikallisessa suojatyökeskuksessa käytiin neljä kertaa vuoden aikana. (Porin Päiväsairaala 1982.)

Vuonna 1984 uusina hoitomuotoina alkoivat yksilötaideterapia sekä logoterapia-ryhmä. Näiden ryhmien lisäksi oli keskusteluryhmiä, luovan ilmaisun ryhmä, talousryhmä, kirjallisuusryhmä, rentoutusryhmä sekä musiikkiliikuntatunteja. Päiväsairaalaan oli tapana käydä kerran viikossa musiikkikirjastossa ja uimahallissa. Vuonna 1984 virkistys- ja liikuntapäiviä vietettiin Tammen tilalla kolme kertaa. Päivärytmiin kuuluivat potilaiden ruokailu, mikä tapahtui seurakuntien palvelukeskuksessa sekä kahvittelu osastolla kerran päivässä. Potilaat osallistuivat vuorollaan Päiväsairaalaan tapahtuvien askareiden tekemiseen, esimerkiksi kahvinkeittoon ja tiskaukseen. Tavoitteena oli myös selvittää infuusioidon ottamista yhdeksi masennuspotilaiden hoitomuodoksi, mikä ei kuitenkaan toteutunut. (Porin Päiväsairaala 1984.)

Vuonna 1983 potilaiden päädiagnooseista lähes puolet oli psykooseja, kun taas vuonna 1985 psykoottisten potilaiden osuus oli lisääntynyt jo yli puoleen diagnooseista. Hoitomuotoihin kuuluivat omahoitajakeskustelut, erilaiset ryhmät hoitosuunnitelman mukaisesti sekä lääkehoito. Kaksi uutta ryhmää aloitti toimintansa, joita olivat talousryhmä 2-4 potilaalle sekä voimisteluryhmä naisille. Voimisteluryhmä oli kerran viikossa halukkaille naispotilaille ja sitä järjestettiin halukkuuden mukaan. Kotitalousryhmä oli tarkoitettu potilaille, joilla oli vaikeuksia tai osaamattomuutta ruuanlaitossa. Keskustelu- ja talousryhmä oli kaksi kertaa viikossa ja kirjallisuus-, luovan ilmaisun ja taideterapiaryhmä kerran viikossa. Kolmena iltapäivänä oli rentoutusta ja yhtenä musiikkiliikuntaa. Potilas ei osallistunut kaikkiin ryhmähoitoihin vaan ryhmistä valikoitiin jokaiselle potilaalle yksilöllisesti sopivimmat ryhmät. Aikaisemmin osastolle tullut potilas opasti uutta potilasta osaston toiminnassa ensimmäisenä päivänä. Hoitomuoto, josta useimmat potilaat kokivat olevan eniten hyötyä, oli hoitoyhteisö. Myös

psykologiset tutkimukset lisääntyivät. Merkittävin asia oli logoterapiaryhmissä käyneiden osuuden kasvaminen yli puoleen potilaista. (Porin Päiväsairaala 1985.)

Päiväsairaalan tavoitteina oli tehdä vuonna 1986 kaksi suljettua logoterapiaryhmää, joissa toisessa ryhmässä kävisi myös päiväsaaralasta kotiutettuja potilaita. Suunnitelmana oli aloittaa suljettu talousryhmä 2-4 potilaalle sekä kiinnittää huomio perhe- ja yksilötaideterapian lisäämiseen. Potilaiden omaa toimintaa lisättiin, esimerkiksi potilaiden omatoimisilla levyraadeilla osastolla. Tavoitteena oli saada kuntaliiton ulkopuolelta yhteisötyö-, taideterapia-, perheterapia- ja logoterapiaohjaukset. Vuonna 1986 puolet potilaista oli psykoottistasoisesti häiriintyneitä ja runsaalla kolmasosalla diagnoosina oli neuroosi. Päihteiden väärinkäyttö ja heikkolahjaisuus olivat pää- tai sivudiagnoosina kuudella potilaalla. Yleisimpiä hoitomuotoja olivat omahoitajakeskustelut sekä erilaiset ryhmäterapiat, mutta valtaosalla potilaista oli myös lääkehoito. (Porin Päiväsairaala 1986.)

Vuonna 1987 jokaisella potilaalla oli omahoitaja ja kuntoutuksellista näkökulmaa korostettiin yhä enemmän hoidon ohella. Potilaat kertoivat kokevansa eniten hyötyä hoitoyhteisöstä, mikä oli myös edellisenä vuonna potilaiden mieluisin hoitomuoto. Päiväsairaalassa toimi samanaikaisesti kaksi keskusteluryhmää, liikunta-, logoterapia-, taideterapia-, luovan ilmaisun-, kirjallisuus-, rentoutus-, leivonta- ja talousryhmä. Myös talousryhmä vakiinnutti asemansa ryhmien joukossa. Lisäksi viikko-ohjelmaan kuuluivat musiikkikirjastossa ja uimahallissa käynnit, ulkoilua, vapaata ohjelmaa ja levyraati. Myös omaisten ja työnantajien tapaamiset vakiintuivat hoitoon kuuluviksi. Vuonna 1987 keskimääräinen hoitoaika oli 2-3 kuukautta. (Porin Päiväsairaala 1987.)

Vuonna 1988 yhteisöllisyyden ja erilaisten ryhmäterapioiden merkitys korostuivat. Hoitomuotoina olivat omahoitajasuhde, lääkehoito, aviopari- ja perhetapaamiset sekä erilaiset hoidolliset ryhmät. Uutena toimintamuotona Porin urheilutalolta saatiin keran viikossa tunti liikunnan harrastukseen. Kuntoutuksellista näkökulmaa korostettiin hoidon ohella. Suunnitelmana oli potilaiden hoidon tavoitteiden seuranta paremmin niin yhteisö- kuin yksilötasollakin, esimerkiksi kirjallisesti viikoittain tai kyselemällä aamukokouksessa aktiivisemmin potilailta itseltään heidän tavoitteistaan. Työpaikka-

edustajien käynnit nähtiin tärkeinä ja tarpeellisina potilaiden hoidossa. (Porin Päiväsairaala 1988.) Haastateltava piti ryhmähoitoa hyvänä hoitomuotona ja koki potilaiden hyötyvän siitä eri tavalla mitä kahden kesken keskustellessa.

Et ylipäättään se ryhmähoito on mun mielestä sellanen et mist mä olen aina tykännyt, et se on niinku hyvä hoitomuoto ja aina olen sitä mieltä et kannattais kyl sitä sit käyttää hoitomuotona, et se on kyl se on kahden kesken vaan niinku tämmönen meidän välinen vuorovaikutus, mut silloin ku siinä on useempii niin silloin tulee niit vuorovaikutuksii niin paljon, et siit saa kuitenkin ihan eri tavalla, koska ihmiset on erilaisii ja saa erilaisii malleja siinä.

8.2.3 Potilaiden ja perheen osallistuminen hoitoon

Vuonna 1984 perhekeskeisyys Päiväsairaalassa lisääntyi omaisten mukaan ottamisella ja heidän säännöllisillä tapaamisilla. Potilaat osallistuivat hoitonsa suunnitteluun omahoitajan kanssa, psykiatrin vastaanotolla sekä hoitosuunnitelmatunneilla, joihin potilaita otettiin mukaan aiempaa säännöllisemmin. (Porin Päiväsairaala 1984.)

Hoidon suunnittelussa ja hoitosopimusten teossa potilaiden osallistumista työryhmän kokouksiin lisättiin tekemällä hoitoon liittyvä käytäntö, mikä tarkoitti kaikkien potilaiden kohdalla osallistumista työryhmän kokouksiin ainakin kerran hoitajakson kuluessa. Jokaiselle potilaalle järjestettiin käynti mielenterveystoimiston sosiaalityöntekijän vastaanotolla ja tarvittavat psykologiset tutkimukset tehtiin mielenterveystoimiston psykologin toimesta. Porin Päiväsairaalan yhteisölliseen toimintaan, vastuun ottamiseen ja sen jakamiseen kiinnitettiin enemmän huomiota järjestämällä esimerkiksi aamukokouksia, joissa käsiteltiin yhteisössä tapahtuvia asioita sekä jaettiin viikkotöitä vuorotellen eri potilaille. (Porin Päiväsairaala 1985.)

Päiväsairaalan potilaat osallistuivat vuonna 1987 yhä enemmän oman hoitonsa suunnitteluun olemalla itse mukana työryhmässä useamminkin kuin yhden kerran hoitajakson aikana. Hoidon tavoitteita yksilöitiin ja realisoitiin tarkemmin. Tavoitteissa korostui yksilöllisyyden kunnioittaminen ja kuntoutuksen merkityksen kasvaminen. (Porin Päiväsairaala 1987.) Vuonna 1988 kuntoutuksen ja omaisten tapaamisen merkitystä korostettiin entisestään ja tavoitteena oli jokaisen potilaan omainen tavata ainakin kerran hoitajakson aikana. Joidenkin omaisten kohdalla käytettiin perhe- ja pariterapiaa. (Porin Päiväsairaala 1988.)

8.2.4 Työryhmän toiminta

Porin Päiväsairaalan henkilökuntaan kuuluivat 1980-luvulla avohoidon ylilääkäri ja kolme erikoissairaanhoitajaa. Avohoidon ylilääkäri toimi samaan aikaan Päiväsairaalan psykiatrina sekä yksi sairaanhoitajista toimi osastonhoitajana, toinen osastoapulaisena ja kolmas toimistovirkailijana osan aikaa työstään. Porin päiväsairaala sai psykologin ja sosiaalihuoltajan palveluja mielenterveystoimistosta. Porin päiväsairaalan työryhmään liittyi 15.7.1980 erikoissairaanhoitaja. Toiminta perustui työryhmätyöskentelyyn, jossa korostui yhteistyön merkitys eri työntekijöiden välillä. Työryhmässä käsiteltiin potilaiden hoitoon liittyviä asioita, hoitosuunnitelmia, hoitoon tarjottuja potilaita, hoitoryhmiä, kotiutettavia potilaita sekä osaston hallinnollisia asioita. Työntekijöiden ammattitaitoa ja työssäjaksamista ylläpidettiin järjestämällä työnohjausta työntekijöille. (Porin Päiväsairaala 1980.)

Vuonna 1981 lisätyn mielisairaanhoitajan viran ansiosta päiväsairaalan henkilökunta oli mahdollista jakaa kahteen työryhmään. Toinen ryhmä paneutui akuuttien kriisitilanteessa olevien potilaiden hoitoon ja toinen työryhmä otti vastuulleen muut hoidossa olevat potilaat. Työryhmien avulla hoitoa saatiin tehokkaammaksi ja enemmän erilaisia tarpeita vastaavaksi. Mielenterveystoimistojen psykologi ja sosiaalihuoltaja jatkoivat antamalla oman alansa palveluita Päiväsairaalalle. Toimintasuunnitelman mukaan tarkoitus oli käyttää enemmän aikaa hoitosuunnitelmien tekoon sekä lisätä perhehoitoa työvoimavarojen lisääntyessä. (Porin Päiväsairaala 1981.)

Vuosina 1982 ja 1983 henkilöstöön kuuluivat avohoidon ylilääkäri ja kolme erikoissairaanhoitajaa, joita olivat osastonhoitaja, mielisairaanhoitaja ja sairaala-apulainen. Avohoidon ylilääkäri hoiti myös lääkärin tehtävät päiväsairaalassa. Aktiivista yhteistyötä ylläpitämällä saatiin potilaalle luotua turvallinen ja luotettava hoito. Vuonna 1985 henkilökunnassa tapahtui muutoksia ja siihen kuuluivat avohoidon ylilääkäri, osastonhoitaja, kaksi erikoissairaanhoitajaa, mielisairaanhoitaja, sairaala-apulainen ja toimistovirkailija. Mielenterveystoimistosta saatiin aiempaan tapaan psykologin ja sosiaalihuoltajan palveluja. Vuonna 1987 tavoitteena oli hankkia toimintaterapeutti, joka toimisi osan ajastaan Päiväsairaalassa, ja mahdollistaisi joidenkin ryhmien ajankäytön suuntautuvan muuhun toimintaan. Henkilökunta oli kasvanut vuodesta 1980 lähtien ja eri työtehtäviä oli lisätty. (Porin Päiväsairaala 1980–1987.)

Hoitotiimiä hyödynnettiin yhä useammin potilaan hoidossa, esimerkiksi tiimi tai osa siitä kokoontui jo samana päivänä tarpeen vaatiessa neuvottelemaan tietyn potilaan ongelmasta. Hoitoon tullessa ja hoidosta lähtiessä potilas kävi lääkärin vastaanotolla sekä hoidon aikana tarvittaessa. (Porin Päiväsairaala 1988.) Haastateltavan mukaan lääkärit ovat aina olleet mukana potilaan hoidossa muun muassa tehden haastatteluja ja pitämällä ryhmiä.

Lääkäri on ollu aina mukana siinä et on aina tavannut, kun tulee uus potilas niin haastatteli aina ja sitte siinä lähtövaiheessa, kun hoito loppuu niin siinä aina. Ainakin ne ja sit siinä välissä lääkehoidon tarkistusta ja muuta ja sit meillä on ollut niin paljon siellä erilaisia lääkäreitä et jotku osallistu ihan ryhmiin ja ottivat itse ohjattavakseen omia erilaisia ryhmiä et siellä oli monellakin eri lääkäriellä erilaisia ryhmiä, just logoterapiaa ja sit ihan psykoterapiaryhmää ja tällai. Et se on ollut kyllä ihan hieno juttu, et siellä on ollut lääkärit aina mukana.

8.2.5 Yhteistyö merkittävässä asemassa

Vuonna 1980 ulospäin suuntautuva toiminta oli tärkeässä asemassa, millä tarkoitetaan muun muassa yhteistyötä ja neuvotteluja muiden toimijoiden kanssa. Tärkeimpiin yhteistyösuhteisiin kuuluivat sosiaalitoimisto, työvoimatoimisto, kansaneläkelaitos, terveyskeskus sekä suojatyökeskus. Neuvotteluita käytiin mielenterveystoimistojen, ammatinvalinnanohjaustoimiston ja kasvatusneuvolan kanssa sekä yhteistyökokouksia pidettiin terveydenhuollon ja sosiaalialan toimipisteiden kanssa. (Porin Päiväsairaala 1980.)

Ulospäin suuntautuvassa toiminnassa on yhteistyön lisäksi ollut tärkeää tiedottaminen sekä päiväsairaanhoidon osaston toiminnan tunnetuksi tekeminen. Tiedottamista on tapahtunut muun muassa yhteistyökokouksissa sekä päiväyksikön järjestämällä tutustumiskäynneillä ja vierailuilla. Tiedottamisen kohteina ovat olleet lähinnä oman ja rinnakkaistoimialojen työntekijät. Lisäksi on koitettu hyödyntää julkisia tiedonvälityskanavia, kuten radiota ja lehdistöä. Porin päiväsairaalan ylilääkäri, osastonhoitaja ja kaksi potilasta olivat mukana vuonna 1980 Porin Alueradion mielenterveyttä käsittelevässä ohjelmassa. Porin päiväsaairaala on toiminut opiskelijoiden harjoittelupaikkana 1980-luvulta lähtien, mikä on tuonut näkyvyyttä yksikön toiminnalle. (Porin Päiväsairaala 1980.)

Vuonna 1981 Päiväsairaalan tärkeimpiä yhteistyökumppaneita olivat terveydenhuolto- ja sosiaalialan työntekijät. Informaatiotoimintaa järjestettiin vierailujen ja tutustumiskäyntien muodossa lähialojen työntekijöille ja opiskelijoille. Työnohjausta henkilökunta sai yksilöterapiaan, yhteisöhoitoon ja toiminnallisiin ryhmiin. (Porin Päiväsairaala 1981.) Myös haastateltava korosti yhteistyön- ja työnohjauksen merkitystä. Haastateltava kertoi, että työnohjausta on Päiväsairaalaossa järjestetty paljon. Haastateltava kertoi myös itse toimineensa työnohjaajana muille.

Kommunikaatio ja vuorovaikutus pelas hyvin niinku meidän, no välillä oli tietyst erimielisyyksiä niinku aina on et ihmisillä on erilaisia näkemyksiä asioista mut et kyl niistä yleensä pystyttiin puhuun ja siellähän järjestettiin yhteistyötyönohjausta, joita ruvettiin järjestämään et tota niis aina sit näit henkilökunnan juttui ja potilaisiin liittyviä niit käsiteltiin ja purettiin sitte. Tosi tärkeätä työnohjaus tollaisessa raskaassa työssä, kun se on kuitenkin raskas työ.

Vuonna 1983 marraskuussa Päiväsairaala piti avoimien ovien päivän yhdessä mielen-terveystoimistojen kanssa. Erikoissairaanhoidajat antoivat työntekijöille työnohjausta yhteisöhoitoon ja toiminnallisten ryhmien ohjaamiseen Vuonna 1984 tehtiin aktiivista yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa, esimerkiksi Porin mielen-terveystoimistojen kanssa ja työvoimatoimiston kanssa. Tiedotustoimintaa järjestettiin vierailujen ja tutustumiskäyntien avulla lähialojen työntekijöille sekä opiskelijoille. (Porin Päiväsairaala 1983-1984.)

8.2.6 Opintomatkat ja koulutukset

Opintomatkoilta Päiväsairaala sai kansainvälistä näkökulmaa muiden maiden hoitomuodoista ja -tavoista, esimerkiksi vuonna 1980 tehdystä opintomatkastasta Norjaan. Norjassa oli silloin hoitomuotoina psykoterapia ja miljööterapia, jotka olivat myös osittain samoja kuin täällä Suomessa. Ulkomailla oli myös muita avohoitomallin puolesta puhujia. Vuonna 1980 Porin päiväsairaalan työntekijät pääsivät osallistumaan avohoidon toimipisteiden yhteiseen opintomatkkaan Maarianhaminaan, tutustumiskohteenaan Ahvenanmaan psykiatriset palvelut. 1980-luvulla opintomatkkoja järjestettiin myös lähialueille, kuten Harjavallan sairaalaan ja Turkuun (Porin Päiväsairaala 1980–1989.)

Koulutuksia on järjestetty hyvin 1980-luvulla, ja niillä on kehitetty henkilökunnan ammattitaitoa ja osaamista. Koulutukset ovat kestäneet päivästä jopa kahteen vuoteen saakka, esimerkiksi yksi työntekijä osallistui kaksi vuotta kestäväan perheterapian koulutukseen. Koulutuksia on järjestetty eri muodoissa, kuten kurssina, opintopiirinä, valtakunnallisina päivinä tai virikepäivinä. Niitä järjestettiin eri aiheista, mutta logo-, perhe- ja taideterapian aiheet toistuivat 1980-luvun koulutuksissa. Osa koulutuksista suunnattiin eri ammattiryhmille, kuten osaston mielisairaanhoidtaja ja toimistovirkailija osallistuivat omien alojensa täydennyskoulutukseen. (Porin Päiväsairaala 1980–1989.)

8.3 Kriisipainotteinen avohoidon yksikkö vuosina 1990–1999

Mielenterveyslaki astui voimaan vuonna 1990, mikä vaikutti Porin päiväsairaalan toimintaan. Päiväsairaalan potilasmäärä vähentyi, ja se oli suljettuna heinäkuun ajan lomajärjestelyiden vuoksi. Hoidon painopiste oli akuuttipotilaiden kriisihoidossa sekä kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyssä. Hoitotyön kehittäminen huomioitiin koulutuksen, neuvottelujen, opintopiirien, työnohjauksen ja osastotuntien avulla. Päiväsairaalaan oli tavoitteena saada osastonlääkäri. (Porin Päiväsairaala 1990.) Satakunnan sairaanhoitopiiri perustettiin vuonna 1991 ja sen toiminta muotoutui tulevan johtosäännön mukaan. Päiväsairaalan toiminnassa noudatettiin vahvistettua talousarviota. (Porin Päiväsairaala 1991.)

Vuonna 1992 lähetteellä potilas pääsi useimmiten tutustumaan Päiväsairaalaan ja osallistumaan neuvottelukäyntiin. Sovittuja intervallijaksoja oli useita eri potilaiden kohdalla. Avohoito ja sairaalatoiminta kehittivät yhteistyössä päiväsairaanhoidtoa, ja Päiväsairaalan tarkoitus oli työskennellä mahdollisimman joustavasti väestönsä tarpeisiin nähden mahdollistaen sairauden akuuttivaiheen intervention, jotta ympärivuorokautisen hoidon tarve vähenisi ja potilas pysyisi normaalissa sosiaalisessa verkostossaan. Tarkoitus oli kiinnittää huomiota toiminnan kehittämiseen kuntouksen näkökulmasta luomalla kuntoutukseen tähtäävä toiminnallinen ja suljettu ryhmä, joka oli suunnattu Porin mielenterveyskeskuksen asiakkaille. (Porin Päiväsairaala 1992.)

Moniongelmapotilaiden lisääntyessä yhteistyötä pyrittiin laajentamaan eri ammattiryhmien välillä. Laajaa yhteistyötä tuki myös aluepsykiatrinen toimintamalli. Sairaanhoidopiirin hoitotyön projektin myötä kehitettiin omahoitajasuhteiden sisältöä ja sitä tarkasteltiin hoitotyön mallin mukaisesti. Jatkohoitoa suunniteltaessa oltiin yhteydessä sairaanhoidopiirin eri toimipisteisiin, terveydenhuoltoon, työvoimaviranomaisiin ja työkliniikkaan. (Porin Päiväsairaala 1992.)

Huomattava osa päiväosaston toiminnasta oli ollut vuosina 1991–1993 vaativaa konsultaatiopsykiatrasta työskentelyä, työkyvyn psyykkisten edellytysten arviointia ja diagnostiikkaa. Tämä työllisti erityisesti osaston lääkäriä ja psykologia. Päiväosasto kykeni parhaiten auttamaan masennuspotilaita, lieviä psykoottisista oireista kärsiviä potilaita sekä eri syistä eristäytymässä olevia potilaita edellyttäen, että he olivat halukkaita ja motivoituneita hoitoonsa. Potilaat kokivat hyötynsä osastolla toteutetuista hoitomuodoista. Potilaiden oireiden lievenemiseen olivat eniten yhteydessä yhteistyö ja keskustelut päiväosaston työryhmän jäsenten kanssa sekä lääkehoito, aviopariterapia, liikunta ja keskustelut muiden hoidossa olevien potilaiden kanssa. (Porin Päiväsairaala 1991–1993.)

Vuonna 1993 Päiväsairaalan nimi muutettiin Päiväosastoksi. Potilaan hoidon tilanteen arviointiin otettiin mukaan rinnakkaisorganisaatioiden työntekijöitä, potilaan omaisia tai työpaikan edustajia. Päiväosasto pyrki suuntautumaan tulevaisuuteen ja suunnittelemaan jatkohoitoa yhdessä eri ammatti-ihmisten kanssa tavoitteellisesti pitäen kuitenkin kuormitusprosentin riittävän korkeana. Sovitut intervallijaksot vähenivät verrattuna edelliseen vuoteen, mutta työkyvyn tutkimukset lisääntyivät. Psykologin tekemä tutkimus Päiväosaston jokaisesta potilaasta antoi viitteitä toiminnan tarkistamiseen. Yhteistyötä lisättiin myös omasta sairaanhoidopiiristä ulospäin, esimerkiksi lääkäri oli yhteydessä aktiivisesti terveyskeskuksiin. (Arho 1993.)

Vuonna 1994 Päiväosasto tuli toimineeksi 15 vuotta, minkä kunniaksi pidettiin touko-kuussa avoimet ovet, ja niiden järjestämisessä oli apuna Porin kaupunginkirjasto. Otsolassa pidettiin Mielenterveysmessut marraskuussa, mihin Päiväosasto osallistui esitellen omaa toimintaansa. Potilaita oli ajoittain Päiväosaston ylipaikoilla, ja potilaan tulotilanteeseen kiinnitettiin tietoisemmin huomiota. Tavoitteena oli kehittää erityinen

seuranta- ja arviointikäytäntö siihen tarkoitukseen. Tavoitteeksi asetettiin myös ryhmätoimintojen uudelleen muotoutuminen sekä kuormitusprosentin pitäminen riittävän korkealla. (Porin Päiväosasto 1994.)

Päiväosaston avainalueita olivat vuonna 1995 nopea hoitoon pääseminen, työkyvyn tutkiminen, henkilöstön korkea ammattitaito ja miespotilaiden hoito. Nopeaa hoitoon pääsemistä tavoiteltiin kriisivalmiuden ylläpitämisellä, esimerkiksi järjestämällä arviointikäyntejä omahoitajan ja tarvittaessa myös lääkärin kanssa sekä viikon sisällä pyynnöstä järjestettävillä hoitokokouksilla. Kriisivalmiutta ylläpidettiin myös siten, että omahoitaja sopi aikataulusta potilaan kanssa ja siihen varattiin riittävästi aikaa potilaalle. Lääkäri tutki potilaan työkykyä antaen B-lausunnon arvioinnin perusteella, missä huomioitiin lääkärin tekemät haastattelut potilaalle, psykologiset tutkimukset, sosiaaliset kartoitukset, potilaan päivittäinen seuranta sekä omahoitajan arviointi potilaasta. (Porin Päiväosasto 1995.)

Vuosille 1996–2000 laaditussa toimintasuunnitelmassa kerrotaan avohoitopainotteisesta toimintamallista, minkä mukaan perusterveydenhuoltoon oli tarkoitus saada avoin ja joustava yhteys. Mielenterveyspalvelut mitoitettiin ja yhteen sovitettiin alueen kuntien kanssa yhteistyössä. Perusterveydenhuollolle annettiin tarvittava tuki perustason mielenterveyspalvelujen järjestämiseksi. Mielenterveyskeskuksen tehtävänä oli tuottaa korkeatasoisia asiantuntijapalveluja mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Sairaalaosastot toimivat kiinteässä yhteistyössä avohoidon kanssa aluemallin mukaisesti. (Porin päiväosasto 1996–2000.)

Haastateltavan vastauksessakin korostuu yhteistyön merkitys potilaan hoitoon osallistuvien osapuolien kanssa. Päiväosastolla oli raskaitakin aikoja, jolloin potilaiden kunto vaikutti henkilökunnan voimavaroihin ja työhyvinvointiin. Haastateltava kertoi, että osa potilaista olisi ehkä kuulunut sairaalahoitoon sairauden vakavuuden vuoksi. Haastateltava painotti myös yhteistyötä potilaiden perheiden kanssa sekä muiden eri hoitoyksiköiden kanssa, esimerkiksi kun potilas lähti jatkohoitoon toiseen paikkaan. Hoidon jatkuvuudella ja yhteistyöllä oli paljon merkitystä potilaiden hoitamisessa.

Vuonna 1996 potilasvalintaan kiinnitettiin erityisesti huomiota. Tavoitteena oli hoitaa ja kuntouttaa vain niitä potilaita, jotka hyötyivät aktiivisesta erikoissairaanhoidon tasoisesta kuntoutuksesta. Päiväosasto jatkoi kriisipainotteisena avohoidon hoitoyksikönä ja potilaita tuli osastolle kriisityöryhmän kautta. Avainalueiksi luokiteltiin nopea hoitoon pääseminen, kriisivalmius, työkyvyn tutkiminen ja kuntoutuksen suunnittelu. Kotikäyntien osuutta lisättiin ja myös lääkäri tuli tarvittaessa mukaan tutkimusmielessä. Työkyvyn tutkimuksiin panostettiin erityisesti, koska Kelalta tuli uudet työkyvyn tutkimuskriteerit, joissa korostuivat hoidollinen ja kuntoutuksellinen merkitys. (Porin Päiväosasto 1996.)

Vuonna 1997 kuntoutussuunnitelmia, kliinisiä psykiatrisia tutkimuksia ja hoidon suunnitteluja toteutettiin Päiväosastolla. Tavoitteiksi asetettiin psykiatrian poliklinikan kanssa selvittää potilaan hoitoon tulon ja alkututkimuksen paikka, kiinnittää huomiota Päiväosastolle lähetettäviin työkyvyn tutkimuksiin Kelan tutkimuskriteerit huomioiden, saada pitkään sairastaneille tarvittaessa suunniteltu hoitojakso ja kehittää tiedottamista, markkinointia sekä yhteistyötä Porin alueen yksiköiden kesken. (Porin Päiväosasto 1997)

Vuonna 1998 Päiväosasto toimi koko kesän ja hoitajien lomat teki sijainen. ATK-taitoja hyödynnettiin erityisesti potilasseurannan osalta, jossa omaa työtä piti tutkia ja arvioida. Kultakin hoitojaksolta tuli kerätä tulotilanteessa hyvät tiedot sekä hoitojakson lopussa tehdä selkeä ja laaja yhteenveto. Hoitojaksokohtaiset merkinnät olivat tärkeitä. Yleisesti todettiin ATK-järjestelmän kehittyneen parempaan suuntaan. Oman organisaation ulkopuolelta lähetettyjen potilaiden tiedot sekä alku- että lähtötilanteesta tuli toimittaa sinne, mistä lähete oli tullut, jos potilas itse sitä ei ehdottomasti kieltänyt. Psykiatrisen potilaan kliininen arvio oli tärkeä myös jatkohoitoa ajatellen. (Hakala 1998.)

Vuonna 1999 Päiväosasto tuli toimineeksi 20 vuotta, ja silloin puhuttiin rakennemuutoksesta psykiatrian alueella. Potilaiden jonottamisen päiväosastolle todettiin karsineen tiettyjä kriisejä ja hoitoon odottamisella saattoi olla myös terapeuttinen vaikutus. Potilaita tuli osastolle Porin mielenterveyskeskuksen psykiatrian poliklinikalta, perusterveydenhuollosta, Harjavallan sairaalasta, Poveri-työryhmältä, työterveyshuollosta,

nuorisopsykiatrian yksiköstä ja yleissairaalapsykiatrian toimialueelta. Päiväosaston käytännöksi olivat muodostuneet hoitokokoukset, johon osallistuivat lääkäri, potilas, hänen omahoitajansa ja psykologi. Osastonhoitaja ohjasi terapiaryhmää masentuneille yhdessä poliklinikan sosiaalityöntekijän kanssa. Jokaiselle potilaalle annettiin täytettäväksi hoitajakson alussa ja lopussa JES- itsearviointilomake, joka mittasi jokapäiväisestä elämästä selviytymistä. (Porin Päiväosasto 1999.)

Vuonna 2000 siirryttiin pohjois-etelämalliin, missä Pori ja Kankaanpää kuuluivat pohjoiseen ja Harjavalta sekä Rauma eteläiseen alueeseen. Avainasioita Päiväosastolla olivat nopea hoitoon pääseminen ja joustavuus, työkyvyn tutkiminen ja kokonaishoidon sekä kuntoutuksen suunnittelu. Matti Posti antoi yhteistyönohjausta Päiväosaston henkilökunnalle. (Porin Päiväosasto 2000.)

8.3.1 Päiväosaston oma hoitotyön filosofia

Vuonna 1993 keväällä Porin päiväosasto kokosi yhteen hoitotyön filosofian periaatteita. Päiväosasto laati oman hoitotyön filosofiansa, jossa potilaan hoidon katsottiin olevan kokonaishoitoa huomioiden hänen elämäntilanteensa. Puhuttiin hoitotyöstä, joka on päämäärätietoista ja tavoitteellista toimintaa sekä yhteistyötä potilaan omaisten ja muiden auttavien tahojen kanssa. Hoitotyö tähtää elämänlaadun parantamiseen, huomioiden sen hetkiset voimavarat sekä tukee potilaita selviytymään rajoittuneisuutensa kanssa. Tavoitteena oli myös antaa potilaalle yksilöllistä hoitoa. Periaatteista toinen oli terveys, joka on subjektiivinen kokemus omasta selviytymisestä. Terveys on perustarpeista huolehtimista itseään tyydyttävällä tavalla, joka on sovinnossa ulkomaailman kanssa. (Amberg, Hakala, Mäkinen & Saarinen 1993.)

Päiväosaston hoitotyön filosofian periaatteisiin kuuluvat myös yksilöllisyyden, kokonaisvaltaisuuden ja turvallisuuden periaatteet. Yksilöllisyyden periaatteen mukaan jokainen potilas on ainutkertainen ja hän tulee omasta elämänsäpiiristään, kasvuympäristöstään mukanaan oma ainutlaatuinen elämänsähistoriansa. Nämä asiat pyritään ottamaan huomioon yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa. Kokonaisvaltaisuuden periaatteen mukaan kuuluu yksilöllisen hoitosuunnitelman toteuttaminen yhteistyössä potilaan kanssa

käyttäen eri ammattialojen asiantuntemusta hyväksi. Turvallisuuden periaate sisältää avoimen, sallivan ja tarpeen mukaan rajoja asettavan yhteisön, jossa molemmin puolin sitoudutaan sopimukseen. Turvallisuutta luo myös omahoitajasuhde ja aito välittämisen tunne. (Amberg, Hakala, Mäkinen & Saarinen 1993.) Haastateltava painotti myös potilaiden yksilöllisyyden kunnioittamista.

Ja sit niinku ihmisyyden kunnioittaminen, et vaiks on sairas ihminen niin hän on ihminen... Sit semmonenkin, joka oli tosi arka ni saatto sit kuitenkin, vaik oli hiljaa ni hän sai siit keskustelusta, kun toiset saatto puhuu niin sanotusti puhuu puolesta taikka ja tuli usein sellaisii ajatuksii et eipä ittelle tullu mieleen ees tommonen, kun joku toinen kerto.

8.3.2 Hoitomuodot 1990-luvulla

Vuonna 1991 verkostoterapiaa lisättiin potilaiden hoidossa ja ehkäisevä mielenterveysyö oli osa päiväsairaalan toimintaa. Vuonna 1992 Päiväsairaalan hoitoon kuuluivat kriisiluonteiset terapeutit keskustelut, lääkehoito tarpeen mukaan, perhetilanteiden selvittely, erilaiset ryhmämuotoiset terapiat, psykologiset tutkimukset ja sosiaalisen tilanteen selvittely tarpeen mukaan. Potilaan perheenjäsenten lisäksi saatettiin yhteisestä sopimuksesta kutsua myös potilasta hoitava henkilö lähetettävästä hoitopaikasta. Tarvittaessa Päiväsairaala voitiin olla myös yhteydessä potilaan kuntoutumisen kannalta hyödyllisiin yhteistyötahoihin, kuten työvoimatoimistoon, sosiaalitoimistoon, seurakuntaan ja vapaaehtoisjärjestöihin. Tavoitteena oli ammattityöntekijöiden, erityistutkimusten sekä selvittelyjen avulla ja hoitoyhteisöä hyväksikäyttäen tukea potilaan sosiaalista ja ammatillista kuntoutumista. (Porin Päiväsairaala 1991.)

Vuosina 1991–1993 Porin päiväosaston lääkäri tapasi potilaita säännöllisesti ja suhteellisen tiheään riippuen vallitsevasta lääkäritilanteesta. Psykologi tutki potilaan erityismenetelmien avulla tarvittaessa ja lisäksi psykologilla saattoi olla joihinkin potilaisiin terapiasuhde. Erityiskoulutuksensa takia psykologi piti yleensä osastolla toteutetut pari- ja perhetapaamiset. Ryhmiä olivat terapeutin keskusteluryhmä, taideterapiaryhmä, aamuryhmä, viikon päätösryhmä, talousryhmä ja leivontaryhmä. Myös liikunta kuului potilaiden ohjelmaan. (Porin päiväsaaraala 1991–1993.)

Siltasen tutkimus käsittelee Porin mielenterveyskeskuksen Päiväosaston toiminnan tuloksellisuutta, minkä mukaan Päiväosastolla korostettiin yhteisöhoitoa. Tutkimus aloitettiin vuonna 1991. Tutkimuksessa korostettiin myös omahoitajasuhdetta, jonka mukaan se oli keskeinen hoidollinen elementti. Omahoitajasuhteessa esiin tulleista asioista on neuvoteltu tiiviisti työryhmässä potilaan hoitosuhteen tukemiseksi ja niiden kehittymiseksi. (Siltanen 1993.)

Vuonna 1994 perinteisten psykiatristen sairauksien lisäksi hoidossa oli muun muassa paniikkihäiriöistä ja somaattisesta oirehdinnasta kärsiviä potilaita. Liikuntamuotoihin panostettiin tavoitteellisemmin kuin aikaisemmin osana psykiatrisen potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Porin kaupungin erityisliikunnanohjaaja lupautui yhteistyöhön Päiväosaston kanssa auttaen suunnittelemaan potilaiden liikuntaryhmiä. Vesivoimistelu muodostui jokaviikkoiseksi tapahtumaksi, ja siellä kävi jatkohoidossakin Päiväosastolla olleita potilaita. (Porin Päiväosasto 1994.)

Vuonna 1996 yksilövastuinen hoitotyö oli muotoutunut käytännöksi Päiväosastolla. Yhteisöhoito ja muut erilaiset ryhmämenetelmät olivat myös olleet käytössä. Uusia ryhmiä olivat keskusteluryhmä, toiminnallinen ryhmä ja luovan ilmaisun ryhmä. Taideterapia- sekä rentoutusryhmä jatkuivat edelleen ja lääkehoidosta huolehti lääkäri. Mielenterveyden Tuki ry:n torstaikerho ja potilaiden omaisten kerho kokoontuivat päiväosaston tiloissa. Vuonna 1997 hyödynnettiin samoja hoitomuotoja kuin aikaisemminkin. (Porin Päiväosasto 1996.)

Haastateltava korosti ryhmähoidon ja yhteisöhoidon merkitystä. Päivä aloitettiin usein yhteisellä aamukokouksella. Aamukokouksessa nähtiin paikalla olijat ja voitiin käydä päivän toimintoja läpi. Aamukokouksessa oli vapaamuotoista keskustelua ja joskus aamuvoimistelua. Ryhmistä ja yhteisöhoidosta potilas on saanut malli- ja yhteisöoppimista, missä potilaat kannustavat toisiaan. Mallioppimisella on saattanut olla myös negatiivinen puoli, sillä jos toinen potilas teki jotain ikävämpää, niin toinen potilas saattoi seurata tätä mallia. Haastateltava kertoi potilaiden ajoittain yllyttävän toisiaan myös haastavissa asioissa, jotka saivat heitä tekemään typeriä asioita. Haastateltava kertoo huomanneensa jossain vaiheessa viiltelyn ja itsemurhayritysten kasvaneen.

Sit siinä oli just semmoista mallioppimista ja sitä yhteisöoppimista, mut siis tämmöst et he tuki toinen toisias ja kannusti ja tietysti pahassakin,

kun toinen teki jonkun typerän asian niin toinenkin teki. Jossain itsemurhayrittäneiden jossain vaiheessa, must siitä otettiin vähän mallia toinen toisistaan, et se oli kurja juttu. Joku viiltely lisääntyi jossain vaiheessa.

Haastateltava painotti myös, että potilaiden hoitomuotona hyödynnettiin paljon retkiä erilaisiin paikkoihin, kuten kirjastoon. Haastattelussa korostui retkien virkistävä vaikutus potilaisiin ja hoitajiin. Retkillä saattoi nähdä potilaan erilaisessa roolissa kuin osastolla, ja samalla tavalla potilaat näkivät hoitajat erilaisessa roolissa, esimerkiksi sienestämässä tai soutamassa. Haastateltava painotti myös psykologin roolia potilaan hoidossa.

...sit tietysti psykologit, kun he tuli siihen enemmän niin he osallistu myös niinku näihin hoitoneuvotteluihin ja teki justii aika isonkin osan sitte potilashoidosta, et jotkut ei kaikkien kohdalla testauksia tehty mut aika monel psykologit teki ne tutkimukset, testaukset ja heidän työpanos oli aika iso siinä sitte jossain vaiheessa mä muistan, että se niinku lisääntyi. Et ku tultii, yritettii tämmösiä työkyvyn arviointii tehdä ja tehtiinkin niin siihen osallistu aina psykologi kanssa sitten.

8.3.3 Päiväsairaalan henkilökunta

Psykologi oli koko vuoden ajan työryhmän jäsen osa-aikaisesti ja hän oli yhtenä päivänä viikossa Päiväsairaalassa. Psykologin työtehtäviin kuuluivat ensisijaisesti tutkimukset, hoidon suunnittelu sekä perhehaastattelut. Porin Päiväsairaalan potilaat saivat sosiaalityöntekijän palveluita, mitkä tuotettiin mielenterveystoimiston työryhmissä. Henkilöstöpolitiikka toteutui henkilöstöhallinnon avulla, sillä muun muassa kehityskeskusteluja järjestettiin osastonhoitajan ja kunkin työryhmän omien kehittymistarpeiden mukaan. (Porin Päiväsairaala 1990.)

Päiväsairaalan henkilökuntaan kuuluivat psykiatri, kolme psykiatrista erikoissairaanhoidajaa, mielenterveyshoitaja sekä lääkäri. Myös psykologin ja sosiaalityöntekijän palvelut olivat käytettävissä. (Päiväsairaala 1991.) Vuonna 1993 sairaala-apulaisen ja toimistotyöntekijän osuutta Päiväosaston toiminnassa vähennettiin heidän työnsä mi-toittamisen myötä. (Päiväsairaala 1993.)

Henkilöstön korkeaa ammattitaitoa ylläpidettiin toimivan yhteistyön kautta, esimerkiksi osallistumalla koulutuksiin, työnohjauksiin, kehityskeskusteluihin ja työpaikkakokouksiin. Päiväosastolla tutustuttiin myös ATK:hon eli tietotekniikan käyttöön ja siihen perehdytettiin erilaisin koulutus- ja tiedotustilaisuuksin. ATK-taitojen hyödyntäminen otettiin koekäyttöön syksystä alkaen. Laatuprojektit käynnistyivät koulutus- ja tiedotustilaisuuksin, mihin psykiatrian alueen työntekijät osallistuivat. (Porin Päiväosasto 1995.)

Psykologin osuus nousi tärkeäksi terapiatarpeen määrittelyssä, hoidon arvioissa ja suunnittelussa. Henkilökuntaan kuuluivat vuonna 1996 osastonlääkäri, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, mielenterveyshoitaja, psykologi ja sairaala-apulainen osan työajastaan. Vuoden aikana kaksi osastonlääkärää ja yksi sairaanhoitajista oli kriisityöryhmän käytössä. Avohoidon porrastusta selkiytettiin varsinkin Porin alueella ja luotiin toimivat yhteistyökäytännöt päällekkäisyyksiä välttäen. (Porin Päiväosasto 1996.)

Johtamisessa noudatettiin tulosjohtamisideologiaan perustavaa mallia, missä tavoitteena oli yhteistyöjohtamisella tukea ja kannustaa henkilökuntaa entistä parempiin työsuorituksiin. Työntekijöille luotiin edellytykset käyttää ammattitaitoaan luovasti ja tehokkaasti. (Porin Päiväosasto 1996–2000.)

Vuonna 1999 mietittiin päiväosaston tarvetta joko kokopäivätoimiseen psykologisiin tai toimintaterapeuttiin. Rakennemuutosten ja avohoitoon panostamisen myötä asia tuli ajankohtaiseksi. Päiväosastolle otettiin töihin kokopäivätoiminen psykologi, jotta työn suunnittelu tehostui, samoin kuin hoidon jatkuvuus. Työryhmään kuuluivat ylilääkäri, erikoislääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, vastaava sairaanhoitaja, psykologi ja laitoshuoltaja. (Porin Päiväosasto 1999.)

8.3.4 Ammattitaidon kehittäminen koulutuksilla

1990-luvulla Porin Päiväyksikön työntekijät osallistuivat edelleen perheterapian ja taideterapian opintopiireihin sekä koulutuksia oli aiheista yksilövastuinen hoitotyö ja ratkaisukeskeinen lyhytterapia. Osastonhoitaja osallistui psykoterapiakoulutukseen

vuonna 1996, ja vuonna 1997 hän aloitti oman analyttisen ryhmäpsykoterapian käyttämällä siihen kolme tuntia viikossa. (Porin Päiväsairaala 1990–1997.)

Kaksi työntekijää osallistuivat opintomatkalle Lontooseen vuonna 1990, missä tututtiin perhetyöhön ja vuonna 1997 työryhmä teki opintokäynnin Kuopioon Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuroniin, missä perehdyttiin erityisesti paniikkihäiriön tutkimukseen ja hoitoon. Kaksi sairaanhoitajaa ja mielenterveyshoitaja aloittivat oman pitkäaikaisen erityistaitoja lisäävän koulutuksen. Vuonna 1998 Koulutusmääräraha oli pienempi mitä aikaisempina vuosina, joten jo koulutetut työntekijät ohjasivat toisia työntekijöitä ja tätä koulutusta ajatellen nimitettiin kaksi työntekijää. (Päiväosasto 1993.)

8.3.5 Tulostavoitteellinen toiminta

Vuonna 1991 kesällä pidettiin suunnittelukokous, johon osallistuivat Päiväsairaalan hoitohenkilökunta, lääkäri, psykologi ja ylihoitaja. Kokous järjestettiin aluemalliin siirtymisen jälkeen, kun Päiväsairaalan käyttö oli suhteellisen vähäinen ja kuormitus alhainen. Harjavallan sairaalan kuntaliitossa siirryttiin potilaiden hoitamisessa niin sanottuun aluemalliin syksyllä 1989. Siitä käynnistyi haastava, mutta innostava Päiväsairaalan ylösajo-prosessi, jonka yhdeksi lähtökohdaksi otettiin toiminnan kehittäminen ja sen jatkuva arviointi. (Siltanen 1993.)

Vuoden 1991 tavoitteena oli tutkia seurantatutkimuksen avulla ainakin vuoden verran päiväsairaalahoidon tuloksellisuutta. Tavoitteina olivat myös yksittäisten potilaiden hoidon tuloksellisuuden ja koko hoitoyksikön toiminnan tehokkuuden arvioiminen kuukausittain, realistiset ja yksilölliset hoitotavoitteet potilaille yhteistyössä heidän kanssaan, yhteistyö eri toimipisteiden ja ammattiryhmien kanssa sekä omahoitajasuhteiden sisällön kehitys. Päiväsairaalan toiminta pyrittiin pitämään toiminnassa ilman sijaisia. Päiväsairaalassa ei ollut omaa lääkäriä vuonna 1992, vaan lääkäri vaihtui vuoden aikana useita kertoja. Tavoitteena oli vuoden aikana pitää kuormitusprosentti riittävän korkeana. (Porin Päiväsairaala 1991–1992.)

Siltasen teettämässä tutkimuksessa "Porin mielenterveyskeskuksen psykiatrisen Päiväosaston toiminnan tuloksellisuus" kerrotaan Päiväosaston hoidollisten periaatteiden ja strategian olevan epäselkeästi määritelty. Tutkimuksessa selvisi aikakausien vaikuttaneen Päiväyksikön tapaan hoitaa potilaita. Yhtenä kestäväenä hoidollisena lähtökohdiana pidettiin supportiivisen terapeutin asenteen kohdistamista potilaisiin. Tämän asenteen puitteissa potilaita on tuettu ongelmissaan, etsitty niihin uusia hedelmällisempiä näkökulmia sekä suhtautumistapoja. (Siltanen 1993.)

Vuonna 1994 Päiväosasto osallistui johtamisjärjestelmien kehittämishankkeeseen liittyvään koulutukseen ja uusi sen myötä tilastointijärjestelmän, mikä otettiin käyttöön vuoden alusta. Sinä vuonna toteutettiin yksilölle tehtyä talousarviota, missä hoitopäivätavoite oli 3000. Hoitopäivätavoitetta ei kuitenkaan saavutettu. (Porin Päiväosasto 1994.)

Vuonna 1995 Satakunnan sairaanhoitopiirissä siirryttiin tulosjohtamiseen ja tämän organisaatiouudistuksen vuoksi pidettiin erilaisia neuvottelu- ja tiedotustilaisuuksia. Kaksi kertaa vuodessa pidettiin työpaikan suunnittelupalaveri, johon koko työryhmä ja esimiehet osallistuivat. Päiväosaston työntekijöitä oli mukana myös Satakunnan Messujen järjestelyissä ja esittelemässä psykiatrista avohoitotoimintaa. Vakituista lääkäreitä ei saatu vielä vuodelle 1995 ja lomasijaisia otettiin harkitusti tilanteen mukaan. Lääkärin vaihtuminen muutaman kerran vuodessa oli jonkin verran pitkäjänteistä työskentelyä haittaavaa. (Porin Päiväosasto 1995.)

Vuonna 1997 toimintaa varjosti tiukka taloudellinen tilanne ja Päiväosastoa kehoitettiin säästämään menoissa. Yksikölle tehtyä talousarviota piti noudattaa niin hyvin kuin oli mahdollista. Päiväosaston henkilökunta perehtyi enemmän hoitotyön teorioihin ja käytäntöihin sekä hoitotyön kirjaamiseen. Laatuajattelu tuli osaksi työryhmää ja oivallettiin oman työn tutkimisen tarpeellisuus. Päiväosaston työntekijät osallistuivat erilaisiin tiedotustilaisuuksiin, tutustumiskäynteihin ja opiskelijoiden ohjaamiseen. (Porin Päiväosasto 1997.)

Vuonna 1998 toiminta oli yleisesti ottaen hyvää ja tehokasta. Päiväosaston moniammatillinen työryhmä takasi laadukkaan työn. Työryhmässä oli terapeutista monipuolisuutta ja mietittiin, miten voitaisiin paremmin hyödyntää jokaisen erityisosaamista

työssä, esimerkiksi koulutuksista saadun erityisosaamisen kautta. Työryhmässä osatiin antaa rakentavaa palautetta. (Hakala 1998.) Vuonna 1998 työryhmään kuuluivat ylilääkäri, ylihoitaja, erikoislääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, sairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja. (Porin Päiväosasto 1998.)

8.4 Potilaiden kokonaisvaltainen hoito vuosina 2001–2010

Vuoden 2001 toimintakertomuksessa kerrotaan potilaiden maksaneen hoitomaksua kaikilla päiväosastoilla 35mk/vrk. Lääkkeet jokainen potilas osti itse. Potilaan työkyvyn tutkimuksia tehtiin psykologin tutkimuksen ja osastoseurannan osalta poliklinikan harkitseman tarpeen mukaan. Potilaita oli hoidossa enimmillään 12. Päiväosastolla hoidettiin akuutteja tapauksia, jolloin voitiin estää laitoshoidon tai tilanteen kärjistyminen potilaan itsensä vahingoittamiseksi. (Porin Päiväosasto 2001.)

Vuonna 2002 Päiväosasto oli toiminut 23 vuotta ja hoito oli yksilöllistä sekä asiakaslähtöisyyteen pyrkivää. Tärkeä osa potilaiden hoitoa olivat hoidolliset ryhmät, yhteisössä oleminen, lääkehoito sekä sen seuranta. Tavoitteena oli potilaiden nopea hoitoon pääseminen. Päiväosastolla pyrittiin terävöittämään ryhmähoitoja. Yhteistyön merkitys korostui entisestään erityisesti perusterveydenhoidon ja lähettävien hoitoyksiköiden kanssa. (Porin Päiväosasto 2002.)

Päiväosasto oli suljettuna viisi viikkoa vuonna 2002. Kesän sulkun päädyttiin, koska pitkäaikaisen kokemuksen mukaan sulku oli koettu perustelluksi osana yhteisötoiminnassa. Toiminta jaksotettiin ja tauot olivat yhteisiä kaikille. Työryhmän työskentelyn kannalta oli myös eduksi, että kaikki olivat lomalla yhtä aikaa eikä silloin ollut tarvetta sijaisille. Sulku aiheutti erilaisia kokemuksia, niin myönteisiä kuin kielteisiäkin. Myönteisiä kokemuksia sulusta olivat: toiminnan jaksottaminen, hoitosuhteiden päättäminen yhtä aikaa, potilaiden omatoimisuuden lisääntyminen, viikko-ohjelman noudattaminen sovitusti, ei sijaistarvetta, yhdessä lopettaminen sekä aloittaminen oli henkisesti helpompaa, toiminnan suunnittelulle saatiin varattua riittävästi aikaa ja potilaat ovat samanarvoisessa asemassa, koska tauko koskee jokaista yhtä aikaa. Kielteisiä kokemuksia olivat: joidenkin potilaiden hoitajakso jäi kesken, potilaiden hoitopäivät olivat vähentyneet, potilaita ei voitu ottaa tarpeen vaatiessa, jotkut kesällä auki olleet

hoitopaikat olivat kuormittuneet, lopettamisen sekä uudelleen aloittamisen vaikeus ja kesätauon aikana ei voitu tarjota kriisihoitoa. (Porin Päiväosasto 2002.)

Vuonna 2003 huomiota kiinnitettiin nopeaan hoitoon pääsemiseen ja joustavuuteen, yhteistyöhön hoitoketjujen välillä sekä ryhmä- ja yhteisöhoidon kehittämiseen entises-tään. Tavoitteena oli selvittää potilaalle yksilöllisesti sopiva alkututkimus ja hoito. Kesätauon jälkeen ylilääkäri ja ylihoitaja esittivät johtoryhmän käsiteltäväksi Päivä-osaston paikkaluvun pudottamista kahteentoista. Vuonna 2003 järjestetyssä tiedotus-tilaisuudessa kerrottiin toimintatilastosta, jossa todettiin päiväosastopäivien nousseen 3,2 prosenttiin. (Porin Päiväosasto 2003.)

Vuonna 2005 Satakunnan kansassa julkaistiin uutinen "Päiväosasto osa psykiatrissa hoitoa", jossa kerrottiin Porin päiväosaston toiminnasta. Artikkelissa on haastateltu Porin päiväosaston osastonylilääkärinä Anna-Maria Alhoa, joka kertoo tavoitteena olleen parantaa hoitoon pääsyä, ja lisää henkilökuntaa tarvittavan kriisivalmiuden paran-tamiseksi. Tavoitteena oli 5-10 vuoden sisällä saada uudet tilat osastolle puutyö- ja musiikkiterapiaa varten. (Matikainen 2005.)

Vuonna 2006 Päiväosasto oli vakiinnuttanut paikkansa ryhmäpsykoterapeuttisena hoi-topaikkana tarjoten avun silloin, kun tarvittiin tiiviimpää hoitoa kuin poliklinikkakäyn-nit. Siten vältyttiin vakavissakin tilanteissa laitoshoidolta ja potilas sai olla kotona illat ja viikonloput. Tällöin korostuivat potilaiden oma motivaatio ja sitoutuminen hoi-toonsa. Ryhmäterapien ja yhteisön suuri merkitys perustuu vertaistukeen, mutta myös vuorovaikutustaitojen harjoitteluun, omien ajatusten ja tunteiden tunnistamiseen sekä jakamiseen. (Porin Päiväosasto 2006.)

Potilaspaikkoja oli käytössä 12, ja läheteitä tuli muun muassa psykiatrian poliklini-kalta, osastolta M0, työterveyshuolloista, nuorisopsykiatrian alueelta, Harjavallan sai-raalasta ja terveyskeskuksista. Päiväosastolla oli myös polikliinista toimintaa, sillä jotkut potilaat kävivät hoitajakson jälkeen keskustelemassa kahden kesken lääkärin, psy-kologin tai hoitajan kanssa. Päiväosastolla oli myös potilaille sovittuja intervallihoito-jaksoja. (Porin Päiväosasto 2006.)

Vuonna 2006 potilaiden ongelmat liittyivät eniten ihmissuhteisiin perheessä, opiskelupaikassa tai työssä. Persoonallisuuden erilaiset häiriöt ja masennus olivat suurimmat diagnoosiryhmät. Myös psykoosia ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia hoidettiin. (Porin Päiväosasto 2006.) Haastateltavan mielestä hoidettavat sairaudet ovat muuttuneet Päiväosaston alkuajoista. Aluksi esiintyi psykooseja ja maanisdepressiivisiä sairauksia paljon, mikä muuttui myöhemmin siten, että masennus ja paniikkihäiriö yleistyivät. Diagnoosit muuttuivat ja esimerkiksi maanisdepressiivisestä sairaudesta alettiin käyttämään nimitystä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Vuosien aikana persoonallisuushäiriöt yleistyivät ja rajatilapotilaita tuli yhä enemmän Porin Päiväosastolle. Persoonallisuushäiriöisillä oli haastateltavan mielestä suuri vaikutus koko yhteisöön.

..persoonallisuushäiriö, joka sit vaikutti, jos oli rajatilapotilaita yhteisössä niin se vaikutti koko yhteisöön. Ko hehän splittaa kaikki hyviin ja pahoihin, henkilökunnankin. Niin se niinku näkyi hirveen hyvin sellainen vaikutus.

Kriisitilanteessa potilas otettiin mahdollisimman pian hoitoon ja muutenkin tavoitteena oli nopea hoitoon pääsy, mutta siitä huolimatta Päiväosastolla syntyi ajoittain jonoa. Hoitoneuvottelussa sovittiin yhdessä hoidon tavoitteet, suunnitelma kokonahoidosta, kuntouksesta sekä jatkohoidosta. (Porin Päiväosasto 2006.)

Vuonna 2007 potilaspaikat olivat enimmäkseen täynnä, poikkeuksena kuitenkin kesätaukoa edeltänyt aika, jolloin läheteitä tuli hieman vähemmän. Kiireellisissä tilanteissa potilaita otettiin myös nopeasti ylipaikalle. Ylipaikkatilanteet eivät kestäneet pitkään, sillä potilasvaihtuvuus oli nopeaa. Masennus- ja ahdistuneisuusoireet olivat usein hoitoon tulon syynä, ja persoonallisuuden problematiikka oli mutkistumassa ja pitkittämässä toipumista. Diagnoseina oli myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sekä psykoottista oireilua. Kaksivuotinen ryhmä päättyi keväällä ja vajaan vuoden mittainen jälkipoliklininen ryhmä alkoi syksyllä. Ryhmät olivat suljettuja ja niissä oli potilaita 6-8. Heinäkuussa oli kolmen viikon mittainen sulkua. Myös joulun ja uudenvuoden välisenä aikana toiminnassa oli taukoa. (Porin Päiväosasto 2007.)

Potilaiden kanssa asuvien lasten tilanteeseen oli kiinnitetty enemmän huomiota. Myös potilaiden muita omaisia, työnantajan edustajia ja yhteistyötahoja voitiin tavata tarvittaessa. Ryhmät olivat edelleen pääasiallinen hoitomuoto, ja ryhmien määrää sekä sisältöä oli suunniteltu tarkistettavaksi vuonna 2008. Henkilökunnan innostuneisuus ja

aktiivisuus oli johtanut siihen, että uusia ryhmiä oli alkanut ilman, että edellisiä oli jäänyt pois. Työnohjauksessa oli saatu tästä palautetta, ja tarkoituksena oli tehdä pientä karsintaa ja tarkistuksia ryhmistä. Potilaan hoitopäivään sai jäädä myös sellaista aikaa, jolloin ei ollut ryhmää, sillä jo terapeutin hyöty muutenkin edellyttää tätä. (Reiniaho 2008.)

Vuonna 2008 keskeistä potilaan hoidossa oli kokonaisvaltainen suunnitelmallisuus ja joustavuus ajatellen potilaan elämäntilannetta sekä hänen omaa valmiuttaan hoitoon. Päiväosaston avainalueisiin kuuluivat nopea hoitoon pääsy, joustavuus, yhteistyö hoitoketjujen välillä, lääkehoito ja päiväosastohoito, jossa oli mahdollisuus ryhmäpsykoterapiaan. Päiväosastohoidolla voitiin joissakin tapauksissa välttää ympärivuorokautinen sairaalahoito. Potilaat olivat tulleet akuutissa kriisitilanteessa, elämäntilanteen vaikeutuessa tai pitkittyneessä tilanteessa etukäteen sovitulle hoito- tai intervallijaksolle. (Porin Päiväosasto 2008.)

Päiväosasto mahdollisti aikuispsykiatrian akuuttipainotteista avohoitoa, mikä oli suunnattu vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsiville työikäisille. Vuonna 2009 arviointikäytäntö oli nopeaa ja joustavaa, ja tarvittaessa potilaalle annettiin hoitoa välittömästi. Porin Päiväosaston merkittäviä osa-alueita olivat ryhmäpsykoterapeuttisesti orientoitunut päiväosastohoito, akuuttipsykiatristen potilaiden suunnitelmallinen määräaikainen hoito ja yhteistyö eri tahojen kanssa. Akuuttipsykiatristen potilaiden suunnitelmallisen määräaikaisen hoidon avaintehtäviä olivat potilaiden kokonaishoito Päiväosastolla, mikä vähentäisi jatkohoidon tarvetta ja ryhmäpsykoterapeuttisen hoidon tarjoaminen päiväosaston sekä muiden yksilöiden potilaille. Yhteistyöhön eri tahojen kanssa katsottiin kuuluvaksi yhtenäinen hoitosuunnitelma, kuntoutustoimenpiteisiin osallistuvien viranomaisten yhteistyö ja laitoshoidon. (Porin Päiväosasto 2009.)

Vuonna 2010 Porin Päiväosasto toimi Attendo MedOnen avulla, toimien silti yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa. Sopimuksen mukaan Attendo MedOnen tehtävä oli järjestää Päiväosastolle psykiatrian erikoislääkärit ja psykologit sekä auttaa kehittämään palveluita. Akuuttipsykiatristen potilaiden suunnitelmallisen määräaikaisen hoi-

don avaintehtäviksi muotoutui omaisten huomiointi sekä moniammatilliset hoitosuunnitelmakokoukset. Yhteistyötä eri tahojen kanssa suunniteltiin tapahtuvan poliklinikan, sairaalan ja kolmannen sektorin kanssa. (Porin Päiväosasto 2010.)

8.4.1 Työntekijöiden ja työryhmän toiminta

Päiväosaston lääkärin osuutta siirrettiin muun henkilökunnan tehtäväksi. Omahoitaja teki tulohaastattelun uusista sekä loppuarvion lähtevistä potilaista. Lääkärin työpanos keskitettiin vain välttämättömiin lausuntoihin sekä lääkitysasioihin, ja työryhmä konsultoi lääkäriä tarvittaessa. Lääkärin kanssa sovittiin tietty tuntimäärä viikossa, jolloin hän tuli Päiväosastolle. (Porin Päiväosasto 2001.)

Vuonna 2002 osastonylilääkäri ja osastonhoitaja kävivät Suomen Ryhmäpsykoterapiayhdistyksen ryhmäterapeutiksi pätevöittävää koulutusta. Sisäisinä työnhajaajina toimivat osastonhoitaja ja sairaanhoitaja sekä mielenterveyshoitaja tarvittaessa taide-terapian työnhajaajana. Osastonylilääkäri oli aloittanut työnhajauksen perusterveydenhuollon lääkäreille. Koko työryhmä oli saanut yhteistyönhajaukselta ulkopuoliselta henkilöltä, ja hoitosuhteisiin oli mahdollisuus saada sisäistä työnhajaukselta. (Porin Päiväosasto 2002.)

Vuonna 2003 Päiväosaston työryhmään kuuluivat osastonylilääkäri, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, mielenterveyshoitaja, psykologi ja laitoshuoltaja. Sosiaalityöntekijän ja toimistovirkailijan palvelut saatiin psykiatrian poliklinikalta. Päiväosaston henkilökunta teki myös polikliinista työtä yksilö-, perhe- ja ryhmäkäyntien merkeissä. Potilaiden läheteistä tuli neuvotella lääkäri Karran kanssa, koska sillä voitiin vaikuttaa Päiväosaston potilasrakenteeseen. Ylihoitaja Jussi Hänti ehdotti palaverissa kehittämishankerahan käyttämistä toimintaterapeutin hankintaan Päiväosastolle, perusteluna hankintaan oli muun muassa ryhmähoitoon siirtyminen. Toimintaterapeutti oli poliklinikan kanssa yhteinen. (Porin Päiväosasto 2003.)

Päiväosaston työryhmä kokoontui pitämään aivoriihtä osaston sisäisistä asioista ja paikalla olivat muun muassa ylilääkäri ja ylihoitaja. Aivoriiehtä käsiteltiin lähinnä hallinnollisia asioita, kuten Päiväosaston rooli hoitoportaikossa, psykiatrisen avohoidon

päivystys, intensiivinen psykoterapeuttinen hoito, miten mataloittaa hoitoon tulon kynnystä, keskeisimmät yhteistyökumppanit, missä määrittyy hoidon portaakkuus, mitkä ovat päiväosaston keinot edesauttaa hoidon jatkuvuutta, valtakunnalliset laatusuosituksiset, työkyvyn arviot päiväosastolla, kriisiluonteinen nopea hoitoon pääsy, mittaristoasiaa, kirjaamista, erilaisia hallintomalleja, virkojen ja toimien sisältöä, koulutussuunnitelmaa vuodelle 2003 ja työnohjaussuunnitelmaa vuodelle 2003. (Porin Päiväosasto 2003.)

Vuonna 2006 Päiväosaston työryhmään kuuluivat lääkäri, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, mielenterveyshoitaja, psykologi osa-aikaisena niin kuin myös toimistosihiteeri ja laitoshuoltaja. Sosiaalityöntekijän osuus saatiin psykiatrian poliklinikalta. Henkilökunnassa tapahtui paljon muutoksia, kun vakituinen lääkäri lähti pois kesätauon jälkeen. Kahtena päivänä viikossa ulkopuolinen psykiatri Satakunnan sairaanhoitopiiristä kävi Päiväosastolla. Psykologi jäi joulukuun alussa eläkkeelle eikä tilalle saatu heti uutta psykologia. (Porin Päiväosasto 2006.) Haastateltavan mukaan henkilövaihdoksilla on ollut merkitystä hoitokäytänteisiin ja varsinkin lääkäreiden asenteilla ja mielipiteillä. Haastateltava kokee saaneensa aina hyvät koulutusmahdollisuudet ja hän on kouluttautunut muun muassa ryhmäpsykoterapeutiksi.

Päiväosastolla ryhmäpsykoterapeutteja olivat lääkäri, osastonhoitaja ja yksi sairaanhoitaja. Henkilökuntarakenne oli niukka ja pieni työryhmä oli hyvin herkästi haavoittuva muutoksista. Työsuojeluhenkilöstön ja työterveyshuollon kanssa oli neuvoteltu muun muassa työolojen sekä henkilökunnan hyvinvoinnin tehostamiseksi. Työryhmä sai ryhmiin ja yhteisöön ulkopuolista työnohjausta. (Porin Päiväosasto 2006.)

Vuonna 2007 henkilökunnasta kaksi oli ryhmäpsykoterapeutteja ja muutkin työntekijöistä olivat asiaan hyvin perehtyneitä. Sitä tuki myös kerran kuussa toteutunut työnohjaus. Työnohjaajana oli ryhmäpsykoanalytikkokandidaatti Mikko von Bruun. Vuonna 2007 tammikuussa pidettiin suunnitteluiltaapäivä, jossa olivat läsnä ylilääkäri, osastonhoitaja, erikoislääkäri, ylihoitaja, sairaanhoitaja, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja ja laitoshuoltaja. Päiväosastolta tehtiin yhteistyötä lääkärin kanssa, jonka toimivirka oli osastolla M0. Yhteistyön lisäämisestä neuvoteltiin osaston M0 kanssa sekä Harjavallan sairaalan akuuttiosastojen ja osasto 42:n kanssa. Suunnitteluiltaapäivässä

todettiin nuorien, jotka eivät löydä paikkaansa yhteiskunnassa hakeutuvan hoitoon yhä useammin. (Porin Päiväosasto 2007.)

Osastonhoitaja jäi eläkkeelle. Osan vuodesta lääkärin tehtävää hoiti psykiatrian poliklinikan ylilääkäri. Psykologi aloitti työskentelyn päiväosastolla niin, että hän oli puolet viikosta päiväosaston käytettävissä. Sairaanhoitaja siirtyi marraskuun alusta päiväosastolle Harjavallan sairaalan osastolta 42. Päiväosaston henkilökunnan erityisosaisalueita olivat kuvataideterapia, seksuaalineuvonta, yhteisötyönohjaaja ja ryhmäpsykoterapia. (Porin päiväosasto 2007.)

8.4.2 Hoitomuodot 2000-luvulla

Vuonna 2003 tärkeä osa hoitoa olivat hoidolliset ryhmät, yhteisössä oleminen ja jokaisella potilaalla oleva omahoitaja, jonka kanssa sovittiin yksilökeskustelut. Osastolla oli keskustelu-, taideterapia-, musiikki-, rentoutus-, liikunta- sekä leivontaryhmä ja niiden tavoitteena oli muun muassa vuorovaikutustaitojen harjoittelu, vertaistuen saaminen, omien ajatusten ja tunteiden tunnistaminen sekä jakaminen. Potilas hankki itse lääkkeensä ja vastasi niiden ohjeenmukaisesta säilyttämisestä ja käyttämisestä, vaikka lääkehoidon suunnittelu ja toteutus kuului Päiväosaston työntekijöille. (Porin Päiväosasto 2003.)

Päiväosastolla potilaalla oli mahdollisuus päivittäiseen vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa, mikä kehitti sosiaalisia taitoja sekä vastuunottamista itsestä, toisista ja yhteisistä asioista. Hoito pyrittiin toteuttamaan yksilöllisesti, mutta työtä tehtiin myös perhekeskeisesti ja elämän olosuhteet huomioiden. Potilaille asettamien hoitotavoitteiden toteutumista arvioitiin määräajoin hoitokokouksissa. Hoitokokoukseen osallistui mahdollisuuksien mukaan perheenjäsen, ystävä, työterveyshoitaja ja työterveyslääkäri. (Porin Päiväosasto 2003.) Vuonna 2004 siirryttiin ryhmämuotoiseen hoitokäytäntöön, jolloin potilaat hoidettiin ryhmissä. (Porin Päiväosasto 2004.)

Vuonna 2006 suurimmalla osalla potilaista oli lääkehoito. Lääkityksen vaikutusta ja muuta siihen liittyvää seurattiin ja arvioitiin työryhmässä yhdessä potilaan kanssa. Psykologisia tutkimuksia tehtiin diagnoosin ja jatkosuunnitelmien tueksi suurelle

osalle potilaista. Psykologi osallistui myös hoitokokouksiin, perhetapaamisiin ja kerran viikossa suurryhmään. Terapiatyöskentely tapahtui kahdessa eri pienryhmässä: suurryhmässä ja taideterapiaryhmässä. Päiväosaston potilailla oli jokaisella oma pienryhmänsä, joka kokoontui kaksi kertaa viikossa. (Porin Päiväosasto 2006.)

Myös muut ryhmät toimivat hoitomuotoina, kuten keskustelu-, musiikki-, rentoutus-, elokuva-, kirjallisuus-, liikunta- sekä tulokas- ja menokasryhmät. Lääketehdas Lillyn kehittämä mielekäspäiväryhmä kokoontui kerran viikossa Päiväosaston sairaanhoitajan ohjaamana. Jokainen viikko aloitettiin viikon aloitusryhmällä ja lopetettiin viikon päätösryhmään perjantaina. Joka aamu oli lyhyt aamukokous, jossa keskusteltiin muun muassa käytännön asioista. Kolmena päivänä viikossa oli myös päivän päätösryhmä. Ulkoista toimintaa oli muun muassa potilaiden ruokailu Viikkarin valkamassa. Päiväkahvi juotiin yhdessä osastolla, ja kahvinkeitto, pöydän kattaus sekä tiskauksesta huolehtiminen olivat potilaiden hoitamia viikkotöitä, joista sovittiin yhdessä. Myös uusien potilaiden opastus ja akvaariokalojen huolehtiminen kuuluivat viikkotöihin. (Porin Päiväosasto 2006.)

Terapiatyöskentely toteutui pienryhmässä, suurryhmässä ja taideterapiaryhmässä. Muita ryhmiä olivat musiikki-, rentoutus-, elokuva-, kirjallisuus- ja lääketehdas Lillyn kehittämä Mielekäs päivä - ryhmä. Päivät aloitettiin ja päätettiin lyhyellä ryhmätilanteella. Kerran kuussa kokoontuvia ryhmiä olivat seksuaalisuusryhmä ja yhteisökokous. Päiväosastolla jaettiin potilaille viikoksi kerrallaan kahvipöydän kattamiseen, kahvin keittämiseen ja uusien perehdyttämiseen liittyviä tehtäviä. Alkukesästä tehtiin retki Uotilantörmälle sekä tutustumiskäyntejä yksittäisten potilaiden tai koko ryhmän kanssa Klubitalo Sarastukseen, Hyvän Mielen talolle ja Jopin kuntoutumiskeskukseen. Päiväosastolla jatkettiin ryhmäpsykoterapiaa, ja se oli ollut käytössä Päiväosastolla noin viisi vuotta. (Porin Päiväosasto 2007.)

Suunnitelmissa oli jatkaa edelleen Päiväosastolla ryhmäpsykoterapian viitekehyksen mukaan toimimista. Tämä tarkoitti ryhmäpsykoterapeuttista ajattelua kaikessa toiminnassa, vaikka varsinaisia psykoterapiaryhmiä olivat vain suurryhmä, pienryhmät ja kuvataideterapiaryhmä. Muita ryhmiä olivat rentoutusryhmät, mielekäspäiväryhmä, elokuvaryhmä, kirjallisuusryhmä, musiikkiryhmä, toiminnallinen ryhmä, yhteisökokous

sekä sosiaalityöntekijän ryhmä. Useimmat ryhmät kokoontuivat viikoittain. (Porin Päiväosasto 2008.)

Vuoden 2008 toimintasuunnitelmassa kerrotaan ryhmäpsykoterapian periaatteesta, missä kiinnitetään huomio siihen, että ihminen olisi kosketuksissa kaikkiin puoliin itsessään. Tällöin hän hyväksyy itsensä kokonaisuutena ilman liiallista projisointia. Jos ihminen ei siedä tai hyväksy joitakin puoliaan, piirteitään tai tunteitaan, vaan heijastaa ne toisiin ihmisiin, hänen persoonallisuutensa on projisoinnista johtuen köyhtynyt ja kaventunut. Tätä ilmiötä tavataan usein ryhmissä, joissa myös potilaat saavat palautetta toisiltaan, ja voivat punnita kykyään vastaanottaa tätä. Ryhmän terapeutin interventioissa pyritään tässä ja nyt -tilanteeseen sekä ryhmäkokonaisuuden huomioon ottamiseen, mikä lähtee näkemyksestä ryhmätasolla ja yksilötasolla tapahtuvasta integraatiosta. (Porin Päiväosasto 2008.)

Periaatteen mukaan ihmisen eheytyessä hän ei ole altis vastaanottamaan itseensä kuulumattomia ominaisuuksia, joita toiset pyrkivät sijoittamaan häneen. Ryhmät tarjoavat myös mahdollisuuden olla rakentavassa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Hoidon tavoitteina on kyky nähdä mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämään, nähdä yhteyksiä asioiden välillä, kyky tunnistaa enemmän omia tunteita, kyky sietää ahdistusta, kyky päästää enemmän ajatuksia tietoisuuteen sekä saada joustavampia, kypsempiä ja itselle vähemmän haitallisia puolustusmekanismeja käyttöön. (Reiniäho 2008.)

8.5 Organisaatiomuutosten vaikutus toimintaan vuosina 2011–2017

Vuonna 2011 Satakunnassa ongelmana oli pitkään jatkunut pula psykiatreista, mikä olisi jatkunut ja pahentunut eläkkeelle siirtymisten myötä. Suurimman vaikutuksen lääkärivajeesta saivat kokea avohoidon yksiköt. Useissa tutkimuksissa oli lukenut avohoidon hyvistä ja pitkäkestoisista tuloksista, minkä takia ongelmaa lähdettiin ratkaisuun. Perustettiin Zappa-hanke, missä olivat mukana Tekes, Helsingin ja Turun yliopistot sekä Attendo MedOne, joka tuotti Porin psykiatrian poliklinikan ja Päiväosaston avopalvelut. Tavoitteena hankkeessa olivat laadukas avohoitopainotteinen hoitojärjestelmä Satakuntaan yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin

kanssa. Tavoitteena oli myös perusteellinen selvitys psykiatrisen palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuudesta sekä rakentaa sopimusmalli yhteistyöhön tilaajan ja tuottajan kanssa, mikä perustuu terveyshyödyn tuottamiseen ja palvelujärjestelmän kokonaiskustannuksiin. Hankkeessa toteutettiin laajoja potilastutkimuksia. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että vuonna 2010 potilaita otettiin 40 % enemmän Päiväosastolle kuin aikaisempana vuonna. (Koskinen 2011, 10–11.)

Vuonna 2011 Päiväosaston avainalueita olivat sairaalahoidon käytön vähentäminen, terveyshyödyn tuottaminen kustannusvaikuttavasti, ainakin sovittujen suoritemäärien tuottaminen sekä hyvän työilmapiirin kehittäminen tai säilyminen samanlaisena. Määritellyt avainalueet eivät toteutuneet tilanteesta johtuen, eivätkä muun muassa tiimityön selkeyttäminen, hyvinvointikyselyt, kehittämispäivät sekä kehityskeskustelut. (Porin Päiväosasto 2011.)

Vuonna 2012 avainalueita olivat terveyshyödyn tuottaminen kustannusvaikutteisesti, sovittujen suoritemäärien tuottaminen sekä työilmapiiriin huomion kiinnittäminen. Sairalahoidon käyttö saatiin suunnitelmien mukaan vähentymään ja yhteistyötä eri tahojen kanssa toteutettiin pidetyillä palaverilla työn ohessa. Hoitosuunnitelmia päivitettiin ja niitä siirrettiin Grasse-nimiseen ohjelmaan. Eri kokoonpanoilla oli aikaa suunnitella tai kehittää työhyvinvointiin liittyviä asioita. Kyselyt liittyen työhyvinvointiin tehtiin säännöllisiksi. (Porin Päiväosasto 2012.)

Vuonna 2013 tärkeimmiksi osa-alueiksi määriteltiin sairaalahoidon käytön pysyminen samalla tasolla, palvelujen tuottaminen nopeasti ja joustavasti sekä muutostilanteessa henkilön hyvinvointiin panostaminen. Koulutuksista saatuja keinoja otettiin käytäntöön. Henkilökunnan hyvinvointiin panostettiin suunnitellusti, minkä lisäksi henkilökunta osallistui työhyvinvointia koskevaan valmennukseen. (Porin Päiväosasto 2013.)

Vuonna 2014 toimintaa kehitettiin keskittymällä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon. Hoitoon pääsemistä koitettiin nopeuttaa ja siinä huomioitiin hoitoon pääsyn kiireellisyys. Osastolle tuli toimintaterapeutti ja työntekijävaihdoksia oli paljon. Huomiota kiinnitettiin henkilöstön hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen, mielialasta kärsivien hoitoon sekä työkykytutkimuksen selkeyttämiseen. Henkilöstön hyvinvoinnissa

ja työssä jaksamisessa otettiin huomioon koulutus, työnohjaus, työkykytoiminta, yhteinen keskustelu-aika, työpaikkakokoukset, kehityskeskustelut sekä kehittämisaika. Työhyvinvointivalmennus jatkui henkilökunnalle vielä edellisestä vuodesta ja työpaikkakokoukset olivat toimivia. Mielialahäiriöistä kärsivien hoitoon koitettiin vaikuttaa tekemällä yhteistyötä eri tahojen kanssa, saamalla asiaan liittyvää koulutusta sekä viikko-ohjelmaan tehtyjen muutosten avulla ja niitä seuraamalla. (Porin Päiväosasto 2014.)

Vuonna 2015 ja 2016 Päiväosasto oli puoliavoin hoitopaikka, mikä sijoittui poliklinikka- ja sairaalahoidon välimaastoon Porin mielenterveyskeskuksen alueella. Päiväosasto aloitti kotiosastona avohoidon varahenkilöstölle. Työpaikkakokoukset toteutuvat ja toimivat hyvin sekä henkilökunnalle järjestettiin yhteinen kehittämispäivä. Mielialahäiriöisten hoidon koulutuksiin osallistuttiin harkiten ja viikko-ohjelmiin tehtiin muutoksia tarpeen vaatiessa. Eri ammattiryhmien osuus työkykytutkimuksissa saatiin sovittua. Yksi paikka oli sovittu työkykytutkimuspotilaalle ja nämä tutkimukseen osallistuneet potilaat saivat tuoda mielipiteensä esille palautekyselyn avulla. Työntekijävaihdoksia oli paljon muun muassa eläkkeelle siirtymisten ja äitiyslomien vuoksi. Yhteistyötä saatiin lisättyä kolmannen sektorin kanssa. (Porin Päiväosasto 2015–2016.)

Vuonna 2016 avainalueiksi määriteltiin hoitomuotojen sisällön tarkastelu, neuropsykiatriset häiriöt sekä henkilöstön hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen turvaaminen. Hoitomuotojen sisällön tarkasteluun liittyivät tehtävät: hoitomuotojen sisällön avaaminen, vanhemmuus ja lapset puheeksi, liikunnan osuus, intervallihoidojen kehittäminen sekä perhetyön koulutuksen hyödyntäminen. Tulostavoitteena oli laadukas ja tehokas hoito potilaille sekä yksilö-, yhteisö-, ryhmä- ja perhenäkökulmien tasapainotus. Perheiden ja lasten tapaamisen saatiin enemmän painoarvoa koulutuksilla. Liikunta oli osa potilaiden viikko-ohjelmaa, mihin sisältyi esimerkiksi kävely tai uinti, ja ohjausapua liikuntaan saatiin tarvittaessa Liikunnan yksiköstä. Tarvetta intervallijaksoihin arvioitiin tarkemmin ja huomiota kiinnitettiin niiden määrään ja pituuteen. Neuropsykiatrisissa häiriöissä tulostavoitteena oli tietämyksen lisääminen, ja tehtäviksi määriteltiin lisäkoulutus sekä poliklinikan kanssa tehtävä yhteistyö potilaan hoitopolun selkiyttämiseksi. Henkilöstön hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen turvaamisen tulostavoitteeksi

otettiin motivoitunut ja tyytyväinen henkilökunta. Tavoitteeseen pyrittiin koulutuksilla, työnohjauksilla, työtoiminnalla, yhteisellä keskustelu- ja kehittämisajalla, työpaikkakokouksilla sekä kehityskeskusteluilla. (Porin Päiväosasto 2016.)

Vuonna 2017 nimi muutettiin Porin päiväosastosta Porin Päiväyksiköksi, ja se on tarkoitettu 18–65-vuotiaille potilaille. Porin Päiväyksikkö toimii poliklinikan ja sairaalan välimaastossa, esimerkiksi silloin kun poliklinikkahoito ei etene, sairaudessa on pahe-nemisvaihe, työkykyarvioita tehdessä ja sairaalahoidon jälkeen jatkohoitopaikkana. Pääpaino pidettiin edelleen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Potilaan tullessa hoitajalle tehtiin ensin 2-4-viikon hoitosuunnitelma, minkä jälkeen jatkosta sovittiin erikseen. Päiväyksikön toimintaan kuului Satakunnan sairaanhoitopiirin arvojen noudattaminen. (Porin Päiväyksikkö 2017.)

8.5.1 Organisaatiomuutokset

Vuonna 2012 päiväosasto toimi 12 paikkaisena. Toiminta oli mennyt kohti tavoitteita, mutta toimintaa silti häiritsi päätöksen odotus siitä jatkaako Päiväosasto Attendo Terveyspalvelut Oy:n ohjaamana vai siirtyykö se Satakunnan sairaanhoitopiiriin. Henkilökuntaa kuormittivat YT-neuvottelut, virkahaut sekä potilaiden saaminen jatkohoittoon monien hoitosuhteiden loppuessa. (Porin Päiväosasto 2012.)

Vuonna 2013 Porin Päiväosasto siirtyi takaisin osaksi Satakunnan sairaanhoitopiirin toimintaa, mikä häiritsi omalta osaltaan päiväosaston toimintaa vuoden alussa. Ajatuksena oli keskittyä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon. Työkykytutkimuksia aloitettiin tilanteen kartoittamiseksi. (Porin Päiväosasto 2013.)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kuvaileva tutkimus Porin Päiväyksikön hoitoideologiasta ja henkilövaihdoista. Tavoitteena oli muodostaa Porin Päiväyksikön historiasta kooste. Valmiissa aineistossa oli materiaalia 39 vuoden ajalta ja ne sisälsivät do-

kumentteja, vihkoja, asiakirjoja, toimintakertomuksia sekä pöytäkirjoja. Valmiin aineiston lisäksi tietoa Porin Päiväyksiköstä saatiin haastattelemalla yhtä jo eläkkeelle jäänyttä pitkäaikaista työntekijää. Tutkimus toteutettiin aikavälillä 2017–2018. Opinnäytetyön aihe oli selkeä ja valmiiksi hyvin rajattu Päiväyksikön henkilökunnan toimesta. Toisaalta opinnäytetyöhön saadun valmiiden materiaalien rajaamisessa oli haasteita, koska aineistoa oli paljon. Valikoituvien materiaalien tutkiminen vaati niiden tiivistä tarkastelua, jotta ne vastaisivat tutkimuskysymyksiä. Opinnäytetyön vaikein osuus oli materiaalien valikoiminen tutkimuskysymyksiin vastaten, koska aineistoissa oli kaikkea muutakin mielenkiintoista ja tärkeää.

Tavoite saavutettiin opinnäytetyössä ja tutkimuksesta saatiin tietoa Porin Päiväyksikön historiasta sekä muodostettua siitä kooste. Koosteeseen valikoitiin Porin Päiväyksikön toimintaan vaikuttaneita asioita. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli hoitoidelogian muuttuminen Porin Päiväyksikössä. Valmiista aineistosta löytyi hyvin tietoa tästä osa-alueesta, esimerkiksi Päiväyksikön alkuaikoina potilaiden yleisin taudinkuva oli masennus tai psykoosi, kun taas nykypäivänä Päiväyksikkö keskittyy mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon. Haastateltavan mukaan vaikeita psykooseja oli useammin 1980-luvulla, kun taas myöhemmin yleistyivät persoonallisuushäiriöt.

Taudinkuva vaikuttaa potilaiden hoitoon ja Päiväyksikössä on alusta alkaen pidetty ryhmiä, sillä niiden on katsottu toimivan potilaan hoitoa edistään. Haastateltava oli samaa mieltä siitä, että ryhmähoitoa on toteutettu Päiväyksikön alkuajoista saakka ja hän on kokenut sen toimivana sekä mielekkäänä hoitona potilaille. Ryhmissä potilaat saavat vertaistukea toisilta potilailta ja oppivat käyttäytymismalleja sekä hyvässä että välillä pahassakin. Historiakatsauksessa tuli ilmi, että potilaat kokivat ryhmähoidosta olevan apua ja sen olevan tehokasta sekä mielekästä. Muita hoitomuotoja olivat lääkehoito, omahoitajasuhde ja yhteisöhoito. Lääkehoitoa on aina käytetty potilaiden hoitomuotona Porin Päiväyksikössä, minkä haastateltava koki hyvänä asiana. Lääkehoito ei ole koskaan ollut ainoa hoito, vaan potilas on samalla käynyt hänen kanssaan sovituisissa ryhmissä. Porin Päiväyksikön hoitoidologiaan ovat vaikuttaneet eri aikakaudet, esimerkiksi logoterapiaa on käytetty 1980-luvulla, minkä jälkeen siirryttiin ratkaisukeskeiseen terapiaan ja siitä psykoterapiaan. 2010-luvun toimintakertomuksissa ei ollut hoitomuotoja avattu niin laajasti, mitä aikaisempina vuosikymmeninä.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli henkilövaihdosten vaikutus Porin Päiväyksikön hoitoideologiaan. Henkilövaihdoista ja henkilökuntarakenteesta oli aineistossa paljon tietoa, mutta itse henkilövaihdosten vaikutuksesta Porin Päiväyksikön hoitoideologiaan löytyi vähän tietoa. Haastateltavalta saatiin tietoa tästä osa-alueesta enemmän, ja hän tarkensi asiaa siten, että esimerkiksi Päiväyksikön alkuajoissa silloinen ylilääkäri Aira Laihinen oli opiskellut itsensä logoterapeutiksi ja käytti logoterapiaa hoitomuotona, mutta ylilääkäri Laihisen lähdettyä logoterapiaa ei enää jatkettu. Haastateltava kommentoi lääkäreiden mielipiteillä ja heidän asenteillaan olleen merkitystä hoitomuotoihin. Lääkärin vaihduttua saatettiin vaihtaa jopa suurin osa hoitomuodoista, ja lääkäreiden vaihtuvuus oli suurta. Haastateltava toimi itse ryhmäpsykoterapeuttina samoin kuin osa lääkäreistäkin, joten ryhmäpsykoterapiaryhmiä pidettiin yllä 2000-luvulla. Yhteistyö ja koulutukset ovat vaikuttaneet merkittävästi Porin Päiväyksikön käyttämiin hoitomuotoihin. Koulutusten avulla henkilökunta on kehittänyt omaa ammattitaitoaan ja siirtänyt koulutuksista saatuja tietoja käytäntöön, esimerkiksi potilaiden hoitoon.

2000-luvun lopussa Porin Päiväyksikköä vaivasi lääkäripula, mikä haittasi Porin Päiväyksikön toimintaa. Vuonna 2010 tapahtui isoja muutoksia, sillä Porin Päiväyksikkö siirtyi Satakunnan sairaanhoitopiiriin alaisuudesta Attendo Medonen alaiseksi. Attendo MedOnen avulla toimintaa alettiin kehittämään, millä saatiin tuloksia, esimerkiksi lääkärivaje korjattua. Monista toimintakertomuksista tuli esiin silti haittaava vaikutus työntekijöihin ja Päiväyksikön toimintaan johtuen tulevaisuuden epävarmuudesta. Vuonna 2013 Porin Päiväyksikkö siirtyi takaisin Satakunnan sairaanhoitopiirille.

9.1 Tutkimusetiikka

Etiikka määritellään ihmisen moraaliseksi käyttäytymiseksi ja sen tutkimiseksi. Moraali on yksilöiden sekä yhteisöjen käsitystä hyvästä sekä pahasta, oikeasta ja väärästä. Moraalit voivat olla lainattuja, perittyjä tai omatoimisesti johdettuja. Tutkimusetiikka käsittelee tutkimuksen ongelmaa kahdesta näkökulmasta. Toisessa näkökulmassa tarkastellaan päämäärään liittyvää moraalialia sekä keinoja miten kyseinen päämäärä saavutetaan. Toinen näkökulma käsittelee moraalin ylläpitämistä koko tutkimuksen ajan. (Mäkinen 2006, 10–11.) Päämäärään päästiin haastattelemalla työntekijää, jolta oli

saatu lupa haastatteluun. Ennen haastattelua kirjoitettiin historiikkiosuutta opinnäytetyöhön ja tutustuttiin jo olemassa olevaan materiaaliin, jotta haastattelussa voidaan keskittyä olennaisiin asioihin.

Perusvaatimuksena tutkimusetiikassa on se, että tutkimusaineistoa ei väärennetä tai luoda tyhjästä (Mäkinen 2006, 34). Tutkimuksen tärkeä eettinen näkökulma on saatavilla olevan tiedon sekä haastattelujen kautta saatavan tiedon yhdistäminen ja niiden käsitteleminen tasapuolisesti. Tutkimuksen eettisyyttä korostaa tutkittavan aineiston ja haastateltavien kommenttien tarkasteleminen sekä kunnioittaminen. Normit, mitkä ilmentävät tutkittavien ihmisarvoa korostavat tutkittavien ja heidän yhteisöjensä itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tutkimuksesta aiheutuvan vahingon välttämistä. (Kuula 2006, 24).

Tutkimuksen tekijöiden tulisi tuntea tekijänoikeuksien lisäksi yksityisyyden suojan periaatteet, jotka säätelevät aineiston hankintaa, käyttöä sekä säilyttämistä. Yksityisyyden suoja on kirjattu Suomessa perustuslakiin. (Mäkinen 2006, 146.) Saatuja materiaaleja käsiteltiin varovasti ja kunnioittavasti, sillä ne olivat alkuperäiset kappaleet yksikön toiminnasta. Materiaalit säilytettiin omilla kansioissaan sisätiloissa varmistuen näin niiden hyvässä kunnossa pysymisen. Haastattelu tallennettiin ääninauhurille ja litteroitiin, joten haastateltavan sanomat asiat tulivat niin esiin, kuten hän on ne itse ilmaissut. Haastateltavan kommentteja kunnioitettiin ja hänen näkökulmansa otettiin huomioon sekä haastateltavalta kysyttiin lupa hänen nimensä käyttämiseen opinnäytetyössä. Haastateltavalta kysyttiin lupa ottaa uudestaan häneen yhteyttä, jos jokin asia jää mietityttämään tai epäselväksi.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää arvioida koko tutkimusta käytettävissä olevien tietojen perusteella. Kun haastatteluteemat kattavat tutkimusongelman ja liittyvät aiheeseen, se kasvattaa tutkimuksen luotettavuutta. (Heikkilä 2014, 1.) Luotettavuus ja pätevyys tutkimuksessa vaihtelevat, vaikka virheitä koitettaisiin välttää niin hyvin kuin mahdollista. Reliaabeliuksella tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta

samanlaisilla tuloksilla. Validius puolestaan tarkoittaa pätevyyttä, mikä ilmoittaa tutkimusmenetelmän kykyä kuvata sitä mitä on tarkoituskin. Laadullista tutkimusta voidaan arvioida ilman näitä termejä, muistaen silti arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä jollakin tavalla. Luotettavuus korostuu, kun tutkija selostaa tarkasti jokaisessa vaiheessa tutkimuksen toteutumisesta. Haastattelun olosuhteista on hyvä kertoa esimerkiksi haastatteluihin kulunut aika, tilanteen häiriötekijät, mahdolliset virhetulkinnat sekä tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Tutkijan tukinnoista tulisi saada selville, mihin hän perustaa päätelmänsä esimerkiksi tutkimuksen tuloksissa voidaan käyttää suoria haastatteluotteita rikastuttamaan tekstiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.) Haastattelu toteutettiin paikassa, missä ei ollut häiriötekijöitä. Haastateltavaa pyydettiin allekirjoittamaan suostumus haastattelun nauhoittamiseen ja nauhoitetun materiaalin käyttämiseen opinnäytetyössä. Haastattelusta saatiin keskustelunomainen, mikä toi avoimen ja luotettavan tilanteen kertoa Päiväyksikön historiasta. Haastattelussa käytettiin ääninauhuria, minkä avulla tutkimuksen tuloksiin ei päätynyt virhetulkintoja, ja tuloksissa käytettiin suoria haastatteluotteita

Tutkijan tulee välttää ajattelemasta tutkimuksen edetessä oman johtopäätöksensä oikeellisuutta, sillä silloin tutkijan muodostama malli kuvaa todellisuutta, vaikka näin ei oikeasti todellisuudessa olisi. Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluvat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää mitä on tehty ja miten. Lukijalle tulee myös kuva siitä, mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyydellä tarkastellaan tulosten siirrettävyyttä johonkin muuhun kontekstiin kuten tutkimusympäristöön. Siirrettävyydessä on tärkeää kuvata tutkimuskontekstia, selvittää osallistujien taustat ja valinnan perustelut sekä kuvata aineiston keräysmenetelmää ja analyysia mahdollisimman tarkasti. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Tutkimuskohtaista on se, kuinka pitkiä suoria lainauksia halutaan omaan tutkimukseen sisällyttää. Liian pitkät suorat lainaukset voivat olla merkki myös jäsentymättömästä analyysistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Tutkimuksen luotettavuutta korosti se, että opinnäytetyö annettiin Päiväyksikölle luettavaksi ennen viimeistä arviointia. Näin saatiin lisää luotettavuutta ja varmistusta siihen, että opinnäytetyön asiat ovat aiheellisia ja ilmaistu oikein.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Amberg, M., Hakala, U., Mäkinen, M-R. & Saarinen, S-L. 1993. Porin päiväsairaalan hoitotyön filosofia. Porin päiväsairaala.
- Arho, R. 1993. Tavoitteita Päiväsairaalan toiminnalle 1993. Porin mielenterveyskeskus. Porin Päiväsairaala.
- Erämaja, T. 2005. Tie toivoon ja tarkoitukseen: logoterapian perusteita. Helsinki: Kirjapaja.
- Hakala, U. 1980. Harjavallan sairaalan kl:n toimintakertomukseen vuodelle 1980. Porin päiväsastotoiminta (2.toimintavuosi). Harjavallan sairaala.
- Heikkilä, T. 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Edita publishing Oy.
- Heinimaa, N. 2013. Yksilövastuinen hoitotyö hoitokodissa- opas omaisille. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.2.2018.
- Heiska, J. 2010. Ennakoiva mielenterveystyö - kirja meille kaikille. Tampere: Mediapinta.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2016. Psykoosi. Duodecimin www-sivut. Viitattu 7.11.2017.
- Huttunen, M. & Kalska, H. 2012. Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Koskinen, J. 2011. Porin avohoidossa saadaan mitattavia tuloksia. Attendo MedOne – asiakaslehti.
- Kärkkäinen, J. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Helsinki: Gummerus.
- Laihin, A. Porin psykiatrisen päiväyksikön dokumentit.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria. Helsinki: Gummerus.
- Matikainen, A. 2005. Päiväosaston ryhmäterapia tarjoaa tärkeää vertaistukea. Satakunnan kansa 79, 7.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi Oy.

- Pietikäinen, P. 2013. Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Reiniaho, A. 2008. Päiväosaston toimintasuunnitelma 2008. Porin päiväosasto.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV:n www-sivut. Viitattu 11.11.2017.
- Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut.2017. Porin päiväosasto. Viitattu 29.5.2017.
- Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia 2.painos. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 29.5.2017.
- Tamminen, T. 2010. Psykoterapiat. Klaukkala: Recallmed Oy.
- Tieteen termipankin www - sivut. Filosofia: ideologia. Viitattu 02.06.2017.
- Tripylon www-sivut. Historiikki kokoaa menneisyyden kertomukseksi. Viitattu 29.5.2017.
- Tuori, T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1/2011. Viitattu 4.11.2017.
- Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat: Mistä apua?. Helsinki: Minerva kustannus.
- Viktor, E. F. 2005. Logoterapia – avain mielekkääseen elämään.

LIITE 1

Vuosi	Hoitopäiviä	Hoidettavia	Keskimääräinen Ikäjakauma	Keskimääräinen hoitoaika (vrk)
1979	1547	60	25-34	
1980	2450	92	20-39	32
1981	2748	76		36
1982	3003	78	20-39	39
1983	3165	74	20-39	45
1984	3028	75	20-39	44
1985	2740	62	20-39	52
1986	3240	68	20-39	54
1987	3073	76	20-39	46
1988	3259	93	30-49	37
1989	2427	68	20-49	38
1990	1662	51	40-59	34
1991	1822	69		
1992		119		
1993	Bruttohoitopäiviä 3117 ja maksullisia hoitopäiviä 2952	115	20-50	30
1994	2906	116	20-39	
1995				
1996	2119	96		16
1997	2547	100		20
1998		93		
1999	2855	99		29
2000		68		
2001		53		
2002	2412	68		22

2003		73		
2004		56		
2005		45		
2006	2087	50	23-65	26
2007	1933	42		32
2008	1497	50		26
2009	2149	49	30-37	31
2010	2329	90		
2011	2242	74		
2012	2173	63		
2013				
2014				
2015	2583			
2016				
2017				

Muutokset Porin päiväyksikössä:

Mitä merkittävää on tapahtunut Porin päiväyksikössä?

Mitä ajatuksia se herättää, kun Porin päiväyksikkö täyttää 40 vuotta vuonna 2019?

Mitä/ Millaisia muutoksia olette huomanneet näiden vuosien aikana Porin päiväyksikön toiminnassa?

Hoitoideologian muutokset:

Millaisia hoitokäytäntöjä on ollut käytössä näinä vuosina? Ovatko aikakaudet vaikuttaneet tähän?

Minkäläisten sairauksien hoitoon Päiväyksikössä on keskitytty eri aikakausilla?

Kuinka potilaskeskeistä työ on ollut?

Miten eri aikakaudet ovat vaikuttaneet asenteisiin mielenterveyteen suhtautumisesta?

Henkilöstövaihdosten kautta tulleet muutokset:

Miten henkilöstövaihdokset ovat vaikuttaneet hoitokäytänteisiin?

Miten henkilökuntarakenne on muuttunut Päiväyksikön alkuajoista?

Kuinka pitkän uran olette tehneet Porin päiväyksikössä?

SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyö: Porin Päiväyksikön historiikki

Allekirjoittamalla tämän suostumuksen suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi. Minulla on haastateltavana ollessani tutkittavien oikeudet.

Annan myös luvan haastattelun nauhoitukseen ja nauhoitetun materiaalin käyttämiseen tutkimuksessa.

Nimi: _____

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja aika

Haastattelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

TULOKSET PERUSTUVAT SEURAAVIIN DOKUMENTTEIHIN:

Amberg, M., Hakala, U., Mäkinen, M-R. & Saarinen, S-L. 1993. Porin päiväsairaalan hoitotyön filosofia. Porin päiväsairaala.

Arho, R. 1993. Tavoitteita Päiväsairaalan toiminnalle 1993. Porin mielenterveyskeskus.

Hakala, U. 1980. Harjavallan sairaalan kl:n toimintakertomukseen vuodelle 1980. Porin päiväosastotoiminta (2.toimintavuosi). Harjavallan sairaala.

Hakala, U. 1998. Toimintakertomus.

Koskinen, J. 2011. Porin avohoidossa saadaan mitattavia tuloksia. Attendo MedOne – asiakaslehti.

Laihinen, A. Porin psykiatrisen päiväyksikön dokumentit.

Matikainen, A. 2005. Päiväosaston ryhmäterapia tarjoaa tärkeää vertaistukea. Satakunnan kansa 79, 7.

Porin Päiväyksikön toimintasuunnitelmat ja – kertomukset vuosilta 1979-2017

Reiniaho, A. 2008. Päiväosaston toimintasuunnitelma 2008. Porin päiväosasto.

Siltanen. 1993. Porin mielenterveyskeskuksen psykiatrisen Päiväosaston toiminnan tuloksellisuus.