

ITSEHOITOPISTEEN KOHDERYHMÄN KARTOITUS JA ELÄMÄNHALLINTAAN TUKEMINEN

Elsi Haverinen

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Elsi Haverinen. Itsehoitopisteen kohderyhmän kartoitus ja elämänhallintaan tukeminen. Helsinki, kevät 2010. 47 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki, Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa päivystyksen käyttäjistä, itsehoidosta ja elämänhallinnasta. Tutkimuksessa kartoitettiin Haartmanin sairaalaan valmistuvan itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmiä sekä niitä yhdistäviä tekijöitä. Tarkoituksena oli kartoituksen jälkeen selvittää aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia liittyen kohderyhmän problematiikkaan, heidän elämänhallintaansa sekä voimaantumisen tunteeseen.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudatettiin tutkimusta tehdessä. Käytössä olivat sähköiset tietokannat ja kirjallisuus. Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti.

Tutkimuksen tuloksissa selvisi, että itsehoitopisteen käyttäjiksi voidaan kohdentaa päihdeongelmaisia, mielenterveysongelmista kärsiviä, köyhiä, työttömiä, syrjäytyneitä, maahanmuuttajia, asunnottomia ja riskikäyttäytyjiä. Ohjaus itsehoitopisteen käyttöön tulee kuitenkin olemaan haasteellista elämänhallinnallisten ongelmien ollessa keskeisiä näillä potilailla.

Tutkimuksesta selviää, että potilaiden ohjausta tulee tehostaa ja pyrkiä voimaannuttamaan päivystyksen asiakkaita. Asiakkailta, joilla oli elämänhallinnallisia haasteita, keskeisiä tukemisen keinoja kirjallisuuskatsauksen mukaan ovat aktiivisuuteen tukeminen, motivointi ja luottamuksen herättäminen terveydenhuoltoon. Lisäksi positiivisten tulevaisuuden näkymien luominen, hyvään itsetuntoon tukeminen ja pyrkimys voimaantumiseen tukevat elämänhallintaan.

Itsehoitopisteen tarkoitus on olla uusi terveyden edistämisen työkalu, jonka toivotaan hyödyttävän päivystyksen asiakkaita ja tarjoavan kimmokkeen oman aktiivisen otteen lisääntymiselle.

Asiansanat: päivystys, itsehoito, elämänhallinta, voimaantuminen

ABSTRACT

Haverinen Elsi

Self care area in Haartman's hospital's emergency room.

47p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing. Degree: Public Health Nurse.

The purpose of the study was to profile patients who benefit the most from the self care area in Haartman's hospital's emergency room. Another aim was to clarify patients' ability to self care and sense of coherence. In addition the study tried to search ways to improve patients' self care and sense of coherence.

This study was qualitative and was carried out as a systematic literature review. The material for this study was collected from research, literature and statistics and it includes both national and international research. In patients' profiling varying aspects such as triage, age, gender and social-economic standards were used.

The results of this study showed that people with poor living conditions, unemployment, foreign background, young age and mental health problems have more difficulties in everyday life and self care. People suffering from problems mentioned above also have a low sense of coherence. Therefore, they would benefit from the use of the self care area in Haartman's hospital and they should be advised and encouraged to use it.

In conclusion it is important that the people with problems in everyday life should be motivated to use the self care area. Their sense of coherence should also be increased. However, motivating these people is extremely challenging due to their problems.

Key words: self care, emergency room, self care ability, sense of coherence

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA	7
2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	7
2.2 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	8
3 ITSEHOITO	11
3.1 Itsehoito kansanterveyden näkökulmasta.....	11
3.2 Itsehoito yksilön näkökulmasta.....	12
3.3 Itsehoitovalmiuteen vaikuttavia tekijöitä	12
3.4 Itsehoitovajaus.....	14
3.5 Preventio ja promotiivisuus itsehoidon tukijana	14
4 ELÄMÄNHALLINTA JA VOIMAANTUMINEN	16
4.1 Elämönhallinta.....	16
4.2 Voimaantumisen merkitys terveyden näkökulmasta	17
5 PÄIVYSTYS ITSEHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	18
5.1 Päivystys toimintayksikkönä.....	19
5.1.1 Asiakaskeskeisyys hoidon lähtökohtana	21
5.1.2 Hoitoympäristö.....	22
5.2 Kiireellisyysluokittelu Triage päivystystoiminnan tukena.....	22
6 PÄIVYSTYKSEN ITSEHOITOPISTEEN KÄYTTÄJIEN KARTOITUS	24
6.1 Päivystykseen hakeutumisen syyt ja käyttäjämäärät.....	24
6.2 Päivystyspotilaiden sijoittuminen kiireellisyysluokittelussa	26
6.3 Sukupuolen merkitys päivystyskäynneissä	29
6.4 Iän merkitys päivystyskäynneissä	30
6.5 Sosioekonomisen aseman ja koulutustason vaikutukset päivystyskäynneissä	30
7 ITSEHOITOPISTEEN KÄYTTÄJÄKOHDERYHMIEN ELÄMÄNHALLINNAN JA VOIMAANTUMISEN HAASTEET JA TUKEMISEN KEINOT	32
8 TULOSTEN YHTEENVETO	37

8.1 Johtopäätökset.....	38
8.2 Tutkimuksen arviointi	39
9 POHDINTA	41
LÄHTEET.....	44

LIITE 1: Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat ja hyväksytyt tutkimukset

LIITE 2: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

1 JOHDANTO

Terveysthuollossa kohdataan nyky-yhteiskunnassamme monenlaisia haasteita. Resurssien ahdas mitoitus ja työmäärän lisääntyminen aiheuttavat väistämättömiä muutoksia terveydenhuollonjärjestelmässä. Terveyspoliittisessa päätöksenteossa on pyritty kehittämään uusia menetelmiä, joilla saadaan tehostettua hoidon toimivuutta. Kehityksen tuloksena uusia malleja on luotu toimivamman hoidon järjestämiseksi. Päivystykseen valmistuvan itsehoitopisteen tarkoituksena on olla uusi terveyden ylläpitämisen ja edistämisen työkalu päivystysten käyttäjille.

Aihevalintani myötä olen perehtynyt terveys- ja sosiaalialan aineistoihin, jotka käsittelevät itsehoitoa, elämänhallintaa ja voimaantumista ihmisillä, joilla on sosiaalisia ja terveydellisiä riskitekijöitä ja -käyttäytymistä. Aihealue on mielestäni hyvin tärkeä, ongelmien lisääntyessä ja koskettaessa yhä nuorempaa väestöä Suomessa. Opinnäytetyö tarjoaa mahdollisuuden ongelmien lähtökohtien tarkasteluun sekä tuo esille keinoja näiden ihmisten tukemiseen. Työni lähtökohta on ollut halu löytää uutta tietoa aihealueeseen liittyen ja tiivistää sitä helpommin käytettävään muotoon.

Kiinnostus itsehoidon, elämänhallinnan ja voimaantumisen käsitteisiin on syventynyt opinnäytetyöprosessin aikana. Käsitteiden merkitykset tulevat esiin arkipäivän elämässämme, vaikkamme välttämättä tiedostakaan niiden läsnäoloa. Niiden merkitys on kuitenkin huomattava terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Olen kokenut erittäin tärkeäksi käsitteiden tuomisen opinnäytetyössäni esille, jotta näihin tekijöihin kiinnitetään enemmän huomiota niin hoitotyössä kuin muissakin asiakaskohtaamisissa.

Haartmanin sairaalan itsehoitopiste tulee olemaan ensimmäinen päivystykseen avattava itsehoitopiste. Materiaalitarjonta tulee olemaan pääasiallisesti sairaudenhoidossa, yleisimpien kotihoito-ohjeiden muodossa, mutta pisteen tarkoitus on tarjota tietoa myös palvelujärjestelmän toiminnasta sekä sisältää terveyttä edistävää materiaalia. Itsehoitopiste tulee olemaan rajattu alue Haartmanin sairaalan aulatilassa. Itsehoitopisteen käyttö on maksutonta ja se on kaikille avoin.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Opinnäytetyöni tavoitteena on ollut kartoittaa Suomen ensimmäisen päivystykseen sijoittuvan itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmää ja selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla kohderyhmän valmiuksia itsehoitoon, elämänhallintaan ja voimaantumiseen. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen akuuttisairaalan kanssa. Aihe on työelämälähtöinen. Opinnäytetyö tulee tukemaan terveystieteiden tutkimuskeskuksen itsehoitopisteen asiakkaita sekä mahdollistaa oikeanlaisen materiaalin tuoton pisteeseen.

2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa päivystyksen itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmä etsimällä tietoa päivystyksestä toimintaympäristönä, sen asiakkaista ja hoitoon hakeutumisen syistä. Kohderyhmän kartoituksen pohjalta tavoitteena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kerätä tietoa käyttäjäkohderyhmän mahdollisista itsehoitovalmiuksista, elämänhallinnasta ja voimaantumisesta. Opinnäytetyöni pyrkii vastaamaan monipuolisesti asettamiini tutkimuskysymyksiin ja niiden myötä keskeisiin itsehoitopisteen hyötyihin ja haasteisiin.

Tutkimuskysymyksiksi työssä nostettiin seuraavat viisi kohtaa:

- 1 Miten itsehoito liittyy elämänhallintaan?
- 2 Millainen on päivystys itsehoidon toimintaympäristönä?
- 3 Millaisia syitä on päivystykseen hakeutuessa ja ketkä voidaan kohdentaa itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmäksi?
- 4 Mitkä ovat itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmien itsehoidon, elämänhallinnan ja voimaantumisen haasteet?
- 5 Miten elämänhallintaan voidaan tukea?

2.2 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan itsenäistä ja tieteellistä tutkimusmenetelmää, jonka tarkoituksena on koota olemassa olevaa tutkimustietoa tiivistettyyn muotoon (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään löytämään alueita, joista puuttuu tutkimustietoa ja sen avulla voidaan suunnata tutkimustyötä. Tavoitteena kirjallisuuskatsauksissa on nostaa esille aikaisempien tutkimusten arvoa ja hyödyntää niistä saatua tietoa. Menetelmän tavoite on lisäksi saada luotettavaa, toistettavaa ja virheetöntä tietoa tutkimuksista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta, mikä tarkoittaa jo olemassa olevaan tutkimustietoon kohdistuvaa tutkimusta. (Koivisto & Haverinen 2006, 112.) Nykypäivän tietomäärän lisääntyessä tarvitaan keinoja koota ja tiivistää jo olemassa olevaa tietoa paremmin hyödynnettäväksi.

Laadullisen tutkimukseni ja aiheeni luonteen takia opinnäytetyöni pohjana käytin valmiita aineistoja. Aineistoja olivat aikaisemmat tutkimukset sekä erilaiset tilastot. Opinnäytetyössäni hyödynnettiin alan kirjallisuutta sekä tutkimuksia. Käytin aineistona myös määrällisiä tutkimuksia, joiden avulla pystyin täydentämään teorian kehystä. Lähdekritiikki on huomioitu, kuten myös aineiston keruussa eettisyys ja hyvät tutkimuskäytännöt.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu yleensä pääasiallisesti julkaisuista aineistoista, mutta mukana voi olla myös julkaisemattomia tutkimuksia. Hakua voidaan tehdä erilaisista tietokannoista, saatujen artikkelien lähdeviitteistä, julkaisusarjoista ja raporteista. Kirjallisuuskatsausta suunnitellessa tulee huomioida tutkimuksen tarkoitus, lähestymistapa ja tutkimusasetelma. (Koivisto & Haverinen 2006, 108–126.)

Haasteeksi työssäni nousi sopivan kirjallisuuden löytyminen, sillä opinnäytetyön aihealue on uusi ja eikä vielä paljon tutkittu. Systemaattista kirjallisuuskatsausta laajennettiin koskemaan itsehoidon ja päivystyksen lisäksi myös elämänhallintaa, voimaantumista ja itsehoitopisteen kohderyhmää, sillä päivystykseen saapuvilla potilailla näytti olevan elämänhallintaan liittyviä ongelmia. Itsehoitoon liittyviä tutkimuksia ei ollut aikaisemmin tehty kohderyhmäni osalta. Omassa työssäni päädyin myös rakentamaan sisäl-

lön niin, että tutkimuskysymykset, metodit ja analyysitavat tulevat heti lukijalle tutuksi. Tämä rakenne palvelee mielestäni paremmin kirjallisuuskatsauksen sisältöä ja selkeyttää kokonaisuutta.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymysten määrittäminen, aineiston haku, valintaprosessi ja laadun arviointi sekä tulosten arviointi ja raportointi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–43). Saadut hakutulokset kävin läpi otsikon, asiasanojen, tiivistelmän ja artikkelin perusteella. Valintaa suoritin hyväksyttävien tutkimusten osalta. Omassa opinnäytetyössäni hyväksymiskriteereiksi määritin seuraavat kriteerit:

1. Tutkimuskohteena ovat kohderyhmän elämänhallinta, voimaantuminen tai itsehoito
2. Tutkimus on julkaistu joko kotimaisena tai kansainvälisenä tutkimuksena tai kirjallisuutena
3. Ajankohtaa ei ole rajattu, ensisijaisesti kuitenkin tutkimuksia 2000 -luvulta

Jos tutkimuskysymyksiin ei saada vastauksia, se osoittaa kyseisellä alueella olevan tutkimustiedon tarvetta (Koivisto & Haverinen 2006, 108–126).

Löytääkseni sopivat hakusanat ja mahdollisimman paljon hyväksyttäviä tutkimuksia, suoritin hakuja eri tietokannoista. Käytin Nelli-portaalia, jonka avulla tein hakuja tieteilisille sivuille. Käytössäni olivat kaikki Nelli-portaalissa olevat hakukoneet, muun muassa Arto, Medic, PubMed, EBSCO ja Terveysportti. Etsin tutkimuksia sekä terveysettä sosiaalialan aineistoista. Hakusanoina kokeilin erilaisia hakusanojen yhdistelmiä. Käyttämiäni hakusanoja olivat muun muassa itsehoito, itsehoitovalmius, elämänhallinta, mielenterveysongelmat, syrjäytyminen, moniongelmaisuus, päihdeongelmat, köyhyys, työttömyys, päivystys, akuutti sairastuminen, empowerment, self care, emergency room, health care, health services, sense of coherence. Hakusanani muodostuivat käyttäjäkohderyhmäni elämänhallinnallisista haasteista ja ongelmista. Liitteisiin yksi ja kaksi on koottu käytössä olleet hakusanat ja kirjallisuuskatsaukseni hyväksymät tutkimukset ja artikkelit.

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda selkeyttä aiemmista tutkimuksista ja luoda uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä pyritään tiivistämään aineistoa ja saamaan uutta tietoa esille analysoimalla vanhaa jo olemassa olevaa tietoa. (Eskola & Suoranta 2000, 137–145.) Analyysin avulla tutkija myös lisää aineiston informaatioarvoa: hän tiivistää aineistoa ja tulkitsee sitä sekä käy vuoropuhelua teorian, empirian ja oman ajattelunsa kanssa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyössäni on käytetty sisällönanalyysiä, jota on lähestytty teorialähtöisesti. Teorialähtöisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston analyysi perustuu jo olemassa olevaan malliin tai teoriaan. Deduktiivisen tutkimusotteen tavoitteena on kehittää vanhaa jo olemassa olevaa teoriaa paremmaksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksessani teorialähtöistä tietoa ja tutkimustuloksia on pyritty soveltamaan ja kehittämään uudeksi yhtenäiseksi tiedoksi, jonka avulla saatiin työssä tarvittavia tuloksia ja uusia näkökulmia. Opinnäytetyöhöni deduktiivinen näkökulma sopi sen luonteen ja tavoitteiden takia.

Sisällönanalyysiä toteutin hakemalla erilaisilla hakusanoilla jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Pääkäsitteiksi asetin itsehoidon, elämäntalouden ja voimaantumisen. Sen jälkeen etsin hakusanayhdistelmillä tutkimuksia liittyen itsehoitoon, elämäntalouteen, voimaantumiseen, terveysongelmiin, sosiaalisiin riskitekijöihin ja -käyttäytymiseen. Löydettyäni sopivia tutkimuksia, jotka käsitelivät edellä mainittuja ongelmia elämäntalouden ja voimaantumisen näkökulmasta syvennyin niihin tarkemmin. Hyväksymisessäni tutkimuksissa ja artikkeleissa etsin samoja tietoja kaikista tutkimuksista. Tietoa tutkimuksen ajankohdasta, sen suorittajista, tutkimuksen luotettavuudesta, käsitteellisesti tutkimus itsehoitoa, elämäntaloutta tai voimaantumista, oliko tutkimuksen kohderyhmä jokin itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmästä ja oliko tutkimuksessa keinoja itsehoidon, elämäntalouden tai voimaantumisen tukemiseen. Löytämistäni tutkimuksista kaikki etsimäni osiot eivät täytyneet. Hyväksyin ne kuitenkin mukaan, jos ne tarjosivat muuten tärkeää tietoa aihepiiriin liittyen. Tavoitteenani oli luoda selkeä kokonaiskuva tehdyistä itsehoidon, elämäntalouden ja voimaantumisen tutkimuksista oman opinnäytetyöni näkökulmasta.

3 ITSEHOITO

Oremin hoitotyönmallin mukaan itsehoito on laajaa, jokapäiväiseen elämään kuuluvaa toimintaa, jota toteutetaan ja sovelletaan yksilön elämän, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi, lisäämiseksi ja saavuttamiseksi. Itsehoidon keskiössä on yksilö, jonka voimavarat määrittävät oman itsehoitokyvyn ja -valmiuden tason. Itsehoidon tulisi olla tietoista ja tarkoituksenmukaista toimintaa, ja sen pohjana ovat yksilön tietoihin perustuvat valinnat, päätöksenteko ja vaikutusten tarkkailu. Itsehoito perustuu ympäristöstä omaksuttuihin tietoihin, tottumuksiin ja arvoihin. Ympäristön, kuten terveydenhuoltohenkilöstön, vaikutus voi olla merkittävä itsehoidon parantaja, kun ohjaus on tarkoituksenmukaista ja tavoitteellista. (Pearson & Vaughan 1992, 44–46, 77, 79.)

3.1 Itsehoito kansanterveyden näkökulmasta

Terveys- ja sosiaalipalveluja on kehitetty aiempaa tiiviimmin alueellisten tarpeiden mukaan ja pyritty rakentamaan parempaa yhteistyötä palvelu – ja hoitoketjujen välille (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 81). Terveyden edistämisen tavoitteeseen nyky-yhteiskunnassa luovat haasteita jatkuvat muutokset yksilön ja yhteisön tasolla. Kiireinen ja vaativa elämänrytmi voivat vaikeuttaa terveydestä huolehtimista ja terveellisen arkielämän ylläpitämistä. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida ohjauksessa yksilön ja perheiden kehitys- ja elämänvaihe, ympäristö sekä kulttuuri jossa eletään. Terveyden edistämisen työmenetelmät tulee olla monipuoliset, jotta niitä voidaan hyödyntää potilaiden ohjauksessa ja terveysneuvonnassa. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 36–37.)

Kansanterveys määräytyy suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista, kuten elämäntavoista, elinympäristöstä, elämän laadusta ja yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta 2001, 3). Potilaan terveyden tukemisella ja tavoitteellisella toiminnalla perusterveys- sekä erikoissairaanhoidossa kansanterveyteen voidaan vaikuttaa yksilötasolla.

3.2 Itsehoito yksilön näkökulmasta

Itsehoito on elämän myötä kehittyvää ajan ja kokemusten luomaa käsitystä omasta itsestään ja kyvyistään. Eri elämänvaiheet käynnistävät yksilössä omia eteenpäin vieviä prosesseja, muutosvaiheita. Muutosvaiheiden kautta ihmisen käsitys itsestä ja itsehoidosta muuttuu ja kehittyy. Huomattavaa on, ettei muutos ole kuitenkaan aina eteenpäin vievää, vaan kehitys voi olla aaltomaista liikettä. (Raatikainen 1986, 70–82.)

Yksilön itsehoitokyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. Itsehoidon toteutumisen kannalta on tärkeää eri osa-alueiden tasapaino elämässä. Puutos jollakin alueella saattaa vaikuttaa huomattavasti kykyyn huolehtia itsestään. Edellä mainittujen ulottuvuuksien lisäksi tulee huomioida ympäristön vaikutus. Epätyydyttävän elämäntilanteen, kuten köyhyyden vaikutus itsehoitokykyyn on merkittävä. Myös aikaisemmin opitut tavat ja kulttuuri muodostavat yksilöllisen käsityksen ja kyvyn itsehoitoon. (Raatikainen 1986, 70–82.)

3.3 Itsehoitovalmiuteen vaikuttavia tekijöitä

Itsehoitovalmius vaihtelee yksilöllisesti omasta terveydentilasta ja kehitysvaiheesta riippuen. Hoitotyöntekijöiden arvioidessa potilaan itsehoitovalmiutta tulee aina huomioida määrittelyn subjektiivisuus. Potilaan käsitykset terveydestä ja omasta terveydentilastaan saattavat vaihdella suuresti hoitohenkilökunnan käsityksestä, joka pohjautuu ajankohtaiseen hoito- ja lääketieteeseen. Itsehoitovalmiutta arvioitaessa tulee myös huomioida tilanne jossa kykyä kartoitetaan, sillä akuutti sairastuminen, kriisi tai tilannejännitys saattavat huonontaa ihmisen kykyä hoitaa itseään. Potilaan sisäiset ja ulkoiset valmiudet vaikuttavat itsehoitovalmiuden kehittymiseen. Näitä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli ja koulutustaso. (Raatikainen 1986, 65–70.)

Potilaan hakeutuessa päivystykseen itsehoitovalmius saattaa olla matala äkillisen sairastumisen ja ammattiavun tarpeen vuoksi. Potilaan saapuessa päivystykseen itsehoidon tilalle tulee terveydenhuollon ammattilaisten suorittamaa hoitoa. Hoidon kannalta voidaan kysyä onko annettu ammatillinen terveydenhuolto täydentämässä itsehoitoa vai

itsehoito täydentämässä ammatillista terveydenhuoltoa. (Meriläinen 1986, 52.) Ammatillisen hoidon jälkeen potilasta tulee tukea mahdollisimman nopeasti itsehoitoon, jotta kuntoutuminen jatkuisi mahdollisimman hyvänä ja tehokkaana potilaan näkökulmasta.

Joseph on esittänyt vuonna 1980 itsehoitovalmiuden pohjaksi kuusiosaisen mallin, jossa kiteytyy itsehoidossa tarvittavat ominaisuudet. Ensimmäiseksi nousevat esille yksilön kyky ja oikeus oman itsehoitonsa tyydyttämiseen. Keskeistä Josephin itsehoitoteoriassa on myös sen vapaaehtoisuus ja ihmisten oma kykeneväisyys itsehoitoon. Itsehoito vaatii tietoista ja syvällistä arviointia, jonka tarkoituksena on johtaa toimintaan. Itsehoitoa edellytetään kaikilta ja se on ihmisen perustarpeiden tyydyttämisen edellytys. Itsehoito voidaan nähdä myös oikeutena ja velvollisuutena huolehtia itsestään terveyden, elämän ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Itsehoito on sosiaalisen ja kognitiivisen kokemuksen kautta kehittyvää käyttäytymistä, joka opitaan ihmissuhteiden, kommunikaation ja kulttuurin välityksellä. Itsehoito vaikuttaa itsetuntoon ja minäkuvaan, ja minäkuva vaikuttaa suoraan itsehoitoon. (Pearson & Vaughan 1992, 79.)

Oremin itsehoitomallissa itsehoitotarpeet ovat kaikille ihmisille yhteisiä ja liittyvät ihmisen toimintakyvyn ja elintoimintojen ylläpitämiseksi. Näitä toimintoja ovat esimerkiksi hapen- ja vedensaannin riittävyys, ravinnonsaannista huolehtiminen ja toiminnan ja levon tasapainottaminen. Perustarpeiden lisäksi Orem ryhmittelee kaksi luokkaa, joista toinen käsittelee kehitykseen liittyviä itsehoitotarpeita ja toinen muuttuneeseen terveydentilaan liittyviä itsehoitotarpeita. Kehitykseen liittyvät itsehoitotarpeet muuttuvat elämänmuutosten tai elämänvaiheiden myötä. Yksilön kehitys ja kehitykseen vaikuttava elinympäristö muovaavat itsehoidon syntyä ja tarpeita. Muuttuneeseen itsehoitovalmiuteen vaikuttavat muutokset terveydentilassa, kuten sairaus tai sairauden myötä toimintakykyä heikentävät tekijät. Mikäli itsehoidon tarve on suurempi kuin itsehoitokyky tai tarvittavat taidot sen tyydyttämiseksi syntyy itsehoitovajaus. (Pearson & Vaughan 1992, 80–81.)

3.4 Itsehoitovajaus

Itsehoitovajaus syntyy kun potilaan itsehoitovaatimukset ovat suuremmat kuin itsehoitovalmiudet. Hakeutuessaan hoitoon potilaalla on itsehoitovajaus, johon tarvitsee ammatillista apua. Hoitosuhteessa hoitohenkilökunta toteuttaa potilaan puolesta hoitoa. Hoitosuhteessa ammattihenkilön suorittama hoito korvaa potilaan oman itsehoitokäyttäytymisen ja määräävät hoidon laadun ja määrän. Potilaan itsehoitovajauksen syvyys riippuu terveysongelman tai sairauden vakavuudesta, omista voimavaroista ja tiedo-
taidosta.

Orem nostaa esille kolme hoitotyön muotoa liittyen itsehoidon toteuttamiseen. Kokonaan korvaavassa hoitotyössä ammattihenkilökunta toteuttaa potilaan puolesta hoitoa, esimerkiksi tajuttoman potilaan hoidossa. Osittain korvaavassa hoitotyössä potilas kykenee suorittamaan osan omista itsehoitotarpeistaan, mutta tarvitsee ammattihenkilökunnan tietoa ja taitoa osan päivittäisten toimintojen suorittamiseen. Itsehoitoa tukevas-
sa ja opettavassa hoitotyön mallissa potilas opetetaan huolehtimaan omista terveydellisistä tarpeistaan. Hoitotyön muodot eivät ole toisiaan poissulkevia vaan niitä voidaan toteuttaa rinnakkain, potilaan omien voimavarojen mukaisesti. Tavoitteena on itsehoitovajauksen poistaminen ja itsehoitovalmiuden ylläpitäminen ja lisääminen. (Pearson & Vaughan 1992, 81–83.)

3.5 Preventio ja promotiivisuus itsehoidon tukijana

Perus- ja erikoissairaanhoidossa preventiivisyys eli ennaltaehkäisy on keskeinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Prevention tulisi olla hoitokontaktissa koko ajan esillä, linkittyen ohjaukseen ja neuvontaan. Preventiossa keskeistä on toiminta potilaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin parantamiseksi. Sairauden tai trauman myötä potilaan voinnin huolehtimiseksi tarvitaan lisäksi ammatillista hoitoa. Prevention eri tasojen avulla voidaan hahmottaa erilaisissa tilanteissa käytettäviä metodeja hoitotyön tukemiseksi.

Prevention kolmessa eri tasossa tavoitteet muodostuvat jokaisen kohdan tarpeen mukaisesti. Primääriprevention tarkoitus on edistää terveyttä ja suojautua sairauksilta ennen niiden toteutumista. Sekundaariprevention kohteena on terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen. Potilaan pulmat, riskit ja oireet pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhain ja hoitamaan ennen terveysongelmien monimutkaistumista. Tertiaaripreventiossa pyritään kuntoutumiseen ja terveysvoimavarojen vahvistamiseen. Potilaalla todetun pitkäaikaisen terveystilan, vamman tai pitkäaikaissairauden kanssa itsenäiseen selviytymiseen ja voimavarojen vahvistamiseen tarvitaan monipuolista ohjausta ja tukea. Päivystysluonteisessa työssä törmätään useimmiten sekundaari – ja tertiaaripreventioihin. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 82–84.) Potilaiden itsehoitoon ja hoitoon sitoutumista voidaan parantaa yksilöllisyyden ja oman vastuun tukemisella. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida potilaan valmius itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen, sillä ne saattavat edellyttää potilaalta suuria muutoksia terveysvalintoihin ja elämäntapaan liittyen.

Promotiivisuudella tarkoitetaan terveyttä edistäviä tavoitteita. Tavoitteiden määrittelyyn voidaan avuksi ottaa käsite voimaantuminen (empowerment), joka voi kuulua prosessiin tai lopputulokseen tavoitteissa. Voimaantuminen voidaan nähdä yksilön kokemuksena ja tietoisuutena oman toimintakyvyn, itseluottamuksen ja selviytymistaitojen lisääntymisenä. Voimaantumisen merkitys itsehoitokyvyn kannalta voidaan nähdä tärkeänä. Yksilön omien elämäntapojen muutokseen ja itsehoitovalmiuteen tarvitaan kykyä ja halua ymmärtää ja ottaa vastuuta terveydestään. Hoitohenkilökunnan antaman jatkuvan ohjauksen avulla tavoitteena on saada potilas aktiiviseksi oman terveytensä edistäjäksi, jolla on hyvät itsehoitovalmiudet oman terveytensä tukemiseksi ja edistämiseksi. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 82–84.)

4 ELÄMÄNHALLINTA JA VOIMAANTUMINEN

Elämönhallinta koostuu monista eri elämän osa-alueista. Elämönhallinnan keskeinen osa terveyden näkökulmasta on omasta terveydestä huolehtiminen ja sen ylläpitäminen. Hyvä elämönhallinta parantaa huomattavasti ihmisen stressinsietokykyä ja terveydentilaa ja näin ollen vaikuttaa koko hyvinvointiin. (Poutanen 2000, 42–44.) Elämönhallinta sanana on ristiriitainen ja sen käyttöön tulee suhtautua kriittisesti. Elämää ei voi hallita täysvaltaisesti, vaan siihen vaikuttavat monet ulkoiset tekijät. Opinnäytetyössäni se kuitenkin kuvaa keskeisesti arkielämässä kuvastuvien ongelmien käsittelemistä ja selvittämistä. Elämönhallinnalla opinnäytetyössäni tarkoitetaan arkielämästä selviämistä, terveyttä ja hyvinvointia tukevaa päätöksentekoa sekä valintojen kokonaisvaltaista harkintaa.

Kyky käsitellä terveyden ja ulkoisten paineiden aiheuttamia muutoksia voi olla ihmiselle haasteellista, mutta hyvän elämönhallinnan avulla mahdollisuudet asian käsittelemiseen paranevat. Itsehoito on terveyden näkökulmasta osa elämönhallintaa. Itsehoito koostuu oman elämän, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisestä. (Pearson & Vaughan 1992, 79.) Voimaantuminen puolestaan mahdollistaa elämönhallinnan toteutumisen. Voimaantumisen myötä ihminen pystyy ottamaan vastuuta valinnoistaan ja kykenee toteuttamaan omaa itseyttään ja elämäänsä. (Mattila 2008, 26.)

4.1 Elämönhallinta

Elämönhallinnalla tarkoitetaan kokonaisvaltaista käsitystä ja hallintaa oman elämänsä eri osa-alueista. Elämönhallinnalla on paljon yhteneväisyyksiä itsehoidon kanssa, ja itsehoidon voidaankin ajatella olevan yksi elämönhallinnan alakäsitteistä. Elämönhallinta on ihmisen kyky kohdata vaikeita tilanteita ja ehkäistä niihin liittyviä ahdistavia kokemuksia. Elämönhallinnan vaikeudet vaikuttavat itsehoidon huonoon toteutumiseen. (Viljakainen 2007, 8.)

Elämönhallinta käsite jaetaan usein ulkoiseen ja sisäiseen ulottuvuuteen. Ulkoiseen elämönhallintaan vaikuttavat merkittävästi esimerkiksi sukupuoli, koulutus ja ammatti.

Keskeistä ulkoiselle elämänhallinnalle on aineellisesti ja henkisesti turvatusen aseman tavoittelemine. Sisäisellä elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen kykyä sisällyttää elämään sen vaikeatkin puolet. Se voidaan käsittää eräänlaiseksi aktiiviseksi sopeutumiseksi tai koetun turvattomuuden hallinnaksi. Viljakaisen (2007) mukaan ulkoisella elämänhallinnalla tarkoitetaan materiaalisia asioita, kuten työtä, kotia tai rahaa. Sisäinen elämänhallinta puolestaan tarkoittaa ihmisen omia kokemuksia ja tarpeita. (Viljakainen 2007, 9.) Ulkoinen ja sisäinen elämänhallinta voidaan jakaa myös tarkoittamaan ympäristöön liittyvää ulottuvuutta. Raitasalo (1995) tarkoittaa ulkoisella elämänhallinnalla ympäristön mahdollisuuksia tukea ihmisen omaan kykyä käsitellä vastaantulevia ja kohdattuja haasteita. Raitasalo määrittelee sisäisen elämänhallinnan tarkoittavan yksilön omia sisäisiä valmiuksia ja taipumuksia kohdata vaikeuksia. (Raitasalo 1995, 12.)

Hallinnan tunne on merkittävä ihmisen elämässä. Tunne selviytymisestä, hallinnasta ja omaehtoisuudesta ovat merkityksellisiä hyvinvoinnin tukijoita. Hallinnan tunteen puuttuminen vaikuttaa vahvasti ihmisen psyykeeseen ja voi aiheuttaa passivoitumista elämässä. (Viljakainen 2007, 9.)

Elämänhallinnan merkitys tulee esille myös lakisäädöksissä. Vuonna 1991 asetetussa asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) mainitaan tavoitteena elämänhallinnan tukeminen ja siihen pyrkimisen merkitys kuntoutujan kannalta.

4.2 Voimaantumisen merkitys terveyden näkökulmasta

Empowerment voidaan suomentaa valtaistumiseksi, voimavaraistumiseksi tai voimaantumiseksi. Käsitteellä tarkoitetaan mahdollisuuksien antamista jollekulle, vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä, aseman parantamista ja täysvaltaiseksi tekemistä. (Siitonen 1999, 117–120.) Koska voimaantumisen käsite on haasteellinen määrittellä, se usein ymmärretään helpommin voimaantumisen puuttumisen kautta. (Mattila 2008, 26.)

Voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, joka lähtee ihmisestä itsestään. Kun ihmisellä on mahdollisuus valita, osallistua ja vaikuttaa omiin tekoihinsa ja tunteisiinsa, voimaantumisen tunne vahvistuu. Tärkeää on huomioida voimaantumisen

merkitys ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, sen vaikutukset ulottuvat aina terveyteen sitoutumiseen ja siinä onnistumiseen. Lisäksi on todettu, että voimaantuminen ei ole pysyvä tila, vaan tunne voi vaihdella ympäristön ja ajankohdan mukaan. (Siitonen 1999, 117–120.)

Voimaantumisen prosessin kesto on yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat monet sisäiset sekä ulkoiset tekijät. Voimaantuminen tapahtuu luontevimmin sellaisessa ympäristössä, jossa ihminen kokee olonsa turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi. Voimaantuminen ilmenee yksilöllisesti eri ominaisuuksina, käyttäytymisenä, taitoina ja uskomuksina. Tavoitteena on löytää omat voimavarat, olla omista asioistaan päättävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Onnistuneen voimaantumisen myötä seurauksena ovat itsenäisyys, yhteisyys, positiivinen itsetunto, toivon tunne ja terveyttä edistävä käyttäytyminen. (Mattila 2008, 28–30.) Itsehoitovalmius vahvistuu riittävän voimaantumisen myötä, jolloin terveydenhoitoalan ammattihenkilökunnan hoitoa tarvitaan harvemmin, mikä puolestaan vaikuttaa palvelujärjestelmän vähentyneeseen käyttöön. (Tuorila 2009, 106.)

Potilaan voimaantumisesta puhuttaessa on tärkeää huomioida myös omaiset. Terveydeliset ongelmat saattavat vaikuttaa potilaan fyysisen ja psyykkisen toimintakykyyn siten, ettei potilas välttämättä ole itse kykeneväinen toimimaan voimaantuneesti. Tällöin omaisten merkitys kasvaa, kun päätösvalta potilaiden terveydestä tai sairaudesta siirtyy heille. (Tuorila 2009, 106.)

5 PÄIVYSTYS ITSEHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän tavoitteen on tarjota riittävät, laadukkaat ja vaikuttavat terveystalvet kansalaisille asuinpaikasta tai sosiaalisesta asemasta riippumatta. Terveydenhuollolla on keskeinen merkitys ihmisen sairastuessa, mutta myös sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Yhteiskunnan tasolla kansanterveyden parantaminen ja sairauksien ennaltaehkäisy elämäntapaohjauksella hyödyttävät terveyden-

huollon organisaatioita sekä mahdollistavat asiakkaille laadukkaan hoidon ja nopeamman hoitoon pääsyn. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta 2001, 25–29.)

Laissa määritelty kiireellinen hoito, tarkoittaa potilaalle annettavaa hänen henkeään tai terveyttään uhkaavaa kiireellistä hoitoa. Kiireellisen hoidon tulee olla kunnan tai kuntayhtymien järjestämää toimintaa, joka takaa asukkaille mahdollisuuden nopeaan hoitoon pääsyyn. Sekä perus- että erikoisterveydenhuolto tulee olla järjestetty kunnan asukkaille. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Päivystystoiminnan järjestämisen haasteellisuudessa nousee esille sen monitahoisuus, ongelmien laaja kirjo, resursointi ja päivystyksen vaikuttavuus koko palvelujärjestelmän toimintaan.

5.1 Päivystys toimintayksikkönä

Oikeus kiireelliseen hoitoon on perustuslaissa määritelty oikeus. Sairauden tai tapaturman kiireellisyys ja päivystyksellisyys määräytyvät sairauden vakavuuden ja hoidollisen vaikuttavuusmahdollisuuden mukaan. (Voipio-Pulkki 2005, 19.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilaiden, omaisten ja koko väestön oikeuden mahdollisimman laadukkaaseen ja oikea-aikaisiin palveluihin niitä tarvittaessa. Hoidon tulee täyttää potilaan yksityisyyden, vakaumuksen ja oikeudenmukaisuuden toteutumista koskevat vaatimukset. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Perusterveydenhuollon päivystys tarkoittaa kunnallisen terveyskeskuksen tiloissa järjestettyä, väestölle etukäteen tiedotettua, kiireellistä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa tutkimusta ja hoitoa. Hoidon tulee tapahtua välittömästi tai pian potilaan saavuttua päivystystiloihin ja viimeistään vuorokauden sisällä yhteydenotosta. (Pylkkänen 2005, 102.)

Erikoissairaanhoidossa tapahtuva päivystystoiminta on vaativaa, liki välitöntä hoitoa tarvitsevaa toimintaa. Erikoissairaanhoidon päivystys järjestetään sairaaloiden yhteydessä, jolloin on käytössä monenlaisia palveluita samoissa tiloissa hoidon takaamiseksi. Erikoissairaanhoidon päivystykseen tulee hakeutua omalääkärin läheteellä tai äkillisen,

vakavan sairauden tai tapaturman uhatessa. Erikoissairaanhoidossa sijaitsevat sisätautien ja kirurgian päivystys. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Päivystystyön erityispiirteitä ovat työn monipuolisuus sekä suuret potilasmäärien vaihtelut vuorokaudenajan ja viikonpäivien mukaan. Päivystyksessä haasteiksi nousevat potilaiden ongelmien valikoimattomuus ja epämääräisyys, kiireellisten ja ei-kiireellisten potilaiden hoito samanaikaisesti, lyhyet potilaskontaktit, lääketieteellisten ja ei-lääketieteellisten ongelmien sekoittuminen ja esitietojen puutteellisuus. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoa vaativat lisäksi laajan sairauskirjon tunteminen ja tilanteiden nopea arvioiminen ja muuttuminen. Päivystyksen perustehtävä on terveyden ja elämän turvaaminen äkillisten vaaratilanteiden kohdalla. Henkilökunnalta vaaditaan huippuosaamista, hyvää prosessinhallintaa ja korkeaa ammattietiikkaa hyvän hoidon toteutumiseksi. (Pylkkänen 2005, 102–104.)

Potilasmäärien hallitsemiseksi ja laadukkaan hoidon takaamiseksi potilaiden porrastamiseksi on kehitetty uusia toimintamalleja. Toimintamalleista käyttöön on otettu terveysneuvonpuhelin (10023) ja päivystävän sairaanhoitajan vastaanotot päivystyksessä. Puhelinneuvonta tarjoaa yleistä palvelua koskevaa neuvontaa, terveyden- ja sairaanhoitoa koskevaa neuvontaa, yleisluonteista tai yksilöllistä neuvontaa tai palveluihin ohjaamista. Puhelinneuvonnan avulla voidaan selkeyttää järjestelmän toimivuutta, vähentää turhia päivystyskäyntejä ja näin ollen alentaa kustannuksia. (Pylkkänen 2005, 105–106; Voipio-Pulkki 2005, 19.) Uudeksi toimintamalliksi kehitetään Meilahden yhteispäivystykseen itsehoitopiste. Itsehoitopisteen tarkoituksena on lisätä potilaiden omaa itsehoitovalmiutta ja ohjata potilaita itse ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Päivystykseen tulevan itsehoitopisteen tarkoitus painottuu ensisijaisesti sairauksien hoitoon ja toissijaisesti terveyden edistämiseen.

Yhteispäivystys tarkoittaa perus- ja erikoissairaanhoidon järjestämistä samoissa tiloissa. Helsingissä yhteispäivystyksen järjestää terveyskeskus ja se sisältää keskitetyn terveyskeskuspäivystyksen iltaisin ja viikonloppuisin sekä sisätautien ja perustason kirurgisen päivystyksen ympäri vuorokauden. Yhteispäivystyksen tavoitteena on pyrkiä tehokkuuteen ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Helsingin läntinen yhteispäivystys valmistui Meilahden kampukselle vuoden 2009 syksyllä.

Sujuvan päivystyksen toimivuudelle on keskeistä osaava henkilökunta sekä tarkoituksenmukainen työnjako. Tehokkuuden ja toimivuuden lisäämiseksi on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä saatu toimiva yhteispäivystyksenmalli Suomen tarpeisiin. Potilaiden näkökulmasta päivystystoiminta yksinkertaistuu palveluiden keskittyttyä saman talon tiloihin ja hoidon saamisen nopeutuminen ja helpottuminen. (Voipio-Pulkki 2005, 20.)

Yhteispäivystyksen käyttö on mahdollista yli kuntarajojen, mikä mahdollistaa oman hoitopaikan valinnan mahdollisuuksien mukaan. Päivystykseen perustetaan lisäksi päivystysosasto, jonka hoitoajat ovat lyhyet ja jota voidaan käyttää yli organisaatiorajojen perus- ja erikoissairaanhoidon potilaille. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

5.1.1 Asiakaskeskeisyys hoidon lähtökohtana

Asiakaskeskeisyys päivystyspoliklinikalla näkyy potilaiden keskeisessä asemassa hoidon kulussa ja päätöksenteossa. Potilaan omat arvot ja itsemäärämisoikeus nousevat hoitoa määritteleviksi tekijöiksi, silloin kuin kyseessä ei ole henkeä vaarantava tilanne. (Voipio-Pulkki 2005, 29.) Potilaan ottaminen mukaan hoidollisten päätösten tekemiseen lisää jatkohoidon vaiheessa potilaan itsehoitovalmiutta sekä aktiivista otetta oman terveyteensä vaikuttajana.

Potilaskohtaamisessa yksilöllisyyden huomioiminen, arvokas kohtaaminen sekä kunnioitus luovat pohjan toimivalle ja laadukkaalle hoitosuhteelle. Hoitotyön tulisi olla hyvin organisoitua sekä palvella potilaan kuntoutumista ja omien voimavarojen tukemista asiakaskeskeisellä työtavalla. (Voipio-Pulkki 2005, 29.) Hannele Hiidenhovin väitöskirjassa *Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla* (2001) tutkittiin palvelua potilaiden kokemana päivystyksessä. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan aktiivinen huomaavaisuus, taitavuus, tiedon välittäminen, hyvien tapojen mukainen kohtelu ja joustava avuliaisuus nousivat tärkeimmiksi hoitohenkilökunnan arvioinnin kohteiksi.

Nykypäivän haasteita päivystyksen hoitotyössä lisäävät monikulttuurisuus sekä mielen-terveys- ja päihdeongelmien lisääntyminen. Lääketieteellisen osaamisen lisäksi tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja ja usein joudutaan hoitamaan moniongelmaisia potilaita. Potilaiden yksilölliset tarpeet kielen, uskonnon ja kulttuurin saroilta tulee huomioida hoitotyössä mahdollisuuksien mukaisesti (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Potilaalle tulee antaa tarvittavaa tietoa hoidosta ja mahdollisista jatko-toimenpiteistä. Päivystystilanteissa hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot nousevat tärkeäksi tekijäksi hyvän hoitosuhteen onnistumiseksi.

5.1.2 Hoitoympäristö

Hoitoympäristöllä on keskeinen osa potilaan viihtymistä ja toipumista sairaalassa. Päivystyspoliklinikalla potilaiden hoitoajat ovat lyhyitä ja intensiivisiä, ja hoitoon joutuminen saattaa olla ahdistavaa ja pelottavaa potilaille ja omaisille. Hoitoympäristön tulee olla tarkoituksenmukainen ja huomioida potilaan yksityisyys ja intymiteettisuoja. Päivystyspoliklinikoilla voidaan joutua joustamaan tilojen puutteesta johtuen potilaiden yksityisyydestä näkö- ja kuulosuojan puuttuessa. Mahdollisuuksien mukaan tulee kuitenkin pyrkiä rauhalliseen ja turvalliseen hoitoympäristöön. (Voipio-Pulkki 2005, 30.)

Potilaan ja omaisten kanssa keskustellessa tulee huomioida mahdollisuus henkilökohtaiseen ohjaukseen ja neuvontaan rauhallisessa paikassa. Omaisille tulisi olla järjestettynä lisäksi mahdollisuus ottaa yhteyttä muihin sukulaisiin ja ystäviin sekä hankkia ruokaa ja juotavaa odotuksen ajaksi. Hoitohenkilökunnan tulisi informoida odottavia omaisia potilaan terveydentilasta ja jatkotoimenpiteistä mahdollisimman nopeasti tilanteen ja hoitopolun selvityksessä.

5.2 Kiireellisyysluokittelu Triage päivystystoiminnan tukena

Kiireellisyysluokittelun tarkoitus on parantaa päivystysvastaanoton toiminnan tehokkuutta ja turvallisuutta. Potilaiden oikea ohjautuminen sairaalan ja terveyskeskuksen välillä mahdollistaa oikeanlaisen hoidon saamisen sekä kohdentaa hoitohenkilökunnan

resurssit tarvittavan hoidon antamiseen. Potilaiden kiireellisyysryhmiin luokittelu tehostaa nopeaa hoitoa vaativien potilaiden pääsyä välittömään hoidon aloitukseen sekä priorisoi kevyemmin hoituvien potilaiden tutkimusta ja hoitoa. Läpimenoajat päivystyksessä lyhenevät luokittelun ansiosta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Potilaan saapuessa päivystykseen vastaanottava sairaanhoitaja tekee potilaasta Triage-kiireellisyysluokittelun. Kiireellisyysluokittelun hoitoon pääsyajat muotoutuvat sairauden tai vamman vakavuuden mukaan. Vastaanottava sairaanhoitaja tekee potilaalle ensihaastattelun ja määrittää luokan, jonka jälkeen potilas ohjataan tarvitsemansa hoidon piiriin. Päivystyksessä työskentelevää hoitohenkilökuntaa koulutetaan jatkuvasti Triage-luokittelun käyttöön. Asianmukaisilla tiedoilla ja taidoilla kiireellisyysluokittelulla parannetaan potilasturvallisuutta ja mahdollistetaan toimiva ja tarpeen mukainen hoitoon pääsy. Lisäksi Triage-ryhmittelyn avulla Helsingin kaupungin terveyskeskuksen organisaatio pystyy arvioimaan palveluprosessin toimivuutta aikaisempaa helpommin ja luotettavammin saadessaan tarkempaa tietoa potilaiden hoidon tarpeesta (Harkko 2008, 3).

Triagen määrittelyissä on käytössä viisi (5) eri tasoa, jotka määräytyvät hoidon tarpeen mukaan. Alla olevassa taulukossa on esitelty Triage-luokittelun tavoitteelliset hoitoon pääsyajat. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

TAULUKKO 1. Triage.

TRIAGE –LUOKITUS	TAVOITTEELLINEN HOITOON PÄÄSY AIKA
A	Hoito aloitetaan välittömästi
B	Hoito aloitetaan 10 minuutissa saapumisesta
C	Hoito aloitetaan 1 tunnissa saapumisesta
D	Hoito aloitetaan 2 tunnissa saapumisesta
E	Hoito ei vaadi päivystystä, ohjaus omalle terveysasemalle

6 PÄIVYSTYKSEN ITSEHOITOPISTEEN KÄYTTÄJIEN KARTOITUS

Itsehoitopisteen käyttäjäkartoituksen pohjana on käytetty Jaakko Harkon 2008 valmistunutta tutkimusta Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittelystä. Harkon tutkimus oli laadullinen ja se toteutettiin Marian sairaalan päivystyksessä vuosien 2007–2008 aikana. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden jakautumista eri kiireellisyysryhmiin päivystyksessä sekä tutkia käyttäjien profiileita. Lisäksi itsehoitopisteen kohderyhmän kartoituksessa on käytetty vuonna 2002 valmistunutta Kuopion yhteispäivystystutkimusta, jonka tarkoituksena oli selvittää päivystyksen toimintaa ja hoidon tarvetta.

6.1 Päivystykseen hakeutumisen syyt ja käyttäjämäärät

2000 -luvulla päivystyskäyntien määriä on ruvettu tilastoimaan tarkemmin, johtuen koko ajan kasvavien päivystyskäyntien määrän myötä. Käyttäjämäärien tutkimisella saadaan tietoa päivystyksen käyttäjistä, sinne hakeutumisen syistä ja yleisimmistä oireista päivystykseen hakeutuessa. Näillä tiedoilla voidaan palvelujärjestelmän tarvetta kohdentaa ja tarkkailla tarpeen ja tarjonnan kohtaamista.

Päivystyspalveluita tarjotaan Helsingin ja Uudenmaan alueella yli miljoonalle käyttäjälle, neljässätoista eri palvelupisteessä perus- ja erikoissairaanhoidossa. Käyntejä yhteensä vuositasolla on noin 420 000. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.) Vuonna 2007 Marian sairaalan päivystyksessä oli käyntejä 59 000. Näistä kolmas osa oli terveyskeskuspäivystyksen potilaita. Terveyskeskuspäivystykseen hakeutumisen yleisimpiä syitä olivat hengityselinsairaudet, muualla luokittamattomat oireet, korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Sairaalapäivystyksen potilaista, eniten oli sydän- ja verisuonisairauksien takia hoitoon hakeutuneita, ruuansulatuskanavan ongelmat, yleistilaan liittyviä ongelmia ja alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat. Traumapäivystykseen saapuneilla yleisimpiä ongelmia olivat erilaiset haavat ja tapaturmat. (Helsingin kaupungin terveyskeskus 2008.)

Helsingin Marian sairaalassa vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan päivystykseen hakeutuneista potilaista puolet saapui äkillisen sairastumisen johdosta. Vajaa kolmannes kertoi tulosityykseen aiemmin koetun vaivan tai sairauden pahenemisen ja kaksi kymmenestä tuli tapaturman tai muun syyn takia. (Harkko 2008, 22.)

Harkon tutkimuksen mukaan päivystykseen hakeutumisen syistä suurin oli terveysaseman kiinni oleminen ja vaivan akuuttuus (56 %), toinen ryhmä muodostui tyytymättömistä potilaista päiväaikaiseen käyttöön ja terveysasemille pääsemättömyyteen (25 %), kolmanneksi suurin ryhmä koostui potilaista, jotka odottivat työpäivän loppumista ennen hoitoon hakeutumista (7 %). Päivystykseen hakeutuvista potilaista kolmannes ilmoitti tulleensa hakemaan sairaslomatodistusta. Harkon tutkimuksessa ei-kiireellisistä E-ryhmän potilaista 46 % kertoi yrittäneensä saada aikaa päiväaikaisesta toiminnasta terveysasemalta. (Harkko 2008, 22).

Kuopion yhteispäivystystutkimuksessa vuonna 2002 kartoitettiin päivystyskäyntien määrää ja tarpeellisuutta. Kuopion päivystyksen käyttäjistä suurin osa (39 %) hakeutui hoitoon äkillisen sairauden myötä, seuraavat hoitoon hakeutumisen syyt olivat pitkäaikaissairauksien paheneminen (23,4 %), tapaturma (18,1 %), muu syy (10,8 %) tai pitkäaikaissairauden jatkuminen (9 %). (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2002.)

Helsingissä päivystykseen saapuvat potilaat Triage luokiteltiin annettujen ohjeiden mukaisesti. A ja B-luokkiin eli välitöntä hoitoa vaativiin ryhmiin sijoittui 1 % potilaista, C ryhmään 8 %, D ryhmään 74 % ja E ryhmään 17 %. (Harkko 2008, 10–12.)

Kuopion yhteispäivystystutkimuksessa hoidon tarpeellisuutta arvioitiin vaihtoehdoilla välttämätöntä, tarpeellista tai ei päivystyskäynnin tarvetta. Hakeutuneista potilaista 44 %:lla hoito päivystyksessä oli välttämätöntä, 41,7 %:lla tarpeellista ja 14 % ei vaatinut päivystyksellistä hoitoa. (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2002.)

Päivystyksessä tavallista ovat suuret potilasmäärien vaihtelut vuorokaudenajan ja viikonpäivien mukaan. Viikonpäivistä kiireisimpiä ovat viikonloput ja maanantai, jolloin

potilasmäärät olivat huomattavasti suurempia kuin viikon hiljaisimpien päivien keski-
viikon ja torstain potilasmäärät. (Harkko 2008, 29–30.)

6.2 Päivystyspotilaiden sijoittuminen kiireellisyysluokittelussa

Itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmän kartoituksessa pois karsiutuvat päivystykseen saapuvat potilaat, joilla on välittömän tai nopean hoidon aloituksen tarve. Triage-luokittelun myötä näitä ovat A ja B -ryhmät. A ja B -ryhmien potilailla on päivystykseen saapuessaan merkittävä itsehoitovajaus, eivätkä vakavan terveydellisen haittansa tai sairauden vuoksi ole itsehoitoon kykeneviä. A ja B -ryhmän potilaat kuuluvat erikoissairaanhoidon palveluiden käyttäjiin. Alla olevassa taulukossa on nähtävillä yleisimmät A ja B -ryhmien hoitoon hakeutumisen syyt. Päivystykseen hakeutuvista potilaista 1 % kuului A tai B-ryhmään (Harkko 2008, 12).

TAULUKKO 2. Triage-kiireellisyysryhmittely A ja B -luokat.

KIIREELLISYYS LUOKKA	HOITOON HAKEUTUMISEN SYYY	PROSENTUAALINEN OSUUS POTILAISTA
A (Hoito aloitettava välittömästi)	Selkeä hengitysvaikeus Äkillinen voimakas rintakipu Tajuton potilas Epileptiset kohtaukset Suuret verenvuodot	0,5 %
B (Hoito aloitettava n.10 minuutissa)	Delirium Takykardiset oireilevat potilaat Runsas verioksentelu Lonkka- ja avomurtumapotilaat Kivulias akuutti vatsa	0,5 %

Kiireellisyysluokittelun ryhmät C ja D ovat terveyskeskuspäivystyksen suurimmat käyttäjäkohderyhmät. Taulukossa 3. on esitelty yleisimpiä näiden ryhmien hoitoon hakeu-

tumisen syytä. Päivystykseen hakeutuneista potilaista C-ryhmään kuului 8 % potilaista ja ryhmään D 74 % (Harkko 2008, 12).

TAULUKKO 3. Triage-kiireellisyysryhmittely C ja D -luokat.

KIIREELLISYYSLUOKKA	HOITON HAKEUTUMISEN SYY	PROSENTUAALINEN OSUUS POTILAISTA
C (Hoito aloitettava n. 1 tunnissa)	Astman paheneminen Äkillinen päänsärky Psykoottiset Akuutit ihoreaktiot Lievät vammat	8 %
D (Hoito aloitettava n. 2 tunnissa)	Murtumaepäilyt Näkyvät tulehdukset Raajatrombiepäilyt Pienet palovammat	74 %

D-ryhmän potilailla hoitoon pääsyn tulisi tapahtua kahdessa tunnissa saapumisesta. Potilaat voivat kuitenkin joutua usein odottamaan pidempäänkin, mahdollisten kiireellisempien potilaiden hoidon priorisoinnin takia.

E-ryhmän potilaat eivät vaadi välitöntä lääkärin hoitoa. E-ryhmän potilaat ovat saapuneet päivystykseen saadakseen hoitoa, joka ei kuitenkaan täytä päivystyshoidon vaateita. Potilaat voidaan ohjata päivääkaiseen hoitoon, päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle tai itsehoitopisteeseen. Vuosittain E-ryhmän käyntejä Helsingissä päivystyksessä on 17 %, joka tarkoittaa vuosittaisissa käyntimäärissä noin 11 000 käyntiä. (Harkko 2008, 12.) Kuopion yhteispäivystystutkimuksen mukaan turhia käyntejä päivystyksessä oli 14 % käynneistä.

TAULUKKO 4. Triage-kiireellisyysryhmittely E-luokka

KIIREELLISYYSLUOKKA	HOITOON HAKEUTUMISEN SYY	PROSENTUAALINEN OSUUS POTILAISTA
E (Eivät tarvitse välitöntä lääkärin hoitoa. Ohjataan omalle terveystasemalle)	Flunssa, nuha, yskä, poskiontelotulehdusepäilyt Sairauslomatodistukset, lausunnot, reseptien uusinnat Näppylöiden ja luomien näytöt Pitkäaikaiset sairaudet ja oireet, joissa ei ole tapahtunut akuuttia muutosta Psykiatriset konsultaatiot	17 %

Ei-kiireelliset E-ryhmän potilaat hakeutuvat hyvin erilaisista syistä päivystykseen. Ryhmässä on kuitenkin havaittavissa yhtenäisiä tekijöitä, joita ovat sosiaaliset riskitekijät ja -käyttäytyminen. Terveyskeskuspäivystystä käyttävät erityisesti päihdeongelmaiset, ihmissuhde- ja perhevaikeuksissa olevat sekä köyhyyteen liittyvissä ulkopuolista apua tarvitsevat. (Terveysvirasto 2003, 17.) Harkon tutkimuksessa E-ryhmän potilaiksi nousivat edellä olevien ryhmien lisäksi terveysjärjestelmää tuntemattomia maahanmuuttajia, kiireisiä työssäkäyviä, uusavuttomia nuoria, viikonlopun yli sairastaneita, lapsiperheitä joilla infektiokierre, psykosomaattisesti oireilevia psykiatrisia potilaita, yksinäisiä vanhuksia, sairaalomaata hakevia, asunnottomia ja päihdeongelmaisia.

Aikaisempien tutkimusten perusteella on tiedetty, että päivystystä käyttävät erityisesti päihdeongelmaiset, ihmissuhde- ja perhevaikeuksissa olevat sekä köyhyyteen liittyvissä asioissa ulkopuolista apua tarvitsevat. Harkon tutkimuksessa nousi esille ei-somaattisten ongelmien yleisyys päivystyksen käyttäjillä. 24 % oli merkintä tuoreista ei-somaattisista ongelmista merkintä hoitotiedoissa. Ei-somaattisilla ongelmilla viitattiin tutkimuksessa masentuneisuuteen, taloudellisiin vaikeuksiin, ihmissuhdevaikeuksiin, läheisten menetyksiin, lapsuuden ongelmiin, alkoholin liikkakäyttöön tai mielenterveyden ongelmiin. Lisäksi vastaajilla alkoholin riskikulutuksen raja ylittyi 49 % osalta. (Harkko 2008, 24–

25, 27.) Päivystykseen saapuvien mielenterveyspotilaiden ongelmat ovat usein moniselitteisiä ja lääketieteellisesti katsottuna turhia käyntejä. (Harkko 208, 25). Usein mielen-terveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden ongelmia saadaan päivystyksessä selvitettyä keskustelulla ja potilaan huomioimisella. Vastaanotolle saapumista voi selittää myös tukiverkon puuttuminen, jolloin vertaisverkoston puutteessa potilaat hakeutuvat päivystykseen saamaan varmistusta oireilleen.

6.3 Sukupuolen merkitys päivystyskäynneissä

Harkon (2008, 11) tutkimuksen aikana päivystykseen hakeutuneista potilaista 59 % oli naisia ja 41 % miehiä. Tutkimuksesta selvisi myös yksittäisen E-ryhmän osalta sukupuolten välinen jakauma. Naisia ei-kiireelliseen E-ryhmään sijoittui 14 % miehiä 21 %.

Universaalisti naisten sairastavuus on suurempi ja naisten eliniän odote on pidempi kuin miesten (Aukee 2003, 205). Naiset sairastavat vuosittain enemmän kuin miehet, ja naisten lääkäriiskäyntimäärät ovat suuremmat. Kuitenkin miehet kokevat terveytensä keskimääräistä useammin huonommaksi kuin naiset. (Lahelma, Manderbacka, Martikainen & Rahkonen 2003, 21–24.)

Terveyskäyttäytymisessä naisia on usein pidetty kiinnostuneempina terveysasioista ja hoidoista kuin miehiä. Naiset käyttävät miehiä enemmän virallisia ja epävirallisia hoitopalveluita, lääkkeitä ja luontaistuotteita. Naiset ovat useimmiten myös vastuussa läheistensä terveydestä ja siirtävät omia tottumuksiaan perheenjäsenille. (Aukee 2003, 205.) Miesten terveyskäyttäytymistä on usein pidetty huonompana kuin naisten, ja miehillä päihteiden käyttö ja ravitsemustottumukset ovat keskimäärin huonompia kuin naisilla. Naisten ja miesten välisiä eroja käyttäytymisessä voivat selittää erilaiset roolit, perinnöllisyys, psykososiaaliset tekijät ja yhteiskunnan rakenne. (Lahelma, Manderbacka, Martikainen & Rahkonen 2003, 29–30.)

Uhkatekijöitä miesten terveydelle nykypäivänä ovat lisääntyneet mielenterveys- ja päihdeongelmat. Varsinkin nuorten miesten keskuudessa päihteidenkäyttö on lisääntynyt ja syrjäytymisen uhka kasvanut. Lisäksi vähentynyt fyysinen liikunta ja painonnou-

su ovat vaaraksi terveydelle. Suomen puolustusvoimien teettämän tutkimuksen mukaan kymmenessä vuodessa alokkaiden keskimääräinen paino oli noussut 3,1 kg. Samalla kuntotestit osoittivat peruskunnon keskimääräisestä heikentyneen. (Suomen Puolustusvoimat 2004.)

6.4 Iän merkitys päivystyskäynneissä

Harkon tutkimuksessa vahvistui sama toteamus kuin aiemmissakin tutkimuksissa, että nuoret naiset käyttävät suurissa määrin päivystystä. Päivystyksessä käyneiden potilaiden keski-ikä kaikista kiireellisyysluokitteluryhmistä oli 43 vuotta. Ei-kiireellisten E-ryhmän potilaiden keskuudessa nousi esille keskimääräistä nuorempi ikä. E-ryhmän potilailla keskimääräinen ikä oli 36 vuotta. Erityisesti alle 30-vuotiaat käyttävät paljon terveyskeskuspäivystystä suhteessa muuhun väestöön. (Torppa, Kokkonen, Raumavirta-Koivisto, Iivanainen, Pitkälä 2009.) Vanhemmat potilaat olivat useammin kiireellisen hoidon tarpeessa kuin nuoremmat kävijät. (Harkko 2008, 12–13.) Nuorissa naisissa oli huomattava määrä enemmän opiskelijoita, kuin miesten kohdalla. (Harkko 2008, 12.)

6.5 Sosioekonomisen aseman ja koulutustason vaikutukset päivystyskäynneissä

Harkon tutkimuksen mukaan terveyskeskuspäivystyksen käyttö on yleisempää heikommilla sosio-ekonomisilla alueilla. Tutkimuksen avulla selvitettiin, että heikko terveys ja riskikäyttäytyminen ovat yhteydessä huono-osaisuuteen ja syrjäytymisuhkaan. Alhainen koulutus, työmarkkina-asema, ammattiin perustuva sosiaaliluokka, tulot ja varallisuus vaikuttavat sosiaaliseen asemaan ja sen myötä terveyseroihin. Terveyserojen huomioiminen alueittain on tärkeää, sillä mikäli terveyteen liittyvät tekijät jäävät huomioimatta jäävät myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät toteutumatta. Helsingin kaupungin sisäiset alueelliset erot ovat huomattavia. (Harkko 2008, 9–10.)

Karvonen ja Rintala (2006) viittaavat kirjoituksessaan Pönkän ja Virtasen tutkimukseen epäterveellisen ympäristön merkityksestä terveyteen. Epäterveellinen ympäristö voi vaikuttaa suoraan terveyteen lisäämällä riskiä sairastua somaattiseen sairauteen esimer-

kiksi saastuneen ilman välityksellä. Lisäksi epämiellyttävä asuinympäristö voi vaikuttaa psyykkiseen terveyteen lisäämällä stressiä, ahdistuneisuutta tai turvattomuutta. Ympäristö saattaa vaikuttaa terveyteen lisäksi välittyneesti, terveyskäyttäytymisen ja palveluiden saatavuuden kautta. (Karvonen & Rintala 2006, 285–286.) Alueellisten hyvinvointierojen kasvaminen on haaste nyky-yhteiskunnalle terveydenhuollon sijoittumisen ja palvelujen käyttäjien näkökulmista.

Harkon tutkimuksen pohjalta saatiin myös selville, että terveyskeskuksen käyttäjillä on keskimääräistä väestöä heikompi koulutustaso. Matalampaa koulutustasoa selittää kävijöiden nuori ikäprofiili sekä päivystyskävijöiden tuleminen alueilta, joilla koulutustaso on keskimääräistä väestöä matalampaa. Työurat olivat päivystyksen käyttäjillä usein rikkonaiset, ja 30 % työkäisistä vastaajista ilmoitti olleensa työttömänä viimeisen kolmen vuoden aikana. (Harkko 2008, 17–18.) Taloudellinen epävarmuus kohdistui erityisesti nuorten ja miesten ongelmaksi. Alle 35 -vuotiailla oli useammin kuin vanhemmilla kävijöillä merkintöjä hoitotiedoissa viitaten taloudellisiin, sosiaalisiin, mielenterveyden ja päihteidenkäytön ongelmiin. (Harkko 2008, 19.)

Tutkimuksen mukaan E-ryhmän potilaista 41 % eli parisuhteessa, kun vastaava luku muissa luokissa oli 53 %. E-ryhmän potilailla oli sen sijaan enemmän lapsitalouksia (38 %) kuin muilla ryhmillä (31 %). (Harkko 2008, 15.)

Päivystyksen käyttäjistä vieraskieliset määriteltiin suomen- tai ruotsinkielisiä useammin E-ryhmään (Harkko 2008, 16.) Tätä voisi selittää huonolla palvelujärjestelmän tuntemisella ja hoito-ohjeiden puuttumisella omalla äidinkielellä. Harkon kyselyyn vastanneista vieraskielisistä 33 % puhui äidinkielenään somalinkieltä, 21 % venäjän- ja 12 % vironkieltä. (Harkko 2008, 16.)

7 ITSEHOITOPISTEEN KÄYTTÄJÄKOHDERYHMIEN ELÄMÄNHALLINNAN JA VOIMAANTUMISEN HAASTEET JA TUKEMISEN KEINOT

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin selvittämään aikaisempia tutkimuksia liittyen elämänhallintaan ja itsehoitoon ei-kiireellisillä E-ryhmän asiakkailla. Jotta potilaiden ohjaus itsehoitopisteen luo onnistuu, oli tärkeää selvittää itsehoidon ja elämänhallinnan haasteita ja keinoja heidän tukemiseensa. E-ryhmän ongelmiksi yhdennettiin sosiaalisia ja terveydellisiä tekijöitä, joita ovat muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmat, alhainen elintaso, palvelujärjestelmän tuntemattomuus ja syrjäytyminen. Seuraavissa kappaleissa on esitelty löydettyjä tutkimuksia liittyen aiheeseen. Liitteeseen kaksi on koottu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset.

Haataisen väitöskirjassa *Hopelessness in a general population of Finnish adults* (2004) tutkittiin voimattomuuden tunnetta aikuisväestöllä Suomessa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin kahden vuoden pitkäaikaistutkimuksena, jossa seurattiin mielenterveysongelmista kärsimättömien työikäisten voimaantumisen ja voimattomuuden tunteita. (Haatainen 2004, 55–57.)

Väitöskirjan mukaan otosryhmästä yli viidennes kärsi ajoittain voimattomuuden tunteesta elämässään. Syitä voimattomuuteen olivat huono taloudellinen tilanne, heikko terveys ja työttömyys. Voimattomuuden tunne liittyi vahvasti myös heikkoon hyvinvointiin, elämään tyytymättömyyteen, masennukseen ja itsetuhoisuuteen. Voimattomuuden tunne oli vahvempaa matalan koulutustason omaavilla verrattuna korkeammin koulutettuihin. (Haatainen 2004, 62.)

Johtopäätöksenä tutkimuksessa nostettiin esille voimattomuuden tunteen merkitys arkielämässä, avun tarpeen huomaaminen ja varhainen avun saaminen terveydenhuollossa. Keinoja voimaannuttamiseen ei tuotu esille. (Haatainen 2004, 72.)

Tuorila (2009) käsitteli artikkelissaan *Terveysspalvelut ja potilaiden voimaantuminen terveyspalveluiden käyttäjien voimaantumista palvelujärjestelmän toiminnan näkökul-*

masta. Voimaantumisen käsitettiin edustavan potilaille tilannetta, jossa päätösvalta terveyteen ja sairauteen liittyen on potilailla itsellään. (Tuorila 2009, 102.)

Artikkeli summasi voimaantumiseen tarvittavia tekijöitä. Tärkeimmät tekijät olivat laadukas ja ymmärrettävä tieto, mikä auttoi potilaita suhtautumaan omaan hoitoonsa ja päätöksentekoonsa analyyttisemmin. Tiedon lisäksi potilaat tarvitsivat käytännön toimintaa voimaantumiseen. Toiminnan kautta omat tiedot syvenivät ja vahvistuivat. Potilaan ikä, koulutus, sosioekonominen asema, taloudelliset resurssit ja terveydellisen ongelman laatu vaikuttivat merkittävästi voimaantumiseen. Mitä paremmat lähtökohdat ja tiedot potilaalla oli, sen helpompaa hänen oli voimaantua. Voimaantunut potilas tunnistaa hyvin terveydelliset ongelmansa, sopeutuu niihin paremmin ja tunnistaa omat käytettävät voimavaransa. Voimaantunut potilas myös sitoutuu hoitoonsa paremmin. (Tuorila 2009, 102–104.)

Feldtin väitöskirjassa *Vahva elämänhallinta suojaa stressisairauksilta* (2000) on tutkittu elämänhallinnan merkitystä arkipäiväisessä elämässä. Tuloksena oli, että vahvan elämänhallinnan omaavat työntekijät kärsivät vähemmän psykosomaattisista oireista, kuten päänsäryistä, unihäiriöistä sekä ahdistuneisuus- ja masentuneisuusoireista. Lisäksi vahvan elämänhallinnan omaavilla ihmisillä oli vähemmän vakavia stressisairauksia ja työpumusta. (Feldt 2000.)

Työttömyys heikentää myös usein ihmisen toimintakykyä ja elämänhallintaa. Sosiaaliset suhteet vähenevät ja voivat pahimmillaan johtaa syrjäytymiseen. Ongelmaksi nousi myös avun hakemisen heikkeneminen. Suurimmassa syrjäytymisen uhatta tutkimuksen mukaan ovat ne työttömät, joilla on keskimääräistä heikompi koulutustaso, sosiaalinen verkosto ja työkokemus. Näille ihmisille on tärkeää monenlaisten tukitoimintojen olemassaolo toimintakyvyn säilyttämiseksi. Toimintakyvyn vähentyessä, elämänhallinta joutuu koetukselle. Suunnitelmien ja päämäärien luominen voi olla vaikeaa heikon taloudellisen tilanteen ja epävarmuuden vuoksi. Feldtin mukaan huomion kiinnittäminen hyvinvointiin on tärkeää tilanteissa, joissa elämänhallinta on muutoksessa tai elämässä on erityisiä paineita. (Feldt 2000.)

Poutanen väitöskirjassaan *Elämänhallintaa ilman työtä* (2000) on tutkinut pitkäaikais-työttömien hyvinvoinnin tilaa ja elämäntilanteiden muutoksia sekä tarkastellut heidän

elämänhallintaansa, sen keinoja ja onnistumisia. Tutkimus vahvisti käsitystä, jonka mukaan työttömyys on vakava sosiaalinen ongelma. Pitkäaikaistyöttömyys koettelee työttömien elämänhallintataitoja eri elämänalueilla sekä yhteiskuntamme järjestelmän rakenteita ja käytäntöjä. (Poutanen 2000, 11–17.)

Tutkimuksen myötä selvisi, että pitkäaikaistyöttömyydestä ei seuraa väistämättä terveydentilaan liittyviä ongelmia. Elämänhallinnan terveyden osalta ymmärretään käsittävän terveysongelmien käsittelyn sekä terveydentilan ylläpitämisen. (Poutanen 2000, 152.) Tutkimuksessa nousi myös esille näkemys, jonka mukaan sairastuvuus nousee pitkäaikaistyöttömyyden myötä ihmissuhteissa ilmenevien ongelmien ja taloudellisten vaikeuksien välittämänä. Yleistä pitkäaikaistyöttömillä oli keskimääräistä huonompi käsitys omasta terveydentilastaan sekä erilaiset psykosomaattiset ongelmat. Terveydentilaan vaikuttivat kuitenkin työttömyyden lisäksi myös ikä ja sukupuoli. Syrjäytyminen tutkimuksessa koettiin lähinnä elämäntilanteeksi, joka johtui hyvinvointivajeiden kasautumisesta ja elämänhallinnan ongelmista. (Poutanen 2000, 229.)

Poutasen väitöskirjassa tuotiin esille elämänhallinnan tukemisen keinoja pitkäaikaistyöttömillä. Tärkeimmiksi tukemisen keinoiksi todettiin aktiivisen elämäntavan tukeminen heikon elämänhallinnan omaavilla ihmisillä, positiiviset tulevaisuuden näkymät ja usko tulevaisuuteen. Nämä keinot lisäsivät työttömien aktiivisuutta ja kiinnostusta omasta terveydestään. Motivointi nousi myös tärkeäksi kannustavaksi tekijäksi. Luottamuksen synty terveydenhuoltoon ja sen vaikuttavuuteen koettiin merkityksellisenä. Tutkimuksessa tuotiin esille myös moniongelmaisuus ja elämänhallinnan yhteys. Moniongelmaisista työttömiä tulisi tukea elämänhallintaan palvelumuotojen kehittämällä, jotta elämänhallintaidot kehittyvät ja itsetunto vahvistuu. (Poutanen 2000, 232–238.)

Hoien tutkimuksessa (2004) tutkittiin elämänhallintaa, terveysvaivoja ja elämään tyytyväisyyttä iäkkäillä kotona asuvilla ihmisillä. Tutkimuksessa selvisi, että elämänhallinta kasvaa iän myötä ja hyvän elämänhallinnan kokevilla ihmisillä oli paremmat valmiudet kohdata terveysongelmia. Toinen keskeinen tutkimustulos oli, että miehet olivat keskimäärin tyytymättömämpiä elämäänsä kuin naiset. Tutkimuksen myötä ehdotettiin, että hoitoa tulisi muokata sukupuolen mukaan, koska naisilla ja miehillä on erilaiset lähtökohdat terveydenhoitoon ja elämänhallintaan.

Raitasalo, Salminen, Saarijärvi ja Toikka (2002) tutkivat masennuspotilaiden elämäntapojen hallintaa, toipumista ja työkykyä. Tutkimuksessa kartoitettulla elämäntapojen hallinnalla tarkoitettiin oman elämän hallinnan tunnetta, itsetuntoa, pystyvyyden tunnetta ja elämään suhtautumista. Masentuneilla ihmisillä elämäntapojen hallinta heikkeni haittaavasti, tulevaisuuden näkymät muuttuivat usein negatiivisiksi ja suhde itseen sekä läheisiin muuttui. Tutkimuspotilaiden elämäntapojen hallintaa kartoitettiin kansainvälisillä kyselyillä ja mittareilla. (Raitasalo, Salminen, Saarijärvi & Toikka 2004.)

Tutkimuksen perusteella saatiin selville, että haavoittunut itsetunto heikentää ihmisen elämäntapojen hallintaa sekä masennuksesta toipuminen oli yhteydessä toiveikkaaseen suhtautumiseen omaan tulevaisuuteen. Elämäntapojen hallinnan osatekijöistä toiveikkaus ennusti parhaiten masennuksesta toipumista. Elämäntapojen hallinnan tukemisessa masennuspotilailla tärkeää on kiinnittää huomiota depressio-oireilun lisäksi elämäntapojen hallintaan ja erityisesti toiveikkausta ylläpitäviin tekijöihin. (Raitasalo, Salminen, Saarijärvi & Toikka 2004.)

Rintanen käsitteli väitöskirjassaan Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäntapojen hallinnassa (2000) suomalaisten nuorten miesten koulutuksellista syrjäytymisuhkaa. Poikkileikkausaineistosta nousi esille täysikäisten nuorten ryhmä, jonka syrjäytymisvaara oli merkittävä. Ryhmän syrjäytymisuhka poikkesi valtaväestöstä jyrkästi huonon terveydentilan ja terveystottumusten myötä. Terveysongelmat olivat kasaantuneet erityisesti psyykkisten ongelmien osalle. (Rintanen 2000, 205–210.)

Savikko ja Pitkälä (2006) kirjoittivat artikkelissaan Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet ihmisten suhtautumisesta hoitoihin ja niiden vaikuttavuuteen. Artikkelissa nostettiin esille ihmisten huono sitoutuminen elämäntapoihin, kun taas lääkehoitoihin sitoudutaan keskimäärin paremmin. Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin sekä terveydenhuollon resursseihin. Hoitoon sitoutumisessa keskeistä on ihmisen motivaatio, tahto, saama tuki ja kyky muuttaa toimintaansa. Sitoutuminen elämäntapoihin vaatii pitkäaikaista tukea ja seuranta. Tärkeää tukemisen kannalta on huomioida, että ennaltaehkäiseviin hoitoihin sitoudutaan keskimäärin huonommin kuin sairauden hoitoon. (Savikko & Pitkälä 2006.)

Tilastokeskus toteutti (2002) laajan maahanmuuttajien terveydentilaa kartoittavan elin-olotutkimuksen. Tutkimus toteutettiin neljässä kaupungissa Suomessa ja käsitti neljän suurimman etnisen ryhmän terveyttä. Ryhmät olivat somalit, vietnamilaiset, virolaiset ja venäläiset. Etnisten ryhmien välillä olevien terveyserojen merkittävimpiä havaintoja oli, somali- ja vietnamilaisten hyvä perusterveys verrattuna viro- ja venäläissyntyisiin maahanmuuttajiin. Keskeinen maahanmuuttajien terveyttä heikentävä tekijä oli masennus ja unettomuus. Liki kolmanneksella oli ollut edellä mainittuja oireita viimeisen kuukauden aikana. Määrä on kaksinkertainen verrattuna suomalaissyntyisiin kansalaisiin. (Pohjanpää, Paananen & Nieminen 2003.)

Huomattavaa on, että maahanmuuttajat asuvat pääosin pienituloisten asuinkuntien alueilla Helsingissä. Heikommilla sosioekonomisilla alueilla on osoitettu olevan enemmän terveysongelmia ja ympäristön toimintatapojen oppiminen tapahtuu terveystottumusten osalta yksipuolisessa ympäristössä. Maahanmuuttajat itse kokivat suurimmaksi elämän haasteekseen työnsaamisen Suomessa. Työttömyyden koettiin aiheuttavan syrjäytymistä sekä alentavan toimintakykyä. (Pohjanpää, Paananen & Nieminen 2003.)

Kyngäs ja Henttinen (2008) ovat tutkineet mielenterveyspotilaiden hoitotyötä ja itsehoitoa. Keskeisiksi tekijöiksi onnistuneessa hoitotyössä nousivat hoitoon sitouttaminen ja mielenterveyspotilaan oman elämänhallinnan tukeminen. Lisäksi Kyngäs ja Henttinen nostivat esille potilaan tukemisen itsehoitoon ja toivon herättämisen hoidon vaikuttavuuteen. (Kyngäs & Henttinen 2008, 162–163.)

8 TULOSTEN YHTEENVETO

Tutkimalla päivystyksen käyttäjämääriä, hoitoon hakeutumisen syitä ja hoidon tarvetta voitiin päivystyksen käyttäjistä kohdentaa itsehoitopisteen käyttäjäkohderyhmä. Vuosittain turhia päivystyskäyntejä on liki kuudennes kaikista käynneistä. Itsehoitopisteen tavoitteena onkin päivääkaiseen toimintaan ja palvelujärjestelmän tarkoituksenmukaisen käyttöön ohjaamisen tehostaminen.

Potilaiden kiireellisyysluokittelun ryhmien A-D -potilaat vaativat päivystyksellistä hoitoa ja saavat joko päivystävän sairaanhoitajan tai lääkärin ohjausta sairautensa tai terveysongelmansa hoitoon. Keskeinen käyttäjäkohderyhmä voidaan näin ollen todentaa ei-päivystyksellistä hoitoa vaativiin E-ryhmän asiakkaisiin. E-ryhmällä keskeisiä yhtenäisiä tekijöitä olivat sosiaaliset riskitekijät ja -käyttäytyminen. E-ryhmän asiakkaiksi kohdentui päihde- ja mielenterveysongelmaisia, maahanmuuttajia, asunnottomia, uusavuttomia nuoria, yksinäisiä vanhuksia, psykosomaattisesti oireilevia, köyhyyteen ulkopuolista apua tarvitsevia ja ihmissuhde- ja perhevaikeuksissa olevia.

Ei-kiireelliset E-ryhmän asiakkaat voidaan ohjata itsehoitopisteen pariin, mistä löytyvät päivääkaisten terveystietojen yhteystiedot, kotihoito-ohjeita yleisimpien sairauksien hoitoon ja terveysalan palvelutietoutta eri kielillä.

Elämänhallinta koostuu monesta eri elämänalueen osatekijöistä, johon kuuluvat terveyden näkökulmasta keskeisesti omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen itsehoitomuodossa. Kohderyhmän elämänhallintaa ja itsehoitollisia haasteita olivat edellä mainitut sosiaaliset riskitekijät ja -käyttäytyminen. Keinoja elämänhallinnan ja sen myötä itsehoitotukemiseen nousi systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Aktiivisen otteen tukeminen, motivointi ja luottamuksen herättäminen olivat tärkeimpiä elämänhallintaan tukevia tekijöitä. Tulevaisuuden positiivisten näkymien luominen ja toiveikkouden ylläpitäminen olivat myös tärkeitä keinoja elämänhallinnan saavuttamisessa. Voimaantumisen tunne on tärkeä hyvinvoinnin tekijä arkielämässä. Voimaantumisen tukemisessa tärkeimpiä tekijöitä olivat laadukas ja ymmärrettävä annettu tieto. Tiedon saamisen lisäksi toiminta vahvistaa ja syventää voimaantumisen tunnetta. Voimaantumisen

myötä hoitoon sitoutuminen paranee. Ihmisten sitoutuminen elämäntapoihin on usein haasteellista ja vaatii pitkäaikaista tukea ja seurantaa. (Poutanen 2000; Feldt 2000; Raitasalo, Salminen, Saarijärvi & Toikka 2004; Haatainen 2004; Savikko & Pitkälä 2006; Tuorila 2009.)

8.1 Johtopäätökset

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että terveydenhuollolla on suuri asema ihmisen sairastuessa, mutta myös terveyden edistämisessä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Terveyteen vaikutetaan kuitenkin hyvin suurella määrällä terveydenhuollon ulkopuolella tapahtuvilla ratkaisulla, toiminnalla ja kehityksellä. Terveyteen vaikuttavat monet arkipäiväiset tekijät ja valinnat. Näihin valintoihin vaikuttamalla ja ihmisten oman itsehoidon ja elämänhallinnan tukemisella voidaan vähentää turhia päivystyskäyntejä ja ohjata asiakkaita oikeiden hoitopaikkojen piiriin.

E-ryhmän ongelmien kohdalla voidaan todeta, että koulutustason ja sosiaalisen aseman merkitykset terveydenhoidossa ovat merkittävät. Koulutus tuottaa tietoja ja valmiuksia, muovaa yksilöiden terveystietoisuutta, elintapoja ja terveyskäyttäytymistä, jotka osaltaan vaikuttavat keskeisten kansantautien taustalla. Muun muassa tupakointi, päihteiden käyttö, vapaa-ajan liikunta harrastus ja ravinnon terveyskäyttäytyminen vaihtelevat suuresti koulutusryhmittäin. (Karisto & Lahelma 2005, 51.) Tärkeää on myös huomioida, että uudet terveystottumukset omaksutaan usein ensin yhteiskunnan ylemmissä sosiaaliryhmissä, ja sieltä ne vähitellen siirtyvät alempiin sosiaaliryhmiin. Hyvässä asemassa olevat ja koulutetut ovat valmiimpia luopumaan terveydelle haitallisista tavoista. Luopuminen on heille helpompaa, heillä ollessa enemmän aineellisia ja henkisiä resursseja. (Aukee 2003, 205.)

Sosiaaliseen asemaan liittyvien ongelmien lisäksi toinen keskeinen haaste on lisääntyvät mielenterveysongelmat ja niiden vaikutukset koko yhteiskuntaan. Mielenterveyden ongelmat ovat keskeinen väestön terveyttä heikentävä ongelma ja yksilötasolla ne heikentävät usein elämänlaatua ja toimintakykyä. Mielenterveysongelmien lisääntyminen erityisesti nuorilla aikuisilla on vakava ongelma, joka haastaa terveyspalveluita entistä

suuremmissa määrin. Ongelma koskettaa yksilöä ja koko väestöä kasvavin kustannuksin ja terveystalouden kuormittumisella. Todelliseksi haasteeksi nouseekin mielestäni näiden nuorten tukeminen ja ongelmiin puuttuminen riittävän varhaisessa vaiheessa. Nuorten aikuisten päihdeongelmiin, syrjäytymisvaaraan ja mielenterveysongelmiin tulee puuttua miltä tahansa taholta, ja pyrkiä ottamaan nuori mukaan hoidon ja tukiverkoston syntymiseen. Tavoitteena tulee olla nuoren elämänhallinnan kasvaminen ja terveydenhoidon näkökulmasta itsehoidon vahvistuminen.

Kolmas merkittävä tekijä ovat asuinalueiden väliset terveyserot. Mikäli sosioekonomiset erot kasvavat tulevaisuudessa entisestään voidaan päivystystoimintaa joutua pohtimaan uudestaan. Huonommilla sosioekonomisilla alueilla päivystyksen käyttö on runsaampaa, ja alueilla kohdataan useammin päihde- ja mielenterveysongelmia. Yhtäläisten terveystalouden takaamiseksi alueellisia terveyseroja pitäisi pyrkiä kaventamaan ja terveystaloudellisesti yrittää tukea asuinalueiden yhtäläisiä mahdollisuuksia terveyden ylläpitämiseen. Asuinalueiden ja väestöryhmien ongelmat ovat nousseet jo esille terveydenhuollon poliittisessa päätöksenteossa ja terveyserojen kaventamisen on noussut keskeiseksi huomion kohteeksi. Terveystalouden 2015 -ohjelmassa on tavoitteena terveyserojen alueellinen kaventaminen. Tavoitteena onkin terveyden mahdollisimman tasaisen jakautuminen. Sen onnistumisen edellytyksenä on väestöryhmittäisten erojen vähentäminen edistämällä sairaimpien ryhmien terveyttä.

8.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkimusta tehdessä tulee huomioida aina sen reliabiliteetti eli luotettavuus. Tutkijan omat mielipiteet, ennakkoluulot ja valinnat tutkimuksen kulussa vaikuttavat lopputulokseen. Tutkijan subjektiivinen näkemys voi vaikuttaa myös työn sisältöön ja johtopäätöksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksen eri vaiheita ei työssä ole erikseen kuvattu. Opinnäytetyössäni on tuotu esille käytössä ollut materiaali lähdeluettelossa sekä liitteessä olevassa kirjallisuuskatsauksen yhteenvedossa. Tutkimus on pyritty tekemään mahdollisimman läpinäkyväksi, jolloin kaikki tieto on löydettävissä uudestaan. Käyttämäni Nelli-portaali sisältää merkittävän osan sosiaali- ja terveystalouden kansainvälisiä ja kotimaisia hakutietokantoja, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Etsies-

säni hakuja käytin monenlaisia sanoja ja sanayhdistelmiä. Hain tietoja suomen ja englannin kielillä. Lisäksi sain apua kirjaston informaattikolta, joka auttoi minua hakujen ja hakusanojen luomisessa.

Reliabiliteetin lisäksi tutkimuksen tekijän tulee pohtia tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä. Tutkimuksesta voidaan pohtia onko se perusteellisesti tehty, ovatko tulokset ja tehdyt päätelmät oikeita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Kirjallisuuskatsausta toteuttaessani käytin kaikkia Nelli-portaalin hakukoneita, mikä tuotti useassa hakusanassa lukuisia osumia. Osumien määrä oli kuitenkin niin suuri, että niiden läpikäyminen ja tutkimuksien tarkastaminen kävi liian työlääksi. Hakukoneita olisi voinut rajoittaa, jolloin osumia olisi syntynyt vähemmän ja niiden tarkastaminen käynyt helpommin. Hakusanayhdistelmiä käyttäessäni törmäsin ongelmaan, ettei tutkimuksia aiheesta löytynyt. Tästä syystä laajensin tutkimusaluettani alkuperäistä käsitettäni itsehoitosta koskettamaan myös elämäntilannetta. Tämä kuitenkin antaa mielestäni laajemman kuvan käsittelemästäni aiheesta ja antaa keinoja päivystyksessä elämäntilannan ja itsehoiton tukemiseen.

Kirjallisuuskatsauksessa etsin tutkimuksia, artikkeleita ja oppikirjoja liittyen itsehoiton ja elämäntilannan tukemiseen itsehoitopisteen kohderyhmällä. Yllättävää mielestäni oli, että tutkimuksia aiheeseen liittyen ei ollut tehty paljoa niin Suomessa kuin ulkomailakaan. Pääasiallisesti löytämissäni tutkimuksissa oli lisäksi käsitelty itsehoiton ja elämäntilannan haasteita, mutta tukemisen keinoja hyvin vähän. Jatkotutkimuksina mielestäni olisi tärkeää tehdä lisäselvityksiä näiden haasteelliseksi tiedettyjen ryhmien tukemisesta.

9 POHDINTA

Koen päivystykseen valmistuvan itsehoitopisteen olevan tärkeä työväline terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi päivystyksen käyttäjillä. Itsehoitopisteen käyttöön liittyy kuitenkin mielestäni vielä tärkeitä kysymyksiä, jotka tulee nostaa esille ennen sen käyttöön ottamista. Päivystyksen käyttäjät, joita aktiivisesti ohjataan itsehoitopisteen käyttöön koostuvat potilaista, joilla osalla oli havaittavissa suurempia elämännäköisiä ongelmia. Näiden potilaiden päivystyksellinen hoidon tarve, fyysisen hoidon lisäksi tai sen sijaan, voi olla myös hoitohenkilökunnalta saama psyykinen ja sosiaalinen tuki. Tämän lyhyenkin hoitokontaktin pois jäämiseen tulee varautua ja hoitoon ohjaamisessa huomioida.

Käyttäjäkohderyhmän haasteellisuuden ja moniongelmaisuuksien takia, itsehoitopisteen tarjonnan tulisi mielestäni sisältää myös sosiaalialan materiaalia. Useat terveysongelmat ovat sidoksissa sosiaalisiin ongelmiin. Monipuolinen materiaali tarjoaisi mahdollisuuden laaja-alaisen avun hakemiseen ja tarjoamiseen. Sosiaalityöntekijän vastaanotto olisi myös mielestäni aiheellista päivystyksen tiloissa. Toiminta voisi olla matalankynnyksen toimintaa ja hoitohenkilökunta voisi ohjata potilaita myös hänen vastaanotolleen päivystyskäynnin ohessa.

Potilaiden hoidon kirjaamiseen liittyvät oikeudelliset ja eettiset ongelmat tulee myös huomioida. Hoitohenkilökuntaa tulee ohjeistaa potilaiden päivystyskäyntien kirjaamiseen. Varsinkin E-ryhmän potilaiden kohdalla, itsehoitopisteen luo ohjaamisen kirjaaminen vaatii mielestäni tarkennusta. Selkeät kirjaamisohjeet potilaskohtaamisiin ovat tärkeitä, jotta potilasturvallisuus ei vaarannu.

Eettisestä näkökulmasta asiaa pohdittaessa, on itsehoitopiste päivystyksessä mielestäni ristiriitainen. Vaikka itsehoitopisteen tarkoitus on vahvistaa potilaan itsehoitotaitoja ja tarjota keinoja oman terveysongelman tukemiseen, sen tarjoama apua ei voi korvata toiselta ihmiseltä saatua tietoa ja ohjausta. Uskon että vuorovaikutus ihmisten välillä ja mahdollisuus keskusteluun auttavat ja motivoivat ihmistä toimimaan annettujen ohjeiden mukaisesti. Mielestäni olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus, jossa verrattaisiin

sairaanhoitajalta tai lääkäriltä saadun tiedon ymmärtämistä ja toteuttamista verrattuna niin sanotun kylmän itsehoitopisteen materiaalitarrjonnan ohjauksen toteutumiseen. Vastuukysymykset aiheeseen liittyen ovat mielestäni myös hyvin mielenkiintoisia. Potilaalle siirrettään enemmän vastuuta omasta terveydestään kun hänet ohjataan itsehoitopisteelle. Hoitohenkilökunnan on mahdotonta olla tietoisia tämän jälkeen potilaan hakemasta tiedosta ja toiminnasta. Tämän vuoksi materiaalin jota itsehoitopisteessä tarjotaan, tulee olla asianmukaista ja ajankohtaista tietoa, joka on virallisesti hyväksyttyä.

Vaikka elämänhallinnan tukemisen keinoja nousi kirjallisuuskatsauksesta, on niiden toteuttaminen päivystyksessä haasteellista. Päivystykselle tavanomaiset lyhyet hoitokontaktit ja nopea hoitoaika eivät mahdollista syvälliseen elämäntilanteen ja terveyden kartoittamiseen. Päivystyksen tehtävänä on hoitaa akuuttivaiva ja ohjata potilas tarvittaessa sen jälkeen päiväaikaisen toiminnan pariin. Päivystyksen henkilökuntaa tulee kuitenkin mielestäni kouluttaa huomaamaan ja ottamaan puheeksi elämänhallinnalliset, sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat päivystykseen saapumisen syystä riippumatta. Aktiivista ohjausta kunnan ja kolmannen sektorin palveluihin tulee tehostaa.

Koulutuksen ja sosiaalisen aseman merkitys terveyteen nousi mielestäni yllättävän vahvasti esille monessa tutkimuksessa. Koulutuksen merkitys ja siihen tukeminen nousivatkin keskeiseksi terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Nuorten aikuisten kohdalla varhainen puuttuminen ja nuorten koulutukseen tukeminen tuntuvat nousevan tärkeiksi haasteiksi koulussa ja kotona. Kouluterveydenhuollosta lähtien lasten ja nuorten terveellisten elämäntapojen tukeminen on tärkeää niiden vaikuttaessa pitkälti myös aikuisiän terveystottumuksiin.

Potilaille voi olla myös päivystyksessä mukanaan saattaja tai omainen, joka voi hyödyntää itsehoitopisteen materiaalitarrjontaa. Omaiset voivat päivystykseen saapuessaan olla shokkitilassa tai tietämättömiä läheisilleen tapahtuneesta tapaturmasta tai sairauskohtauksesta. Hoitohenkilökunnan rajoitetun ajan käytön vuoksi, omaiset voivat hyödyntää itsehoitopisteen tietoa sairauksien hoidon suhteen tai etsiä tietoa tarjolla olevista palveluista niin kaupungin kuin kolmannen sektorin taholta. Itsehoitopisteen sisällön tulisi olla monipuolista ja sisältää ohjeita niin terveys- ja sairausneuvonnasta, yleisistä ohjeista, tuki- ja vertaisryhmistä, kriisipisteistä ja hoitoon ohjauksesta.

Haasteeksi opinnäytetyön teossa koin pitkän prosessin. Pidän nopeatempoisesta työkentelystä, ja koen prosessityöskentelyn vaativaksi. Opinnäytetyöprosessi on kuitenkin ollut oppimiskokemus, joka on avartanut käsitystäni tutkimusten tekemisestä kuten myös monitahoisen yhteistyön pelisäännöistä. Opinnäytetyöni tekemisessä haastavaa oli materiaalin ja oikeanlaisen tiedon löytäminen ja hyödyntäminen tutkimuksessani. Koska työn aihepiiri oli uusi eikä tutkimuksia löytynyt liittyen päivystykseen ja itsehoitoon laajensin työn käsittämään myös elämänhallinnallisia ongelmia päivystyspotilailla. Tämän uskon kuitenkin tuovan työhöni lisäarvoa, sillä itsehoito on tärkeä osa elämänhallintaa ja keskeinen tukemisen kohde moniongelmaisilla potilailla. Aiheeni oli laaja, ja sen rajaaminen ja muotoutuminen hallittavampaan muotoon oli haastavaa. Ohjaajani ja työelämän yhteyshenkilöt auttoivat kuitenkin asettamaan tutkimukselle linjat.

Jatkotutkimus aiheina mielestäni keskeisiä olisivat itsehoitopisteen toiminnan seuraaminen ja sen kehittäminen saatujen tulosten mukaan. Terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden toteuttamat terveystapahtumat päivystyksessä voisivat myös olla tarpeellisia. Näissä terveystapahtumissa voitaisiin tuoda asiakkaille tutuksi itsehoitopisteen tarjontaa sekä tehdä itsehoitopistettä ja terveystapahtumia tutuksi. Lisäksi aikaisemmin mainitsemani tutkimus niin sanotun lämpimän ja kylmän itsehoitopisteen välillä olisi mielestäni erittäin mielenkiintoinen ja tärkeä aihe. Sen antaisi lisää tietoa potilaiden valmiuksista hakea ja ottaa tietoa vastaan sekä auttaisi kehittämään toimintaa eteenpäin.

LÄHTEET

Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1015/1991

Aukee, Ranja 2003. Terveyskäyttäytyminen ja sukupuolierot. Riitta Luoto, Kirsi Viisainen & Iлона Kulmala (toim.) Teoksessa Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 203–205.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Feldt, Taru 2000. Sense of Coherence: Structure, stability and health promoting role in working life. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Haatainen, Kaisa Maria 2004. Hopelessness in a general population of Finnish adults. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Harkko, Jaakko 2008. Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely. Versio 30.5.2008. Viitattu 10.5.2009. www.hus.fi > päivystys > päivystyshanke.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006. Päivystyksen uudet tuulet. Päivystyshanke. Viitattu 19.5.2009. <http://www.hus.fi> > päivystys > päivystyshanke

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. Triagen perusteet. Päivystyshanke. Viitattu 17.5.2009. <http://www.hus.fi> > päivystys > päivystyshanke > triagen perusteet.

Helsingin kaupungin terveyskeskus 2008. Terveysten edistämisen työryhmä. Terveysasemien itsehoitopisteitä koskevat ohjeet. Moniste.

Hiidenhovi, Hannele 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki & Hakulinen Tuovi 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Anna-Maija Pietilä, Tuovi Hakulinen, Eila Hirvonen, Päivikki Koponen, Eeva-Maria Salminen ja Kirsi Sirola (toim.) Terveysten edistäminen, uusiutuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY: 35–76.

Hoie, M. 2004. Sense of Coherence, health distress and life satisfaction : An investigation among elderly people who live in their own homes. Published in Nordic Journal on Nursing Research & Clinical Studies 24 (3): pages 38–43.

- Karisto, Antti & Lahelma, Eero 2005. Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen, Juha Teperi (toim.) *Suomalainen terveys*. Saarijärvi: Duodecim. 50–53.
- Karvonen, Sakari & Rintala, Taina 2006. Asuinympäristö hyvinvoinnin määrittäjänä. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi*. Saarijärvi: Duodecim 285–320.
- Koivisto, Juha & Haverinen, Riitta 2006. Systemaattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaalialalla. *Hallinnon tutkimus* 25. Tampere: Hallinnon tutkimuksen seura.
- Koponen, Päivikki; Hakulinen, Tuovi & Pietilä, Anna-Maija 2002. Terveystiedon edistämisen palveluja asiakkaille. Teoksessa Anna-Maija Pietilä, Tuovi Hakulinen, Eila Hirvonen, Päivikki Koponen, Eeva-Maria Salminen & Kirsi Sirola (toim.) *Terveystiedon edistäminen, uusiutuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY. 77–146.
- Kyngäs, Helvi & Henttinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18. 37–45.
- Lahelma, Eero, Manderbacka, Kristiina, Martikainen, Pasi & Rahkonen, Ossi 2003. Miesten ja naisten väliset sairastavuus – ja kuolleisuuserot. Teoksessa Riitta Luoto, Kirsi Viisainen & Ilona Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino. 21–33.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Mattila, Heleena 2008. Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Meriläinen, Pirkko 1986. Väestön terveydenhoidon kokonaisuus: Itsehoito, virallisten sekä epävirallisten terveyspalvelujen käyttö sekä niitä määräävät tekijät. *Alkuperäistutkimukset* 1. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko 2002. Kuopion yhteispäivystystutkimus. *Suomen lääkäri* 2003 58, 305–308.

- Pearson, Alan & Vaughan, Barbara 1992. Hoitotyön mallien sovellus. Englanninkielinen alkuteos: Nursing Models for practice by Alan Pearson & Barbara Vaughan. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Pohjanpää Kirsti; Paananen, Seppo & Nieminen, Mauri 2003. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.
- Poutanen, Veli-Matti 2000. Elämänhallintaa ilman työtä. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien seurauksista ja niiden hallinnasta Suomussalmella. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pylkkänen, Heikki 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Leena Koponen & Kirsi Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 102–155.
- Raatikainen, Ritva 1986. Itsehoito ja hoitotyö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Raitasalo, Raimo 1995. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Sosiaali- ja terveyturvan tutkimuksia 1. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Raitasalo, Raimo; Salminen, Jouko; Saarijärvi, Simo & Toikka, Tuula 2004. Masennuspotilaiden elämänhallinta, toipuminen ja työkyky. Suomen Lääkärilehti 2004 59, 30–32.
- Rintanen, Hannu 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänkulussa. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 17.5.2009.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.
- Savikko, Nina & Pitkälä, Kaisu 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Viitattu 2.8.2009.
www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tab00120
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisen perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto.
- Suomen Puolustusvoimat 2004. Alokkaiden painonnousu ja kunnon lasku taittuivat. Viitattu 6.10.2009. www.mil.fi > Pääesikunta > Artikkelit
- Terveysvirasto 2003. Palvelututkimus. Moniste.
- Torppa, Martina A.; Kokkonen, Anne; Raumavirta-Koivisto, Satu; Iivanainen, Antti A.T.; Pitkälä Kaisu 2009. Päivystyspotilaiden hoitoon ohjaaminen ja hoi-

don tarkoituksenmukaisuus terveysasemalla päiväaikaan. Suomen lääkäri-lehti 2009 17.

Tuorila, Helena 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009. www.kuluttajatutkimuskeskus.fi > julkaisut > Vuosikirja 2009. Viitattu 23.2.2010.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Viljakainen Tiia, 2007. Näkemyksiä elämänhallinnan tukemisesta koulutuksen avulla - Kouluttajien ja opettajien kokemukset työskentelystä turvapaikanhakijoiden kanssa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Voipio-Pulkki, Liisa-Maria 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Leena Koponen ja Kirsi Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi. 23–31.

Liite 1. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat ja hyväksytyt tutkimukset

Hakusana	Hyväksytyt tutkimukset
Päivystys	2
Itsehoito	2
Itsehoitovalmius	0
Voimaantuminen	1
Elämänhallinta	1
Syrjäytyminen	1
Työttömyys	0
Köyhyys	0
Mielenterveys/ mielen- terveysongelmat	1
Päihteet / Päihdeon- gelmat	0
Maahanmuuttajat	1
Self care	0
Self care ability	0
Sense of coherence	2
Emergency room	0
Empowerment	0
Hoppleness	1

Yksittäisten hakusanojen lisäksi käytössä olivat erilaiset sanayhdistelmät. Tutkimukset on jaoteltu pääasiasanan mukaisesti.

Liite 2. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset
Kappaleissa kuusi ja seitsemän käytettyjen tutkimusten ja artikkelien tiedot.

Tekijä /Tekijät / Vuosi	Nimi	Mistä löydetty
Kyngäs, Helvi & Henttinen, Maija 2008	Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö.	Diakin kirjasto
Feldt, Taru 2000	Sense of Coherence: Structure, stability and health promoting role in working life.	Helsingin yliopiston kirjasto
Savikko, Nina & Pitkälä, Kaisu 2006	Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet.	Nelli-portaali: Terveysportti
Hoie, M. 2004	Sense of Coherence, health distress and life satisfaction : An investigation among elderly people who live in their own homes.	Nelli-portaali: EBSCO
Poutanen, Veli-Matti 2000	Elämänhallinta ilman työtä. Tutkimus pitkäaikaistyöttömyyden seurauksista ja niiden hallinnasta Suomussalmella.	Diakin kirjasto
Raitasalo, Raimo; Salmi-nen, Jouko; Saarijärvi, Simo & Toikka, Tuula 2004	Masennuspotilaiden elämänhallinta, toipuminen ja työkyky.	Nelli-portaali: Suomen lääkäri-lehti
Haatainen, Kaisa Maria 2004	Hoppleness in a general population of Finnish adults.	Helsingin yliopiston kirjasto
Tuorila, Helena 2009	Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen.	Kuluttajatutkimuskeskus
Rintanen, Hannu 2000	Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen	Nelli-portaali: Tampereen yliopisto

	elämäkulussa.	
Pohjanpää, Kirsti; Paananen, Seppo & Nieminen, Mauri 2003	Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002.	Tilastokeskus
Harkko, Jaakko 2008	Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely.	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko 2002.	Kuopion yhteispäivystystutkimus.	Nelli-portaali: Suomen lääkärilehti