



Kellokosken sairaalan juhlajulkaisu

1915–2015
Sata vuotta

Risto Vataja, Raija Kontio ja Timo Laaksonen (toim.)
Kellokosken sairaalan julkaisu 1/2015

Yksi kuuluisimpia ja ehkä maailman ainoa mielisairaalan potilaille omistettu muistomerkki löytyy Prinsessapuistosta. Rauni Liukon vuonna 1995 suunnittelema suihkulähde kuljettaa vettä hauskan spiraalin halki ja nostaa vesisuihkun lopulta esiin suuren kukkasan keskeltä. Vedenkuljetuskoneisto tosin odottaa korjaamistaan.



© Kellokosken sairaala

Taitto, kuvankäsittely ja kansi:
Mika Rautanen – Taitotyö Fenen

Kuvat: Kellokosken sairaala ja Mika Rautanen (sivut
2, 5, 53, 81, 93, 103, 184, 205, kansi)

Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/2015
ISBN 978-952-9679-35-1 PDF



Kellokosken sairaalan juhlajulkaisu

1915–2015
Sata vuotta

Risto Vataja, Raija Kontio ja Timo Laaksonen (toim.)

SISÄLLYS

ESIPUHE 6

ASKO SAARI
PSYKIATRIAN JA SOMATIIKAN
YHTEISELOA HYVINKÄÄN
SAIRAAHOITOALUEELLA ERIKOIS-
SAIRAAHOITOLAIN VOIMASSA-
OLOAIKANA 8

GRIGORI JOFFE
KELLIS-VUOTENI 2002–2007 13

ILKKA TAIPALE
KELLOKOSKI
MAAILMAN KARTALLA 19

RISTO VATAJA
NEUROLOGINA
MIELISAIRAALASSA 25

RAIJA KONTIO
POIMINTOJA TYÖURALTANI
KELLOKOSKEN SAIRAALASSA 31

MARITTA VÄLIMÄKI
IMPILINNASTA KARTANOON
– MUISTOJA KELLOKOSKESTA
YLI KAHDEN VUOSIKYMMENEN
AJALTA 36

TIMO LAAKSONEN, RISTO VATAJA
HOITOMENETELMIÄ ENNEN PSY-
KOOSILÄÄKKEIDEN KÄYTTÖÄ 40

KARI RAASKA
PSYKIATRISEN LÄÄKEHOIDON
KEHITYS KELLOKOSKEN
SAIRAAALAN AIKANA 50

RISTO VATAJA
SADAN VUODEN KERTOMUKSET 56

RAIJA KONTIO
HOITOTYÖN
100-VUOTINEN MATKA 66

**RAIJA KONTIO, TIMO LAAKSONEN,
RISTO VATAJA**
KELLOKOSKEN SAIRAAALAN
JOHTOSÄÄNTÖKIISTA 1983 82

PÄIVI SOININEN
POTILAAN KOKEMUS PAKON
KÄYTÖSTÄ PSYKIATRIASSA – NÄKÖ-
KULMIA EETTISEEN PÄÄTÖKSEN-
TEKÖÖN 88

RAIJA KONTIO
PAKKOA JA VAIHTOEHTOJA
100 VUOTTA 91

MIKA RAUTANEN
PÄIVÄNI ERIKOISTUVANA
LÄÄKÄRINÄ KELLOKOSKELLA 99

HANNA PUTKONEN, SAIIJA TURPEINEN
OIKEUSPSYKIATRIAN VASTUU-
ALUEELLA ON TEHTY HOITO-
KULTTUURIN AKTIIVISTA
KEHITTÄMISTYÖTÄ POTILAIEN
PARHAAKSI 104

SAIIJA TURPEINEN
KELLOKOSKEN SAIRAAALAN POTI-
LASTOIMIKUNTA TUO POTILAIEN
ÄÄNEN KUULUVIIN 108

JYRKI SALO
SOSIAALITYÖ PSYKIATRIAN
TULOSYKSIKÖSSÄ 110

PENTTI MIKKONEN, TIMO LAAKSONEN
SAIRAALASIELUNHOITOTYÖ
KELLOKOSKEN SAIRAALASSA 114

SIRPA RUOTSALAINEN
PSYKOLOGITOIMINTA 118

**SAARA JARVA, MAIIJA LAITALAINEN,
EMMA HAIKONEN, SATU KOSKENOJA**
KELLOKOSKEN SAIRAAALA
KASVUALUSTANA PSYKOLOGI-
HARJOITTELIJOILLE 120

SINIKKA JÄÄTTEENMÄKI-LAARI
MITEN TULLAAN PSYKOLOGIKSI
KELLOKOSKELLE 122

TIMO LAAKSONEN
PSYKIATRISEN AVOHOIDON
KULMAKIVET 125

KIRSI KETTUNEN, MARJO KOLLANEN
NUORISOPSYKIATRIAA EILEN,
TÄNÄÄN JA TULEVAISUUDESSA 130

MIKA SAATSI
SAIRAAALAKOULU NUORISO-
PSYKIATRIAN RINNALLA 136

TIMO LAAKSONEN
KOULUTUS
KELLOKOSKEN SAIRAAALASSA 140

MARJO KOLLANEN, TIMO LAAKSONEN
TYÖNOHJAUS
KELLOKOSKEN SAIRAALASSA
JA AVOHOIDOSSA 151

EILA SAILAS
SKITSOFRENIAN HOITO
KELLOKOSKEN SAIRAALASSA
1900-LUVULLA 157

SAANA ESKELINEN
TUPAKOINNIN MERKITYS
MIELISAIRAANHOIDOSSA 168

MIKKO PARTTI
LIIKUNNAN VUOSIKYMMENET
KELLOKOSKEN SAIRAALASSA 172

RISTO HYYTINEN
KIEDEHOIDOISTA
FYSIOTERAPIAAN 177

KIRSI MUJE
TARINA TAIDETERAPIASTA 180

EINI PEURA
KELLOKOSKEN SAIRAALAN
TYÖKESKUKSEN HISTORIAA 182

EILA KEKKONEN
KUNTOUTUSOHJAUS
KELLOKOSKEN SAIRAALASSA 185

RIITTA TAKALA
VÄLÄHDYKSIÄ
VUOSILTA 1960–2014 188

HANNA PUTKONEN, SAIIJA TURPEINEN
KELLOKOSKEN SAIRAALAN
OIKEUSPSYKIATRIAN KULTTUURI-
FESTIVAALI OLI MENESTYS 191

SINIKA JÄÄTTEENMÄKI-LAARI
OMA PERSONALLISUUS
TYÖVÄLINEENÄ 195

TIMO LAAKSONEN
KELLOKOSKEN
SAIRAALAMUSEO 198

MATTI HOLI
MINÄ JA KELLOKOSKI 202

JOHTAVAT YLILÄÄKÄRIT
JA JOHTAVAT YLIHOITAJAT 206



ESIPUHE

Suomen suuruhtinaskunnan mielisairaanhoido oli ollut epätydyttävällä tasolla 1800-luvulta lähtien. Merkittävä osa vaikeasti sairaista hoidettiin huonoissa oloissa kuntien vaivaistalojen pienillä mielisairasosastoilla suurin kustannuksin. Maahan haluttiin luoda piirimielisairaala-verkosto. Uudellemaalle suunniteltiin rakennettavaksi Lapinlahden sairaalan lisäksi toinen sairaala, joka päätettiin vuonna 1913 sijoittaa vanhan Marieforsin ruukinkartanon päärakennukseen. Rakennus- ja muutostöiden valmistumisen jälkeen sairaalatoiminta pääsi alkamaan vuonna 1915. Siitä on sata vuotta.

Sairaala-alue on kaunis ja rauhallinen. Eri aikakausina rakennettujen, maisemaan hyvin sopivien rakennusten välissä ja ympärillä on kartanomiljööseen sopiva puutarha jalopuineen, nurmikenttineen ja taideteoksineen. Sairaala on osa kylää, ja kylä on osa sairaalaa. Tunnelma pihamaalla on miellyttävällä tavalla vanhanaikainen ja varsinkin iltapäivisin uneliaskin.

Rakennusten sisällä toimii kuitenkin hyvin moderni psykiatrinen sairaala - ja moderni sairaala Kellokoski on aina ollut. Uusia, nyt jo vanhoja hoitomenetelmiä on kehitetty ja otettu käyttöön, ja sitten taas hylätty parempien tieltä. Psykiatrian itseymmärryksen kehittäminen, arvojen ja etiikan aktiivinen pohtiminen, tieteellinen ja vähän taiteellinenkin toiminta sekä potilaiden osallistuminen hoitoon eivät nekään ole uusia asioita, vaikka ne nykyäänkin vahvasti sairaalan toimintaa ohjaavat. Maailman monimutkaistuttua kuntoutusmuodot ovat monipuolistuneet peltotöistä tietokoneavusteisiksi neurorehabilitaatioiksi. Avohoitoa ja kotiin tehtävää työtä on ollut jo ennen kuin sitä keksittiin kehittää. Hoitotyötä, kuntoutusta, hallintoa, kunnossapitoa, taloutta, johtamista, siisteyttä, valvomista, puutarhanhoitoa, kuljetusta ja monia muita tehtäviä varten sairaalassa ja sairaanhoitoalueella on taitavaa ja koulutettua henkilöstöä, joilla kaikilla on oma näkökulmansa nykyiseen tai entiseen Kellokosken sairaalaan ja avohoitoon. Oma tärkeä näkökulmansa on myös potilailla, joiden vuoksi sairaala kaikkine toimintoineen on olemassa.

Halusimme koota nämä näkökulmat Kellokosken juhlakirjaksi. Halusimme kirjasta Kellokosken näköisen. Se ei ole pelkkää historiaa eikä pelkkää nykyaikaa. Se ei ole pelkkää lääketiedettä, hoitoa eikä prosessien kehittämistä. Se ei ole täydellinen kuva Kellokoskesta, vaan tärkeitä ja toivottavasti mielenkiintoisia kuvakkeita sairaalan ja avohoidon työstä, toiminnasta, hoidosta ja menneisyydestä kirjoittajien omien kokemusten, näkemysten ja selvitysten mukaan.

Juhlakirja on kirjoitettu omana työnä ja vapaaehtoisuuteen perustuen. Kirjaan ovat voineet tuottaa kirjoituksia ja kuvia kaikki halukkaat. Juhlakirjan työryhmä perustettiin psykiatrian johtoryhmässä vuonna 2010. Siihen nimettiin puheenjohtaja tulosyksikön johtaja Risto Vataja, varajohtaja Raija Kontio, erikoisammattimies ja museonhoitaja Aulis Koivusara, ylilääkäri Pertti Saloheimo ja tekninen sihteeri toimistos sihteeri Elina Landín. Tällä porukalla lähdettiin liikkeelle. Myöhemmin Aulis Koivusara eläköityi ja Pertti Saloheimo siirtyi muihin työtehtäviin. Tähän tilalle astui koulutussuunnittelija Timo Laaksonen, joka on vastannut monista tärkeistä tehtävistä juhlakirjan teossa, mm. toiminut yhteyshenkilönä ja ensimmäisenä oikolukijana sekä vastannut artikkelien ja kuvien koonnista.

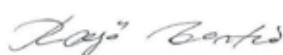
Juhlakirjan valmistumiseen ovat myötävaikuttaneet monet henkilöt. Haluamme kiittää Ilkka Taipaletta, Aulis Koivusaraa ja Pertti Saloheimoa, jotka olivat aktiivisella ja asiantuntevalla panoksella käynnistämässä juhlakirjan kirjoitustyötä. Haluamme kiittää psykiatrian johtoryhmän jäseniä, jotka ovat sekä aktiivisesti itse kirjoittaneet että myöskin aktivoineet oman vastuualueensa henkilöstöä kirjoittamaan sekä tarvittaessa tehneet järjestelyjä kirjoitustyön onnistumiseksi. Juhlakirja on ollut kesto-teemana viime vuosina johtoryhmän kokouksissa ja koulutuspäivissä. Eri-tyiskiitoksen lausumme Elina Landínille, joka on tästä asiasta utterasti huolehtinut sekä laatinut juhlakirjatyöryhmän viiden vuoden toiminnan ajalta erinomaisen kirjanpidon ja huolehtinut monista käytännön järjestelyistä. Tärkeän panoksen ja tukensa juhlakirjan hyväksi ovat antaneet johtajat Grigori Joffe ja Asko Saari, joille haluamme lausua lämpimät kiitoksemme. Lopuksi lausumme kauniin kiitoksen kaikille kirjan kirjoittajille, kuvien metsästäjille ja ideoiden luojille – kaikille teille jotka olette olleet osallisina tässä luomistyössä. Ilman teidän luovaa, utteraa ja pyyteetöntä työtä tämä työ ei olisi onnistunut.

Toivotamme antoisia ja virkistäviä lukuhetkiä juhlakirjan parissa.

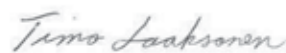
Kellokosken sairaalan Kartanossa joulukuussa 2014.



Risto Vataja



Raija Kontio



Timo Laaksonen

PSYKIATRIAN JA SOMATIIKAN YHTEISELOA HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUEELLA ERIKOISSAIRAANHOITOLAIN VOIMASSAOLOAIKANA

ASKO SAARI
Hyvinkään
sairaanhoitoalueen
johtaja



Psykiatrian ja somaattisten erikoisalojen yhteiselo alkoi Suomessa erikoissairaanhoitolain myötä vuoden 1991 alusta. Silloin aloittivat myös sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, Uudellamaalla aloittivat Helsingin sairaanhoitopiiri, Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja niistä erillinen HYKS. Uudenmaan sairaanhoitopiiri jakautui hallinnollisesti kuuteen sairaanhoitoalueeseen, kokojärjestyksessä Jorvin, Peijaksen, Hyvinkään, Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueisiin. Hyvinkään sairaanhoitoalue syntyi yhdistämällä neljä aikaisempaa kuntainliittoa: Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto (Kellokoski), B-sairaalakuntainliitto (Ohkola), Hyvinkään aluesairaalan kuntainliitto ja Kiljavan sairaalan kuntainliitto.

Kysymyksessä ei ollut rakkausavioliitto, ei edes järkiavioliitto, vaan ”vanhempien” sopima pakkoavioliitto. Osapuolten keskinäinen epäluuloisuus ei jää epäselväksi, kun tutustuu esimerkiksi ko. kuntainliittojen hallitusten yhdistymistä edeltäneisiin pöytäkirjoihin. Jos oli yhdistyminen vaikeaa luottamusmiesorganisaatioille, vieläkin tuskallisempaa se oli johtaville viranhaltijoille. Suorittavan portaan työntekijöitä hallintomuutos alkoi koskettaa vasta, kun hiljalleen alettiin yhdenmukaistaa erilaisia henkilöstöhallinnollisia käytäntöjä ja etuuksia. Erittäin konkreettiseksi muutos tuli kaikille työntekijöille, kun kesken vuoden 1992 alkoi ankara säästöohjelma myös julkisella sektorilla Suomen ajauduttua lamaan, 30 % devalvaatioon, ja sen myötä valtion ulkoisen velansaannin hanat uhkasivat sulkeutua, maata uhkasi selvitystilaan joutuminen. Julkista sektoria, myös erikoissairaanhoitoa leikattiin rajusti ja nopeasti, pakon edessä.

Säästöjen aikaansaamiseksi suljettiin sairaansijoja kaikissa alueen sairaaloissa, 1994 luovuttiin

kokonaan Ohkolan sairaalasta ja Kiljavalla sairaansijamäärää vähennettiin ensin 80:een ja pari vuotta myöhemmin 56:een. ”Syllisenä” ankaraan säästökuuriin pidettiin uutta organisaatiota, mutta USHP-organisaatio tuskin olisi pystynyt näin nopeaan ”rationointiin”, ellei valtion- ja kuntatalous olisi siihen pakottanut.

Hyvinkään sairaala oli jo edellisessä organisaatiorakenteessa ollut käytännössä vain uuden Hyvinkään sairaanhoitoalueen kuntien käytössä. Muiden sairaaloiden kuntainliittoihin oli kuulunut huomattavasti muodostunutta aluetta suurempia väestöpohjia. USHP:ssa alkoi säästöpainaisessa nopeasti kehitys, jossa kunnat halusivat keskittää erikoissairaanhoidon oman alueensa sairaaloihin. Samaan aikaan lääketieteen ja yhteiskunnan kehitys oli johtanut siihen, että perinteistä osastohoitoa korvattiin avoiminnoilla sekä psykiatriassa että somatiikassa. Osa kehitystä oli valtakunnallinen luopuminen B-mielisairaaloista, jollainen Ohkolan sairaala oli. USHP:ssa siirryttiin tulosityksikköorganisaatioon, Hyvinkään sairaanhoitoalueella se merkitsi erikoisalaorganisaatiota sairaalakohtaisen organisaation sijaan. Ohkolan ja Kellokosken sairaaloista ja psykiatrian avohoidosta muodostui sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosityksikkö. Ohkola ei ollut pitkään tyhjillään B-sairaaloiminnan loputtua. Nuorisopsykiatrian 70-luvulla rakennettu rakennus todettiin rakenteellisten virheiden vuoksi korjauskelvottomaksi, ja nuoriso siirtyi vuonna 1961 valmistuneeseen Ohkolan kiinteistöön.

Kellokosken sairaalan palvelut onneksi kelpasivat alueen kuntien lisäksi edelleen myös Vantaalle ja Keravalle, mikä mahdollisti sairaalan elinkelpoisuuden ja monipuolisen kehittämisen USHP:n sairaalana ja sittemmin koko Uudenmaan vaativimpana psykiatrisena sairaalana HUS-organisaatiossa.

Toisin oli Kiljavan sairaalan kanssa. Ensimmäinen Espoo ja sitten Vantaa vetäytyivät Kiljavan käytöstä ja siinä sivussa myös muut sairaanhoitoalueen ulkopuoliset USHP:n kunnat, alueenkin kunnista vain Nurmijärvi kannatti toiminnan säilyttämistä Kiljavalla. USHP:n valtuusto päätti Kiljavan kiinteistöistä luopumisesta hyväksyessään vuoden 1997 talousarvion. Samalla kuitenkin päätettiin, että Hyvinkään sairaalaa laajennetaan sen verran kuin oman alueen väestön palvelutarve edellyttää Kiljavalta Hyvinkäälle siirtyvissä keuhkosairauksien ja korva-, nenä- ja kurkkutautien palveluissa. Samalla sairaanhoitopiiritasoisesti linjattiin, että laitospalvelu ei ole erikoissairaanhoidon toimintaa. Erilaisten valitusprosessien ja sen jälkeisten rakentamishankkeiden vuoksi viimeiset erikoissairaanhoidon toiminnot lopuivat Kiljavalla vasta tammikuussa 2002.

Sairaansijojen alueen sairaaloissa oli vuonna 1991 yhteensä yli 850. Alueen kuntien väestö oli tuolloin hiukan yli 140 000 asukasta. Vuonna 2014 väestöä on 187 000 ja sairaansijojen käytössä 476. Ohkolassa ja Kellokoskella oli yhteensä 415 sairaansijaa käytössä vuonna 1991, vuoden 2014 lopussa käytössä on 221 sairaansijaa. Kapasiteetista noin 60 % on Hyvinkään sairaanhoitoalueen ulkopuolisten kuntien sairaalakäyttöä.

Kun psykiatrian laitospaikkoja 90-luvun alkupuolella vähennettiin, samalla lisättiin avohoitoa. Kaikissa alueen kunnissa oli mielenterveystoimistot, joita vahvistettiin. Mielenterveystoimistoihin pääsi omalla yhtey-

denotolla ilman perusterveydenhuollon lähetettä. Jokainen mielenterveys toimisto oli varsin autonominen yksikkö, jossa oli oma yksikkökohdainen henkilöstö. Vuosien myötä oli kehittynyt kullekin toimistolle omat erityispiirteet, osin yksiköissä työskentelevien henkilöiden intressien ohjaamana.

Tultuani Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajan tehtävään Hyvinkään sairaalan kirurgian ylilääkärin tehtävästä tutustuin vuosien 1996–97 aikana kaikkiin psykiatrian tulosyksikön toimipisteisiin. Erillään sijainneiden, usein varsin pienten yksiköiden määrä yllätti, mutta tutustumiskierros oli hyvin opettavainen.

Psykiatriassa on ollut vahva halu säilyttää tiettyä etäisyyttä somaattisiin toimintoihin. Pitkään ajattelin, että voimakas oman identiteetin ja autonomian varjelu liittyi siihen, että psykiatrinen sairaala oli erillään somaattisesta sairaalasta. Tämä ei lopultakaan tainnut olla ainoa, ei edes tärkein syy, koska esimerkiksi Jorvissa ja Peijaksessa niiden johtajien mukaan tilanne oli 1990-luvun lopulla samanlainen: psykiatria ja somatiikka elivät ”eri elämää” samankin katon alla. Kaikilla sairaaloilla on omat kulttuurinsa ja perinteensä, joita monilta osin on syytä säilyttää ja vaalia. Yhden työnantajan sairaaloille on kuitenkin ollut välttämätöntä yhdenmukaistaa toimintamalleja, jo työntekijöiden yhdenmukaisen kohtelunkin vuoksi.

Lääketieteen ja yhteiskunnan muu kehittyminen omalta osaltaan muuttavat paitsi sairaalan toimintamalleja, myös toimintakulttuuria. Osa toiminnallisista muutoksista tulee viranomais määräyksinä, jotka sellaisina otetaan työyhteisöissä välttämättöminä muutoksina, joihin sopeudutaan. Osa muutoksista on organisaation omasta johdosta tulevaa, ja erityisesti niitä halutaan kyseenalaistaa, ellei muutosprosessi ole hyvin johdettu. Yksiköiden omaehtoinen halu toimintamallien kehittämiseen on tärkein muutosvoimavara, jonka ohjaaminen kokonaisuutta palvelemaan suuntaan on hyvän johtamisen kulmakiviä.

Hyvinkään sairaanhoitoalueella sairaaloille yhteistä, alueellista identiteettiä on pyritty luomaan yhdenmukaistamalla esimerkiksi rahankäyttöön liittyvät käytännöt budjetoinnin ja sen toteuman seurannan kautta. Virkistys- ja vapaa-ajan toiminnot hiljalleen yhdistettiin, mutta 24 vuoden yhteiselonkin jälkeen Kellokosken ja Hyvinkään sairaaloilla on omat erilliset virkistysyhdistykset, toki kummankin sairaalan henkilöstö voi osallistua toisen sairaalan aktiviteetteihin. Erilaiset henkilöstöetuudet ovat yhteiset, samoin iso joukko erilaisia yhteisiä henkilöstötapauksia. Sairaaloiden henkilöstöjen keskinäinen epäluuloisuus on taaksejäänyttä, enää ei ole moniakaan työntekijöitä, joilla olisi edes mitään henkilökohtaista kokemusta erillisten organisaatioiden ajalta. En ole enää vuosiin tavannut työntekijää, jolla olisi jotain hampaankolossa alueen toista sairaalaa kohtaan. Tulosyksiköiden ja niiden johdon kesken toki on tervettä kilvoittelea, mutta siinä en koe olevan psykiatria–somaticka-vastakkainasettelua yhtään sen enempää kuin on somatiikan eri tulosyksiköiden kesken.

Kellokoskella on paljon omia perinteitä, joita vaalitaan, ja jotka ovat ehdottomasti vaalimisen arvoisia. Sairaala on ollut keskeinen osa tiivistä

Kellokosken kyläyhteisöä jo sadan vuoden ajan. Sairaalassa on toiminut voimakkaita persoonia, jotka kaikki ovat jättäneet sairaalaan omat pysyvät jälkensä. Ilkka Taipaleen kaudella sairaalasta muodostui monenlaisen kulttuuri- ja yhteiskunnallisen toiminnan ympäristö. Kansainvälinen yhteistyö oli laajaa, yhteiskunnallinen osallistuminen monipuolista ja sairaalan kulttuuriympäristöä kehitettiin intensiivisesti. Punaisena lankana oli kaiken aikaa potilaiden olosuhteiden parantaminen, heille haluttiin tarjota kaikki se, mitä muussakin yhteiskunnassa on tarjolla. Sairaalaan tuotiin taidetta, esiintyviä taiteilijoita, ja sairaalan alueelle tuli patsaat sekä potilaan että ylihoitaja Anna Pakalénin muistoksi. Talkootyö ja ulkoisen rahoituksen kerääminen olivat merkittävässä asemassa. Taipaleen vaikutus jatkui vuosia senkin jälkeen kun hän ei enää ollut sairaalan palveluksessa, hän oli näkyvässä roolissa Kellokosken kyläyhteisössä ja sairaalassa vielä vuosia.

1990-luvun lopulta psykiatrian kehittämisen painopiste siirtyi hoitokäytäntöjen uudistamiseen. Grigori Joffen tultua sairaalan johtoon vuonna 2002 alkoi systemaattinen toimintamallien kehittäminen, siirryttiin hiljalleen potilasryhmäkohtaiseen prosessijohtamiseen. Kellokoskella oli pitkät professiojohtamisen perinteet ja osin kipeätkin traumat professioiden välisistä ristiriidoista 1980-luvulta. Sairaalan johtamisjärjestelmän perusteet olivat professioihin nauhatut. Siirtyminen yksijohtajajärjestelmään ja potilasprosessikohtaiseen johtamiseen oli psykiatriassa selvästi somatiikkaa kivuliaampaa, mutta siinä myös menttiin nopealla aikataulla somatiikkaa pidemmälle. Samoin oli ristiriitoja yhdistettäessä varsin itseenäiseen elämään tottuneita mielenterveystoimistoja potilasprosesseista käsin johdetuiksi toiminnoiksi.

Hoitokäytännöissä etsittiin systemaattisesti kustannus-hyötynäkökulmaa. Pitkistä terapioiden siirryttiin vähintään yhtä vaikuttaviin lyhytterapioihin, kullekin sairaus/potilasryhmälle etsittiin tutkitusti vaikuttavimmat terapiamuodot. Tehottomiksi todetuista terapiamuodoista luovuttiin, ja erityisesti sairaanhoitajia koulutettiin uusiin lyhytterapiamuotoihin. Ammattiryhmien työnjakoa kehitettiin: vuosikymmenten aikana roolit olivat osin sekoittuneet, on tullut päällekkäisyyksiä ja ne ovat kääntyneet epätarkoituksenmukaisiksi. Sosiaalityöntekijöiden rooli terapeutteina hiljalleen loppui, ja he palasivat peruskoulutuksensa mukaiseen tehtäväkuvaan. Myös psykologien roolia kehitettiin terapoinneista enemmän diagnostiikkaa tukevaan suuntaan. Erittäin merkittävä uudistus oli, kun hoitohenkilöstöä alettiin kouluttaa tekemään systemaattisia strukturoituja potilaiden ensiarvioita ja testauksia sekä valmistelemaan lausuntoja erilaisia etuuksia varten. Näistä PUT-koulutetuista (Psykiatrian Uudistuva Työnjako) sairaanhoitajista on tullut erittäin keskeinen voimavara psykiatrisen potilaan hoitokokonaisuudessa. Lääkärin rooli on kehittynyt hoitotiimin asiantuntijajohtajan suuntaan.

Vaikka murros psykiatrian toimintamalleissa on ollut todella merkittävä sitten erikoissairaanhoitolain säätämisen, voi todeta, että kehitys somaattisella puolella on ollut hyvinkin samansuuntainen. Avohoitolähtöisyys, näyttöön perustuvien kustannustehokkaimpien hoitokäytäntöjen

systemaattinen etsiminen ja käyttöön vakiinnuttaminen, toimintamallien yhdenmukaistaminen potilasryhmälähtöisesti johdetuiksi kokonaisuuksiksi ovat olleet viimeisen 10 vuoden aikana toiminnan kehittämisen kivijalat sekä psykiatriassa että somaattisilla erikoisaloilla. Vaatimus toimintamallien perustumisesta näyttöön on ollut psykiatriassa ehkä vielä isompi toimintakulttuurimuutos kuin somaattisella puolella, osin ehkä siitäkkin syystä, että käytettävissä olevien hoitokeinojen valikoima on psykiatriassa ollut somatiikkaa kapeampi, ja hoidon vaikuttavuuden mittaaminen vaativampaa.

Psykiatrialta puuttui pitkään usko siihen, että skitsofreniapotilaan kroonistumiseen voidaan vaikuttaa. Siksi keskeiseksi muodostui potilaiden sosiaalisten olosuhteiden parantaminen ja etuisuuksista huolehtiminen. Potilaan muuttuminen hoito- ja hoivatoimenpiteiden objektista oman elämänhallintansa subjektiksi on psykiatriassa aivan käänteentekevä muutos, joka on edelleen käynnissä. Myös psykiatrinen potilas itse vastaa elämästään ja hoidostaan. Se tuo hänelle paitsi vastuuta, myös oikeuksia, joita meidän tulee kunnioittaa. Potilaan kyky ymmärtää kaikissa tilanteissa oma etunsa on erityisen haavoittuvainen psyykkisen sairauden kohdatessa. Silti, tai ehkä juuri siksi, erityisesti psykiatriassa on tärkeää huolehtia siitä, että potilaan autonomiaa kunnioitetaan ja hänen kykyään oman elämänsä hallintaan pyritään kaikin mahdollisin keinoin tukemaan. Myös tämän huomioiminen on viime aikoina nimenomaan psykiatrian arjessa tullut ilahduttavan korostetusti esille, onhan kokemusasiantuntijoiden käyttö toimintatapojen kehittämisessä psykiatriassa tällä hetkellä somatiikkaa edellä ainakin Hyvinkään sairaanhoitoalueella, ja kaikenlaisten potilaan autonomiaan pakkokeinoin puuttumisten systemaattinen vähentäminen on aivan keskeisiä henkilöstön koulutuskohteita tämän päivän psykiatrian tulosyksikössämme.

KELLIS-VUOTENI 2002–2007

GRIGORI JOFFE
tulosyksikön johtaja Kellokoskella
1.1.2002–31.1.2008
toimialajohtaja, HYKS Psykiatria
1.2.2008–31.12.2014
johtava ylilääkäri, HUS Konserni
1.1.2015 alkaen



Tutustuin Kellokoskeen 1990-luvun alussa. Olin silloin töissä Tammiharjun sairaalassa, mutta pitkä ajomatka kannatti: Kellokoski järjesti Itämerikeskuksessa mainion potilaiden seksuaalisuutta käsittelevän koulutustilaisuuden. Pääpuhujana, leopardihousuinen hollantilainen naislääkäri jäi hyvin mieleen, kuten jäi myös tilaisuuden humani ja viisas, ihmislähtöinen tapa käsitellä näinkin sensitiivistä aihetta. Muistuu edelleen mieleeni silloinen vaikutuksen tehnyt kaunis ympäristö, energinen johtaja Ilkka Taipale, sisältörikkaat keskustelut Krista Papin, Eila Sailaksen ja joidenkin muiden kollegojen kanssa. Tällaisia symposiumeja Kellokoskella järjestettiin niihin aikoihin usein, ja se oli meille ulkopuolisille hyvä viesti sairaalan kehittyneisyydestä.

Silti tiesin ”Kelliksestä” vielä hyvin vähän kun kuulin 2001, että sairaalaan haetaan uutta johtajaa. En aiemmin ollut johtamistehtävissä työskennellyt enkä ollut näitä lähtökohtaisesti edes miettinyt, mutta keskusteltuani asiasta silloisen esimieheni kanssa innostuin, yllätykseksi itsellenikin. Jokseenkin yllätyksekseni tulin myös valituksi. Ilmeisesti tieteellisyys ja opetuskokemus (työskentelin silloin yliopistosairaalassa, olin väitellyt ja uusia tutkimuksia oli vireillä) katsottiin silloin Kellokoskelle tärkeämmäksi kuin mikään muu: lääkäripula oli suuri ongelma ja hyvä koulutus ja koulutusosoikeudet oli potentiaalisille työnhakijakollegoille iso juttu.

Seuraavat kuusi vuotta oli minulle työelämäni ehkä kaikista tärkein vaihe – Kellis-vuoteni. Mitä monta kertaa kaduin alussa valintaani – niin vaikeata oli ulkopuolelta tulleen oppia tuntemaan uutta taloa, joukon osaavia, yhteen hitsautuneita, arvonsa tuntevia ammattilaisia, oppia käytännössä uutta johtamisammattia... Vaikka

alun perin kuvittelin, että ymmärsin hyvin silloisen suomalaisen psykiatrisen järjestelmän kehittämistarpeet, en tajunnut kuinka paljon piti ensin itse oppia ja läpikäydä voidakseen yhdessä porukan kanssa saada jo valmiiksi aika hyvin toimivasta organisaatiota vielä paremman (toiveisamme suorastaan kaikkien parhaan). Eikä siitä mitään olisi tullutkaan, ellen olisi saanut heti alkuvaiheesta alkaen valtavasti tukea ja apua edeltäjältäni Raimo Väisäseltä, loistokkailta Erkki Pulkkiselta, Risto Vatajalta, Raija Kontioltta, Elina Landinilta, Juhani Aerilta, unohtamattakaan Asko Saarta ja monia-monia muita.

Ja miten monta kertaa olin seuraavina vuosina iloinnut, että jaksoimme aina vain eteenpäin. Pian alkoi näkyä hedelmää:

PROSESSIORGANISAATIO. Ensimmäisinä Suomessa ideoimme ja ensimmäisten joukossa myös rakensimme ”prosessiorganisaation” – muutos, joka on toteutunut sittemmin monissa psykiatrian organisaatioissa kautta maan, muun muassa Hyksin psykiatriassa. Paraikaa sellaiseksi on järjestäytymässä koko Hyksin somatiikka, lähes 10 vuoden viiveellä Kellokosken reformista. Tällainen muutos on terveydenhuollossa johtanut yleensäkin maailmalla potilaiden sujuvampaan ja laadukkaampaan hoitoon. On syytä uskoa, että näin on tapahtunut meilläkin – vaikkemme pysty edelleenkään mittaamaan objektiivisesti hoidon laatua. Mutta jopa hoidon laadun suunniteltu mittaamismahdollisuus lähivuosina koko HUS-psykiatriassa polveutuu Kelliksen prosessiorganisaatioajattelusta.

Koko uudelleen organisoitumisen veturina oli avohoito, jonka keskeistä roolia hyödynnettiin aidosti, eikä vain puheissa. Aidosti myös siinä mielessä, ettei kehitys enää ollut samaa kuin resurssien lisäys: muutos oli ensisijaisesti rakenteellinen ja sisällöllinen. Reorganisoitumisemme lähti liikkeelle hankkeena nimeltä ”Avohoidon reformi”. Vastaava, 2009 tapahtunut muutos Hyksissä poisti heti ja ilman resurssilisäyksiä siihenastiset ylipitkät jonot.

Mainittakoon, että prosessiorganisaatioalkio pilotoitiin pienesti Kellokoskella vähäisellä kohulla jo ennen minun vuosiani: Teija Lindbergin vetämä Järvenpään poliklinikka jakoi omat prosessit (ja silloisten kahden lääkärit tehtävät) mielialahäiriö- ja psykoosipotilaiden välille. Yksi olennainen Teijan ja hänen tiiminsä oivallus oli mm. se, että psykoosi- (lähinnä skitsofrenia) potilaat, usein pitkäaikaisesti sairaina, olivat kaikista eniten riippuvaisia hoitosuhteen jatkuvuudesta. Niinpä Teija, poliklinikan ainoana pysyvänä lääkärinä, otti itsellensä juuri skitsofreniapotilaat ja työnohjasi toista, usein vaihtuvaa, erikoistuvaa kollegaa muiden potilaiden laadukkaaseen työskentelyyn.

DREAM TEAM. Voidaksemme taata parasta hoitoa alueen potilaille pienenevien resurssien olosuhteissa, piti Kelliksen olla luova, innostunut, dynaaminen ja osaava. Uusi prosessiorganisaatio tarvitsi erinomaisia prosessien johtajia – kovatasoisen johtajatiimin. Kuka voi tänään kyseenalaistaa, että sellaisen saimmekin? Ei kulunut pitkää aikaa, kun ”dream team” oli koolla: saimme prosessien johtajiksi ensin Kirsi Kettusen nuorisolle,

sittemmin Matti Holin ja Eila Sailaksen mieliala- ja psykoosihäiriölinjoihin, Risto Vataja hyppäsi vanhus- ja neuropsykiatrian rattiin. Mieleen jäi perinteiset lääkäriaamukokoukset, joissa käytiin näiden uusien johtajien vetäminä, rohkeiden sanoa, hyvinkin yliopistotasoisia ammatillisia keskusteluja. Nämä vaikuttajat ja tasokas osaaminen houkuttelivat meille, odotustikin, erinomaisia erikoistuvia.

Ylihoitajatiimikin kävi läpi merkittäviä vaihdoksia ja koko ajan vahvasti osaamistaan; Raija Kontio otti taitavana yleisjohtajana ennakkoluulottomasti varajohtajan tehtävät; häneltä opimme paljon me kaikki silloin isoihin johto- ja esimiestehtäviin vastatulleet.

PUT. Vaikka saimmekin useita innokkaita ja lahjakkaita erikoistuvia, oli lääkärripula välillä repivää – kuten koko maassa. Piti miettiä: miten saadaan siitä huolimatta yksiköitä pyörimään ja vielä laadusta tinkimättä? Miten saadaan lääkärit pysymään meillä ja viihtymään näentymättä mahdollittoman työtaakan alla? Onneksi meillä oli joukko pelottomia työntekijöitä, jotka halusivat kokeilla psykiatrian uutta työnjakoa (PUT). Potilaiden hyvän hoidon tavoittelu, talon tarpeiden huomioon ottaminen ja oman ammatillisen kehityksen uudenlaiset mahdollisuudet sulattivat alkuvaiheen varautuneisuuden ja siivittivät ehkä kansainvälisestikin ainutlaatuisen hankkeen. Joukko hoitajia kävi läpi lääketieteellisen kandidaateille tarkoitetun yliopistollisen psykiatriakurssin tentteineen. Heidän uuden tasokkaan lisäosaamisensa varassa selvisimme kunnialla vaikeimpien lääkärilavavaiheiden läpi.

En ikinä unohda erään uuden lääkärin ilmettä, kun hän kuuli osastolla, että vasta pari viikkoa sitten toisen lääkärin alussa varmistama hoitosuunnitelma oli toteutunut, jatkopaikka järjestetty, potilas ja perhe valmennettu jatkohoitoon ja loppulausunto alustettu lääkärin täydennettäväksi ja allekirjoitettavaksi. Kyllä tällaisella tuella lääkäri ehtii myös paneutua erityiskysymyksiin sekä yksikön kehitykseen. Ja jaksoi kantaa vastuuta tarvittaessa useammastakin yksiköstä.

Oli enemmän kuin palkitsevaa kuulla yhdeltä hoitajalta, että PUT-koulutus ja uudet tehtävät oli parasta, mitä hän oli työnantajalta kolmekymmenen vuoden uransa aikana ikinä saanut. Kuka oli tällaisissa muutoksissa voittajia? Uskon että hoitaja, lääkäri, työnantaja ja – etupäässä – potilas. Ja kuka oli häviäjä? – en keksi yhtään.

KELNET. Entä miten saisimme riittävästi terapioida alueemme potilaille? Terapeutteja ja rahaa ei ole koskaan ollut riittävästi kattamaan tyydyttämätöntä terapiatarvetta, ja vielä varhaisvaiheessa. Innostuimme kansainvälisistä raporteista, joiden mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia, tietokoneavusteisena ja netin kautta annettuna toimii yhtä tehokkaasti kuin perinteinen terapia, mutta vaatii vain n. 1/10 osaa normaalia terapeutin työpanosta. Emme silloin saaneet rahoitusta nettiterapioiden rakentamiseen, mutta tämän kaukotavoitteen innostamina rakensimme KelNet-nimisen, laatuaan ensimmäisen alueellisen verkkopalvelun mielenterveyspotilaille. Alueellisesta palvelusta tulikin myöhemmin kansalli-

nen ja nettiterapiatkin ovat vihdoin ja viimein nyttemmin nousukiidossa. Vaikka HUS:in virtuaalinen mielenterveyspalvelusivusto kantaa Mielen-terveystalo-nimeä, toimii sen takana edelleen koko HUS:in KelNet -niminen hanke. On helppoa arvata, mistä tämä ”Kel” on peräisin.

TIETEELLISYYS. Kellokoskella oli ollut jo aikaisempina vuosina tieteellistä toimintaa, väiteltiin. 2000-luvun alku oli kuitenkin otollinen aika vahvistaa talon tieteellisyyttä, koska sen arvoa alettiin ymmärtää yhä enemmän – eikä pelkästään rekrytoinnin valttina, vaan myös kliinisen toiminnan laadun moottorina. En tietenkään pane talon vahvistuvaa tieteellistä toimintaa omaksi ansiokseni, vaikkakin edelleen Hyvinkään sairaanhoitoalueelle tipahtelee silloin tällöin joitakin erityisvaltionosuuspisteitä minunkin julkaisuista. Mutta pyrin silloin osaltani kannustamaan ja tukemaan muita tutkijoita, joita onneksi meiltä löytyi, ja uusia tuli. Niinpä, koko Hyvinkään sairaanhoitoalueen julkaisuista suurin osa tulee tänä päivänä Kellokoskelta; Kellokoskelta tulee HUS:in psykiatriassa, Hyksin jälkeen, ylivoimaisesti eniten akateemisia julkaisuja ja väitöskirjoja. Koko HUS:in suurin hoitotieteen julkaisujen tuottaja on psykiatria – kiitos ensisijaisesti Kellokoskella niinä vuosina aloitettu psykiatriisiin pakkotoimiiin kohdistunut, osin japanilaisten ja kansallisten ja eurooppalaisten partnereiden kanssa yhdessä edistetty tutkimustoiminta. Ei-yliopistosairaalaksi kellokoskelaisten tutkimuskenttäkin – oikeuspsykiatria, psykofarmakologia, nuorisopsykiatria, hoitotiede – on poikkeuksellisen laaja. Voimme väittää, että myös tutkimuksen ja koulutuksen osalta Kellokoski on yliopistotasoinen sairaala.

ORGANISOITUMINEN JA MUU KEHITYS. Laatu tarkoittaa sekä jatkuvaa kehityksen ilmapiiriä, että toiminnallisten prosessien organisointia ja laadukasta seurantaa. Näiden seurauksena saadaan rahoille parasta vastinetta. Niinä vuosina otettiin systemaattiseen käyttöön tulokorttijohdaminen organisaation kaikilla tasoilla, työyksiköitä myöten – tietääkseni koko HUS:issa ainoana organisaationa. Alkukangertelun jälkeen kaikki johtajat ja esimiehet sisäistivät tämän johtamistyökalun kautta uudella tasolla esimies- ja johtajavastuut ja – oikeudet. On eri asia puhua omille joukoille numerot pöydällä kuin vaihtaa kulloisiakin, usein vahvoja muttei välttämättä perusteltuja, mielipiteitä. Väitän, että johtajuus ja esimiestyö saivat silloin aivan uutta ryhtiä. On valitettavaa, että meistä riippumattomista syistä yksikötasoinen toimintojen tarkastelu numeroiden valossa seuraavissa organisaatiomuutoksissa hävisi. Ehkä se on kuitenkin lähivuosina palaamassa?

Oli Kellokoskella meneillään muutakin innovatiivista, innostunutta kehitystä. Valtavasti työtä tehtiin, joskus varsinaisten kehittämisprojektien puitteissa, pakkotoimenpiteiden vähentämisen ja inhimillistämisen eteen. Sähköhoidon käytännön toteuttaminen ensimmäisenä valtakunnassa siirrettiin erityiskoulutetulle hoitajalle ja toimintalogistiikka viilattiin huippuun: muutaman potilaan sijasta kyettiin hoitamaan toistakymmentä potilasta päivässä. Tästäkin mallista on tullut yhteinen myös muissa nykyi-

sen Hyksin sähköhoitotoimipisteissä. Nämä ovat vain joitakin esimerkkejä kaikesta kiinnostavasta, mitä työntekijämme silloin kehittivät potilaan hoidon ja oman työn parantamiseksi.

JA SE TÄRKEIN. Vaikka puhun innostuneesti organisaatitasoisista muutoksista (lienee viran puolesta suotavaa?) olen aina kokenut, että tärkein on IHMINEN. Tällä tarkoitan ensisijaisesti potilasta, mutta myös usein katveeseen jäävää yksittäistä veronmaksajaa, henkilökuntaa... Tai tässä kontekstissa puhun ehkä mieluummin työovereista.

Kellokosken vuoteni ovat olleet minulle tärkeitä henkilökohtaisesti, ihmisenä. Talon perinteinen inhimillisyys, välittäminen potilaista ja toisistaan, yhteenkuuluvuus olivat käsin kosketeltavia jo sinne tullessani. Se vahva yhteenkuuluvuus tuntui porukkaan vasta myöhemmin ehtineeltä alussa ajoin jopa haasteelliselta, mutta kaiken kaikkiaan lopulta valtaosin lämpimältä, parhaimmillaan nautinnolliselta.

Monia hetkiä muistelen edelleen suurella kiitollisuudella ja lämpimin tuntein:

Pidin 50-vuotisjuhlan Kellokoskella. Ammattimuusikkoystäväni järjestivät tasokkaan konsertin – lahjaksi minulle, työtovereilleni ja potilaillemme. Nimesinkin sen ystäväkonsertiksi – siksi, että ystäväni olivat siinä esiintyjinä, mutta myös siksi, että pidin ystävinäni kaikkia juhlasaliin tulleita. Eihän sinne olisi tullut kukaan, joka ei olisi aidosti toivonut minulle hyvää syntymäpäivää: mistä muut tietäisivät etukäteen, että tuleva konsertti olisi objektiivisestikin erinomainen ja sinällään näkemisen arvoinen. Ja juhlasalimme oli tupaten täynnä! Olin ylpeä konsertin tasosta sekä esiintyjistä ihmisinä: juontajana esittelin heitä auliisti titteleineen, loistavine saavutuksineen; poikanikin otti – useiden vuosien jälkeen, vartavasten – taas klarinettinsa käsiin ja pärjäsi hienosti triossa kahden ammattilaisen huippumuusikon kanssa (että ylpeä oli isä!). Mutta silmäni kostuvat edelleen, kun muistelen joitakin potilaita, jotka lähestyivät minua konsertin jälkeen ja antoivat lahjoja – vaatimattomia, kuten esimerkiksi jo aloitettu tupakka-aski – mutta sydämensä pohjalta.

Toisella tavalla, mutta yhtä vahvasti mieleen painuva ja kiitollisuudella muistuva episodi tapahtui Kellokoskelta lähtöni aikana. Soitti kollega, jonka kanssa välit rakentuivat alkuvuosina jokseenkin epätasaisesti, jopa nihkeästi. ”Kuule, purnasin alussa koko ajan vastaan, mutta nyt näen: asiat ovat talossa menneet hurjasti eteenpäin. Kiitos sulle.” Tiedän, miten vaikeata on itse kunkin joskus luopua omista mielipiteistään ja kuinka vielä vaikeampaa on tunnustaa sen ääneen. Arvostan näitä kollegan sanoja suuresti – pikemmin jopa tekona kuin sanoina.

Tällaisia sydäntä koskevia hetkiä on ollut lukuisia.

Ja vähintään yhtä tärkeitä: minulle on jäänyt Kellis-ajoilta useita ystäviä. Valehtelisin väittäessäni näitä kaikkia läheisiksi, mutta näitäkin on – elämässäni edelleen tärkeitä ihmisiä.

TULEVA. Koko HUS psykiatria on liikkeellä, uskoakseni parempaan. 100-vuotias Kellokoski on suurten haasteiden edessä. Henkilökohtaisesti monesta meistä tuntuu surulliselta talon pilkkominen kahteen organisa-

tioon. Uskon kuitenkin, että tämäkin muutos tekee kaikille osapuolille lopulta hyvää – kun vain ei anneta hallinnollisten rajojen tulla väliin. Ollaanhan niitä samoja ihmisiä jotka hoitavat yhteisiä, joskus samojakin potilaita. Epäitsekäs kaveriapu on ollut aina paras politiikka, jossa voittaa sekä saaja että antaja. Kellisläisillä on osaamista ja kykyä olla mukana muutoksen keskellä, vaikuttamassa siihen rakentavasti ja tukemassa onnistumiseen.

Mutta: kannattaako edes puhua näistä kaikkien tiedossa olevia yleisjuttuja? Enpä ole varma: itsestänselvyyksien lataamista en ole koskaan erityisemmin arvostanut (olisiko joskus pitänyt? – ehkä...). En kuitenkaan malta jättää sanomatta, kun nämä ovat loppujen lopuksi lähivuosien kaikkien ratkaisevimpia asioita.

LOPUKSI. Olen kiitollinen Kellikselle, kaikille Kellokosken työntekijöille ja potilaille antoisista, opettavaisista vuosista, upeista kokemuksista, jotka kannattelevat läpi ammattielämän. Tiedän, että olen tässä liian vähän tuonut esille ennen ja jälkeen minun vuosien tehtyä loistavaa työtä potilaiden, työntekijöiden ja yleisesti talon hyväksi. Mutta näistä on parempia tuntijoita ja kertojia. Toivon, että jos joku on jäänyt tässä erikseen nimeltä mainitsematta vaikka olisi ansainnut, ei loukkaannu: julkaisulla ja toimeksiannolla on omat rajoituksensa. En ole ainakaan itse unohtanut mitään enkä ketään.

matkalla tehtiin samalla merkittävä päätös sairaalan kehittämiseksi.

Vuonna 1983 sairaalassa salamoi. Suomen Lääkäriliitto ja TEHY kävivät valtakunnallista taistelua maan sairaaloiden johtosääntöjen rakenteesta. Taistelutantereiksi oli valittu Kellokoski ja Lappeenrannan keskussairaala, joissa kummassakin oli vahvat ylilääkärit ja -hoitajat. Tässä yhteydessä liki kaikki sairaalan lääkärit irtisanoutuivat ja opetussairaala lakkasi, psykiatripula oli todellinen. Ylilääkäri Erkki Pulkkinen, joka oli toinen kenttämielisairaaloissa väitellyt psykiatri Rauhan sairaalan Eino Venäläisen lisäksi, käynnisti sittemmin opetusta. Mutta merkittävä käänne tapahtui noin 1987, jolloin professori Kalle Achté, liittohallituksen pj Harto Palén ja valtuuston pj Arne Mattila sekä ylilääkäri Henrik Wahlberg sopivat, että sairaalan budjettiin otettiin 800 000 mk vuodessa (nykyrahassa lähes 250 000 euroa), jotta voitaisiin kouluttaa 15 erikoistuvaa lääkäriä samanaikaisesti. Tästä alkoi Kellokosken sairaalan uusi kukoistuskauti.

Raha suunnattiin myös tutkimukseen, koko henkilökunnan koulutukseen, julkaisutoimintaan, kirjastoon, valtakunnallisten seminaarien järjestämiseen ja kansainväliseen toimintaan.

KANSAINVÄLISTÄ. Sairaala oli jo vuonna 1988 ottanut ystävyyssairaalaksi Mosambikin ainoan psykiatrisen sairaalan, Infulenen, jonne toimitettiin ajan saatossa 18 konttia tavaraa, ja tuettiin psykiatristen sairaanhoitajien koulutusta. Kun Neuvostoliitto avautui, päätettiin vuonna 1990 ottaa Leningradin 5. mielisairaala myöskin ystävyyssairaalaksi. Kellokosken delegaation vieraillessa siellä lähetettiin NL:n televisiossa ensimmäinen puolen tunnin ohjelma mielisairaalan sisältä koskaan! Sairaalan dynaamisen ylilääkäri Mihail Lilenkon toimesta avautuivat muutkin portit.

Kellokosken Juhlatalon muututtua vuonna 1991 Itämerikeskukseksi majoitus- ja kokoustiloihin mahdollistuivat suuremmat kokoukset. Niinpä jo 1991 yhdessä Suomen Psykiatryhdistyksen kanssa järjestettiin Kellokoskella Itämeren alueen mielisairaalojohtajien I. kokous. Paikalle tuli noin 50 ylilääkäriä. Vuonna 1993 organisoitiin WHO:n Euroopan toimiston kanssa merkittävä kansainvälinen kokous ”Closing the Mental Hospitals – Where have all the Patients gone”. Kaikkialla oli suljettu mielisairaaloita, ja potilaat olivat moniaalla joutuneet kaduille tai jopa vankiloihin. Suomessa onneksi muutos oli hiukan hallitumpi.

Vuonna 1993 oli Itämeren alueen ystävyyssairaalakokous. EU:n sairaalakomitea ja WHO olivat toivoneet, että Euroopan kaikilla sairaaloille olisi kumppanuussairaalat joko kehitysmaissa tai Itä-Euroopassa. Esimerkiksi Hollannin kaikilla 46 mielisairaalalla oli tällainen. Kokoukseen osallistuivat kaikki Baltian maiden sairaalojohtajat sekä iso joukko venäläisiä, pohjoismaisia ja puolalaisiakin. 1994 paikkakunnalle kutsuttiin Euroopan maiden mielenterveysjohtajat yhteistyössä Stakesin ja WHO:n kanssa. Tästä lähti prosessi käyntiin, ja vuonna 1999 Suomessa oli jo eri maiden terveysministerit pohtimassa yksinomaan mielenterveyskysymyksiä, ja kesäkuussa 2015 Helsingissä on eurooppalainen kongressi Mental Health in All Policies. Eli mielenterveyskysymykset olisi huomioitava kaikilla politiikan ja yhteiskunnan sektoreilla.

Kellokoskella kävivät kutsuvieraina myös EU:n sairaalakomitean ja Maailman sairaalaliiton pääsihteerit ja useasti WHO:n mielenterveysosaston päälliköt. Mutta yhtä lailla olivat Tallinnan ja Pietarin potilaiden ja omaisten ryhmä vieraina talossa. Pohjoismaiden potilasjärjestöjen kokouskin oli paikkakunnalla.

Kun Suomen psykiatriyhdistyksen puheenjohtaja Kari Pylkkänen kieri tuolloin mentorina Baltian maiden sairaaloita, hän ihmetteli, että ensimmäiseksi hän aina törmäsi Kellokosken sairaalan kartanon kuvaan, josta olimme tehneet julisteen edellä mainittuihin konferensseihin. Tältä pohjalta oli helppo vieraila maailmalla. Kellokosken henkilökunta teki perusteellisia opintomatkoja Euroopan eri maihin, esimerkiksi Hollannissa viikon aikana kyettiin kahtena ryhmänä tutustumaan 18 eri yksikköön, myös vankiloihin ja vankimielisairaaloihin. Matkoista kuten kongresseistakin tehtiin laajat raportit, jotka lähetettiin maan kaikkiin psykiatriisiin sairaaloihin tiedoksi. Ennen kaikkea etsittiin sovellettavia ideoita ja toimintatapoja.

Sairaalan muita tiloja tyhjentyi, pahimmillaan tyhjänä oli 3,5 kerrostaloa. Kun politiikka on mahdollisuuksien taidetta, tämä teki mahdolliseksi majoittaa suuremman joukon konferenssien yhteydessä. Esimerkiksi ystävyysseurauskokouksen aikana liettualaiset asuivat yhdellä tyhjällä osastolla, latvialaiset toisella ja eestiläiset kolmannella. Liettuan aiempi terveysministeri neurokirurgi tokaisi, kun pahoittelin vaatimattomia tiloja: ”Suuria kokouksia pienellä paikkakunnalla, meitä ei kiinnosta muodot vaan sisältö”. Mielen sairaiden oman järjestön Mielenterveyden Keskusliiton ruskapäivät 200 osanottajineen majoittui Ohkolan tyhjän sairaalaan vallaten sen kerrankin!

KOULUTUSTA. Erikoistuvien lääkärien koulutus organisoitiin siten, että yhden iltapäivän viikossa he matkustivat Helsinkiin kouluttajien luokse. Näinä toimivat muun muassa professorit Kalle Achté, Ranan Rimon ja Jouko Lönnqvist sekä dosentit Veikko Aalberg, Mats Brummer, Ulla Paukkonen ja Esko Varilo. Lisäksi kerran, sittemmin kahdesti viikossa, oli tunnin luennot, joihin kutsuttiin maan parhaat asiantuntijat. Lukukausittain teemat vaihtuivat. Sairaanhoidajat kutsuivat vuorollaan maan kaikki silloiset väitöskirjan tehneet hoitajat luennoimaan, psykologit kartoittivat kaikki eri psykoterapiamuodot ja sosiaalityöntekijät puolestaan kutsuivat oman alansa tietäjät. Alkoholi, seksologia, psykosomatiikka, kriminologia, oikeuspsykiatria, lääkkeiden sivuvaikutukset eri elinjärjestelmiin, taideterapian eri muodot tai 1900-luvun psykiatrian vanhat hoitomuodot, eri pakolaisryhmien kulttuuri ja mielenterveys ovat vain esimerkkejä tautikohtaisten luentojen ja kurssien (esimerkiksi hypnoosi) lisäksi. Neljästi vuodessa järjestettiin valtakunnallisia seminaareja esimerkiksi eläke-edellytysten selvittelystä, mielen sairaan sosiaalisesta asemasta, laitospäristön elvyttämisestä, puutarhaterapiasta, pudokasnuorista, ääniä kuulevista, nuorisopsykiatriasta, mielen sairaiden seksuaalielämästä, itsemurhien ehkäisystä. Teemoina olivat lisäksi varusmiespalvelu ja mielenterveys, eri uskonnot ja mielenterveys, poliisi- ja sosiaali- ja terveysala kenttäyhteistoiminnassa. Ulkomaisia luennoitsijoita kävi kymmenittäin,

varsinkin jos tiedettiin heidän muista syistä olleen Suomessa.

Sairaalan onnena oli ensimmäisen neurologin tulo taloon. Raimo Lehtovaara oli perustanut ja johtanut Pitäjämäen neurologista kuntoutuslaitosta, joka oli erikoistunut epilepsiaan. Hän oli tuonut maamme epilepsialääkkeiden pitoisuusmääritykset ja oli saanut epilepsian suurlähtettiläs -arvonkin. Ensimmäisenä toimenä tutkittiin sairaalan kaikki potilaat lääkkeiden sivuvaikutusten kannalta, ja niitä kyettiin olennaisesti vähentämään, lisäksi psyykenlääkkeiden pitoisuusmittaukset käynnistettiin. Lehtovaaran mukana saapui myös neurofysiologi, sittemmin dosentti Eero Elomaa, Pelle Pelottoman kaltainen keksijäluonne. Heti tilattiin sairaalan tieteelliseen kirjastoon Nature, Science ja American Scientist, ja niitäkin referoitiin lääketieteen ja psykiatrian kansainvälisten päälehtien ohella lääkärien aamukokouksissa. Raimo Lehtovaaran äkillisen kuoleman jälkeen 1992 hänen virkaansa tuli Risto Vataja, sittemmin sairaalan vastaava ylilääkäri.

Heidän tuellaan Kellokoskesta tuli uuden neuropsykiatrian sanansaattaja Suomessa. Niinpä järjestettiin ensimmäiset alan kurssit ja seminaarit, ja vuonna 1993 ilmestyi myös alan oppikirja. Vasta 20 vuotta myöhemmin tuli toinen Kliininen neuropsykiatrian oppikirja. Teemaan liittyen organisoitiin myös ensimmäiset aikuisten MBD- (pieni aivotoiminnan häiriö) ja lukihäiriöseminaarit.

Pääosa luennoista, kursseista, seminaareista ja kansainvälisistä kokouksista on videoitu erikoisammattimies Aulis Koivusaran toimesta. Sairaалalla on ainutlaatuinen, yli tuhannen videon kirjasto. Tieteellistä kirjastoa kartutettiin rohkeasti ennen nettiäikää, kaikki oppi- ja tenttikirjat psykiatriasta geriatriaan, neurologiasta sosiologiaan löytyivät sieltä. Antikvariaateista hankittiin kuolinpesien tuomia merkittäviä kokoelmia paitsi yleispsykiatriasta, niin myös hypnoosista, seksologiasta ym. Maan kaikista A- ja B-mielisairaaloista koottiin niiden kaikki historiikit ja myös vuosikertomukset ja sidottiin Jokelan vankilassa vähäiseen hintaan. Kun Alkon kirjasto hajotettiin, päältä ottivat kirjoja Kansanterveyslaitos ja Stakes, loput tulivat Kellokoskelle. Nikkilän ja Lapinlahden historialliset kirjastot on nyt hajotettu. Jos ne olisi yhdistetty Kellokosken kanssa, olisi meillä ollut aarreaitta. Toivottavasti Terveystieteiden keskus kirjasto Terkkö tämän aikanaan tajuaa. Kun Tammiharjussa ja Lapinlahdessa oli palkalliset kirjastonhoitajat, Kellokoskella hoitajana ovat olleet siviilipalvelusmiehet.

Oheistuotteena Kellokoskella perustettiin valtakunnallinen lukihäiriöläisten järjestö Erilaiset oppijat sekä Ääniä kuulevien järjestö. Yhteistyössä Käpylän kuntoutuslaitoksen ja Kaunialan sotavammassairaalan työntekijäin kanssa perustettiin myös Aivovammayhdistys. Vuonna 1991 oli jo perustettu Raimo Lehtovaaran aloitteesta Psykiatrian yhteistyö ry aluksi ylläpitämään yhteyksiä Uudenmaan psykiatrien kesken, sitten järjestö laajeni eri ammattiryhmiin ja aiheisiin. Terveystieteiden keskus Tyyne Martikainen perusti Nursing Fellowship International -järjestön pääosin yhteistyössä Kellokosken hoitajien kanssa. Tämä toimi kymmenisen vuotta aktiivisesti alan kansainvälisyyttä edistävänä foorumina.

Kansainvälisyyttä toivat myös muualta tulleet lääkärit, Eestistä Tii-

na Keldrima ja ensimmäiset psykoanalyysia opiskelemaan tulleet Meelis Papp ja Alo Juriloo. Mulki Mölsä puolestaan oli yksi neljästä Suomessa ennen 1991 olleista somaleista. Hän on sittemmin toiminut yhdistävänä henkilönä kulttuurimme ja somalien klaanien välillä. Osa lääkäreistä oli työskennellyt pitkään muissa maissa. Ylilääkäri Raimo Väisänen oli toiminut Yhdysvalloissa Connecticutin psykiatrisen sairaalan johtajana.

Vuonna 1993 sairaala saikin sitten maailman sairaalakongressissa Madridissa arvostetun Arthur Andersen/Dr Grosby -palkinnon kansainvälisestä työstään ja opetussairaalsaan tason johdosta. Olihan Kellokoski yliopistollista Lapinlahden sairaalaakin korkeatasoisempi opinjho.

Lääkärinvirat täyttyivät, kuten oli tavoite. 1990-luvun alun laman aikana myös nuorten lääkärrien oli vaikea saada töitä. Esimerkiksi kurssitoverini pääjohtaja Jussi Huttunen valitti, että hänen tyttärensä ei saa edes orientoivan lääkärin paikkaa päästäkseen erikoistumaan. Kysyin, mitä tämä oli elämässään tehnyt. No hän juuri oli keksinyt Marfanin taudin (Abraham Lincolnin tauti) geenin väitöskirjatyönsä yhteydessä. Totesin myöhemmin, että Kellokoskelle pääsee töihin vain, jos on keksinyt yhden uuden geenin tai ollut Medisiinari-lehden päätoimittaja. Niinpä Katariina Kainulainen luennoi kuukauden joka aamu skitsofrenian ja muiden mielisairauksien genetiikasta, kunnes hänet kuukauden kuluttua napattiin tutkijaksi Meilahteen.

Pääjohtaja Kari Kairamo suunnitteli, että Nokiassa puolet teknikoista koulutetaan insinööreiksi, puolet insinööreistä diplomi-insinööreiksi ja puolet näistä tohtoreiksi. Tästä haaveilin Kellokoskellakin, mielisairaanhoitajat kouliintuivat jo sairaanhoitajiksi ja nämä erikoissairaanhoitajiksi, mutta tästä eteenpäin tie oli kivikkoinen. Ihmisillä on perhe, asuntolainoja, vuorotyö tai päivystyksiä, siitä ei irtoa helposti aikaa jatko-opintoihin saati väitöskirjoihin. Noin 500 työntekijän työpaikassa lupasin, että väitöskirjan tekijöille järjestetään 6 kk tutkimusvapaata, lisensiaattityön tekijöille 3 kk ja pro gradun tekijöille 1 kk. Onhan sairauslomien ynnä muiden takiakin töistä poissa keskimäärin 5–6 % työväestä. Aiempi nuorisopsykiatrian professori, sittemmin THL:n mielenterveysosaston johtaja ehti olla ainoa edusta hyötynyt.

Sittemmin Kellokoskella työskennelleistä lääkäreistä ja psykologeista on väitellyt lähes kymmenen, joskin pääosa on siirtynyt muualle töihin, ja ensimmäiset hoitajat Anna-Riitta Jyrkinen ja Raija Kontio, lisäksi talossa on oikeuspsykiatrian professori ja parhaimmillaan neljä dosenttia. Terveysthuollon maisteritutkinnon on moni suorittanut, ja ennen kaikkea erikoissairaanhoitajista suuri osa on käynyt myös Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan psykiatrian kurssin, saman, jonka kaikki lääketieteen kandidaatit käyvät.

Hauskinta oli tarjota Kellokosken sairaalan kartanorakennusta koulutuspaikaksi eri tutkijayhteisöille. Niinpä Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos, sosiaalipsykiatrian laitos ynnä muut käyttivät tilaa koulutus- ja ideapäiviinsä. Vuokraa ei peritty, mutta ehtona oli, että he samalla luennoivat sairaalan henkilökunnalle. Lisäksi keittiö sai ruokarahat ja tutkimuslaitokset toivat omat juomansa illanistujaisiinsa.

Valitettavasti HUS ei ole osannut käyttää tiloja samalla tapaa – ehkäpä heiltä puuttuu kartanollinen tyyli! Kykeneekö HUS muutenkaan luomaan Kellokosken asteista psykiatrian laaja-alaista osaamiskeskusta enää, siinäpä heidän johtaville somaatioilleen kysymys.

Haaveeni oli kirjoittaa kirja Kellokoskesta ja mielisairaalakokemuksistani jo sairaalan 100-vuotisjuhliin mennessä. Teen sen varmaan joskus, joten jatkoa seuraa...

NEUROLOGINA MIELISAIRAALASSA

RISTO VATAJA
psykiatrian
tulosyksikön johtaja



Valmistuin neurologiksi HYKS:n neurologian klinikalta 1993. Psykiatria oli minua aina kiinnostanut, ja neurologistakin potilaista tuntuivat mielenkiintoisimpia olevan ne, joiden käyttäytymiseen aivosairaus oli syvällisesti vaikuttanut. Mieleen jäävimpiä potilaita olivat klinikalta mm. nuori perheenäiti, joka virusperäisen aivotulehduksen jälkeen menetti omaelämäkerrallisesta muististaan kymmenkunta vuotta niin, että hän ei muistanut puolisoaan eikä lapsiaan. Kotiin päästyään hän kuitenkin tutustui ja sitten rakastui puolisoonsa uudestaan, niin että tarinalla oli hyvin onnellinen loppu. Myös silloin tällöin osastolle tutkimuksiin tulleet konversiohäiriöpotilaat olivat kiehtovia. Näitä olivat esimerkiksi psyykkisen järkytyksen jälkeen halvaantuneet tai epilepsian kaltaisia kohtauksia saaneet potilaat, joilla ei neurologista sairautta voitu todeta mutta jotka kärsivät joskus hyvin vaikeista, työkyvyn vievistä neurologisen kaltaisista oireista.

Neurologiassa meille tuntui usein riittävän, että saatiin suljettua pois neurologinen sairaus, minkä jälkeen potilaat uloskirjoitettiin. Tuntui turhauttavalta, että ainakaan tuohon aikaan ei oikein muuta apua potilaille osattu antaa, potilaat tavallisesti loukkaantuivat, kun heitä yritettiin psykiatrian pariin ohjata. Aloin aavistaa, että jotakin psykiatriasiakin taitoja täytyisi opetella, jos halusi neurologina potilaiden kanssa pärjätä. Masennus, harhat, ahdistuneisuus ja erilaiset persoonallisuuteen liittyvät vaikeudet tuntuivat olevan potilaillani niin tavallisia, että psykiatrien hoitoonkaan kaikkia ei ollut mielekäästä ohjata. Myöhemmin, omassa väitöskirjatyössäni, jonka toteutin osana professori Timo Erkinjuntin johtamaa suurta aivohalvauksen jälkiseurauksia kartoittavaa projektia, havaitsin, että aivohalvauspotilaista kärsi vakavasta masen-

nuksesta joka neljäs potilas kolmen kuukauden kuluttua halvausoireiden ilmaantumisesta. Valtaosalla näistä potilaista masennus jäi rutiineurologiassa diagnosoimatta ja hoitamatta, mikä mielestäni oli yksi näiden oppialojen erkaantumiseen liittyvistä surullisista asioista.

Kellokosken sairaalasta en paljoa tuolloin tiennyt. Joitakin sieltä lähetettyjä potilaita olin neurologian osastolla kuitenkin hoitanut ja niissä tilanteissa ollut yhteistyössä Kellokosken sairaalan neurologin kanssa. Siellä oli 1980-luvulta lähtien työskennellyt neurologina Raimo Lehtovaara. Hän oli Suomen johtavia epilepsia-asiantuntijoita, ja ennen Kellokoskelle tuloaan hän oli ollut mukana pystyttämässä Epilepsialiiton Pitäjänmäen työkliniikkaa. Sen vastuulla oli suuri osa Etelä-Suomen epilepsiapotilaiden seurannasta. Epilepsialääkkeiden pitoisuusseuranta, jonka avulla kyetään välttämään suuri osa lääkkeisiin liittyvistä sivuvaikutusongelmista, oli paljolti Raimo Lehtovaaran Suomeen tuomaa käytäntöä. Itse en koskaan Lehtovaaraa tavannut, mutta olin hänestä toki kuullut ja esimiesteni kehotuksesta joskus neuvoakin kysynyt neuropsykiatrisissa asioissa. Kellokoskella englantilaista herrasmiestyyliä edustava, piippua poltteleva Lehtovaara oli pidetty ja legendaarinen lääkäri, jonka äkillinen sairauskuolema 1992 tuli kaikille hänet tunteneille järkytyksenä.

Elettiin lama-aikoja ja työttömiä lääkäreitä oli enemmän kuin koskaan. Neurologian klinikalla oli pätkätöitä tarjolla, mutta pidemmän sijaisuu- den sain Kivelän sairaalan neurologiselta osastolta. Siellä esimiehenäni oli dosentti Markku Partinen, kova tiedemies ja tunnetuimpia unitutkijoi- tamme ja Raimo Lehtovaaran aikaisempi työtoveri. Kehityskeskusteluja ei tuohon aikaan ollut tapana käydä, ainakaan sillä nimellä. Markku kuitenkin ehdotti minulle erilaisia vaihtoehtoja, kun omia urapohdiskelujani hänelle kerroin. Lämpimimmin hän suositteli Kellokoskelle neurologiksi hakeutumista, koska siellä oli kuulemma paikka vapautunut. Itse en ihan heti asiasta innostunut, ja neurologikaveritkin pyörittelivät päätään kun kerroin harkitsevani Kellokoskelle siirtymistä. Miksi ihmeessä neurologia tarvittaisiin mielisairaalassa?

NEUROLOGIAN JA PSYKIATRIAN YHTEISET VAIHEET. Moderni psykiatria ja neurologia kehittyivät tiiviisti yhdessä 1800-luvun lopulta aina 1900-luvun puoliväliin asti. Myöhemmin muodostuneiden erikoisalojen välillä ei ollut aluksi selvää rajaa, vaan eturivin tutkijat ja lääkärit työskentelivät rajoista välittämättä. Vallalla oli käsitys siitä, että psykiatristen oireiden taustalta olisi löydettävissä aivoista muutoksia, jotka neuropatologisesti saataisiin esiin, jos vain taitavasti osattaisiin hermokudosta tutkia. Niinpä esimerkiksi vaikeasta harhaluuloisuudesta, käytösoireista ja muistivaikeuksista kärsivällä naispotilaallaan Alois Alzheimer totesi tämän kuoltua hermosolujen sisäisiä hermosykimppuja, jotka myöhempinä vuosikymmeninä opittiin tuntemaan sittemmin Alzheimerin nimen saaneen taudin tyyppilyödyksinä. Alzheimerin lisäksi esim. Emil Kraepelin kuvasi ennenaikaisen demencian (dementia praecoxin), jonka Eugen Bleuler sitten myöhemmin nimesi skitsofreniaksi. Pariisissa Salpêtrièren sairaalassa Jean-Martin Charcot kuvasi mm. MS-taudin, mutta myös ns. hysteriaoireyhtymän, joka nykyisin tunnetaan konversio-oireena. Potilaat, varsinkin nuoret naiset saivat epileptisen

näköisiä dramaattisia kohtauksia, jotka eivät kuitenkaan epileptisiksi sopineet. Kun tälle häiriölle ei tuntunut hyvää ”neurologista” selitystä löytyvän, tarvittiin uusia ajatuksia. Niitä toi psykiatriaan Sigmund Freud, joka neuropatologista ja -farmakologista tutkimusta tehtyään kehitti voimakkaimmin – vaikka ei ainoana – psykodynaamista ajattelua.

Samaan malliin mentiin Suomessakin. Vaikka vaikeimpia nykyisin neurologiaan kuuluvia sairauksia (esim. akuutit halvausoireet) hoidettiin sisätautiosastoilla, oli myös mielisairaaloihin keskitetty monien neurologisten sairauksien, kuten epilepsian, hoito ja asiantuntemus. Kellokosken sairaalan vanhoissa sairauskertomuksissa tavallisia diagnooseja 1930- ja 1940-luvulta olivat insania epileptica (psykoosipotilas, jolla oli lisäksi epilepsia), dementia paralytica (keskushermostosyfilis), vanhuuden tylsistyminen (dementia), idiotia (kehitysvammaisuus), mutta myös insania simplex (skitsofrenia). Vaikka Kellokosken sairaala sijaitsi maaseudulla, täältä käytiin ahkerasti hakemassa oppia ja uusia tutkimus- ja hoitomenetelmiä ulkomailta. Monet tässäkin kirjassa kuvatut neurologiaa vahvasti sivuavat hoitomuodot, kuten sähköhoito, insuliinihoito ja sittemmin pahamaineinen lobotomiakin, otettiin Kellokoskella käyttöön suomalaisittain nopeasti.

Hermo- ja mielitautilääkärin erikoislääkärinoikeuksia alettiin myöntää 1930-luvulla, ja käytännössä erikoislääkärin oikeudet saadakseen piti työskennellä jonkin aikaa Lapinlahden sairaalassa, kuten myös Kellokosken sairaalan ylilääkärit olivat tehneet. Jo 1920-luvulta lähtien alettiin ympäri Suomea perustaa neurologisia osastoja mielisairaaloiden yhteyteen, ensimmäiseksi Lapinlahden sairaalaan. Hiljakseen osastoja siirrettiin keskussairaalamuotoon luomiseen liittyen somaattisten sairaaloiden yhteyteen, ja lopulta myös Helsingissä Lapinlahden neurologiset osastot muuttivat 1965 vastavalmistuneeseen Meilahden sairaalaan. Kehitysvammaisten potilaiden hoito siirtyi keskuslaitoksiin, hermosyfilis katosi penisilliinin keksimisen myötä, ja epilepsia siirtyi neurologiseksi sairaudeksi. Tässä vaiheessa neurologia ja psykiatria lähtivät vahvasti eri teille, ja psykiatrian valtavirta muodostui psykodynaamiseksi. Toisaalta kehittyvä psykofarmakologia, klooripromatsiinin (ensimmäinen tehokas psykoosilääke) ja amitriptyliinin (ensimmäinen moderni masennuslääke) keksimisen myötä johti lääkehoitoihin painottuvan ns. biologisen psykiatrian kehittymiseen, mutta tieteellinen tai kliininen yhteistyö neurologian kanssa jäi erittäin vähäiseksi. Omalta erikoistumisajaltani neurologian klinikassa 1990-luvun alusta muistan ihmetelleeni, kuinka esimerkiksi klinikan tieteellisiä luentoja pitämässä vieraili asiantuntijoita kaikilta mahdollisilta erikoisaloilta, mutta psykiatriasta ei juuri koskaan.

NEUROLOGIAN JA PSYKIATRIAN UUSI LIITTO. Vaikka neurologia ja psykiatria oppialoina olivat erkaantuneet kauas toisistaan, se ei vaikuttanut siihen tosiasiaan, että potilaiden jaottelu ”neurologisiin” tai ”psykiatrisiin” oli joskus vaikeata, eikä siihen, että neurologisilla potilailla oli usein paljon psykiatrisia oireita ja päinvastoin. Esimerkiksi skitsofreniapotilailla on paljon neurologisia oireita. Heillä on usein motoriikassa poikkeavuuksia, pakkoliikkeitä, virheasentoja tai outoja epileptisenkaltaisia oireita. Nämä oireet laitetaan usein pelkästään psykoosilääkkeiden syyksi, ja totta on-

kin, että lääkkeet usein pakkoliikkeitä aiheuttavatkin. Kuitenkin samankaltaisia oireita potilailla oli klassisessa psykiatriassa skitsofreniaan liittyen kuvattu jo paljon ennen psykoosilääkkeiden keksimistä.

Neurologiassa oli mm. aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisten älyllisten eli kognitiivisten oireiden, kuten muistin, afasian, keskittymisvaikeuksien jne., toteamisessa ja kuntouttamisessa esim. aivohalvauksen tai aivovamman jälkeen opittu tekemään yhteistyötä uudehkoon oppialaan eli neuropsykologiaan erikoistuneiden psykologien kanssa. Viitisentoista vuotta sitten alkoivat myös psykiatrit tiedostaa, että heidän potilaidensa toimintakykyä ja laitoshoidon ulkopuolella selviämistä rajoittivat paljon enemmän nämä monissa psykiatrisissa häiriöissä nykykäsityksen mukaan hyvin tavalliset oireet kuin perinteiset psyykkiset oireet, kuten aistiharhat, harhaluulot tai masentunut mieliala. Tärkeä neurologian ”lahja” psykiatrilta onkin neuropsykologia. Kellokoskella työskenneltyäni aloin nopeasti kaivata avukseni neuropsykologia, joiden kanssa olin tottunut neurologian klinikalla tärkeätä yhteistyötä tekemään. Olin siksi iloinen, kun Kellokoskelle palkattiin, jollei ensimmäisenä niin ensimmäisten psykiatristen sairaaloiden joukossa, neuropsykologi, edelleenkin sairaalassa työskentelevä Laila Luoma 1990-luvun loppupuolella.

Kellokosken neuropsykiatrian näkökulmasta oli onnellista, että sairaalan johtavana ylilääkärinä toimi 1980- ja 1990-luvuilla dosentti Ilkka Taipale. Lukuisien muiden kiinnostuksen kohteidensa lisäksi Ilkka on tuntenut lukkarinrakkautta neuropsykiatriaa kohtaan, ehkäpä oman sosiaalipsykiatrisen taustansa vuoksi, sillä monet neuropsykiatriset potilasryhmät, kuten aivovammaiset, päihdeaiivosairaat tai kehitysvammaiset, kärsivät tavallisesti myös psykiatrisista oireista ja ovat toisaalta usein huonosti palvelujärjestelmissä huomioituja väliinpuotoajia. Ilkka oli mukana toimittamassa ensimmäistä suomalaista neuropsykiatrian oppikirjaa 1993, ja hänen aikanaan ja ansiostaan Kellokoskelle ensimmäinen neurologi – Raimo Lehtovaara – oli palkattu. Lehtovaaran poismenon jälkeen Ilkka kaipasi Kellokoskelle uutta neurologia ja tuntui innostuvan, kun hänelle soitin omat ennakkoluuloni voitettuani työmahdollisuuksista keskustelakseni. Työhaastattelu oli lyhyt (”toivottavasti et pelkää työntekoa”), ja tammikuun alussa 1993 kapusin kartanon rappusia kolmannen kerroksen lehtikirjastossa pidettyyn lääkäreiden aamukokoukseen aloittaakseni parikymmenvuotisen urani Kellokosken neurologina.

KELLOKOSKEN NEUROLOGINA. Kellokoskella minut otettiin lämpimästi vastaan, vaikka vierasta erikoisalaa edustinkin. Sairaalassa työskenteli psykiatrina nyt jo edesmennyt dosentti Eero Elomaa, jolla oli toisena pätevyytensä kliininen neurofysiologia ja joka oli erityisesti kiinnostunut psykiatristen häiriöiden neurobiologiasta. Hän julkaisi useasti mielenkiintoisia ajatuksiaan kansainvälisesti tunnetussa *Medical Hypothesis* -lehdessä, jonka toiminta-ajatuksena on tieteellisesti kiehtovien ja tutkimuksenarvoisten ideoiden esiin nostaminen. Neurofysiologina hän oli havainnut klotsapiinin hidastavan aivokuoren sähköistä toimintaa niin, että se monilla potilailla muistutti EEG:ssä syvän vaiheen unta. Klotsapiinin aivan erityisen tehon hän arvelikin liittyvän tähän neurofysiologiseen ilmiöön, jota hän kutsui käsitteellä

”to sleep while awake”. Eero piti kahvitunneilla työhuoneessaan tieteellistä salonkia, johon minäkin olin tervetullut, paksun piipputupakan savun, Nature- ja Science-lehtikasojen ja vapaan keskustelun keskelle. Siellä tutustuin paremmin myös ylilääkäri Virpi Raitasuohon, esimieheeni ja loistavaan kliinikkoon sekä nuorisopsykiatriaamme vahvasti kehittäneeseen ylilääkäri Erkki Pulkkiseen. Jalat maassa piti Malista Neuvostoliiton kautta Suomeen tullut Abibou Diarra, jonka vahvaa aluetta oli transkulttuurainen psykiatria, joka usein näyttäytyi suomalaisten hoitokäytäntöjen ihmettelynä, vaikka hän niiden mukaisesti kutakuinkin toimikin. Abi osasi kyllä luutuneita ajatusmalleja pölyttää. Kun kerroin ylpeänä uudesta pystykorvan pennustani, hän tarjosi muutamia hyviä malilaisia reseptejä koirapadan valmistamiseksi. Välillä tarvitsimme ryhmätyönohjausta päästäksemme pohdinnoissamme eteenpäin, ja sitä meille antoi sairaalan ulkopuolelta dosentti Matti Huttunen. Työnohjaus pidettiin legendaarisessa ravintola Alppimaassa, missä herätimme kanta-asiakkaissa kummastusta, kun keskustelu oli vilkasta vaikka olutta kului vain vähän.

Kollegat alkoivat ohjata minulle neurologisista oireista kärsiviä tai psykiatrin näkökulmasta epätavallisella tavalla oireilevia potilaitaan konsultaatioon. Uudet, vähemmän neurologisia sivuvaikutuksia aiheuttavat psykoosilääkkeet eivät olleet vielä tuolloin käytössä klotsapiinia lukuun ottamatta, ja suuri osa neurologisista ongelmista liittyi vanhojen neuroleptien käyttöön, varsinkin kun tapana oli käyttää suhteellisen suuria lääkeannoksia. Skitsofreniapotilaiden olemuksessa ja koko sairaalaan ilmeessä näkyivät lääkkeiden haitat. Vakavista haitoista ikävin oli ns. tardiivi dyskinesia, vahvaan lääkevaikutukseen liittyvä usein parantumaton oireyhtymä, josta kärsivillä potilailla kasvojen ja kaulan alueen lihakset vääntyivät rytmisesti pakkoasentoihin. Kieli saattoi työntyä jatkuvasti ulos suusta, hampaat kuluivat tai kirskuivat jatkuvasta puremisesta, sylki valui nielemisvaikeuden vuoksi ja kasvojen ilme vääntyi irvistyksen. Oireyhtymään liittyi suhteellisen usein oiretiedostamattomuus, ts. potilaat eivät aina itse osanneet kärsiä sivullisen mielestä usein jopa kammottavan näköisistä motorisista oireista, mikä saattoi olla armeliasta. Parantavaa hoitoa tähän vaivaan ei ollut, ja vasta moderni psykoosilääkehoito on lähes hävittänyt tämän aikoinaan kovin tavallisen neurologisen sairauden melisairaaloista.

Erilaisia tuttuja ja tuntemattomia kehityksellisiä oireyhtymiä sairaalassa tuntui olevan suhteellisen paljon. Mieleen painunein oli ns. jakautuneen potilaan tapaus. Hänellä oli aivojen keskiviivassa ylimääräinen jakautunut aivokammio (cavum septi pellucidi), sydämen keskiviivan kehityshäiriönä mm. kammioväliseinän aukko – ja jakomielitauti. Uunituoreella geneettisellä tutkimusmenetelmällä saimme osoitettua häiriön syyksi ns. Catch-22-oireyhtymän, jonka liittymisestä psykiatriseen oireiluun onnistuimme dosentti Eero Elomaan kanssa julkaisemaan tapausselostuksen hyvässä ulkomaisessa lehdessä. Ylilääkäri Raitasuon kanssa julkaisimme vastaavasti uusien neuroleptien käyttöön liittyvän tapausselostuksen, jossa kuvattiin aluksi suhteellisen vaarattomana pidetyllä ensimmäisellä käyttöön tulleella neuroleptilla (risperidonilla) aikaansaatu pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymä. Potilaalle kehittyi hengenvaarallinen, korkean

kuumeen, lihasjäykkyyden ja sekavuuden luonnehtima oireisto uuden lääkkeen käyttöön liittyen.

Epilepsiaan liittyviä ongelmia sairaalapotilailla on ja oli paljon. Vanhojen lääkkeiden käyttöön liittyi myös harvinaisia lihashalvauksiin johtavia monihermotulehduksia, joita Kellokoskella totesin muutaman. Viitisentoista vuotta sitten tietoisuus lievistä autismikirjon häiriöistä (Aspergerin oireyhtymästä) ja tarkkaavuushäiriöstä (ADHD) potilailla alkoi levitä Suomessa muidenkin kuin lastenlääkäreiden keskuudessa. Alkuun kiisteltiin siitä, kuuluuko näiden oireiden diagnostiikka ja hoito nuorilla ja aikuisilla neurologian vaiko psykiatrian vastuulle. Hyvinkään sairaanhoitoalueella diagnostiikka haluttiin ottaa Kellokoskelle. Muistisairaudet, aivoammat, Parkinsonin tauti ja monet muut neurologiset sairaudet työllistivät ja työllistävät edelleen psykiatrian parissa työskentelevää neurologia.

Konsultaatioita kertyi, mutta yksinään niillä ei työpäivä olisi täyttynyt, vaikka muutaman vuoden kävin myös Kiljavan sairaalassa neurologikon-sulttina yleisneurologisten taitojeni säilyttämiseksi. Keskeinen tehtäväni oli geropsykiatrisen osasto 22:n hoitaminen yhdessä tavattoman edistykse-lisesti hoitotyöstä ja vanhuspsykiatriasta ajatelleen osastonhoitaja Sanni-Marja Salmen kanssa. Sanni oli käytännössä ollut vahvasti suunnittelemassa ja toteuttamassa nykypsykiatriassa kovin ajankohtaista sairaansijojen vähentämistä. Paljolti hänen ansiostaan oli voitu luopua kahdesta geropsykiatrisesta sairaalaosastosta niin, että Kellokoskelle jäi vain aktiivinen tutkimus- ja hoito-osasto perinteisten pitkäaikaisosastojen potilaiden siirtyessä tarkoituksenmukaisesti perustasolla hoidettaviksi. Perustimme yhdessä geropsykiatrisen poliklinikan, johon neuropsykiatrinen poliklinikkatoiminta sittemmin liitettiin. Myös hoitotyön uudistajana Sanni oli vahva, tehtäväkeskeisyydestä potilaskeskeisyyteen toimintaa kehittävä johtaja.

Kellokosken neuropsykiatrian kannalta merkittävä asia oli Ohkolan sairaalan lakkauttaminen ja vaikeimmin sairaiden potilaiden siirtyminen Kellokosken sairaalaan osastolle 21. Potilaiden joukossa oli mm. aivoam-mojen ja aivotulehdusten jälkitiloista ja kehityksellisten häiriöiden neuropsykiatrisista oireista kärsiviä henkilöitä. Osastolle oli hoitohenkilökunnalle kehittynyt aivan omanlaisensa kyky hoitaa vaikeimmin aivosai-raitia psykiatrisia potilaita, eikä olekaan ihme, että osasto 21:lle on vuosien mittaan kehittynyt tärkeä rooli koko HUS-alueen ainoana vaikeasti neuropsykiatrisesti oireilevien henkilöiden tutkimus- ja hoito-osastona.

Alkuvaiheen mukavat työkaverit, hyvä ilmapiiri ja värikäs työnku-va saivat minut kiintymään Kellokoskeen niin, että edes hallinnollisten tehtävien lisääntyminen ja klinikon roolin vähentyminen eivät ole saa-neet minua työpaikkaa vaihtamaan. Uusissa tehtävissä näitä muutoksia on helpottanut toisella tavalla mielenkiintoinen työ, ja myös johtamiseen liittyvissä asioissa on ollut yllättävän paljon apua kokemuksistani neurologina. Neurologian leimaaman työvaiheeni jälkeen siirryin Grigori Joffen yhdessä Raija Kontion aloittaman voimakkaan kehitysvaiheen jälkeen lop-pulta kokonaan Kartanon hallintokerrokseen, jossa olen viihtynyt mm. lä-heisten (monien tähänkin kirjaan kirjoittaneiden) työtovereiden ansiosta. Mielisairaalaneurologin työ on kuitenkin niin mielenkiintoista, että aivan kokonaan en siitä koskaan luovu.

POIMINTOJA TYÖURALTANI KELLOKOSKEN SAIRAALASSA

RAIJA KONTIO
tulosyksikön varajohtaja,
ylihoitaja, TtT



Minulla on ollut ilo ja kunnia työskennellä 21 vuotta Kellokosken sairaalassa mielenkiintoisten ihmisten kanssa kauniissa ja terapeutteisessä ympäristössä. Olen työskennellyt osastonhoitajana, ylihoitajana ja tulosyksikön varajohtajana. Näissä tehtävissä olen voinut toteuttaa, johtaa, kehittää ja tutkia hoitotyötä ja mielenterveystyötä. Kirjoituksessani luon katsauksen omaan työuraani Kellokoskella.

PITKÄAIKAISPSYKIATRIAN KUNTOUTUSOSASTON 12 OSASTONHOITAJAKSI 1993. Kesäkuussa 1993 ylihoitaja Airi Anttila, vs. ylihoitaja Marketta Pohjanheimo, johtava ylihoitaja Pirkko Kulmala ja tulosyksikön johtaja, ylilääkäri Ilkka Taipale valitsivat minut osastonhoitajan virkaan silloiselle pitkäaikaispsykiatrian kuntoutusosastolle 12. Olin vastavalmistunut maisteri ja kävin työurani tärkeimmän oppikoulun läpi kokeneiden ja osavien työtovereiden opastamana. Työtoverini, pitkänlinjan mielenterveyshoitaja totesi minulle ensimmäisessä iltavuorossa: ”Sinulla nuori maisteri on kirjaviisautta ja meillä mielenterveyshoitajilla on kokemusta.” En siinä sen enempää kysellyt lauseen tarkoitusta. Olin toki tietoinen, että nuoren maisterin valinta osastonhoitajaksi oli herättänyt hämmästelyä siitä, miten tämä mahtaa arjesta selvitä. Vastasin siihen silloisella ponnteuudellani: ”Aivan, ja molempia tarvitaan tässä työssä. Olemme siis täydellinen tiimi.”

Nyt 21 vuotta tuon iltavuoron jälkeen voin todeta, että kokeneen mielenterveyshoitajan ja tuoreen osastonhoitajan ensimmäinen spontaani keskustelu sisälsi jotain oleellista. Tänä päivänä emme enää puhu kirjaviisauksesta, vaan korostamme näyttöä – eli tutkimukseen perustuva tieto on otettava käyttöön hoitotyön arjessa. Jotta näyttö eläisi ja jalostuisi arjessa, tarvitaan koke-

neita ja osaavia henkilöitä juurruttamaan tätä tietoa hoitotyön arkeen – potilaiden ja henkilöstön hyväksi.

Silloisella osastolla 12 oli 12 potilasta, jotka olivat olleet pitkään sairaalassa, osa jopa 30 vuotta. Osaston henkilöstörakenne muodostui osastonhoitajasta, yhdestä sairaanhoitajasta ja seitsemästä mielenterveyshoitajasta, kahdesta laitosapulaisesta ja osa-aikaisesta osastonsihteeristä. Muut ammattiryhmät, lääkäri ja erityistyöntekijät, kävivät osastolla yksi tai kaksi kertaa viikossa. Ylihoitaja ja ylilääkäri tukivat työtämme lempeän määrätietoisesti. Saimme tehdä työtä itsenäisesti ja luovasti osastolla, mikä loi yritteliäisyyttä, hyvää työilmapiiriä ja me-henkeä.

Jo vuosikymmeniä toimineet hyvät hoitotyön käytännöt olivat käytössä osastolla. Jokaiselle potilaalle oli nimetty omahoitaja, joka koordinoi potilaan hoidon ja piti kaikki langat käsissä – yhteydet omaisiin ja muihin verkostoihin sekä potilaan hoidossa tarvittaviin ammattiryhmiin. Omahoitajuudessa kiteytyi kaksi vanhaa viisautta: parasta ihmiselle on toinen ihminen, ja ihminen on tärkein työväline hoitotyössä. Omahoitajuudessa, hoitosuhteessa näkyi ihmissuhdetyön ydinajatus – ihmiseltä ihmiselle. Kuten ylihoitaja Lyly Kinnunen kirjoitti jo vuonna 1938, sielullisesti sairaiden hoito on kenties vaativin erikoisala, minkä sairaanhoitaja voi elämäntehtäväkseen valita, mutta onnistuminen tässä työssä voi tuottaa tekijälleen mitä suurinta tyydytystä.

Yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyi potilaan yksilöllisen ja perhekeskeisen hoidon lisäksi erilaiset ryhmät, työtoiminnot, toimintaterapia sekä virkistystoiminta. Osastolla noudatettiin terapeuttisen yhteisön periaatteita. Asioista keskusteltiin säännöllisesti aamu- ja yhteisökokouksissa ja yhteisistä asioista tehtiin päätöksiä. Jokaiselle henkilölle oli vastuutehtäviä ja tärkeä paikka yhteisössä. Ilmapiiri pyrittiin luomaan turvalliseksi ja osasto oli kodikas. Osastolla satsattiin määrätietoisesti potilaan elämänlaadun kysymyksiin. Pyrittiin järjestämään mielekäs päivä, että elämä olisi elämisen arvoista. Toiminnallinen kuntoutus oli merkittävässä roolissa tarjoamaan monipuolista ohjelmaa ja tekemistä potilaille. Nämä kuntoutukselliset asiat tapahtuivat pitkälti sairaalan sisällä. Tosin rohkenimme tehdä useita reissuja myös sairaalan ulkopuolelle. Oli hauskoja Sahajärvi-matkoja ja laivaristeilyjä sekä ikimuistoisa Visbyn-reissu. Näille reissuille matkustettiin koko osaston porukalla. Tällaiset laumatapahtumat eivät enää ole nykyajan kuntoutusideologian mukaisia. Monet mukavat kuntouttavat reissut järjestyi aktiivisen ja potilaslähtöisen ylilääkäri Ilkka Taipaleen yhteyksien kautta ja hänen rohkaisemanaan.

Skitsofrenia-projektin tuloksena 1990-luvulla kuntoutusajattelu osastolta ulospäin yhteiskuntaan levisi voimakkaasti myös Kellokosken pitkäaikaisosastoille ja potilaita kuntoutettiin nopeasti ja pääasiassa onnistunein tuloksin omiin kotikuntiinsa. Samaan aikaan tapahtui myös naapurissa sijaitsevan Ohkolan sairaalan alasajo. Palasin äitiyslomalta töihin tammikuussa 1996, jolloin ylilääkäri Raimo Väisänen ja ylihoitaja Aino Mäkeläinen kertoivat ylilääkäriin kierrolla, että potilaat kuntoutetaan osastolta eteenpäin ja osasto lopetetaan kahden kuukauden kuluttua. Muistan hyvin, ettei ollut ihan helppo omaakaan ajatusratasta kääntää näin nopeasti ja samalla selittää tämä kuntoutuksen mielekkyys potilail-

le, jotka luonnollisesti alkuun vastustivat osastolta, ”omasta kodistaan” lähtemistä. Joka tapauksessa nuoria ja keski-ikäisiä potilaita kuntoutui eteenpäin, ja he ovat pärjänneet avohoidon tuen turvin. Olen nähnyt vuosien varrella näitä kuntoutujia kaupassa, uimahallissa, kirjastossa, ja on ollut mukava kuulla heidän pärjäämisestään.

1990- ja 2000-luvun taitteessa oli tyypillistä hyvin nopeat osastojen alasajot, joita selitettiin taloustilanteella ja kuntatilausvaihteluilla sekä toki myös potilaiden kuntoutumisella ja avohoitokeskeisellä hoitomallilla. Vastaavasti osastoja myös perustettiin uudelleen yhtä nopealla tahdilla. Esimerkiksi tuolloin 1996 kun alasajoimme pitkäaikaisosaston 12 parissa kuukaudessa, niin samantien olikin tarpeen Vantaan lisääntyneen tilauksen vuoksi perustaa akuuttiosasto 12 maaliskuussa 1996. Osastoa ei tarvinnut sen enempää suunnitella tai tehdä opintokäyntejä, vaan osasto laitettiin pystyyn pitkäaikaisosaston henkilöstöllä, ja muutama uusi osaja rekrytoitiin vastaanotto-osastolta. Henkilöstöä lisättiin sitten vuosien varrella pikkuhiljaa tarpeen mukaan. Nyt kun kansallisella ja HUS-tasolla vähennämme sairaansijoja runsaasti ja fuusioimme tai lopetamme osastoja nopealla aikajänteellä, muistuu mieleeni 1990–2000-luvun nopeat käänteet osastotilanteissa.

Mitä itse opin tuona aikana potilailta ja henkilöstöltä tällä pitkäaikaisosastolla? Muistan kirkkaasti tuolta ajalta, mitä hoitotyössä tarkoittaa toista ihmistä kunnioittava kohtaaminen, vuorovaikutus ja läsnäolo. Ja muistan tarkasti ne ihmiset, jotka tämän toteuttivat. Arkisista asioista ja pienistäkin edistymisistä iloitseminen yhdessä yhteisön jäsenten kanssa oli merkittävää. Isoja asioita oli kuntoutujien eteneminen kotiin asti sekä osaston lopettaminen yhdessä myönteisellä fiiliksellä, vaikka itselläkin oli tippa silmässä, kun piti luopua tärkeistä ihmisistä. Muistan lämmöllä tuota aikaa ja sitä, kuinka paljon opin ihmisen auttamisesta, osallisuudesta, psykiatrisesta hoitotyöstä, yhteistyöstä ja yhteisöllisyydestä sekä moniammatillisesta työskentelystä.

YLIHOITAJAKSI 1999 JA VARAJOHTAJAKSI 2002. Maaliskuussa 1999 sain mieluisan puhelun työmaalta hoitovapaani aikana. Ylihoitaja Aino Mäkeläinen kutsui minut ylihoitajan tehtävään ylihoitajien Airi Anttilan ja Raija Turusen eläköityessä. Olin hyvin tyytyväinen tästä mahdollisuudesta ja riensin riemuiten ylihoitajan työhön huhtikuussa 1999. Minulla oli erinomaiset puitteet perehtyä ylihoitajan työhön ja hoitotyön johtamishaasteisiin kokeneiden ja osaavien kollegojen Aino Mäkeläisen ja Anna Riitta Jyrkisen rinnalla. Johtoajatukseksi ylihoitajan työssä oli, että ollaan yksiköiden käytettävissä ja tuetaan hyvää hoitotyötä – potilaiden hoitoa ja henkilöstön työssä jaksamista. Ylihoitajien työalueet olivat varsin kohtuulliset, 150–200 työntekijää/ylihoitaja. Kokouksia ja työryhmiä oli vain pieni osa nykyisistä määristä. Ajankäyttöä kuvaa se, että jokaisessa yksikössään ehti käydä joka viikko ja osastonhoitajia tavattiin viikoittain. Silloin ei mielenterveystyössä puhuttu Leanista, mutta jotain sen elementtejä oli jo käytössä sekä potilaan että kustannustehokkuuden näkökulmista. Uusia yksiköjä perustettiin: nuorisopsykiatrian vastaanotto-osasto, oikeuspsykiatrian vastuualue kokonaisuudessaan sekä monia

avohoidon yksikköjä. Omat kollegat, ylihoitajat ja osastonhoitajat olivat tärkeitä työtovereita, joiden kanssa ratkottiin kaikki hoitotyön kysymykset. Hoitotyö ei ole koskaan elänyt irrallaan muista ammattiryhmistä, vaan on tehty hyvää moniammatillista yhteistyötä – hoitajat, lääkärit ja erityistyöntekijät sekä muut ryhmät keskenään.

Merkittävä uudistusten ja modernin psykiatrian aikakausi Kellokoskella alkoi vuonna 2002 Grigori Joffen johtajuuskaudella, jolloin avohoitoreformin siivittämänä purettiin laitoshoidon ja siirryttiin avohoitopainotteiseen palvelujärjestelmään. Näiden muutosten myötä oltiin valmiita vuonna 2007 prosessiorganisaatioon, jossa vastualueet muodostuivat potilasryhmäkohtaisesti diagnooseittain, ikäryhmittäin tai palvelutarpeen mukaisesti. Tänä aikana uudistettiin myös johtamisrakenteita ja sisältöjä sekä työnjakoa eri ammattiryhmien kesken. Henkilöstön osaamista kehitettiin uusien haasteiden suuntaisesti, mm. informaatioteknologiaa hyödyntäen niin potilashoidossa kuin henkilöstön koulutuksessa.

Siirryin tulossyksikön varajohtajaksi marraskuussa 2002, jolloin sain lisääntyvästi vastuuta tulossyksikötason valmistelutehtävistä, joihin sisältyi mm. talousarvio, tuloskortti-toimintasuunnitelma, investoinnit ja tilaohjelmat sekä strategiset kehittämistehtävät. Tämä järjestely herätti ensin ihmettelyä, koska oli poikkeuksellista Suomessa, että ylihoitaja toimii tulossyksikön varajohtajana. Tosin Pohjois-Pohjanmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä on ollut käytössä vastaavat järjestelyt. Tämä johtamisjärjestely mahdollisti kumppanuusjohtamisen lääketieteen ja hoitotyön johtajien välillä erinomaisesti niin tulossyksikkö-, vastualue- kuin vastuuyksikkötasolla. Prosessiorganisaatioon siirtyminen ja sen mahdollistama aito kumppanuusjohtaminen ovat olleet parhaita uudistuksia työurani aikana niin potilashoidon kuin johtamisen näkökulmista tarkasteltuna. Seuraava merkittävä parannus johtamisessa on ollut, kun kokemusasiantuntijat tulivat mukaan johtoryhmätyöskentelyyn ja muuhun kehittämistyöhön ammattilaisten rinnalle.

Olen osallistunut psykiatrian johtoryhmätyöskentelyyn kolmen johtajan (Raimo Väisänen, Grigori Joffe ja Risto Vataja) aikakaudella. Työskentely on ollut hyvin rakentavaa ja hedelmällistä ja arvostan suuresti näiden johtajien työtä ja aikaansaannoksia. Johtoryhmä on aina toiminut tulossyksikön tärkeänä selkärankana ja asialistalle on voinut turvallisesti esittää niin isot kuin pienetkin tärkeät psykiatrian asiat.

Kellokoskella on vahvat juuret kansainvälisessä toiminnassa, joten halukkailla on ollut mahdollisuus osallistua moniin kansainvälisiin hankkeisiin sekä ottaa vastaan ulkomaisia vieraita ja käydä tutustumassa eri maissa. Olen osallistunut neljään EU-hankkeeseen, Suomi–Japani- ja Suomi–Kiina- sekä pohjoismaiseen yhteistyöhön. Oma väitöskirjani vuonna 2011 liittyi kuuden EU-maan yhteistyöhankkeeseen, jossa kehitimme verkkokurssin (ePsychNurse.Net) mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Kansainvälinen työ on avartanut näkemystäni eri maiden hoitomenetelmistä ja rohkaissut kehittämistyöhön.

Miksi itse olen halunnut luoda työurani ja viihtynyt juuri Kellokoskella? Tämä on sekä sattumaa, rakkauden johdatusta että määrätietoista ponnistelua. Raimo-aviomieheni on syypää siihen, että alun perin tulinkin hänen

perässään Etelä-Suomeen ja Kellokoskelle. Hän asui vuonna 1993 Helsingissä ja minä Kangasalla, kun molemmilla oli vahva tahtotila yhteen muuttamiseen. Niinpä hän katsoi minulle lehdestä sopivan työpaikan, jota haakea. Ja sillä tiellä olen. Kellokoski on tarjonnut monipuoliset urakehitysmahdollisuudet monille työntekijöilleen – niin myös minulle. Työnkuvani on ollut monipuolinen ja urakehitysmahdollisuuteni erinomaiset. Minulla on ollut mahdollisuus tehdä johtamis-, tutkimus- ja kehittämistyötä sekä osallistua kansainvälisiin ja kansallisiin hankkeisiin. Elämä ei tietenkään ole vain urapolulla taapertamista, vaan Kellokosken me-henki, positiivinen ilmapiiri, yhteisöllisyys, erinomaiset johtajat ja ylipäättään mukavat ihmiset ovat ne tekijät, jotka saa ihmisen viihtymään ja tekemään parhaansa.

Elämme parhaillaan vaihetta, jossa jaamme Kellokosken toiminnan kahtia: kolmannes Hyvinkään sairaanhoitoalueelle ja 2/3 osa Hyks Psykiatriaan. Jaamme yksiköitä, henkilöstöä sekä tiloja ja muuta maallista tuon jakokulman mukaan. Organisaatiomuutosten edessä olen hyvin ylpeä kellokoskelaisesta työtaustastani ja ajattelen, että asiat hoituvat hyvällä yhteistyöllä, mihin olemme Kellokoskella tottuneet. Varoitan teitä hyvät tulevat työtoverit, että saatte vielä pitkään kuunnella, miten ”meillä Kellokoskella asia hoidettiin näin hienosti.” Ja jos joku kertoo uudesta työmenetelmästä, totean, ”meillä Kellokoskella se keksittiin jo vuonna 1935.” Niin, meillä kaikilla on omat työjuuremme. Itse halusin kertoa omistani kiitollisena kaikille entisille ja nykyisille työtovereilleni sekä monille potilaille ja omaisille, joita minulla on ollut ilo ja kunnia tavata näinä vuosina.

IMPILINNASTA KARTANOON – MUISTOJA KELLOKOSKESTA YLI KAHDEN VUOSIKYMMENEN AJALTA

MARITTA VÄLIMÄKI
professori ja ylihoitaja.
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos ja Turun yliopistollinen sairaala



Saavuin ensimmäisen kerran Kellokosken sairaalaan liftaten Lahden diakonissalaitoksen opiskelijana vuonna 1983. Näköpiiriini tulivat ensimmäisenä vaikuttavat rakennukset ja vihreä ympäristö. Maisema teki nuoreen sairaanhoidon opiskelijaan vaikutuksen. Edessäni oli psykiatrisen hoitotyön ja mielenterveystyön harjoittelujakso Kellokosken sairaalassa. Sain yöpyä opiskelijana Impilinnassa, ”hoitajattarien” asuntolarakennuksessa. Opiskelijan vastaanotto Kellokoskelle oli ystävällistä ja huomaavaista.

Harjoittelujakso tuntui opiskelijasta haasteelliselta ja vastuulliselta. Kaikki vaikuttivat olevan asiantuntijoita. Kellokoskella oli tärkeää, että jokaisella potilaalla on omahoitaja. Osallistuin hoitosuunnitelmakokouksiin. Kokouksissa käytetyt sanat olivat vieraita ja hienostuneita. Opiskelijana tuntui, että yksinkertaisetkin arkipäivän asiat piti esittää ylevästi. Mielessäni kävi pelko: ”Mitä jos en ymmärrä tästä touhusta yhtään mitään?” Hoitosuunnitelmakokouksen jälkeen potilas kutsuttiin keskustelemaan ja kuuntelemaan hoitosuunnitelman sisällöstä. Tämä oli potilaille uutta ja vaikeaa. Kuntouttava työote oli tullut 80-luvun alussa psykiatrisiin sairaaloihin.

Hoitotyön identiteetti on aina elänyt Kellokoskella vahvana. Kuulin harjoittelujaksoni aikana, että oppilaiden ohjauksesta aiemmin vastannut Anna Riitta Jyrkinen oli opiskelemassa maisterin tutkintoa. Asiasta kerrottiin suurella ylpeydellä, koska Jyrkisen tavoitteena oli tehdä opinnäytetyö Kellokosken entisestä ylihoitajasta Anna Pakalénista. Opiskelija sai vaikutelman, että koulutusta arvostettiin Kellokosken sairaalassa ammattiryhmästä riippumatta. Erityisenä ansiona kuvattiin se, että Jyrkinen teki tutkimusta. Sittemmin minulla oli ilo saada kyseinen raportti luettavakseni osana Kellokosken julkaisusarjaa.

Minulla oli myös kunnia toimia vuonna 2005 Jyrkisen vastaväittäjänä hänen väitöskirjassaan ”Mielisairaanhoidon Kellokosken piirimielisairashoitolaissa vuosina 1915–1918”.

Nuorelle opiskelijalle psykiatrisen hoitotyön olemus taisi jäädä harjoittelujaksolla vieraaaksi, mutta päällimmäiseksi jäi lämmin tunne ihmisen inhimillisestä kohtaamisesta. Harjoittelujakso herätti monia kysymyksiä, jotka kaipasivat edelleen vastauksia kuten: ”Mikä hoitotyössä auttaa?” tai ”Millä tavalla potilaat saadaan aidosti mukaan hoidon suunnitteluun?”. Ehkä lukuisat kysymykset ajoivat minut valitsemaan psykiatrisen hoitotyön erikoistumisvaihtoehdoksi heti sairaanhoitajaksi valmistumiseni jälkeen.

Seuraava kontakti Kellokosken sairaalaan oli koulutussuunnittelija Heljä Nenosen yhteydenotto 1990-luvun alussa. Hän esitti pyynnön tulla luennoimaan psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelevän pro gradu -tutkimukseni tuloksista. Kellokosken sairaala oli aktiivisesti järjestämässä hoitotieteen opintoja avoimessa korkeakoulussa Hyvinkään alueella. Luento ei aiheuttanut suurta läpimurtoa. Seuraava yhteydenotto oli uudestaan koulutussuunnittelija Nenoselta 1990-luvun loppupuolella. Nenonen ehdotti luentoa tutkimusmenetelmistä. Kysymys oli mieluisa. Pitkään asiaa harkittuani kuitenkin totesin, että kertaluonteisilla luennoilla ei ole juurikaan vaikutusta oppimiseen tai muutosten aikaan saamiseksi henkilökunnan toiminnassa. Siksi ehdotin pidempää luentosarjaa, jonka rinnalla hoitajat voisivat harjoitella tutkimuksen tekemistä ja oppia tutkimustiedon hyödyntämistä käytännön hoitotyössä. Asiaan suhtauduttiin myönteisesti ja ylihoitaja Jyrkinen oli jälleen rohkaisemassa hoitajien osallisuutta hoitotyön kehittämisessä. Tästä lähti liikkeelle luentojen sarja, joka johti potilastyytyväisyyden kartoittamiseen. Kellokosken sairaala tuki hoitajia aktiivisesti heidän oppimisessaan. Sairaalaan järjestettiin Kartanoon oma työhuone hoitajille, joka oli heille merkittävä osoitus hoitotieteellisen tutkimuksen jalansijasta psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimusyhteistyö yhdisti käytännön hoitotyössä toimivat hoitajat ja nuoret hoitotieteen opiskelijat, jotka olivat kokeilun alkaessa opiskele-
massa eri yliopistoissa.

Yhteistyö Kellokosken sairaalan ja Turun yliopiston välillä laajeni entisestään 2000-luvun alkupuolella. Tämä mahdollistui Suomen Akatemian rahoituksella (2004–2009), jonka turvin Kellokosken sairaalassa kehitettiin ja otettiin käyttöön Mieli Net -sivusto. Tämä oli aikansa edelläkävijä Suomessa. Yhdessä kuntoutujien ja asiantuntijoiden kanssa kehitetty sivusto sisältää tietoa mielenterveydestä ja siihen liittyvistä häiriöistä skitsofreniaa ja skitsofreenistyyppisiä häiriöitä sairastaville potilasryhmille (F20–F29). Sivuston sisältämän tiedon avulla potilaan on mahdollista saada omaan sairauteensa, hoitoonsa ja hyvinvointiinsa liittyvää tietoa. Sivusto sisältää opetusohjelman potilaille. Nykyisin ohjelmaan on kehitetty hoitajien verkkokurssi potilasopetuksen toteutumisen varmistamiseksi.

Kellokosken sairaalalla oli merkittävä osa Mieli Net -sivuston testauksessa ja sen käyttöön liittyvien kysymysten ymmärtämiseksi. Sivuston käyttöönoton ja testauksen tuloksena syntyi viisi väitöskirjaa (Koivunen, Kuosmanen, Hätönen, Pitkänen, Anttila), useita pro gradu -töitä sekä lukemattomia suomalaisia ja kansainvälisiä tieteellisiä artikkeleita sekä

suullisia seminaari- ja konferenssiesityksiä. Nyttemmin Mieli Net -sivusto on saanut arvostetun kansainvälisen Hon-koodin osoituksena sivuston eettisyydestä ja korkeatasoisesta sisällöstä. Sivuston pohjalta kehitettiin yhdessä nuorten ja asiantuntijoiden kanssa DepisNet-sivusto nuorille samoin Suomen Akatemian rahoittamana.

Hyvien kokemusten rohkaisemana yhteistyö Kellokosken sairaalan kanssa laajeni useisiin eri kansallisiin ja kansainvälisiin hankkeisiin. Yhtenä esimerkkinä on Euroopan komission rahoittama ePsychNurseNet vuosina 2007–2009. Hankkeessa kehitettiin verkkokurssi haastavien asiakkaiden kohtaamiseen psykiatrisessa hoitotyössä. Hanke toteutettiin kuudessa Euroopan maassa. Kellokoski yhtenä hankepartnerina toimi verkkokurssin kehittämisen ja arviointipaikkana. Kurssi oli aikanaan ensimmäinen psykiatrisen hoitotyön alueen täydennyskoulutuskurssi, joka toteutettiin kokonaan verkossa. Hankkeen alkuvaiheen kokemukset – osin yrityksen ja erehdyksenkin kautta – antoivat arvokasta tietoa siitä, millä tavoin verkkokoulutusta voidaan toteuttaa täydennyskoulutuksena. ePsychNurseNet-hanke oli edelläkävijä myös kokemusasiantuntijoiden osallistumisessa hankkeisiin. Yksi keskeinen teema hankkeessa oli potilaslähtöisyyden kehittäminen. Tämä toteutui konkreettisesti siten, että järjestimme seminaareja eri maissa, joissa kokemusasiantuntijat esittivät näkemyksensä käsiteltävänä oleviin aiheisiin. Kokemusasiantuntijoiden kuuleminen lähes vuosikymmen sitten avasi toivoni mukaan monien hankkeessa toimivien hoitajien ja tutkijoiden silmiä ymmärtämään potilaiden maailmaa. Nykyisin verkkokurssillamme toimii kokemusasiantuntijoita, jotka toimivat tutoreina hoitajien verkkokeskustelussa. Idea potilaslähtöisyydestä elää edelleen useissa HUS:in ja Kellokosken alueilla etenevissä pakon vähentämiseen tähtäävissä hankkeissa.

Tänä päivänä verkkokurssillamme on koulutettu yli 600 hoitajaa pohtimaan omaa ja työyksikkönsä toimintaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi. Verkkokurssina toteutettavasta täydennyskoulutuksesta ja pakon käytöstä on valmistunut kaksi väitöskirjaa (Kontio, Lahti) ja useita pro gradu -töitä. Hanke laajentui vuonna 2010. Euroopan komission rahoituksella luotiin arviointikriteerit verkkokoulutuksen laadun arviointiin. Myös potilaan rajoittamiseen liittyvät tutkimusteemat ovat eläneet voimakkaasti Kellokosken arjessa ja aiheista on valmistunut väitöskirjoja (Soininen, Hottinen) ja pro gradu -töitä.

Ymmärrykseni pakon käytön vähentämiseen psykiatrisessa hoitotyössä syveni itsemääräämisoikeutta käsittelevässä väitöskirjassani jo 1990-vuoden lopussa. Lähes sadan potilaan kokemuksia eristämisen ja rajoittamiskäytännöistä ei voinut ohittaa. Heidän toiveensa asiantilan kehittämiseksi ovat vielä tänä päivänä realistisia. Teema oli lähes kaksi vuosikymmentä sitten uusi ja potilaan osallistumista hoitoonsa pidettiin epärealistisena. Nykyisin pakon käytön vähentäminen on kansallisena tavoitteena Suomessa ja aiheen merkitys on kiistaton. Hoitotyössä etsitään nyt konkreettisia keinoja potilaan aggressiivisuuden ennakointiin ja sitä myötä pakon käytön vähenemiseen osastoilla. Toisaalta organisaatioissa saatetaan toivoa avuksi ”temppejuja”, joita voidaan käyttää arjessa ilman suurempaa asiaan panostusta. Toiminnan kehittymiseksi tarvitaan

kokonaisvaltaista uudistumista sekä asenteiden kehittymistä potilasta ja omaista kunnioittavaan suuntaan. Moniammatillinen yhteistyö Kellokoskella on osoittanut, miten tärkeää on luottamuksellisten suhteiden syntyminen eri osapuolten välillä. Konkreettiset esimerkit ovat todistaneet, että potilailla on paljon annettavaa hoitotyön kehittämiseen, kunhan heidän ääntään pysähdytään kuuntelemaan.

Kokemus potilaiden aidosta osallistumisesta toiminnan kehittämiseen mahdollistui Työsuojelurahaston hankkeessa (2010–2102). Tavoitteena oli tukea psykiatrisilla sairaalaoastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon laatua. Hankkeessa pyrittiin kehittämään näyttöön perustuva työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen. Tätä varten mm. kerättiin tutkimustietoa väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen kehitetyistä menetelmistä sekä riskien hallintaan tarkoitetuista mittareista. Aineisto koostui ryhmähaastatteluilta, väkivalta- ja vaaratilanneilmoitusten analyysistä, seminaareista, osastokokouksista sekä uuden menetelmän suunnittelusta ja toteutuksesta. Uutena työmuotona otettiin käyttöön halpa menetelmä: kuunneltiin potilaiden ja omaisten toiveita hoidosta, suunniteltiin toimintaa yhdessä potilaiden kanssa ja pyydettiin palautteita toiminnan toteutumisesta. Tällä tavalla osastoilla saatiin aikaan muutoksia, joilla luotiin potilaslähtöisyyttä tukevia hoitoympäristöjä. Hanke osoitti, että näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen on mahdollista. On tärkeä kuunnella potilaiden ääntä: potilaiden ehdotuksesta on mahdollista kehittää osaston tiloja, lisätä hoitohenkilökunnan viettämää aikaa potilaiden kanssa, tuottaa uusia virikemahdollisuuksia sekä arvioida väkivaltariskiä.

Potilaan ja omaisten osallisuutta hoidossa on mahdollista ja välttämätöntä lisätä. Tämä edellyttää kuitenkin toiminnan jatkuvaa seuranta ja arviointia sekä johdon voimakasta sitoutumista potilaslähtöiseen toimintaan. Tähän on Kellokosken sairaalassa hyvät edellytykset. Osoituksena on Raija Kontion valitseminen vuoden 2014 vuoden Tehyläiseksi esimieheksi, joka kuuntelee henkilökuntaa vaikeissakin tilanteissa.

Olen tässä kirjoituksessa tuonut esiin joitakin muistoja ja liittymäkoh-
tia Kellokosken sairaalaan yli kahden vuosikymmenen ajalta. Joku saattaa kysyä, miten olen vaikuttanut Kellokosken sairaalaan. Minä olen sitä mieltä, että Kellokosken sairaala on vaikuttanut minuun tutkijana, opettajana, professorina, äitinä, ihmisenä. Kellokosken sairaala on opettanut minulle, että hoitotyö on ennen kaikkea ihmisten kohtaamista eikä siihen tarvita liikaa byrokratiaa väliin.

HOITOMENETELMIÄ ENNEN PSYKOOSILÄÄKKEIDEN KÄYTTÖÄ

TIMO LAAKSONEN
koulutussuunnittelija
RISTO VATAJA
psykiatrian tulosyksikön
johtaja



Mielisairauksien puhtaasti lääketieteellisiin keinoihin perustuvien hoitomenetelmien kehittymistä hidasti se, että pitkään uskottiin, että mielisairauksia, nimenomaan skitsofreniaa ei voida millään terapialla parantaa. 1920-luvulla kehitetty malariahoito osoitti kuitenkin sen, että mielisairautta voidaan parantaa, ei pelkästään lieventää kärsimyksiä. 1930-luvulta lähtien aina neuroleptien tuloon asti kehitettiin erilaisia hoitomenetelmiä, joiden uskottiin joko parantavan tai ainakin lieventävän potilaan kärsimyksiä. Näistä hoitomuodoista keskeisimmät olivat malariahoidon lisäksi insuliinihoito, sähköshokkihoito ja lobotomialeikkaukset.

KYLPI- JA KIEDEHOIDOT. Kylpy- ja kiedehoitoja on käytetty monissa mielisairaaloissa lähinnä potilaiden rauhoittamiseen. Lämmön nousua ja kuumetta pidettiin hyvänä merkinä, ja siksi potilasta yritettiin saada hikoilemaan peitteisiin kietomalla. Ensimmäisenä vesihoitolääkärinä pidettiin itävaltalaisesta Vinzenz Priessniziä (1799–1851), vaikka hänellä ei ollut minkäänlaista lääketieteellistä koulutusta. Vinzenz oli huomannut sairaiden elämien hakeutuvan veteen parantukseensa, ja siksi hän ajatteli tämän tehoavan ihmisiinkin. Suomen tunnetuin lähde oli aikoinaan Turussa Kupittaalla. Lähdettä käytettiin leprapotilaiden hoitoon. Lähdettä pidettiin pyhänä, ja siksi mielisairaiden potilaiden piti kylpeä lähteessä ennen kuin heidät lähetettiin Seilin saarelle, joka oli maamme ainoa mielisairaala 1840-luvulle asti. 1800-luvulla alettiin kiinnittää huomiota myös pitkäkestävien lämpimien kylpyjen rauhoittavasta vaikutuksesta psykiatrisessa hoidossa.

Kylpyhoito olikin sen jälkeen alan tärkein hoitomuoto aina 1930-luvulle asti. Pidennettyjen kylpyjen aikana hoitaja ei saanut koskaan poistua

kylpyhuoneesta, jossa oli myös yöhoitaja. Kylpyveden lämpö mitattiin usein, ja vedenlaskun jälkeen hanat oli suljettava huolellisesti. Vesihanojen avaimet säilytettiin potilaiden ulottumattomissa. Kylpyhoidossa oleville levottomille potilaille asennettiin ammeen päälle verkko, jotta saatiin heidät pysymään aloillaan.

Kiedehoitoa käytettiin lähinnä rauhoittavana ja unta antavana hoitona. Potilas ”kapaloitiin” tiukasti lakanamaiseen kankaaseen, joka tavallisesti kasteltiin. Kun kostea lakana lämpeni, se saattoi tuntua turvalliselta ja mukavaltakin, vaikka varmasti osa kieteillä sidotuista potilaista koki immobilisaation ahdistavana. Toisaalta jotkut potilaat saattoivat tulla kietettä itse pyytämään tuntiessaan levottomuutta tai kiihtymystä.

MALARIAHOITO. Psykiatri Julius Wagner-Jauregg löysi parannuskeinon neurosyfiliksen eli aivokupan aiheuttaman aivotulehduksen hoitoon vuonna 1917. Hoitomuodon nimi oli malariahoito. Wagner-Jaureggin tavoitteena oli aiheuttaa potilaalle malarian istuttamalla korkea kuume, joka tuhosi kuppaspirokeettoja. Näin sai alkunsa malariahoidon käyttäminen mielisairaanhoidossa. Ennen malariahoidon kehittämistä ajateltiin mielisairauksien olevan parantumattomia, kunnes huomattiin malariahoidon parantavan neurosyfiliksestä johtuvan psykoosin. Tämä lisäsi innostusta muidenkin uusien hoitomuotojen kehittämiseksi mielisairauksien hoitoon.

Malariaa sairastavasta potilaasta otettiin malariaplasmoidin infektoimaa verta, jota ruiskutettiin mielisairaahan lihakseen. Malariasairauden itäminen kesti 1–2 viikkoa. Malarian luonteeseen kuuluu jaksottainen kovan kuumeen nousu, ja lääkäri määritteli hoidon kannalta optimaalisen kuumejaksojen määrän mm. potilaan yleistilan ja psykiatrisen oireilun mukaan. Tavallisesti kahdeksannen kuumenousun jälkeen potilaalle annettiin kiniiniä, joka tuhosi malariaplasmoidit potilaan elimistöstä. Psykkisessä voinnissa huomattiin muutoksia usein jo kuumevaiheiden aikana, mutta potilaan vointi saattoi kohentua vielä viikkojenkin kuluttua kuumejaksojen jälkeen.

Sairauden itämisaikana potilas sai olla jalkeilla, mikäli hän ei ollut kovin levoton. Potilasta seurattiin tarkasti. Vilunväreet olivat merkki kuumeen noususta, ja potilas asetettiin vuodelepoon. Lämpö ja syke mitattiin usein, ja potilaan riittävästä ravinnosta ja nesteytyksestä pidettiin huolta. Potilas sai paljon hoivaa ja huolenpitoa. Kiniinin aloittamisen jälkeen potilaan kuumeilu päättyi yleensä parin vuorokauden sisällä. Kun potilas oli kokonaan kuumeeton, hän sai nousta jalkeille. Kiniinihoito kesti kokonaisuudessaan viisi viikkoa. Kellokosken sairaalassa malariahoitoa käytettiin 1930-luvulta 50-luvun puoliväliin saakka, jonka jälkeen penisilliini korvasi malariahoidon neurosyfiliksen hoidossa.

INSULIINIHOITO. Kellokosken sairaalassa insuliinihoidot aloitettiin vuonna 1936 ensimmäisenä Suomessa. Vaikka insuliinihoito luokitellaan kuuluvaksi psykiatrian mustaan menneisyyteen, sen tehokkuutta joidenkin skitsofrenian muotojen hoidossa on vaikea kieltää. Psykiatriassa raportoitiin insuliinikokeilujen tuoneen myönteisiä tuloksia masennuksen ja vieroitusoireiden hoidossa.

Insuliinihoidot aloitettiin Euroopassa 1920-luvulla. Menetelmän tarkoituksena oli saattaa potilas syvään hypoglykemiseen koomatilaan, jonka tunnusmerkkejä olivat korneaheijasteen sammuminen ja patologisen Babinski-refleksin ilmaantuminen. On selvää että tämän tyyppiseen hoitoon liittyi huomattavia riskejä. Kuolleisuus oli prosenttien luokkaa. Hoidon tehosta ei myöskään näin jälkiviisaasti arvioiden ole tieteellistä näyttöä. Joka tapauksessa insuliinia käytettiin psyykkisten sairauksien hoidon osana noin 20 vuoden ajan,

Insuliinihoito jaettiin neljään vaiheeseen: Ensimmäisessä vaiheessa pyrittiin löytämään potilaalle koomaan johtava insuliiniannos, joka insuliinisokkihoidon kehittäjän Manfred Sakelin mukaan vaihteli 15–450 kansainväliseen yksikköön. Pienin annoksin saattoi ensimmäinen vaihe kestää viikkoja.

Kooma-annoksen löytymisen jälkeen alkoi toinen vaihe, jolloin potilas saatettiin syvään koomatilaan 4–6 päivänä viikossa. Insuliinit annettiin yöllisen paaston jälkeen. Hoidon aikana potilaiden annettiin olla koomassa puolesta tunnista kahteen tuntiin, minkä jälkeen kooma lopetettiin antamalla nenämahaletkun kautta sokeriliuosta. Hoidon aikana potilaille annettiin myös atropiinia liman erityksen vähentämiseksi, millä vähennettiin keuhkokuumeen riskiä. Toinen vaihe päättyi psykoottisten oireiden hävityä. Mikäli vastetta ei saavutettu 30–40 koomatilalla, hoito keskeytettiin.

Kolmannen vaiheen kestoa ei tarkemmin määritelty, mutta sen tarkoituksena oli koomatilojen jatkaminen tulosten stabilisoimiseksi. Neljäs vaihe kesti noin viikon ja sinä aikana insuliinien anto lopetettiin vaiheittain.

Ilmari Kalpa julkaisi Duodecim-lehdessä vuonna 1947 tutkimustuloksiaan siitä, kuinka Pitkäniemen sairaalan ensimmäistä kertaa hoitoon otettujen skitsofreniaa sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika lyheni vuosina 1931–35 olleesta 9,5 kuukaudesta vain 3,6 kuukaudeksi vuosina 1938–44. Syynä lyhentyneeseen sairaalahoidon tarpeeseen Kalpa pitää vuonna 1937 Pitkäniemen sairaalassa aloitettuja insuliinisokkihoitoja. Muutos oli samansuuntainen myös Kellokoskella, sillä kun hoito otettiin käyttöön, ”terveenä uloskirjoitettujen” potilaiden määrä nousi vuodessa 41:stä 74:ään.

Potilaan saattaminen hypoglykemiseen koomatilaan oli hengenvaarallista ja edellytti potilaan jatkuvaa valvontaa. Insuliinihoidon aikana potilasta ei saanut jättää hetkeksikään yksin. Hoituhuoneessa oli yksi hoitaja kahta potilasta kohden ja heidän piti olla tehtävänsä perehtyneitä. Insuliinihoidon aikana potilaat olivat myös jatkuvasti lääkärin valvonnassa.

Toisinaan potilas saattoi olla hypoglykeemisen tilan kehittyessä niin levoton, että oli vaikea saada hänet pysymään vuoteessa, ja oli olemassa vaara, että potilas loukkaa itseään. Silloin oli turvallisinta käyttää lujaa kankaasta valmistettua leveää vyötä, jolla potilas kiinnitettiin vuoteeseen siksi, kunnes varsinainen kooma alkoi. Insuliinihoitoa annettiin pääasiassa skitsofreniaa sairastaville, mutta siitä oli myös hyötyä maanis-depressiivisessä mielisairaudessa.

Hoidosta hyötывivät eniten akuutisti sairaat potilaat, joille annettiin etusija hoitopotilaita valitessa. Myöskään pidempään sairastaneita ei saanut



1960-luvun potilashuone Keskitalossa.

unohtaa, sillä vaikka täydellinen parantuminen ei ollutkaan mahdollista, hoidon avulla saatiin usein vaikeimmat oireet häviämään tai lieventymään.

Vuonna 1938 Kellokosken sairaalassa 50 potilasta sai insuliinia, ja heistä 20 kotiutettiin hoidon jälkeen. Siihen aikaan pidettiin hoidon laiminlyöntinä, jos ei vastasairastuneelle annettu insuliinihoitoa. Sotavuosina insuliinihoitoa jouduttiin rajoittamaan sekä insuliini-, että sokeripulan vuoksi.

1950-luvulla yleistyi insuliini- ja sähköhoidon yhdistelmähoito. Lisäksi kehitettiin turvallisempi ns. pikkuinsuliinihoito, jossa potilas saatettiin

pienemmällä insuliiniannoksella kevyempään hypoglykeemiseen tilaan niin, että hän ei menettänyt tajuntaansa. Insuliinishokkihoidosta luopuminen tapahtui neuroleptien tullessa markkinoille 1950-luvun puolessa välissä.

Insuliinihoidon parantavaa mekanisme ei tunneta vielä tänä päivänäkään. On arveltu, että insuliinihoidon teho olisi perustunut kenties muuttuneeseen aineenvaihduntaan tai sitten siihen, että kyseiset potilaat saivat hoitojen aikana runsaasti hoivaa ja huolenpitoa. Ylihoitaja Lyyli Kinnusen mukaan potilaat osallistuivat mielellään insuliinihoitoon, koska tunsivat virkistyvänsä hoidon vaikutuksesta. Psykoterapeuttinen käsittely hoidon yhteydessä oli erittäin tärkeää. ”Insuliinihoito ikään kuin pehmitti potilaan sielullisesti, pingottuneisuus laukesi ja skitsofreeninen olemus haihtui. Potilas muuttuu luonnolliseksi ja häntä oli helpompi lähestyä.”

SÄHKÖSOKKIHOITO. Kouristushoitosten historia alkoi kliinisistä havainnoista. Arveltiin grand mal -tyyppisten epileptisten kohtausten vaikuttavan suotuisasti joissakin mielisairauksiksi luokitelluissa tiloissa. Skitsofreniapotilaiden sokkihoitojen kehittämisen taustalla olivat havainnot siitä, että toisinaan toistuvat epileptiset kohtaukset näyttivät vähentävän potilaiden oireita. Syntyi jopa ajatus skitsofrenian ja epilepsian toisensa poissulkevasta vaikutuksesta. Alkuaikojen sähköskokkilaitteet olivat hyvin alkeellisia, niissä oli ajastin, jolla sähköiskun antoaikaa voitiin säätää. Iskujen antamiseen käytettiin tavallista vaihtovirtaa, ja ne olivat kestoaltaan yleensä 0,1–0,5 sekuntia. Jännite oli yleensä 70–130 voltia. Kuminauhapantaan kiinnitetyt elektrodit kiinnitettiin molemmiin puoliin ohimolle, ja kolmesta neljään kiinnipitäjää tuki potilaan lantiota, hartioita ja alaleukaa murtumien ja luksaatioiden estämiseksi. Alkuun sähköhoitoa annettiin erityisesti skitsofrenian hoitoon, mutta hyviä tuloksia saatiin erityisesti vaikeasti masentuneiden potilaiden hoidossa. Jos säädöt oli asetettu oikein ja sähköisku riitti kouristuskyynyksen ylitykseen, seurasi normaali grand mal -kohtausta muistuttava, mutta selvästi voimakkaampi toonisklooninen kouristus. Heikompi impulssi taas aiheutti lyhytkestoisien tajunnanmenetyksen ilman kouristelua. Liian lyhyt impulssi tai liian alhainen volttimäärä ei riittänyt potilaan tajunnan menetykseen vaan aiheutti kovan sähköiskun päässä. Tunne oli kammottava. Tajunnan säilyessä säilyi myös muisti, joten epäonnistuneet hoidot lienevät syynä sähkösokkihoitoon liittyviin pelkoihin ja kritiikkiin.

Hoitomuoto kehittyi jatkuvasti turvallisemmaksi ja paremmin siedetyksi. Tärkein keksintö oli lihasrelaksantin käyttöönotto vuonna 1949 luunmurtumien ehkäisyksi. Kurarerelaksaatioon liittyi kuitenkin kuolleisuuden lisääntyminen, ennen kuin turvallisempi sukkinylikoliini otettiin käyttöön. Toimenpiteestä mukavamman potilaille teki pentotaalinukutus, ja päitsien (elektrodien) asettaminen vain ei-dominantille puolelle päätettiin vähensi hoidon jälkeen kokemia muistihäiriöitä. Aluksi hoitomuotoa käytettiin vain skitsofreenikoille, joita suurin osa mielisairaalan asukeista olikin. Myöhemmin huomattiin hoidon olevan vain harvoin avuksi skitsofreenikoille. Vaikean masennustilan ja manian hoidossa siitä sen sijaan kehittyi nykyisessä muodossaan hyvin dokumentoitu ja hyväksytty hoito.



Paavali Alivirran omilla rahoillaan Tukholmasta hankkima sähkösokkilaite on vuodelta 1941.

Se annetaan anestesia­lääkärin valvossa anestesiassa, ja sydän- ja aivo­filmiä tarkkaillaan. Vaikean masennuksen hoidossa ei sähkösokkihoitoa kiistattomasti tehokkaampaa, nopeampaa ja turvallisempaa hoitomuotoa ole vielä keksitty.

Kellokosken sairaalassa sähkösokkihoito otettiin käyttöön vuonna 1941 ensimmäisenä Suomessa. Lääkäri Paavali Alivirta teki opintomatkan Ruotsiin. Hän kävi tutustumassa sähkösokkihoitoon ja osti omalla kustannuksella Kellokosken sairaalan ensimmäiset sähkösokkilaitteet.

Sähkösokkihoito täydensi ja toisaalta korvasi insuliinihoitoa huomattavasti edullisempänä ja vähemmän resursseja sitovana hoitona. Vuonna

1946 Kellokoskella alettiin käyttää myös ns. yhdistelmähoitoa, jossa potilas sai vuoronperään insuliinihoitoa ja sähköshokkihoitoa.

KESTOUNITERAPIA. Kestouniterapiaa käytettiin erilaisten psykiatristen oireiden hoitoon. Levottomat ja epävakaat, masentuneet, vaikeista ahdistuneisuus- tuskatiloista ja joskus päihderiippuvuudesta kärsivät potilaat olivat tyypillisiä kestounihoidolla hoidettuja potilasryhmiä. Hoidon aikana potilaille annettiin barbituraatteja, morfiinia ja skopolamiinia hie-man yleisanestesiasta tuttuun tapaan. Unen syvyyttä ja pituutta voitiin säädellä lääkeaineita ja annoksia vaihtelemalla. Narkoosivaihe kesti useita päiviä, joskus jopa viikkoja, ja antoi hoito-ohjeet potilaan saattamiseksi pitempiaikaiseen horrostilaan. Kestonarkoosissa olevaa potilasta valvottiin erityisen huolellisesti. Sydämensyke ja lämpö piti mitata määrääkoivoina koko hoidon ajan. Kestonarkoosin aikana tarkasteltiin myös potilaan unen syvyyttä, hengitystä, sydämen toimintaa ja koko yleistilaa. Riittävästä nesteytyksestä ja ravinnon saannista pidettiin huolta. Potilaan annettiin väliillä virota niin, että hän kykeni nielemään, jolloin hänelle annettiin juoksevaa ruokaa varovasti ja pienin annoksin. Jos potilas oli niin syvässä unessa, ettei pystynyt nielemään, annettiin hänelle ravinto ja neste peräsuolen kautta ruiskeina.

LOBOTOMIA. Lobotomia oli 1940- ja 1950-luvun lupaavin psykiatrinen hoitomuoto, joka myös Suomessa otettiin innostuneesti vastaan. Aikojen kuluessa oli kokeiltu ja kehitetty erilaisia aivoleikkausmenetelmiä, joilla oli pyritty poistamaan tai ainakin lieventämään mielisairaudenoireita. Aivovammapotilaiden ja eläinkokeiden perusteella tiedettiin, että otsalohkojen ja tunne-elämän säätelyssä keskeisten aivojen syvien rakenteiden väliset yhteydet katkaisemalla voitiin saada aikaan käyttäytymisen muutoksia, ja esimerkiksi aggressiivisesti käyttäytyvät simpanssit rauhallisiksi. Hoitomuoto sai nimekseen leukotomia (valkean aineen leikkaaminen) tai lobotomia (lohkon leikkaaminen).

Potilaasta pyrittiin ottamaan aluksi kalloröntgenkuva pään luisen anatomian hahmottamiseksi, leikkausta edeltävänä päivänä annettiin potilaalle ulostuslääkettä aamulla ja peräruiske illalla. Leikkaustekniikoita kehitettiin aikojen kuluessa useita. Tavallisimmassa ja Kellokoskellakin käytössä olleessa menetelmässä ohimoille tehtyjen molemminpuolisten ihoviiltojen jälkeen asetettiin haavan levittimet, ja paljastuneeseen kallon luuhun tehtiin luuporalla suurehkon kolikon kokoiset reiät. Näiden kautta työnnettiin aivoihin instrumentti, kaksiteräinen ns. leukotomi, jolla viuhkamaisesti katkaistiin otsalohkojen ja taempien aivoston osien välisiä hermoratayhteyksiä.

Suurten potilasmäärien nopeaa hoitoa tavoiteltiin ns. transorbitaalilla tekniikalla, jossa jääpiikkimäinen instrumentti napautettiin pienellä vasaralla kynnelpussin ja silmäkuopan sisäreunan kautta etukuoppaan, jossa naskalin vartta kääntelemällä tehtiin viuhkamainen valkean aineen halkaisu molemmin puolin. Aluksi anestesiaksi riitti muutama perättäinen sähköshokki, myöhemmin käytettiin paikallispuudutusta.

Leikkauksen jälkeen potilaat olivat yleensä heti tajuissaan, mutta syvän



apaattisia. Puhe ei ollut spontaania, mutta he vastailivat lyhytsanaisesti ja noudattivat käskyjä. He olivat usein täysin desorientoituneita eivätkä aina uskoneet, että heille oli tehtykään mitään leikkausta. Potilaat makasivat paikoillaan ja söivät vain, jos heitä syötettiin. Esimerkiksi aikakauslehden potilaat saattoivat ottaa käteen annettaessa, mutta jäivät tuijottamaan sitä tyhjän katseen kanssa. Patistelu tai kovaäänien puhe laukaisivat yleensä potilaiden suoliston ja rakon tyhjenemisen vuoteeseen. Syvimmillään post-operatiivinen inertia oli muutama päivä leikkauksen jälkeen, jolloin aivojen paikallinen turvotuskin oli vielä suurimmillaan. Tämän jälkeen useimpien potilaiden aktiivisuus alkoi parantua.

Lobotomian ajateltiin helpottavan ahdistuneisuutta, pelkoja ja syyllisyyttä, joiden katsottiin muodostavan psykoosin emotionaalisen ytimen. Haitallisen tunnetilan kadotessa oli ajateltu myös psykoosin muiden oireiden, kuten harhaisuuden ja pakko-oireiden häviävän. Potilaiden aggressiivisuus ja ahdistuneisuus väheni, ja he muuttuivat rauhallisemmiksi, vaikka harhat usein pysyivät ennallaan. Tunne-elämä latistui, ja läheiset saattoivat havaita persoonallisuuden nyanssien tai luovuuden vähenevän tai katoavan.

Lobotomia kulki lääketieteen historiassa tutun tien. Perustutkimuksien avulla syntyi kliininen sovellus, joka otettiin liiankin innolla käyttöön ennen kuin kriittinen tutkiminen ja paremmat hoitomuodot siirsivät sen historiaan. Alkeelliset leikkausmenetelmät ja leikkaaminen ilman potilaan suostumusta tarkoituksena melisairaaloiden rauhoittaminen on antanut lobotomialle synkän maineen. Lobotomia mainitaan usein vieläkin psykiatria tai lääketiedettä kriittisesti arvioitaessa.

Kellokosken sairaalassa tehtiin vuosien 1949–1960 välillä 188 lobotomialeikkausta. Valtaosa leikkauksista tehtiin vuosina 1950 ja -51. Tämän nykyisin huonomaineisen hoitomuodon käytössä noudatettiin Kellokoskella niitä eettisiä normeja, jotka 1950-luvulla hyvään hoitoon kuuluivat. Lobotomialeikkausta ei tehty yhdellekään akuutisti sairastuneelle potilaalle vaan vasta silloin, kun potilaat olivat käyneet vasteetta läpi kaikki sen ajan muut hoitomuodot. Kellokoskella ei myöskään tehty leikkauksia alaikäisille potilaille. Kaikki lobotomialeikkaukset teki Punaisen ristin sairaalan neurokirurgi Teuvo Mäkelä.

AVERSIO ELI POISEHDOLLISTAMINEN. Kellokosken sairaalassa hoidettiin yksityispotilaita, alkoholisteja ja morfinisteja vuodesta 1945 lähtien aversio- eli inhottamishoidolla. Aversiohoidon kehitti ruotsalainen professori S. Issikowitzin, ja se perustui venäläisen professorin Pavlovin suorittamiin klassisiin ehdollistamiseen liittyviin eläinkokeisiin.

Negatiivisella ehdollistamisella pyrittiin iskostamaan potilaisiin vastenmielisyyksiä pähteisiin eräänlaisella käyttäytymisterapeuttisella lähestymistavalla. Potilaille annettiin voimakkaan pahoinvoinnin ja kuvotuksen sekä oksennusreaktion aiheuttavaa apomorfiinia ja emetiiniä. Tämän jälkeen he saivat lääkärin valvonnassa haistella ja maistella alkoholia terapiahuoneessa, joka oli sisustettu ravintolamaiseksi miljöökseksi. Apomorfiinipistosten vuoksi potilaat oksentelivat ja hikosivat itsensä väsyksiin. Yleensä hoito käsitti kaksi kymmenen päivän kuuria.

Hoitomenetelmää toistettiin parisen viikkoa peräkkäisinä päivinä. Menetelmällä pyrittiin aikaansaamaan ehdollinen refleksi, jonka myötä alkoholin nauttimiseen liittyisi voimakasta vastemielisyyttä ja kuvotusta sairaalan ulkopuolellakin.

Tulokset olivat hyvin erilaisia: toisille syntyi vain heikko tai nopeasti häviävä inhorefleksi, toisille taas tuli vastenmielisyys alkoholia kohtaan, joka jatkui voimakkaana pitkiä aikoja. Aversiohoito ei yksinään ollut riittävä, vaan siihen myös aina liitettiin psykoterapeuttinen käsittely ja potilaan tukeminen ja ohjaaminen.

Aversiohoito oli kallista, ja potilaat maksoivat hoidon itse. Hoitomenetelmää käytettiin siis vain yksityispotilaille. Hoitotulokset edellyttivät potilaiden tarkkaa valikoimista, persoonallisuuden piirteiden ja oireiden erittelyä sekä tehokasta jälkihoitoa hoitotuloksen optimoimiseksi. Vuonna 1948 käyttöön tullut ja edelleen laajasti käytetty Antabus (disulfiraami) korvasi aversiohoidon, sillä aversiohoitoa huomattavasti halvempaa antabushoitoa kyettiin toteuttamaan hyvin myös sairaalan ulkopuolella.

Lähteet:

- Elomaa, Taipale: *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*
- Kinnunen Lyyli; *Mielisairaanhoido*

PSYKIATRISEN LÄÄKEHOIDON KEHITYS KELLOKOSKEN SAIRAALAN AIKANA

KARI RAASKA
ylilääkäri



Tässä kirjoituksessa luodaan katsaus siihen, miten psyykkisten sairauksien hoito, erityisesti lääkehoito, on kehittynyt Kellokosken sairaalan olemassaolon aikana ja – milloin mahdollista – miten tuo kehitys on näkynyt Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalassa käytettyjen lääkehoitojen osalta nojaututaan mm. historiikkiin, Kellokosken sairaalan museossa säilytetäviin muistiinpanoihin ja museon esine- ja muihin kokoelmiin (mm. lääkepullot ja -pakkaukset). Valitettavasti museossa säilytettävien muistiinpanojen tekijästä tai tekijöistä ei ole varmaa tietoa eivätkä ne sisällä tietoa siitä, mistä lähteistä kyseiset tiedot on kerätty. Muistiinpanojen kokojaksi on arveltu vuosina 1937–69 osastonlääkärinä toiminutta Aulikki Päivänsaloa. Muistiinpanot on löydetty Kellokosken sairaalan entiselle ylilääkärille Paavali Alivirrälle sisäpostissa lähetetystä kirjekuoresta.

VUODET 1915–31. Kun Kellokosken sairaala perustettiin vuonna 1915, psykiatriassa lääkehoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa erityisesti psykoosi-, mania- tai masennusoireisiin olivat hyvin vähäisiä. Sen sijaan jo silloin oli käytössä lääkkeitä, joilla voitiin tehokkaasti lievittää ahdistuneisuutta tai unettomuutta. Kansainvälisesti termi ”psykofarmakologia” otettiin käyttöön 1900-luvun alkuvuosina. Sitä ennen käytettiin termiä farmakopsykologia.

Oopiumista eristettiin vuonna 1806 sen tärkein vaikuttava aine morfiini, joka nimettiin kreikkalaisen mytologian unien jumalan Morfeuksen mukaan. 1900-luvun alkupuolella morfiini ja heroiini olivat joka kodin yleislääkkeitä, joita käytettiin mm. yskään ja särkyihin. Unilääkkeistä olivat jo pitkälti 1800-luvun aikana tulleet käyttöön myös kloraalihydraatti (1832) ja paraldehydi

(1882). Näistä kloraalihydraattia käytetään edelleen erityisluvalla lyhytaikaisesti joidenkin sairaalahoidossa olevien potilaiden unilääkkeenä silloin, kun muiden lääkkeiden teho ei ole riittävä. Yhtenä paraldehydinin haittavaikutuksista oli pahanhajuinen hengitys, jonka vaikutus ei rajoittunut vain potilaan välittömään läheisyyteen, vaan haju tuntui koko osastolla. Myös 1800-luvun puolella keksityt sulfonaali, trionaali ja bromivalmisteet bromadaliini ja bromisovaali olivat unilääkekäytössä 1900-luvun alussa. Suuri farmakologinen edistysaskel oli barbituraattien tulo kliiniseen käyttöön vuodesta 1904 alkaen. Ensimmäinen barbituraatti oli dietyyli-barbitaali, joka sai sellaisia nimiä kuin veronaali, barbitaali, malonaali, gardenaali ja barbitoni. Pian veronaalin jälkeen syntetisoitiin suuri joukko kemiallisesti hieman muunneltuja variaatioita samasta barbituraattiteemasta. Ne osoittautuivat tehokkaiksi unilääkkeiksi, ja niillä oli maanisiin potilaisiin rauhoittava vaikutus. Vuonna 1911 syntetisoitiin ”barbituraattien kuninkaaksikin” nimitetty fenobarbitaali (Luminaali), jolla oli pidempi vaikutusaika, ja se osoittautui myös hyväksi epilepsialääkkeeksi.

Sairaalan alkuaikoina elettiin maailmassa, jossa skitsofrenian psykoosioireiden hoitoon ei ollut mitään tehokkaita hoitokeinoja. Sairaalassa käytettiin rauhoittavien lääkehoitojen lisäksi kylpy- ja lepohoitoja ja ruumiillista työtä. Sairaalapainne lunastettiin yleensä loppuiksi. Enimmillään sairaalassa oli 130 potilasta. Hoitajia oli vain yhdeksän, ja hekin kouluttamattomia. Tuusulan kunnanlääkäri Artur Molander hoiti muiden töidensä ohessa myös Kellokosken sairaalan lääkärin tehtävät vuosina 1915–31. Ongelmatapauksissa hän konsultoi Lapinlahden sairaalan ylilääkärinä Christian Sibeliusta, Jean Sibeliuksen veljeä. Alkuun hän kävi sairaalassa kerran, sitten kahdesti viikossa, kunnes vuonna 1930 lääkintöhallitus edellytti kolmea käyntiä viikossa valtioavun maksamisen edellytyksenä. Sen ajan ahtaudessa kulkutaudit levisivät sairaalassa tehokkaasti, eikä antibiootteja tai rokotteita ollut käytettävissä. Vuonna 1918 ns. espanjantauti (influenssa) tappoi 64 sairaalan potilasta, 38 % kaikista hoidettavana olleista.

VUODET 1931–1950. Vuosi 1931 oli käännekohta sairaalan historiassa. Tuolloin sairaala sai vakituisen lääkärin A.I. Soinisen (lääkärinä vuoteen 1948) sekä ylihoitajaksi legendaarisen Anna Pakalénin (”Paka”), ja samana vuonna valmistui uusi rakennus, ns. Keskitalo. Skitsofrenian hoitomuotoina 1930-luvulta alkaen olivat malariahoito, ensimmäisenä Suomessa Kellokosken sairaalassa 1936 aloitetut insuliinisokkihoidot ja myöhemmin aloitetut sähkösokkihoidot, tai kummankin yhdistelmät. Kellokosken sairaalassa oltiin siis hyvin perillä psykiatrisen hoidon kehityksestä ja uusien hoitojen käyttöönotossa oltiin eturintamassa. Vuodesta 1945 alkaen alkoholisteja ja morfinisteja alettiin hoitaa sairaalan privaattiosastolla ns. aversiohoidolla. Siinä ehdollistamalla iskostettiin potilaaseen vastenmielisyys päihteeseen

Ennen 1950-luvun uusia lääkekeksintöjä käytettiin rauhoittavina lääkkeinä bromivalmisteita nestemäisessä muodossa, valeriana- tai oopiumtinktuuraa. Kaikki eivät bromivalmisteita sietäneet vaan saivat niistä ihottumaa. Oopiumtinktuuraa pidettiin erityisen käyttökelpoisena depresiivisissä tuskatiloiissa, jolloin se aiheutti positiivisesti myös potilaan ”mielentilaan”.



Unilääkkeinä käytettiin barbituraatteja (veronaali, luminaali, medinaali), kloraalihydraattia, paraldehydia, trionaalia, sulfonaalia ja skopolamiinia. Vaikeissa levottomuus- ja kiihtymystiloissa annettiin skopolamiinia injektiona lihakseen. Paraldehydi oli erittäin pahanmakuinen ja -hajuinen lääke, jonka vaikutus oli nopea. Sen todettiin olleen ”vain lievästi myrkyllinen, joten sitä voidaan käyttää vanhoille ja raihnaisemmillekin henkilöille”. Vaikeissa levottomuustiloissa käytettiin myös kestonarkoosia, jona aikana potilas pidettiin jatkuvassa unessa pisimmillään jopa kahden viikon ajan. Narkoosin aikaansaamiseksi annettavia lääkkeitä olivat barbituraatti luminaali, skopolamiini-morfiinia (hyosciini-morfiini) ja Somnifenia

Hoitaja jakamassa lääkkeitä.



vuorotellen joka neljäs tunti. Somnifen oli kahta eri barbituraattia (dietyyli- ja dipropenyli-barbituurihappo) ja dietyyliamiinia sisältänyt lääkevalmiste. Annostelu tapahtui joko lihakseen tai suoneen. Kestonarkoosihoidon komplikaationa olivat keuhkokuumeet, joiden vuoksi hoidosta lopulta luovuttiin.

1950-LUVULTA NYKYPÄIVÄÄN. Modernin psykofarmakologian alkuna pidetään klooripromatsiinin syntetisointia 1951. Se oli ensimmäinen

mäinen varsinainen psykoosioireita lievittänyt lääke, vaikka alkuun senkin vaikutuksen oletettiin johtuvan pelkästään sen väsyttävästä vaikutuksesta. Myöhemmin (1970-luvulla) selvisi, että tehokkaiden psykoosilääkkeiden vaikutusmekanismeissa dopamiini-2-reseptorien salpaus näytti olevan keskeinen, mikä johti skitsofrenian dopamiinihypoteesiin. Rauwolfiasta (Rauwolfia serpentina), jota oli käytetty yleislääkkeenä lähes kaikkiin sairauksiin 1500–1600-luvuilla, eristettiin 1950-luvulla reserpiini, joka oli jonkin aikaa psykiatrisessa käytössä sen voimakkaasti väsyttävän vaikutuksensa vuoksi ja kilpaili alkuun klooripromatsiinin kanssa asemasta skitsofrenian lääkehoidossa.

1950-luvun lopulla käyttöön saatiin ensimmäinen tehokas masennuslääke, imipramiini, ja pian sen jälkeen muita saman sukuisia masennuslääkkeitä. Ennen näiden trisyklisten masennuslääkkeiden tuloa 1950-luvulla masennuksen hoitoon käytettiin metyyliifenidaattia, joka edelleenkin on paljon käytetty lääke, tosin ADHD:n hoidossa. Trisyklistiset masennuslääkkeet syrjäyttivät stimulantit, mutta toisinaan niitä saatettiin käyttää yhtä aikaa nopean antidepressiivisen vaikutuksen aikaansaamiseksi. Ennen antidepressantti-nimityksen (antidepressant) vakiintumista 1960-luvun puolivälissä tämän kokonaan uuden ryhmän lääkkeitä kutsuttiin ty-molepteiksi. Trisyklisten masennuslääkkeiden valtakausi kesti aina siihen asti, kun markkinoille tulivat selektiiviset serotoniin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet), joista ensimmäinen oli fluoksetiini (myyntilupa 1988). Trisyklisten masennuslääkkeiden ongelmana ovat runsaat haittavaikutukset silloin, kun lääkkeitä käytetään hoitoannoksilla. Tämän vuoksi suuri osa potilaista ei koskaan käyttänyt näitä lääkkeitä riittävän suurilla annoksilla, ja teho jäi siksi vajaaksi. SSRI-lääkkeet ja muut uudemmat masennuslääkkeet ovat paremmin siedettyjä, ja ne on mahdollista aloittaa heti tehokkaalla hoitoannoksella.

Klooripromatsiini julkistettiin Pariisissa 1952, ja ensimmäiset tiedot siitä kantautuivat Suomeen keväällä 1954. Kellokosken sairaalassa se otettiin käyttöön samana vuonna. Sen kerrottiin olevan tehokkaampi kuin senaikaiset siihen asti tehokkaimmat lääkkeet, mukaan lukien skopolamiinin ja morfiinin yhdistelmä, jota käytettiin agitaation lievittämiseen. Lisäksi krooripromatsiinin kerrottiin vähentävän myös psykoosioireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja. Se ei kuitenkaan vielä vuosikausiin muuttanut suomalaisia skitsofrenian hoidon käytäntöjä (insuliinihoito, sähköhoito). Lääkettä käytettiin liian pieninä annoksina, jotta kunnollisia antipsykoottisia vaikutuksia olisi voinutkaan saavuttaa. Lisäksi lääkkeen vaikutukseksi miellettiin ennen kaikkea potilaan muuttuminen välinpitämättömäksi murheistaan, joten sitä määrättiin



paljon ns. neuroosipotilaille psykoosipotilaiden sijaan. Pian klooripromatsiinin löytämisen jälkeen kehitettiin kymmenittäin muita ”neurolepteja”, kuten haloperidoli ja perfenatsiini. Ne aiheuttavat potilaalle neuroleptiseksi kutsuttavan tilan, millä tarkoitetaan psykomotorista hidastumista ja välinpitämättömyyttä. Näitä haittavaikutuksia pidettiin psykoosilääkkeelle välttämättöminä, ja uusia psykoosilääkkeitä etsittiin sellaisten molekyylien joukosta, jotka aiheuttivat koe-eläimille vastaavia haittavaikutuksia. Tästä oli mm. seurauksena se, että edelleenkin teholtaan ylivoimaista psykoosilääkettä klotsapiinia ei pidetty lupaavana psykoosilääkkeenä, koska se ei aiheutanut näitä haittavaikutuksia. Klotsapiini syntetisoitiin jo 1959, mutta psykoosilääkkeenä se tuli käyttöön vasta 1975. Samana vuonna Suomessa havaittiin useita klotsapiinin aiheuttamaa agranulosytoosiin liittyneitä kuolemantapauksia, minkä vuoksi lääkkeen myyntilupa peruttiin kaikkialta maailmasta. Myyntiluvan se sai uudelleen 1990, kun sen oli osoitettu olevan tehokas ns. hoitoresistentissä skitsofreniassa. Lääkettä saatettiin käyttää turvallisesti, kunhan valkosolupitoisuuksia seurattiin säännöllisesti mahdollisen agranulosytoosin varalta.

Haittoihin viittaava neurolepti-nimitys on edelleen laajasti käytetty, vaikka 1990-luvulta alkaen markkinoille tulleet ns. epätyypilliset psykoosilääkkeet (risperidoni 1994, olantsapiini 1996 jne.), jotka ovat serotoniini- ja dopamiinireseptorien estäjiä, eivät vaikuta neuroleptisesti. On suositeltavaa luopua tästä termistä ja kutsua näitä lääkkeitä niiden toivottujen vaikutusten mukaisesti psykoosilääkkeiksi tai antipsykooteiksi.

Rauhoittavina lääkkeinä käytössä olivat pitkään bromisulfaatit, valeriana- ja opiumtinktuurat. 1950-luvun puolivälin tienoilta alkaen markkinoille tuli meprobamaatti, joka oli varsin tehokas lääke ahdistuneisuuteen. Sen ja barbituraattien käyttö korvautuivat 1960-luvulla niitä turvallisemmilla bentsodiatsepiineilla.

Eräänlainen kummajainen psyykenlääkkeiden joukossa on maa-alkalimetalleihin kuuluva alkuaine numero 3, litium. John F. Cade julkaisi jo 1949 pienen tutkimuksen, jossa litium näytti tehonneen hyvin maniaan. Kesti kuitenkin aina 1960-luvun loppupuolelle asti, ennen kuin se tuli lääkkeenä käyttöön tähän tarkoitukseen. Litium puolustaa edelleenkin paikkaansa ja on varsin käyttökelpoinen lääke kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa, huolimatta siitä, että useita muitakin mielialaa tasaavia lääkkeitä on nykyään käytössä.

LÄÄKEVALVONNAN KEHITYS. Nykyään on itsestään selvää, että käytössäme olevat lääkkeet on tarkoin tutkittu ja että ne ovat käyneet läpi huolellisen viranomaisarvion, jossa positiivinen hyöty–haitta-suhde tulee olla osoitettavissa, ennen kuin niille voidaan myöntää myyntilupa. 1960-luvulle asti systemaattista viranomaisarviointia ei vaadittu vaan mm. markkinoille tuonnista ja reseptipakosta vastasivat maahantuojat ja valmistajat. Lääkkeitä sai myydä, kunhan teki asiasta ilmoituksen Lääkintöhallitukselle. Lääkkeet tulivat myyntiin tavallisesti ns. käsikauppaan (nykytermin itsehoitovalmisteiksi). Vuonna 1960 markkinoille tuli uusi turvallisesti mainostettu unilääke talidomidi. Farmakologian professori Armas Vartiainen oli kuitenkin onneksi pyydetty lausunto lääkkeestä, ja



Lääkekaappi, kuva sairaalamuseosta.

hän suositteli sille reseptipakkoa. Kun lääke tuli laajaan käyttöön eripuolilla maailmaa, havaittiin sen käyttöön raskauden aikana liittyvän runsaasti kehityshäiriöitä (mm. raajaepämuodostumia). Tämä ns. talidomidikatastrofi viimeistään osoitti lääkkeiden ennakkovalvonnan välttämättömyyden. Suomessa viranomaisarvioon perustuva myyntilupa tuli pakolliseksi vuonna 1964, vuosi Ruotsin jälkeen.

SADAN VUODEN KERTOMUKSET

RISTO VATAJA
psykiatrian
tulosyksikön johtaja



Psykiatrisessa sairaalassa on aina oltu tekemisissä yksittäisen potilaan mutta myös laajemmin yhteisön ja yhteiskunnan kannalta merkittävien asioiden kanssa. Tapahtumissa on usein traagisia mutta myös dramaattisia ja romantiisiakin piirteitä, kuten Prinsessa-elokuvan suosio osoittaa. Kellokosken sairaalan ja kylän historiaa on aikaisemmin kuvattu omissa historiikkeissaan. Niissä on lähteinä käytetty erilaisia aikalaismuistelmia ja haastatteluja sekä julkisesti saatavissa olevia asiakirjoja. Mutta minkälaisen kuvan potilaiden hoidosta ja menneestä maailmasta antavat vanhat sairauskertomukset?

Kellokosken sairauskertomusarkistossa on säilytetty potilastietoja vuodesta 1915 aina tähän päivään asti. Varsinkin vanhin arkistomme muodostaa tärkeän ja yhtenäisen kulttuurihistoriallisen aineiston. Potilaiden sairaudet, oireet ja hoidot ovat siellä kullekin aikakaudelle ominaisella tavalla ja tarkkuudella tallennettuna, mutta myös potilaiden ja omaisten kertomukset sellaisena kuin lääkäri ja hoitohenkilökunta ovat niitä kirjanneet. Mukana on myös kirjeenvaihtoa, jota (tavallisesti sairaalan johtava) lääkäri on potilaiden kanssa käynyt ja joka tuntuu varsinkin 1930–60-luvuilla toimineen usein eräänlaisena silloin puuttuneen avohoidon korvikkeena hoito-ohjeineen ja lääkemääräyksineen; sekä erilaisia omaisten, naapureiden, työnantajien, viranomaisten, opettajien jne. tiedonantoja, huolen välittämisiä, vaatimuksia ja anomuksia.

Sairaalan ylilääkärin tehtäviin kuuluu päättää, mitä tietoja hoidossa olleista potilaista voidaan luovuttaa. Tietosuojalainsäädäntö ja -käytännöt ovat vuosien mittaan tiukentuneet, minkä vuoksi kulleikkin henkilöiden tietoja voidaan antaa vain painavista syistä. Sellaisiksi katsotaan esim. testamentteihin liittyvät riitatilanteet tai perin-

nöllisten sairauksien selvittelyyn liittyvät tiedustelut. Tavallista on, että potilaiden jälkeläiset haluaisivat kuulla vanhempiensa tai isovanhempiensa sairaalahoidosta erilaisia tietoja mm. ymmärtääkseen omia ongelmiaan, perheen vaiheita tai vaikkapa sukututkimusta varten. Näissä tilanteissa ei nykyisin tietoja juuri luovuteta, mutta sairauskertomuksiin olen luovutus päätöstä varten tavallisesti perehtynyt. Aikoinaan kävin vanhoja sairauskertomuksia systemaattisesti läpi sairaalamme lobotomiapotilaiden vaiheita selvitellessäni, ja viimeksi olen vanhassa arkistossa vierailut sen tulevaisuutta suunniteltaessa.

Alkuaikojen sairauskertomukset 1910–30-luvuilta ovat sisällöltään niukkoja. Tulovaiheen oireet ja lähettämiseen johtaneet syyt tulevat hyvin ilmi, mutta hoidon aikaiset tapahtumat jäävät hämäräksi. Kertomusten keskeisin sisältö on tsaarinajalta periytynyt, kolmiosainen lähetelomake, joka toimi ennen kaikkea hakemuksena sairaalan johtajalle hoitopaikan saamiseksi. Ensimmäisessä osassa, nykypsykiatriastakin tutun kaltaisessa strukturoidussa tiedonkeruulomakkeessa, kunnanlääkäri kuvailee hoitoon lähetettävän kliinisiä piirteitä lyhyen vapaamuotoisen anamneesitivistelmän jälkeen vastaten seuraavan kaltaisiin kiehtovia termejä viliseviin kysymyksiin:

- Nimi ja yhteiskunnallinen asema?
- Onko ruumiinmuodostus säännöllinen vaiko viallinen erittäin päähän ja aivokoppaan nähden?
- Äkkiluontoinen tahi pitkällinen sairaus; tarttuva vai eikö?
- Kouristukset, halvaukset, hermotauti, ulkonaiset vammat erittäinkin pääkallossa?
- Puhe-elinten tila?
- Liikkeet: vitkallisia, vilkkaita, kestäviä, epävarmoja, automaattisia, vapiseminen pakkoliikunto, silmäterän suuruus, muoto ja liikkuvaisuus?
- Mielenlaatu: sävyisä, äkkinäinen, kiivas, luulevainen, rajallinen, hävittämiseen, hyökkäämiseen taipuvainen?
- Mieliala: tyyni tahi levoton; alakuloinen tahi riemastunut; itsemurhanhalu; muutteluvainen tai tasainen; ynnä se ajankohta jona tämä muutos ensin tuli?
- Ajatuksellinen toiminta: vitkallinen, hätäinen, vaihtelevia ajatuksia, yleinen sekamielisyys; aika jolloin sellainen muutos ensin sattui?
- Sairauden synty ja kulku; ilmipuhkeamisen aika; yhtämittäinen tai ajoittainen uskottavain ilmoitusten ja entisten vaarinottojen mukaan?
- Käsittely: hoito; pakkokeinoja?
- Mitä muuten tiedetään, joka saattaa luoda valoa sairauteen?

Näihin ja lukuisiin muihin kysymyksiin kunnanlääkäri on useimmiten yksisanaisesti vastailut esimerkiksi seuraavaan tapaan: ”mieliala: tylsä. Mielenlaatu: äkäinen. Käsitys: huono. Sairauden synty: nykyiset valtiolliset rettelöt maassamme” (24-vuotiaan miehen sairauskertomuksessa vuodelta 1918). Näiden ja lukuisien vastaavien lomakkeen kysymysten perusteella kun-

Sisäänkirjoitettu 30/4 1917

Poistettu 9/5 1917

N^o 115

August

Syntymäpaikka:

Asuinpaikka: Helsingin pitäjän Dickursby

Ikkä: 27 vuotta;

Saatu: Työnies. Teppä.

Lapsia Elossa:

Vanhemmat:

Perinnöllinen taipumus:

Sisarukset:

Sairauden puhkeamisaika: 2 viikkoa ennen sisäänottoa.

• syyt:

• laji: Anemia acuta.

• loppu:

Edellisiä kohtauksia: ei.

Anamnesis (Ajä-tutteen tiedonannot)

Sukulaisuus ja perinnöllisyys suhteis ta ei tietoa. Ei ennen mieli sairaa. Hän 18/4 tullut unettamaksi ja levatta mahaksi; jatkui lakkaamatta eikä rauki ole saa. Tu miittinään vään nälkiseen työkan. Laarnaa tulivatvati raste valla kunnat. Ta jonne taktaa aattaa lähimäisriään.

nanlääkäriin tehtävänä oli antaa tavallisesti muutamalla sanalla lääkärinlausunto, esimerkiksi: *"Puheena olevaa henkilöä vaivaa mielisairaus, jonka laatu vaatii häntä otettavaksi sairasmielisten laitokseen"*.

Lähetelomakkeen toisessa osassa kunnan pappi (tavallisesti kirkkoherra) ja kunnallislautakunnan esimies valaisevat hoitoon tulevan muuta taustaa. Oudosti nykykorvaan kalskahtavat tiedustelut säädystä ja uskontunnustuksesta sekä vanhempien varallisuudesta. Sen sijaan geneettisesti merkittävä tieto on ollut kysymys vanhempien tai isovanhempien mahdollisesta sukulaisuussuhteesta. Kirkkoherralla on tavallisesti ollut tärkeitä tietoja laumalaisensa luonteenpiirteistä ja kylällä havaituista sairauden merkeistä: *"onko mielen sairautta, kaatuvaistautia, pernatautia, kohtutautia, itsemurhaa, luonnonlaadun, käytöksen tahi elämäntapain omituisuuksia? Onko epäsäännöllisyyttä, turmiollisuutta ja irstautta?"* Sairauden puhkeamisen yksityiskohtia selviteltyä lomakkeella pyydetään vielä välittämään hoitoneuvoja: *"Onko muutoin mitään tapahtunut, joka voipi olla sairauden valistukseksi ja pitelemiselle johdoksi?"* Vastauksena yllämainitun 24-vuotiaan miehen tapauksessa oli esimerkiksi: *"viettelemällä ja kun jotakin antaa esimerkiksi olemme antaneet sokeria niin silloin on ollut tottelevainen ja nöyrä"*. Kolmas lomakkeen osa onkin sitten kunnallislautakunnan esimiehen maksusitoumus, jossa hän vastaa sairaan *"edestä laitokseen maksettavasta, määrättyssä järjestyksessä niin kuin omasta velasta"*.

Sairaalan lääkäri täytti tulovaiheessa vielä oman lomakkeensa, jossa oli kuvattu status praesens (sairauden nykytila). Valitettavasti vain harvoin nämä tekstit oli allekirjoitettu, joten varmuutta tulohaastattelujen tekijästä ei useinkaan ole. Sanalliset seurantamerkinnot olivat harvinaisia, epäsäännöllisiä ja kaikin puolin niin epätarkkoja, että yksittäisten potilaiden kohtaloista sairaalassa vuosisadan alkupuoliskolla ei saa käsitystä. Hoidon päättymistä varten on sairaalan lomakkeessa kohta *"tila pois päästettäessä"* (usein *"parempi"* tai *"terve"*, mutta myös *"pysyy samana"*).

Psykkisesti sairaiden potilaiden sairaalaan lähettämistä varten tarvittavat M-lausunnot tulivat käyttöön 1937, mutta niiden luonne oli alkuun enemmänkin maksusitoumuksen varmistamiseen kuin nykyisistä lausunnoista tutulla tavalla potilaan perustuslaillisen itsemääräämisoikeuden loukkaamisen minimoimiseen pyrkivä. Ne olivat entiseen tapaan kunnanlääkäriin tai muun "esteettömän lääkärin" täyttämiä. Vuodesta 1952 lähtien sairauskertomuksista löytyy uuden mielisairaslain edellyttämiä MI-lomakkeita, jotka olivat tavallisesti potilaiden lähiomaisten tai harvemmin kunnan viranomaisten allekirjoittamia perusteltuja (esim. väkivaltaisuus, holtittomuus tai epäluuloisuus) anomuksia sairaalaan ottamiseksi. Näiden liitteenä on kunnanlääkäriin MI-lausunto. Omaisten vastuu tahdosta riippumattomaan sairaalahoittoon toimittamisessa oli siis suuri. Samaan aikaan tuntuvat yleistyvän myös sairaalan ottamiset ilman M-lomakkeita tai maksusitoumusta, ja nämä potilaat vaikuttavat olleen varakkaampia: yksityisyrittäjiä, varakkaiden maatilanomistajien puolisoita tai osastopäälliköitä, jotka tulivat hoitoon itse maksavina. Sairauskertomuksista löytyy kirjeenvaihtoa, jossa neuvotellaan ylilääkäriin kanssa maksuluokista, tai varotellaan, että potilasta ei saisi liian aikaisin päästää pois *"jotta ei taas karkaisi Ruotsiin juopottelemaan"*.

Hoidon päätyminen kuolemaan tuntuu olleen suhteellisen tavallista. Se ei ole ihme, sillä somaattisia oireita yritettiin hoitaa omin voimin ennen kuin potilas lähetettiin Helsingin sisätauti- tai kirurgian klinikalle. Sairaalaan myös tuotiin erilaisista syistä akuutisti sekavaksi menneitä potilaita, joita ei kyetty levottomuuden vuoksi lähikuntien kunnansairaaloissa hoitamaan. Tällaisia potilaita saattoivat olla esimerkiksi maksakirroosin tai akuutin aivovamman vuoksi sekavaksi menneet potilaat, alkoholideliriumista puhumattakaan. Jos potilas oksensi kolme vatiä verta, jäi tajuttomaksi kaatuvaistautikohtauksen jälkeen tai sai ankan keuhkokuumeen tai sydänhalvauksen, häntä seurattiin vuodelevossa. Seuranta-merkintöjä näissä tilanteissa näkyy 1930-luvun jälkeen, jolloin seurattiin pulssia, ruumiinlämpöä ja hengityksen laatua (pinnallinen, puuskuttava jne.). Kuumetta viilennettiin kääreillä ja kovasti tykyttävää sydäntä digitaalisliuksella, mutta monimutkaisempia hoitoja ei juuri ollut käytössä. Kuoleman jälkeen suurin osa vainajista haudattiin kuljetusvaikeuksien vuoksi Kellokosken hautausmaalle, ja omaisille ilmoitettiin viimeistään siinä vaiheessa asiasta kirjeellä. Aktiivisemmaksi suhtautuminen muuttui 1950-luvulla, jolloin esimerkiksi insuliinikoomahoidon heräämisvaiheen komplikaatioista kärsiviä potilaita lähetettiin sisätautiklinikalle. Täytyy myös muistaa, että ennen 1950-lukua ennusteen kannalta ei liene ollut kovin suurta merkitystä sillä, missä sairaalassa vakavia äkillisiä sairauksia hoidettiin.

Käsitys siitä, että sairaalaan joutuminen vuosisadan alkupuolella olisi automaattisesti tiennyt vuosien tai loppuelämän kestoista hoitoa, vaikuttaa sairauskertomusten näkökulmasta väärältä. Vaikka varsinaista analyysia asiasta en ole voinut tehdä, vaikutelmana on, että useimmat potilaista pääsivät pois sairaalasta muutaman kuukauden kuluessa. Lyhimmat hoitoajat tuntuivat olleen alkoholismin vuoksi hoitoon otetuilla, ilmeisesti ”juoppohulluuden” väistyttyä.

Lyhyellä sairaalahoidolla selvisi myös keväällä 1917 nuorehko työmies, seppä, jonka tulodiagnoosina oli ”dementia acuta”. Hän puhui tulovaiheessa lakkaamatta, eikä häntä saatu mihinkään säännölliseen työhön, jota sairaalassa oli potilaille silloin paljon tarjolla. Hän oli tulohaastattelussa ”levoton ja riemastunut”, ja hänellä oli ”vilkas harhaluottelu”. Hän lupasi ylentää lääkäriinsä ylilääkäriksi, jos tämä toimii ”niin, että [potilas] tulee ylimmäiseksi ja saa vallan”. Hän kertoi olevansa ”rikas ja että hän on G.H. Paloheimo” (ei ollut). Potilaalle määrättiin hoidoksi päivittäinen kylpy. Hän kotiutui noin kuukauden kuluttua, mikä vastaa monien nykyistenkin akuutin manian vuoksi hoitoon tulevien potilaiden hoitoaikaa.

Kehitysvammaisten (*”lapsesta tylsämielinen ja puhumaton”*), skitsofreniapotilaiden (dementia praecox) tai kupan tertiäriveraihetta potevien (dementia paralytica) ennuste oli sairaalahoidon keston kannalta huonompi, ja hoidot saattoivat kestää vuosikymmeniä. Traagiselta tuntuu, että edellä kuvattujen hoitotalukoiden lisäksi vuosikymmenten pituiselta hoitajaksolta saattaa olla muuta kuvausta vain muutama rivi, tavallisesti somaattiseen sairastumiseen – *”kaatui viikko sitten navetassa ja sai kivuliaan vamman reiteen, ollut vuoteella. Lähti tänään kirurgille”* – tai levottomuuteen liittyen – *”ollut koko viikon kiusallinen ja riidellyt naisten*

kanssa. Tänään löi hoitajaa korvalle”.

Pitkään hoidossa olleiden potilaiden rooli on ollut mielenkiintoinen. Potilaan ura alkoi tyypillisimmillään ensipsykoosilla tai kyläyhteisössä pitkään sairaana selviytyneen henkilön psykoosin pahenemisvaiheena, jonka asetuttua potilas kykeni säyseästi käyttäytyttyään ja ahkerasti esimerkiksi sairaalan kanalassa, käsipesulassa tai ompelimosassa työskenneltyään ja ns. ahkeruusrahaa ansaittuaan edetä ns. luottopotilaaksi. Vaikka henkilökunta saattoi väkivaltilanteiden hoitamisessa luottaa toisilta potilailta saatavaan apuun (tästä on sairauskertomuksissa kirjauksia), olisi käytössä olleella vähäisellä henkilökunnalla ollut vaikeuksia saada hoidettua ja valvottua suurta, erilaisilla työmailla suurella sairaalan alueella liikkuvaa potilasmäärää. Luottopotilaat tekivät myös yövalvontoja, ja heillä saattoi olla käytössään yleisavain suljetuille osastoille. Suuressa sairaalassa oli myös töitä tarjolla potilaille, joiden hoito oli päättymässä. Muun muassa sairaalan siivoojina ja lämmittäjinä työskenteli 1930- ja 1940-luvuilla entisiä potilaita, jotka saivat työstään palkkaa ja jotka asuivat sairaalan rakennuksissa tai lähitaloissa.

Uusia ja kehittyneitä, nyt jo kovin vanhanaikaisilta tai epäeettisiltäkin tuntuvia hoitomuotoja, alkoi kehittyä nopeasti 1930-luvun lopulta lähtien (ks. Timo Laaksosen kirjoitus tässä kirjassa). Näitä käytettiin paljon, ja esimerkiksi insuliinihoidolle ja sähköhoidolle olivat omat seurantalomakkeensa. Samoihin aikoihin sairauskertomuksiin alkoi ilmaantua myös pieniä A6-kokoisia kortteja, joihin lääkärit ovat kirjanneet aikaisempaa selvästi tarkemmin potilaiden tulotilaa ja pohdintoja sairauden syistä, kehityksestä ja hoidosta, ja tulovaiheen tekstit muistuttavat nykyistä tulotilan kuvausta. Somatiikkaan on kiinnitetty aivan erityistä huomiota. Potilaille tehtiin seikkaperäinen sisätautinen, neurologinen ja pulmologinen lääkärintarkastus, on arvioitu vartalonrakennetta (leptosomi, pyknikko jne.), ja naispotilaille on usein tehty gynekologinen tutkimus. Laboratoriokokeilla selviteltiin veren kuvaa, mutta myös Wassermanin testillä tai sitolipiiniallyysillä neuroluesta (kuppaa), joka oli yleinen mielisairauden aiheuttaja aikoinaan. Selkäydinnestettä tutkittiin tätä varten tavallisesti nykykäytännön mukaista lannepistoa teknisesti vaikeammasta ja vaarallisemmasta niskapunktiosta, jossa näyte otetaan kaulaytimen läheltä.

Tuntuu oudolta, että kansakuntamme kriittisimmät ajat (vapaussota, talvi- ja jatkosota) eivät juurikaan sairauskertomuksista heijastu. Nälänhätä 1918 tai sairaalan potilasmäärän paisuminen evakkopotilaiden tulon myötä talvi- ja jatkosodan aikana yli tuhanteen potilaaseen ovat varmasti vaikuttaneet potilaiden elämään, mutta sairauskertomuksista ei sellaista huomaa. Välillisesti sota-ajat toki näkyvät potilaiden taustatiedoista: ”Pelännyt, että pidetään aiheetta punikkina ja syyllisenä tihutoihin, ei ole moneen yöhön nukkunut” (1918), tai ”A:n omistamaan kauppaan tullut vänrikki vaatimaan valtiolle luovutettavaksi bensaa ja A oli joutunut tästä koviin riitoihin. Alkanut kuulla vänrikin puhetta myöhemminkin ja epäilee nähneensä tätä pihassaan iltahämärissä” (1943). Talvi- ja jatkosota näkyvät arkistossa myös sotatoimialueilta evakuoitujen sairaaloiden potilaiden sairauskertomusten suurena lukumääränä. Potilaat ovat tavallisesti tulleet suoraan evakkoautosta kunnanlääkärin vastaanotolle jätettyinä ja sieltä Kellokos-

kelle tuotuina. Kontaktit omaisiin tuntuvat monilta potilailta evakointivaiheessa katkenneen, ja tähän liittyy runsaasti kirjeenvaihtoa.

Kovia kokeneita sodassa vammautuneita miehiä alkoi tulla hoitoon jatkosodan aikana ja pian sen jälkeen. Sotainvalidien veljesliitto järjesti hoitopaikkoja niille potilaille, jotka vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuivat. Posttraumaattista stressioireyhtymää ei tuolloin vielä tunnettu, vaan tavallisesti näillä potilailla oli ongelmana ankara alkoholin käyttö ja siihen liittyvät psyykkiset ongelmat. Kun sairaalaan oli tultu, vaikka vapaaehtoisesti, ei sieltä saanut luvatta poistua. Kesken hoidon poistuneen, sodassa kätensä paleluttaneen ja alkoholin vuoksi sairaalaan päätyneen potilaan sisar saikin sairaalan huoltohoitajattarelta tiukan kirjeen, jossa todettiin potilaan lähteneen omin lupinensa. Kirjeessä pyydettiin *”teitä ilmoittamaan, jos olette tietoinen veljenne olinpaikasta tai hän on luonanne. Hänellä on päällään sairaalan vaatteet, jotka hänen on ehdottomasti palautettava”*.

Vasta 1950-luvun alkupuolella lääkäreiden seurantamerkinnot alkavat yleistyä. Vaikka nykyllä lääkäriin silmään jotkin kollegoiden potilasluonnehdinnat sairauskertomuksissa tuntuvat liian suorasukaisilta ja moralisoivilta: *”Pot. on ennen kaikkea patologinen valehtelija, huijari ja seikkailija”*), välittyy teksteistä tavallisesti neutraali tai ymmärtävä asenne. Vasta 1960-luvulta eteenpäin kirjaaminen muistuttaa potilaan voinnin seurannan kannalta nykyisenkaltaista, potilaan vointia ja hoitopäätöksiä aktiivisesti kuvaavaa tapaa. Kirjaamisen vähyyks ei varmaankaan ole johtunut laiskuuudesta tai piittaamattomuudesta, vaan priorisoinnista: kun aikoinaan kaksi tai kolme lääkäriä hoiti satoja potilaita, ei kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä pidetty kiireellisimpänä.

Utuna ammattiryhmänä ilmaantuvat sairauskertomuksiin psykologit 1950-luvun lopussa, jolloin myös psykoanalyttiset tulokset ensimmäistä kertaa näkyvät lääkäreiden teksteissä. Rorschachin vieläkin käytössä oleva ”musteläiskäanalyysi” näyttää usein tuottaneen agraarisävyisiä vastauksia (*”pieni sika ja korvat se tuossa... kaksi kiukkuista emäntää riitelee, letit ja hameet tarttuneet...*). Neuroottisuus, liittyvyys, tyyneys, autonomia, dominanssi, itsetehostus, seksuaalisuus, huoltavuus jne. pisteytettiin piirteittäin ja laadittiin karakterologinen analyysi, joka tuo mieleen nykypsykiatrian multidimensionaalisen persoonallisuusdiagnoositiikan. Sitä käytettiin hyväksi psykologisessa diagnostiikassa, ja esimerkiksi aviokriisin aikoina psykoottisesti masentuneella potilaalla saatettiin havaita *”Eritäin vaikeita karakterologisia ristiriitoja, jotka tekevät sopeutumisen tavalliseen ympäristöön jokseenkin mahdottomaksi sellaisena kuin esiintyvät tällä hetkellä. Omanarvontunto ja itsetunto saavat melkein pä maaniseen vaiheeseen viittaavia piirteitä pätevyys- ja voimantunnonaan. Vastoinkäymiset voimakkaaseen hellydentarpeeseen liittyvien viettipyrkimysten alueilla purkautuvat aggressiivisina primitiivireaktiona tai kontrolloituina neuroottisina oireina”*.

Samoihin aikoihin, 1950-luvun lopulla, kertomuksiin alkoi ilmaantua myös ”team”, jossa moniammatillisesti pohdittiin potilaan hoitoon liittyviä seikkoja. Uusia psykoosi- ja masennuslääkkeitä määrättiin, ja potilaat osallistuivat ryhmäterapiaan, vaikka edelleen käsityösälillä tai maataloustöissä kävivätkin. Älykkyyttä ja kognitiota mitattiin WAIS-testillä, ja ylipäänsä alettiin olla vahvasti nykypsykiatrian juurilla.

Vaikka potilaskertomuksista ei niin värikästä ja elävää käsitystä sairaalan elämästä saa kuin suoraan haastattelemalla, piirtyy näistä aivan satunnaisistakin sairauskertomuksista yksittäisten, tavallisten ja usein aika kovaa elämää eläneiden ihmisten elämäkertoja, jollaisia harvoin kirjoissa julkaistaan. Lääketieteelliseen tutkimustyöhön arkisto tuskin on omiaan, mutta asianmukaisin tutkimussuunnitelmin- ja luvun varustautunut antropologi tai kulttuurihistorioitsija tulee saamaan arkistosta upean tutkimuskohteen, mikäli sen pelastaminen maakunta-arkistoon onnistuu.

HOITOTYÖN 100-VUOTINEN MATKA

RAIJA KONTIO
tulosyksikön varajohtaja,
ylihoitaja, TtT



Perehtymällä menneeseen voi ymmärtää paremmin nykypäivää ja saada ajatuksia tämän hetken hoitotyöhön. Mitä on tehty? Missä on onnistuttu? Mitkä onnistuneet menetelmät voisi ottaa uudelleen käyttöön potilaan hoidossa? Tarkoitus on tuoda esiin osa hoitajien elämäntyöstä, sen ajan elämään ja ympäristöön, yhteiskunnalliseen tilanteeseen yhdistäen.

ANKEAT ALKUVUODET 1915–1930: POTILAIDEN SÄILYTTÄMINEN. Alkuvuosina Kellokosken sairaalassa hoidettiin ensisijaisesti omistavien kuntien varattomia ja parantumattomia mielisairaita ja niitä, jotka eivät soveltuneet vapaammissa oloissa hoidettaviksi. Monelta sairaalta oli unohtunut tavallisen elämän taidot, ja heitä oli kohdeltu huonosti, mistä syystä luottamus henkilökuntaan oli vähäistä.

Kunnanlääkäri Artur Molander kävi hoitolassa alkuun kerran viikossa ja myöhemmin kaksi kertaa viikossa. Sairaalan ensimmäisenä ylihoitajana toimi Josefiina Skippari, joka tuli tehtäväänsä Suomen ensimmäisestä piirimielisairaalasta Harjavallasta. Hänen toimiinsa kuului potilashoito ja kassan hoito. Ylihoitaja Skipparilla ei ollut sairaanhoidollista koulutusta eikä myöskään niillä viidellä hoitajalla, jotka työskentelivät hänen apunaan. Hoitotyö keskittyi lääkärinmääräysten toteuttamiseen ja perushoittoon – ylipäättään siihen, että potilaat selvisivät hengissä näinä ankeina aikoina. Jopa ruoasta oli puutetta, ja esimerkiksi neljänenä toimintavuonna 1918 kuoli 64 potilasta kulkutauteihin. Lisäksi käytössä oli työhoito, eli potilailla teetettiin työtä. Vuonna 1930 työtätekeviä potilaita oli 40 %. Työhoidossa potilaat ja hoitajat pystyivät harjoittelemaan yhteistyötä tuttujen askareiden parissa, kuten vanhoja vaatteita paikatessa tai piha- ja metsätöitä tehdessä.

Sairaalan alkuvuosien olosuhteet olivat ankeat, kuten ylipäättään Suomessa. Historian teksteistä saa kuitenkin sen kuvan, että potilaille oli sairaalassa parempi olla kuin niissä oloissa, josta sairaalaan tulivat. Potilaille pyrittiin tarjoamaan niin hyvä hoito kuin mahdollista tuona aikakautena. Vaikka sairaalan ensimmäiset 10 vuotta olivat mielisairaanhoidon neuvottomuuden aikaa, pystyttiin jo 1920-luvun lopulla selkeästi määrittelemään, minkälaista hoitoa nämä potilaat tarvitsevat, ja mitä se vaatii henkilökunnalta. Tavoitteeksi asetettiin piirimielisairashoitolan kehittäminen ajanmukaiseksi sairaalalaitokseksi, piirimielisairaalaksi, jossa on koulutettu hoitohenkilökunta ja päivittäin sairaalassa työskentelevä lääkäri.

YLIHOITAJA PAKALÉNIN AIKAKAUSI 1931–1955: PSYKIATRISTEN HOITOMUOTOJEN SYNTY JA HOITOTYÖN KUKOISTUS. Vuonna 1931 lääkintöhallitus asetti laitoksen toiminnan jatkumisen ehdoksi, että sairaalassa toimii lääkäri. Ylilääkäri Arne Soininen aloitti työnsä sairaalassa vuonna 1931, ja samanaikaisesti sairaalan ylihoitajaksi valittiin ylihoitaja Anna Pakalén. He olivat tarmokkaita ja ennakkoluulottomia psykiatrisen sairaanhoidon pioneereja, jotka etsivät ratkaisumalleja ja ideoita muista Pohjoismaista ja Keski-Euroopasta. Kellokosken kansainvälisen toiminnan juuret ovat jo näin varhaiselta ajalta. Johtamisjärjestelmän näkökulmasta yksijohtajajärjestelmä, jossa ylilääkäri johtaa sairaalaa, oli itsestäänselvyys tuona aikana. Perehtymällä tuon ajan asiakirjoihin Soinisen ja Pakalénin joustavasta ja toinen toisiaan arvostavasta yhteistyöstä voi nähdä keskeiset elementit tämän päivän kumppanuusjohtamisesta. Paitsi näiden pioneerien uutteruuden, mahdollisesti myös kansainvälisyyden ja kumppanuusjohtamisen ansioista aikaansaannokset näinä vuosikymmeninä psykiatrisessa hoidossa (kuten uudet hoitomenetelmät) ja hoitotyössä olivat mittavat kansallisestikin tarkasteltuna.

Hyvä hoito aloitettiin perusasioista, kuten puhtaudesta, pukeutumisesta, ruokailusta, ulkoilusta ja levosta sekä ympäristöstä. Sairaalaympäristön tuli olla viihtyisä ja tarjota mahdollisuuksia monipuoliselle toiminnalle. Sairaalan tuli olla rakenteiltaan Florence Nightingalen oppien mukaisesti riittävästi tilaa antava, ilmapiiriltään ihmistä arvostava ja kunnioittava. Osastojen siisteys ja viihtyisyys, potilaiden puhtaus, hyvä käytös ja rauhalliset ruokailutilanteet posliiniastioista syöden kuvastivat Pakalénin hoitoperiaatteita ihmisen arvostamisesta ja kunnioittamisesta. Perushoidolliset toiminnat otettiin mukaan kaikkeen hoitoon. Hoitotyön osuus oli keskeinen: hoitajat opettivat potilaita huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan ja ympäristönsä siisteydestä. Tämä vaati paljon kärsivällisyyttä sekä potilailta että hoitajilta. Ympäristön arvostuksen tuli heijastua koko laitoksesta alkaen hoitohenkilökunnan valmiudesta lämminhenkisiin ihmiskontakteihin. Nämä ovat yhä tänä päivänä hyvän hoidon, hoitotyön keskeisiä peruselementtejä, jotka tulee kaikissa olosuhteissa turvata.

Ylihoitaja Pakalén oli potilaslähtöisen hoitotyön äiti käyttäen kaiken aikansa ja varansa potilaiden hyväksi. Hän korosti hoidollisen ympäristön, työterapian ja toiminnallisuuden merkitystä potilaan hoidossa. Hän loi hoitotyön sisällön ja opetti sen omalla esimerkillään hoitajille. Hän uudisti henkilöstörakenteen ja työnjaon sekä kehitti hoitajien osaamista



Kahvihetki Kartanorakennuksen parvekkeella.

sen mukaan, mitä uusia psykiatrisia hoitomuotoja kehitettiin (esimerkiksi malariahoito, insuliinishokkihoito, perhehoito, avohoito). Vuonna 1932 lääkintöhallitus vaati koulutettuja hoitajia valtionavun menetyksen uhalla. Vuoden 1932 loppuun mennessä Pakalén oli vaihtanut lähes koko henkilökunnan ja palkkasi siivoojia. Siivous oli kuulunut siihen saakka hoitajille kaikissa Suomen sairaaloissa. Vuonna 1932 sairaalassa oli 300 potilasta, yksi lääkäri, 24 koulutettua hoitajaa, 8 hoitoharjoittelijaa ja 12 siivoojaa. Pakalén huolehti henkilökunnasta ja tämän päivän termejä käyttäen heidän työhyvinvoinnistaan. Periaatteena oli kohdella henkilökuntaa hyvin, ja heidän olonsa ja asumisensa tuli järjestää parhaalla mahdollisella tavalla, jotta he puolestaan jaksoivat huolehtia potilaista parhaalla mahdollisella tavalla. Tällä aikakaudella sekä potilaan että henkilöstön asemaan tuli merkittävä parannus ja hoitotyö eli kukoistuskauttaan.

Perhehoito käynnistettiin 1932 maamme piirimielisairaaloista ensimmäisenä. Perheisiin sijoitettiin vain sellaisia potilaita, joiden terveydelle ja kehitykselle voitiin odottaa olevan siitä hyötyä. Perhehoidossa potilas saattoi opetella vapaampiin oloihin ja näin oppia selviytymään hoidon jälkeen kotonaankin. Uuden hoitomuodon tärkeyttä kuvasi se, että ylihoitaja Pakalén ja ylilääkäri Soininen tekivät alkuun itse perhehoitomatkat, vaikka se oli hankalaa ja vei runsaasti aikaa, kun matkat tehtiin hevostyöillä. Työ- ja askarteluhoitoa kehitettiin määrätietoisesti ja vuonna 1932 työtätekeviä potilaita oli jo yli 80 %. Avohoitotoiminta käynnistyi vuonna 1935, kun Kellokosken huoltotoimisto perustettiin. Se jakautui vastaanottotoimintaan ja kotikäynteihin. Edistyksellisenä voi pitää myös



Hoitajia Kartanon ulkoilupihalla 1920-luvulla.

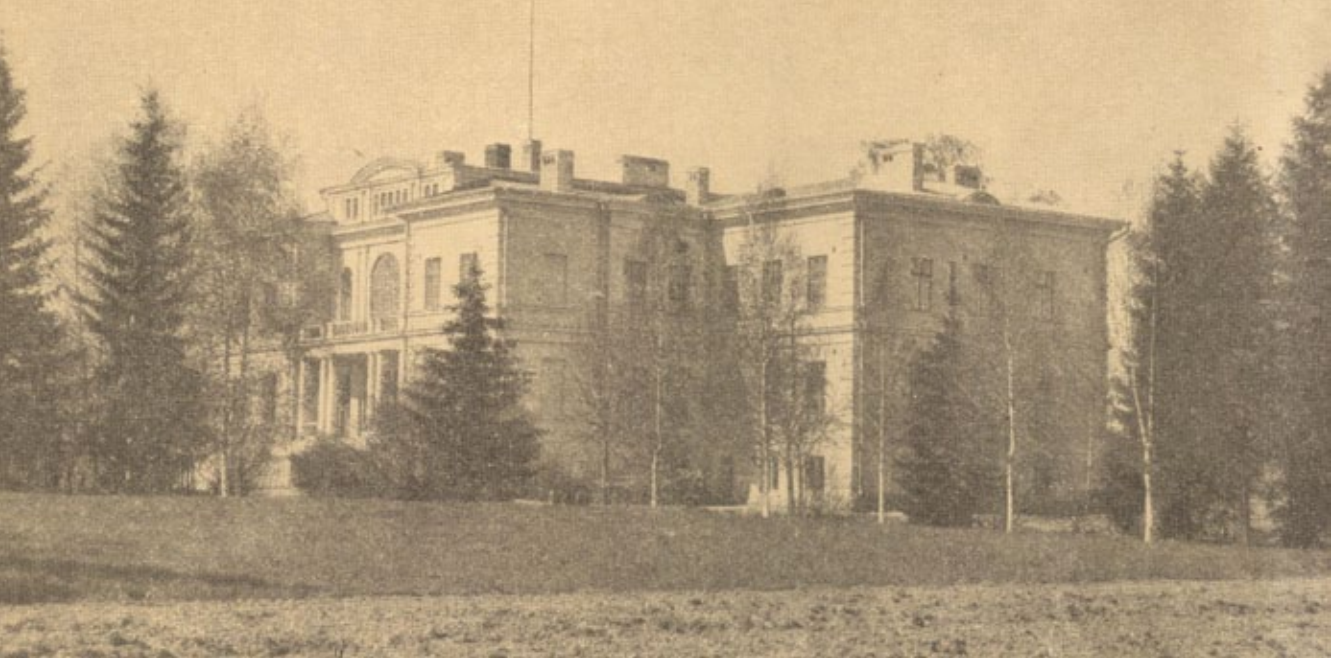


Hoitajia puistossa 1950-luvulla.

sitä, että pitkäaikaispotilaille hankittiin asuntoja läheltä sairaala-aluetta, jolloin oli mahdollista työn ja palveluiden tarjoaminen sairaalan kyläosastolta. Tämän päivän tärkeä työmuoto liikkuva työ ja kotikäyntityö ovat jo 80 vuotta vanhoja toimintatapoja. Tämä työmuoto on välillä kadotettu uusien tuulien puhaltaessa, mutta taas 2000-luvulla sen tarpeellisuutta korostetaan, ja olemme perustaneet liikkuvia työryhmiä tai tehostetun avohoidon yksiköitä. Sen sijaan perhehoito on lopetettu, koska viime vuosina oli vaikea saada perhehoitokoteja ja löytää sopivia potilaita perhehoitoon.

Lääketieteellisten hoitojen kehittyminen vaikutti hoitajien työtehtäviin. Kellokosken sairaalassa otettiin käyttöön ensimmäisenä Suomessa insuliinishokkihoito vuonna 1936. Vuosina 1936–39 annettiin 300 potilaalle tätä hoitoa, mikä tarkoitti 8000 sokkia eli lähes 30 sokkia potilasta kohden. Hoitajien työtehtävä on ollut todella vastuullinen ja vaativa. Sotavuosien ajaksi tätä hoitomuotoa jouduttiin rajoittamaan insuliinin ja hoitajapulan vuoksi, mutta se elpyi vuonna 1945 ja jatkui 1960-luvulle. Tämän hoitomuodon toteutus on vaatinut ylihoitajalta tarkkaa hoitotyön ja hoitajien riittävyyden suunnittelua, sillä edelleen 90 % potilaista osallistui myös työhoitoon.

Sairaalan ympäristön ihmisten tuli tuntea kylässä sijaitseva laitos enakkoluulojen ja asenteiden muuttamiseksi myönteiseen suuntaan. Sairaala-alue oli aidattu, ja sivullisten henkilöiden kulkeminen sairaala-alueella oli kielletty sakon uhalla. Sairaala-alueella potilaat olivat vielä erikseen lankkuaitojen sisällä kävelypihoilla, naiset ja miehet erikseen. Ylihoi-



Kellokosken sairaalan Kartanorakennus 1920–1930-luvulla.

tajan ensimmäiseen kevääseen kuului näiden lankkuaitojen kaataminen, silloin hän oli samalla todennut, että koko Tuusula olkoon potilaiden kävelypihana. Näillä toimenpiteillä hän tähtäsi muutokseen suhtautumisessa mielisairaisiin. Asenteiden muuttamiseksi ja yhteisöllisyyden lisäämiseksi myös ylilääkärit Soininen ja Alivirta tekivät merkittävää työtä ylihoitaja Pakalénin kanssa. Sairaala-apulainen Kirsti Viikmanin muistelu: ”*En malta olla muistelematta tohtori Alivirtaa. Hän oli humoristinen uurastaja. Esiintyi varattomien potilaiden hyväksi järjestetyssä juhlassa näytelmän ensirakastajana. Hän tanssitti potilaita heille pidetyissä tanssiaisissa ja tuli frakki päällä tervehtimään jouluaattoitana potilaita. Hän istui toipilaitten pöytään juomaan heidän kanssaan kahvia ja keskusteli kansanomaisesti. Tämä teki hyvän vaikutelman sen ajan ihmisiin. Potilaan asia oli hänelle sydämen asia.*”

1950–1960: LAITOSHOITOA JA POTILAAN PUOLESTA TEKEMISTÄ. Vuonna 1952 laadittiin uudet keskus-, tubi- ja mielisairaalalait. Laki velvoitti mielisairaloita perustamaan B-sairaloita rauhallisille pitkäaikaisille ja hoivaa tarvitseville potilaille. Silloinen käsitys oli, että potilaaksi joutunut hoidettaisiin laitoksessa. Yhteiskunnassa oli vielä ennakkoluuloja ja asenteet olivat kielteisiä mielisairaita kohtaan. Omaiset eivät puhuneet useinkaan sairastumisesta häpeäntunteen vuoksi, minkä takia potilaat oli usein unohdettu sairaalaan ja yhteydet olivat katkenneet. Lisäksi perinnöllinen sairauskäsitys vaikutti omaisten pelkoon. Vallitsevana yhteiskunnallisena käsityksenä oli, että vajaakuntoisten, hyödyttömien ja tuottamattomien ihmisten säilyttäminen laitoksissa oli taloudellista yhteiskunnalle. Tämä kuvaa asennetta, jossa ihmiset eivät olleet tasa-arvoisia ihmisenä eivätkä mielisairaiden oikeudet olleet samat kuin parempiosaisilla.

1950-lukua pidettiin sairaalassa ”avoimien ovien” sekä psykiatrisen hoidon kehittymisen vuosikymmenenä. Tällöin alettiin ottaa yhteyksiä potilaiden omaisiin ja avattiin mielisairaalan suljettuja ovia omaisille ja



Potilaita maataloustöissä.

vieraille. Ensimmäinen omaistenpäivä oli menestys vuonna 1959. Uudet hoidot tulivat ja mullistivat perinteitä, kuten leikkaushoidot, psyykenlääkkeet, toiminnalliset ryhmät sekä psykoterapiat. Henkilökunnalle alkoi toimipaikkakoulutus. Ensimmäinen neurolepti Largactil tuli käyttöön 1954. Lääkitys mahdollisti hoidon tulosten paranemisen ja helpotti potilaiden elämää sekä hoitotyötä osastoilla. Hoitotyössä oli vielä vallalla potilaan palvelu ja puolesta tekemisen periaate, joka tuki potilaiden passiivisuutta ja laitostumista.

1960-luvulla oli iso rakennemuutos. Palkkatyön lisääntyessä tarvittiin yhteiskunnallisia tukitoimia. Muutokset vaikuttivat sosiaalisiin suhteisiin, maailmankatsomukseen ja muovasivat asenteita. Ammattiyhdistystoiminta aktivoitui. 1960-lukua pidettiin palvelujen ja puolesta tekemisen vuosikymmenenä. Tavoite oli taata äkillisesti sairastuneille hoitopalveluja. Sairaalan toiminnassa heijastuivat yllilääkärin ja ylihoitajan arvoasetelmat: oikeudenmukaisuus, hienotunteisuus ja toisen kunnioittaminen. Johtamista pidettiin autoritäärisenä: yllilääkärin sana oli laki ja sitä noudatettiin. Oli vastuu ja vapaus sekä luottamus tehtävien suorittamisesta. Henkilökunnan tasa-arvoisuus toteutui, ja naishoitajat saivat saman palkan miesten kanssa, mihin edellisellä vuosikymmenellä ei ollut päästy.

Omahoitajasysteemi oli kehityksen alkuvaiheessa. Vuosikymmenen lopulla potilaat saivat nimetyn omahoitajan. Osastoille muodostui spontaaneja keskusteluryhmiä, joihin potilaat hakeutuivat keskustelemaan tutun hoitajan kanssa. Säännölliset ryhmät alkoivat 1960-luvun lopulla.

1970: MODERNISOITUMISEN VUOSIKYMMEN JA AVOHOIDON KEHITTÄMINEN.

Yhteiskunta alkoi modernisoitua 1970-luvulla. Muutokset näkyivät erilaisina uudenaikaistamisohjelmina, ammattirakenteen muuttumisena, erilaisten sosiaalisten etujen parantumisena sekä ihmisen elämän ja elintason kohentumisena. Psykiatrisessa sairaanhoidossa kehitettiin avohoitoa

Miespotilaat ulkoilulaitauksessa 1920-luvulla.







Potilashuone 1950-luvulla.

ja terveyskeskuksiin perustettiin ensimmäisiä ns. minitoimistoja. Avohoidossa aloitettiin kuntoutus- ja työkotitoiminta, jonka tarkoituksena oli kuntouttaa pitkään sairaalassa olleita potilaita. Vuosikymmenen lopussa sairaalan osastoja muutettiin sekaosastoiksi ja potilaspaikkoja vähennettiin. Avohoito kehittyi, ja sairaalasta siirtyi sairaanhoitaja avohoitoon. Vuosikymmenen loppupuolella oli työvoimapulaa ja sijaisuuksiin palkattiin kouluttamatonta henkilökuntaa.

1970-lukua on kutsuttu makuuhoidon vuosikymmeneksi. Hoitolinjassa tapahtui muutoksia. Potilaiden päivittäisiä toimintoja ei arvostettu eikä vaadittu. Kunnioitettiin potilaan omaa rauhaa ja itsemääräämisoikeutta. Potilas sai halutessaan viettää aikaansa makoillen osallistumatta mihinkään. Hänen ei tarvinnut huolehtia omasta hygieniastaan eikä ym-

päristöstään. Asiaan puututtiin vasta hajuhaittojen lisääntyessä. Kuntoutusajattelu alkoi kuitenkin voimistua 1970-luvulla myös Kellokosken sairaalassa. Sairaalan uusi ylilääkäri Reino Elosuo oli väitellyt vuonna 1966 skitsofreniapotilaan kuntoutuksesta ja päätenyt siihen, että laitostuneet pitkäaikaispotilaat olivat kuntoutettavissa opetuksellisin keinoin. Yli puolet potilaista oli ollut hoidossa yli kaksi vuotta. Siihen johtaneita syitä alettiin pohtia.

Työtoiminnan muutokset psykiatrisessa sairaalassa heijastivat yhteiskunnassa tapahtuneita työelämän muutoksia. Potilas sai tehdyistä työtehtävistään palkan ahkeruusrahana. Sairaalan työtehtävät muuttuivat. Työpisteitä vähennettiin, ja työ muuttui teollisuustyön kaltaiseksi. Maanviljelystyö ja karjanhoito loppuivat.

Työnohjaustoiminta oli käynnistynyt. Yksilö- ja ryhmätyönohjausta suositeltiin kaikille. Tällä pyrittiin vaikuttamaan hoitajien jaksamiseen ja ammattitaitoon. Sairaala oli koulutusmyönteinen sekä pitkä- että lyhytaikaisissa koulutuksissa. Omahoitajajärjestelmää kehitettiin. Keskusteluhoito oli tärkeää, ja osastoille perustettiin yhä enempi keskusteluryhmiä. Yksilöterapia oli muotia, ja yhteisöhoidolliset periaatteet vaikuttivat hoitonäkemyksiin. Sekä perheterapeuttinen että yhteisöhoidollinen näkemys lisääntyivät hoidossa, ja henkilökuntaa koulutettiin näiden alkeisiin. Leposidepotilaat saivat vierelleen oman hoitajan 1975, mikä oli muualla Suomessa harvinaista.

Osastojen toimintakertomuksista on luettavissa, että potilaiden uhka- ja väkivaltatilanteet lisääntyivät 1970-luvulla. Yhtenä syynä tähän oli, että lääkehoitoa ei arvostettu. Hoitajien muisteluissa tuli esiin, että tuolloin ajateltiin psykoosin tekevän hyvää potilaalle, psykoosissa potilas voi käydä rauhassa läpi vaikeita asioita. Jos sairaudentunnoton ja lääkekielteinen potilas kieltäytyi ottamasta lääkkeitä, alkoi puhuminen, jolla oli tarkoitus saada potilas yhteistyöhön. Tämä puhuminen saattoi kestää kaksi tuntia ja jatkua vielä seuraavassa työvuorossa.

1980-LUVUN POTILAAN VASTUUN LISÄÄNTYMISESTÄ POTILAAN ASEMAN PARANEMISEEN 1990-LUVULLA. 1980-luku oli hyvinvointivaltion rakentamisen vuosikymmen, johon kuuluivat resurssit ja palvelut. Vuosikymmentä kuvaa laman merkit, pankkikriisi, henkilökohtainen konkurssi, velkasaaneeraukset sekä taloudellisten huolien vaikutus mielenterveyteen. Huumeiden käyttö näkyi katukuvassa. Yhteiskunta alkoi voida pahoin. Psykiatristen potilaiden kuntoutusaate voimistui edelleen. Perustettiin lisää yksityisiä hoitokoteja mielenterveyskuntoutujille. Kuntoutuksella potilaita ohjattiin yhteiskuntaan ja tuottavaan elämään, pois laitoseskeisyydestä. Psykiatrisia sairaaloita lakkautettiin. Avohoitoa kehitettiin, mutta se ei ehtinyt kehityksen mukana. Näin syntyivät katuskitsofreenikot ja pyörövisyndroomapotilaat.

Kellokosken sairaalan 1980-luvun merkkitapahtumia olivat WHO:n hoitotyön kehittämisprojekti, skitsofreniaprojekti, uusien vastaanotto-osastojen avaaminen ja mielenterveystyön uuden aluejaon mukauttaminen Hyks-piiriin vastuualuejakoon sekä paljon julkisuutta saanut johtosääntökiista. Edelleen sairaansijoja vähennettiin ja osastoja muutettiin

sekaosastoiksi sekä tehtiin paljon saneeraustöitä. Sairaalaa vaivasi henkilökuntapula. Laadunhallinta tuli keskeiseksi koulutusajatuksiksi. Hoitotieteet alkoivat näkyä vaatimuksena hoitotyön kehittämislle.

Skitsofreniaprojektin myötä potilaita motivoitiin osallistumaan omaan hoitoonsa enemmän ja ottamaan siitä vastuuta. Päivittäiset perustoiminnot ja työterapia tulivat jokapäiväiseen hoitotyöhön. Skitsofreniaprojekti toi osastoille strukturoidun päiväohjelman ja sen mukana järjestelmällisyyttä ja rajoja yhteiseen eloon. Omahoitajan vastuu ja hoidon suunnittelu korostuivat. Avohoidon kehittyessä omahoitajan tehtäviin tulivat myös yhteydenotot osaston ulkopuolisiin verkostoihin ja omaisiin enenevässä määrin. Potilaat tarvitsivat paljon ohjausta ja neuvontaa jokapäiväisissä toiminnoissaan. Luovuutta tarvittiin, jotta saatiin makaavia ihmisiä itsensä ja ympäristönsä hoitamiseen.

1990-luvulla laman ja rahan puutteen ohella vaadittiin terveydenhuollon tehokkuuden nostamista, hoidollisten ja laadullisten asioiden kehittämistä. Laman seurauksena olivat työttömyys, sosiaalinen turvattomuus, itsemurhat ja moniongelmaisten potilaiden lisääntyminen psykiatrisessa hoidossa. Psykiatriset sairaansijat vähenivät kolmanneksen siitä, mitä ne olivat olleet 20 vuotta edeltävästi, ja yksityisten hoitokotien määrä kasvoi.

Psykiatrisen potilaan asemassa tapahtui muutoksia. Vuonna 1993 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki lisäsi potilaan oikeuksia ilmaista omia toiveita, näkemyksiä ja tulla paremmin kuulluksi tehtäessä päätöksiä häntä koskevista asioista.

Yliopistokoulutus lisääntyi, ja hoitotiede valtasi alaa. Hoitotiede toi uudenlaisia käsityksiä ja tutkittua tietoa hoitotyöhön. Sairaalassa oli 1990-luvulla erilaisia projekteja sekä lisääntyvästi tutustumismatkoja ulkomaille. Turvallisen hoidon kehittämiseen ja väkivallan ehkäisyyn oli kiinnitetty huomiota. Englannin Reaside-oikeuspsykiatrian klinikan hoitajat olivat kouluttamassa hoitohenkilöstöä väkivallan ehkäisystä ja turvallisesta hoidosta (MAPA). MAPA-koulutus alkoi 1990-luvulla nuorisopsykiatriassa ja on nyt levinnyt myös aikuispsykiatriaan ja on nykyään osa psykiatrian perehdytysohjelmaa kaikille ammattiryhmille.

Potilaspaikat olivat vähentyneet Kellokoskella 20 vuoden aikana 640 sairaansijasta 299 sairaansijaan. Uusi sairaanhoitolaki tuli voimaan, ja Kellokoski muuttui osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä 1999.

2000-LUKU: POTILAAN OSALLISUUS JA AVOHOITOVETOINEN HOITAJÄRJESTELMÄ. Toimintaympäristö muuttuu nopeasti. Muutospaineita aiheuttavat väestön koulutustason nousu ja tietoisuus omaan terveyteen vaikuttavista tekijöistä, yhteiskunnan odotukset sekä tutkimustiedon lisääntyminen. Uudet hoitomenetelmät ja -teknologia kehittyvät, sosiaali- ja terveyspoliittiset painopisteet muuttuvat ja taloustilanne kiristyy. 2000-luvulla on tapahtunut ja tapahtuu monia organisaatio- ja rakennemuutoksia. Hoidon kehittämiseen ja laatuun satsataan määrätietoisesti. Lainsäädäntö on luonut potilaan oikeudet, jotka tulee huomioida hoidon suunnittelussa ja yhteistyössä potilaan kanssa.

Mielenterveys- ja päihdekysymykset yhdistyvät ensimmäistä kertaa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuoteen 2015 (Mie-

li-2009). Suunnittelun yhdistyminen on ollut tärkeää, sillä mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat suurimpia kansanterveyden huolia. Mieli-2009-ohjelma painottaa asiakkaan aseman vahvistamista ja osallisuutta, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä, ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä perus- ja avohoitopalveluja. Avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi vielä 2000-luvullakin, kun suhteettoman suuri osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista kohdistuu laitoshiitoon. Sairaansijat ovat vähentyneet 1990-luvun 12 400 sairaansijasta n. 3500:aan vuonna 2014 tavoitteen ollessa 3000 vuonna 2015. Psykiatriset hoitopäivät ovat vähentyneet 30 % viimeisen 10 aikana, ja vastaavasti avohoidon käynnit ovat lisääntyneet 30 % viimeisen kuuden vuoden aikana. Potilasmäärät ovat lisääntyneet 22 % psykiatriassa, joten vaadittua hoidon tehostumista on tapahtunut niin Kellokoskella kuin koko Suomessa.

Hoitotyö on muuttunut yhteiskunnallisten muutosten ja vaatimusten tahdissa. Vaikka peruslähtökohdat ovat samat kuin aikaisemminkin (terveyden edistäminen, sairauden kanssa pärjäämisessä tukeminen, ennaltaehkäisevä mielenterveystyö), nykyisin vaaditaan hoitotyössä enenevässä määrin lisätaitoja ja mukautumista nopeaan muutokseen. 2000-luvulla sairaanhoitajille on tehtäväsiirtojen ja laajennetun työnkuvan kautta siirretty lisätehtäviä ja -vastuuta, kuten Kellokosken sairaalassa vuonna 2004 käynnistetyssä Psykiatrian uudistuva työnjako koulutuksessa (PUT). Psykiatrian resursointi on parantunut selvästi 2000-luvulla, vaikka päinvastaisiakin näkemyksiä esiintyy. Euroopan komission raporteissa ja OECD-maiden vertailuissa Suomen psykiatrian henkilöstöresurssit, hoitaja- ja lääkärimäärät, ovat yli keskitason. Suomen psykiatristen sairaaloiden hoitajamäärä oli 2010 sama kuin vuonna 1990 (yli 5000), jolloin psykiatristen sairaansijojen lukumäärä oli kolminkertainen. Myös hoitajien koulutustaso on noussut merkittävästi. Tämä kehitys on näkynyt selvästi myös Kellokosken sairaalassa.

Hoitotiede on tänä päivänä tärkeä osa monitieteellistä tutkimustoimintaa psykiatriassa ja mielenterveystyössä. Kellokosken sairaalassa on ollut aktiivista hoito- ja monitieteellistä tutkimustoimintaa, erityisesti pakon käytön vähentämiseen, palvelujärjestelmän ja uusien hoitomallien kehittämiseen liittyen. Sairaala on ollut mukana keskeisissä kansallisissa ja kansainvälisissä hankkeissa. Näistä mainittakoon EU-hanke ePsychNurse.Net, jossa kehitettiin verkkokurssi vaihtoehtoja mielenterveyspotilaan kohtaamiseen Turun yliopiston vetämänä ja kuuden EU-maan yhteistyönä. Refinement-palvelujärjestelmätutkimuksessa THL:n vetämänä ja yhdeksän EU-maan yhteistyönä tutkittiin rahoitusjärjestelmien vaikutusta mielenterveyspalvelujen laatuun. Suomi–Japani-yhteistyöhanke Sakura ja Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi ovat keskittyneet pakon käytön vähentämiseen, eristämiskäytäntöjen kehittämiseen ja vaihtoehtojen käyttöönottoon potilaan hoidossa. Hoitotieteen alueelta on valmistunut kolme väitöskirjaa (Jyrkinen 2005, Kontio 2011 ja Soininen 2014), ja parhailaan on neljä väitöskirjatyötä työn alla. Tällä hetkellä Kellokoskella työskentelee kaksi tohtoria ja II maisteria hoitotyön esimies- ja asiantuntijatehtävissä ja maisteriopinnoissa on kolme.

2000-luvulla on suosittu sellaisia kehittämishankkeita, jotka ovat syntyneet yksiköiden työntekijöiden aloitteesta, arjen konkreettisista työtilanteista. Näin yhdistyy käytännön kehittäminen, tutkiminen ja työssä taapahtuva oppiminen ja koulutus. Uudistuksia ja valmiita ratkaisuja ei tuoda ulkoapäin eikä hallinnollisina määräyksinä. Esimerkkinä tällaisista toimitatutkimuksista voisi mainita osaston 20 vuosina 2002–2004 toteutettu Vaikeahoitoisuus haaste työryhmälle (Vaiho) sekä Turun yliopiston, HUS:n ja Työsuojelurahaston tutkimushanke Turvallinen työn hallinta vuosina 2012–2013. Kun yksikön työntekijät ovat aktiivisia oman alueensa asiantuntijoita, he itse keksivät ja kehittävät työnsä työvälineitä. Näin työntekijät vahvasti sitoutuvat itse rakentamiinsa uudistuksiin.

POHDINTA. Ihmisen kohtaaminen kokonaisuutena, terveyteen tähtäävä hyvä hoito ja omassa ympäristössä selviytyminen tulivat hoitotyön tavoitteiksi jo 1930-luvulla ja ovat päteviä edelleen. Tuolta ajalta asti hoitotyö on sisältänyt elämän perusasiat, kuten puhtaus, pukeutuminen, ruokailu, ulkoilu, lepo ja hoidollinen ympäristö. Osastojen siisteys ja viihtyisyys, potilaiden puhtaus, hyvä käytös ja rauhalliset ruokailutilanteet posliiniasioista syöden kuvaavat ihmisen arvostamista ja kunnioittamista 1930-luvulta tähän päivään. Kaikkina aikoina on korostettu potilaan ja hoitajan välistä luottamusta, joka parhaimmillaan syntyy hoitosuhteessa ja omahoitajuudessa. Jo sairaalan ankeina alkuvuosina, kun potilailta oli unohtunut tavallisen elämän taidot ja heitä oli kohdeltu huonosti, hoitajien tuli luoda luottamus potilasiin. Ylihoitaja Pakalénin mukaan mielisairaalassa vietetty aika pitäisi olla ihmisen rikkainta oppimisaikaa, joka auttaisi häntä myöhemmin elämässä selviytymään moninaisista ristiriidoista ja vaikeuksista. Hoitajien työtä on kuvattu ihmiskeskeisenä toimintana, jossa ei korosteta potilaan käsitettä, vaan ajatellaan ennen kaikkea ihmistä.

Hoitajien työn luonne ja rooli ovat muuttuneet yhteiskunnallisen kehityksen mukaan. Aikaisempina vuosikymmeninä hoitajat asuivat sairaalassa tai sen lähistöllä ja viettivät myös vapaa-aikaansa potilaiden kanssa. Osastoilla elettiin yhteisönä, mutta myös koko sairaala ja Kellokosken kylä elivät yhtenä suurena yhteisönä. Oli urheilu- ja huvitilaisuuksia, elokuvailtoja, konsertteja, iltamia Männistön lavalla. Lisäksi monet sairaalassa pitkään olleet potilaat toimivat työntekijöiden lastenhoitajina, puutarhureina ja talonmiehinä. Tänä päivänä työntekijän työ- ja vapaa-aika erotetaan selkeästi toisistaan. Potilaat eivät toimi enää työntekijöiden lastenhoitajina tai talonmiehinä eikä perinteisiä yhteisöllisiä tilaisuuksia ole samalla tavalla. Yhteisöllisyys on muuttanut luonnettaan, ja suurin osa työntekijöistä asuu kaukana sairaalasta. Sairaalan yhteisöllisyyttä on kuitenkin haluttu vaalia perinteitä kunnioittaen, on johdon joulukierrat, kesä- ja joulujuhlat, sairaalan ja Kellokosken kylän yhteiset konsertit sekä juhlapäivien huomiointi osastojen arjessa.

Jokaisena vuosikymmenenä on kehitetty jotain uutta ja merkittävää. Samalla useimmiten on myös menetetty hyviä käytäntöjä uusien tuulien puhaltaessa. Avohoitotoiminnan liikkuva työ ja kotikäyntityö aloitettiin jo 1935, mutta välillä tämä on kadotettu. Jotain on ”uutena” keksitty, vaikka juuret olisivatkin 80 vuoden takana. Työterapia ja ”osastojen arki-



Potilaita ruokailemassa Kartanorakennuksen päiväsalissa.

askareet” joutuivat väistymään lääkehoidon ja psykoterapian nousukaudella. Yhteisöhoito ja ryhmähoidot kadotettiin yksilövastuiseen hoitotyön myötä tai kun ylipäätään alettiin korostaa yksilönäkökulmaa vahvasti. Nyt tänä päivänä on syytä uudelleen kaivaa esiin terapeuttisen yhteisön hoitoperiaatteet yksilökeskeisen tarkastelun rinnalle. 2000-luvun hoitotieteelliset tutkimuksemme osoittavat potilaiden ja omaisten toivovan vuorovaikutusta hoitajien ja lääkäreiden kanssa, läsnäoloa, mielekäs-tä tekemistä ja toimintaa sekä turvallista ja kodikasta hoitoympäristöä. Potilaat ja omaiset kokevat, että hoitajilla ja lääkäreillä on kiire ja että nämä viettävät paljon aikaa kansliassa tietokoneen äärellä. Potilaiden ja omaisten muistutukset ja valitukset kohdistuvat nykyään eniten potilaan kohtaamiseen, kohteluun ja vuorovaikutukseen. Niinpä hoitotyössä ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa tulee palata 1930-luvulla määriteltyjen perusasioiden äärelle ja pohtia näitä koulutuksen, johtamisen ja osaamisen haasteena.

Hoitotyö eli kukoistuskauttaan Pakalénin aikakaudella. Näiltä vuosikymmeniltä löytyy paljon historian kirjoituksia, koska se oli merkityksellistä aikaa Suomen psykiatriassa. Lääkintöhallitus ohjasi ja valvoi mielisairaaloiden toimintaa vahvasti, saatiin koulutettuja työntekijöitä, uusia hoitomuotoja ja toimintatapoja kehitettiin. Pakalén ja Soininen olivat

oman aikakautensa ututteria, rohkeita ja avarakatseisia pioneereja. He uskaltautuivat tarkastelemaan asioita kansainvälisesti ja rohkaisivat myös työntekijöitään ulkomaille oppiin. Lisäksi he toinen toisensa työtä ja toimintatapoja arvostaen tekivät työtä kumppaneina, aloittaen kumppanuusjohtamisen aikakauden Kellokoskella. Tämän jälkeen Kellokoskella on ollut useita ututteria, rohkeita ja avarakatseisia johtajia hoitotyössä ja lääketieteessä, joiden aikaansaannokset ovat merkittäviä.

Potilaille on pyritty tarjoamaan niin hyvä hoito kuin se on ollut mahdollista kunakin aikakautena. Potilaisiin suhtautuminen on ollut kunnioittavaa, ja heidän hyväkseen on tehty kaikki mahdollinen sen hetken parhaimman tiedon mukaan. Merkillepantavaa on ollut ylihoitajien ja ylilääkäreiden sekä monien muiden työntekijöiden vahva sitoutuminen ja intohimo tai rakkaus työhön potilaiden hyväksi, jossa ei aina virkatyöaika riitä. Mielisairaalamuutosten perustamisen jälkeen hoito ja hoitotavat ovat kokeneet monenlaisia muutoksia ja uudistuksia. Lainsäädäntö, asetukset ja eletyn ajan yleisesti hyväksytyt totuudet sekä hoitotavat ovat vaikuttaneet uudistuksiin. Potilaan asema ja oikeudet ovat parantuneet vuosien saatossa. Tänä päivänä potilaat ja omaiset toimivat aktiivisesti eri työryhmissä ja myös johtoryhmässä. Uudet hoitovirtaukset ovat ajoittain sekoittaneet vanhoja ja hyviä keinoja, mutta hyväksi koetut asiat ovat säilyttäneet merkityksensä nykypäivään.

Pakalénin eläköityessä 1955 kuvasi Apu-lehden toimittaja artikkelissaan ”Vieraana mieliharhojen talossa” Kellokosken sairaalan hoitoympäristöä: *”Ei missään mitään kaltereilla varustettuja ikkunoita, ei läpinäkymättömiä muureja, ei ahdistavaa vankilatunnelmaa. Avaraa, monitahoista pihamaata halkovat hiekoitetut käytävät, viehättävissä kukka- ja pensasistutuksissa kasvaa Pirkan koivuja, hortensioita ja tuijia. Tämän laitoksen entisen ylihoitajan silmäterä ja loppumattoman huolenpidon kohde on satumaisen kaunis.”* Nyt liki 60 vuotta ylihoitaja Pakalénin eläköitymisestä istun Kartanon työhuoneessani ja katson ulos ikkunasta, josta näen edessäni tämän Apu-lehden kuvaaman hoitoympäristön. Tunnen suurta ylpeyttä siitä, että Pakalénin seuraajat ovat vaalineet tätä työtä. Sekä yhteiskunnallisen kehityksen myötä uudistaneet hoitotyötä ajan vaatimusten mukaisesti kuten Pakalén aikoinaan – potilaiden ja henkilöstön hyväksi.

Lähteet:

- Jyrkinen Anna Riitta: Anna Pakalén, Kellokosken sairaalan ylihoitaja, Kellokosken sairaalan julkaisu 1996:1.
- Jyrkinen Anna Riitta: Mielisairaanhoidon Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915-1918. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu: E. yhteiskuntatieteet 120, Kuopion yliopisto, Kopijyvä, Kuopio 2005. ISBN 951-781-959-5.
- Kontio Raija, Numminen Maaria, Stjerna Anneli: Vaikeahoitoisuus haaste työryhmälle, Vaiho-projekti 2002-2004. Kellokosken sairaalan julkaisu 2004:3, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Psykiatrian tulosyksikkö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2004. ISBN 952-9679-23-8.
- Nenonen Heljä, Autio Mirva, Jyrkinen Anna Riitta, Rytsälä Seija: Hoitotyötä Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisu 1998:1. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.
- Uudenmaan mielisairaanhoidon kuntainliiton vuosikertomuksia ja kuntainliittokertomuksia vuosilta 1959-1989.



KELLOKOSKEN SAIRAALAN JOHTOSÄÄNTÖKIISTA 1983

RAIJA KONTIO
TIMO LAAKSONEN
RISTO VATAJA

Tämän artikkelin kirjoittajat eivät ole työskennelleet Kellokosken sairaalassa johtosääntökiistan aikana. Artikkeeliin saadut tiedot ovat peräisin lehdistön kirjoittamana ja ylilääkäri Erkki Pulkkinen haastattelusta.



Kellokosken sairaalassa käytiin vuonna 1983 ainutlaatuinen johtosääntökiista, joka nosti sairaalan lehtien etusivuille. Kiistan osapuolina olivat Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin liittohallitus, Lääkäriliitto ja Tehy. Vakavimmillaan kiista johti lääkäreiden joukkoirtisanoutumiseen, mikä aiheutti potilaiden hoidon ja sairaalan toiminnan kannalta kriittisen tilanteen. Johtosääntökiista herätti voimakkaita tunteita laajasti, varsinkin hoitajien ja lääkäreiden keskuudessa, ja se vaikutti Kellokosken sairaalan toimintaan vielä kiistan jo ratkettuakin.

KIISTAN TAUSTOJA. Sairaalaliiton kehittämä uusi johtosääntömalli otettiin Kellokosken sairaalassa käyttöön syyskuun ensimmäisenä päivänä 1981. Johtosääntö siirsi hoitotyöhön liittyvää päätösvaltaa ylilääkäreiltä ylihoitajille. Lääkärit päättivät edelleen potilaiden sairaalaan ottamisesta, hoitosuunnitelmasta ja lääketieteellisestä hoidosta sekä uloskirjoituksesta. Ylihoitajat vastasivat hoitotyön suunnittelusta ja johtamisesta. Kuntayhtymän liittohallituksen esittelijöinä toimivat johtava lääkäri, johtava ylihoitaja ja talouspäällikkö. Kellokosken sairaalassa vahvistettiin uusi johtosääntö vuonna 1981, kaksi vuotta ennen johtosääntökiistan alkua. Eri työntekijäryhmien muodostaman työryhmän valmisteleva yksimielinen esitys vahvistettiin Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton liittovaltuustossa, eikä valitusaikana sitä kohtaan esitetty huomautuksia.

Kellokosken johtosääntöä laatineen toimikunnan puheenjohtaja Maili Mustonen esitti toimikunnan näkemyksen johtosääntökiistan taustoista Helsingin sanomissa (1983). Hänen mukaansa johtosääntömuutosta valmistettiin puolitoista vuotta, ja valmistelutyössä olivat mukana mielisairaanhuoltopiirin johtava lääkäri, johtava yli-

hoitaja, talousjohtaja, johdon edustajia sekä eri ammattijärjestöjen nimeämät henkilöstön edustajat. Työn lähtökohtana oli Sairaaliiton silloinen johtosääntömalli. Selvitystyön perusteella selvitettiin, kuinka päätöksenteko ja vastuunjako vastasivat toisiaan. Sairaalan johtamisessa johtavalle lääkärille näytti kuuluvan edelleen enemmistö asioiden valmistelusta ja esittelystä, mutta selkeästi myös talousjohtajalle kuuluvia puhtaasti ekonomisia asioita tai vastaavasti johtavalle ylihoitajalle kuuluvia hoitotyöhön liittyviä asioita oli eroteltavissa. Tämän pohjalta ja mielisairaslakia noudattaen määriteltiin sairaalan ylimmän johdon sisäinen vastuunjako. Liittovaltuusto hyväksyi ehdotuksen yksimielisesti. Niin sanotun vanhan neuvotteluoikeuslain mukaisten neuvottelujen käymisestä olisi liittohallituksen silloisten esittelijöiden tullut tehdä esitys liittohallitukselle. Esitystä ei kuitenkaan tehty, ja siihen liittyvät neuvottelut jäivät käymättä, koska sopimukseen oli päästy yksimielisesti. Juuri tähän juridiseen yleisestä menettelytavasta poikkeamisen tarjoamaan ”porsaanreikään” Lääkäriliitto tarttui alkaessaan vaatia johtosääntöön muutoksia.



Keski-Uusimaa 3/1983.

LÄÄKÄRILIITTO SOTAJALALLA. Noin vuoden kuluttua uuden johtosäännön voimaan tulosta vuonna 1982 Lääkäriliitto ja Sairaanhoitajaliitto kävivät neuvotteluja ja sopivat yleisellä tasolla keskenään sairaaloiden johtosääntöihin liittyvistä keskeisistä periaatteista. Tämä sopimus ei sinänsä vielä mitenkään liittynyt Kellokosken mielisairaanhuoltopiiriin jo hyväksytyyn johtosääntöön. Olikin yllättävää, että sopimuksesta huolimatta Lääkäriliitto riitautti voimakkaasti myös AKAVA:n ja sairaalan johtavan ylilääkärin hyväksymän johtosäännön ja otti käyttöön yhden rajuimmista aseistaan eli hakusaarron. Vaatimuksena lääkäriliitolla oli johtosäännön uudelleen käsittely.

Johtavan lääkärin Reino Elosuon irtisanoutuminen tammikuussa 1983 käynnisti johtosääntökiistassa uuden vaiheen. Elosuo oli myös sairaalan ainoa dosentti, ja yliopiston erikoislääkärikoulutusosoikeuksien säilyminen edellytti sairaalalta vähintään dosenttitasoisien kouluttajalääkärin toimimista koulutusvastuussa. Elosuon irtisanoutumisen myötä Kellokosken sairaala menetti oikeutensa toimia erikoistuvien lääkäreiden opetussairaalana. Kun sairaala menetti koulutusosoikeutensa, se menetti myös seitsemän psykiatriaerikoistumassa ollutta nuorta lääkärinä, sillä erikoistuminen ei enää ollut Kellokoskella mahdollista, ja lääkäreiden oli löydettävä uusi opetussairaala. Elosuo itse kiisti, että hänen eroamisellaan olisi ollut mitään yhteyttä johtosääntökiistaan. Hän kertoi lehtihaastatteluissa harkinneensa eroaan muista syistä jo kolmen vuoden ajan ja konkreettisemmin johtosääntökiistaa edeltäneen vuoden kevästä alkaen. Hän ei kuitenkaan kiel-

tänyt, etteikö seitsemän muun lääkärin erossa olisi kyse työtaistelusta.

Elosuon ja erikoistuvien lääkäreiden lähdön jälkeen Lääkäriliitto alkoi painostaa jäljelle jääneitä muitakin lääkäreitä irtisanoutumaan. Painostus oli kovaa, ja lääkärit alkoivat yksi toisensa jälkeen irtisanoutua. Heille oli lääkäriliiton avulla etsitty virka valmiiksi muualta Suomesta. Johtosääntökiistan aikana lopulta Kellokosken sairaalan kaikki lääkärit irtisanoutuivat kahta lääkäriä lukuun ottamatta. Sitten Kellokosken akuuttipsykiatriassa ylilääkärinä työskennellyt Virpi Raitasuo oli kiistan aikaan äitiyslomalla ja vastaavasti nuorisopsykiatrian ylilääkärinä myöhemmin elämäntyönsä tehnyt tohtori Erkki Pulkkinen haki vuodeksi virkavapautta omasta tehtävästään, johon hän palasi sairaalan tilanteen rauhoituttua.

Tuolloinen Kellokosken sairaalan johtava ylihoitaja Kaija Lehto kertoi Helsingin sanomien haastattelussa käsityksensä, että Lääkäriliitto täysin sairaalan ulkopuolisena toimijana puuttui Kellokosken sairaalan sisäisiin asioihin ilman jäsentensä omaa pyyntöä ja ylläpiti koko kiistaa. Lehdon mukaan oli kyseenalaista, että vastuu joidenkin tehtävien johtamisesta oli aikaisemmassa johtosäännössä kirjattu toisen ammattiryhmän jäsenille, kun toinen ammattiryhmä teki työn. Hoitohenkilökunta halusi Lehdon mukaan olla suunnittelemassa ja päättämässä työstään, mikä olisi myös potilaiden etu. Sairaalan arjessa ei Lehdon mielestä kiistoja tai vaikeuksia kuitenkaan ollut. Yhteisesti tehty johtosääntö oli tyydyttänyt kaikkia osapuolia. ”On ilo sanoa, että meillä yhteistyö sujuu,” Lehto totesi. Myös johtavan ylilääkäri Elosuon mielestä ”Yhteistyö toimii niin kauan kuin ihmissuhteetkin”, eikä hänen mielestään johtosäännön asetelmia vallankäytön näkökulmasta ollut jouduttu kokeilemaan.

SAIRAANHOITAJALIITON JA LIITTOHALLITUKSEN REAKTIOT. Riidan jatkuminen ei loppujen lopuksi ollut kenenkään osapuolen etujen mukaista, ja tilanteen ratkaisemiseksi Lääkäriliitto ja Sairaanhoidajaliitto käynnistivät kahdenkeskeiset neuvottelut. Neuvottelut etenivät suotuisasti, mutta ongelmat vaikeutuivat, kun Lääkäriliitto halusi vielä neuvotella Kellokosken sairaalan liittohallituksen kanssa tehdäkseen muutosesityksiä hyväksytyyn ja voimassa olleeseen johtosääntöön. Liittohallitus ei suostunutkaan lääkäriliiton pyytämiin neuvotteluihin vaan liitolle ainoastaan ilmoitettiin, että pyyntö on merkitty tiedoksi. Samoin kävi Lääkäriliiton tekemille johtosäännön muutosesityksille.

Myös Kellokosken sairaalaa ylläpitäneen kuntainliiton liittohallitusta kiista repi eri rintamiin. Liittohallituksen puheenjohtaja Ikkasen mielestä liittohallituksen kanta oli ollut liian härkämäinen, kun päätöksiä ei uusissa olosuhteissa kyetty muuttamaan. Hänen mielestään liittohallitus ei ole ollut kypsä ottamaan päätöksissään vastuuta tulevasta. Pienet ja muodolliset seikat nousivat suhteettoman suureen ja tilanteen ratkaisemista vaarantavaan asemaan, kun hallitus yritti ratkoa ongelmaa ”ei mitään periksi” -mentaliteetilla. Pitkän kunnallispoliitikon uransa aikana Ikkasen sanoi joutuneensa vaikeiden asioiden kanssa tekemisiin, ”mutta kyllä nyt käsissä on yksi vaikeimpia.”

Liittohallitus päätti vielä selvittää, olisiko kuntainliitolla mahdollisuuksia vaatia alioikeudessa vahingonkorvausta Lääkäriliiton järjestöliikkeen

toimien aiheuttamasta vahingosta. Tämä pahensi neuvottelutilannetta entisestään niin, että monien sairaalahallinnon asiantuntijoiden mielestä riidan ratkaiseminen ei olisi voinut onnistua kuntainliitto- tai järjestötasolla. Apuun odotettiin eduskuntaa ja ministeriötä.

KIISTA RATKEAA. Sairaalan lääkäritilanne oli loppukevään ja kesän 1983 ajan lähes katastrofaalisen huono, kun hankalimmillaan kaksi laillistettua lääkäriä vastasi sairaalan toiminnasta ja 430 potilaan hoidosta. Kiistan aikana tiedotusvälineissä annettiin kielteistä kuvaa sairaalan työtilanteesta, mikä vaikeutti uusien työntekijöiden hakeutumista sairaalaan.

Tilanne alkoi onneksi purkautua sen jälkeen, kun johtosääntöä vielä keran muutettiin. Lääkäriliitolle tarjoutui kunniallinen ulospääsy hankalasta ja lääkäreiden julkista kuvaa rasittavasta riidasta, kun liittovaltuusto vahvisti tämän hieman korjatun uuden johtosäännön. Muutokset olivat kosmeettisia eivätkä keskeiset vallanjakoon liittyneet muutokset palanneet ennalleen. Liittovaltuusto vahvisti uuden johtosäännön kesäkokouksessa, jonka jälkeen sairaalan toiminta syksyn aikana normalisoitui myös lääkäriytyövoiman osalta. Reino Elosuon jälkeen johtavaksi lääkäriksi valittiin Leo Somnardahl ja hänen varamiehekseen Henrik Wahlberg. Erkki Pulkkinen palasi virkavapaalta vuoden kuluttua tohtoriksi väitelleenä, ja yliopiston kanssa saatiin sovittua, että tohtorintutkinto teki hänestä ja Kellokosken sairaalasta yliopistoklinikan alaisuudessa pätevän erikoislääkärikoulutusta varten. Opetussairaalastatus helpotti uusien lääkäreiden saamista Kellokosken sairaalan, ja syksyllä 1983 lääkäritilanne oli jälleen lähes normaali.

MISTÄ JOHTOSÄÄNTÖKIISTASSA OIKEIN OLI KYSE? On epäselvää, minkä vuoksi johtosääntökiista käytiin nimenomaan Kellokosken sairaalassa, kun monet muutkin sairaalat olivat ottaneet käyttöön vastaavan uuden johtosääntömallin. Taustalla saattoi olla lääkäriliiton pelko perinteisten valta-asetelmien muuttumisesta, ja sopivan tilanteen tullessa hankaus ehkä tietoisesti nostettiin selkkaukseksi. Tiedossa oli, että Kellokosken johtava lääkäri Reino Elosuo oli suunnittelemassa toisiin tehtäviin siirtymistä, mikä loi otollisen asetelman Lääkäriliiton näkökulmasta. Voi myös olla, että kyseessä oli vain sattumien summa. Lehdistössä arveltiin myös, että Lääkäriliitto halusi kiistan avulla nostaa jäseniensä arvostusta ja palkkausta. Ajankohta sopi siihen hyvin, sillä virkaehtosopimusneuvottelut alkoivat kolmen viikon päästä johtosääntökiistan käynnistämisestä. Esimerkiksi Iltalehti otsikoi kiistan aikaan, kuinka ”Kellokosken sairaalassa pelataan repivää peliä vallasta, vastuusta ja johtosäännöstä. Pelaajina ovat Lääkäriliitto, kuntainliitto ja Tehy ja pelinappuloina 500 potilasta.”

Taustalla olevien suurempien ja piilossa vaikuttavien intressiriitojen puolesta puhuisi se, että julkisessa käsittelyssä olleissa erimielisyyksissä kyse oli varsin mitättömistä asioista ja muodollisuuksista, jotka saivat eri osapuolien välillä valtavat mittasuhteet. Yksikään osapuoli ei halunnut antaa asiassa periksi.

Nyt kolmenkymmenen vuoden kuluttua kiistan syitä pohdittaessa tarjoutuu syyksi laajempi yhteiskunnallinen murros, joka liittyi miesvaltaisen ja hyväpalkkaisen lääkärikunnan vallan murenemiseen osana yleistä

tasa-arvokehitystä. Kellokosken sairaala ja siellä työskennelleet lääkärit ja hoitajat selviytyivät kriisistä kunniakkaasti, ja välit eri ammattiryhmien välillä ovat kriisin jälkeenkin olleet erinomaiset. Olisi tekopyhää väittää, että tämän kaltaiset kiistat olisivat jääneet Kellokosken ja yleisesti suomalaisen terveydenhuollon historiaan, vaikka näin suurta ja konkreettisesti arjen työhön ja potilaiden hoitoon asti ulottuvaa riitaa ei onneksi olla sittemmin sairaalassamme tai muuallakaan nähty.

Kun kolmekymmentä vuotta sitten riideltiin siitä, kuka mitäkin toimintaa johtaa, on nykyisin tulenarka kysymys siitä, voiko sairaanhoitaja olla lääkärin esimies. Eri ammattiryhmien, mutta varsinkin sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisten valtasuhteiden määrittelyssä on viime vuosinaikin Suomessa jouduttu kiistatilanteisiin, joissa omasta johtosääntökiistastamme tuttuja aseita, kuten joukkoirtisanoutumisuhkaa, on käytetty painostuskeinoina. Kellokoskella Kiista on onneksi kaukaisessa menneisyydessä, mielenkiintoisena osana sairaalamme värikästä historiaa.

Lähteet:

- Etelä-Suomen sanomat 13.2.1983
- Iltalehti 11.3.1983
- Uusi Suomi 11.2.1983
- Helsingin sanomat 9.2.1983
- Yliääkäri Erkki Pulkkinen haastattelu

Kellokosken sairaalan johtosääntöä muutetaan

Lääkärit lupasivat purkaa hakusaarron

Hyvinkäällä (HS) Lääkärien irtisanoutumisen aiheuttanutta Kellokosken sairaalan johtosääntöä muutetaan. Sairaalan liittohallitus on hyväksynyt sosiaali- ja terveysministeriön esityksen ja Lääkäriliitto on puolestaan luvannut purkaa virkojen hakusaarron.

Sairaalan toimintaa uhanneessa johtosääntökiistassa on kyse lääkärin ja sairaanhoitajien valtataistelusta. Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto on hyväksynyt Kellokoskelle johtosääntöä, joka poikkeaa Lääkäriliiton ja Sairaalaliiton sopimasta mallista.

Kiistan seurauksena Kellokosken viidestätoista lääkäristä irtisanoutui kahdeksan. Osa irtisanoutuneista lähtee sairaalasta maaliskuun puolivälissä. Lääkärripulankin sairaalasta on jo kotiutettu noin kolmekymmentä potilasta ja

ensi viikolla aiotaan tyhjentää vielä yksi 28:n potilaan osasto.

Sairaalan liittohallituksen lääkäri-liitolta saamien terveisten mukaan Lääkäriliitto purkaa lauantaipäivän viransijaisuuksia koskevan hakusaarron, mikäli liittohallitus rupeaa valmistelemaan johtosääntömuutosta. Virkoja koskeva hakuikielto jää voimaan kesäkuuhun asti, jolloin liittovaltuusto päättää johtosääntömuutoksesta.

Liittohallitus hyväksyi yksimielisesti pyöreäksi muotoillun esityksen, jonka mukaan johtosääntöä ruvetaan tarkistamaan Sairaalaliiton johtosääntömallin ja nykyisen johtosääntömallin pohjalta. Lääkäriliitto on hyväksynyt Sairaalaliiton mallin.

Johtosääntömuutosesitys syntyi Kellokosken sairaalan edustajien neuvoteltua asiasta sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

Onko johtosääntö pelkkää aprillia?

Kellokosken sairaalan kuntainliiton liittohallitus on viimeisimmän julkisen tiedonannon perusteella vaarassa ajautua henkiseen korruptioon. Laitoksen sisäisen yhteistyön tuloksena on tarkistettu johtosääntö realiteettien mukaisesti toimintatapojen ja vastuunjaon suhteen. Ainoa muuttunut käytäntö koski johtavan ylihoitajan esittelyvoikeutta oman vastualueensa asioihin nähden liittohallituksen kokouksissa.

Meillä työntekijöillä on ollut selainen käsitys, että dynaamista yhteistyökykyä on ollut ennen johtosäännön tarkistusta kuin myös vuoden päivät sen jälkeenkin. Yhteistyö on sujunut tuttuun, haasteita sisältävään tapaan.

Tuntuukin käsittämättömältä, että Lääkäriliitto on alkanut nyt esittää uhkauksiaan ja vaatimuksiaan johtosäännön suhteen, varsinkin kun säädettyinä aikana ei minkäänlaista reagointia tai neuvottelupyyntöä ollut esitetty.

Tästä kaikesta on mahdollista vetää mm. sellainen johtopäätös, että Kellokosken sairaalassa on jo aikoja sitten tehty kyseenalaiseksi militaristinen hierarkkinen järjestelmä, jossa potilaan osa on olla se välttämätön paha.

Sen sijaan on toiminnassa kautta

linjan pyritty inhimilliseen vuorovaikutukseen, jossa potilasta ihmisenä ei aseteta hoitohenkilökunnan armoille. Tällä asenteella pysytään toimimaan vain sellaisissa yhteisöissä, joissa jokainen jäsen kokee oman persoonallisen vastuunsa ja arvonsa.

Nyt Lääkäriliitto on huomannut tämän ihmisten välistä tasa-arvoa kannattavan ideologian käyvän itselleen kovin uhkaavaksi. Ajatellun ovat kaikki sairaalan lääkärit menneet mukaan.

Työnohjaajina toimiessamme olemme joutuneet toteamaan, että kahden suljettavan osaston henkilökunnan työolosuhteet ovat olleet työsuojelullisesti arveluttavat jo pitkemmän aikaa. Tämä on johtanut osastojen sijaintirakennukseen ja itse osastoihin kohdistuneesta saaneeruksesta.

Osastoilla olleiden potilaiden hoitosedellytykset ovat olleet vajaat. Pelkästään olosuhteiden vuoksi osastojen toiminta olisi voitu keskeyttää tai siirtää muihin olemassaoleviin tiloihin.

Osastojen sulkemisen päätösprosessia sivusta seuranneena ei ole voinut olla myös panematta merkille, että osastojen sulkeminen ajoittuu sopivasti hoitamaan vaikean vuosilomasijaiksymyksen koulutetun henkilökunnan turvin. Lääkärien työtaistelua ajatellen osastojen sulkemisella on ensisijaisesti ollut uutisnäköä tyydyttävä arvonsa.

Jos me nyt Kellokoskella joudumme toteamaan, että vakauksella laadittu ja pääpiirteissään psykiatrisen sairaanhoidon luonteen huomioiva johtosääntö onkin vain "aprillia", niin miten voidaan olettaa, että yhden vähälukuisen ammattiryhmän itsekeskeiseen ja ihmisarvoa loukkaavaan vaatimukseen mukautuminen voisi taata tulevaisuudessa toinen toistaan kunnioittavan asennoitumisen ja työrauhan.

Liisa Anttila
! Helvi Söderlund
erikoissairaanhoitaja
Tuusula

POTILAAN KOKEMUS PAKON KÄYTÖSTÄ PSYKIATRIASSA – NÄKÖKULMIA EETTISEEN PÄÄTÖKSENTEKOON

Päivi Soininen
osastoryhmänpäällikkö,
psykoosit vastuualue



Teemme päätöksiä päivittäin ja useita kertoja päivässä. Usein päätöksen tekemiseen liittyy eettinen näkökulma. Eettisessä päätöksenteossa joudumme ratkomaan tilannetta, jolloin ratkaisu ei koskaan ole ideaalinen, ja se sisältää aina ratkaisunkin jälkeen ristiriitoja. Päätöksentekotilanteessa jokainen siinä tilanteessa toimiva osallinen tuo tilanteeseen omat periaatteensa, elämänarvonsa, omat ammatilliset eettiset koodit, kokemukseen perustuvat tietonsa ja ammatilliset, tutkitut tietonsa. Terveystieteissä on pitkään ollut vallalla ns. paternalistinen päätöksentekomalli, jossa ammattilaiset tekevät päätöksiä potilaan puolesta omaan asiantuntijuuteensa vedoten. Yhä enemmän päätöksenteossa huomioidaan potilaan osallisuus ja asiantuntijuus oman hoitonsa suhteen.

Tieteellisessä tutkimuksessa potilaiden kokemuksia pakon käytöstä psykiatrisessa hoidossa on tutkittu 1970-luvulta, mutta kiinnostus tutkia aiheita on ollut kuitenkin vielä vähäistä eli muutamia tutkimuksia. Kiinnostus tähän tutkimusalueeseen kasvoi 2000-luvulla. Vuonna 2014 valmistunut väitöstutkimukseni aihe keskittyi nimenomaan potilaiden kokemukseen pakosta, lähinnä eristämisestä ja sitomisesta sekä sen yhteydestä elämänlaatuun. Taustateorianäkökulmaksi tutkimuksessani oli Jonsenin ym. eettisen päätöksenteon malli, jossa yksilöllisesti tilanteiden ratkaisemisessa tulisi huomioida lääketieteelliset indikaatiot, potilaat toiveet hoitonsa suhteen, hoidon vaikutukset potilaan elämänlaatuun ja konteksti, missä päätös tehdään ja myös potilaan elämäntilanne (perhe, uskonnollinen vakaumus, sosiaalinen tilanne ym.).

PAKKO PSYKIATRIASSA. Valitettavasti psykiatrisessa hoitamisessa ei aina ole mahdollista toteuttaa

hoitoa täydessä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Silloin kun potilas sairaudestaan johtuen pyrkii vahingoittamaan itseään, toisia ihmisiä ja ympäristöään, joudutaan käyttämään rajoittamista ja tahdonvastaisia toimenpiteitä. Näitä toimia ja niiden käyttöä määrittää lainsäädäntö. Tahdonvastaisia toimia ovat muun muassa potilaan eristäminen, tahdonvastainen lääkitseminen, hoidollinen kiinnittäminen, omaisuuden haltuunotto, yhteydenpidon rajoittaminen.

Hoidossa tulee aina pyrkiä suojelemaan elämää, välttämään haittaa ja edistämään hyvän tulosta potilaan elämään. Ratkaisuja tehdessä tulisi kunnioittaa potilaan vapaata tahtoa, itsemääräämisoikeutta, ja ratkaisujen tulisi olla oikeudenmukaisia.

Useiden tutkimusten mukaan potilaat kokevat pakon, varsinkin eristämisen, traumaattisena kokemuksena ja mieluummin rangaistuksena kuin hoitona. Kuitenkin toimet on koettu myös tilannetta rauhoittavina ja siten auttavina. Tutkimuksessani potilailta kysyttiin arvioita saamastaan hoidosta eristämisen jälkeen kolmessa sairaalassa ja seitsemällä akuutilla, päivystyksellisellä tai oikeuspsykiatrisella osastolla. Vastauksissaan potilaat kokivat saavansa hoitajien huomioita, mutta heidän mielipiteensä oman hoidon suhteen jäi huomioimatta. Vaikka eristämisestä koettiin hienoista hyötyä, potilaat kokivat eristämisen turhana hoitonsa kannalta. Erityisen negatiivisena hoidon aikana eristetyistä potilaista saamansa hoidon kokivat naiset sekä vanhemmat potilaat.

Tutkimukseni toisessa osassa potilaat arvioivat elämänlaatuaan sairaalahoidon päättymisvaiheessa. Tuloksissa verrattiin hoidon aikana eristettyjen ja ei-eristettyjen potilaiden elämänlaatua. Tuloksia vertailtaessa ei-eristettyjen potilaiden ryhmästä valittiin iältään, sukupuoleltaan ja diagnoosiltaan vastaava ryhmä. Hoidon aikana eristetyt potilaat kokivat elämänlaatunsa huomattavasti paremmaksi kuin ei-eristetyt potilaat. Tu-



loksesta ei voi suoraan vetää johtopäätöstä, että eristäminen kohentaisi potilaan elämänlaatua. Potilaiden hoitoaika oli melko pitkä (ka 2,5 kk), ja eristäminen tapahtui yleensä hoidon alussa. Hoidon aikana potilaat saivat monenlaista hoitoa ja kuntoutusta, joilla oletettavasti oli voittoa kohentava merkitys.

Tuloksista voi kuitenkin vetää joitakin johtopäätöksiä. Ensiksikin potilaiden osallisuutta oman hoitonsa suhteen tulee hoidossa lisätä. On tehty useita tutkimuksia psykiatristen potilaiden ja asiantuntijoiden jaetusta päätöksenteosta ja todettu, että potilaat kykenevät osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Ammattilaisten tulee kehittää omia vuorovaikutustaitojaan löytää tapa ilmaista asioita niin, että potilaat kykenevät sen pohjalta ilmaisemaan näkemyksensä. Hoitopäätökset eivät sen jälkeen ehkä tunnukaan niin vastentahtoisilta ja ne voitaisiin paremmin toteuttaa yhteisymmärryksessä.

Potilaat ja heidän omaisensa ovat asiantuntijoita, ja potilaan toipumista auttavat tekijät tulee yksilöllisesti huomioida. Olemme ottaneet käyttöön myös psykiatrisen hoitotahdon, jonka avulla potilaat voivat ilmaista tahtonsa kirjallisessa muodossa ja myös ilmaista henkilön, jolta hoitotahtoa voidaan tiedustella, mikäli sitä väliaikaisesti ei kykene itse ilmaisemaan. Tavoite hoidossa on tukea potilaiden ja heidän läheistensä itsenäistä selviytymistä ja auttamistoimet tulisi suunnata yhä enemmän heidän elämäntilanteidensa tukemiseen. Tulisi löytää apuvälineitä ja ongelmanratkaisua, joka tukisi itsenäistä selviytymistä. Tahdonvastaisiin toimiin johtavia tilanteita tulisi pyrkiä ennaltaehkäisemään, ja apua avohoidossa tulisi olla tarjolla riittävästi.

Osastohoidossa potilaan rauhoittaminen, turvallisuudentunteen ja luottamuksen rakentaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä tavoitteita. Ystävällinen kohtaaminen ja aito, tietoa antava vuorovaikutus ovat olleet asioita, joita monet potilaat ovat kokeneet hyvinä asioina osastohoidossa, kun itsellä ahdistus lyö päälle.

Osastojen rakenteet eivät useinkaan tarjoa yksityisyyttä, huoneet ovat jaettuja huoneita toisen tai toisten kanssa, ja jotkut eristämisen kokeneet pyytävät päästä eristyshuoneeseen, jotta saisivat olla rauhassa. Tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota yhä enemmän osastojen rakenteisiin ja yksityisyyden mahdollistamiseen. Hyviä kokemuksia on ns. rauhoittumishuoneista. Toiminnallisia keinoja tulee myös kehittää, jotta potilaiden turhautumista osastotiloissa voidaan ehkäistä silloin, kun vapautta liikkua on jouduttu rajoittamaan.

Lähteet:

- Jonsen A, Sigler M, Winslade W 2006. *Clinical ethics: A practical approach to ethical decision making in clinical medicine*. 6th edition. The McGraw-Hill Company. USA
- Tuohimäki C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. *Acta Univ. Oul. D 940*. Oulu
- Duncan E, Best C, Hagen S 2010. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), Art. no: CD007297. DOI: 10.1002/14651858.
- Soininen P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. *Acta Univ. Turku D 1102*. Turku.

PAKKOJA JA VAIHTOEHTOJA 100 VUOTTA

RAIJA KONTIO
tulosityksikön varajohtaja,
ylihoitaja, TtT



Kellokosken sairaalassa potilaita on eristetty ja sidottu aivan yhtä pitkään kuin heitä on hoidettukin. Pakon käyttö, kuten eristäminen ja sitominen, ovat edelleen käytössä olevia hoitomuotoja, joista haluaisimme luopua, mutta emme ole siinä vielä onnistuneet. Kohtelu on toki historian kuluessa muuttunut humanimmaksi sitten aikojen, jolloin pelottavan eristyssellin uskottiin parantavan hulluutta. Sairaalassa on tehty määrätietoisesti ja pitkäjänteisesti työtä väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi ja pakon käytön vähentämiseksi. Tavoitteena on ollut vähentää pakon käyttöä potilashoidossa ja lisätä eristämiseen ja sitomiseen vaihtoehtoisten toimintatapojen ja hoitomenetelmien käyttöä sekä lisätä potilaan osallisuutta hoidossa. Kirjoituksessani luon katsauksen pakon ja vaihtoehtojen historiaan ja nykypäivään.

HISTORIAKATSAUS. Kansainvälisesti tarkasteltuna mielisairaanhoito oli suurelta osin eristämistä ja koppihoitoa vielä 1900-luvun alkuun asti, vaikka merkittävät pakon vähentämisen ja humanin hoidon kannattajat, lääkärit Conolly ja Tuke Englannissa, Pinel Ranskassa ja Chiarugi Italiassa olivat vaikuttamassa siihen, että mielisairaanhoito olisi mahdollista ilman pakkokeinoja. He korostivat, että rajoittavien keinojen tilalle tulisi kehittää muita rauhoittamiseen tähtääviä toimenpiteitä ja hoitomuotoja. Tavoitteena oli, että mielisairaiden hoito laitoksissa järjestettäisiin potilaille miellyttäväksi, heistä pidettäisiin hyvää huolta ja kohdeltaisiin yksilöllisesti, ystävällisesti ja rakkaudella. Heille olisi järjestettävä sopivaa toimintaa sekä virkistystä, ja olisi saatava aikaan muutos myös suhtautumisessa heihin. Nämä uudistukset vaativat hyvää ja koulutettua henkilökuntaa. He korostivat psykiatrisessa hoidossa

humaanisuutta, koulutuksen merkitystä ja pyrkimystä vähäiseen rajoittamiseen. Toisaalta he kaikki pitivät eristämistä ja sitomista välttämättömänä hätätilanteiden hoidossa.

Suomessa lääkintöylihallituksen sihteeri Karl Grönlund vaati väitöskirjassaan jo vuonna 1828 pakkokeinojen hylkäämistä sairaiden hoidossa. Niiden sijaan hoito- ja parannuskeinoina hän tarjosi liikuntaa, kevyttä työtä, matkustelua, musiikkia, kylmiä kylpyjä, vahvoja ulostuslääkkeitä, suoneniskentää ja rakkuloita nostattavia ulkoisia lääkkeitä. Lapinlahden ylilääkäri Christian Sibelius oli jo omana toimintakautenaan 1913–1922 pyrkinyt poistamaan pakkotoimenpiteet. Hän oli hyvin selvillä pakkotoimenpiteiden vahingollisuudesta ja oli sitä mieltä, että potilaat levottomilla osastoilla olivat juuri sellaisia, minkälaiseksi pakkokeinojen käyttö oli heidät saanut. Pakkokeinojen käytön lopettaminen myöhemmin osoitti, että potilaat eivät olleet lainkaan niin vaarallisia kuin oli uskottu. Heidän vaarallisuutensa ajateltiin johtuneen siitä, että heitä oli kohdeltu epäinhimillisesti, mikä oli herättänyt heissä vihaa ja katkeruutta.

Kellokosken sairaalassa ylihoitaja Anna Pakalén ja ylilääkäri Aarno Soininen ottivat käyttöön vuodesta 1931 alkaen vapaampia hoitotapoja. Niihin kuuluivat vapaakävelyoikeudet potilaille, avo-osastot työssä käyville potilaille, perhehoito ja kotihuolto sekä asteittainen siirtyminen vapaaseen yhteiskuntaan. Ylihoitaja Pakalénin johdolla olikin heti hänen aloitettuaan työnsä kaadettu sairaalan kävelypihojen aidat ja poistettu ristikot ikkunoista sekä poltettu pakkopaidat. Työhoito oli syntynyt yhtenä hoitokeinona pyrittäessä pakkokeinoista vapaisiin hoitomuotoihin. Potilaaseen suhtautumisessa tavoitteena oli, että ei etsitty sitä, mikä oli sairaalloista, puutteellista ja hukkaan joutunutta, vaan sitä mitä oli jäljellä terveestä ihmisestä, voimavaroista ja kyvyistä. Pakollinen lepo ja toimettomuus aiheuttivat veltostumisen ja työtehon alenemisen, joka vasta säännöllisen harjoituksen ja toiminnan avulla palautui entiselleen. Työn avulla pyrittiin edistämään sairaan aloittekykyä, itsehillintää, keskittymiskykyä ja velvollisuuden tunnetta. Uskottiin, että työ on paras silta, joka voi johtaa sairaan harhojen maailmasta todellisuuteen ja auttaa häntä liittymään ympäristöön. Esimerkkinä tästä voi mainita, että levottomille naispotilaille oli vuonna 1933 perustettu käsipesula, jossa oli tilaa 18 potilaalle. Monet potilaat, joita oli turhaan koetettu saada aloittamaan muunlainen työskentely, pääsivät siellä työn alkuun, ja sen vaikutukset rauhoittumiseen, unen ja ruokahalun paranemiseen olivat ilahduttavat.

PAKON KÄYTÖN VÄHENTÄMINEN JA VAIHTOEHTOJEN TARJOAMINEN TÄNÄ PÄIVÄNÄ. Pakon käytön vähentäminen ja vaihtoehtojen tarjoaminen sekä potilaan osallisuuden lisääminen hoidossaan on edelleen keskeinen tavoite. Mieli-2009-suunnitelma asetti tavoitteeksi psykiatristen sairaansijojen vähentämisen 3000:en ja pakkotoimien vähentämistä 40 % vuodesta 2009 vuoteen 2015 mennessä. Tänä päivänä tavoitellaan samaa kuin humanit pioneerit 100 vuotta sitten, eli potilaista tulee pitää hyvää huolta ja kohdella yksilöllisesti, ystävällisesti ja rakkaudella. Potilaille olisi järjestettävä sopivaa toimintaa ja virkistystä, sekä olisi saatava aikaan muutos suhtautumisessa heihin. Tänä päivänä eristämisen ja sitomisen käyttöä on

**Entisaikaan käytössä ollut
tuppipaita.**



säädely mielenterveyslaissa (1116/1990). Mikäli eristämistä ja sitomista käytetään potilaan hoidossa, se tulee tapahtua turvallisesti, potilasta kunnioittaen ja lääkärin valvonnassa. Potilaan tulee saada inhimillistä kohtelua ja hoitoa sekä tietoa eristämisen tai sitomisen syistä ja kestoista. Potilaan oma tahto tulee ottaa rajoitustoimissa huomioon, myös alaikäisen potilaan kohdalla huomioiden hänen ikänsä ja kehitysvaiheensa.

HUS:n psykiatrisissa sairaaloissa on tutkittu pakon käyttöä viime vuosina. Pakkoa kokeneet potilaat kertoivat saavansa hoidossaan huomiota ja voivansa ilmaista mielipiteensä, mutta kuvasivat, ettei heidän mielipidettään päätöksenteossa otettu huomioon. Osa potilaista koki hyötyvänsä eristämisestä, ja hoidon jälkeen heidän elämänlaatunsa oli kohentunut. Sitomisen kokeneet alaikäiset nuoret suhtautuivat siihen ristiriitaisesti, nähdessä siinä sekä hyötyjä että haittoja. Monet nuoret kuvasivat sitomisen rangaistuksena, silti he näkivät sitomisen tarpeellisena toimenpiteenä psykiatrisessa hoitotyössä. Kuitenkin potilaiden kokemukset eristämisestä ja sitomisesta ovat pääosin kielteisiä. He ovat kokeneet ahdistusta, pelkoa ja yksinäisyyttä. Potilaat ovat kuvanneet puutteita tiedonsaannissa, henkilökunnan vuorovaikutuksessa sekä perustarpeiden toteuttamisessa.

Hoitajat ja lääkärit kokevat potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen sekä pakon käytön ahdistavana ja eettisesti ristiriitaisena. Jokapäiväisissä hoitotilanteissa psykiatriassa lääkärit ja hoitajat joutuvat tekemään hoitopäätöksiä olosuhteissa, joissa on punnittava väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan tilanne suhteessa muiden potilaiden tilanteeseen ja osaston turvallisuuteen. Miten rauhoittaa ja hoitaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta? Potilaat, hoitajat ja lääkärit ovat esittäneet kehittämishdotuksia nykyisiin hoitokäytäntöihin ja vaihtoehtoja pakon käytölle. Näitä kehittämishdotuksia ja vaihtoehtoja on otettu käyttöön HUS Psykiatrian ”Vaihtoehtoja pakolle” -hankkeessa, jossa hyödynnetään Kevin Ann Huckshornen kuuden ydinkohdan teoriaa pakon käytön vähentämiseksi.

I. MÄÄRÄTIEOTOISELLA OSALLISTAVALLA JOHTAMISELLA MAHDOLLISTETAAN HALUTTU MUUTOS. Jo historiakatsauksemme osoittaa, että määrätietoiset ja humanit johtajat ovat mahdollistaneet pakon käytön vähentämisen ja potilaiden kohtelun yksilöllisesti ja inhimillisesti. Ylihoitaja Pakalén ja ylilääkäri Soininen aikakaudellaan aloittivat vapaampien hoitomuotojen käytön Kellokosken sairaalassa, kuten vapaakävelyt, avo-osastot ja työtoiminnan. Edelleen johtajat pitävät organisaation perustehtävän kirkkaana ja visioivat tulevaa. Vuoteen 2015 mennessä on tavoitteena vähentää eristämisen ja sitomisen käyttöä 40 % vuoden 2011 luvuista sekä määrinä että kestoina mitattuna. Näitä lukuja seurataan säännöllisesti ja rinnalla vaihtoehtojen käyttöä hoitotyön kuukausiraportin pohjalta. Kaikki esimiehet ja ammattiryhmät osallistuvat hoitokulttuurin kehittämiseen. Pakon käytön vähentäminen ja vaihtoehtojen käyttö nostetaan keskusteluun säännöllisesti esimieskokouksissa, johtoryhmissä, osastokierroilla ja koulutuspäivissä. Johtoryhmissä ja esimieskokouksissa tehdään linjauksia toimintaan ja ympäristöön liittyen. Esimerkiksi joissakin sairaaloissa eristäminen ja sitominen on keskitetty tietyille osastoille. Näin joiltakin

osastoilta on voitu kokonaan poistaa eristämishuoneet ja muuttaa ne potilaiden rauhoittumishuoneiksi, kuten oikeuspsykiatrian osastolla 30.

2. TUTKIMUSTIETO OHJAA KLIINISTÄ TYÖTÄ. 2000-luvun tutkimuksissa potilaat, hoitajat ja lääkärit ovat esittäneet monia inhimillisiä vaihtoehtoja eristämiseen ja sitomiseen, mutta ne eivät ole toteutuneet riittävästi osastoilla. Vaihtoehdot ovat säilyneet lähes samoina historiamme ajan, eli henkilökunnan läsnäolo potilaan vierellä ja inhimillinen vuorovaikutus, mielekäs päiväohjelma ja aktiviteetit, tarkoituksenmukainen lääkehoito sekä viihtyisä ja turvallinen ympäristö. Hoitajan merkitystä on kuvattu keskeisenä. Ylihoitaja Lyyli Kinnunen kirjoitti jo vuonna 1938: *”Hoitajan tulee ymmärtää potilasta ja osata oikealla tavalla suhtautua häneen. Tämän edellytyksenä on, että hoitaja tuntee potilaansa. Hänen on pyrittävä saamaan selville, minkälainen potilas on ollut ennen sairastumistaan ja mitkä oireet ovat seurauksia itse sairaudesta. Ymmärtämiseen tulee liittyä lämmin myötätunto sairasta kohtaan. Myötätuntoa ja ymmärrystä osoittamalla voi voittaa potilaan luottamuksen, mikä on aivan välttämätöntä voidaksemme onnistua työssämme. Luottamus potilaan ja hoitajan välillä säilyy parhaiten, jos totuutta ehdottomasti noudatetaan. Potilaalta ei tule salata todellista asianlaitaa eikä kaunistella olosuhteita. Ei pidä teeskennellä uskovansa potilaan harhoihin. Ei pidä luvata potilaille mitään sellaista, mitä ei pysty toteuttamaan.”*

Tänä päivänä HUS tekee tiivistä yhteistyötä Helsingin, Turun, Tampereen ja Itä-Suomen yliopistojen sekä Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa pakon käytön vähentämiseksi ja uusien hoitomenetelmien kehittämiseksi tutkimustietoon pohjautuen. HUS Psykiatria on osallistunut moniin kansainvälisiin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin. Suomen ja Japanin eristämiskäytäntöjen kehittämishankkeessa ”Sakura” (hankejohtajat toimialajohtaja Grigori Joffe ja psykiatri Toshie Noda) on testattu instrumentteja väkivaltariskin arviointiin, eristämisen ja sitomisen seurantaan sekä eettiseen päätöksentekoon. Turun yliopiston vetämissä EU-hankkeessa ”ePsychNurse.Net” (hankejohtaja professori Maritta Välimäki) tavoitteena on ollut kehittää hoitajien ammatillista osaamista eettisesti korkeatasoisen hoitotyön turvaamiseksi psykiatrian osastoilla. Hankkeessa on kehitetty verkkokurssi ”Vaihtoehtoja mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.”

3. HENKILÖSTÖ TARVITSEE KOULUTUSTA JA TUKEA. Henkilöstön koulutuksen ja tuen merkitys tiedostettiin kansainvälisesti jo 1900-luvun alussa ja Kellokosken sairaalassa 1930-luvulla, kun haluttiin saada aikaan muutos suhtautumisessa potilaisiin ja muuttaa hoitoa humanimmaksi ja vähentää pakon käyttöä. Työolosuhteiden ja työympäristön turvallisuuteen kuuluvat tänä päivänä henkilöstön työhön perehdyttäminen, täydennyskoulutuksen mahdollistaminen, työnohjaus ja muu tuki, kuten esimiesten sekä työterveyshuollon ja työsuojelun palvelut. Hoitajat ja lääkärit ovat toivoneet käytännönläheistä koulutusta ja työnohjausta kliinisiin tilanteisiin liittyneinä, joko potilaan äärellä tai jälkikäteen ongelmatilanteita läpikäymällä moniammatillisessa työryhmässä. He ovat toivoneet koulutusta myös vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön sekä potilaan väkivaltaisen

käyttäytymisen syiden ymmärtämiseen. Ongelmalähtöinen koulutus ja työnohjaus, jossa eettiset ja lainsäädännölliset kysymykset käsitellään samanaikaisesti potilasesimerkkien kautta, on todettu tutkimuksissa tehokkaiksi. Eettisesti vaikeat tilanteet halutaan puida omien esimiesten kanssa. Esimiesten, työryhmän ja työterveyshuollon tuki koulutuksen lisäksi tuo lisähyödyn eristämiskäytäntöjen kehittämiseen. Tavoitteena on yhtenäinen koulutusohjelma HUS Psykiatriassa pakon käytön vähentämiseen, vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön ja hoitokulttuurin kehittämiseen liittyen. Tällä hetkellä koulutuksen painoalueita ovat: väkivaltariskin arviointi, väkivaltatilanteiden hallinta ja turvallinen hoitaminen, trauman käsittely sekä vaihtoehdot mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

4. ARVIINTIVÄLINEET ARJEN SYSTEMAATTISEEN KÄYTTÖÖN. Henkilöstön koulutus ja arviointivälineiden systemaattinen käyttö arjessa kulkevat käsi kädessä. Suomesta on puuttunut tutkimustietoon pohjautuvat kirjalliset ohjeet pakon käytön vähentämiseen ja vaihtoehtojen käyttöön liittyen. Tämä on ollut selvä puute kliinisen työn kehittämiseksi kansallisesti. HUS:in ”Käsikirja mielenterveyslain mukaisista rajoitteista ja pakkotoimista” sisältää kirjalliset ohjeet kliiniseen työhön ja sisältää HUS psykiatrian käytössä olevat lomakkeet. Lisäksi se sisältää myös potilasesitteet pakkotoimista ja tahdonvastaisesta hoidosta. Kliinisessä työssä tarvitaan työkaluja ja arviointivälineitä väkivaltariskin arviointiin, eristämisen ja sitomisen seurantaan, vaihtoehtojen käyttöönottoon ja traumatietoisuuden lisäämiseen. Henkilöstön tulee saada koulutusta ja tukea näiden työkalujen käyttöön. Työkaluja testataan muutamilla osastoilla ennen laajempaa käyttöönottoa.

5. POTILAAN OSALLISUUS MAHDOLLISTAA MUUTOKSEN. Ilman potilaiden osallisuutta pakkokeinojen vähentäminen ei onnistu. Keskeinen haaste Suomessa on potilaiden eli kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukanaolo mielenterveystyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa – myös pakkotoimien vähentämiseen tähtäävässä työssä. HUS psykiatriassa kokemusasiantuntijoita on nimetty kehittämistyö- ja ohjausryhmiin sekä psykiatrian tulosityksikön johtoryhmään. Pohdintaa on käyty myös kokemusasiantuntijoiden käytöstä ulkopuolisina asiantuntijoina potilaan eristämisen- tai sitomistilanteita käsiteltäessä. Yhteistyö paikallisten mielenterveysyhdistysten kanssa on ollut hedelmällistä. Kokemusasiantuntijoiden näkökulmasta merkittävänä uudistuksena kehittää potilaan autonomiaa on ollut psykiatrisen hoitotahdon käyttöönotto sekä sairaalassa että avohoidossa. Se on toteutunut muun muassa psykiatrisen hoitotahdomakkeen kehittämistyöhön osallistuneiden kokemusasiantuntijoiden kautta. Psykiatrisen hoitotahdon on eräs keino lisätä potilaiden itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuutta omaan hoitoonsa. Psykiatrisessa hoitotahdossa potilas ilmaisee hoitoonsa liittyviä toiveita sellaisen tilanteen varalta, missä hän ei ole itse kykenevä ilmaisemaan omia toiveitaan. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi sairaalahoitoon joutuminen psyykkisen häiriön seurauksena. ”Niiden potilaiden kanssa, joilla tahdosta riippumattomasti hoitoa joudutaan harkitsemaan

toistuvasti, laaditaan sopimus psykiatrisesta hoitotahdosta heidän sairautensa ollessa paremmassa vaiheessa.”

6. JÄLKIPUINTI TÄRKEÄÄ POTILAALLE JA HENKILÖKUNNALLE. Väkivalta-, eristämis- ja sitomistilanteen läpikäynti on tärkeää sekä potilaan että henkilökunnan näkökulmasta. Silti näitä tilanteita ei pureta systemaattisesti, vaikka se nähdäänkin eräänä keskeisenä keinona eristämisen ja sitomisen vähentämiseen tähtäävissä ohjelmissa. Tilanteita voidaan käydä läpi esimiesten kanssa. Myös ulkopuolisen henkilön, kuten potilasasiamiehen tai sairaalapastorin, käyttö on suositeltavaa. Tilanne voidaan käydä läpi välittömästi lyhyesti työvuorossa mukana olevien kanssa. Potilas voi olla mukana mikäli jaksaa osallistua. Perusteellinen jälkipurku analyysineen ja jatkosuunnitelmineen tulisi tehdä muutama päivä tapahtuman jälkeen. Tällöin on hyödyllistä, jos tilannetta vetää ulkopuolinen henkilö. Potilaan on tärkeää osallistua tilanteeseen. Erityisesti esimiesten tulee huolehtia, että jälkipurku tapahtuu. Tilanteet saattavat aiheuttaa syyllisyyttä. Hoitaja ja lääkäreitä ei tule syyllistää hoitomenetelmistä, -käytännöistä. Jälkipuintien merkitys on vähentää pakon käytön jälkeistä stressiä ja trauman kokemusta niin potilailla kuin hoitajilla. Jälkipuinnin avulla pyritään myös ehkäisemään tulevaisuudessa vastaavien tilanteiden syntymistä ja uudenlaisten vaihtoehtoisten toimintamallien löytämistä. Potilaille annetaan aito mahdollisuus tuoda esiin tahtonsa, miten he toivovat vastaavassa tilanteessa heitä hoidettavan (esim. rauhoittava keskustelu, lääkitys, liikunta, oma tila).

LOPUKSI. Valitettavasti emme ole pystyneet luopumaan pakon käytöstä psykiatrisessa hoidossa 100 vuoden aikana, vaikka hoito on muuttunut humanimmaksi, potilaan oikeudet ovat parantuneet, hoitomenetelmät ovat monipuolistuneet ja henkilöstön koulutustaso ja osaaminen ovat nousseet. Vaihtoehdot pakolle ovat olleet pitkälti samat eri vuosikymmeninä, keskeisenä hoitotyön interventiot. Tavoitteena on edelleen vähentää pakon käyttöä potilashoidossa. Tämä tarkoittaa eristämislle ja sitomiselle vaihtoehtoisten toimintatapojen ja hoitomenetelmien käyttöä ja potilaan osallisuuden lisäämistä hoidossa. Jotta muutos tapahtuisi todella, miltei kaiken on uudistuttava: johtamisen, koulutuksen, asenteiden, hoitotyön kulttuurin, työkalujen ja arviointivälineiden. Lisäksi myös fyysisen hoitoympäristön tulisi rakenteiltaan mahdollistaa vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä. Jotta sattumanvaraisuudesta päästäisiin eroon, tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa, potilaan osallisuutta ja tilanteiden jälkipuintia. Hoitokäytäntöjen kehittäminen edellyttää monipuolista ja pitkäjänteistä paneutumista hoitoympäristöissä. Näihin haasteisiin ja ole-massa oleviin epäkohtiin tulee rohkeasti tarttua yhdessä – potilaat, lääkärin, hoitajat ja kaikki ammattiryhmät.

Lähteet:

- Hottinen A. Containment measures in adolescent psychiatric care – focus on mechanical restraint. Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. *Annales Universitatis Turkuensis* 1052, 2013.

- Jyrkinen A, Anna Pakalén, Kellokosken sairaalan ylihoitaja, Kellokosken sairaalan julkaisu 1996:1.
- Kontio R. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. *Annales Universitatis Turkuensis* 951, 2011.
- Kontio R, Laaksonen T, Paavilainen E, Sailas E, Soininen P, Syvänen S. Käsikirja mielenterveyslain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Kellokosken sairaalan julkaisu 2010:1, päivitetty 9.6.2012.
- Kontio Raija, Numminen Maaria, Stjerna Anneli: Vaikeahoitoisuus haaste työryhmälle, Vaiho-projekti 2002-2004. Kellokosken sairaalan julkaisu 2004:3, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Psykiatrian tulosityksikkö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2004. ISBN 952-9679-23-8.
- Kontio R, Soininen P, Hottinen A, Korkeila H, Kinnunen A, Ala-Nikkola T, Joffe G. HUS Psykiatriassa kehitetään vaihtoehtoja pakolle. *Pro Terveys* 2013: 2: 16-18.
- Nenonen H, Autio M, Jyrkinen A, Rytsälä S. Hoitotyötä Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisu 1998:1. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.
- Sailas E. Vapaus vai kahleet? Psykiatristen potilaiden eristämisen historiaa. *Suomen lääkärilehti* 1995: 50: 32-36.
- Soininen P. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. *Annales Universitatis Turkuensis* 1102, 2014.
- Välimäki M, Lantta T, Anttila M, Pekurinen V, Alhonkoski M, Suvanne T, Laine A, Kannisto K, Kontio R. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisu, tutkimuksia ja raportteja A: 66/2013.

PÄIVÄNI ERIKOISTUVANA LÄÄKÄRINÄ KELLOKOSKELLA

MIKA RAUTANEN
oikeuspsykiatria
erikoistuva lääkäri
Kellokoskella 2013–14



Kellokosken sairaala tuntui suurelta ja monimutkaiselta, kun yritin painaa mieleeni sen lukuisia eri osastoja, rakennuksia ja henkilökuntaa erikoistumisjaksoni alussa. Sain selville, että tuleva osastoni 20 olisi niin sanotun Uudentalon jossakin kerroksessa. Talo ei suinkaan ollut uusin talo vaan 1950-luvulta peräisin. Osasto 20 sijaitsi kolmannessa kerroksessa, sitä ennen oli 22, seuraavana oli 10, sitten 30 ja ylimpänä osasto 12. Tiesin, että viimeistään päivystässä olisin yksyksissä.

Erikoistuvan, kuten muidenkin lääkäreiden, työpäivä alkoi yhteisellä aamukokouksella Kartanon kirjastohuoneessa. Tummasävyinen, valtavan pitkä pöytä oli täynnä asiansa tuntevan näköisiä kasvoja. Kaikkein vakavimpia kasvot olivat pöydän oikeassa päässä, josta muiden erikoistuvien seasta löysin vapaan paikan. Opin, että korkeaselkäisessä tuolissa pöydän vasemmassa päässä istui aina johtava ylilääkäri, ja lääkäriyden aste ikään kuin laimeni hiljalleen oikealle tultaessa. Amanuenssit olivat uskaltaneet erillisen sivupöydän ympärille. Tunnelma oli vakuuttava – ja samaan aikaan avoin.

Kokouksessa käytiin läpi uusia hoitokäytäntöjä, tieteellisiä esityksiä, lääke-esittelyitä, erikoistuvien tai vierailijoiden pitämiä pieniä luentoja ja yleisiä asioita. Päivystänyt lääkäri esitteli edellisyön tapahtumaraportin, oliko joku karannut, oliko tullut uusia potilaita, oliko sattunut jotakin yllättävää. Puhelin annettiin päivän ajaksi päiväpäivystäjälle, joka pääsi vastaamaan akuutteihin asioihin oman osastotyönsä ohella. Kysymys ”kukas tänään ottaakaan puhelimen” herätti poikkeuksetta vaivautuneisuutta, omien kännyköiden sormeilua ja ikkunoista ulos vilkuilua, mutta aina puhelin löysi jonkun taskuun.

Organisaatiouudistuksen jälkeen useimmin

toistuva teema aamukokouksissa oli niin sanottu kahviongelman. Sadan vuoden aikana sairaalassa ei ollut onnistuttu ratkaisemaan sitä, miten aamukahvikulut jaettaisiin oikeudenmukaisesti ja kuka keittäisi kahvin ajallaan. Olisiko oikein pyytää siviilipalvelusmiestä apuun, voisiko vuoro kiertää lääkärin kesken päivystyslistan kaltaisesti, kuinka monta kuppia pitäisi kerralla keittää, miten otetaan teen juojat huomioon, kuka pesee astiat yläkerran vesipisteessä ja entä jos tämä joku on sairaana – pitääkö hänen soittaa päivystyspuhelimeen vai riittääkö asian hoito johtavan ylilääkärin sihteerin kautta? Ympyrän neliöintiä muistuttava mutta tunnepitoisempi debatti lainehti itsekeittävästä automaattipapumyllyistä pahviastioihin.

Loputonta oli myös potilastietojärjestelmien päivittely. Oberon/Miranda-kompleksi oli aina juuri saanut viimeisimmän ja lopulliseen vakauteen johtavan ohjelmistopäivityksen ja oli sen vuoksi kaatunut. Kokouksissa koetimme kuulostella, olikohan jonkun osaston lääkäri nähnyt vastahankittuun digitaalisaneluun menneitä tekstejä. Ne kun putkahtelivat järjestelmästä esiin omia aikojaan. Elektroninen resepti sen sijaan ei tuntunut lähtevän minnekään vaikka vaati toistakymmentä hiiren klikkausta lääketä kohti. Opimme onneksi kirjaamaan kaiken potilastiedon rakenteisesti ja keskustelemaan ongelmista rakentavasti. Kaiken kaikkiaan aamukokoukset olivat erityisen tärkeä osa kellokoskelaista yhteenkuuluvaisuutta ja henkeä. Tuntui turvalliselta aloittaa työpäivä, kun oli ensin kuullut ylilääkäreiden kommentointia ja evästyksiä. Kaikkia oli tavattoman helppo lähestyä. Hannu-koira saattoi lähestyä pyytämättäkin pöydän jalan takaa.

Osastolla tapasin koko joukon uusia kasvoja ja odottavia asioita. Perheyttäminen oli perinteistä: edellinen lääkäri ehti näyttää tulostamansa potilaslistan ja osoittaa kädellään, missä on ruokala. Hoitajat opastivat käytännön asioihin. ATK-tunnuksilla en onneksi olisi heti mitään tehnyt, sillä Oberon/Miranda oli sattumalta kaatuneena. Tarkastin paperitulosteilta laboratoriovastauksia, kirjoitin lääkärivihkoon määräyksiä lääkemuuoksista tai vapausrajoituksista ja luin potilaiden tekemiä lomautuksia. Huomasin, että käsite paperiton sairaala oli totta toistaiseksi vasta paperilla. Uusi potilastietojärjestelmän versio ja organisaatiouudistus tulisivat huhun mukaan muuttaman senkin asian.

Erikoistuvan aikataulut olivat yleensä aivan täynnä koulutusta, mentoritapaamisia, kehityskeskusteluita, lokikirjoja ja CanMeds-kukkasia. Tuntui kuin koko ajan olisi menossa monenlaisia hankkeita ja projekteja, joissa oli lääkärinä syytä olla mukana. Ehkä merkittävimpänä oli sairaalassa vastikään tehostettu pakon käytön vähentämistä, mikä herätti osastollani tunteita. Osasto kun hoiti pääasiassa väkivaltaisia tai muuten hyvin vaikeaoireisia sairastilanteita. Osa henkilökunnasta koki rajan tulleen jo vastaan ja vastusti asiaa. Esimerkiksi biljardipöydän hankkiminen potilastiloihin epäilytti, samoin kuin virikkeiden, kuten nappikuulokkeiden, vieminen eristystiloihin tai potilaan kanssa pitkään neuvottelu ennen tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä. Ajan hengen ja avainhenkilöiden avulla uusia toimintatapoja oli kuitenkin mahdollista istuttaa vanhaankin maaperään. Kaiken kiireen keskellä katselin ikkunasta, miten lääkäri Ritschkoff istutti pistolapion kanssa kukkasipuleita nurmikon laitaan.



Aistihuone.

Suuressa sairaalassa on varaa valita, missä pitää potilastapaamisia. Ehdottomasti parhaaksi huomasin aistihuoneen, talvipuutarhan, joka sai jatkuvasti viiltelevän ja aktiivisesti psykoottisen potilaankin aivan eri lailla läsnä olevaksi. Eristystilanteen jälkeen saatoin pitää purkukeskustelun Prinsessapuistossa suihkulähteen reunalla istuen. Kävelemällä puiden siimeksessä yhdessä potilaan ja omahoitajan kanssa oli mahdollista sopia hoitolinjoista, jotka osaston käytävillä betoniseinien sisällä olisivat vaikuttaneet epäuskottavilta. Molempien roolien etäännyttäminen – sekä potilaan että lääkärin – estää rutinoitumista ja nostaa hoitosuhteen irti kaavoista. Kaunis puutarha ja rauhallinen ympäristö tarvitaankin nopeuttamaan toipumista yleisesti ja ehkäisemään erityisesti lääkärin laitostumista.

Ruokailut olivat aina mukavia hetkiä. Lääkärikunta istui sitkeästi samassa neljän hengen pöydässä, johon mahtui kerralla kymmenen lääkäriä sekä helposti pyörätuoli, ja vaihtoi ajatuksia kaikesta mahdollisesta. Moni konsultointi hoitui kuin huomaamatta jälkiruokaan mennessä. On mainittava, että ikään kuin ruokahalua tehostamaan oli talousrakennuksen rappukäytävään maalattu upean hallusinogeenisia muraaleja muun muassa Liisan seikkailuista Ihmemaassa, mikä merkittävällä tavalla sopi moneen tilanteeseen ja tunnelmaan. Mielisairaalassa kun voi sattua kummia asioita.

Iltapäivällä päivystysvuoroni alkajaisiksi puhelin soi ja kiivas nuori naisääni vaati välittömästi pääsyä sairaalaan. ”Enkö mä nyt jo voi tulla!?” ”Nyt mä kyllä tulen!” Ihmettelin moista intoa, sillä olin arvellut joutuvani

piikemminkin suostuttelemaan psykoottisia potilaita pysymään osastolla. Kiivaus ja rytmikäs hengittely jatkuivat, ja lopulta nainen huusi erittäin vihasena, että nyt saa riittää, tulen sinne, sanoitte mitä hyvänsä. Aloin aavistella, että soittajan mielenterveydessä ei ehkä ole vikaa. Ja tosiaan, kävi ilmi, että nainen oli epähuomiossa saanut Hyvinkään sairaalasta synnytysosaston sijaan mielisairaalan päivystysnumeron. Tätä selvitellessäni tuleva äiti alkoi nauraa, synnytystilanne rauhoittui ja ensimmäinen päivystyspotilaani oli hoidettu. Tunsin olevani valmis mihin vain.

Päivystäessä sairaala näyttää erilaiselta kuin päivällä. Kun taukokuoneessa selailee siellä lojuvia, kellertäviä ja hapsuuntuneita ohjevihkosia, jotka neuvovat ydinturman varalta, opastavat evakuoinnissa ja suurpalon hallinnassa tai varasähköjärjestelmän kytkemisessä, alkaa sairaala illan hämärtyessä tuntua kolkolta ja epäilyttävältä. Vahtimestari on varmasti hävinnyt, jokin osasto tulee ja panttivankidraama kehittymässä. Vähintäänkin on TAY vienyt päivystäjän auton tai poliisi asettanut sakkoansan Ohkolan tien varrelle. Kuitenkin osastokierroksen päätteeksi, parin uuden sisäänkirjauksen jälkeen, muutaman ompelutehtävän onnistuttua ja lähikaupasta haetun pitsan kohottamana tilanne tuntui olevan hallinnassa. Satavuotiaan miljöön rauhallisuus vakuutti. Nämä seinät ovat nähneet lähes kaiken. Mielessä olikin enää lähinnä ruokapöydässä kuultu kertomus siitä, miten entinen päivystäjä luuli taukokuoneen suihkuletkaa käärmeeksi.

Aamulla väsyneenä Kellokoski tarjosi vielä lisäyllätyksen. Rantasaunalta löytyi avanto, jonne sujahdin ennen aamukokousta konsultoimaan siellä jo olevia apulaisyliääristelijöitä Ritschkoffia ja Levola. Avannosta tulikin joka-aamuinen tapa. Sen arvoa lean-ajattelussa ei voi väheksyä, sillä turhat jaarittelut katkeavat kuin automaattisesti pois. Virkistyneenä jatkoin aamukokoukseen, jossa antamani päivystysraportin jälkeen kukaan ei ollut innokas ottamaan puhelinta, puimme uutta ja mullistavaa organisaatiouudistusta, Oberon/Mirandaan oli kuulemma tulossa ratkaiseva päivitys, ja joimme vastahankitulla termoskeittimellä tehdyt kahvit. En tiedä, miten käytetyille astioille kävi. Kellokoski jäi joka tapauksessa mieleeni ikimuistoisena ja kollegiaalisena paikkana erikoistua alienistiksi.



KOSUlaisia kirjaimellisesti Kellokoskessa jo vuosikymmeniä sitten.



Erikoinen neuvosto kutsuu katsojaa peremmälle arvaamattomiin tilanteisiin, joita psykiatrisessa sairaalassa toisinaan tapahtuukin. Muraalit ovat vuodelta 1998 ja liittyvät kansainväliseen taiteilijatapaamiseen. Tekijöinä ovat Toomas Tonissoo ja Kadri Kangilaski.

OIKEUSPSYKIATRIAN VASTUUALUEELLA ON TEHTY HOITOKULTTUURIN AKTIIVISTA KEHITTÄMISTYÖTÄ POTILAIDEN PARHAAKSI

HANNA PUTKONEN
ylilääkäri, oikeus-
psykiatrian vastuualue,
Hyvinkään sairaan-
hoitoalue

SAIJA TURPEINEN
osastoryhmän-
päällikkö, oikeus-
psykiatrian ja psyko-
geriatrian vastuualue
Kellokosken sairaalan
potilastoimikunta



Oikeuspsykiatria tuo mieleen rajut asiat – väkivaltaa ja muita rikoksia. Hyvä oikeuspsykiatria on valveutunutta, eettistä asioiden ajattelua ja pohdintaa. Oikeuspsykiatrian potilaat ovat useimmiten hoidossa vastoin tahtoaan, ja heidän itsemääräämisoikeuttaan joudutaan ajoittain muutenkin rajoittamaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan sairaalassa mielenterveyslain mukaisin perustein. Laissa määritellään ne hoidollisina pidettävät toimenpiteet, joita psykiatriassa tahdosta riippumattomassa hoidossa oleviin potilaisiin voidaan soveltaa. Tarkkailtavana tai hoitoon määrättyinä sairaalassa oleminen ei automaattisesti johda itsemääräämisoikeuksien rajoittamiseen, vaan jokaisesta rajoittamistoimenpiteestä tulee lääkärin tehdä erillinen päätös, jossa otetaan kantaa toimenpiteen perusteluihin, luonteeseen, kestoon ja sen arvioituun vaikutukseen potilaan hoitoon.

Oikeuspsykiatria erikoisalana aloitti toiminnan Kellokosken sairaalassa vuonna 2001. Tuolloin perustettiin osasto 10, jonka tehtävänä oli hoitaa oikeuspsykiatrisia potilaita ”kriminaalstatuksella” sekä ”vaikeahoitoisia ja vaarallisia potilaita”, jotka tulivat hoitoon joko silloisen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TEO) määrääminä, siirtona valtion mielisairaaloista tai muiden HUS-alueen psykiatrian yksiköiden lähettäminä. Oikeuspsykiatrian vastuualueen vuodeosastopaikat lisääntyivät 32:een, kun avattiin uusi 16-paikkainen oikeuspsykiatrian kuntoutusosasto osittain 1.5.2005 ja kokonaisuudessaan 1.9.2005. Samana vuonna osasto 10 profiloitui akuutiksi oikeuspsykiatrian osastoksi. Oikeuspsykiatriaa ohjasi alkuvuosina tiukka järjestys ja kuri. Viime vuosina oikeuspsykiatrian osastoilla on purettu laitosvaltaisuutta lainsäädännön mukaisesti.

Potilaat ovat mielisairaudestaan riippumat-

ta usein eläneet varsin erilaista elämää kuin heitä hoitava henkilökunta. Hoitotiimien on kyettävä käymään jatkuvaa keskustelua siitä, miten potilaita hoidetaan, mihin voidaan puuttua, mitä rajoittaa ja mihin normaaliuteen hoidossa pyritään. ”Normaalius” on laaja, subjektiivinen, kulttuurisidonnainen ja vaihteleva käsite, jonka sisällöstä on keskusteltava kunkin potilaan tapauksessa erikseen. Jokaisella on oma normaaliutensa. Osastolla ei voi olla ihmisen perusoikeuksia rajoittavia sääntöjä, vaan potilaiden hoidosta sovitaan yksilöllisesti. Aiemmin potilaan perusoikeuksien rajoittaminen on kuulunut hoitokäytäntöjen piiriin. Muun muassa postin jakamiseen liittyi aiemmin laitosvaltaisia sääntöjä, jotka nykyisin eivät enää käy. Tällä hetkellä tuntuisi hyvin vanhanaikaiselta esimerkiksi kauppapäivien järjestäminen kaikille potilaille samana päivänä. Nykyisin potilaat voivat asioida kaupassa tarpeidensa mukaisesti. Ns. kauppapäiviä järjestettiin vielä 10 vuotta sitten, jolloin kaikki osaston potilaat pääsivät vain tiettyinä päivinä ostoksille lähikauppaan. Samaten rutiininomaisia ”herkkusääntöjä” on takavuosina ollut kaikille yhtäläisesti. Nykyisin kunkin potilas voi omahoitajansa kanssa yhdessä pohtia yksilöllisiä keinoja, jos tuntuu, että paino nousee liikaa.

Oikeuspsykiatriassa on siirrytty vähitellen tehtäväkeskeisyydestä yksilövästaiseen hoitotyöhön. Tämä on tuonut hoitotyöntekijöille uusia haasteita, koska ei ole valmista struktuuria, jonka mukaan toimitaan, vaan jokainen asia sovitaan hoitosuunnitelmissa, hoitotyönsuunnitelmissa tai ylilääkärierroilla. Ja tietenkin yhdessä potilaan kanssa. Tavoite onkin, että asiat hoidetaan potilaiden kanssa yhteistyössä, ja heidän näemyksensä ja toiveensa otetaan huomioon aina mahdollisuuksien mukaan. Potilaan ollessa kykenemätön ottamaan kantaa esimerkiksi lääkitykseensä tai psykiatriseen hoitoonsa yleensä hän saattaa kuitenkin kyetä tekemään päätöksiä muun vointinsa osalta. Jonkinasteinen itsemääräämisoikeus tulisi aina taata. Lainvastaiset teot ovat lainvastaisia myös osastolla. Itsemääräämisoikeuden toteutumista voi parantaa toimintakulttuurin muutoksella ja henkilöstön koulutuksella. Laitosvaltaisuuden purkaminen ei tarkoita kuitenkaan, että osastolla voisi toimia toisin kuin muutenkaan yhteiskunnassa. Osastolla noudatetaan paitsi lain määrittelemiä sääntöjä myös tavanomaisen elämän arkisia tapoja, kuten esimerkiksi vuorokausirytmisiä ja säännöllisiä ruokailuaikoja. Potilaita siis opastetaan osastolla niin, että he pystyvät selviytymään yhteiskunnassa.

Kellokosken sairaalan oikeuspsykiatrian hoitokulttuurin kehittäminen alkoi puhutun termistön uusimisella. Leimaavat ja epämääräiset termit poistettiin, kuten ”vaikeahoitoinen potilas” tai ”vaarallisuus”. Tilalla alettiin käyttää täsmällisiä ilmaisuja, kuten esimerkiksi väkivaltariskiä lisäävä harhaluuloisuus tai impulssikontrollin vaikeus. Potilaiden asemaa on erityisesti huomioitu siten, että potilaat osallistuvat kaikkeen vastualueen toiminnan suunnitteluun. Kaikessa keskustelussa tuodaan esille potilaiden osallisuus. Mottonamme on ollut: ”puhutaan vähemmän potilaista ja enemmän potilaiden kanssa.” Erityisen huomion kohteena on ollut potilaiden kohtelu. Vastuualueella lähtökohtanamme on ollut, että potilaiden kohtaaminen on kunnioitettavaa, inhimillistä ja yksilöllistä. Potilaille on ollut oikeus osallistua itseään ja sairauttaan koskeviin ratkaisuihin ja

henkilökunta huolehtii, että he saavat riittävästi tietoa tutkimuksistaan ja hoidostaan. Kokemusasiantuntijoiden roolia on myös lisätty järjestelmän kehittämässä ja toiminnan arvioimisessa, ja kokemusasiantuntijoita kuullaan kaikissa niissä suunnitelmissa tai hankkeissa, jotka koskevat potilaita. Potilaiden itsensä kertomat tarinat ovat oiva esimerkki siitä, mitä hyvä hoitosuhde ja vuorovaikutus merkitsevät yksilölle.

Potilaslähtöinen, yksilövastuinen hoitotyönmalli vaatii hoitajalta enemmän ammattitaitoa ja osaamista kuin laitosvaltainen malli. Potilaslähtöisessä hoitotyönmallissa hoitajan tulee hallita kokonaisvaltaisesti psykiatrisen sairaanhoidon eri osa-alueet potilaan hoidon suunnitelmissa ja toteuttamisessa. Potilashoidon laatuun vaikuttavat henkilöstön lukumäärän lisäksi koulutustaso ja osaaminen, työskentelytapa, työnjakomallit ja yhteistyö moniammatillisessa työryhmässä. Itsemääräämisoikeus ja hoidon etiikka hoitotyön arjessa näkyy aktiivisena keskusteluna osastotunneilla, joita osastonhoitajat ovat vetäneet viikoittain henkilöstölle. Hoitokulttuuria on muutettu kehittämällä hoitajien raportointia ja kirjaamista. Käyttöön on otettu tehokas raportointi, jota ovat hoitajat itse olleet suunnittelemassa. Raportointitavan muutos on tuonut hoitajille lisää aikaa myös suoraan potilastyöhön. Tavoitteena on ollut, että hoitajat viettävät enemmän aikaa tiloissa, missä on potilaita.

Osastoilla on säännöllisiä potilaiden ja henkilökunnan kokouksia, joissa yhdessä keskustellaan osaston yhteisistä asioista. Näissä kokouksissa potilaat voivat kertoa havaitsemistaan epäkohdista henkilöstölle ja ratkaisuja pohditaan samantien yhdessä potilaiden kanssa. Potilaiden arkea helpottavat pienet asiat, kuten esimerkiksi avoin pyykkihuoneen ovi tai avoin liinavaatevarasto. Potilaan mahdollisuus tehdä omia valintojaan arkisissa asioissa lisää potilaan tyytyväisyyttä ja tasa-arvoista kohtaamista suljetulla osastolla.

Kokouksien määrää on vähennetty kaikilla osastoilla ja poliklinikoilla, mikä on tuonut lisää aikaa suoraan potilastyöhön. Kuinka tuottavia ovat kokoukset, joissa istuu ihmisiä huoneen täydeltä ja äänessä on vain muutama henkilö? Tämän vuoksi ylilääkärin kierrot ovat osastoilla koko työryhmän yhteen huoneeseen sitovina ilman potilasta korkeintaan kerran kuussa. Muilla ylilääkärin kierroilla potilas on aina mukana kertomassa itse asioistaan.

Oikeuspsykiatriassa keskeinen asia on väkivalta tai sen uhka. Väkivallan uhan hallinta alkaa sen tiedostamisesta. Osastoilla on käytössä riskienarviomenetelmät potilaan väkivaltaisuuden arvioimiseksi (HCR-20/V3, START, DASA), nämä on osittain otettu käyttöön jo ennen vuotta 2012, mutta niiden käyttöä on tehostettu ja laajennettu 2012 aikana. Erityisen tärkeää on kuitenkin ihmisen kohtaaminen. Vuorovaikutus on keskeinen elementti väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja tilanteiden hallinnassa. Vuorovaikutuksen laatu on myös yhteydessä väkivallan esiintymiseen.

Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 on huomioitu Kellokosken sairaalassa yksikkötasolla. Pohjoismaiden ministerineuvoston asettaman mielenterveystyön asiantuntijafoorumien suositusten mukaisesti on perustettu

Pohjoismainen verkosto pakon vähentämiseksi psykiatrisessa hoidossa. Kellokosken sairaala on ollut tässä toiminnassa aktiivisena osallistujana.

MUUTOKSET POTILAAN NÄKÖKULMASTA VUOSINA 2011–2014. Potilaiden näkökulmasta osallisuuden lisääntyminen on tapahtunut viime vuosien aikana oikeuspsykiatrian vastuualueella. Käytännön tasolla potilastoimikunnan kokoontumisien myötä potilailla on ollut mahdollisuus tuoda äänensä kuuluviin. Potilastoimikunnan havaitsemat epäkohdat on tuotu psykiatrian tulosityksikön johtoryhmään käsiteltäväksi, ja asiat ovat edenneet sen kautta. Potilailla on ollut myös mahdollisuus osallistua koulutuksiin ja seminaareihin, joissa potilaat kuulevat heti ensivaikutelmat eri suunnitelmista. Koulutuksissa ja kehityspäivillä esiteltyjä hyviä ideoita voivat sekä henkilökunta että potilaat ehdottaa myös sairaalassa käyttöön otettaviksi, ja myös potilaat voivat miettiä niitä ennen sairaalakohtaista toteuttamista. Potilaiden näkökulmasta potilastoimikunnan puheenjohtajan pysyvä paikka sairaalan johtoryhmässä lisää vuorovaikutusta niidenkin välillä, jotka eivät päivittäistä potilaskontaktia saa. Potilasedustus on saatu myös ravitsemusryhmään, jossa keskiössä on tarjottu ruoka potilaille. Potilaat syövät ruokaa joskus pitkienkin hoitojen aikana jopa vuosia ja osaavat parhaiten kertoa havaitsemistaan epäkohdista.

Oikeuspsykiatrian osastoilla potilaiden toivomat muutokset ovat edenneet nopeammin viimeisten vuosien aikana. Muutoksia on tullut muun muassa siten, että pyykinpesukone on vapaasti potilaiden käytettävissä, liinavaatekaappi on auki, jolloin jokainen voi hakea itse tarvitsemansa tavarat sieltä. Kamerakännykät ovat sallittuja osastoilla samoin kuin omat koneet internetyhteydellä saavat olla potilailla itsellään, osastoilla on myös yhteiskäyttökoneet internetyhteydellä. Työterapiapalkkioiden korotus toteutui sekä veneen hankinta sairaalan potilaille kalastusharrastukseen.

Tulevaisuudessa tulisi mahdollisuuksien mukaan olla potilasedustus kaikissa oleellisissa kokouksissa, joilla on vaikutusta hoitoon tai joissa tehdään potilaihin liittyviä päätöksiä. Suunnitteilla on kokemusasiantuntijuuden kehittäminen edelleen esimerkiksi kummitoiminnan osalta. Hyvinkäällä on jo esimerkiksi käytössä malli, jossa yksi kokemusasiantuntija järjesteele toimintaa isommalla alueella kokopäiväisesti.



KELLOKOSKEN SAIRAALAN POTILASTOIMIKUNTA TUO POTILAIDEN ÄÄNEN KUULUVIIN

SAIJA TURPEINEN
osastoryhmän päällikkö
(Kirjoittamassa oli mukana
myös potilastoimikunnan
puheenjohtaja.)



Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään tärkeäksi kehittämiskohdeksi asiakkaan aseman vahvistamisen vuoteen 2015 mennessä. Suunnitelmassa linjataan, että kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista toimintojen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tulee lisätä, jotta palvelujärjestelmä vastaa nykyistä paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Yhdistämällä ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan erilaiset tieto- ja kokemuspohjat voidaan luoda toimivampia käytäntöjä. Toimivien palvelujen aikaansaamiseksi on olennaista tuoda esiin palveluidenkäyttäjien eli kokemusasiantuntijoiden näkökulmaa. Yhteistyö vaatii molemmilta osapuolilta uudenlaista tapaa ajatella. Tarvitaan ennakkoluulottomuutta, avoimuutta ja myös vastuunottoa.

Kellokosken sairaalaan potilasneuvosto aloitti säännölliset tapaamiset sairaalan tiloissa 27.8.2012. Potilasneuvosto äänesti joukostaan puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan. Osallistujat äänestivät myös uuden nimen toiminnalle, nimi vaihtui potilastoimikunnaksi. Potilastoimikunta kokoontuu kuukausittain, ja kaikki Kellokosken sairaalan potilaat voivat osallistua toimintaan. Potilastoimikunnalla on tällä hetkellä vakiintunut osallistujajoukko, mutta lisää uusia osallistujia mahtuu aina mukaan. Potilastoimikunta on nostanut esiin tärkeitä asioita potilaiden hoidon kehittämisessä. Konkreettinen asia, jonka potilastoimikunta otti esille heti toiminnan alettua, oli potilaille maksettavan ahkeruusrahan suuruus. Potilaille työtoiminnasta maksettavaa palkkaa oli tarkastettu edellisen kerran vuonna 1993, joten asian esiin nostaminen oli paikallaan! Potilastoimikunnan puheenjohtaja on Kellokosken sairaalan johtoryhmän jäsen. Potilastoimikunnan puheenjohtajalla on ollut merkittävä

rooli johtoryhmätyöskentelyssä. Hänen kauttaan potilaiden ääni on tullut kuulluksi monissa tärkeissä asioissa. Kellokosken sairaalan johtoryhmässä on myös kokemusasiantuntijaedustus avohoidosta Tuumi ry:stä.

Potilastoimikunta suunnittelee seuraavaksi kummitoiminnan järjestämistä. Tämä tarkoittaa, että jo pidemmälle kuntoutunut potilas kävisi kertomassa uusille sairaalaan tuleville potilaille, kuinka hoito etenee. Potilaiden kokemuksien mukaan vertaistuki on parasta silloin, kun joutuu uuteen ympäristöön ja lähes kaikki ihmiset ovat vieraita. Potilastoimikunta on vierailut Niuvanniemen sairaalassa, missä kummitoiminta on jo käytössä. Suunnitelmia Vanhan Vaasan sairaalan vierailusta on myös vireillä.

Potilaiden osallisuuden lisääminen konkretisoituu myös psykiatrian strategian toimeenpano-ohjelmassa. Siinä todetaan, että kokemusasiantuntijoiden roolia lisätään järjestelmän kehittämisessä ja toiminnan arvioimisessa, ja kokemusasiantuntijoita kuullaan niissä suunnitelmissa tai hankkeissa, jotka koskevat potilaita. Psykiatrian tulosityksikössä työryhmät eivät koostu enää pelkästään terveydenhuollon ammattilaisista, vaan kokemusasiantuntijat tuovat potilasnäkökulmaa esille esimerkiksi Pakon käytön vähentäminen -hankkeessa. Yhteistyön onnistuminen edellyttää, että työntekijä luopuu perinteisestä hoitajan tai auttajan roolista. Toisaalta myös kokemusasiantuntijan on luovuttava passiivisesta potilaan tai asiakkaan roolista. Potilaiden voimaantuminen on osa uudelleenmuotoutuvaa psykiatrista hoitoa nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä. Tarvitaan tunneälyä kohdata ihminen roolin takana. Siinä sairaus, rooli potilaana, on vain yksi monista. Me kaikki olemme ihmisiä.

SOSIAALITYÖ PSYKIATRIAN TULOSYKSIKÖSSÄ

JYRKI SALO
johtava sosiaalityöntekijä.
Kirjoitusta olivat
koostamassa
sosiaalityöntekijät:
Marja-Leena Lahti,
Marja-Riitta Almiala ja
Anna-Liisa Tuominen
sekä toimistos sihteeri
Anita Aho



Sosiaalityön juuret tulosityksikössämme ulottuvat vuoteen 1935, eli sosiaalityö täyttää 80 vuotta vuonna 2015. Sosiaalityön tavoitteena oli alun alkaen toimia potilaiden kotiutumisen edistämiseksi pitkienkin sairaalajaksojen aikana sekä auttaa heitä pitkäkestoisesti selviämään omassa elinympäristössään psykiatrisen tuen turvin.

Sosiaalityöntekijät psykiatriassa ovat vuosikymmenten aikana pyrkineet huomioimaan merkittävät yhteiskunnalliset muutokset ollen myös herkkiä reagoimaan siihen, mihin sosiaalityötä tarvitsee painottaa ja mitä muuttujia tulee arki-työssä huomioida. Kun työ alkoi laajentua sairaalaan ulkopuolelle, niin siinä vaiheessa tulimme mukaan. Kun avohoito syntyi ja huoltotoimistot perustettiin, niin lääkäri ja sosiaalityöntekijä olivat ensimmäiset työntekijät näissä toimistoissa. Avohoitotoiminnan monipuolistuessa ja asuntoloiden perustamisessa meillä oli ensimmäiseksi vastuu ja olimme asuntoloiden yhdyshenkilöitä. Samoin kuntoutuskotien perustamisessa sosiaalityöntekijöillä oli olennainen tehtävä verkostoissa ja kuntoutuskodin toiminnassa.

Sosiaalityöntekijät ovat huomioineet myös hoidon sisällölliset muutokset ja painopisteiden uudelleenasettamiset. Vuosikymmenten aikana eri hoitomuotojen kehittyminen on ollut valtaisa. Pitkäjänteisimpänä ja ehkä eniten kehittyneenä alueena on ollut perheiden erityyppinen huomiointi omaisten tapaamisesta intensiiviseen muutokseen tähtäävään perhetyöhön sekä elinympäristön vaikutusten huomiointi potilaan elämässä. Yhtenä muuttumattomana tekijänä on ollut kiinnostus ja velvoite tehdä viranomaisyhteistyötä mm. peruskuntien suuntaan.

Sosiaalityöntekijät ovat olleet mukana hyvin aktiivisesti työyhteisön eri kehittämissuunnitelmissa pyrkiessä tarjoamaan omaa ammattitaitoaan

mahdollisimman laaja-alaisesti ja tehokkaasti. Lisäksi sosiaalityöntekijät ovat osallistuneet potilaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin sekä omien osastojensa tai avohoitoyksiköiden työryhmien kehittämistyöhön.

Ehkäisevä työ sosiaalityön osana on perustunut lakiin jo huoltoapu-laista lähtien. Siellä veloitettiin tutkimaan huollon tarpeen syyt ja ehkäisemään huollon tarpeen toistumista. Lastensuojelussa ehkäisy on myös olennainen elementti. Ehkäisystä puhutaan myös mielenterveyslaissa. Sosiaalityöntekijät ovat kunnostautuneet ehkäisevän työn projekteissa. Valtakunnalliseksi tullut toimiva perhe -hanke on lähtenyt sosiaalityön piiristä. Sitten tuli itsemurhien ehkäisyprojekti, jossa lähes kaikki avohoidon sosiaalityöntekijät olivat tutkijoina kentällä tekemässä haastatteluja.

Sosiaalityö psykiatriassa on vaatinut työntekijöiltään kykyä toimia hyvin itsenäisesti edustaen omaa ammattikuntaansa erilaisissa hoitoryhmissä. Sosiaalityöntekijän perusvalmius on kohdata potilaita, heidän omaisinaan ja yhteistyökumppaneita sekä itsenäisesti että erilaisissa työryhmissä ja verkostoissa. Vuosikymmenten aikana vaatimukset esim. kirjaamiseen, työn mittaamiseen ja tuloksellisuuteen ovat lisääntyneet huomattavasti.

Sosiaalityön painotus on muokkautunut potilaiden ja psykiatrian tulosyksikön tarpeet huomioiden avopalveluiden ja sairaalassa tehtävän työn välillä.

Sosiaalityöntekijät ovat määritelleet työtään ja asemaansa hyvin moneen kertaan erilaisissa työyhteisön muutostilanteissa mm. mielisairaanhuoltopiirin lakkauttamisen yhteydessä, sairaanhoitopiiriuudistuksiin liittyvissä kysymyksissä, Ohkolan sairaalan yhdistämisessä Kellokosken sairaalaan jne. Erittäin suuri muutos sosiaalityön kannalta oli vuonna 1983 voimaan tullut uusi johtosääntö, jossa määritettiin selkeästi sosiaalityön hallinnollista asemaa, kelpoisuusvaateita ja muutettiin ammattinimike sosiaalihuoltajasta sosiaalityöntekijäksi. Tämä johtosääntö korosti sosiaalityöntekijän asiantuntijatehtävää sekä määrittäi sosiaalityöntekijän erityistyöntekijäksi.

Sosiaalityöntekijät ovat julkaisseet varsin paljon itse tuottamaansa materiaalia mm. lukuisia artikkeleita, lehtikirjoituksia, selvitystöitä, kirjoituksia ja varsinaista kirjallista julkaisutoimintaa myös. Sosiaalityöntekijät ovat saaneet järjestää erilaisia koulutustapahtumia, tulosyksikön messuosastoja, seminaareja sekä kansallisia tapahtumia. Työyhteisö on tukenut myös sosiaalityöntekijöiden omaa koulutautumista hyvin ja näin työntekijät ovat suorittaneet vaativia usean vuoden kestäviä erilaisia lisäkoulutuksia mm. yksilö-, perhe- ja ryhmäpsykoterapiassa, PD-koulutus, opettajakoulutus, luovien menetelmien koulutusta, ehkäisevän työn koulutusta, työnohjaajakoulutusta, jne. Tätä kautta sosiaalityöntekijöiden ammattitaito on hyvän peruskoulutuksen lisäksi laajentunut hyvin monelle vaativalle osaamisalueelle.

Sosiaalityöntekijät ovat saaneet mahdollisuuden harkintansa mukaan harjoittaa esiintymistä ja ylipäättään esilläoloa ja tätä kautta kehittäneet omaa ammattitaitojaan laajemmin. Sosiaalityöntekijät ovat myös saaneet omasta aloitteestaan osallistua lukuisiin sosiaalityön kansainvälisiin tapahtumiin sekä järjestää kansainvälisiä matkoja yhdessä potilaiden kanssa mm. Saksaan.

Opetus- ja opiskelijayhteistyötä on toteutettu eri sairaanhoitoalan opilaitosten sekä yliopistojen kanssa. Käytännön harjoittelupaikkana psykiatrian tulosityksikkö on ollut suosittu opiskelijoiden keskuudessa. Meillä on ollut hyvä maine ja olemme saaneet runsaasti sosiaalialan opiskelijoita pystyen tarjoamaan heille mielenkiintoisen ja mielekkään harjoittelukokemuksen. Opiskelijoita on rekrytoitu myös valmistumisen jälkeen sijaisuuksiin ja vakituisiin työsuhteisiin. Opiskelijoiden kautta olemme saaneet uutta tietoa ja pystyneet heidän kauttaan myös kehittämään omia työkäytäntöjämme.

Sosiaalityölle ominaista viimeisten vuosikymmenten aikana on ollut välillä pula ammattitaitoisista työntekijöistä. Ilmeisesti työyhteisön hyvä maine ja aktiivinen rekrytointityö ovat tuoneet kuitenkin lopputuloksena kohtuullisen hyvän työntekijöiden saatavuuden. Työntekijävaihtoa on lisännyt se, että ympäröivä yhteiskunta arvostaa erittäin paljon sosiaalityön työkokemusta psykiatriassa ja näin ollen työntekijät ovat saaneet haluamiaan työmahdollisuuksia muualta kuin omasta yhteisöstämme. Viimeisten vuosien aikana on sosiaalityöntekijöiden työkuormitusta yritetty säädellä ja työtä tukea mahdollisimman monin keinoin järjestämällä mm. laadukasta työnohjausta, koulutusta sekä tyhy-toimintaa.

Viime vuosien mainittavana erityispiirteenä on ollut potilaiden vaara syrjäytyä esim. työelämästä, yhteisöllisestä vuorovaikutuksesta ja perustoimeentulosta. Hyvin moni varsinkin avohoitopotilas jää epämääräiseen välitilaan eli he eivät pysty opiskelemaan tai työelämään, mutta eivät saa tarvitsemaansa toimeentuloa. Sosiaalityön yhtenä keskeisenä tavoitteena on kaikin keinoin pyrkiä estämään syrjäytymistä aiheuttavia prosesseja. Tuntuu hämmäntävältä, että köyhyys ja mielenterveysongelmat edelleen kulkevat käsi kädessä. Myös työelämän koveneva tahti, huono kohtelu ja työtaidolliset vaatimukset ovat lisänneet ulkopuolelle joutumista. Nyt vallitsee työurien pidentämishanke ja eläkemenojen supistamishanke. Ammatillinen kuntoutus on räjähdysmäisesti kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tässäkin tarvitaan sosiaalityön palvelujärjestelmien tuntemusta, kuntoutuksen koordinoitua ja sosiaalityön ammatillista näkemystä. Työssämme ensisijaista on potilaan voimavarojen huomioonottaminen ja niiden aktivointi käyttöön ja tulevaisuusnäkökulman ylläpito.

Erittäin merkittävä muutos on psykiatrian tulosityksikön jakaminen eri vastuualueisiin: nuorisopsykiatrian vastuualue, oikeuspsykiatrian vastuualue, mielialahäiriöt vastuualue, psykoosit vastuualue sekä psykogeriatrian ja neuropsykiatrian vastuualue. Sosiaalityöntekijät ovat pyrkineet kehittämään työtään entistä enemmän oman vastuualueen toiveet ja tavoitteet huomioivaksi. Tätä kautta sosiaalityön osaaminen on syventynyt ja laajentunut ja todennäköisesti tulevaisuudessa juuri tämän kaltaista erityisosaamista tullaan tarvitsemaan psykiatrian tulosityksikössä entistä enemmän. Sosiaalityöntekijät ovat varsin hyvin edustettuina meneillään olevissa projekteissa, hallinnollisissa kokoontumisissa sekä yksittäisen potilaan arjessa.

Vuoden 2015 alusta sosiaalityön palvelut jakaantuvat kahteen osaan

Hyvinkään sairaanhoitoalueelle suuntautuvat ja osaamiskeskuksen alaisiin toimintoihin.

Osaamiskeskus tulee jakaantumaan useisiin eri linjoihin ja sosiaalityön yksikkö nykymuodossaan loppuu ja tilalle tulee sosiaalityöntekijöiden sijoittuminen eri linjojen palvelukokonaisuuksiin. Tämä muutos tulee olemaan ehkä jopa merkittävin muutos koko sosiaalityön 80-vuotisessa historiassa.

SAIRAALASIELUNHOITOTYÖ KELLOKOSKEN SAIRAALASSA

PENTTI MIKKONEN
rovasti

TIMO LAAKSONEN
koulutussuunnittelija



Suomen evankelisluterilaisessa kirkossa tapahtui erityisesti 1960-luvulla merkittävää kehitystä sairaalasielunhoidon alueella. Perinteisen, paikallisseurakunnan toimesta tapahtuvan toiminnan lisäksi alettiin suuriin sairaaloihin perustaa päätoimisten, erityiskoulutuksen saaneiden sairaalasielunhoitajien virkoja. Tavoitteena oli nivoa sielunhoito ja hengellinen toiminta elimelliseksi osaksi sairaaloiden antamaa kokonaisuhoitoa. Sairaaliitto puolestaan lähetti vuonna 1965 sairaalakuntainliitoille yleiskirjeen, jossa sairaaloita kehoitettiin huolehtimaan näiden seurakuntien palkkaamien työntekijöiden toimintamahdollisuuksista.

Näihin aikoihin käynnistyivät Kellokosken, Kiljavan ja Ohkolan sairaaloiden jäsenkuntia vastaavien seurakuntien kesken vuosia kestäneet neuvottelut päätoimisen sairaalapapin viran perustamiseksi. Ansiokkaana puuhämiehenä toimi rovasti J.T. Helasvuo Keravalta. Keskeiseksi ongelmaksi nousi sopivan organisaatiomallin löytäminen. Missä sairaalan sijaintiseurakunta oli suuri – kuten esimerkiksi Helsingissä, Turussa, Tampereella, Oulussa – virkoja perustettiin paikallisen seurakunnan toimesta. Mutta Uudellamaalla, jossa erikoissairaaloiden sijaintikunnat olivat vain pieniä osakkaita sairaaloiden kuntainliitoissa, tilanne oli pulmallisempi. Kyseltiin, kuuluuko paikallisseurakunnan vastata alueensa sairaalan sielunhoidon järjestelystä vai kuuluuko vastuu kaikille niille seurakunnille, joista sairaalassa on potilaita.

Kävi ilmeiseksi, etteivät sijaintiseurakunnat nähneet yksinomaan omaksi asiakseen erikoistuneen sairaalasielunhoidon järjestämistä suurissa kuntainliittojen sairaaloissa. Siksi 1960-luvun lopulla useissa Tuusulan rovastikunnan pappeinkokouksissa pohdittiin yhteistoimintamah-

dollisuuksia. erityisesti Kellokosken, Kiljavan ja Ohkolan sairaaloiden osalta.

Rovasti Helasvuon kutsusta kokoonnuttiin lokakuussa 1968 Seurakuntaopistolle neuvottelukokoukseen, johon oli kutsuttu laajempi osantajajoukko myös muista Uudenmaan alueen sairaaloista. Tuolloin oltiin yhtä mieltä siitä, että näihin sairaaloihin täytyisi perustaa päätoimisia sairaalasielunhoitajan virkoja. Tuo neuvottelukokous asetti toimikunnan pohtimaan asian viemistä eteenpäin. Toimikunnan tehtäväksi tuli erityisesti hakea soveltuva organisaatiomalli, laatia perustamissuunnitelmat, perussäännöt sekä kustannusten jakoperusteet seurakuntien kesken

Toimikunta tuli pohdintoissaan siihen tulokseen, ettei paikallisen seurakunnan toimesta asiaa näissä sairaaloissa voida järjestää. Sen vuoksi tartuttiin voimassa olleen kirkkolain tarjoamaan mahdollisuuteen perustaa sairaaloiden jäsenkuntia vastaavien seurakuntien toimesta seurakuntainliitto, joka on hallinnoltaan kuntainliitonomainen liittovaltuustoinen ja liittohallituksinen. Seurakuntainliittomalli näytti joustavalta, koska se synnyttyään oli itsenäinen toimintaelin ja sellaisena kykeni myös suhteellisen nopeisiin ratkaisuihin.

ORGANISAATION TOIMIVUUS. Uudenmaan sairaalasielunhoitotyön seurakuntainliitto aloitti toimintansa Kellokosken, Kiljavan ja Ohkolan sairaaloissa vuonna 1972. Toiminta käynnistyi aluksi yhdellä sairaalasielunhoitajalla. Ensimmäisenä viranhaltijana aloitti 15.9.1972 pastori Pentti Mikkonen. Toinen sairaalasielunhoitajan virka perustettiin vuonna 1974 ja kolmas vuonna 1983. Vuonna 1988 naispappeuden toteuduttua kaikki virat muutettiin sairaalapapin viroiksi, joista yksi johtavan sairaalapapin viraksi.

Toiminnan alkuvaihe herätti monia kysymyksiä uuden viranhaltijan mielessä: Mitä sairaaloissa yleensä pitäisi tehdä ja mitä siellä voisi tehdä, kun koko työala oli uusi ja vailla perinteitä. Sairaalapappi yhdessä seurakuntainliiton hallinnon kanssa kyseli, kuinka sairaaloissa suhtaudutaan kirkolliseen toimintaan. Onko vastaanotto torjuvaa tai otetaanko ollenkaan vastaan.

Vuosien varrella kävi selväksi, että arkuus oli ollut tulijan arkuutta. Työmahdollisuudet ovat olleet avoimet. Sairaalasielunhoito nivoutuu muuhun hoitotyöhön niin luontevasti, että monet työtoverit edelleenkin ihmettelevät, eikö sairaala teidän pappien palkkaa maksakaan. Sairaalapappi ymmärtää olevansa seurakunnan työntekijä sairaalaseurakunnassa.

Henkilökohtaiset keskustelut sekä ryhmissä tapahtuva keskustelu ja toiminta ovat olleet keskeisimmät työtavat. Viranhaltijain osana on ollut vakiintuneissa, hyviksi havaituissa työmuodoissa kohdata kirkon perusteista käsin yksilöllinen ihminen ihmisen ehdoilla.

Varsinaisen potilastyön rinnalla myös henkilökunnan tukeminen työhönsä ja keskustelujen puitteissa on muotoutunut luontevaksi osaksi sairaalapappien työtä. Psykiatrian ja päihdehuollon yleisen kehityksen myötä myös avohoitoon liittyvät keskusteluyhteydet ovat tulleet osaksi toimenkuvaa. Liitettiin vuoden 1993 alusta seurakuntainliiton toimialaan Järvenpään sosiaalisairaala ja Ridasjärven päihdehoitokeskus.

Neljän vuosikymmenen kokemuksella on jo mahdollista arvioida, olivatko isät ja äidit viisaita, kun päätyivät aikanaan seurakuntainliittomalliin.



Sairaalapastori Irmeli Enckell Anna-Salomen kappelissa.

Jäljempänä käy ilmi, että kyllä olivat. Seurakuntainliitto on ollut toimiva malli juuri tällaisella alueella, jossa ei ole yhtään suurta sairaalan sijaintiseurakuntaa, jonka hallintoon toiminta luontevasti sijoittuisi. Lisäksi kukin laitos sijaitsee eri kunnan alueella. Seurakuntainliitto juridisena, päätösvaltaisena yksikkönä on kyennyt joustavasti ja määrätietoisesti luomaan edellytyksiä sairaalasielunhoitotyölle sekä reagoimaan toimintaympäristössä tapahtuneisiin ja jatkuvasti tapahtuviin muutoksiin. Kun liittovaltuustossa on edustaja jokaisesta jäsen seurakunnasta, on se varmistanut myös yhteyden paikallisseurakuntien hallintoon.

Muutamaan otteeseen on jo vuosien varrella ollut esillä ehdotus organisaation muuttamisesta, mutta sitä ei nähty tarkoituksenmukaiseksi. Aika on kuitenkin muuttunut. Tämä seurakuntainliitto on ainoa maassamme, eikä nykyinen kirkkolakikaan sitä enää tunne, vaikka salliikin olemassa olevien jatkaa toimintaansa. Eräiden jäsen seurakuntien aloitteesta on parhailaan vireillä hanke, jonka tavoitteena korvata seurakuntainliitto nykyisen kirkkolain mukaisella sopimuksella, jossa sairaalasielunhoito liitetään yhden paikallisseurakunnan hallintoon. Kysymys on siis organisaatiomuutoksesta.

Organisaatiomuutos sairaalapappien työssä tapahtui vuonna 2013. Uuden organisaatiomallin mukaisesti Hyvinkään seurakunnasta tuli niin sanottu isäntä seurakunta, joka vastaa sairaalapappien hallinnosta, muiden seurakuntien osallistuessa kustannuksiin samassa suhteessa kuin edel-

lisenkin hallintomallin aikana. Sairaalapappien työhön alueemme sairaaloissa muutoksella ei pitäisi olla vaikutusta, vaan käytöstä on jatkossakin 2.5 sairaalapapin vakanssia.

SAIRAALASIELUNHOITO 40 VUOTTA. Sairaalasielunhoitotyön 40-vuotista taivalta vietettiin näyttävästi juhlien 4.10.2012 Kellokosken sairaalan juhlasalissa. Juhlimassa olivat sairaalan potilaat, avohoidon kuntoutujat ja sairaalan henkilökunta. Juhlavieraita tuli paikalle myös paikallisseurakunnista.

Juhlapäivän ohjelma oli korkeatasoinen. Musiikista vastasivat baritoni Esa Ruuttunen ja pianisti Jouni Somero. Varsinkin Someron flyygelillä soittama Finlandia-hymni säväytti yleisöä. Juhlaesitelmän ”Häpeästä luottamukseen” esitti Itä-Suomen yliopiston professori Paavo Kettunen. Rovasti Pentti Mikkonen pohdiskeli kirjoittamaansa historiikka sairaalasielunhoitotyön neljästä vuosikymmenestä.

Sairaalan tervehdyksen lausui psykiatrian tulosyksikön johtaja Risto Vataja ja seurakuntien tervehdyksen liittovaltuuston puheenjohtaja Ari Autio. Lämminhenkisen tilaisuuden juontajana toimi pastori Toivo Rautama.

Rovasti Pentti Mikkonen jäi eläkkeelle johtavan sairaalapapin virasta 1.10.2008, toimittuaan kyseisessä tehtävässä 36 vuotta. Hänen tilalleen johtavaksi sairaalapapiksi valittiin Toivo Rautama, jonka eläkejuhlia vietettiin 26.9.2013. Tällä hetkellä sairaalapappeina työskentelevät Irmeli Enckell ja Kai Ojala.

PSYKOLOGITOIMINTA

SIRPA RUOTSALAINEN
johtava psykologi



Helsingin yliopistossa psykologiaa opiskellut Helmi Kaila teki 1951 Järvenpään sosiaalisairaalassa pro gradu -työnään potilaiden psykologisia tutkimuksia ja päätyi sitä kautta kesätöihin Kellokoskelle vuosiksi 1951–1953. Kesällä 1955 hän palasi Kellokoskelle ensin psykologin sijaiseksi ja sitten vastaperustettuun ensimmäiseen psykologin virkaan 1.1.1956 alkaen.

Psykologien ammattikunta oli Suomessa tuolloin uusi. Ensimmäinen psykiatrisessa sairaalassa työskentelevä psykologi, Lauri Rauhala, oli aloittanut Nikkilän sairaalassa vuonna 1949. Helmi Kaila puolestaan kertoi olleensa Suomen ensimmäinen kliinisen psykologian ”praktikantti”, kun hän aloitti opintoihin kuuluvan harjoittelunsa Nikkilässä 1951.

Helmi Kaila oli erityisen kiinnostunut ryhmämuotoisen hoidon kehittamisestä. Hän alkoi vetämään erilaisia ryhmiä hankkien kokemusta niiden tuloksellisuudesta. Hän opiskeli ryhmäpsykoterapiaa myös Englannissa. Mainittakoon, että 1950-luvun lopulla, kun joitakin koulukoteja Suomessa lopetettiin, sijoitettiin hankalasti käytösongelmaisia poikia Kellokoskelle. Siihen vastauksena Kaila perusti oman nuorten ryhmän, johon kuului myös tyttöjä. Ryhmässä käytettiin kuvallistakin ilmaisua.

Helmi Kailan jälkeen psykologi Seppo Anttila edelleen kehitti ja vahvisti ryhmäpsykoterapiaa ja ryhmämuotoisen kuntoutuksen asemaa Kellokoskella. Seppo Anttila oli perustamassa niin Välähdys-lehteä kuin Lapin matkaryhmää. Seppo Anttilasta tuli sittemmin sairaalan ensimmäinen johtava psykologi. Psykologien määrä on kasvanut alun ensimmäisestä sijaisesta nykyiseen 26 vakituisen psykologiin, joista kaksi on neuropsykologia. Ensimmäiseksi neuropsykologiksi palvelemaan sekä avohoitoa että sairaalaa tuli 1995

Laila Luoma, ja sen myötä hoitoon saatiin mukaan neuropsykologinen kuntoutus. Vuonna 2005 julkaistiin psykologitoiminnan 50-vuotishistoriikki ”Jostakin se alkaa”.

Psykologien lähiesimiehenä toimii johtava psykologi, joita ovat olleet Seppo Anttila, Jouko Mutanen, Sinikka Jätteenmäki-Laari ja vuodesta 2010 alkaen Sirpa Ruotsalainen.

PSYKOLOGIN TYÖTEHTÄVISTÄ. Psykologisten tutkimusten kautta psykologin osaaminen ja hyöty potilaan hoidossa on tullut tutuksi jo Helmi Kailan ajoista alkaen. Psykologit tuovat oman koulutuksensa antamaa tietoa ja ymmärrystä ihmisen käyttäytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä potilaiden hoitoon ja koko hoitoyhteisöön. Psykologit osallistuvat hoitoneuvotteluihin ja erilaisiin henkilökunta- ja verkostopalaveriinhin sekä avohoidossa että sairaalassa. Erilaisten psykoterapeuttisten hoitomuotojen kehittämisessä psykologit ovat olleet aktiivisia kautta aikojen. Moniammatillinen yhteistyö kaikessa moninaisuudessaan on tutkimus- ja potilastyön ohessa keskeinen tehtävä psykiatriassa. Psykologeilla on myös koulutustehtäviä.

Psykologiharjoittelijoiden ohjaamistoimintaa on pienimuotoisesti ollut toiminnan alusta alkaen, ja vakiintuneeksi toiminta muotoutui 2000-luvun puolivälissä. Erään harjoittelukertomuksen lopputeksti kertoo paljon: ”Kokemukset viiden kuukauden harjoittelujaksolta Kellokosken sairaalassa ovat olleet hyvin opettavaiset ja miellyttävät. Työilmapiiri on ollut loistava ja minut otettiin harjoittelijana hirmu hyvin vastaan. En voisi kuvitella parempia eväitä tulevalle työuralle, jonka kulusta minulla ei vielä ole minkäänlaista käsitystä. Tiedän kuitenkin sen, että näitä Kellokoskella saatuja kokemuksia tulen hyödyntämään vielä pitkään ja niiden arvon tulen toden teolla huomaamaan vasta myöhemmällä työuralla.”

KELLOKOSKEN SAIRAALA KASVUALUSTANA PSYKOLOGIHARJOITTELIJOILLE

SAARA JARVA
psykologi

MAIJA LAITALAINEN
psykologi

EMMA HAIKONEN
psykologi

SATU KOSKENOJA
psykologi



Ensimmäisiä havaintoja Kellokoskella oli, että vastaantulevat tuntemattomat potilaat tervehtivät uutta tuntematonta harjoittelijaa. Psykologiharjoittelu alkoi hatarin käsityksin siitä, mitä pitää sisällään työ Kellokoskella tai yleensä psykologin työ missään. Harjoittelijana koki aluksi jännitystä potilaita, valmiita psykologeja ja toisia ammattikunnan edustajia kohtaan – tuntui, että olisi pitänyt osata sanoa ja tehdä yhtä sun toista. Yliopistossa opitusta teoriasta ei ollut enää mielessä paljoakaan, ja käytännön potilastyö tuntui vaativan jotain ihan toisenlaista tietotaitoa. Tieto matalan kynnyksen avun saamisesta harjoittelunohjaajalta sekä helposti lähestyttävältä esmieheltä ja koko psykologikompanialta helpotti harjoittelijan olemista. Myös muut ammattiryhmät suhtautuivat harjoittelijaan luonnollisesti ja kannustavasti, ja Kellokosken sairaalan vahva yhteisöllisyys tuli erityisesti ruokalakeskusteluissa ja lääkärikerroilla hyvin esiin.

Kun kertoi yliopistolla suorittavansa harjoittelua Kellokoskella, sai kohdata sellaistakin kuulijan reaktiota, kuin olisi puhuttu jostain kolkosta ja pelottavasta paikasta. Oma kokemus Kellokoskesta alkoi muotoutua erilaiseksi: se vastasi enemmän jonkun osuvaa luonnehdintaa kauniin luonnon keskellä sijaitsevasta rennon tunnelman hippileiristä, jossa sai sopivasti kokeilla siipiään mitä erilaisimmissa työkuivissa. Se, kuka mistäkin syystä päätyi viideksi kuukaudeksi Kellokoskelle harjoitteluun, oli kai enempi sattumaa kuin tietoista harjoittelupaikan valintaa, mutta harjoittelun edetessä alkoi vahvistua tunne sopivaan paikkaan pääytymisestä. Kellokosken sairaala panostaa harjoittelijoihin: vuodessa otetaan kaksi psykologiharjoittelijaa ja yksi neuropsykologiaan suuntautunut harjoittelija. Kun sai jakaa toisen harjoittelijan kanssa ajatuksiaan, havaitsi,

että samanlaista tunteiden vuoristorataa tämäkin kävi läpi, ja tuntui hyvältä, kun joissain asioissa sai auttaa toista harjoittelijaa. Harjoittelu-aika oli monipuolista, ja tietoa karttui sekä sairaala- että avohoidon puolelta neuropsykologiasta oikeuspsykiatriaan. Harjoittelun aikana sai kokea luottamusta toisten taholta, ja pikku hiljaa myös itse alkoi luottaa itseensä enemmän.

Harjoittelun jälkeen olemme saaneet jatkaa työn tekemistä Kellokosken tiimissä, ja potilaat edelleen tervehtivät. Mihin tuulet sitten Kellokosken kasvatteja tulevaisuudessa kuljettavat? Tähän kysymykseen on näin uran alkuvaiheessa ehkä mahdotonta löytää vastausta, mutta kukaan meistä ei taida kuitenkaan vastustaa ajatusta siitä, että ne vielä joskus myöhemminkin puhaltaisivat Kellokosken suuntaan.

MITEN TULLAAN PSYKOLOGIKSI KELLOKOSKELLE

SINIKKA JÄÄTTEENMÄKI-LAARI
psykologi



Oli aurinkoinen kesäkuun viikonloppu, kun mieheni kanssa pakkasimme kaksivuotiaan poikamme ja puolivuotiaan tyttäreemme autoon ja lähdimme tutustumaan uuden, ensimmäisen – ja viimeisen – vakituisen työpaikkani maisemiin Kellokoskelle. Pihlajamäestä Lahdentietä, Järvenpään liittymästä ulos kohti Mäntsälää, ja kymmenen kilometrin päässä keskellä maalaismaisemaa odottivat Kellokosken sairaalan rakennukset.

Ihastuttava piha. Hyvin hoidettuja kukkapenkejä riitti, upeita vanhoja lehtipuita, ja kaiken keskellä juhlava Kartanorakennuksen julkisivu. Kaunista. Taaempänä iso, vihreä puisto rakennuksineen, ja puitten lomasta välkkyi vesi, vanha patorakennus ja kirkko. Olipa onnistanut työmiljöön suhteen.

Kellokosken sairaalan olemassaoloon olin törmännyt ensimmäisen kerran Helsingin yliopiston psykologian laitoksen ilmoitustaululla. Haettiin psykologiharjoittelijaa. Ohitin ilmoituksen nopeasti. Kuka sinne kuuseen lähtisi! Vuosia myöhemmin Helsingin Sanomissa oli ilmoitus avoimesta psykologin virasta Kellokoskella. Etsittiin psykologia marraskuussa 1983 avattavalle uudelle vastaanotto-osastolle. Taas matka tuntui pitkältä Helsingistä käsin, mutta miehen patistuksesta heitin hakupaperit viimeisenä päivänä postiin. Tuli kutsu haastatteluun. Tilanne olikin mielenkiintoinen. Keskitalon alakerran kokoushuoneessa meitä istui kuusi hakijaa, sairaalan johtava psykologi Jouko Mutanen ja muutama sairaalan psykologi. Meitä haastateltiin ryhmänä. Lisäksi olivat yksilöhaastattelut. Kun tulin valituksi, tajusin, että ihan hyvin moni muukin meistä olisi voinut paikan saada. Ehkä haastattelijat halusivat pitkäaikaisen työntekijän ja sen saivatkin.

Olimme heti päättäneet muuttaa Kellokoskelle välttääksemme lasten pitkä hoitopäivät. Tuo-

hon aikaan työnantaja vielä panosti työsuhdeasuntoihin. Samaan aikaan valmistui Roinilanhakaan, nykyisen Valintatalon taakse, rivitaloja, joista saimme mieluisan asunnon, monen muun sairaalan työntekijän kanssa. Katselin olohuoneesta avautuvaa avaraa peltomaisemaa ja etäämpänä olevaa maalaistaloa ja ajattelin, että vanhana ja dementoituneena luulen olevani lapsuuden kodissa.

Sairaalan työntekijöiden aloitteesta oli 1970-luvun puolivälissä perustettu henkilökunnan lapsille oma päiväkotiki sairaalan ison puiston perälle, ”siniseen taloon”, entiseen ylläikäärin asuntoon. Nykyään se on potilaiden kuntoutusasuntona. Helsinkiin verrattuna mahtava päiväkotiki, pieni, 20-paikkainen, kodikas, pysyvä henkilökunta ja työpaikan vieressä. Elämäni piiriksi muotoutuikin sitten Kellokosken keskustan kolmio, eli aamulla kotoa tien yli päiväkotikiin, sitten osastolle 7 päiväksi, neljältä päiväkotikiin, sieltä Perhelän kaupan kautta kotikiin ja seuraavana aamuna sama kierros. Se oli ylellistä kodin ja työn yhteensovittamista.

Kellokosken keskusta olikin tuolloin vireä. Sairaalan vanha navetta oli kahvilana, oli kaksi kauppa: K-kauppa ja E-liike. Oma viehättävä pieni, postirakennus, jo aikoja sitten purettu, koettuaan ensin pari vuotta elämää pizzeriana. Kaksi pankkia, apteekki, vaatekauppakin, josta sai hyviä lastenvaatteita. Parturi ja kampaamo, tietenkin. Henkilökunta sai hoidattaa hampaansa ja jalkansa sairaalan hammaslääkärillä ja jalkojenhoitajalla, tietenkin maksua vastaan. Silloin alkanut hammaslääkärisuhde jatkuu yhä, nyt vain täytyy mennä Helsinkiin.

Marraskuun ensimmäisenä päivänä tiesin suunnata uudessa punatiliirakennuksessa sijaitsevalle vastaanotto-osasto seiskalle. Meneillään oli maanantaina alkanut henkilökunnan koulutus – ja suunnitteluviikko. Hämmästykseni oli suuri. Mitkä tilat! Hyvässä muistissani olivat Lapinlahden ja Hesperian suljetut osastot. Täältä maaseudulta löytyi jotain ihan muuta. Potilasta ja henkilökuntaa arvostavat valoisat, kauniisti sisustetut, avarat tilat. 15 potilaspaikkaa ja kaksi lääkäriä. Viisaasti suunniteltu sisäpiha, jossa ei tarvittu muureja, vaan potilaat saivat ulkoilla ja ottaa aurinkoa kesällä. Ja sitä he tekivätkin. Jonkin aikaa yksi kiinnostava haaste potilaille oli kiivetä katon kautta ulkomaailmaan. Kyseessä oli suljettu osasto, joten itselleni perustoimintaohje oli kääntää ulospyrkivät aina kysymään asiaa hoitajilta. Psykologina en kaikkia osaston potilaita tuntenut enkä tiennyt tilannetta.

Paitsi tilat, hämmästytti myös henkilökunnan aktiivinen ja avoin keskusteluympäristö. Osaston työntekijät olivat hyvin erilaisia ihmisiä, ja kiivaita väittelyitäkin syntyi, muun muassa siitä, voivatko naishoitajat valvoa öisin ilman miespuolista työntekijää. Naiset pitivät topakasti puheissa puolensa. Opin, miten erilaisuus onkin työyhteisössä rikkautta, myös potilaiden kannalta. Eräässä koulutustilaisuudessa luennoitsija kuvasi osastoa myös työntekijöiden kasvuympäristönä. Koin sen omakohtaisesti pitävän paikkansa.

Yliopisto-opintojen ja muutaman vuoden työkokemuksen turvin en vielä kokenut omaa osaamistani kovinkaan häppöiseksi, mutta alkuun päästiin. Olin halunnut ammattiin, jossa ei koskaan tule valmiiksi. Ja siihen pääsin.

Vuodet kuluivat. Kaukana tulevaisuudessa hämmöttänyt eläkeikä oli yhtäkkiä käsillä. Eläkekahvit juotiin kesäkuussa 2013, juhannuksen alla. Juhlusta jäi mieleen lämmin tunnelma ja pitkäksi ajaksi vaihe, jolloin muisteli kaikkia tekemisiään. Siihen sopi jatkoksi elokuun lopun viikko, jolloin tyhjensin kaappejani ja löysin vanhoja papereitani. Mieleen palasi muistoja potilastapaamisista. Erilaista, onnistunutta yhteistyötä, mutta myös surullisia. Joidenkin kohdalla vielä nyt kauan jälkeenpäin koin, että olisi pitänyt tehdä ja tajuta enemmän. Toisaalta olin myös kiitollinen. Olin saanut kokea ihmisten luottamusta, yhteistä yritystä ja onnistumistakin. Juuri yhteistyötä potilaiden kanssa jäin eläkkeelle siirtyessäni eniten kaipaamaan.

Lopputunnelmaksi Kellokosken sairaalasta työnantajana, vähän itsellenikin yllätykseksi, muodostui vahva kiitollisuus ja hyvä olo. Aikaisempi arjen nihkeä suhtautumiseni Oberoniin ja HUSPlussaan unohtui turhana. Sen sijaan haikailen hyvää tietokonettani ja ATK-tukea. Kenelle nyt soitan? Muutaman vuoden takainen ristiriitainen suhtautumiseni avohoidon uudistuksen koukeroihin oli väljähtynyt ajatukseksi, että maailma näyttää muuttuvan paljon rajumminkin. Sen sijaan muistelin kiitollisena kaikkia ihmisiä, joiden kanssa olin saanut tehdä työtä tai jotka yleensä olivat muodostaneet Kellokosken kokonaisuuden. Siis avohoidon ja sairaalan, konehuoneen ja keittiön, puutarhan ja puusepänerstaan, hoitajat ja sairaala-apulaiset, toimistosihteerit, lääkärit, sairaalan johto ja psykologit. Tuo kokonaisuus oli tullut ”kotikyläkseni”, omaksi yhteisökseni. Sen monipuolisuus oli ollut rikkautta.

Kellokoski oli työnantajana turvallinen. Palkka tuli säännöllisesti. Pätkätyö oli tuntematon käsite, paitsi potilaiden kertomuksista. Työnantaja on ollut myötämielinen omille toiveilleni. Sain tehdä osa-aikatyötä lasten ollessa pieniä ja viime vuosina osa-aikaeläkkeellä. Talon sisällä oli urakiertoa. Sain työskennellä aikuis- ja nuoriso-osastoilla, avohoidossa poliklinikalla ja lyhyen aikaa päiväosastolla. Mahdollisuus olla psykologien lähiesimiehenä oli erittäin mieluisaa. Olihan se myös haasteellista ja saappaat joskus kovin väljät!

Koulutusmahdollisuudet ovat Kellokoskella olleet hyvät. Itse joutui miettimään, mitä jaksaa ja mihin ehtii. Yksityissektoriakin mietin, mutta Kellokoski voitti. Etuna työajat, jotka sopivat perheen kannalta paremmin. Kerran mietin työpaikkaa Helsingissä, mutta Kellokosken peltomaisema voitti. Työnohjauksen tärkeyden imin itseeni jo psykologiharjoittelun aikana. Ihmeellisesti omasta työstä ja ajatuksista kertominen, keskustelu ja toisen kannanotot avasivat uusia näköaloja. Työnohjausta olisin voinut käyttää enemmänkin.

Palasin esimiesroolista loppuvuosisiksi psykologin perustyöhön. Jouduin havahtumaan siihen, että asiat näyttävät ja saavat erilaisen merkityksen riippuen kummasta paikasta katsoo. Nyt etäämpää voi toivottaa menestystä ja elävää innostusta jokaisen omaan työhön ja työyhteisöön. Eläkejuhlassa vähän vierastin onnittelua. Omassa mielessä pinnalla oli luopuminen ja ero, tärkeän vaiheen jääminen taa. Nyt työelämää sivusta katsovana onnittelut tuntuvat olleen paikallaan. Vastuu, jota ei kokonaisuudessaan edes töissä ollessa huomaa, on siirtynyt toisten kannettavaksi.

PSYKIATRISEN AVOHOIDON KULMAKIVET

TIMO LAAKSONEN
koulutussuunnittelija



Tämän artikkelin historiaosa on poimittu psykologi Helena Niemelän kokoamasta Historiikista, joka julkaistiin Keravan päiväosaston virallisissa avajaisissa ja Keravan psykiatrian poliklinikan uusien tilojen avajaisissa 21.11.2006.

HUOLTOTOIMISTOJEN PERUSTAMINEN. Mielisairaslaki tuli voimaan 1953, ja tarkoituksena oli huoltotoimistojen avulla saada luoduksi mielisairaiden avohoitoverkosto maahan. Maa jaettiin mielisairaanhuoltopiireihin, ja hoidon järjestäminen oli kuntien asia. Uudellamaalla, Kellokosken sairaalassa oli jo 1930-luvulla aloitettu avohoitoon suuntautuvaa toimintaa.

Järvenpään mielenterveystoimisto perustettiin 8.2.1958. Se oli Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin ensimmäinen huoltotoimisto, ja sen toimialueena oli 26 kuntaa. Järvenpään mielenterveystoimisto hoiti koko aluetta, kunnes vuosina 1965 ja 1967 perustettiin huoltotoimistot Helsinkiin ja Riihimäelle. Helsingin toimiston alueeseen kuului muun muassa Helsingin maalaiskunta, myöhemmin Vantaa. Mielenterveystoimistoja perustettiin sittemmin Keravan ja Vantaan, myöhemmin Peijaksen, alueelle yhteensä yhdeksän.

Järvenpään mielenterveystoimiston ensimmäinen työntekijä oli sosiaalihoitaja, joka aloitti työn elokuussa 1958, lääkäri aloitti syyskuussa 1958 ja sivutoiminen psykologi vuonna 1959. Toimistopulainen palkattiin marraskuussa 1961. Huoltotoimiston tehtävinä oli valvoa, hoitaa ja huoltaa sielullisesti sairaita ja vajaamielisiä ihmisiä, aikuisia ja lapsia, pitää heistä luetteloa sekä opastaa kunnan viranomaisia mielisairaanhoitoa koskevissa kysymyksissä. Potilaista laadittiin kortistoja kunnittain. Yksi työsarka oli harjoittaa valistus- ja neuvontatyötä mielenterveyden edistämiseksi. Poliklinikkavastaanottoja oli neljänä päivänä vii-

kossa. Yhtenä päivänä oli konsultaatiotyyppisiä kuntakäyntejä tai sivuva-
taanottoja etäisimpiin kuntiin, yksi päivä oli varattu kirjallisille töille.

KANSANTERVEYSLAKI VOIMAAN. Kansanterveyslaki tuli voimaan vuonna 1972. Kansanterveyslaki ja uusittu mielisairaslaki loivat entistä suurem-
mat edellytykset ja velvoitukset suunnitelmallisen avohoidon ja ehkäise-
vän työn kehittämiseksi. Tarkoitus oli siirtää psykiatrisen sairaanhoidon
painopistettä asteittain sairaalahoidosta avosairaanhoitoon. Terveys-
keskus oli niiden mukaan perustaso ja ensisijainen tekijä myös mielen-
terveystyön ja psykiatrisen hoidon osalta. Väestön eri ikäryhmät sekä
ihmisen elämänkaari otettiin huomioon entistä selkeämmin. Mielenter-
veystoimisto edusti hoito- ja ennaltaehkäisytyön osalta erityistasoa, tois-
ta porrasta. Sen tehtävänä oli alueella myös työn kehittäminen ja koor-
dinointivastuu.

Järvenpään mielenterveystoimisto II perustettiin vuonna 1972, työ-
ryhmään kuuluivat lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä toimistoapu-
lainen. Tämä oli nuorten mielenterveystoimisto, jonka toiminnan piirissä
olivat neljän kunnan, Järvenpään, Keravan, Tuusulan ja Pornaisten nuo-
ret, 15–24-vuotiaat asukkaat sekä Hyvinkään koko väestö.

Voimassa oleva mielisairaslaki edellytti mielenterveystoimistojen en-
simmäisenä tehtävänä preventiivisen työn. Ehkäisevän työn osuudeksi
kaavailtiin 20–25 prosenttia toimistojen työstä. Tätä työtä suunnit-
telemaan ja tukemaan perustettiin mielisairaanhuoltopiiriin preven-
tioryhmä, johon kuului 1–2 edustajaa kustakin toimistosta. Järvenpään
toimistossa psykiatrisen hoidon ohella tehtiin ennaltaehkäisevää työtä
sekä konsultaatiota, muun muassa neljän kunnan kouluterveydenhoitajat
kokoontuivat kerran kuukaudessa psykologin ja sosiaalityöntekijän vetä-
mään neuvotteluun. Järjestettiin myös koulutustilaisuuksia esimerkkinä
”Radanvarsikaupungin nuori tänään”. Osa työstä oli konstruktivistista eli
edellytyksiä luovaa ja yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttavaa.

Mielenterveystoimistojen tehtävänä oli, Kansanterveyslain tultua voi-
maan vuonna 1972, huolehtia alueensa mielenterveyspalvelujen kokonai-
suudesta ja järjestää konsultointia erityisesti terveys- ja sosiaalitoimeen.
Yhteiskunnassa oli muutenkin vallalla näkemys siitä, että erityisesti yh-
dyskuntatyöllä eli asuinalueiden toiminnan kehittämisellä ja konstruktivi-
sella työllä, asuinalueiden ja yhteisöjen paremmalla suunnittelulla ehkäis-
tään mielenterveyden ongelmia sekä edistetään asukkaiden hyvinvointia
ja terveyttä.

Mielenterveystoimiston työntekijät antoivat entistä enemmän konsu-
ltaatioita entistä useammalle ammattiryhmälle, pääpaino oli terveys- ja
sosiaalipuolen työntekijöissä. Nämä yhteistyösuhteet vakiintuivat kym-
meniksi vuosiksi. Psykiatriset erikoissairaanhoitajat ovat antaneet koti-
sairaanhoidon työntekijöille konsultaatiota ja työnohjausta yli kolmen-
kymmenen vuoden ajan. Koulutusta mielenterveysasioista pyydettiin ja
annettiin kunnan viranomaisille sekä eri työpaikoille. Entistä useammille
tahoille jouduttiin kuitenkin sanomaan ”ei” konsultaatio- ja työnohjaus-
pyyntöihin, koska voimia oli keskitettävä potilastyöhön. Nuorten mielen-
terveystoimisto muuttui 1980-luvun alussa Järvenpään mielenterveystoi-

mistoksi. Kellokoskelle oli perustettu nuoriso-osastot ja nuorten hoito keskitettiin sinne.

ENNALTA EHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ JA SKITSOFRENIAPROJEKTI. 1980-luvulla laadittiin ennaltaehkäisevän mielensterveystyön suunnitelmia sairaalahallinnon koulutuksen kehittämälle ns. ”saha-lomakkeelle”. Siinä ihmisen elämänkaari otettiin huomioon ja suunniteltiin eri ikä- ja kehitysvaiheisiin toimintoja yhdessä terveyskeskuksen, sosiaalitoimen, koulutoimen ja muiden hoitopisteiden kanssa, esimerkiksi kasvatusneuvolan ja A-klinikan. Kyseessä olivat sekä välilliset toiminnat että välittömät, suoraan väestöön kohdistuvat toiminnat. Silloin kartoitettiin myös ”kunta-profiilia”, kuntien piirteitä ja rakenteita sekä pidettiin kirjaa, mistä kaupunginosista potilaat tulivat. Pyrkimys oli vaikuttaa riskiryhmiin ja esim. tehdä aloitteita kunnan toimijoille ja päättäjiille.

Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti toteutettiin vuosina 1981–1987. Projektin kuluessa selvitettiin skitsofreniaa sairastavien mahdollisuuksia elää yhteiskunnassa laitostumatta. Tutkimuksen tuloksena oli hoitosuosituksia, muun muassa hoidon varhaista aloittamista ja voimavarojen suuntaamista siihen sekä kuntoutuksen kehittämisohjelmia. Suunniteltiin myös ”psykoosityöryhmien” perustamista. Se oli siihen asti maamme mittavin psykiatrisen hoidon projekti.

Toinen suuri valtakunnallinen tutkimusprojekti oli ”Itsemurhien ehkäisyprojekti”. Tarkoitus oli vähentää Suomen suurta itsemurhan tehneiden määrää ja järjestää ennalta ehkäiseviä toimia. Siinä haastateltiin itsemurhan tehneiden omaisia, jotta saatiin aineistoa ennaltaehkäiseviin ohjeisiin ja suosituksiin terveyskeskuksiin sekä psykiatrisille hoitopaikoille.

Mielisairaalapaikkojen vähennys neljäsosaan 1980–1990-luvuilla oli tarkoitettu toteuttamaan uudentyypistä hoitomallia: psykoottisten potilaiden hoito siirrettiin sairaaloista psykiatriseen avohoitoon, yhteisöjen keskelle, elämään ja toimimaan. Sairaalapotilaita sijoitettiin avohoitoon asuntoihin, kuntoutuskoteihin. Avohoidon resursseja, kuten henkilökuntaa, kuntoutuskotien määrää sekä suojatyöpaikkoja oli tarkoitus lisätä ja rakenteita monipuolistaa. Lisäys ja kehittäminen jäivät liian vähäiseksi, jotta olisi pystytty vastaamaan uusien suurten potilasmäärien hoitoon. Koko maassa 1990-luvun lama kuristi taloutta, ja erityisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella henkilökunnan määrä jäi huomattavasti alle valtakunnallisten suositusten. Tämä tuntui vastaanottotyössä koko ajan kasvavana kysyntänä sekä työn rasittavuutena.

UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI. Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri, muuttui Uudenmaan sairaanhoitopiiriksi vuonna 1991. Uudenmaan sairaanhoitopiiri jakautui hallinnollisesti kuuteen sairaanhoitoalueeseen, Jorvin, Peijaksen, Hyvinkään, Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueisiin. Hyvinkään sairaanhoitoalue vastasi Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän, Nurmijärven ja Tuusulan asukkaiden psykiatrisesta avohoidosta. Vuonna 2000 muodostettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS).

PSYKIATRISEN AVOHOIDON UUDISTAMINEN. Psykiatrian poliklinikoiden, aikaisemmin mielenterveystoimistot, lähtökohtana oli huoltotoimistojärjestelmä. Toimistossa työskenteli pääsääntöisesti lääkäri, kaksi hoitajaa, sosiaalityöntekijä, psykologi ja toimistos sihteeri. Malli toimi 1970–1980-luvuilla, koska avohoidossa hoidettiin lievempiä häiriöitä, vaikeammin oireilevat potilaat hoidettiin psykiatrisessa sairaalassa. 1980-luvun lopun laitospaikkojen alasajon jälkeen kyseinen malli ei kyennyt vastaamaan nykyisiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon vaatimuksiin ja hoitosuositukseen.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrinen avohoito Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan osalta uudistui vuonna 2007. Uudistuksen tarkoituksena oli luoda keskitetty psykiatrinen avohoitojärjestelmä, joka vastaa erilaisten potilasryhmien tarpeisiin nykyaikaisin, näyttöön perustuvien hoitomenetelmin, aikaisempaa pienistä yksiköistä koostunutta järjestelmää tavoitteellisemmin. Uudistus koski perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon aikuisten psykiatrista avohoitoa sekä nuorisopsykiatrista avohoitoa Järvenpäässä, Mäntsälässä ja Tuusulassa.

Näiden kuntien psykiatrian poliklinikat yhdistyivät hallinnollisesti yhdeksi isoksi poliklinikaksi, jonka keskuspaikka on Järvenpää. Järvenpäähän siirtyi osa Mäntsälän ja Tuusulan psykiatristen poliklinikoiden työntekijöistä, Järvenpään nuorisopsykiatrian poliklinikka ja nuorisopsykiatrian liikkuva yksikkö. Aikuispsykiatrian työntekijät jakautuivat mieliala- ja kuntoutuspoliklinikoihin, nuorisopsykiatria muodosti oman yhtenäisen poliklinikkansa. Näin psykiatrinen avohoito pystyy tarjoamaan laajemman valikoiman tehokkaiksi osoitettuja, erikoistumista vaativia hoitoja. Uudistuksen mahdollistama psykiatrinen erikoistuminen siirsi siis painotukset kuntarajojen sijasta sairaudenhoidon mukaisten hoitoprosessien kehittämiseen.

Mieliala-, kuntoutus- ja nuorisopsykiatriset poliklinikat muodostivat yhdessä perusterveydenhuollon kanssa ns. palveluketjut. Uusi toimintamalli lisäsi yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja vähensi sen myötä potilaan päällekkäisiä hoitokontakteja. Erikoissairaanhoidon työntekijät tekevät tiivistä yhteistyötä kuntien perusterveydenhuollon kanssa yhteisten palvelulinjojen toiminnan pohjalta tarjoamalla konsultaatiota, järjestämällä yhteisiä koulutuksia ja tuomalla ajan tasalla olevaa uutta tietoa psyykkisistä sairauksista.

Yhteinen lääkärijohtoinen arviointiryhmä tukee diagnoosin asettamisessa ja tarvittavan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja seurannassa nostamalla entisestään diagnostiikan laatua ja hoitoprosessin tavoitteellisuutta ja tehokkuutta.

TEHOSTETUN AVOHOIDON YKSIKÖ (TAY). Tehostetun avohoidon yksikkö perustettiin loppuvuodesta 2013. Sen tehtävänä on vastata Hyvinkään sairaanhoitoalueella kaikissa diagnoosiryhmissä aikuisten tehostetusta avohoitotoiminnasta ja mahdollisuuksien mukaan päivityksellisestä psykiatrisista yli 13-vuotiaiden sairaalahoidon tarpeen arvioista. TAY, vastaanotto- ja hoito-osastot 1 ja 2 toimivat yhtenäisenä palvelevana akuuttiyksikkönä.

TAY:n tehtäviin kuuluu:

- Nuorten aikuisten psykoosipotilaiden tutkimus, hoito ja kuntoutus, joiden kohdalla poliklinikan tarjoama palvelu on riittämätöntä, mutta jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa vaan selviävät tiivistetyn kotiin tehtävän hoitotyön avulla.
- Akuuttien vaikeasti psykiatrisesti oireilevien potilaiden arviointi Hyvinkään sairaalan poliklinikalla päivisin ja iltaisin koko viikon ajan sekä vastaavan palvelun tarjoaminen mahdollisuuksien mukaan alueen terveysasemille.
- Tavanomaista tiiviimmän avohoidon tarjoaminen potilaille, jotka sellaisen avulla selviävät kotona eivätkä tarvitse osastohoitoa (tämä tarkoittaa sekä osastohoidon lyhentämistä että sen välttämistä kokonaan), mutta joiden hoidoksi ei tavanomainen poliklinikkahoito tai kunnan tarjoama mielenterveyspalvelu riitä.
- Yhteistyökumppaneiden neuvonta ja ohjaus hoitojärjestelmän toiminnasta.
- Tiivis kuntayhteistyö ja sen kehittäminen.
- Tiivistä avohoittoa potilaille ja tukea perheille.

Lähteet:

- **Aer Juhani, (2007) Psykiatrisen avohoidon uudistaminen Hyvinkään sairaanhoitoalueella**
- **Niemelä Helena, (2006), Historiikki, julkaistu Keravan päivöosaston virallisissa avajaisissa ja**
- **Keravan psykiatrian poliklinikan uusien tilojen avajaisissa 21.11.2006**

NUORISOPSYKIATRIAA EILEN, TÄNÄÄN JA TULEVAISUUDESSA

KIRSI KETTUNEN
ylilääkäri
MARJO KOLLANEN
osastoryhmänpäällikkö



Suomessa oli 1960-luvulla vain muutamia nuorisopsykiatrisia osastoja; Pitkäniemessä, Hesperissa ja Törnävällä. Muissa mielisairaaloissa, kuten myös Kellokoskella, nuoret hoidettiin aikuispsykiatrian osastoilla. Kellokosken sairaalaan vastavallitu johtava lääkäri, dosentti Reino Elosuo antoi ylilääkäri Erkki Pulkkinen tehtäväksi 1971 nuorisosaston suunnittelun ja kehittämisen. Hankkeen etenemistä auttoi silloisen Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin liittohallituksen jäsenten kaukonäköisyys. Heidän mielestään ei ollut oikein, että nuoria hoidettiin aikuisten osastolla. Kellokosken nuorisopsykiatrisen osaston toimintaa lähdettiin suunnittelemaan osaston avaamista edeltäneenä vuonna, monella tapaa.

Valvovat viranomaiset olivat kiinnittäneet huomionsa siihen, että Suomessa alaikäisiä hoidettiin aikuispsykiatrian osastoilla vastoin YK:n lastenoikeuksien sopimusta. Laki muuttui 1991 vastaamaan YK:n lastenoikeuksien sopimusta, nuoria tuli hoitaa erillään aikuisista heille tarkoitetuissa yksiköissä. Toinen merkittävä muutos oli se, että psykoottisten nuorten ohella myös vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsiviä nuoria voitiin tarvittaessa ottaa hoitoon vastoin heidän tahtoaan.

Ensimmäinen 10 sairaansijan osasto perustettiin vuonna 1972 Kartanorakennuksen alakertaan. Osastolle valittiin nuorten hoidosta kiinnostunutta henkilökuntaa, joilla pääsääntöisesti oli aikuispsykiatrian koulutus. Nuorisopsykiatrian ylilääkäri Erkki Pulkkinen kirjoittaa muistelmissaan, että ”kenelläkään meistä ei ollut syvämpää kokemusta nuorisopsykiatriasta, joten oli selvää, että tarvittiin ulkopuolista apua”. Innostus oli suurta ja henkilökuntaa koulutettiin, otettiin itse selvää ja käytiin tutustumismatkoilla. Nuorten hoitoon haluttiin uusia hoitoelement-

tejä. Lisäksi henkilökunta päätyi käyttämään omia vaatteita valkoisten työtakkien sijaa. Tämäpä herätti silloin yleistä paheksuntaa.

Kaiken innostuksen keskellä jouduttiin myös vakavien kysymysten eteen; ketä otetaan osastolle ja miten heitä hoidetaan. Tuohon aikaan oli voimassa entinen mielenterveyslaki, jonka mukaan sairaalahoittoon tultiin joko vapaaehtoisesti tai M1-lähetteellä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Oli joukko nuoria, joiden kohdalla tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit eivät täyttyneet, mutta hoidon tarve oli ilmeinen. Jotkut heistä kieltäytyivät sairaalahoidosta. Tilanne oli hankala, koska psyykkisen tilan huonontuessa avohoidolla ei ollut lain suomina keinoja sairaalaan toimittamiseksi. Hätätapauksissa nuori saatettiin ottaa huostaan ja sijoittaa lastensuojelulakia väljästi soveltaen sairaalaan osastolle. Joskus osastolta käsin tehty kotikäynti saattoi laukaista pattitilanteen.

Nuorisopsykiatriset hoitomuodot perustuivat aluksi lasten- ja aikuispsykiatriisiin hoitomuotoihin. Nuorisopsykiatria alkoi vakiinnuttaa asemaansa vasta 1970-luvulta lähtien sekä kansainvälisesti että Suomessa. Nuoruusikä nähtiin kehityksellisesti tärkeänä elämänvaiheena, ja nuorille suunnattuja hoitomuotoja kehitettiin. Kellokosken sairaalassa oltiin mukana kehityksen etulinjassa. Osastoa perustettaessa teoreettisena lähtökohdana oli psyykkisen sairauden akuutin vaiheen ohittaneiden nuorten kuntouttava hoito käyttäytymisteoreettisen viitekehyksen mukaan. Heti osaston avaamisesta 1.1.1972 lähtien oli selvää, että osastolle otetut nuoret eivät olleet ohittaneet sairautensa akuuttia vaihetta, eikä nuorten kehityksellinen nuoruusikä antanut mitään mahdollisuuksia soveltaa aikuisille suunnattua kuntoutusohjelmaa. Psykodynaamisesta teoriasta nuorten kehityksestä ja siihen pohjautuvasta hoidosta muodostui perusta osaston hoitoperiaatteille. Osastolla opiskeltiin, konsultoitiin, ja kokeiltiin aktiivisesti sekä yksilö-, ryhmä- että yhteisöhoitoja. Nuorille potilaille alettiin osastohoidossa rakentaa hoitosuunnitelmia, jotka sitten käytiin läpi raporteilla ja työnohjauksessa. Vanhempien saaminen mukaan nuoren hoitoon oli välttämätöntä. Heitä tavattiin joko perhetapaamisissa tai vanhempien ryhmässä, joka kokoontui kerran viikossa iltaisin. Lisäksi pidettiin vanhempien ryhmäterapiaistuntoja.

Nuoriso-osaston sairaansijat eivät riittäneet alueen tarpeisiin, joten nuoria jouduttiin hoitamaan myös aikuispsykiatrian osastoilla. Tilanteeseen haluttiin korjaus, minkä vuoksi aloitettiin suuremman nuorisoyksikön suunnittelu. Vuonna 1976 valmistui 24 sairaansijan nuorisopsykiatrian rakennus, jonka yhteydessä olivat poliklinikkatilat, harrastustiloja sekä yksi huone perustettavan koulun tarpeisiin.

Osastoja oli kaikkiaan kolme ja nuorisopsykiatriaa varten nimettiin oma ylihoitaja. Henkilökuntaa oli kullakin osastolla kansainvälisten normien mukaan kahdeksan sairaansijan osastoa kohti suunnilleen saman verran kuin suureholla aikuispsykiatrian osastolla. Tämän vuoksi hoitajien lukumäärää ja hoidon tuloksellisuutta jatkuvasti kyseenalaistettiin. Psykologi Mirjami Pelkosen lisensiaattityö oli tässä tilanteessa suureksi avuksi, koska tutkimuksessa voitiin osoittaa nuorten hoidon tuloksellisuus. Tutkimusnäytön perusteella oli myös helpompi saada budjettiin rahaa nuorisopsykiatrian kehittämiseen.

Systemaattinen tiedonkeruu ja sen huolellinen hyödyntäminen on osa tavanomaista kliinistä työtä. Tieteellinen tutkimustyö jatkuu edelleen, ja siitä on syytä olla ylpeän tyytyväinen. Tieteellinen tutkimus on siten osoittanut paikkansa osana kliinistä työtä myös yliopistosairaalan ulkopuolella. Tavanomaisessa osastotyössä ei juurikaan saatu tietoa niistä nuorista, joilla oli mennyt hyvin; sen sijaan tieto nuorten joutumisesta uudelleen sairaalaan tavoitti nopeasti nuoriso-osaston henkilöstön. Tieteellinen työ oli eräs tapa saada etäisyyttä ja perspektiiviä hoidon aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Tutkimustuloksia on myös voitu käyttää uusiin osastolle tulevien nuorten ja heidän perheidensä perehdyttämisessä.

Kellokosken nuorisopsykiatrian osastojen työ on talletettu Kellokoski Adolescent In-Patient Follow-Up-Studyn tietoihin, jotka kerättiin strukturoidusti 2006–2010 neljältä nuorisopsykiatrian osastolta. Tutkimus jatkuu edelleen, ja sen ensimmäinen artikkeli on julkaistu syksyllä 2014 *Child and Adolescent Neglect and Abuse* -lehdessä.

POIS SAIRAALASTA, SINNE MISSÄ NUORET JA HEIDÄN PERHEENSÄ JA VERKOSTOT OVAT. Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatrian liikkuvan poliklinikan toimintaa alettiin kehittää vuonna 1995. Aluksi toimintaa ohjattiin osastoilta käsin, mutta 1997 liikkuvaan työhön palkattiin oma työntekijä, ja vuoteen 2002 mennessä siinä toimi lääkäri ja neljä hoitotyöntekijää. Tavoitteena oli auttaa nuoria, heidän perheitään ja verkostojaan nopeasti ja joustavasti siten, että tilannearvio saadaan mahdollisimman pian ja tarvittavat hoitotoimenpiteet voidaan aloittaa. Liikkuvan poliklinikan asiakkaisiksi ohjautuivat aluksi varhaisnuoret, 13–15-vuotiaat ja heidän perheensä. Liikkuva työote edellyttää työntekijöiltä vahvaa ammatillista osaamista, joustavuutta ja itsenäisyyttä sekä lisäksi hyvää yhteistyökumppaneiden tuntemusta.

Polikliiniset kotikäynnit osoittautuivat erittäin hyödyllisiksi kriisitilanteissa. Apua oli saatavissa jokseenkin heti akuuteissa kriiseissä. Joskus nuoren tilanne ratkesi näillä kotikäynneillä ja turhilta sairaalaan toimittamisilta vältyttiin. Aiemmin kiperissä tilanteissa ei ollut juuri muuta vaihtoehtoa kuin ottaa nuori osastolle muutaman päivän tarkkailuun.

Vuonna 2006 Kellokosken sairaalan psykiatrian tulosityksikönjohtaja Grigori Joffe käynnisti laajan avohoidon uudistuksen, joka nuorisopsykiatrian osalta tarkoitti uudenlaisen vuoropuhelun aloittamista alueen kuntien kanssa. Nuorten mielenterveystyö kunnissa kehittyi: kouluterveydenhoito, lastensuojelu, nuorten matalan kynnyksen palveluiden perustaminen, kolmannen sektorin palvelut ja Nuorisotakuun voimaan astuminen mahdollistivat nuorten ja perheiden pulmien mahdollisimman varhaisen havaitsemisen ja puuttumisen.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatrian avohoidon uudistuksen tarkoituksena vuonna 2006 oli kuvata nuorisopsykiatrisen potilaan hoitoprosessi perustasolta avohoidon poliklinikoiden kautta nuorisopsykiatrisille osastoille ja takaisin siten, että tuloksena on asiakaslähtöinen, toimiva prosessikuvaus. Nuorten mielenterveystyön tavoitteena on tukea ja ohjata nuoren lähiympäristön tahoja auttamaan nuorta ja perhettä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Nuorisopsykiatrisen erikoissai-

raanhoidon tehtäväksi määriteltiin erikoissairaanhoidon palveluita tarvitsevan nuoren ja perheen tutkiminen, hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen sekä tarvittavan hoidon tarjoaminen.

STM oli laatinut jo 2004 valtakunnalliset nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kriteerit, jotka otettiin käyttöön. Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon aloitti säännölliset koulutus-, konsultaatio- ja työnohjauspalvelut perustasolle. Nuorisopsykiatrian toiminta painottui entistä enemmän avohoitoon ja sitä tarvittaessa tukevaan osastohoitoon ja kuntoutukseen.

Avohoidon uudistuksen jälkeen Hyvinkään sairaanhoitoalueella oli kolme poliklinikkaa; Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula (JMT), keskitetty poliklinikka Järvenpäässä ja sivuvastaanotot Tuusulassa ja Mäntsälässä, Nurmijärven poliklinikka, joka on perustettu 2007, ja Hyvinkään poliklinikka, joka perustettiin sosiaali- ja terveysministeriön lapsille ja nuorille vuonna 2000 myönnettyin varoin. Poliklinikka aloitti toimintansa vakinaistettuna 1.1.2001.

Nuorten päivä kuntoutusyksikkö, joka siirtyi Ohkolan sairaalan tiloista Järvenpään poliklinikan yhteyteen, on ollut aktiivisesti mukana nuorten ryhmämuotoisen hoidon ja kuntoutumisen kehittämisessä. Intensiivinen avohoidon yksikkö perustettiin Ohkolaan vanhan avohoidon osaston tiloihin vuonna 2012. Sen tarkoituksena on tukea nuoren avohoidon kuntoutumista lyhyiden, intensiivisten hoitajaksojen avulla.

JOKELA-TAPAHTUMAT 7.II.2007 ON OSA HISTORIAA. Suomen ensimmäinen kouluampumistragedia tapahtui Jokelan yläasteella 7.II.2007. Kahdeksan kuukautta ensimmäisen kouluampumistragedian jälkeen vastaavanlainen tragedia tapahtui Kauhajoella.

Kellokosken nuorisopsykiatrian avohoito valjastettiin kriisityöhön välittömästi tragediasta seuraavana päivänä, ja kaikkiin yhteydenottoihin JMT nuorisopsykiatrian poliklinikalla vastattiin joko samana tai seuraavana päivänä yhteydenotosta. Koko syksyn 2007 JMT-nuorisopsykiatrian poliklinikalla työskentelivät myös vapaaehtoiset työntekijät HYKS nuorisopsykiatrian avohoidosta. Kollegiaalinen apu oli tarpeen suuronnettomuuden jälkihoidossa.

STM myönsi Tuusulan kunnalle rahoitusta tragedian jälkihoidon. Suunnitelmat tragedian jälkihoidosta tehtiin välittömän kriisityön jälkeen vuoden 2008 alusta yhteistyössä Tuusulan kunnan johtavan lääkärin Riitta Ristolaisen, SPR:n yhteisölliseen kriisihoitoon erikostuneen koordinaattorin sekä nuorisopsykiatrian edustajien kanssa.

THL käynnisti myös koulusurmien tutkimustyön, jonka tuloksena ovat THL:n raportit ja oppaat kriisi- ja traumatyöskentelystä.

TOIMINTA NYT JA TULEVAISUUDESSA. Hyvinkään alueen nuorisopsykiatrian avohoidon palveluiden monipuolisuudessa ja pääkaupunkiseudun HYKS nuorisopsykiatrian järjestäytyessä 2009 niin, että vantaalaisten nuorten hoito Kellokoskella päätettiin siirtää pääkaupunkiseudun omille osastoille, vuodeosastopaikkojen tarve selvästi väheni. Pelkästään vantaalaisia nuoria Kellokoskella oli hoidettu vuosittain osastollisen verran. Lohja-

laiset nuoret päätettiin ohjata Tammiharjun nuorisopsykiatrian osastolle hoitoon. Vuosina 2010–2014 vuodeosastopaikkojen tarve väheni 36:sta 12 sairaansijaan – ja samalla osastohoidon väestöpohjaksi vakiintuivat sopimuksin Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueen nuoret. Nuorisopsykiatrian osastopaikkojen väheneminen, niin tarpeellista ja Mieli 2009 -suunnitelman mukaista kuin olikin, ei ollut kivuton prosessi: henkilökunnan, joka oli tottunut hoitamaan ”loppuun asti” noin 150 nuorta vuosittain hoitoaikojen ollessa pitkiä, on täytynyt sopeutua ajatukseen osastohoidosta avohoidon tukiprosessina ja oppia nuorten avohoidon hoitokulttuuria.

Kellokoskelle perustettiin syksyllä 2012 koko HUS Erva-aluetta palveleva 6-paikkainen vaikeasti oireilevien nuorten ja lasten osasto (VAINU), jonka suunnitteluprosessi kesti kaksi vuotta. Osasto on aloittanut syksyllä 2014 kolmannen toimintavuotensa. Näinä vuosina osasto on lunastanut paikkansa HUS lastenpsykiatrian ja HUS nuorisopsykiatrian palveluvalikossa niin, ettei osaston toimintavuosina HUS-alueen lapsia tai nuoria ole enää ohjattu HUS-alueen ulkopuolelle tutkimuksiin tai hoitoon.

Samalla kun nuorisopsykiatrisen hoidon painopiste on siirtynyt avohoitoon, on nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido jatkuvasti Hyvinkään alueella kouluttanut ja konsultoinut Hyvinkään sairaanhoitoalueen kuntien nuorten kanssa työtä tekeviä kouluterveydenhoitajia, kuraattoreita, lääkäreitä, psykologeja sekä yhteistyökumppanimme lastensuojelun työntekijöitä. Yhteisenä tavoitteena on nuoren mahdollisten pulmien mahdollisimman varhainen huomaaminen ja kuhunkin pulmaan oikeanlaisen vastauksen löytyminen yhteistyössä nuoren ja nuoren lähiainuisten kanssa. Yhteistyön luonteva jatke on syksyllä 2014 valmistuva Nuorten mielenterveystyön ja nuorisopsykiatrian alueellinen palveluketju.

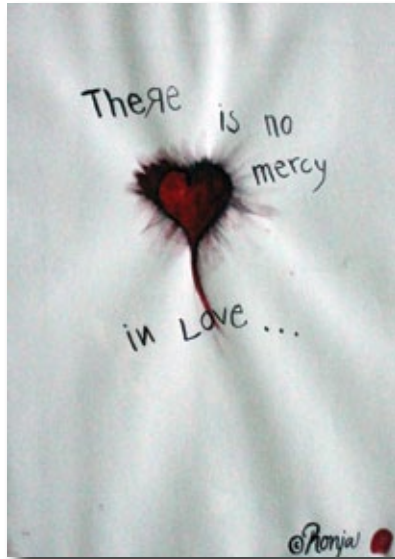
Nuorisopsykiatria on elänyt ja elää jatkuvassa muutoksessa, muuttuvassa maailmassa. Työn ytimenä säilyy kuitenkin nuoren ja tämän perheen kohtaaminen. Nuorisopsykiatria siirtyy hallinnollisesti HYKS osastokeskuksen nuorisopsykiatrian linjaan 1.1.2015. Nuorisopsykiatrista hoitoa ja psykososiaalisia interventioita kehitetään yhä paremmin vastaamaan nuoren ja tämän perheen tarpeita. Ytimessä oleva nuoruuskäisen kohtaaminen ja nuoren elämän tärkeiden aikuisten kohtaaminen vaatii edelleen samaa kehityssensitiivistä otetta, kuin aikoinaan Kellokosken sairaalan pioneirit ja nuorisopsykiatrian pioneirit Suomessa ja maailmalla ovat oivaltaneet. Vaikka työympäristömme muuttuu, ei nuorisopsykiatrisen työn ydin muutu.

Lähteet:

- Erkki Pulkkinen, LKT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, nuorisosaston osastonlääkäri vuosina 1972-75, nuorisopsykiatrian ylilääkäri vuosina 1976- 2002. Kellokoskella 13 päivänä syyskuuta 2012
- Mirjami Pelkonen/ muisteloita Kellokosken nuorisopsykiatrisen osaston alkutaipaleelta. 20.4.2012.
- Jukka Virtanen; Neljännes vuosisata nuorisopsykiatriaan Kellokoskella 1972-1997. Hoitotyötä Kellokosken sairaalassa, Kellokosken sairaalajulkaisuja 1/1998. Gummerrus kirjapaino 1998
- Terttu Koivisto, 2006. Yli kymmen vuotta liikkuvia nuorisopsykiatrisia avohoitopalveluita.

- Nuorisopsykiatrian avohoidon uudistus Hyvinkään sairaanhoitoalueella, Avohoidon raportti 30.9.2006
- Marja Lenkkeri ja Pia Sihvonen (2010). Hyvinkään nuorisopsykiatrian poliklinikan 10-vuotinen taival

Oppilastyöt No Mercy, Linnunpönttö ja Puutarhurit.



SAIRAALAKOULU NUORISOPSYKIATRIAN RINNALLA

MIKA SAATSI
rehtori, Kalliimaan koulu
Tuusulan kunta

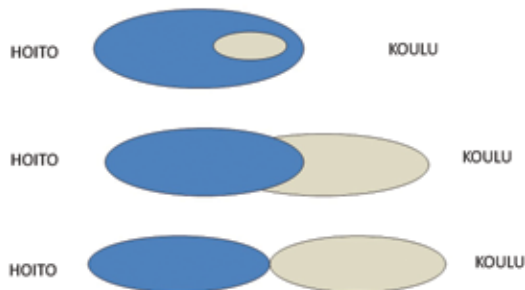


Sairaalakoulu ei voi toimia menestyksellisesti ilman hyvää ja määriteltyä yhteistyötä hoidon kanssa. Meillä Tuusulassa on pitkät ja ansiokkaat perinteet erikoissairaanhoidon ja kunnan järjestämän sairaalaopetuksen monialaiselle yhteistyölle. Vaikka välillä olemme joutuneet työskentelemään vaativissakin toimintaympäristöissä, aina on voinut luottaa siihen, että yhteistyö toimii.

Nuoren päässä ei ole erillistä kohtaa, johon hoito vaikuttaa; eikä toisaalla omaa paikkaa koulun toiminnalle: oppimaan ohjaamiselle, opetukselle ja kasvatukselle. Kokonaiskuntoutus tarkoittaa minulle sitä, että yhdessä teemme parhaamme nuoren tukemiseksi vaikeissakin tilanteissa. Mitä haastavampi tilanne, sitä tärkeämpää on ammattilaisten välinen yhteistyö. Tiedämme hyvin, että haastavat nuoret haastavat myös aikuisten ammatillisuuden joka päivä.

Hoidon ja sairaalakoulun yhteistyötä voi kuvata kolmella eri tavalla. 1) Sisäkkäinen yhteistyön malli. Tässä mallissa koulu on hoidon sisäinen kokonaisuus, jota määritellään lähtökohtaisesti juuri hoidosta käsin. 2) Rinnakkaisen yhteistyön malli, jossa molemmilla toimijoilla on selkeästi

Yhteistyön kehät



oma tonttinsa ja toisaalta yhteinen ja yhdessä määritelty rajapintansa. 3) Erillisen yhteistyön malli, jolloin yhteistyötä tehdään vain ohuella rajapinnalla ja tarvittaessa.

Yleisellä tasolla ajatellen tuskin mikään yllä kuvatuista yhteistyön kehistä on huono malli, sen kummemmin kuin joku olisi erityisen parempi kuin toinen. Suurin osa Suomen sairaalakouluista on aloittanut nimenomaan SAIRAALAN KOULUNA. Vuoden 1985 jälkeen kunnat ovat ottaneet vastuulleen opetuksen. Pidän tätä hyvänä. Vahvan hoitopuolisen tietämyksen rinnalla sairaalakoululla on hyvä olla toisenlainen ja professioon perustuva, pedagoginen viitekehys.

Kaikissa nuorisopsykiatrisissa yksiköissä on oma historiansa. Joissakin sairaalakouluissa sisäkkäisen yhteistyön malli on ollut käytössä vielä pitkälle 2000-luvulle. Alimmainen erillisen yhteistyön malli voi olla totta silloin, kun hoito ja koulu suuntautuvat kaikessa toiminnassa eri suuntiin. Jokainen yksikkö kantaa mukanaan omaa yhteistyön historiaa, tarinaa siitä miten ja miksi näihin käytänteisiin on tultu.

Minä en pidä hyvänä sitä, että jotain tehtäisiin vain sen vuoksi ”kun on aina tehty näin”. On tärkeää kyseenalaistaa ja pohtia rakenteita niin yksikön mikro- kuin laajemmalla makrotasolla. Moniammatillinen, toimiva yhteistyö ei koskaan voi perustua yksipuoliseen saneluun vaan toimivaan dialogiin. Toisaalta koululle kuuluu opetus ja kasvatusta – hoidolle hoito. Niin yksinkertaisenaikin tätä yhteistyötä voimme kuvailla.

Yhteisen rajapinnan määrittelyä tarvitaan koko ajan. Henkilökunnissa on vaihtuvuutta, työyhteisöissä on aina sisäistä ja ulkoista painetta toiminnan muuttamiseen ja kehittämiseen. Muita altistavia vaikeuksia voi tuoda esim. hukassa oleva johtajuus ja sitä kautta ristiriidat työyhteisöissä. Kun kahden organisaation pitää kohdata ja toimia rajapinnalla, kaikki sisäiset vaikeudet heijastuvat helposti myös yhteistyöhön ja toisten toiminnan arvostamiseen – pahimmassa tapauksessa arvostelemiseen ilman dialogia. Yksi selkeä haaste on myös yhteisön ulkopuolelta tulevat paineet, esim. nuorisopsykiatrian rakenteellinen muutos / murros.

Minä pidän rinnakkaisen yhteistyön mallia parhaana ja kellokoskelaisena tapana työskennellä moniammatillisesti. Hoito tarvitsee omat rakenteensa ja koulu omansa, mutta vähintään yhtä tärkeää on se, että on sovittu myös yhteisistä rakenteista ja että tätä yhteistyötä säännöllisesti arvioidaan. Näin meillä Kellokoskella toimitaan. Tervetuloa ottamaan mallia ja tutustumaan koko muu Suomi!

Yhteistyön yhteinen rajapinta





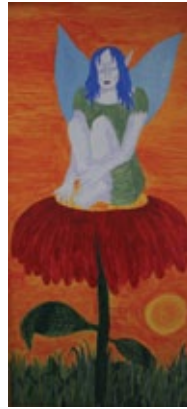
Kalliomaan sairaalakoulu.

Alueemme nuorisopsykiatria on ollut rajussa murroksessa viime vuosina. Kun itse aloitin koulussa 1998 erityisluokanopettajana, oppilaat tulivat identtisiltä nuorisopsykiatrisilta osastoilta. Sairaalakoulujaksot olivat keskimäärin pidempiä, kuin nykyään ja omahoitajien kanssa ehdittiin tutustua nuoriin kovinkin paljon ja perusteellisesti.

Jossakin vaiheessa huomasin, että alettiin puhua lyhyemmistä kriisijaksosta. Vuonna 1999 avatun osaston 18 piti jo avaamisensa jälkeen toimia lyhyiden jaksojen profiililla. – Yksi ensimmäisten joukossa osastolle tulleista oppilaistani oli siellä kaksi vuotta...

Kun Hyvinkään sairaanhoitoalueella avohoitoon alettiin satsata reilusti ja uusia poliklinikoita perustettiin, mahdollistuivat paremmin myös nykyiset lyhyemmät kriisijaksot. Riittävä avohoito ja monipuoliset palvelut ovat edellytyksenä nopeammalle hoitorotaatiolle. Hoidon murroksessa olemme sairaalakouluna olleet mukana kehittämässä koulupalveluita muuttuvassa yhteisessä toimintaympäristössämme.

Voidaan helposti todeta, että sairaalakoulun näkökulmasta nuorisopsykiatriamme viimeisin vuosikymmen on ollut suuren murroksen ja muutoksen aikaa. Aiemmin meillä oli oikeastaan vain kahdenlaisia koululaisia: osasto- ja päivänuoria, joita molempia hoidettiin osastoilla. Tällä hetkellä meidän osastotiimissämme opiskelee kriisi-, tutkimus-, hoito- tai intensiivijaksolla olevia oppilaita Ohkolan yksiköistä sekä erityisen vai-



Oppilastyöt Keiju ja Tyttö.

keasti oireilevien lasten ja nuorten osaston oppilaita. Avotiimissä opiskelevat poliluokkien oppilaat sekä intensiiviyksikön pitkäaikaiset oppilaat. Avotiimi koordinoi myös konsultoivia palveluitamme.

Kun avohoito on keskeisin osa nuorisopsykiatria, niin oppilaaksiottoalueelle kohdentuvat ohjauspalvelut nousevat myös merkittävään osaan. Konsultoivat erityisluokanopettajamme toimivat avohoidon piirissä olevien nuorten koulunkäyntiä tukien yhdessä huoltajien, avohoidon ja lähikoulujen oppilashuoltohenkilöstön kanssa. Viime vuosina tällaisen tuen piirissä on tavoitettu satakunta nuorta vuosittain. Heistä hyvin harva on päätenyt varsinaiselle sairaalakoulujaksolle.

Koulutus- ja ohjauspalvelutoimintamme kautta tapaamme ja koulutamme vuodessa satoja nuorten kanssa työskenteleviä monialaisia ammattilaisia. Ohjauspalvelusivustomme www.kalliomaa.net tavoittaa vuodessa tuhansia haastavien nuoruusikäisten oppilaiden kanssa työskenteleviä ja tietoa etsiviä netinkäyttäjiä. Sairaalareksin kuukausittainen blogi löytyy myös tuolta sivustolta ja @sairaalareksi someilee Twitterissä.

Vuonna 2014 valmistui Ohkolan remontti myös koulun tilojen osalta. Tällä hetkellä voimme olla erittäin tyytyväisiä sopivan koulumaisiin tiloihimme, joissa pystymme tarjoamaan täysipainoista peruskouluopetusta oppilaillemme. Viimeisimpiä kehittämiskohteitamme ovat parhailaan käynnistyneet sairaalakoulun neljän viikon tukijaksot sekä oppilaaksiottoalueemme kouluille tarjottava matalan kynnyksen konsultatiivitoiminta.

Vaikka hoitorakenteet muuttuvat, niin työsarkaa kyllä riittää. Nuorisopsykiatrian ja opetuksen monipuolista yhteistyötä tarvitaan kaikilla tasoilla. Perustason yhteistyö koulujen oppilashuollon ja toisaalta matalan kynnyksen toimintojen kanssa on yhtä tärkeää, kuin erikoissairaanhoidon ja sairaalakoulun perinteikäs yhteistyö. Kaikessa toiminnassamme, kaikilla tasoilla ja ammattiryhmillä on kultaisena ohjenuorana oltava yksittäinen nuori ja koko hänen elämänsä tukeminen.

Nuorisopsykiatrian ja sairaalakoulun tavoitteena tulee jatkossakin olla aikuisuuteen johtavan tien turvaaminen, nivelvaiheista huolehtiminen, peruskoulun loppuun saattaminen ja realististen jatkosuunnitelmien tekeminen.

KOULUTUS KELLOKOSKEN SAIRAALASSA

TIMO LAAKSONEN
koulutussuunnittelija



Kellokosken sairaala toimi ensimmäiset viisi-toista vuotta mielisairashoitolana ja kuului köyhäinhoitolain alaiseen toimintaan. Ensimmäisiä vuosia kuvaa vahvasti potilaiden eristäminen ja säilyttäminen. Sairaalalla ei ollut omaa lääkäriä, henkilökunta, mukaan luettuna ylihoitajatar, oli kouluttamatonta. Mielisairaanhoidajakoulutus alkoi Suomessa vuonna 1917. Koulutusta olivat oikeutettuja järjestämään valtion mielisairaalat. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että koulutetut työntekijät jäivät töihin valtion sairaaloihin, joissa oli paremmat toimintaedellytykset, parempi palkka ja paremmat asumisolot.

Koulutuksen ja opetuksen osalta vuosikertomuksista löytyvien tietojen mukaan ainoastaan kunnanlääkäri Molander kävi Lapinlahden sairaalassa Christian Sibeliuksen opissa hankkimassa tietoa erilaisista hoitomuodoista. Ylihoitajatar Josefiina Skippari oli hankkinut työkokemuksen Harjavallan sairaalassa, jonka opein hän johti hoitolaa. Muuta henkilökuntaa ei koulutettu eikä oppilaskursseja järjestetty.

SOINISEN JA PAKALÉNIN AIKA. Kellokosken sairaala sai sairaalaoikeudet vuonna 1931, kun sairaala sai ensimmäisen oman lääkärin, Artturi Ilmari Soinisen ja ylihoitajattareksi Marian sairaalan sairaanhoitajatarkoulutuksen saaneen Anna Salome Pakalénin. Tästä alkoi Kellokosken sairaalan kehittyminen kansallisesti ja jopa kansainvälisesti arvostetuksi sairaalaksi.

Soinisen ja Pakalénin johtamisajanjaksoon sijoittuu mielisairaanhoidon kehityskaudet ja uudet hoitomenetelmät, ankeat ja raskaat so-tavuodet sekä sodan jälkeinen jälleenrakennus. Yhteiskunnallisesti vaikeista vuosista huolimatta Soininen ja Pakalén onnistuivat sairaalan toimintojen kehittämisessä.

Soininen ja Pakalèn vaihtoivat kouluttamattoman henkilökunnan koulutetuiksi työntekijöiksi, osittain lääkintöhallituksen painostuksesta. Tämä mahdollisti uusien hoitomuotojen käyttöönoton Kellokosken sairaalassa. Uuden sairaalarakennuksen (Keskitalon) yläkertaan valmistui hoitajille uusia, asianmukaisia asuntoja, mikä helpotti koulutetun henkilökunnan saamista työhön.

Ylihoitajatar Anna Pakalèn koulutti hoitohenkilöstön pääsääntöisesti itse. Uusien toimintojen aloittamiseen liittyvään osaamiseen henkilöstöä koulutettiin ulkomaita myöten. Sairaalassa oltiin ajan hermolla maailmalla kehitettyjen uusien hoitomuotojen suhteen. Nykyään puhutaan paljon hoitajien ja lääkäreiden välisestä tehtävänsiirrosta. Insuliinihoitojen toteuttaminen Kellokosken sairaalassa 1930-luvulla voidaan katsoa hoitajien ja lääkäreiden väliseksi tehtävänsiirroksi.

Soininen oli perehtynyt käytännölliseen psykiatriaan ja kiinnostunut hoitomenetelmien uusimisesta ulkomaisten esikuvien mukaan. Hän oli erityisen kiinnostunut sairaalatielöiden järjestämisestä potilaiden paranevista edistävällä tavalla. Soininen oli vuonna 1931 saanut lääkintöhallitukselta apurahan kolmen kuukauden ulkomaille suuntautuvaa psykiatrian opintomatkaa varten. Opintomatkinsa Soininen teki huhtikuussa 1932 ja syys-lokakuussa 1933. Soininen vieraili Ruotsin lääkintöhallituksessa ja Saksan vastaavassa keskusvirastossa, joissa sai perehtyä uudempien mielisairaaloitten rakennushankkeisiin, piirustuksiin, kustannusarvioihin ja luoda yleiskuvan näiden maiden sairaaloista ja niiden toiminnasta. Lisäksi hän vieraili ruotsalaisissa, saksalaisissa ja sveitsiläisissä mielisairaaloissa, joihin sisältyi esimerkkejä täysin ajanmukaisesta, mutta myös vanhemmasta mielisairaala-arkkitehtuurista. Osa kohteista oli yliopistojen klinikoita tai tutkimuslaitoksia.

Matkojen arvokkainta antia Soinisen mukaan oli tutustuminen työskentelyhoidon uranuurtajan Hermann Simonin kehittämään työskentelyhoito terapiaan Gütersloh'n sairaalassa Saksassa. Myös ylihoitajatar Anna Pakalèn teki opintomatkan samaan sairaalaan kuten myös kaksi sairaalan osastonhoitajatar muutama vuosi myöhemmin.

Vuonna 1933 oppilaskursseja ei vielä ollut, mutta sairaalaan otetuille harjoittelijoille annettiin käytännöllistä alkeisopetusta mielisairaitten hoidosta. Kellokosken sairaala on ollut vuodesta 1934 lähtien sairaanhoitokoulutuksen opetuskenttänä. Vuonna 1935 kaksi osastonhoitajatar teki neljän kuukauden pituisen opintomatkan Tanskaan ja vastaavasti kaksi tanskalaista hoitajatar työskenteli kolmen kuukauden ajan Kellokosken sairaalassa. Kansainvälinen yhteistyö oli käynnistynyt.

Osastonhoitajatar Lyyli Kinnuselle ja Helga Michelssonille sekä assistenttihoitaja Ollikki Karjalaiselle myönnettiin kuukauden rahapalkka opiskelua varten. Opiskelun aiheena oli tietopuolinen mielisairauskurssi. Perhehoidon osastonhoitajattarelle Beada Sofia Lundgrénille myönnettiin kahdentuhannen markan apuraha terveystieteiskursseilla opiskelua varten, ja myöhemmin sairaala maksoi Lundgrénin hankkiman ajokortin.

Vuonna 1936 sairaanhoitajataroppilaille ja henkilökunnalle järjestettiin luentoja mielisairauksista ja niiden oireista. Huoltohoitajatar Liisa Hakola suoritti kuuden kuukauden pituisen terveystieteiskurssin.

Kellokosken sairaalassa aloitettiin ensimmäisenä Suomessa insuliinihoito. Hoidon aikana potilasta ei saanut jättää hetkeksikään yksin. Hoituhuoneessa tuli olla yksi hoitaja kahta potilasta kohden, ja heidän piti olla tehtäväänsä perehtyneitä. Insuliinihoidon aikana potilaat olivat myös jatkuvasti lääkärin valvonnassa. Lääkärin valvonta käytännössä tarkoitti sitä, että hän oli puhelimella tavoitettavissa.

Osastonhoitajatar Lyyli Kinnunen kirjoitti Pakalénin pyynnöstä ja opastamana ensimmäisen suomenkielisen oppikirjan mielisairaanhoitajaopiskelijoille. Kirjan nimi on ”Mielisairaanhoito.”

Vuonna 1941 alilääkäri Paavali Alivirta teki opintomatkan Tukholmaan. Hän tutustui uuteen hoitomenetelmään sähkösokkihoitoon, osti omilla rahoilla sairaalan ensimmäiset sähkösokkilaitteet ja aloitti sähkösokkien antamisen Kellokosken sairaalan potilaille ensimmäisenä Suomessa.

Sotavuosina vakituisesta henkilökunnasta oli pulaa mieslääkäreiden ja mieshoitajien ollessa sotilastehtävissä. Valtion sairaanhoitajakoulujen oppilaat helpottivat työtaakkaa korvatessa vakituisen henkilökunnan puuttumista. Vuosina 1943–1945 sairaanhoitajataropiskelijoita oli 15–20 Viipurin, Kuopion ja Helsingin sairaanhoitajatarkouluista.

Sotavuosina ei ymmärrettävästi pystytty panostamaan koulutukseen vaan kaikki voimavarat kuluivat arjesta selviämisenä.

OPETUSHOITAJA. Kellokosken sairaalaan perustettiin opetushoitajan virka heinäkuussa 1953. Opetushoitajan, myöhemmin sairaanhoidon opettajan virkaan valittiin osastonhoitaja Maija-Liisa Kallio. Opetushoitajan tehtäviin kuului ensin sairaanhoitajaopiskelijoiden harjoittelun ohjaaminen ja luentojen pitäminen. Vuoden 1970 alkupuoli oli taitekohta sairaanhoito-oppilaiden opetuksessa ja henkilöstökoulutuksen järjestämisessä. Sairaanhoitajanopettajan Hilikka Nybergin toiminta painottui henkilöstökoulutukseen. Sairaanhoito-opiskelijoiden koulutuksesta vastasivat eniten enemmän oppilaitosten opettajat. Käytännön harjoittelussa olevien opiskelijoiden ohjausvastuu siirtyi osastonhoitajille ja ohjaaville hoitajille. Sairaanhoitajanopettajan tehtäviin kuului hoitotyön asiantuntijana olemisen erilaisissa ryhmissä. Opetushoitajan kansliassa oli henkilöstön käyttöön varattu alan kirjallisuutta. Hoitohenkilöstöllä oli myös mahdollisuus käydä kuuntelemassa ylilääkärin sairaanhoitajaoppilaille pitämiä luentoja.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on 2000-luvulla otettu käyttöön hoitotyön klinisen opettajan toimet. Hyks-psykiatrian toimiala sai kyseisen toimen käyttöönsä tammikuussa 2015. Hoitotyön klininen opettaja koordinoi ja kehittää sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden käytännönharjoittelua.

TOIMIPAIKKAKOULUTUS ALKAA. Lääkintöhallitus lähetti vuonna 1957 kirjeen, jossa kehoitettiin sairaalanjohtoa huolehtimaan jatkuvasta toimipaikkakoulutuksesta. Samana vuonna perustettiin Kellokosken sairaalaan toimikunta suunnittelemaan toimipaikkakoulutusta. Toimikuntaan kuului lääkäri, apulaisylihoitaja ja kaksi jäsentä jokaisesta vakinaisesta henkilöstöryhmästä sekä kaksi sairaala-apulaista. Yhteensä 10 jäsentä. Toimikunta pyrki selvittämään henkilöstön koulutustarpeen, ja sen pohjalta laadit-

sihteeri. Tutkimusryhmän tehtävä oli kartoittaa pitkän tähtäimen koulutustarpeet ja koulutusten seuranta tutkimuksen keinoin. Vuonna 1976 Koulutuksen arviointilomake otettiin käyttöön ja sen palautteen pohjalta koulutuksia kehitettiin vastaamaan paremmin työntekijöiden tarpeita.

Perinteisten esitelmien ja filmiesitysten rinnalla alettiin järjestämään kurssimuotoista koulutusta. Kurssimuotoista koulutuksia olivat muun muassa sairaala-apulaisten hoidollinen jatkokurssi (9 h), johtamistaidonkurssi (15 h), hoitosuhteiden alkeiskurssi (16 h) ryhmähoidon alkeiskurssi (30 h) psykodraamakurssi (30 h), perheterapiakoulutus sekä työnohjauskoulutus. Luentoja kursseilla pitivät sairaanhoidonopettajat Maija-Liisa Kallio ja Hilikka Nyberg sekä sairaalan psykologit ja erikoissairaanhoitajat.

Uusien työntekijöiden perehdytykseen kuului luentoja ja kiertoja osastoyksiköissä. Mielisairaanhoitoharjoittelijoille järjestettiin teoria- ja käytännönopiskelua ohjatuksi. Teoriaopinnot veti Hilikka Nyberg ja käytännön harjoittelusta vastasi osaston 22 henkilökunta.

Mielisairaanhoitajienliiton kanssa yhteistyössä järjestetyt luentopäivät kokosivat kuulijoita lähiseudun sairaaloista.

Nuoriso-osaston ja mielenterveystoimistojen koulutukset eriytyivät omiksi koulutuskokonaisuuksiksi vuonna 1972. Nuorisopsykiatrian koulutukset koostuivat luennoista ja opintomatkoista.

Työsuojelukoulutus aloitettiin vuonna 1973. Sairaalaan perustettiin turvallisuustoimikunta. Tämän toimikunnan jäsenet koulutettiin sairaalan ulkopuolella työsuojelupaketin käytäntöön soveltamiseen. Työsuojelukoulutusta järjestettiin jatkossa sisäisenä (45 h) kurssina.

Koulutustarjontaa lisättiin joka vuosi, ja 1970-luvun puolivälistä jokaiselle vuodelle oli laadittu tietty koulutusteema. Teemoja olivat pitkäaikaispotilaiden hoito, kehittyvä avohoito ja yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä, työnohjaus, kuntoutus ja työsuojelu.

Lääkkeiden jakelua koskeva koulutus mielisairaanhoitajille järjestettiin vuonna 1975. Koulutukseen liittyi kirjallinen koe, jonka suorittettuaan mielisairaanhoitaja sai ylilääkärin allekirjoittaman lupatodistuksen lääkkeenjako varten. Koulutusta ja varsinkin koulutukseen liittyvää koetta kritisoitiin paljon, koska mielisairaanhoitajat olivat siihen asti jakaneet lääkkeitä ilman lisäkoulutusta.

KOULUTUSTEN KESKEISET TAVOITTEET VUOSINA 1980–1991. 1980-luvulla otettiin käyttöön opintoapuraha, koulutukset painottuivat uuden toimintamallin mukaisiin vastuualuekoulutuksiin, skitsofreniaprojektiin, laadunvarmistukseen ja kirjaamiseen.

Vuonna 1981 käyttöön otetulla opintoapurahalla oli tarkoitus tukea henkilöstön omaehtoista opiskelua. Koulutuksia jatkettiin työnohjauskoulutuksen, kriisihoitokoulutuksen, hoitosuhdekoulutuksen ja perheterapien alkeiskoulutuksen suhteen. Opintoapuraha sai innokkaan vastaanoton varsinkin avohoidon työntekijöiden keskuudessa. Vuonna 1985 avohoidossa jopa jouduttiin rajoittamaan ulkopuoliseen koulutukseen osallistumista pitkien psykoterapiakoulutusten lisääntymisen johdosta.

Uuden toimintamallin mukaisia vastuualuekoulutuksia toteutettiin. Hoitopuolen vastuualuekoulutuksissa käsiteltiin hoidollisia menetelmäky-

symyksiä sekä osastoryhmien keskinäistä yhteistyötä. Vuonna 1984 käynnistyi skitsofreniaprojekti. Siihen liittyvä luentosarja pidettiin syksyllä. Vuonna 1987 ensi kertaa skitsofreniaan sairastuvien perhetapaamisten tutkimukseen liittyi lukuvuoden mittainen koulutushanke, josta vastasi sairaalan psykologi. Hoitotyön luentosarja ja käytännön hoitotyön seminaarit aloitettiin vuonna 1984. Koulutuspäivien lukumäärä oli avohoidossa 556 ja sairaalassa 1437 työpäivää.

Pidempää koulutusta järjestettiin mm perhetyönkoulutus, työnohjaajien ryhmäkoulutus, hoitosuhdekoulutus ja kriisinhoitokoulutus. Sairaanhoidon oppilaitoksen järjestämään täydennyskoulutukseen osallistui 14 hoitajaa. Vuonna 1989 Vastuu henkilöstökoulutuksen suunnittelusta ja toteuttamisesta jakaantui entistä enemmän vastuualueiden esimiehille. Luentomuotoisen opetussairaalaohjelmaan liittyvän lääkäreiden opetuksen lisääminen ja avaaminen koko henkilöstölle toteutui.

Vuonna 1990 vietettiin sairaalan 75-vuotisjuhlia. Koulutukseen käytettiin 3192 työpäivää, joista sisäistä koulutusta oli 2104 työpäivää. Pitkissä terapiakoulutuksissa oli mukana 28 työntekijää. Kyseisenä vuotena oli mahdollista tehdä ulkomaisia opintomatkoja ja niitä tehtiinkin runsaasti. Luottamushenkilöt ja johtoryhmä tutustuivat USA:n ja Norjan terveydenhuoltopalveluihin. Osastonhoitajaryhmä (6) sekä kaksi luottamusmiestä tutustuivat Beth Israel -sairaalan hoitotyöhön sekä osallistuivat hoitotyön symposiumiin Bostonissa. Yksittäisiä kongressimatkoja tehtiin Ranskaan, Italiaan, Englantiin ja Yhdysvaltoihin.

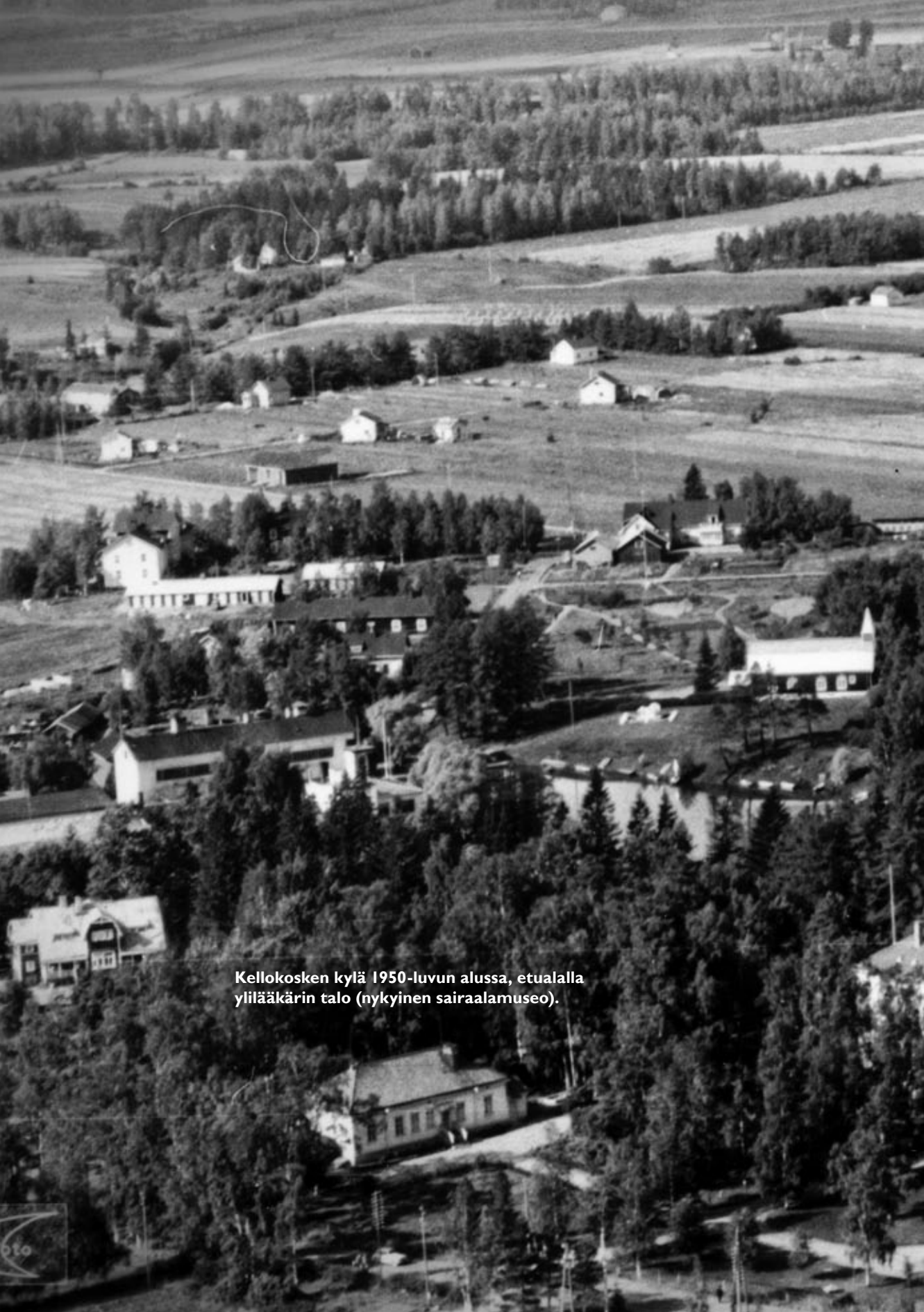
Sairaalan koulutustapahtumia alettiin videoida ja lähettää sairaalakanavalla osastoille. Videot käsittelivät hoitotyötä. 1990-luvulla kansainvälisyys sairaalassa lisääntyi. Sairaalassa järjestettiin kansainvälisiä seminaareja melko runsaasti.

LIITTYMINEN UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRIIN. Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri lakkautettiin vuonna 1991 ja psykiatria liitettiin erikoissairaanhoitoon. Perustettiin Uudenmaan sairaanhoitopiiri, jossa Kellokosken sairaala ja avohoito liitettiin Hyvinkään osavastuualueeseen.

Uudessa organisaatiossa laadittiin henkilöstökoulutussuunnitelma viideksi vuodeksi kerrallaan. Henkilöstökoulutuksen tarkoituksena oli aikaansaada ja ylläpitää ammattipätevyyttä, joka määriteltiin seuraavasti:

- kykyä erikoistua ja peruskoulutuksen pohjalta syventää teoreettista ja käytännöllistä tietoa tiettyä tehtävää vastaavaksi
- kykyä seurata tieteellistä ja teknistä kehitystä alalla ja omaksua sen mukanaan tuomat muutokset työmenetelmiin ja menettelytapoihin
- kykyä siirtyä saman alan eri tehtäviin
- kykyä edetä ammatissa saman alan vaativampiin tehtäviin
- kykyä osallistua työtapojen ja menetelmien suunnitteluun ja kehittämiseen
- kykyä omaksua täysin uusi ammatin toteuttamistapa.

Henkilöstökoulutuksen määrätietoisuus edellytti, että koulutuksen avulla tuotettava pätevyys ja pätevyiden saavuttamisen tapa on ennalta mää-



Kellokosken kylä 1950-luvun alussa, etualalla ylilääkärin talo (nykyinen sairaalamuseo).



ritelty. Osavastuualueella tarvittiin sairaanhoidonopettajaa, joka teki opetussuunnitelman vuosittain sisäisen koulutuksen osalta ja vastasi sen toteutuksesta ja arvioinnista yhdessä alueen ylihoitajien kanssa. Hänen tehtäviin kuului toimipaikkakoulutuksen kehittäminen ja toteuttaminen omalta osaltaan koko osavastuualueen psykiatristen toimintojen osalta. Henkilöstökoulutustavoitteet muotoutuivat laitoksen toimintatavoitteista ja potilaille annettavasta parhaasta hoidosta. Tavoitteiden asettelussa huomioitiin valtakunnalliset suunnitelmat, mielenterveyskomitean mietintö: ”terveyttä kaikille vuoteen 2000” antamat suuntaviivat sekä ammatti-alojen uusi tietoaaines.

Hoitotyön henkilöstön toimipaikkakoulutustavoitteet vuosina 1991–1995 olivat:

- ehkäisevä mielenterveystyö
- yksilövästuihin hoitotyö
- hoidon laadunvarmistus
- kriisihoito ja perhetyö
- kuntouttava hoitotyö
- hoitotyön tutkimus ja tutkimusten tarkastelu suhteessa omaan työhön
- vahvistaa hoitotyön eettistä ja tiedollista perustaa ja käyttää atk:ta.

Vuonna 1998 osavastuualueelle valittiin koulutussuunnittelijan vakanssiin Heljä Nenonen, joka hoiti koulutussuunnittelijan tehtäviä eläköitymiseen saakka vuoteen 2009 asti. Psykiatrian tulosityksikön koulutukset noudattivat pitkälti sisällöiltään toimipaikkakoulutuksessa asetettuja tavoitteita. Osavastuualueen yhteiset koulutukset painottuivat vahvasti johtamistyöhön. Yhteisinä koulutuksina järjestettiin useampi JET (johtamisen erikoisammattitutkinto) -koulutus, ja suurin osa lähiesimiehistä on käynyt kyseisen koulutuksen. Osavastuualueen osastonhoitaja-ylihoitaja-koulutuspäivät aloitettiin 1990-luvulla. Koulutukset painottuivat johtamistyöhön ja rakensivat esimiesten tukiverkoston. Kyseiset laadukkaat koulutuspäivät lopetettiin vuonna 2009 uusien tuulien puhaltaessa.

Hyvinkään sairaanhoitoalueella toimi opiskelijaohjaustyöryhmä, jolla oli käytössä osa ohjauspalkkiorahoista. Kyseinen työryhmä suunnitteli ja toteutti laadukkaita opiskelijaohjaajien koulutuksia, jakoi apurahoja seminaarimatkoille ja järjesti hoito- ja muiden tieteenalojen perus- ja aineopintoja työntekijöille. Näistä opinnoista moni sairaanhoitaja sai kimmokkeen opiskella maisterintutkinnon. Kyseisen työryhmän toiminta lopetettiin myöskin vuonna 2009.

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITAPIIRI (HUS). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) yhdistyminen vuonna 2000 lisäsi koulutustarjontaa kolmeen eri portaaseen. Oli HUS:in järjestämiä koulutuksia, Hyvinkään sairaanhoitoalueen koulutuksia sekä psykiatrian tulosityksikön omia koulutuksia.

HUS koulutukset liittyivät vahvasti henkilöstön johtamiseen, yhteisiin tietojärjestelmiin ja yhdenmukaisiin toimintatapoihin. HUS:ssa aloitettiin

vuonna 2006 yhteinen suonensisäinen (i.v.) lääkehoidon koulutus sairaanhoitajille ja lääkekoulutus toisen asteen koulutuksen saaneille. Koulutus päivitetään ja tentitään viiden vuoden välein.

Psykiatrian tuloksikoköön koulutusten suunnittelussa alettiin suosia pitkäkestoisempia koulutuksia lyhyiden, yksittäisten koulutusten sijaan. Pitkien apurahaan oikeuttavien koulutusten linjasta muutettiin vastaamaan nykypäivän tarpeita, alettiin suosia kognitiivisia- ja IPT-terapiakoulutuksia perinteisten psykodynaamisten koulutusten sijaan. Kellokoskella toteutettiin vuodesta 2003 lähtien PUT (psykiatrian uudistuva työnjako) -täydennyskoulutusta. Viiden viikon mittaisessa koulutuksessa sairaanhoitajat opiskelevat kliinistä psykiatria ja tutustuvat erilaisiin mittaainstrumentteihin. Loppupentän hyväksyttävästi suorittaneet saivat oikeuden tehdä laajennettuja työtehtäviä.

Kellokosken sairaalasta on myös lähtöisin nykyään tunnettu Mielen-terveystalo, joka rakennettiin ja pilotoitiin KelNet-nimellä. Kyseessä on Suomen ensimmäinen verkkopohjainen nettiterapia.

Kansainvälinen toiminta lisääntyi vahvasti 2000-luvulla. Kellokosken sairaalassa osallistuttiin moniin kansainvälisiin hankkeisiin, joista esimerkiksi voisi mainita ePsychNurse.Net-niminen EU-hanke, jonka pohjalta kehitettiin verkkokurssi mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Hoitotyön etiikkaa tutkiva Sakura-projekti japanilaisten yhteiskumppanien kanssa sekä pohjoismainen verkostoyhteistyö. Kaikki nämä kansainväliset hankkeet ovat kehittäneet Kellokosken sairaalan hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi, kuten myös käsikirja pakon käytön vähentämiseksi, jota Kellokosken sairaalassa on kirjoitettu ja päivitetty jo yli kymmenen vuoden ajan.

Muista koulutuksista voisi mainita työhöjaajakoulutukset, perhetyönkoulutukset, hoitosuhdekoulutukset ja erilaiset hoitotyön luentosarjat ja opintopiirit. Koulutustarjonta on ollut laajaa ja monipuolista unohtamatta tietotekniikka ym koulutuksia.

ORGANISAATIOMUUTOS. Vuosi 2015 tuo ehkä Kellokosken sairaalan suurimman organisaatiomuutokseen sataan vuoteen, kun psykiatrian tuloksikkö jaetaan kahteen organisaatioon. Kaksi akuuttiosastoa ja avohoito jää Hyvinkään sairaanhoitoalueen organisaatioon ja oikeuspsykiatria ja psykoosikuntoutus, gero-, neuro- ja päihdepsykiatria sekä nuorisopsykiatria siirtyvät Hyks-psykiatrian organisaatioon.

Toivottavaa on se, että Kellokosken sairaalassa säilyy hyvä yhteishenki organisaation jakautumisenkin myötä ja voimme tehdä jatkossakin hyvää yhteistyötä potilaan parhaaksi ja voimme yhteisellä koulutussuunnittelulla kehittää henkilöstön osaamista. Monipuolinen koulutustarjonta on ollut Kellokoskella tärkeä rekrytointivaltti. Sairaalassa on järjestetty eri aikoina kansallisia ja kansainvälisiä koulutuksia. Osa niistä on ollut ainutlaatuisia, ja niillä on osoitettu, että olemme pysyneet kehityksen eturintamassa.

Lähteet:

- Jyrkinen Anna Riitta: Anna Pakalén, Kellokosken sairaalan ylihoitaja, Kellokosken sairaalan julkaisu 1996:1.

- **Jyrkinen Anna Riitta: Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915-1918. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja: E. yhteiskuntatieteet 120, Kuopion yliopisto, Kopijyvä, Kuopio 2005. ISBN 951-781-959-5.**
- **Kellokosken sairaala, toimintakertomuksia vuosilta 1931-1989**
- **Oksanen Kaija: Kellokosken sairaala, opetussairaala, kansainvälinen sairaala. Kellokosken sairaalan julkaisu 1993.**

TYÖNOHJAUS KELLOKOSKEN SAIRAALASSA JA AVOHOIDOSSA

MARJO KOLLANEN
osastoryhmän päällikkö

TIMO LAAKSONEN
koulutussuunnittelija



Työnohjaus käsitteenä ja toimintana määritellään niin suomalaisessa kuin ulkomaalaisessa työnohjauskirjallisuudessa ja -tutkimuksessa hyvin eri tavoin. Tämä johtunee siitä, että työnohjausta on lähdetty kehittämään rinnakkain eri aloilla toisistaan riippumatta. Työnohjaus on kuitenkin todettu useissa tutkimuksissa hyödylliseksi menetelmäksi henkilöstön kehittämisessä ja siten koko työyhteisön toiminnan parantamisessa. Filosofian tohtori Aija Koivun (2013) väitöstutkimus osoitti, että onnistunut työnohjaus voi ylläpitää ja edistää hoitajien työhyvinvointia. Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestämistä. Mielenterveysasetus määrittää, että kunnan tai kuntainliiton on huolehdittava siitä, että työnohjaus on sisällöltään sellaista, että se edistää henkilöstön valmiuksia antaa väestön tarvitsemia mielenterveyspalveluja. Lääkäriliitto on vastikään ehdottanut sen saamista lakisääteiseksi myös kaikille potilastyötä tekeville lääkäreille. Sekä lääkäreitä että heidän esimiehiään tulisi kouluttaa ja informoida työnohjauksen merkityksestä.

Työnohjauksen käyttö on yleistynyt sekä Suomessa että kansainvälisesti, ja se on selkeästi sidottu organisaation tavoitteisiin, ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen. Se nähdään osana osaamisenkehittämistä ja osana työhyvinvointia ja työssäjaksamista. Työnohjausta haetaan erilaisista syistä; se tarjoaa innokkaille ja innovatiivisille hoitajille mahdollisuuden osallistua oman työnsä kehittämiseen, toisaalta työnohjauksesta voidaan hakea apua arkityöstä selviytymiseen, kun voimavarat ovat vähissä joko henkilökohtaisista syistä tai organisaatiomuutosten myllyryksissä. Työnohjauksen hyödyt näkyvät mm. työstä saadun palautteen ja omien vaikutusmah-

dollisuuksien lisääntymisenä, ammatillisen itsetunnon kohenemisena ja psyykkisen rasittuneisuuden vähenemisena. Työnohjauksen tavoitteena onkin osaamisen ja itsetutkiskelun lisäksi työssä jaksaminen ja työkyvyn ylläpito.

Työnohjaus on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin henkilöstön osaamisen kehittämisen kokonaisuutta, jolla varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden saaman hoidon ja palvelun laatua. Työnohjaus tukee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin perustehtävän toteuttamista. Työnohjaukseen osallistuminen on tarvelähtöistä ja tapahtuu ohjattavan työajalla. Työnohjauksen tarpeesta keskustellaan ja osallistumisesta sovitaan aina esimiehen kanssa. Työnohjauksen sisältö on ohjaajan ja ohjattavan tai ohjattavien vuorovaikutuksessa tapahtuvaa luottamuksellista, työhön liittyvien kysymysten käsittelyä, jonka tavoitteena on ohjattavien yksilöllisten ominaisuuksien, ammatillisten arvo-, tieto- ja taitoperustojen sekä työn kehittäminen ohjattavan omista lähtökohdista käsin. Työnohjaus on jatkuvaa, säännöllistä, ennalta sovitun ajan kestäväää, vapaaehtoista ja työnohjaajan ja ohjattavan/ohjattavien yhteiseen sopimukseen perustuvaa ja poikkeaa tässä esimerkiksi konsultaatiosta.

Työnohjauksen keskeiset sisällöt ovat opetus, vuorovaikutus ja työsuojelu, jossa opetuksella turvataan uuden tiedon ja taidon oppiminen, vuorovaikutuksella toisen ihmisen ymmärtäminen ja huomioon ottaminen, työsuojelulla uupumuksen, stressin ja rutiininomaisten toimintojen estäminen. Työnohjaaja sitoo vaitiolovelvollisuus.

TYÖNOHJAUksen MUODOT. Työnohjausta järjestetään sekä yksilö- että ryhmämuotoisena toimintana, perustehtävän tukemiseksi sekä ammatilliseksi kehittymiseksi. Tavoitteen mukaisesti työnohjaus voi kohdistua tarkastelemaan perustehtävää myös työyhteisön yhteisenä prosessina. Professori Marita Paunonen-Ilmonen on kehittänyt työnohjaukseen SUEd-mallin, jossa tavoitteena suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen koulutuksen ja työnohjauksen integraatio henkilöstön tukemiseksi ja kehittämiseksi.

Työnohjaus erotetaan konsultaatiosta sekä mentoroinnista, jotka eroavat työnohjauksesta tavoitteen, suhteen luonteen, sisällön, osallistujan roolin sekä toteuttajan mukaan. Mentorointi painottuu urakehityksen tukemiseen, on vastavuoroinen ammatillinen suhde, jossa mentori on senioriammatilainen, kokeneempi, innoittaja ja tukija. Konsultaatiossa taas pyritään selkeään ongelmanratkaisuun, ja se voi olla hyvinkin lyhytkestoinen. Konsultti on esimies tai asiantuntija samalta tai eri toimialalta.

TYÖNOHJAUS Kellokosken SAIRAALASSA. Työnohjaustoiminta Kellokosken sairaalassa alkoi vuonna 1971, kun sairaalan johtavaksi lääkäriksi tullut dosentti Reino Elosuo totesi sen tarpeelliseksi. Hänen tavoitteena oli, että työnohjauksen avulla työntekijät ymmärtävät enemmän potilaiden sairauksista ja työnohjauksen avulla oppivat hoitamaan potilaita ammattitaitoisemmin, laadukkaammin, nostaen näin hoitotyön tasoa Kellokosken sairaalassa.

Työnohjauksen piiriin kuuluivat aluksi potilaiden kanssa yksilötyötä tekevät psykologit ja erikoissairaanhoitajat, jotka työskentelivät erityisteh-

tävissä, antoivat potilaille terapiaa tai muita yksilöllisiä tai ryhmämuotoisia hoitoja. Vähitellen nämä kokeneet psykologit ja erikoissairaanhoitajat alkoivat antaa työnsä ohessa työnohjausta myös muulle henkilöstölle. Työnohjauksen antaminen toteutui aluksi työkokemuksen ja osaamisen perusteella, ei koulutuksen pohjalta.

Työnohjauksen merkitys korostui monella tavalla. Nuorisopsykiatrisen osaston perustamisen yhteydessä vuonna 1973 osaston toimintatavat ja hoitomenetelmät pohjautuivat pitkälti työnohjauksessa saatuun tietoon. Nuorten hoitokertomukset käytiin läpi työnohjauksessa, ja niiden pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin hoito. Nuorisopsykiatrisen osaaminen kehittyi osaksi myös työnohjauksen avulla.

Vuonna 1972 Kellokosken sairaalassa aloitti toimintansa terapeuttisen yhteisön koulutustyöryhmä, jäseniä siinä oli kaksitoista eri henkilöstöryhmistä. Heidän tehtävänä oli soveltaa terapeuttisen yhteisön näkemyksiä sairaalaan. Vuonna 1974 ryhmän toiminnan seurauksena valmistui muistio työnohjauksesta Kellokosken sairaalassa. Sairaalan sisäinen työnohjausverkosto käynnistyi ryhmän toimesta. Työnohjausta toteutettiin työpisteiden ja työryhmien sisäisenä toimintana, sairaalan sisäisenä työnohjausverkostona sekä sairaalan ulkopuolisten työnohjaajien avulla. Työnohjaus oli lähinnä hoitohenkilöstön hallinnollista ja hoidollista työnohjausta.

Työnohjausjakson tehtävänä oli työnohjauksen suunnitteleminen, järjestäminen, arviointi ja edelleen kehittäminen. Laadittiin työnohjauksen periaatteet. Työnohjausta kustannettiin vain vakinaisille viranhaltijoille. Sijainen sai osallistua työnohjaukseen vain työryhmän jäsenenä. Työnohjausresursseja keskitettiin uusien alkavientoimintojen tehokkaaseen käynnistämisen.

Pyrittiin löytämään henkilöitä, jotka olivat halukkaita kouluttautumaan työnohjaustehtäviin. Sisäistä työnohjausta suositettiin ensisijaisena toimintana. Sisäisiä työnohjauksia ei tilastoitu, mutta arveltiin, että sitä annettiin moninkertaisesti ulkopuoliseen työnohjaukseen verrattuna. Ulkopuolisia työnohjaajia käytettiin sairaalassa yhdeksää ja avohoidossa kuutta. Ohjaukset koskivat henkilöstön suorittamaa yksilö-, ryhmä-, ja perheterapiaa sekä avohoidossa lisäksi tiimityötä. Hallinnolliset työnohjaukset toteutuivat lähinnä esimies-alaisuudessa.

Kellokosken sairaalan avohoidossa valmistui vuonna 1975 tutkimus ”Selvitys hoidollisesta työnohjauksesta Uudenmaan mielisairaanhuolto-piirin avohoidossa”. Siinä selvitettiin työnohjauksen merkitystä, vallitsevien työnohjaussuhteiden määrää, laatua toivomuksia ja mahdollisuuksia työnohjauskäytäntöjen suhteen. Koulutusryhmä toteutti saman tutkimuksen sairaalassa vuonna 1976. Selvitys katsottiin tarpeelliseksi työnohjaussuunnitelmien tekemiseksi.

Vuonna 1975 henkilöstökoulutuksena toteutui vuoden mittainen työnohjaajakoulutus. Työnohjaajakoulutuksen tavoitteena oli kouluttaa työnohjaajia antamalla koulutettaville sekä ohjattavana että ohjaajana olemisen kokemus ja samalla teoriaopetusta psykoterapiasta ja työnohjauksesta. Koulutettavina oli kahdeksan sairaalan työntekijää, kolme mielisairaanhoitajaa, yksi sairaanhoitaja ja neljä erikoissairaanhoitajaa.



Vasemmalla professori Marita Paunonen. Oikealla työnohjaajakoulutuksen loppuseminaari Tallinnassa vuonna 2006. Kuvassa Kaija Pullinen, Timo Laaksonen, Marjo Kollanen ja Aino Mäkeläinen.

Kouluttajina toimivat kaksi erityistehtävissä työskentelevää erikoissairaanhoidtajaa ja yksi osastonhoitaja. Koulutus kesti noin 1,5 tuntia viikossa. Ensimmäisen puolen vuoden opiskeluun liittyi psykoterapian opiskelu kirjallisuuden pohjalta. Jakson pohjalta järjestettiin kolme yhteistä koulutustilaisuutta, joista kukin ryhmä vuorollaan vastasi teoriaosuudesta ja tämän pohjalta keskusteltiin. Aiheina olivat ”kuulla ja eläytyä”, transferenssi, vastarinta sekä terapeuttisen asenteen kasvu ja ylläpitäminen. Jälkimmäiseen puolen vuoden jaksoon liittyi työnohjauksen opiskelu. Sisältö käsitti teoriaa työnohjauksesta ja erilaisia käytännön toteuttamistavoista. Opiskelijat valmistivat harjoitustyönsä työnohjaukseen liittyvästä aiheesta.

Vuonna 1977 sairaalan sisäistä työnohjaustoimintaa koordinoi psykologi Mirjami Pelkonen. Tilastojen mukaan yksilötyönohjausta sai 60 henkilöä ja ryhmätyönohjausta 2–3 hengen ryhmissä sai 49 henkilöä. Tilastosta puuttuivat yhteisöhoitolliset työnohjukset kuten myös hallinnolliset esimies-alaisuhteissa tai osittain myös muutoin tapahtunut työnohjaus. Avohoidon asiantuntijaksi ja yhteyshenkilöksi ulkopuolisiin työnohjausasioissa nimettiin psykologi. Kuntainliitossa oli 18 ulkopuolista työnohjaajaa.

Vuonna 1986 aloitettiin uutena toimintana kaksivuotinen työryhmien työnohjaajakoulutus. Siihen osallistui yhdeksän työntekijää sairaalasta ja kaksi avohoidosta. Koulutuksen tavoitteena oli antaa kuntainliiton sisäisille työnohjaajille lisäkoulutusta, jotta he olisivat koulutuksen jälkeen entistä kykenevämpiä toimimaan organisaation kehittäjinä, työryhmien työnohjaajina sekä konsultteina että kouluttajina. Koulutus oli hyvin intensiivistä ja kouluttajina toimi kaksi sairaalan ulkopuolista asiantuntijaa.

1990-luvulla alettiin puhua ja toteuttaa esimiesten työnohjausta. Samalla vuosikymmenellä työnohjauksesta tuli lakisääteistä toimintaa mielenterveys- ja päihdetyötä tekevien henkilöiden kohdalla. Kellokosken sairaalaan perustettiin 1995 psykoterapia ja työnohjaustyöryhmä. Kyseisen työryhmän tehtävänä oli kehittää psykoterapia ja työnohjaustoimintaa Kellokosken sairaalassa ja avohoidossa. Työnohjaukseen on laadittu jokaisella vuosikymmenellä työnohjausta ohjaavat ohjeet ja säännöt. Nykyään toteutamme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä laadittuja työnohjausta koskevia ohjeita ja säädöksiä. Siinä on määritelty työnohjauksen reunaehdot; työnohjauksen tarve arvioidaan kehityskeskusteluissa, työnohjaukselle luodaan tavoitteet, ja sitä arvioidaan säännöllisesti, työnohjaussopimukset tehdään määräaikaiseksi, vuosi kerrallaan, ja arvioinnin jälkeen voidaan sopimusta jatkaa.

Tulevaisuuden haasteena on verkkopohjaisen työnohjauksen kehittäminen työnohjauksessa. Se mahdollistaa työnohjauksen toteutumisen entistä laajemmassa ympäristössä, turvaa työnohjaajan ja ohjattavan välistä distanssia ja lisää vaihtoehtoja löytää sopiva työnohjaaja.

TYÖNOHJAAJIEN KOULUTUS. Työnohjaajakoulutus sosiaali- ja terveydenhuollossa alkoi 1980-luvulla. Työnohjaajana voi toimia psykoterapiakoulutuksen tai työnohjaajakoulutuksen saanut henkilö. Tulevaisuuden tavoitteena on, että työnohjaajalta edellytetään aina työnohjaajakoulutusta.

Työnohjaajienkoulutustarjonta on tällä hetkellä hyvin kirjaavaa, koska toimintaa ei ole auktorisoitu vaan työnohjaajakoulutusta voi tarjota monesta näkökulmasta ja eri kouluttajataustoilla. Yhteistä koulutustentarjoajille on se, että koulutuksen sisältö vastaa 60 opintopisteen suoritusta ja koulutukset ovat Suomen työnohjaajat ry:n hyväksymiä.

Kellokosken sairaalassa työskentelee nykyään 32 koulutettua työnohjaajaa. Professori Marita Paunonen-Ilmonen on kouluttanut osan Kellokosken sairaalassa toimivista työnohjaajista, vuosina 2004–2006 ja 2010–2014. Aikaisempi koulutus tähtäsi nimenomaan esimiesten työnohjaamiseen ja jälkimmäinen pohjautui henkilöstön työnohjaukseen.

TYÖNOHJAUSPROSESSI. Työnohjaus on pitkäkö prosessi, ja sen onnistuminen on kiinni paitsi työnohjaajan taidoista myös ohjattavan sitoutumisesta ja halusta pohtia kriittisesti omaa työtään.

Perinteisesti työnohjauksessa on paneuduttu asiakas- ja potilassuhteisiin hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Nytkin työnohjauksesta on tullut myös oppivan organisaation ja muutosjohtamisen tärkeä väline esimiesten käyttöön. Koivun tutkimustulosten mukaan työnohjaus sitouttaa organisaatioon sekä innostaa ja motivoi kehittämään itseään ja työtään.

Työnohjauksen käytön tulisi olla suunnitelmallista ja perusteltua. Hyötyjä saavutetaan vain, jos työnohjattava ja esimies sitoutuvat työnohjausprosessin toteuttamiseen. Työnohjauksen järkevä suunnittelu edellyttää esimiehen ja työnohjaajan läheistä yhteistyötä. Kärkkäisen (2013) mukaan toimiva työnohjauksen järjestelmä edellyttää suunnitelmaa ja arviota siitä, keitä työnohjaus organisaatiossa koskee. Työnohjauksen

kehittäminen tarvetta vastaavaksi edellyttää koulutettuja työnhajajia ja pysyvää rahoitusta. Jatkuva muutos yhteiskunnassa sekä työmarkkinoilla edellyttää, että niin esimiehiä kuin työntekijöitä tuetaan eri tavoin heidän tärkeässä työtehtävässään.

Lähteet:

- Koivu Aija (2013). **Clinical supervision and well-being at work: a four-year follow-up study on female hospital nurses.** Itä-Suomen yliopisto
- Kärkkäinen Maj-Lis (2013). **Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Laadullinen haastattelututkimus.** Itä-Suomen yliopisto
- Lohiniva & Purola 2004. **Hallinnollinen työnohjaus työnohjauksen johtamistehtävän tukena hoitoyössä.** Hoitotiede Vol. 16, no 1/-04.
- **Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116**
- **Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247**
- Oksanen Kaija (1993) **Kellokosken sairaala, opetussairaala, kansainvälinen sairaala.** Toim. Oksanen Kaija, Jyrkinen Anna-Riitta, Koivusara Aulis, Pulkkinen Erkki, Taipale Ilkka. Kellokoski.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2001. **Työnohjaus toiminnan laadunhallinnan varmistajana.** Wsoy Helsinki.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2001. **Työnohjaus toiminnan laadunhallinnan varmistajana.** Wsoy Helsinki.
- **Pulkkinen Erkki, ylilääkäri muistelmat 2013**

SKITSOFRENIAN HOITO KELLOKOSKEN SAIRAALASSA 1900-LUVULLA

EILA SAILAS
ylilääkäri



Psykiatrasta sairastamista lienee ollut aina. Ehkä aina on esiintynyt myös skitsofreniaa tai ainakin oireilua, jota me nyt tänä aikana nykyisillä tiedoillamme nimitämme skitsofreniaksi. Psykiatrian oppikirjassa vuonna 1893 Emil Kraepelin kuvasi sairauden nimeltä dementia praecox. Hän piti oireyhtymää taustaltaan biologisena ja sille tyypillisenä kulkua nuoruudessa alkavasta oireilusta ajoittaisten psykoottisten jaksojen kautta vääjäämättä etenevään käsityskyvyn heikkenemiseen. Vuonna 1911 Eugen Bleuler ehdotti Saksan psykiatriyhdistyksen kokouksessa sairauden nimen muuttamista skitsofreniaksi. Bleulerkin piti skitsofreniaa osittain toksisena, perinnöllisenä tai muutoin aivojen vaurioitumisen aiheuttamana sairautena, mutta korosti myös sen syntyyn liittyviä psykologisia seikkoja ja edelleen arvioi, että sairauden ei tarvitse edetä dementia-asteelle ja että sitä voidaan hoitaa.

SÄILYTYKSESTÄ HOITOOIN. Kun Kellokosken sairaala perustettiin 1915, ensimmäisten potilaiden osalta diagnoosi jää arvoitukseksi. Tiedetään, että ensimmäinen potilas oli 17-vuotias talollisen poika Lopelta ja seuraavat kolme miestä Mäntsälästä. Sairaalan alkuvuosien ensisijainen tavoite olikin hoitaa varattomia, parantumattomia mielisairaita, jotka eivät laitoksen ulkopuolella selvinneet, ja diagnoosia ilmeisesti pidettiin tarpeettomana tietona. Potilaillekin sairaalaan joutumisen syy saattoi jäädä epäselväksi. Kun Kellokosken sairaala 1975 täytti 60 vuotta, sairaalan Informalehden toimitus haastatteli tuolloin 74-vuotiaasta Kalle Lahtista. Hän oli joutunut sairaalaan hoitoon 30.1.1925. *”Konstaapeli Asikainen ja majapainkan isäntä toivat minut sairaalaan. Olin semmoinen hermosairas.”* Sairaalan alkuvaiheen hoidot olivatkin lähinnä potilaiden säilyttämistä. Lapinlahden

sairaalassa tavanomaisia pitkiä kylpyhoitoja ei laajamittaisesti Kellokoskella käytetty, vaan kylpyhoidot annettiin kuureittain 2–3 tuntia kerrallaan useampana päivänä peräkkäin rauhoittamaan ja unta antamaan. Sen sijaan käärehoitoja käytettiin aina 1950-luvulle saakka. Kääreillä tai kieteillä tarkoitettiin potilaan kapaloimista lakanoilla tiukasti kaulasta varpasiin siten, että liikkuminen ei ollut mahdollista. Tavallista oli myös käyttää märkäkieteitä, joissa alimmaiset lakanat olivat lämpimän kosteita. Kieteissä potilas oli joskus pari tuntia, joskus läpi yön.

Jo vuonna 1927 Kellokosken sairaalassa mietityttivät sitten myöhemmin tutuksi käyvät teemat: sairaala oli tullut ahtaaksi, siellä oli liikaa potilaita. Osa kunnista halusi säästää kustannuksia, mutta myös mielipiteitä asianmukaisten parantolarakennusten pystyttämisestä potilaiden hoidon tarpeisiin esitettiin. Vuonna 1931 sairaalan uudisrakennus valmistui, ja samana vuonna aloittivat Kellokoskella työrupeamansa lääkäri Arne Soininen ja ylihoitajatar Anna Salome Pakalén. Heidän myötänsä potilashoito vaikuttaa tehostuneen ja inhimillistyneen.

Suomen ensimmäinen mielenterveyslaki asetettiin vasta 1937, ja siinäkin todettiin vain, että mielisairaita oli kohdeltava hyvin ja hoidettava huolella. Niinpä 1931 potilaat olivat sairaalassa pakolla ja valitusoikeutta hoitopäätöksistä ei ollut. Kellokosken sairaalan toimintakertomus vuodelta 1931 toteaa, että sairaalassa ”oli sattunut muutamia onnistumattomia karkausyrityksiä vapaasti työssä kulkevien potilaiden joukossa”. Nyt ilahduttavalta tuntuu, että ”eräs potilas oli päässyt kotiseudulleen Karjalohjalle saakka, jonne hänen kuitenkin annettiin jäädä, koska oli onnistunut saamaan työpaikan ja koska hänen terveydentilansa oli jo huomattavasti parantunut”.

PSYKIATRINEN TOIMINTA ALKAA. Arne Soinisen myötä toimintakertomuksissa alettiin raportoida sairaalaan otettujen potilaiden määriä ja heidän diagnoosejaan. Vuonna 1931 sairaalaan tuli 61 uutta potilasta, ja heistä 33 sairasti skitsofreniaa. Runsas 10 vuotta myöhemmin vuonna 1944 Kellokosken sairaalaan otettiin 392 uutta potilasta, joista 140 sai skitsofreniadiagnoosin. Toisaalta valtaosalla muistakin sairaalaan tulleista oli psykoosidiagnoosi, ja oirekuvat muistuttivat skitsofreniaa. Vaikuttaa siltä, että pääosa sairaalan potilasta 1940-luvulta 1960-luvulle oli skitsofreniaa tai sitä muistuttavia sairauksia potevia, ja siten sairaalan hoidot olivat nimenomaan pitkäaikaisen psykoosisairauden hoitoon käytettäviä. Alkuvaiheissa sairaalassa hoidettiin myös neurosyfilistä eli aivokuppaa sairastavia potilaita sekä esimerkiksi kehitysvammaisia. 1960-luvulla hoidossa olevien mielialahäiriöpotilaiden määrä taas kasvoi.

Vuonna 1931 toimintakertomus kuvaa sairaalassa annettuja hoitoja seuraavasti: ”Erikoisia tavallisuudesta poikkeavia hoitotapoja ei vuoden aikana ole käytetty potilaiden hoidossa, lukuun ottamatta paria somniveni- ja luminaalikuuria erittäin levottomille potilaille sekä muutamia maitoinjektioita eräissä stupor-tapauksissa. Suurin huomio potilaiden hoidossa on kiinnitetty monipuolisen ja tehokkaan työskentelyhoidon kehittämiseen. Sairaalassa on vuoden aikana ollut, kuten aikaisemminkin, joukko vakituisia rauhallisia ”työpotilaita”, jotka ovat suorittaneet melkein kaikki sairaalan monipuoliset taloustyöt, lumityöt, siivouksen yms. hoitajien talonmiehen ja emännöitsijän johdolla.”

Maitoinjektioita käytettiin kuumeen nostattamiseksi ja pääosin hoitoa tarjottiin neurosyfilispotilaille. Paremman puutteessa myös levottomat skitsofreniapotilaat saivat maitoinjektioita, joissa tyypillisesti annettiin kerrallaan 5 ml maitoa injektioneulalla lihakseen, kunnes kuume alkoi nousta. Somniveni eli oikeammin Somnifen® oli yhdiste, joka sisälsi dietyyl- ja dipropenylbarbituurihappoa, Luminal® taas oli 1911 syntetisoitu ja 1912 käyttöön otettu pitkävaikutteinen barbituraatti, barbituraattien ”kuningas”.

Seuraavana vuonna 1932 toimintakertomus paneutui uusien osastojen sisustuksen kuvailuun. ”Tässä oli koetettu kiinnittää suuri huomio potilaiden viihtymiseen, jolla on erinomaisen tärkeä merkitys parantumiselle. Siinä tarkoituksessa on erikoisesti valittu värit huoneisiin ja huonekaluihin silmälläpitäen niiden rauhoittavia ja virkistäviä sielullisia vaikutuksia.” Kellokosken sairaalan sisustukseen yritettiin todella kiinnittää huomiota. 1940-luvulla ylilääkäri Soininen joutui puolustamaan huonekaluhankintoja puheessaan liittovaltuustolle. Hän totesi, että sairaalan toiminta tulee järjestää tehokkaasti ja taloudellisesti. Yhden potilaan parantuminen vapauttaa sairaalapaikan, joka maksaa 50 000 markkaa. Siksi kauniit huonekalut, joiden hintaa on arvosteltu, ovat inhimilliset ja auttavat parantumisessa. 1945 todettiin, että sairaalan keskusradio oli sietämättömän huonokuntoinen, ja seuraavana vuonna saatiin kaikille osastoille radiolähettimet.

Jo 1930-luvulta potilaiden viihtymiseen sairaalassa panostettiin. 18.11.1933 pidettiin iltamat ja lisäksi taiteilijapariskunta Hurstinen antoi konsertin. Elokuvia esitettiin kerran kuukaudessa, ja tämä toiminta jatkui vuosikymmeniä. Esimerkiksi helmikuussa 1968 sairaalassa esitettiin potilaille värifilmi ”Horla”, joka perustui Gay de Maupassantin novelliin ja kirjailijan omiin kokemuksiin vainoharhoista ja harhaluuloista. Elokuvista saatuja vaikutelmia kartoitettiin sekä henkilökunnalle että potilaille suunnatulla kyselyllä. Vuonna 1945 toimintakertomus korostaa jälleen tarvetta pitää potilaiden virkistyksestä huolta. Talvella oli järjestetty hiihtokilpailut, ja kerran sairaalan henkilökunnan yhdistys toimeenpani teatteriesityksen. 1968 erikseen osaston 5 muistiossa todettiin, että vuoden aikana kaksi potilasta oli käynyt operetissa ja Salpausselän kisoja katsomassa neljä miestä. 1960-luvulta lähtien järjestettiin sairaalassa myös tansseja, joihin potilaat innokkaasti osallistuivat. 1980-luvulla alkoivat suositut karaoketapahtumat sairaalan juhlasalissa.

Sairaalan ensimmäisinä toimintakymmeninä potilaat pitkälti asuivat osastoilla ja siksi virkistykseen tarjoaminen tuntui luonteelta. Myöhemmin 1960–70-luvuilla korostuivat terapeuttisen hoitoyhteisen ideologiat. Osastonhoitaja Elsa Lehtosen sanoin: ”Elämän mielisairaalassa tulisi olla mahdollisimman lähellä tavallista elämää, työ, lepo ja virkistys ovat yhtä tärkeitä mielisairaalassa kuin tavallisessakin elämässä sairaalan ulkopuolella. Sairaalan tulisi olla paikka, jossa potilaat voisivat vapaasti lähestyä toisiaan psykoterapeuttisessa ilmapiirissä. Meidän ei ainakaan tietoisesti pitäisi tehdä kuilua terveen ja sairaan ihmisen välille.”

TYÖ JA TOIMINTA SKITSOFRENIAN HOITOKEINOINA. 1800-luvulla pakko ja pelottelu olivat tavallisia psykoosipotilaiden hoitoja. Muitakin ääniä esiin-



Potilaiden hiihtoretki 1970-luvun alkupuolella

tyi; 1813 Englannista Yorkin hoitokodista lähti leviämään moraalisen hoidon (moral treatment) viesti. Perusajatus oli, että arvostuksen saamisen tarve toimii paremmin kuin rangaistuksen pelko. Arvostusta taas potilaat saavat osallistumalla hoitopaikkansa ylläpitoon, tekemällä tavallisia askareita, oppimalla uusia asioita ja ottamalla vastuuta arjen hoitamisesta. Myöhemmin on myös korostettu säännöllisen, järkevän toiminnan mieltä rauhoittavaa ja tasoittavaa vaikutusta.

Kellokoskella työtoiminta oli heti sairaalan perustamisen jälkeen keskeistä. Ensimmäisinä vuosikymmeninä sairaalan aktiivinen maataloustoiminta pitkälti elätti sairaalan, ja osittain sen laajuus auttoi myös läpi vaikeiden sotavuosien. 1970-luvulla työtoimintojen nimi muuttui toiminnalliseksi kuntoutukseksi, ja ideologiaa on selitetty erilaisin sanakääntein. Pohja on pysynyt samana: ihmiselle on hyväksi tuntea itsensä tarpeelliseksi ja osallistua yhteisön toimintaan. Skitsofreniapotilaassa on oireistaan huolimatta aina enemmän terveyttä kuin sairautta. On hyvää tulla kohdatuksi jossain toimintakykyjensä, ei puutteidensa, kanssa. Tämä mahdollisuus on Kellokoskella aina tarjottu.

Jo aiemmin mainittu vuonna 1925 sairaalaan joutunut Kalle Lahtinen muisteli lämmöllä työtään meijerin separaattorin pyörittäjänä emännöitsijä Albertina Siparin apuna. Myöhemmin hän oli opiskellut ammatin sairaalan suutarin opissa. Vuonna 1933 toimintakertomuksessa mainittiinkin erikseen, että sairaalan suutari teki lähes kaikki sairaalassa tarvittavat kengät.

Aina 1960-luvulle saakka sairaalassa oli laajaa maataloustuotantoa: iso navetta ja runsaasti viljeltyä maapinta-alaa. Sota-aikana tämä mahdollisti



Impilinnan käsityösalin väkeä vuonna 1950.

kohtuullisen ruuan saannin sairaalassa, vaikka Kalle Lahtinen muistelikin sota-ajan ruokia huonoiksi. Sotavuodet lisäsivät myös potilaiden vastuuta työtoiminnoista. Sairaalan henkilökunta supistui rintamalle joutumisen vuoksi, ja potilaat tekivät taloustyöt. Tämä näkyi myös sairaalan budjetissa, jossa sota-aikana valiteltiin potilastupakkakohdan budjettiylitystä: potilaat tekivät taloustyöt, ja palkka maksettiin tupakoina, siitä ylitys. Vielä vuoden 1944 talousarviossa potilaiden hoitoon oli käytetty 1001794,90 markkaa, tästä 57127,35 potilastupakoihin ja esimerkiksi lääkkeisiin ja sideaineisiin vain kolme kertaa enemmän, 190042,85 markkaa.

Sodan jälkeen työtoimintaa häytti materiaali puute, vuonna 1945 todettiin: *”Erikoisesti monien tarveaineiden saanti on ollut vaikeaa ja vaikeuttaneet laitoksen toimintaa mm. potilaiden käsityö- ja askarteluhoitoa. Sen sijaan on ulkotöitä sairaalan laajan maanviljelyksen yhteydessä riittänyt runsaasti siihen soveltuville miespotilaille. Naispotilaiden tärkein askartelumuoto on nykyään pahasti kuluneiden vaatteiden paikkaus käsityösalissa.”* Maanviljelystuotto kuvattiin tarkasti. Puutarha oli tuottanut mm. porkkanaa 10019 kg, lisäksi punajuurta, sokerijuurta, naurista, palsternakkaa, 13155 kg keräkaalia, kukkakaalia, papua, pinaattia, kurkkua ja selleriä. Vielä 1968–1969 Tuusulan tarkkailualueen kaksitoista kärjessä -listalla oli viisi sairaalan maatilaa lehmää. Tästä huolimatta maataloustöiden tekeminen ei enää vastannut potilaiden tarpeita, karjasta luovuttiin, ja vuonna 1973 navetta kunnostettiin teollisuustilaksi. Työtoiminta muuttui pakkaus- ja kokoa-mistehtäväksi.

Kun lama hiljalleen hellitti, naispotilaiden ei tarvinnut enää tyytyä vain paikkaustyöhön. Vuonna 1948 *”työhoitoa on ollut varsin runsaasti. Naisten*

käsitöitä varten on saatu hyvin raaka-ainetta joten kankaankudonta on melkein normaaliaikojen tasalla. Lisäksi tulevat vaatteiden paikkaus ja uusien ompeleminen. Suutarin työhuone ja puusepän verstaas ovat aivan liian pienet ja muutenkin tarkoitukseen vähemmän soveliaat.” Seuraavana vuonna naiset ”kutoivat erilaisia kankaita yli 2000 metriä, minkä lisäksi oli kudottu mattoja ja ryijyjä. Sukkia oli neulottu yli 1100 paria ja ommeltu noin 300 lenkkiä puhumattakaan muista ompelutöistä ja varsinkin paikkauksista”. Vielä vuonna 1968 luettiin tarkasti käsityösalissa valmistuneet tuotteet: Kangaspuissa pyyhliniakangasta 459,6 m, kylpypyyhekangasta 100,5 m, kaitaliinakangasta 30,5 m, pöytäliinakangasta 126,8 m, huovansuojakangasta 50 m, räsy- ja muovimattoa 110 m ja yksi ryijy. Ostokankaista oli ommeltu 345 miesten paitaa, 128 miesten alushousua, 18 urheiluhousua ja esimerkiksi 888 nenäliinaa, 12 lääkärin- ja psykologin takkia ja 440 lakanaa.

1970-luvulla toiminnallisen kuntoutuksen kehittyessä työtoiminta muuttui potilaslähtöisemmäksi. Enää ei ollut tavoitteena valmistaa sairaalaan käyttötavaraa, vaan keskityttiin tekemään potilaan mielen mukaisia harrasteita ja opettamaan taitoja, joista olisi apua jatkossa sairaalan ulkopuolella.

TAITOJEN HARJOITTAMINEN JA TYÖLLISTYMINEN. 1960-luvulta skitsofreniakuntoutuksen uusia kehityssuuntia oli pyrkimys arkipäivän taitojen opeteluun. Näistä tavallisin toiminta, niin Kellokoskella kuin muuallakin maailmassa, oli erilaisten ruoka- ja keittiöryhmien pyörittäminen. Osastolla 20 oli vuonna 1968 opetuskeittiötoiminta ollut niin vilkasta ja tehokasta, että ”jotkut olivat jopa ottaneet toimen kotiapulaisena sairaalasta päästyään opetuskeittiössä saamansa opin rohkaisemana”. Ylipäätään 1960-luvulla skitsofrenian hoidossa sosiaalipsykiatria oli muodissa. Pakkotoimista pyrittiin irtautumaan ja potilaiden itsenäinen asuminen ja töihin palaaminen nähtiin keskeisenä hoitotavoitteena. Kellokosken sairaalasta oli vuosia ollut potilaita töissä lähistön yrityksissä. Kellokosken prinsessa, Anna Svedholm, teki hierojana töitä kylällä. Myöhemmin aktiivisesti haettiin kylältä työnantajia, jotka suostuisivat ottamaan sairaalan potilaita töihin, ehkä vakituisiinkin työsuhteisiin.

Toiminnallisen kuntoutuksen osastonhoitaja Tuula Heikkilä ja ohjaaja Anneli Hietanoro yrittivät 1990-luvulla jo ennen kansanvälisiä tuettua työllistymistä käsitteleviä artikkeleita lisätä potilaiden mahdollisuuksia ansiotyöhön. He tekivät 3T-projektin, jonka tavoitteena oli löytää potilaille työpaikkoja. Uudistajan kohtalo on välillä raskas, projekti oli ansiokas, mutta potilaiden työllistyminen ei edennyt. Vielä 2008 alueen avohoidosta tehty selvitys oli masentavaa luettavaa. Hoidossa olevista 224 skitsofreniakuntoutujasta 25 (11,2 %) oli ollut työelämässä ja 18 (8 %) opiskellut. Kaikkiaan 74 (33 %) kuntoutujaa oli osallistunut eri organisaatioiden järjestämään kuntouttavaan työtoimintaan. 206 (91 %) kuntoutujaa sai päätoimeentulonsa eläkkeestä, kuntoutustuesta ja sairauspäivärahasta.

RYHMÄT, TERAPEUTTISET YHTEISÖT JA PSYKOTERAPIAT. Vielä 1960-luvulla sairaalassa kokoontuvat ryhmät olivat toiminnallisia, niissä keskityttiin työhön, opettelemaan uusia taitoja tai harrastamaan. 1970-luvulle tul-

taessa osa ryhmistä muuttui keskusteluryhmiksi ja niihin tuli enemmän terapeutista sisältöä. Keskeinen henkilö terapeuttien ryhmätoimintojen kehittämisessä oli psykologi Seppo Anttila. Hänen ansiolistaansa kuuluvat ainakin jatkuvan työnohjauksen tuominen sairaalan käytäntöihin ja ryhmäterapiatoimintojen kouluttaminen, lisääminen ja tehostaminen. Informa-lehden koulutusilmoituksissa näkyy psykodynaamisen ajattelun lisääntyminen, ja tämä vaikutti myös skitsofreniapotilaiden hoitoihin ja ryhmiin. Jo 1950-luvulla myöhemmin ylihoitajaksi edennyt Airi Anttila oli tuonut omalle osastolleen omahoitajatoimintatavan, joka sittemmin levisi koko sairaalaan ja on säilynyt työmallina näihin aikoihin saakka. 1970- ja 1980-luvuilla omahoitajakeskusteluihin tuli mukaan vahvan psykodynaamisen ajattelun myötä terapeutin elementti. Skitsofreniapotilaan psykoottisia ajatuksia pyrittiin ymmärtämään, potilaan harhoja liittämään hänen elämänhistoriaansa ja näkemään psykoottinen oireilu reaktiona elämäntapahtumille ja -kärsimyksille. Vielä 1980-luvulla henkilökunnan käsissä kului Allan Johanssonin väitöskirja, Skitsofrenian analyyttisen psykoterapian ongelma. Skitsofreniapotilaan hoidon tärkeimpänä hoitomuotona henkilökunta piti omahoitajasuhdetta tai yksilöterapiaa, sen jälkeen perhehoitoja ja vasta kolmannelle sijalle nousivat lääkehoidot. Muutos 1990-luvun biologisen psykiatrian aikaan oli jyrkkä, ja hoito-ohje potilaan kuuntelemisesta ja ymmärtämisestä intensiiviseen biologisesti pohjautuvaan psykoedukaatioon oli raju.

Myös ratkaisukeskeisyys näyttäytyi terapeutteisessa hoitovalikossa 1990-luvulla. Psykologi Tapani Ahola kävi pitkään työnohjaajana. Hän esimerkiksi ehdotti potilaan ja hänen lääkärinsä yhteisiä vakoiluretkiä tekopartoihin sonnustautuneina, jotta voitaisiin seurata ovatko läheisen pankin työntekijät todella potilaan uskomuksen mukaisesti vieraan vallan sotilastiedustelijoita. Hoitomuotojen kehityksessä uudet mallit tulevat usein järjestyttävänä ja eriskummallisina esiin. 1980- ja 1990-lukujen Kellokoskella kuultiin uusista hoidoista, opiskeltiin niitä ja toteutettiin sopivasti, kohtuudella annostellen.

1970-luku oli myös terapeuttien yhteisöjen aikaa. Esimerkiksi osastolla 23 tavoiteltiin terapeutin yhteisön periaatteita. Henkilökunta ja potilaat laativat yhdessä säännöt, joita sitten noudatettiin. Säännöissä muun muassa otettiin kantaa potilaiden alkoholinkäyttöön sairaalahoidon aikana ja ehdotettiin potilaillekin nimekulun käyttöä, jotta he tunnistaisivat toisensa tiiviin potilasvaihdon aikana. Vuonna 1973 joillakin skitsofreniahoito-osastoilla myös kokeiltiin työnjaon muutosta siten, että ammattiryhmien toimenkuvia liudennettiin ja kaikki työntekijät pyrkivät tekemään kaikkia töitä – osastonhoitaja päätyi tiskaamaan ja sairaalapulainen pitämään raportteja. Myös henkilökunnan työvaatteista luovuttiin ja työskenneltiin erityisluvalla siviilivaatteissa.

Yhteisöhoito ei ollut parannus skitsofreniaan, mutta osittain sen perintöä on muistutus potilaan oikeudesta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Tätä on muistuteltu sittemmin jatkuvasti, ja hiljalleen sitä on opittu. Esimerkiksi vuoden 1968 sairaalan sisäisissä tiedotteissa oli useissa numeroissa kirjoituksia, joissa korostettiin yhteistyötä potilaan kanssa ja muistutettiin, että potilaiden mielipide tulee huomioida hoitoa toteutettaessa

PERHETYÖ. 1930-luvun toimintakertomuksissa kerrotaan omaisten päivistä, joita pidettiin sairaalassa säännöllisesti. Vaikka skitsofrenian syntymallit vielä 1980-luvulle saakka eri tavoin syylistivät perheitä, omaisten hoitoon mukaan ottaminen lisääntyi hiljalleen. Jo 1960-luvulla sairaalassa kokoontui säännöllisesti omaisten ryhmä, jonka tavoitteena oli jakaa omaisille asiallista tietoa skitsofreniaan liittyvistä terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista. Omaisryhmäesitteessä todettiin myös, että omaiset voisivat olla avuksi toinen toisilleen vaikeassa tilanteessa selviämiseksi.

Vuosina 1981–1987 professori Yrjö Alanen johti Suomessa valtakunnallista skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisselmaa. Projektin innoittamana Uudenmaan mielisairaanhoidopiiri aloitti oman skitsofreniaprojektinsa liittohallituksen päätöksellä 11.10.1984. Tämä tuotti useita julkaisuja ja myös merkittäviä muutoksia toimintatapoihin. Uudenmaan mielisairaanhoidopiiriin kuntainliiton skitsofreniaprojektin osaprojektina psykologi Esa Eriksson kehitti sairaalan skitsofreniapotilaiden perhetyötä. Vuonna 1988 julkaistussa raportissa pidettiin tärkeänä kehittää perhekeskeistä ja vuorovaikutuspsykologista näkemystä skitsofreniasta. Projektin myötä perhetyötä koulutettiin sairaalassa. Koulutuksen teoriasisältö painottui milanolaiseen systeemiseen perheterapiasuuntaukseen, mutta myös muiden systeemiteoreettisten perheterapiasuuntausten keskeiset perusteet käytiin läpi. Sairaalaan saatiin milanolaisen mallin edellyttämä peilihuone, jossa viereisestä tilasta voitiin seurata toisessa huoneessa käytävää perhetapaamista, josta taas havainnoivaa ryhmää ei nähnyt. Tarkkaileva ryhmä saattoi soittaa puhelimella huomioitaan perhetapaamista vetäville henkilökunnan jäsenille. Systeemiteoreettisista toimintatavoista luovuttiin melko pian, mutta perhetyön käytäntö jäi elämään.

Vuosituhannen lopulla perhetapaamiset olivat rutiinia. Ensimmäinen sellainen pyrittiin järjestämään mahdollisimman pikaisesti psykoosipotilaan tultua sairaalaan ja perheen mukaan ottaminen hoitoon oli sääntö, ei poikkeus. Kuntoutusosastot järjestivät säännöllisesti perheille avoimien ovien päiviä ja psykoedukaatioryhmiä ja -luentoja.

PORTAITAINEN KUNTOUTUS. Skitsofreniaprojektin osana Yliääkäri Erkki Pulkkinen kehitti pitkäaikaispotilaiden kuntoutusta, uutta hoitomallia kuvataan julkaisussa vuodelta 1988. Valtakunnallisen ohjelman keskeinen tavoite oli uusien laitokseen jäävien pitkäaikaispotilaiden määrän huomattava vähentäminen sekä jo sairaalaan jääneiden skitsofreniapotilaiden tehokas avohoitoon kuntouttaminen. Aiemmassa selvityksessä oli todettu, että Uudenmaan mielisairaanhoidopiirissä oli vuonna 1982 psykiatrisissa sairaaloissa 283 pitkäaikaispotilasta, ja samana vuonna sairaalaan tuli 65 uutta pitkäaikaispotilasta. Määrä oli merkittävä alueella, jonka väestöpohja oli hieman alle 400 000. Gordon Paul ja Robert Lenz olivat vuonna 1977 julkaisseet tutkimuksen, jossa vertailtiin miljööterapiaa ja sosiaaliseen oppimiseen perustuvaa hoito-ohjelmaa. Sosiaalisen oppimisen ohjelmassa skitsofreniakuntoutujia palkittiin asianmukaisesta käytäytymisestä, sitoutumisesta hoito-ohjelmaan ja itsestä huolehtimisesta. Tätä samaa niin sanottua token economy -mallia kuvasivat kirjassaan



Potilashuone 1960-luvulla.

”Laitoshoidosta vapauteen” vuonna 1985 Markku Ojanen ja Esa Sario-la. Kuntoutusmallia pidettiin olennaisesti aiempaa miljööterapiata tehokkaampana, vaikka myöhemmin tulosten tulkintaa on kritisoitu. Erkki Pulkkinen päätyi sen aikaisen tutkimusnäytön perusteella kehittämään sairaalaan yhdelle suljetulle (osasto 3, 25 paikkaa) ja yhdelle avo-osastolle (osasto 11, 26 paikkaa) oppimisteorioihin perustuvan portaittaisen kuntoutusmallin. Kuntoutuksessa potilas eteni alimmasta I. vaiheesta ylöspäin, ja etenemisen edellytys oli asianmukainen käyttäytyminen. Tätä seurattiin jatkuvasti, ja seurattavia osa-alueita olivat muun muassa henkilökohtainen hygienia (pesee kasvot, käy suihkussa, pesee hampaat etc.), vaatetus (pystyy pesemään vaatteet, osaa sillittää etc.), tupakointi (esim. käyttää tuhkakuppia), päivittäiset toiminnot osastolla (herää ajoissa aamulla, on ruokailutavoiltaan siisti etc.) ja päivittäinen ja sosiaalinen käyttäytyminen osastolla ja osaston ulkopuolella. Osastolle tullessaan potilas aloitti vaiheesta I, jonka kesto oli vähintään viikko, ja sen aikana potilas joutui käyttämään sairaalan vaatteita, hän ei päässyt yksin sairaalaosaston ulkopuolelle, eikä saanut käyttää rahaa enempää kuin 80 markkaa viikossa ja korkeintaan 20 markkaa päivässä. Jos potilas selvisi tästä, hän siirtyi vaiheeseen 2., joka kesti vähimmillään 10 vuorokautta, ja tänä aikana potilas sai 3 tuntia vapaata ulkoilu-aikaa ja vapauden pukeutua omiin vaatteisiinsa. Toisaalta häneltä edellytettiin kahden tunnin osallistumista osaston ulkopuoliseen työtoimintaan. Seuraava 3. vaihe kesti kaksi

viikkoa, ja sen aikana potilas sai rajoituksitta liikkua osaston ulkopuolella ja hän sai myös luvan lomailla viikonloppuisin omassa kodissaan tai omaistensa luona. Hänen tuli kyetä tässä vaiheessa noudattamaan kuntoutusohjelmaansa omatoimisesti. 4. vaiheessa potilas sai liikkua vapaasti sairaala-alueella ja käydä lomilla viikonloppuisin. Hänen tuli selvittää muun muassa huoneensa siivoamisesta, ulkoasustaan huolehtimisesta, ruokailun maltillisuudesta ja muistaa käyttää yöpukua öisin. Neljännen vaiheen jälkeen potilas siirtyi avo-osastolle ja sieltä sitten kuntoutuneena kotiin.

Ennen hoito-ohjelman aloitusta osastoa 3 kuvailtiin ilmapiiriltään levottomaksi ja kaoottiseksi, mikä ilmeni meluisuutena, runsaina eristyksinä sekä henkilökunnan väsymisenä. Potilaiden kuntoutumiseen ei juuri uskottu, vaan hoito oli luonteeltaan säilyttävää, lähinnä potilaiden päivittäisistä tarpeista huolehtivaa. Jo ohjelman ensimmäisen vuoden jälkeen ilmapiirin arvioitiin parantuneen. Potilaista vuoden seurannan jälkeen kolmannes oli edennyt kuntoutusportaikossa, kolmannes oli edelleen lähtötasolla, ja viimeinen kolmannes oli edennyt kuntoutuksessa mutta tipahtanut sitten takaisin alemmille tasoille tai oli joutunut kuntoutuksen keskeyttämään. Omaisista todettiin, että näiden tavanomaisin kommentti oli ohjelmasta ollut ”jotain tällaista olemme aina toivoneet”.

Jo Erkki Pulkkinen kirjoitti raporttiinsa, että kehitysohjelman aikana eniten keskustelua aiheutti kysymys siitä, onko käytetty menetelmä hyvästä tarkoituksestaan huolimatta liian ankara ja rajoittava. Toisaalta kyselyissä henkilökunta arvioi hoitoyhteisöjen vapauden vähäisemmäksi, osallistumisen kuntoutukseen pakollisemmaksi ja rangaistukset ankarammiksi kuin potilaat. Itse muistan ohjelman hyvin 1980-luvun lopulta. Jokaisen potilaan asiakirjat täyttyivät seurantalomakkeista, joihin erilaista käyttäytymistä ja toimia arvioitiin + tai – -merkeillä, ja näiden perusteella potilaat sitten siirtyivät tasolta toiselle. Ideologiana oli, että likaisena makoilu ei ole kenellekään hyväksi, se ole oikeus, ja sairausoireet eivät oikeuta arjesta huolehtimisen laiminlyömiseen. Osaston toiminta oli hyvin selväpiirteistä, ja osa potilaista eteni portaittain avohoitoon. Toisaalta osastolle kertyi alimmalla tasolla pysytteleviä potilaita, joiden kohtalona oli hyvin rajoittava kohtelu. Parhaiten muistan hyvin toimintakykyisen miespotilaan, joka ei osastolla viihtynyt ja aina korkeammille tasoille noustuaan poistui luvatta hoidosta. Hänet nimitettiin sairaalan karkailukuninkaaksi, mikä arvonimi häntä itseäänkin kai jossain määrin ilahdutti. Jälkikäteen arvioiden keskeisiä ongelmia olivat tietämättömyys skitsofreniaan liittyvistä negatiivisista, kognitiivista ja motivaatio-oireista sekä paternalistiset tulkinnat potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista. Keskustelu ”Kellokosken koirakoulusta” lainehti koko hoitomallin käytön ajan, ja sitä sekä arvostettiin että arvosteltiin. Lopulta kesällä 1993 ylilääkäri Raimo Väisänen, jonka tiedettiin koko ajan olleen kriittinen potilaiden oikeuksien rajoittamisesta, ilmoitti kaavamaisen kuntoutuksen mallin tulleen tarpeettomaksi.

AVOHOIDON KEHITYS. Kellokosken sairaala on iso psykiatrinen sairaala, ja siellä on jatkuvasti todettu olevan liikaa potilaita – tämä huomio toistuu asiakirjoissa vuosikymmenestä toiseen. Samoin toteamukset siitä, että

sairaalapaikkojen vähentäminen edellyttää toimivaa avohoitoa ja asuntoja kotiutuville potilaille, esiintyy toimintakertomuksissa 1930-luvulla yllättävästi 2000-luvun huomioiden kaltaisena. Kellokosken sairaala ei ole ollut toimeton. Ensimmäinen avohoitopotilaiden kuntoutukseen ja seurantaan keskittynyt huoltotoimisto avautui vuonna 1935, ensimmäinen huoltohoitajatarkin, neiti L. Hakola, löytyi omasta henkilökunnasta. Puheissaan liittohallitukselle Aarne Soininen muistutti toistuvasti, että toimiva avohoito tarvitsee varoja, Paavali Alivirta jatkoi samaa, ja professori Reino Elosuon merkitys skitsofrenian avohoidon kehittäjänä tunnustetaan koko valtakunnan tasolla.

Myös huoli asuntojen puutteesta oli jatkuvaa. Etenkin Ilkka Taipaleen yliääkärikaudella asiaa myös selvitettiin laajasti. Siviilipalvelusmies Ilkka Sipiläinen raportoi, että vuonna 1988 sairaalan 343 potilaasta asuntoa sairaalan ulkopuolella ei ollut 141:llä eli 41,6 %:lla sairaalan potilaista.

LOPUKSI. Kellokosken sairaalan 1900-luku heijastelee ajan psykiatriaa, ja sitä tulee arvioida osana psykiatrisen hoidon kehitystä. Tässä kontekstissa Kellokoski ei jää häpeään. Skitsofrenian hoidon uudet tuulet ovat puhaltaneet sairaalassa, useissa uudistuksissa ollaan oltu eturintamassa, ja niiden hyötyjä on osattu arvioida. Hyvät käytännöt ovat juurtuneet jäädäkseen.

Lähteet:

- Alanen Y. Skitsofreniaprojekti 1981–1987: skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissohjelman loppuraportti. Lääkintöhallitus, 1988.
- Eriksson, A. Uusien skitsofreniapotilaiden perhetapaamiset psykiatrisessa sairaalassa. Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto. Julkaisu 4/1998.
- Hirvonen H. Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930. Itä-Suomen yliopisto, 2014.
- Kellokosken sairaalan toimintakertomukset.
- Kellokosken sairaalan Informa-lehdet.
- Pietikäinen P. Hulluuden historia. Gaudeamus, 2013.
- Pulkkinen, E. Skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden kuntoutuksen kehittämissohjelman loppuraportti. Uudenmaan mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto. Julkaisu 5/1988.
- Salo J., Taipale I. (toim.) Mielisairaalan sosiaalinen asema. Kellokosken sairaala, 1991.
- Shorter E. Psykiatrian historia. Mielenterveydenkeskusliitto, 2005.
- Tuovinen S-L. Kellokosken sairaala 1915–1990. Gummerus, 1990.

TUPAKOINNIN MERKITYS MIELISAIRAANHOIDOSSA

SAANA ESKELINEN
osastonlääkäri



Tupakointi on ollut kautta aikojen ajankohtaista ja itsestään selvästi psykiatrisen sairaalan arkeen ja juhlaan kuuluvaa toimintaa. Tänäänkin potilaat, henkilökunta ja vierailijat hengittävät tupakkahuoneista leviävää savua osastojen käytävillä. Viime vuosina tupakointi on kuitenkin tullut Kellokoskella ajankohtaiseksi päivävastaisella tavalla: se on alkanut hiipua.

”Savun juominen” rantautui Vanhalle Mantelelle 1400-luvun lopulla Kolumbuksen tuliaisena Amerikan intiaanikulttuurista. 1800-luvulla maassamme kansan parissa nuuskaaminen oli kuitenkin tupakointia yleisempää: Aleksis Kiven *Seitsemässä Veljeksessä* ”Rajamäen Rykmentin” muodostavat vilttihattu-ukko Mikko ja Kaisanuuskanaama lukuisine lapsineen. *Nummisuutarinsa* lukeneet puolestaan muistavat varmaan, miten livari tuhiasi Anna-muorin nuuskarahat.

Tupakkaa pidettiin pitkään lääkkeenä moniin sairauksiin, ja ensimmäiset tutkimustulokset sen vaarallisuudesta julkaistiin vasta 1960-luvulla. Tupakansavusta on sittemmin löydetty tuhansia myrkyllisiä aineita, nikotiinin ja tervan lisäksi muun muassa ammoniakkia, syanidia ja arsenikkia. Tupakointi on nykyisin merkittävin vältettävissä oleva ennenaikaisen kuoleman ja sairastavuuden aiheuttaja. Kannattaa muistaa, että oleskelu tupakansavussa aiheuttaa samoja sairauksia kuin aktiivinen tupakointi. Suomessa kuolee edelleen vuosittain 6000 ihmistä tupakkasairauksiin.

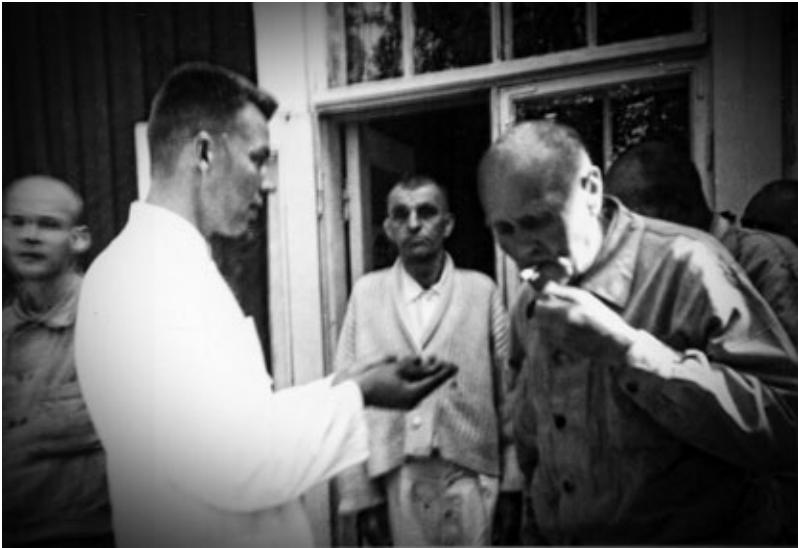
On esitetty, että alttiudella sairastua nikotiiniriippuvuuteen sekä vakaviin mielenterveyden häiriöihin olisi geneettistä yhteyttä. Toisaalta on myös mahdollista, että tupakointi olisi eräs harvoista vältettävissä olevista mielen sairauksien puhkeamiselle altistavista ympäristötekijöistä. Tupakointi on valitettavan tehokkaasti ”tarttu-

va tauti”, ja monet ovat alkaneet tupakoida päädyttyään psykiatriseen sairaalahoitoon. Psykiatristen hoitopaikkojen vahva tupakointikulttuuri saattaa osittain juontaa juurensa psyykkisten sairauksien oirekuvaan. Nikotiinilla on todettu tupakoitsijoilla mielialaa, keskittymiskykyä, muistia ja motoriikkaa ohimenevästi parantavia ominaisuuksia. Nikotiini myös helpotti osalla potilaista entisaikaan käytettyjen psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksia. Nykypäivän lääkkeiden vaikutusta sitä vastoin tupakointi usein haittaa häiritsemällä lääkkeen käyttäytymistä elimistössä tai aiheuttamalla epätoivottuja vastavaikutuksia. Lääkeannosta voidaan joutua nostamaan, jos aiemmin tupakoimaton aloittaa säännöllisen sauhuttelun.

Tupakointi on ollut osa sairaalan päiväohjelmaa, ja se on tarjonnut potilaille keinon sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä ajankulua toimittomuuteen. Onpa Suomen Mielenterveysseuran perustamiskokouskin pidetty erään psykiatrisen sairaalan tupakkahuoneessa. Eräs muistelija kertoi Kellokoskella aikoinaan koko osaston väen tungeksineen pieneen tupakkahuoneeseen kuulemaan runoilija Lauri Viidan lausuntaa. Ylilääkäri Ilkka Taipaleen aikana taas järjestettiin kilpailu sairaalan viihtyisimmästä tupakkahuoneesta, ja entisaikaan tavattiin sanoa, että tupakkahuoneissa palaa ”ikuinen tuli”. Tupakkahuone saatetaan edelleen kokea paikaksi, jossa potilas saa olla hoitajilta rauhassa. Nykyään tupakan ei kuitenkaan yleisellä tasolla voi katsoa edistävän ihmissuhteiden solmimista, sillä tupakointi on maassamme vähentynyt yhden prosentin vuosivauhdilla 1950-luvulta lähtien. Vuonna 2013 alle 25-vuotiaista miehistä vain 12 % ja naisista 9 % tupakoi päivittäin, työikäiset savuttivat hieman useammin. Sairaalaelämän toimittomuutta estämään Kellokosken potilaille on myös tupakoinnin sijasta onneksi tarjolla monenlaista kuntouttavaa toimintaa.

Tupakkaa on aina mainostettu houkuttelevilla mielikuville. Entinen Kellokosken sairaalan osastonhoitaja muisteli 1970-luvulla ihastelleensa potilaiden kanssa upeita tupakkamainoksia päiväsalin televisioista. Aikanaan maailman edistyksellisimmän tupakkalain myötä Suomessa kiellettiin jo vuonna 1976 tupakkatuotteiden mainonta ja tupakointi muun muassa kouluissa ja julkisessa liikenteessä. Tupakkalakia on sittemmin paranneltu eduskunnassa useaan otteeseen. 2010 lakimuutoksen tavoitteeksi kirjattiin tupakkatuotteiden käytön loppuminen kokonaan ja Savuton Suomi vuoteen 2040 mennessä.

Tupakointi aiheuttaa monenlaisia ongelmia yksilölle ja yhteisölle fyysisten terveyshaittojen lisäksi. Tupakkariippuvuus on eräs ihmisen voimakkaimmista addiktioista. Yllättävät nikotiinin vieroitusoireet voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta ja pahimmillaan jopa aggressiivisuutta. Tupakka-annostelun arvaamattomasta ja rangaistuksenomaisesta rajoittamisesta eräs muistelija kertoi osastolla alkaneen jopa pienen mellakan. Muutamia kertoja sairaalassa on myös tupakannatsoista saanut alkunsa uhkaava tulipalo. Edelleen osastoilla tupakkariippuvuus aiheuttaa ”pummimista” ja velkaantumista potilastovereiden välillä. Tupakointi altistaa myös köyhyydelle, ja siihen käytetty raha on poissa muusta toimeentulosta. Kellokoskellakin vielä 1980-luvulla työtoiminnan tuntipalkka oli tupakoitsijoille savuke. Yhden askin päivässä polttavalla savukkeisiin kuluu noin 2000 euroa vuodessa, se on iso summa kenen tahansa budjetissa – puhumatta-



Potilaiden tupakointihetki.

kaan kansaneläkkeellä tai kuntoutustuella elävän kukkarossa.

Tupakkaa käytettiin entisaikaan sairaalassa motivoituneena ja hyvän mielen tuottamiseen. Osaston päivälenskeille sekä ryhmiin potilaita houkuteltiin osallistumaan lupaamalla sauhuja. 1970-luvulle saakka tunnin osallistumisesta ohjattuun liikuntaan saattoi saada palkaksi tupakan, ja lyhyenkin kävelylenkin puolivälissä pidettiin usein ”tupakan mittainen tauko”. Ylilääkäri Alivirran kerrotaan jakaneen vielä 1960-luvulla osastoilla joulukierroillaan (ehkäpä Prinsessan antaman juhliiviinsä taskusta) potilaille joululahjaksi savukkeita. Mitä mahtoivat savuttomat potilaat saada lahjaksi? Eräs nykyisistä sairaalan ylilääkäreistä muistaa nuorena apulaislääkärinä 1980-luvulla nähneensä potilaiden polttavan pihalla sanomalehdestä rullattuja tötteröitä. Mahtoivatko potilaat polttaa niissä maassamme lähinnä pula-aikoina kasvatettua tupakankorviketta, ”kessua”?

Henkilökunta sairaalassa tupakoi entisaikoina erittäin runsaasti. Lääkär kokouksia ja työnohjouksia pidettiin savun keskellä tupakoimattomien osallistujien yrittäessä vaihkaa raottaa huoneen ikkunaa. Tupakoivat myös poistuivat osastoilta toistuvasti työpäivän aikana tupakkatauoille, tämä toimintakulttuuri pahimmillaan lisäsi työyhteisön kuppikuntaisuutta ja sälytti lisätyötä tupakoimattomille.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yksiköt suljettuja psykiatrisia osastoja lukuun ottamatta ovat olleet vuodesta 2004 savuttomia. Viime vuosina on onneksi ymmärretty oikeuden savuttomaan ympäristöön kuuluvan myös psykiatrisissa sairaaloissa hoidossa oleville ja työskenteleville. Useissa Euroopan maissa, Yhdysvalloissa ja Australiassa on pitkään ollut täysin savuttomia psykiatrisia sairaaloita. Näissä yksiköissä ei ole raportoitu ilmenneen merkittäviä ongelmia, ja tupakointimahdollisuuden päättymisen on ollut tupakoiville työntekijöille ja potilaille ennakoitua helpompaa. Kellokoskellakin on osastoja, joilla henkilökunta on savutonta, ja sairaalasta löytyy myös moderni suljettu osasto, jossa ei ole tupakkahuonetta.



Hoitajat tupakkatauoilla 1950-luvulla.

Pitkään ajateltiin että mielenterveyden häiriöistä kärsivät eivät kykenisi lopettamaan tupakointia. Kuviteltiin jopa, että tupakoinnista olisi heille enemmän hyötyä kuin haittaa! Nämä virheelliset käsitykset on sittemmin kumottu, ja asenteet ovat vähitellen alkaneet muuttua potilaiden ja psykiatristen työntekijöiden keskuudessa savuttomuutta edistävään suuntaan. Vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavat tupakoivat enemmän, kuolevat pari vuosikymmentä ikätovereitaan nuorempina ja kärsivät eläessään tupakkasairauksista huomattavasti muuta väestöä enemmän. Tupakoinnin lopettamiseen kannustaminen ja nikotiiniriippuvuuteen hoidon tarjoaminen on tähdellistä kaikille tupakoitsijoille, mutta ensiarvoisen tärkeää se on mielenterveyspotilaille. Tutkimuksissa on havaittu mielen sairauksia potevien haluavan lopettaa tupakoinnin yhtä usein kuin muidenkin ihmisten. Euroopan Psykiatryhdistys antoi vuonna 2014 suosituksen tupakkariippuvuuden vähentämistoimista. Vuosia aiemmin Kellokoskella oli jo alettu ajatella, että tupakointia tulisi sairaalassa sekä potilaiden että henkilökunnan keskuudessa saada vähenemään ja että tupakankärystä olisi ennen pitkää hyvä päästä sairaalassa kokonaan eroon.

Nykyään Kellokosken osastoilla ja poliklinikoilla toimii Savuttomuustiimi. Tiimin työntekijät suunnittelevat ja toteuttavat nikotiinikorvaushoitoja sekä antavat psyykkistä tukea potilaille tupakoinnin lopetusvaiheeseen. Kellokoskella on myös järjestetty tietoisuuksia savuttomuudesta sekä tiedotettu internetin kautta saatavasta asiantuntija-avusta. Sairaalan potilaat ja henkilökunta ovat oikeutettuja ilmaiseen nikotiinikorvaushoitoon tupakoinnin lopettamisvaiheessa.

Monet sairaalan ja avohoidon mielenterveyskuntoutujat ovat jo lopettaneet tupakoinnin, kuntoutuspoliklinikan potilaissa alkaa jo olla yhtä paljon entisiä kuin nykyisiä tupakoitsijoita. 1980-luvun kampanjan sanoin toivon Kellokosken sairaalaan nyt ja tulevaisuudessa mieluummin happea kuin savua!

LIIKUNNAN VUOSIKYMMENET KELLOKOSKEN SAIRAALASSA

MIKKO PARTTI
liikunnanohjaaja



Kellokosken sairaalassa liikunta on ollut osa psykiatristen potilaiden arkea 1930-luvulta nykypäivään. Alkuvuosikymmeninä potilasliikuntaa toteutti urheilusta itse innostuneet hoitajat sekä 1935 lähtien myös hierojavoimistelija. Käytetyistä liikuntamuodoista on mainittu muun muassa naispotilaiden voimistelu, hiihto ja uinti. Toisena sairaalana Suomessa, pian Nikkilän sairaalan jälkeen, Kellokoskella valittiin vuonna 1958 tehtäviinsä mies- ja naisliikunnanohjaaja. Mallia Kellokosken potilasliikunnasta haettiin useisiin muihin sairaaloihin. Sairaalan Juhlasalin valmistuminen 1958 myös liikuntakäyttöön mahdollisti osaltaan aiempaa monipuolisemman liikunnanohjauksen vastaamaan kuntoutuksellisiin tavoitteisiin. Vuonna 1959 perustetun henkilökunnan urheiluseura Kellokosken sairaalan Urheilijoiden (KOSU) erityisesti alkuvuosikymmenien hyvin aktiivinen toiminta edisti henkilökunnan myönteistä asennetta myös potilasliikuntaan. Liikuntahallin valmistuminen 1978 sairaalan entisen navetan vintille, nykyisen Työkeskuksen yläkertaan, paransi edelleen niin potilaiden kuin myös henkilökunnan liikuntamahdollisuuksia. Potilastyönä tehdyllä tilamuutoksella valmistui uusi kuntosali vuonna 2000 saman rakennuksen pohjakerrokseen. Se oli edelleen edistysaskel nykyaikaiseen liikuntakulttuuriin psykiatrisessa kuntoutuksessa, kuten myös työhyvinvointia tukevalle henkilöstöliikunnalle.

Sairaalan liikunnanohjaajien aktiivinen työ sekä potilas- että henkilökuntaliikunnassa ja yhteiset liikuntapaikat ovat hyödyttäneet resursseillaan toisiaan sekä myös kyläyhteisöä vuosikymmenet. Sairaala tuki vahvasti urheilutoimintaa ja esimerkiksi KOSUn käynnistäessä jääkiekkoilua Kellokoskella vuonna 1959 kaukalo valmistettiin sairaalan puusepänverstaalla. Rakennettavan Juhlasalin alta 1958 nykyiselle paikalleen siirretyn ten-

niskentän vieressä sairaala-alueella vuoteen 1966 sijainnut kaukalo palveli myös kyläläisiä ja urheiluseuraa. Nykyisen puutarhan paikalla sijainneen jalkapallokentän käytyä tielinjauksen takia pieneksi tehtiin talkoilla vuonna 1989 uusi jalkapallokenttä 2013 puretun nuorisosaaston rakennuksen viereen. Liikunnanohjaajat ovat myös organisoineet Mäntsälässä sijaitsevan, henkilökunnankin käytössä olevan virkistyspaikan käytön vuodesta 1976. Mökki peruskorjattiin nykyaikaiseksi 2012. Näin monimuotoisesti ovat Kellokoskella potilas- ja henkilökuntaliikunta sekä virkistystoiminta kulkeneet käsi kädessä läpi vuosikymmenten.

KUNTOUTTAVIA LAPIN MATKOJA. Ensimmäiselle vuonna 1966 tehdylle sairaalapotilaiden Lapin kuntoutusmatkalle Inariin osallistui 28 potilasta sekä 8 työntekijää. Henkilömäärät olivat kaksinkertaisia viimeisten vuosikymmenten ryhmäkokoihin. Alkuvuosina matkaan haettiin tukea lääketeollisuudelta, apteekilta sekä paikallispankilta. Sillä erää viimeinen matka tehtiin vuonna 1970. Lappi-kuntoutusprojektit käynnistyivät uudelleen 1983, kunnes ne vuonna 2012 lakkautettiin. Kaikkiaan Lapin matkoja tehtiin sairaalasta 35 kertaa ja avohoidosta 20 kertaa. Lappi-projektit edustivat erityisesti pitkäaikaispotilaille pitkäjänteistä kuntoutuksellista tavoitteellisuutta, antoivat monipuolisia psykososiaalisia sekä toiminnallisia haasteita ja kokemuksia. Matkoilla sai virkistävää vaihtelua jopa vuosien sairaalahoitoihin, ja ne olivat myös monelle potilaalle itselleen asettama testi toimintakyvystään ennen kotiutumistaan.

LIIKUNTATERAPIAN NYKYPÄIVÄÄ. Kellokosken sairaalan liikuntaterapian useiden pitkäaikaisten työntekijöiden myötä toiminnassa on vuosikymmenten mittaan ollut jatkumo, jossa potilasliikunnan tarpeita on huomioitu kunkin ajan liikuntakulttuurin muutoksia seuraten. Kuntosaliharjoittelu, joukkuepelit, uimahallikäynnit, jumpat sekä erilainen ulkoliikunta



Potilaiden voimistelutunti liikuntaneuvos Jouko Puustisen vetämänä.





Tiina Riikonen vetämässä henkilökunnan jumppatuokiota.



Telinevoimistelutunti vuonna 1959.

ovat nykyisin suosituimpia toimintoja. Tavoitteena on ja on ollut, että monipuolisesta vaihtoehtoisesta tarjonnasta saa perusvalmiuksia ja kannustusta omatoimiseen terveys- ja virkistysliikuntaan sairaalahoidon päätyttyä tai avohoidossa. Yksilöllinen motivointi ja positiivisen harjoitusilmapiirin luominen ovat keskeisiä tekijöitä tämän toteutumiseksi.

Sairaalaan tulevilla potilailla psyykinen ja fyysinen kunto ovat usein korostetun heikkoja. Mahdollisesti jo pitkään jatkunut toiminnallinen passiivisuus, haitalliset elämäntapa- sekä ravitsemusvalinnat ja psyykelääkitys yhdessä korostavat heikentynyttä toimintakykyä. Tämä on ohjannut liikuntaterapiaa osallistumaan myös muun muassa painonhallintaohjelmiin ja tupakasta vieroitukseen. Ohjatulla liikunnalla, terveyskasvatuksella ja ravitsemusneuvonnalla on tarvetta ja monipuolisia mahdollisuuksia psykiatrisessa kuntoutuksessa vuosikymmenestä riippumatta. Tulevaisuudessaakin siihen voidaan fyysisen terveyden ja toimintakyvyn edistämisen lisäksi luontevasti liittää myös psyykkistä ja psykososiaalista kuntoutumista sekä virkistymistä tukevia mielen hyvinvoinnin elementtejä. Näitä palveluja Kellokosken sairaalan liikuntaterapia on tarjonnut yhä lisääntyvästi myös psykiatrisen avohoidon kuntoutujille. Tämä tarve asettanee tulevaisuuden keskeisimmät kehitysnäkymät toiminnalle.

KIEDEHOIDOISTA FYSIOTERAPIAAN

RISTO HYYTINEN
lääkintävoimistelija



Amme- ja kiedehoidot olivat käytettyjä fyysikaalisia hoitomuotoja Kellokosken sairaalassa 1930–1940-luvuilla. Hoitojen tarkoituksena oli lievittää potilaiden tuskaista oloa ja auttaa rentoutumaan. Toimenpiteet olivat hyvin työstäviä ja aikaa vieviä mutta täydensivät osaltaan käytössä olevia hoitokäytäntöjä. Hoidot toteutettiin hoitohenkilöstön toimesta päivittäisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Erityiskoulutettua henkilöstöä ei vielä siihen aikaan ollut.

1950-luvulla sairaalaan perustettiin lääkärintävoimistelijan virka Uusitalo-nimiseen rakennukseen, joka oli valmistuessaan nykyaikaisin pohjoismaalainen psykiatrinen sairaalarakennus, sinne sijoitettiin myös fyysikaalinen hoituhuone. Sairaalassa oli käytössä joitakin fyysikaalisia hoitovälineitä, muun muassa UKW (lyhytaaltohoito), jota käytettiin lämpöhoitona, UV (ultravioletti) erilaisten iho-ongelmien hoitoon, IP (infrapuna) lämpöhoitona, sekä hartioille asetettava kaularangan vetolaite, jolla helpotettiin niska- ja hartiaseudun oireilua. Käytössä oli myös jonkin verran ohjaustilanteissa käytettäviä liikuntavälineitä. Potilaiden yksilö- ja ryhmäliikunta oli jo vuosia ollut liikunnanohjaajien toteuttamaa. Lääkintävoimistelijan virkaa hoiti satunnaisesti joko alan opiskelija tai sairaanhoitaja. Mielisairaanhoitaja Työne Tuononen oli toimipaikkakoulutettu röntgenin hoitajaksi, hän antoi myös lääkärin määräämiä fyysikaalisia hoitoja.

Vuonna 1975 avoimena olevaan virkaan valittiin lääkärintävoimistelija Risto Hyytinen. Työtilat olivat siirtyneet Toimela-nimiseen rakennukseen. Sijainti oli hieman etäällä sairaalaosastoista, mikä osaltaan vaikeutti potilaiden tuloa hoitoihin. Käytössä oli yksi huone, joka toimi kansliana, hoituhuoneena ja sosiaalisena tilana. Liikunnanohjaajien kanssa jaettiin yhteinen kuntoilutila.

Alussa tehtävänä oli kartoittaa osastojen kuntoutustarve, kuntoutusvälineiden hankinta sekä työskentelytilojen ajanmukaistaminen.

Työ oli alkuvaiheessa hyvin yksilöpainotteista, toteutettiin osastonlääkäreiden määräämiä kuntoutustoimenpiteitä, jotka käsittivät erilaisia fyysisiä hoitoja, liike- ja liikuntahoitoja, hierontaa, apuvälineiden käytön ohjausta ja neuvontaa. Silloinen johtava ylilääkäri Reino Elosuo oli hyvin kuntoutusmyönteinen, ja hänen toimestaan kuntoutusvälineistö saatiin ajan tasalle. Myös työtilojen suhteen saatiin muutos parempaan, kun liikunnanohjaajat siirtyivät valmistuneen liikuntahallin tiloihin ja vapautuneet huoneet saatiin lääkintävoimistelun käyttöön, mikä kolminkertaisti käytettävissä olevat tilat.

Lääkintävoimistelijan toimenkuvaan tuli asteittain muutoksia, henkilökunnan työterveyshoito lisääntyi sekä kuntoutus- että ennaltaehkäisytoimintoina. Eri henkilöstöryhmille järjestettiin ergonomisia luentoja ja ohjaustilanteita yhteistyössä työterveyshoitajan kanssa. Kellokosken terveysasemalla suoritettiin ostopalveluina pienessä määrin kuntoutustoimenpiteitä. Tämän laajentamistoiminnan mahdollisti toisen työntekijän tulo työyksikköön, alkuvaiheessa työparina toimi hieroja Ilkka Anttila.

Rentoutusterapiaan oli haettu oppia Hesperian sairaalasta, ja sitä oli lähdetty kokeileman pienimuotoisesti eri osastoilla. Tilannetta vaikeutti osastojen ahtaat tilat, oli vaikea löytää rauhallista ryhmätilaa, jossa olisi voinut työskennellä häiriöttä. Menetelmänä käytettiin Hesperian sairaalan kehittämää mallia jännitys-rentoutus-harjoituksista.

Kartanorakennuksen saneeraus 1980-luvun alussa hallintotiloiksi mahdollisti lääkintävoimistelun työtilojen siirron vapautuneisiin tiloihin Uudentalon matalaan siipeen. Siirto lähemmäksi osastoja mahdollisti huonokuntoisten ja vaikeahoitoisten potilaiden tehokkaamman kuntoutushoidon.

Liikunnanohjaajien ja lääkintävoimistelijan tehtäväkuvaa selkeytettiin siten, että ryhmäliikunnat keskitettiin liikuntahallille ja ohjauksista vastasivat liikunnanohjaajat. Osastoille, jotka eivät kyenneet käyttämään liikuntahallin palveluja, järjestettiin lääkintävoimistelijan ohjaamana ryhmätoimintaa. Kyseeseen tuli lähinnä vuodeosaston ja vanhusten osastojen kuntoutustoimintojen keskittäminen ja vieminen osastoille.

1980-luvun lopulla perustettiin toinen lääkintävoimistelijan virka, joka saatiin myös täytettyä. Työryhmä täydentyi lääkintävoimistelija Eija Hynisellä.

1990-luku oli monien muutosten aikaa. Psykiatrisen kuntoutuksen toiminta-ajatuksiksi tuli: pois sairaalasta – kohti avohoitoa. Ohkolan ja Kellokosken sairaalan yhdentymisen myötä osastoille siirtyi pitkäaikaispotilaita, joiden kuntoutustarve oli suuri. Myös lääkintävoimistelussa varauduttiin muutoksiin: kunnan kanssa tehty ostopalvelu lopetettiin, työterveyshuoltoon perustettiin työfysioterapeutin toimi, johon siirtyi jatkokoulutuksen myötä Ohkolan sairaalan kuntohoitaja Nina Pöllänen. Kuntoutustoiminnat keskitettiin pelkästään psykiatrisiin potilaisiin. Työryhmän uudeksi jäseneksi liittyi kuntohoitaja Markku Henttonen, joka koulutautui lääkintävoimistelijaksi vakinaistaen näin toimensa.

Kuntoutuksessa otettiin käyttöön myös uusia nimikkeitä: lääkintävoi-

mistelija muuttui fysioterapeutiksi, lääkintävoimistelu fysioterapiaksi ja potilas kuntoutujaksi.

Lääkintävoimisteluoopiskelijoiden harjoittelupaikkana sairaala on toiminut yli kahdenkymmenen vuoden ajan; yhteistyötä on tehty lähinnä Helsingin, Espoon ja Lahden sairaanhoito-oppilaitosten kanssa tarjoamalla opiskelijoille mahdollisuutta tutustua psykiatriseen kuntoutustyöhön. Vastavuoroisesti opiskelijoilta on saatu uutta arvokasta teoriatietoa.

ATK-toiminnot tulivat käyttöön 1990-luvun puolivälissä, jolloin aloitettiin tiedonsiirto sähköiseen muotoon. Käytössä olleet lähete- ja palautetiedot olivat nähtävissä paperittomana tietokoneiden välityksellä. Toiminta on parantanut oleellisesti tiedonvälitystä molempiin suuntiin.

Kuntoutustoimintaa täydentämään hankittiin sairaalalle fysioakustinen tuoli vuonna 1995, ja sen sijoituspaikaksi tuli lääkintävoimistelu, joka huolehtii laitteen toiminnasta. Fysioakustinen tuoli monipuolista rentouttavien hoitojen tarjontaa.

Vuosikymmenen lopulla siirryttiin evakkoon talousrakennuksen neljänteen kerrokseen Uudentalon siivekkeen remontin takia. Valmistuneet ja nykyisin käytössä olevat tilat sijaitsevat matalan siiven päädyssä. Käyttöön saatiin yksilölliset hoituhuoneet sekä suurempi ja avarampi tila ryhmähoitojen toteuttamiseen.

2000-luvun alussa fysioterapia yhdistettiin toiminnallisen kuntoutuksen alaisuuteen, minkä seurauksena yhteistoiminta ja kuntoutuksen tietoisuus ja tavoitteellisuus lomittui yli ammattiryhmien.

Hoitomenetelmissä on myös tapahtunut muutosta, perinteiset laitehoidot ovat jääneet taka-alalle. Asiantunteva yksilö- ja ryhmäohjaus tarvittavine apuvälineineen on kehittynyt menetelmiksi, joilla kuntoutuja ohjataan tutustumaan omaan kehoon ja opetetaan tunnistamaan tekemiin liittyviä kielteisiä ja myönteisiä tuntemuksia.

TARINA TAIDETERAPIASTA

KIRSI MUJE
kuvataideterapeutti



Astun sisään toimintakeskuksen ovesta ja kävelen käytävää eteenpäin. Jo 30 vuotta osasto on palvellut vakavista psyykkisistä sairauksista kärsiviä potilaita luotettavasti ja ammattitaitoisesti.

Avaan AITouden oven käytävältä oikealta. Tässä tilassa terapeutin ja asiakkaan välille on syntynyt syvästi inhimillinen suhde. Siitä on tullut malli myös asiakkaiden keskinäisille ihmissuhteille.

Terapeuttiset taidot, teoreettinen tieto ja asianmukainen tekniikka ovat edellytyksiä mille tahansa onnistuneelle hoidolle. Terapeutin asennoituminen on jopa tärkeämpää kuin se, mitä hän sanoo tai tekee. Vaikeitten psykiatristen potilaiden kanssa työskenneltäessä aito ja vilpittömän sitoutuminen ihmisiin on taidemateriaalien lisäksi hoidon peruselementti. Taideterapiasuhteen tulisi olla aito ihmissuhde – onnistuneessa hoitosuhteessa ollaan rehellisiä, empaattisia ja aktiivisia. Terapeutin tärkein rooli on olla ihminen, joka ei pidä toista ihmistä ”mielenterveyskuntoutujana” vaan sairaana, jolla joskus on samanlaisia unelmia ja toiveita kuin terapeutilla itselläänkin. Terapeutti ei ole ihmeidentekijä – hän sietää itse epätoivoa ja tarjoaa muille toivoa kohdatessaan potilaittensa toivottomuuden. Hän on valmis paljastamaan jotakin omasta elämästään saadakseen asiakkaansa tuntemaan olonsa mukammaksi ja hän on valmis käyttämään ulkopuolista apua tarvittaessa sekä käsittelemään myös vaikean sairauden mahdollisia seurauksia kuten köyhyyttä, leimautumista, syrjintää ja itseluottamuksen puutetta. Terapeutti, luodessaan aidon suhteen potilaaseen, samalla antaa mallin siitä miten muihin ihmisiin luodaan yhteys. Onnistuneissa taideterapiaryhmissä potilaat ilmaisevat usein empatiaa ja myötätuntoa toisiaan kohtaan joskus jopa ensimmäistä kertaa elämässään. Poti-

laat kaipaavat läheisyyttä, koska se saa heidät tuntemaan itsensä eheäksi ja eläväksi. Ryhmän jäsenet oppivat, että hekin voivat tutustua ihmisiin turvallisesti ja luovasti ja tuntea itsensä eheäksi ja vähemmän yksinäiseksi. Näin syntyy luottamuksen tunne, joka kulkeutuu heidän mukanaan myös taideterapiaryhmän ulkopuolelle.

Kävelen käytävää keskivaiheille, ja LUOVUUDEN ovet avautuvat käytävän molemmin puolin. Luovuus liittyy potilaiden työskentelyyn taiteen parissa ja terapeutin tietoisuuteen siitä erityismerkityksestä, joka luovuudella voi olla vakavista psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten elämässä.

Luovuuden merkitys korostuu, koska sillä on erityinen yhteys psyykkisiin sairauksiin. Käsitys taiteellisen luovuuden ja mielisairauksien yhteydestä on kuulunut kulttuuriimme jo antiikin ajoista lähtien. Empiiriset tutkimukset mahdollisesta yhteydestä luovuuden ja psyykkisen sairauden välillä tukevat vahvasti sitä käsitystä, että ne ovat yhteydessä toisiinsa. Tämä pätee erityisesti masennukseen liittyviin mielialavaihteluihin ja maanisdepressiivisyyteen. Kaikki sairastuneet eivät kuitenkaan ole luovia, mutta voi olla hyödyllistä pohtia sitä uudistavaa merkitystä, joka taiteella on ollut niiden potilaiden elämässä, vaikka hinta voi olla kova. Jotkut sairastuneet kokevat, että taiteellinen luovuus on hyvitys, joka kompensoi heidän sairauttaan. Ihmisille, joille taiteesta tulee osa elämää, taitelijan positiivinen sosiaalinen identiteetti tarjoaa voimaannuttavan vaihtoehdon ”mielenterveyskuntoutujan” negatiiviselle stereotyypille. Taide voi edistää yhteiskunnallista muutosta, ja sitä voi käyttää hoitoympäristön ulkopuolella ja kyseenalaistaa sen avulla psyykkiseen sairauteen liittyvän sosiaalisen stigman ja luoda yhteisöllisyyden tunnetta.

Olen nyt kulkenut koko käytävän päästä päähän ja avaan viimeisen oven oikealta – TOIPUMISEN oven. Toipuminen merkitsee terapeutin uskoa siihen, että psyykkisesti sairastuneet ihmiset voivat luoda mielekkään ja tarkoituksenmukaisen elämän sairaudestaan huolimatta.

Sanaan toipuminen sisältyy syvästi inhimillinen kokemus ylivoimaisista koettelemuksista: sairaudesta, menetyksistä tai traumasta, joita kuka tahansa voisi kohdata. Psyykkisesti sairastuneelle se merkitsee kasvamista yli sairauden rajojen, jotta voisi luoda mielekkään elämän siinäkin tapauksessa, että sairaus ei parane. Toipuminen on itsensä löytämisen ja muutoksen kehitysprosessi, joka voimaannuttaa sairastuneita ihmisiä luomaan arvokkaan ja mielekkään elämän. Terapeutit tiedostavat, että suuri osa potilaista kykenee ylittämään sairautensa rajat. Terapeutit voivat tarjota toivon tulevaisuudesta, koska heillä on näkemys siitä, mikä on mahdollista.

Nyt kun toimintakeskuksen ovet sulkeutuvat sen perinteisessä muodossa toivon ja uskon, että taideterapia löytää uusia ovia, ja aitous, luovuus ja toipuminen säilyvät tärkeinä ohjenuorina.

Lähde:

- Taideterapian käsikirja, Cathy A. Malchiodi (toim.) 2010

KELLOKOSKEN SAIRAALAN TYÖKESKUKSEN HISTORIAA

EINI PEURA

Sirpa Holopaisen ja
Sirpa Lindqvistin
kertoman perusteella



Työkeskuksen historia juontaa juurensa Kellokosken sairaalan Impilinnan askarteluterapiaan, teollisuusterapiaan sekä Ohkolan sairaalan askartelusaliin. Impilinnan alakerrassa oli naisten askartelu, myöhemmältä nimeltään askarteluterapia, jossa tehtiin erilaisia käsitöitä kudonnasta kirjontatöihin. Samoin Ohkolan sairaalan askartelusallilla tehtiin erilaisia käsitöitä ompelutöistä virkkaustöihin. Kalliomaan vanhassa navettarakennuksessa oli teollisuusterapia, jossa tehtiin yritysten alihankintatyönä erilaisia pakkaus- ja kokoonpanotyötehtäviä.

Teksti perustuu askartelunohjaaja Sirpa Holopaisen ja askartelunohjaaja Sirpa Lindqvistin muistoihin. Sirpa Holopainen aloitti työnsä 1974 Ohkolan sairaalan askartelussa ja siirtyi Kellokosken työkeskukseen 1996. Sirpa Lindqvist aloitti askartelunohjaajana Impilinnan askarteluterapiassa 1980 ja siirtyi Kellokosken työkeskukseen 1990. Suorat lainaukset tekstissä ovat Sirpa Holopaisen kertomaa.

TAUSTAA. Impilinnan askartelusali sijaitsi vuonna 1936 valmistuneen henkilökunnan asuntolan pohjakerroksessa. Ohjaajia askartelusalissa oli neljä. Työmuotoina olivat kudonta, ompelu, virkkaus ja neuletyöt. Kudontasalissa kudottiin kangaspuilla kuultokudoksia, mattoja, matkahuopia ja poppanoita. Esimerkiksi sairaalan käyttöön tehtäviin liittohallituksen kuultokudoksiin oli omat tarkat mallinsa. Pellavakankaalle tehtäviä kirjontatöitä tehtiin paljon ja koottiin valmiista puutyöpakkauksista tuotteita. Syksyisin tehtiin paljon kastettuja kynttilöitä joulumyyjäisiin.

Ohkolan sairaalan ensimmäisessä kerroksessa sijaitsevassa askartelutoiminnassa oli 2–3 ohjaajaa ja myöhemmin myös toimintaterapeutti. Tuotteita tehtiin sekä myyntiin että sairaalan



tarpeisiin. Potilaille valmistettiin asuja ja sairaalaan liinavaatteita. Tilauksesta ommeltiin mekkoja potilaille ja henkilökunnalle. Tilojen yhteydessä oli oma myymälä, jossa tuotteita myytiin. Vuosittain järjestettiin myös joulumyyjäiset.

Sirpa: *"Askartelutoiminnassa kehitettiin muun muassa Ohkolan avopaita ja repijännuttuja tehtiin paljon. Pitsinnypläystä harrastettiin paljon. Askartelutoiminnassa valmistettiin tuolloin useita villapaitoja, kodintekstiilejä, lovileikkausta, harjan sidontaa ja isoja virkkaustöitä. Ohkolan sairaalan osastojen ikkunoihin virkattiin pitkiä verhoja. Myös emalityöt ja kynttilöiden valmistus tuottivat tavaraa myyntiin.. Kauppa oli samassa tilassa ja siellä kävi paljon asiakkaita."*

Ohkolan sairaalan askartelussa kävi pitkään sairaalahoidossa olleita potilaita. Potilaiden työaika oli kahdeksasta kolmeen, ja päivällä oli ruokatauko. Osa potilaista työskenteli osastolla ja sai vain ohjauksen ja tarvikkeet käsityösalilta. Työstä maksettiin ahkeruusrahaa.

Sirpa: *"Potilaita oli isoja määriä, kaikki kynnelle kykenevät. Pääasiassa naisia, mutta oli joitakin miehiäkin. Osastolta vaan soitettiin ja lähetettiin potilas töihin. Kun potilas tuli, katsottiin sopiva työ. Meillä oli todella taitavia potilaita, joilla oli käsityötaito jo tullessaan, esimerkiksi harjantekijä sekä savenvalaja, joka myös maalasi ikoneita. Siinä ohjaaja oppi uutta samalla."*

KELLOKOSKEN TYÖKESKUS SYNTYI 1980-LUVULLA. Impilinnan askarteluterapia ja vuonna 1974 Kellokosken sairaalan vanhaan navettarakennukseen perustettu teollisuusterapia yhdistyivät 1980-luvun lopulla. Kellokosken työkeskus sai nykyisen nimensä. Ennen yhdistymistä teollisuusterapiassa tehtiin ainoastaan yrityksille erilaisia pakkaus- ja kokoonpanotyötehtäviä alihankintana. Yhdistymisen myötä työvalikoimaan tulivat myös käsityöt. Samalla Kellokosken ja Ohkolan sairaalaliitoksen myötä työkeskukseen liittyi myös Ohkolan sairaalan askartelutoiminta vuonna 1996. Ohjaajia oli johtavan ohjaajan lisäksi neljä. Ohjaajien esimieheksi tuli osastonhoitaja Tuula Heikkilä. Siihen saakka ohjaajat olivat suoraan ylihoitajan alaisuudessa.

Työkeskuksessa toimi aluksi käsityöryhmä ja kaksi alihankintaryhmää. Nykyään siellä toimii kaksi käsityö- ja alihankintaryhmää. Alihankintatöitä teettivät useat yritykset. Kuten nykyäänkin silloin pakattiin muun muassa kampoja, papiljotteja ja kalastustarvikkeita. Lisäksi tehtiin siirtohaarukoita ja valaisintarvikkeisiin liittyviä töitä. Nykyään työvalikoimiin on tullut ruuviliitokset, heijastimien pussitukset ja muovitaskujen taitte-

lu. Ahkeruuspalkkiota maksettiin kappalemääräisesti suoritetusta työstä, toisin kuin nykyään tuntimäärään perustuen.

Käsityövalikoima on aikojen saatossa muuttunut ajan hengen mukaisesti ja potilaiden taitoja vastaten. Aiemmin tehtiin paljon valmispakkauksista koottavia puutöitä. Kangaspuilla kudottiin enemmän kuin nykyään. Neuletyöt, virkkaus, ompelu ja erilaiset askartelutyöt ovat kantaneet toimintaa nykyaikaan asti.

Työkeskuksen potilaat ovat tulleet työtoimintaan sekä osastoilta että avohoidosta. 1970–1980-luvulla potilaita jopa kuljetettiin perhehoidosta linja-autolla töihin päiväksi. 1990-luvulla työkeskuksessa oli isot ryhmäkoot: saattoi olla 55 kävijääkin päivässä sekä sairaalasta että avohoidosta. 2000-luvulla tuli oikeuspsykiatriset potilaat aiempien mieliala- ja psykoosilinjan potilaiden rinnalle. Potilaiden työaika on työkeskuksessa kaksi tuntia aamupäivällä ja kaksi tuntia iltapäivällä. Avokävijöillä on mahdollisuus tehdä aamupäivällä kolme tuntia.

Vuosien varrella ohjaajantyö ja työkeskuksen toiminta ovat uudistuneet. Työkeskuksen tiloja on saneerattu vastaamaan paremmin toiminnan tarpeita. On saatu tavaralavahissi aiemmin hankalan trukkisysteemin tilalle, ohjaajien toimisto- ja sosiaalitilat on uusittu, valaistusta lisätty ja wc-tilat on uudistettu. Yhteistyö osastojen kanssa on aina ollut olennainen osa ohjaajien työtä. 1990- ja 2000-luvulla ohjaajat alkoivat osallistua hoitoneuvotteluihin. Osastoyhteistyö ja asiakasmäärien tilastointi ovat lisääntyneet. 1990-luvulla alettiin merkitsemään työtoimintakäyntejä ja palautteita potilastietojärjestelmään. Ohjaajat ovat olleet myös mukana järjestämässä retkiä ja tapahtumia.

”Aiemmin oli paljon tapahtumia, joita ohjaajat tekivät. Joka vuosi tehtiin isot kesäjuhlat, jotka kestivät useita päiviä. Potilasretkiä on tehty: kesäretki ja jouluretki. Yksi ohjaaja on myös osallistunut potilaiden kanssa tehtyyn Lapinmatkaan. Ne olivat antoisia matkoja ja potilaille tärkeitä.”

Vaikka työtilat, toimintamuodot ja ohjaajat ovat vaihtuneet, on toiminnan lähtökohta pysynyt samana. Mielekäs työ ja ihmisen ymmärtävä kohtaaminen ovat tärkeä osa kuntoutumista.

”Se, mitä olen tässä vuosien varrella oppinut on, että työ on ihmiselle tärkeää ja ihmiskontaktit ovat tärkeitä. Me ei olla hoitajia ja siksi meillä on ollut toisenlainen suhde potilaisiin. Me ollaan oltu luottohenkilöitä, joille voi keskustella asioista.”

TUOTTEIDEN MYYNTI. Käsityötuotteita on myyty aikojen saatossa monessa eri paikassa. Jo Impilinnassa oli askarteluterapiatilojen yhteydessä myymälä, jossa myytiin potilaiden tekemiä tuotteita. Työkeskuksen alakerrassa oli henkilökunnan huolehtima myymälätila. Lisäksi tuotteita on myyty kanttiinin ja puutarhamyymälän yhteydessä. Erikseen pidetty joulupuoti on ollut kartanon alakerrassa ja ulkotöiden parakkirakennuksessa. Viime vuosina myymälätoimintaa on toteutettu yhdessä potilaiden kanssa uudentalon alakerrassa sekä nykyisin museorakennuksessa sijaitsevassa Puoti-myyvälässä. Myynti on voittoa tavoittelematonta, ja tuotto käytetään materiaalin hankintaan ja ahkeruusrahojen maksamiseen.

KUNTOUTUSOHJAUS KELLOKOSKEN SAIRAALASSA

EILA KEKKONEN
kuntoutusohjaaja



Sotien jälkeen kuntoutuksen tarve lisääntyi, ja sen mukana tarve saada ohjausta ja neuvontaa. Invalidihuoltolaki 1972 loi raameja kuntoutuksen järjestämiseen. Monet muutkin lait ovat vaikuttamassa kuntoutusohjaukseen, muun muassa vammaispalvelulaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Maailmanlaajuisesti ohjauksen ja neuvonnan tarvetta on määritetty WHO:ssa vuonna 1976. Muualla, kuten Yhdysvalloissa ja Englannissa, toimii ”rehabilitation councillor” (kuntoutusohjaaja), jonka työnkuva on terapeutinen. Laajemmin tunnettu ”casemanager” (palveluohjaaja, asiakasohjaaja) on lähempänä Suomessa tapahtuvaa kuntoutusohjausta. Suomessa ”palveluohjaus” on usein laajempaa palveluiden yhteensovittamista. Näistä nimikkeistä käydään paljon pohdintaa. Satakunnan ja Jyväskylän ammattikorkeakoulujen tutkintonimike on kuntoutuksen ohjaaja. Tämä koulutus on alkanut 1997. Kuntoutusohjaaja ja kuntoutuksen ohjaaja eivät ole nimikesuojattuja, eli ei ole määritetty, kuka saa kutsua itseään edellä mainituilla ammattinimikkeillä.

Suomen Kuntoutusohjaajien yhdistys, joka on perustettu 12.5.1990, edellyttää jäseneksi hakevalta selkeää kuntoutusohjaajan toimenkuvaa ja määrättyä pohjakoulutusta. Kuntoutusohjaajilla on ollut oma nimikkeistö vuodesta 2001, joka vastaa hyvin ajan vaatimuksiin rakenteisesta kirjaamisesta.

Suomessa kuntoutusohjaus on osa lakisääteistä lääkinnällistä kuntoutusta, mutta jokaisen kuntoutusohjaajan tarkempi työnkuva määräytyy työpaikka- ja työpistekohtaisesti. Asetus ”Lääkinnällisestä kuntoutuksesta” 1991, 3 §, määrittää kuntoutusohjauksen ”toiminnaksi, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä

tukemista ja ohjausta, sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista”.

KUNTOUTUSOHJAAJAN TYÖ KELLOKOSKEN SAIRAALASSA JA AVOHOIDOSSA.

Aloitin kuntoutusohjaajana Kellokosken sairaalassa 3.8.2003 Toimintakeskuksessa. Pehdytys jäi vähäiseksi, koska osastonhoitaja oli lomalla. Joku kertoi minulle, että tuossa on työhuoneesi ja avain on pöydällä. Muuta pehdytystä en saanut. Onneksi olin ollut jo sitä ennen sairaalassa töissä viisitoista vuotta, joten jokin aavistus kuntoutusohjaajan työstä oli mielikuvissa.

Osastot, erityisesti kuntoutusosastot, pitivät huolen, ettei minun tarvinnut lähteä miettimään, mitä tekisin. Jonkin ajan kuluttua potilaita ja ryhmiä olikin jo niin paljon, ettei kalenterissa löytynyt tyhjää tilaa. Tähän rajaamisongelmaan lähdin hakemaan neuvoja muilta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntoutusohjaajilta Siuntion TYKY-iltapäivään. Kun olin tunnin ajan kuunnellut muita kuntoutusohjaajia, totesin, että toiveeni saada neuvoja rajaamiseen oli turha. Muilla kuntoutusohjaajilla oli samoja ongelmia. Suurimman helpotuksen paineeseen vastata kaikkeen tarpeeseen toi varmasti ryhmätyön viikon peruskurssi Hartolassa. Se opetti, että yksi ihminen ei pysty tekemään mahdolluttomia, vaan kaikki perustuu yhteistyöhön. Myöskin työnohjauksen merkitys korostui työn sisällön ja oman roolin pohtimisessa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työskentelee 32 kuntoutusohjaajaa, näistä viisi toimii psykiatriassa, Kellokosken sairaalassa ja avohoidossa. Järvenpää, Mäntsälä, Tuusula (JMT) -poliklinikalla kuntoutusohjaaja aloitti 2009 vuoden alussa ja osastoilla 1,2,3 ja Tehostetun avohoidon yksikössä (TAY) vuonna 2012. En ollut enää sairaalan ainoa kuntoutusohjaaja, joten pystyin vähentämään ryhmiä ja painottamaan enemmän yksilötyöhön.

Kellokosken sairaalassa kuntoutusohjaaja on aloittanut työt vuonna 1995 toimintakeskuksen työryhmässä. Edeltäjäni tekivät samankaltaista työtä kuin minäkin. Heillä on ollut sosiaalisten taitojen- ja nuortenaikuisienryhmiä. Näiden lisäksi hekin ovat järjestäneet osastoille, erityisesti intervalliosasto kahdelle, suunnattuja kuntouttavia ryhmiä. Näissä ryhmässä painotus on ollut palveluista ja tukitoimista tiedottamista. Kaiken kaikkiaan on tarpeen mainita, että yhteistyö osastojen kanssa on sujunut hyvin.

Työni kuntoutusohjaajana on tarjonnut paljon vaihtoehtoja toteuttaa omia ideoitani. Olin aikaisemmin hoitanut kahta sairaalan kuntoutuskotia ja huomannut, mitä tietoja ja taitoja sairaalasta tulevilta kuntoutujilta puuttui, ja halusin päästä tätä asiaa omalta osaltani korjaamaan. Paras keino oli mielestäni nuorten aikuisten ryhmien pitäminen. Tätä ryhmää ohjasin toimintaterapeutin tai ohjaajan kanssa. Ryhmät sisälsivät tiedonhakuja, ryhmätöitä ja sosiaalisten ja vuorovaikutustaitojen harjoittelua. Näistä ryhmistä saatua kokemusta pääsen nyt hyödyntämään avohoitopotilaiden kohdalla. Tiedottava osuus oli myös osastokohtaisissa ryhmissä, ja ne toteutettiin usein kurssimuotoisena kokonaisuutena. Omaisten iltoihin minua pyydettiin kertomaan kuntoutuksesta, mutta se ei osoit-

tautunut vahvuudekseni. On vaikea muuttaa puheeksi se, mitä on yli kaksikymmentä vuotta tehnyt.

Kuntoutusohjaajana olen pitänyt täällä nuorten ryhmien lisäksi muun muassa ”suomenryhmää” maahanmuuttajataustaisille potilaille yhdessä ulkotyönohjaajan kanssa kolmen vuoden ajan. Kognitiivisten taitojen ryhmän aloitimme innolla 2008 osasto neljällä psykologin ja hoitajan kanssa. Nämä ja kaikki muutkin mainitsemattomat ryhmät ovat vastanneet sen hetken tarpeisiin. Työtäni ei ole kukaan ulkopuolelta määrittänyt, vaan olen saanut kohtalaisen vapaat kädet toimia, mikä aiheutti mainittuja rajaamisongelmia. Tämän vapauden myötä olen päässyt järjestämään erilaisia info- ja luentotilaisuuksia, mielenterveysjuhlaa mielenterveysviikolla ja osallistumaan erilaisiin ajankohtaisiin projekteihin. Työssä esiin tulleet uudet haasteet ovat edellyttäneet jatkuvaa lisäopiskelua, joista osan on järjestänyt sairaala ja osan muu tahon.

Nykyään työssäni painottuu entistä enemmän ammatillinen kuntoutus ja elämähallinnan tukeminen. Ne vievät työajastani suurimman osan. Jo aikaisemminkin osastoilta tulleet yhteistyöpyynnöt koskivat usein potilaan opiskelua ja työelämään palaamista. Ammatillisen kuntoutuksen työryhmät, joihin kuuluin, pohtivat myös näitä asioita.

Nyt odottavat uudet haasteet avohoidossa, JMT-mielialapoliklinikalla, johon siirryn virallisesti vuoden 2015 alusta.

VÄLÄHDYKSIÄ VUOSILTA 1960–2014

RIITTA TAKALA
ohjaaja



Potilaslehti Välähdys toimituksineen sai alkunsa vuonna 1960 psykologi Seppo Anttilan ja muutaman muun henkilön toimesta. *”Välähdyslehti lähti syntymään pakosta ja vapaudesta: sanomisen, ilmaisun ja vaikuttamisen”*, Anttilaa lainaten. Myös sairaalan ylilääkäri P. Alivirta kannusti toivottaen onnea ja pitkää ikää tälle tielle. Tämä tie jatkuikin vuosikymmenten ajan, eri tavoin ja eri tekijöiden voimin, aina kevätnumeroon 2014 asti.

Välähdyksiä Kellokoskelta -julkaisu vuodelta 1990 sisältää kirjoituksia muun muassa sairaalan arjesta ja potilaiden omakohtaisista kokemuksista kolmenkymmenen vuoden ajalta. Toimituksessa vuosina 1977–1989 mukana ollut osastonhoitaja Tuula Heikkilä kirjoitti: *”Välähdyksen motto näiden vuosien aikana on ollut, että mikään inhimillinen ei ole lehdellemme vierasta”*. Hän toteaa myös, että *”antoisinta lehden toimittamisessa oli ryhmässä tehty yhteistyö, lehti on aina toimittajakuntansa näköinen, siinä sen suuri merkittävyys”*. Parin vuoden päästä Tuusulan Seudun Mielen-terveysseura Tuumi, Välähdys-lehti ja Kellokosken sairaala järjestivät kirjoituskilpailun teemalla *”Ihmisen arki ja juhla”*. Kilpailun sato koottiin ja kirjoitukset runosta proosaan julkaistiin teoksessa, Näin jäätiin henkiin! Välähdystä toimitettiin ja lehteä koottiin siitäkin eteenpäin Toimintakeskuksessa ja sairaalan Työkeskuksessa. Käsinpainetut, nostalgiset kansikuvat vaihtuivat monistettuihin ja lehden julkaisumäärät vähenivät sisällön siitä kuitenkin kärsimättä.

Välähdyksen uusi alkua koitti, kun vuonna 2006 kuvataideterapeutti Inga-Riitta Malin sai loistoidean perustaa lehden jatkuvuuden takaimiseksi uudenlainen Välähdys-lehtiryhmä. Perinteitä kunnioittaen, innostuneessa ja rakentavassa hengessä lähdettiin lehteä työstämään, aivan

kuin lehden alkutaipaleella. Eräs ryhmäläinen kirjoitti kokemuksestaan uutena toimituksen jäsenenä vuoden 2009 lehteen näin: ”Lehden teossa eli tiimin osaamisen taidon näytteessä tunteet eivät jääneet piiloon. Puheensorina oli hulvatonta. Mieleeni tuli, että tarvitsen megafonin ja kuulonsuojaimet.” Välähdys-lehtiryhmä haki muotoaan muutaman lehden verran ja vakiinnutti paikkansa osaksi Toimintakeskuksen sen aikaista ryhmätarjontaa.

Inga-Riitan jäätyä eläkkeelle jatkoin ryhmäläisten luottamuksella lehtiryhmän ohjaajana. Ryhmä kokoontui suunnitellusti viikoittain kahden tunnin

ajan, kunnes lehti valmistui julkaisukuntoon. Toimintaan oli mahdollista osallistua myös avohoidon puolelta, ja yksilölliset sekä ryhmän tavoitteet, vertaisuus ja ulospäinsuuntautuminen korostuivat. Yhdessä tekeminen ja kokemusten jakaminen antoivat voimia julkaista lehteä vuodesta toiseen.

Tietotekniikka mahdollisti lehden visuaalisen ilmeen kohentumisen ja uudistumisen 2000-luvulta lähtien. Välillä fiilistelimme selaten vanhoja lehtiä ja todeten, että samat kuva-aiheet ja kirjoittamisen teemat puhuttavat edelleenkin. Keväällä 2010 julkaistuun Välähdys 50 vuotta Juhlanumeroon koottiinkin kansilehdistä kavalkadi ja lehden alkutaipaleen kirjoitukset, uusien juttujen rinnalle. Modernimman kopiointitekniikan myötä lehden saattaminen toimituskuntoon, noin 250 kpl, sujui melko vaivattomasti. Kukaan tuskin jäi kaipaamaan kopiointia sivu kerrallaan ja koquamiskierroksia pöydän ympärillä, käsin niittaamisesta puhumattakaan. Juhlan paikka oli kuljettaa yhdessä uutukaiset Välähdykset lähetin kopille postitettaviksi puutarhalla lainatulla maitokärryllä.

Välähdys-lehteä toimitettiin Tuumin jäsenille, sairaalan osastoille, Toiminnallisen kuntoutuksen eri yksiköihin ja muille yhteistyötahoille. Ryhmäläisillä oli etuoikeus useampaan lehteen, joita he mielellään antoivat omille läheisilleen. Lehden postitus olikin jo oma lukunsa, kiitos kuuluu Tuumin osoitetarrojen toimittajalle ja sairaalan lähetille sekä vahtimestareille kaikesta kärsivällisyydestä!

Välähdys-lehteen saapunut, usein postitettu materiaali, oli aina hyvin odotettua ja välillä pyydyttyäkin. Vuosien kuluessa sen määrä vähentyi varsinkin sairaalan suunnalta, ja tämä toi ryhmälle haastetta. Uutta ryhmää ja lehden numeroa aloitettaessa mietittiin yhdessä sisältöjä ja



pyrittiin tekemään ajankohtaisia juttuja myös sairaalan tapahtumista. Toiminnallisen kuntoutuksen yhteisiä tapahtumia on joitain taltioitunut Välähdyksen sivuille, kuten kesäjuhlat, taidenäyttelyt, erilaiset projektit ja kulttuuritapahtumat. Jutuntekoon ryhdyttiin aina mietinnän kautta, ja jokin henkilöhaastattelu tehtiin useimmiten ryhmätyönä. Viimeisimmän haastattelun kohteena oli puutarhalla jonkin aikaa viihtynyt Nero, terapiakoira, ilman suurempia haukkuja. Myös liikunnan kuntoutukselliset Lapinmatkat valokuvineen ja matkapäiväkirjoineen on useamman vuoden reissuilta muistoina Välähdyksen sivuille, niin sairaalan kuin avohoidonkin puolelta.

Tärkeäksi ryhmässä koettiin mahdollisuus voida kirjoittaa itseään kiinnostavista aiheista ja kokemuksista, julkaista taidokkaita valokuvia, piirroksia ja maalauksia. Kaikkea ei ollut aina tarpeen julkaista, ryhmän palaute ja tuki oli riittävää. Ulkopuolista palautetta Välähdykselle tuli satunnaisesti, yleensä positiivisessa ja kannustavassa hengessä. Välähdyksen perinteitä oli myös käydä tutustumassa mielenkiintoisiin kulttuurikohteisiin jutuntekemielessä. Ryhmäläisten yhteinen päätös retkikohteesta vaihteli uusista taidenäyttelyistä musiikkielämyksiin, ja retkelle valmistautuminen oli tärkeää jo tehtävien jaonkin osalta. Monet yhdessä koetut hetket ovat jääneet vain muistoihin, kuten patikointi Lemmenlaaksossa keväistä luontoa ihailien ja fyysisiä voimavaroja koetellen.

Lehti kerrallaan on mahdollistanut oman ainutlaatuisen julkaisun ja kannustanut ottamaan vastaan itselle uusia kokemuksia lehdenteen eri vaiheissa. Erityisen sykähdyttävä, ryhmälle yhteinen kokemus, oli Tuumin runokilpailu vuonna 2011 teemalla ”Kokemukset ja Vertaisuus”, jonka sa-toa julkaistiin lehden kahdessa numerossa valokuvien ja maalausten kera.

Sairaalamaailman ja yhteiskunnan muutokset vaikuttivat osaltaan Välähdyksryhmän toiminnan edellytyksiin. Aika aikaansa kutakin, ja pohdinnan jälkeen ryhmä sekä Välähdyksen julkaisu päättyi Kevätnumeroon 2014. Puhuttelevat runot, tarinat ja upea kuvamateriaali sekä saatavilla olevat vuosikymmenten Välähdykset on taltioitu ja arkistoitu tuleville polville.

Kiitos yhteisestä matkasta Teille kaikille niin lehden tekijöille, toiminnan mahdollistaneille tahoille kuin Välähdyksen lukijoillekin!

KELLOKOSKEN SAIRAALAN OIKEUSPSYKIATRIAN KULTTUURIFESTIVAALI OLI MENESTYS

HANNA PUTKONEN
ylilääkäri

SAIJA TURPEINEN
vs. osastoryhmän-
päällikkö

(Juttu on julkaistu
Linkki-lehdessä 1/2014.)



Lauantai 26.4.2014 jää mieleemme ilon ja toivon päivänä. Olemme täynnä kunnioitusta ja ylpeyttä henkilökunnasta, potilaista, esiintyjistä, järjestäjistä – festariporukoista. Yhteishenki, ilo, toivo, tekeminen, välittäminen. Ihmiset, ystävät!

Oikeuspsykiatrian vastuualue yhdessä toimintaterapian ja potilaiden kanssa järjesti huikean ja ennenkokemattoman tapahtuman, kulttuurifestarin sairaalassa. Tapahtuma kesti aamukymmenestä iltakuuteen ja sisälsi monipuolista kulttuuria laidasta laitaan. Vierailijoita kävi päivän aikana nelisensataa tutustumassa puutarhaan ja etenkin sen aistihuoneeseen, museoon ja puotiin, kartanorakennukseen ja sen taidenäyttelyyn, valokuviiin, musiikkiin sekä uuden talon esittelyihin ja kirppariin. Juhlasali toimi päänäyttämönä. Lions Annat hoitivat tarjoilun useissa pisteissä herkullisesti. Makkarat ja letut syötiin loppuun. Kiitos!

Kellokosken superjohtaja Raija Kontio käynnisti päivän kauniilla sanoillaan ja kunnioitti valloittavalla läsnäolollaan koko päivää. Kun Ohkolan sirkus Sirius valtasi areenan taitavilla tempuiltaan, heräsi takarivinkin yleisö riemuun ja iloon. Ihania lapsia ja nuoria! Tarinateatteri Virtaa houkutti yleisöä kertomaan toivon tarinoita, ja yleisö sai varmasti voimaa esityksistä.

Kaikki juhlasalin puhujat korostivat Kellokosken sairaalan ainutlaatuista tärkeyttä ja toivoivat sen säilymistä kaikkine merkityksineen. Etenkin kulttuurihistoriallisine merkityksineen, arvokkaine toimintoineen sekä nykyisyyden ja tulevaisuuden mahdollisuuksineen – potilaiden parhaaksi. Kellokoski on mahdollottomalta kuulostava yhtälö: se on ainutlaatuinen sekä historialtaan että tulevaisuuden mahdollisuuksiltaan. Me kellokoskelaiset ry edusti puheenvuorollaan Kellokosken kylää. Myös muut puhujat astuivat esiin nimenomaan ylpeinä kellokoskelaisina ja pohtivat sai-

10.05-10.25
10.30-10.40
10.40-10.50

OHKOLAN SAIKUN SIRKUS SIRIUS
KELLOKOSKEN SAIRAALAN POTILASTOIMIKUNTA
TUIJA REINIKAINEN: PSYKIATRIAN UUDISTUKSISTA
KUNTAPÄÄTÖKSENTEON SILMIN

JUHLASALI
10.00-10.05 RISTO VATAJA JA RAIJA KONTIO: TERVETULOA!
10.05-10.25 OHKOLAN SAIKUN SIRIUS
10.30-10.40 KELLOKOSKEN SAIRAALAN POTILASTOIMIKUNTA
10.40-10.50 TUIJA REINIKAINEN: PSYKIATRIAN UUDISTUKSISTA
KUNTAPÄÄTÖKSENTEON SILMIN
11.00-11.15 EDJA VILPAS: KULTTUURI JA MIELI
11.20-12.20 TARINATEATTERI VIRTAA
13.00-13.30 RUN OVER
13.40-13.50 ME KELLOKOSKELAISET RY
14.00-15.00 HILJA GRÖNFORS TRIO
15:00-15.10 KANSANEDUSTAJA ANTTI KAIKKONEN: KELLOKOSKEN
SAIRAALAN MERKITYS KELLOKOSKEN KYLÄLLE
15.15-15.45 VILLÉ DENISE
15.50-16.20 OLONEUVOS & HOSSNI BOUDALI
16.30-16.40 ILKKA TAIPALE: KELLOKOSKEN SAIRAALA ENNEN JA NYT
16.50-17.20 WARHEAD ADMINISTRATION
17.30-18.00 PALEFACE

KARTANO
I KERROS - POTILAIEN TAIDENÄYTTELY:
"VALOT JA VARJOT - TOIVON TEOKSIA"
III KERROS - MUSIIKKIA, VANHOJA VALOKUVIA
JA HISTORIAA
12.00-12.15 KIMMO ALHONSUO
12.30-13.00 EEVA VILKKUMAA JA LAURA SIMOILA
13.15-14.15 JANNA KOSKIPÄÄ, VERNA HEIKKINEN
JA SANNA-MARI MATERO
14.30-14.45 KIMMO ALHONSUO

UUSTALO
AULASSA OSASTOJEN JA SAIRAALAN ESITTELYPOSTERIT,
OMAISET MIELENTERVEYSTYÖN
TUKENA, TUUMI RY, KLUBITALO
10.30-11.00 JA 12.30-13.00
ZUMBA JA JOOGAA
FYSIOTERAPIATILASSA
10.00-13.00 KIRPPUTORI
HAMMASLÄÄKÄRIKÄYTÄVÄLLÄ
12.30-13.00 JA 14.00-14.30
KELLOKOSKEN SAIRAALAN
JOHTAJA JA VARAJOHTAJA
TAVATTAVISSA OIKEUS-
PSYKIATRIAN AULATILASSA

SAIRAALAMUSEON KIERROKSET KLO 12.30,
13.30, 14.30, 15.30
AISTIHUONE JA PUOTI AVOINNA KLO 12.30-14.30
ENSIAPUPISTE KOKO PÄIVÄN OIKEUS-
PSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA
KAHVIA JA PULLAA, LIMUA JA
LETTUJA, MAKKARAA JA
RUOKAISAA SALAATTIA
USEISSA PISTEISSÄ,
LIONS ANNAT

26.4.2014

HALUTESSASI
VOIT ANTAA
VAPAAEHTOISEN
KANNATUSMAKSUN
2 € POTILASTOIMI-
KUNNALLE



psy

SUOMEN PSYKIATRINEN SEURA
Finnish Psychological Association

MUUTOKSET OHJELMAAN MAHDOLLISIA.

**Kellokosken
sairaalan
Kulttuuri-
festari
2014**

OIKEUSPSYKIATRIA
OIKEUS • KOHTUUS • VASTUU • VAPAAUS

OIKEUSPSYKIATRIA
OIKEUS • KOHTUUS • VASTUU • VAPAAUS

raalan vaikutusta kyläläisten elämään. Eija Vilpas kertoi olevansa ylpeä kellokoskelainen jo useassa polvessa. Hänen isoisänsä esimerkiksi järjesti sairaalaan hienon karhupatsaan. Myös Tuusulan valtuuston puheenjohtaja Tuija Reinikainen muisteli 9-vuotiaana tekemäänsä retkeä Kellokoskelle. Antti Kaikkonen kellokoskelaisena näki sairaalan moninaisen merkityksen kylälle muun muassa suvaitsevuuuden opettajana ja työllistäjänä. Ilkka Taipale toi esille sen, että oikeuspsykiatria on mahdollistanut sairaalan säilymisen. Hän kertoi myös tavoitteesta yhdistää sairaalamuseoita ja säilyttää niiden kulttuuriaarteet. Sairaaloiden sisällä ja tiloissa voi myös luoda uutta kulttuuria – ja luodaankin. Päivi Storgård oivalsi mielenterveys- ja kulttuuritavoitteiden olevan yhteiset yli puoluerajojen. Hän kertoi myös omakohtaisista kokemuksistaan mielenterveyspalveluiden pyörteisestä. Päivi olikin koko päivän luotsi ja iloisella ja herkällä läsnäolollaan teki vaikutuksen kuulijoihin.

Leena ja Annu vetivät tuntia aurinkoisella pihalla tietoisesti läsnä oleville joogaajille. He olivatkin järjestäneet päiväksi aurinkoisen ja lämpimään sään. Omaiset mielenterveystyön tukena, Tuumi ry ja Klubitalo olivat esittelemässä toimintaansa. Heidi Sainio oli heille takuunaisena. Kirpputorilla vaatteet vaihtoivat omistajaa tiuhaan, eikä sitä päästy sulkemaan suunnitellussa aikataulussa, koska asiakkaita riitti. Myös taidenäyttelyn aukioloaikaa jatkettiin suuren suosion myötä. Potilaiden lisäksi taidenäyttelyn puuhanaisina olivat Kirsi Muje, Jaana Järvi, Niina Summanen, Pia Immonen ja Katja Jäppinen. Rintanappejakin oli tehty, ja ne menivät kuin kuumille kiville. Timo Laaksonen oli koonnut historialliset valokuvat vaikuttavaksi näyttelyksi. Timo veti myös museokierroksia väsymättä kerta toisensa jälkeen. Museossakin kävi lähes 200 ihmistä. Raija Kontion hurmaavat nuoret olivat Kartanon yleistoimijoita. Elina Landín varmisti Kartanon järjestystä. Potilastoimikunnan puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja olivat oman puheenvuoronsa lisäksi aktiivisina koko päivän tapahtumissa. He tekivät vaikutuksen moniin.

Musiikkielämyksiä tarjosivat useat artistit. Kartanoon saapuivat upeat ammattilaiset Eeva Vilkkumaa, Laura Simoila ja Mikko Kosonen. Kitara ja ääni soivat Kartanossa kuin parhaimmassa konserttitalissa. Huikean elämyksen tarjosivat myös Janna Koskipää, Verna Heikkinen ja Sanna-Mari Matero. Näiden nuorten naisten esitys sai kuulijat pyyhkimään silmäkulmiaan. Kimmo Alhonsuo, tuo karismaattinen trubaduuri, esiintyi sekä Kartanossa että juhlasalissa. Run Over on sairaalan oma bändi, joka aloitti bändien sarjan juhlasalissa. Heidän jälkeensä lavan otti haltuun karismaattinen Etno-Emman voittaja: Hilja Grönfors trio. Villé Denice tarjosi yleisölle korvia hivelevää omaa tuotantoaan. Myös Oloneuvos räppäsi omaa tuotantoaan ja sai yleisön lopullisesti innosta sekaisin! Warhead Administration tarjoili raskaamman musiikin ystäville upean setin, josta nauttivat festarin nuoremmat osallistujat. Illan kruunasi jo maailmallakin mainetta niittänyt Paleface, joka veti juhlasalin täyteen. Loppuhuipennus ei varmasti jättänyt ketään kylmäksi! Paleface jäi vielä juttelemaan ja antamaan faneille nimmareita. Kaikki halukkaat pääsivät myös kuvaan tämän suurmiehen kanssa.

Järjestäjänä oli innostunut, omistautunut ja aikaansaava porukka po-

tilaita ja henkilökuntaa. Kiitos teille, mahtavat kuntoutujat ja potilaat! Ilman vahvoja roudareita olisi moni selkä katkennut. Henkilökunnan koordinaatiovastuu oli festarienkeli Susanna Celikillä. Nyt pelkäämmekin, että hänet napataan ohjelmatoimiston palvelukseen. Myös hänen perheensä osallistui ammattilaisten ottein. Supermies Juha Valtonen hoiti kaiken, mihin muiden taidot eivät riittäneet. Juha kyllä osasi! Heli Karisto-Rosenberg, Juha Ojanperä ja Ari Vilenius touhusivat taidolla mukana. Peruskallion lailla luotettavat osastonhoitajat Minna Huuskonen ja Lea Koskela-Uotila pitivät useat langat käsissään. Monen yllättävänkin tilanteen pelasti valovoimainen Jenni Sorvari. Mainiot mahdollistajat Elina Räsänen ja Sara Korkola takasivat, että yksityiskohdatkin toimivat. Ensiavun turvaajina loistivat Arto Aatsinki, Sirpa Flinkman, Heidi Jokihalme, Mirka Kovalainen ja Jussi Terho. Birgitta Nikkola kävi koirineen osastoillakin ilostuttamassa potilaita, jotka eivät päässeet muualle. Ihana Sanni Partanen ja salamannopea Defne Barisik toimivat kuin festariammattilaiset.

Kiitokset kaikille vieraille! Ihanaa, että tulitte ja teitte festaristamme täyden!

Äänimies Janne Storm nivoi musiikin festarivirraksi ja loi tilan artisteille. Raudanluja ammattilainen, jota ilman emme olisi selvinneet. Jannen esitteli meille toinen ihana mies. Iso kiitos ja kunnioitus festarilogon ja visuaalisen ilmeen luojalle Mika Rautaselle. Monilahjakkuus ja aarre.

Kirjoittajat ovat ilosta ja onnesta sekaisin, tapahtuma oli niin onnistunut! Pahoittelemme, jos tässä hurmoksessamme unohdimme mainita jonkun henkilön. Kiitämme ja kumarramme KAIKKIA kulttuurifestivaalia järjestäneitä ja osallisena olleita henkilöitä.

Näillä Tommy Tabermannin sanoilla kohti uutta kulkien - kiitos!

*Jotta pääsisi perille
on eksyttävä tieltä
Joka pääsee perille
oppii että hetken kuluttua
on taas jatkettava matkaa
Joka ei koskaan
putoa raiteilta
ja mene rikki
jatkaa aina samaa rataa
ja on turvassa
suurelta murheelta
ja suurelta onnelta.*

OMA PERSONALLISUUS TYÖVÄLINEENÄ

SINIKKA JÄÄTTEENMÄKI-LAARI
Puheenvuoro johtavan
sairaalapappi Toivo Rauta-
man eläkejuhlassa 26.9.2013



Kun minua pyydettiin pitämään tämä puheenvuoro ajattelin aluksi kieltäytyä. Kun pyynnön esittäjä oli juuri Toivo, pitkäaikainen työtoveri ja lähes seinänaapuri Kellokosken sairaalan Keskitalon alakerrassa, halusin ehdottomasti toivottaa hänelle antoisia eläkevuosia suostumalla pyyntöön. Varsinkin kun sain luvan ja ohjeen subjektiivisesta puheenvuorosta. Toivo kertoi aiheen itseään mietityttäneen ja hän toivoi, että aiheesta keskusteltaisiin enemmän.

Yrittäessäni koota ajatuksiani aihe muuttui mielenkiintoisesta haastavaksi. Olen aina vierastanut puhetta persoonallisuudesta työvälineenä. Minulla ei ole työpöydän laatikoissa sellaista työvälinettä. Sen sijaan persoonallisuus ujuttautuu mukaan kaikkeen, koko työtapaan, tapaan olla potilaan kanssa. Pelkällä persoonallisuudella ei kuitenkaan selvitä. Tarvitaan tietoa, koulutusta, yhteistyötä. Myös sana persoonallisuus tuntui hankalalta, joten päätin katsoa, mitä nykyajan ”Tietosanakirja” Google asiasta sanoo.

Google: ”*Persoonallisuus on erittäin laaja käsite ja sisältää ihmisen koko maailmankuvan, minäkäsityksen, itsetunnon, arvot, luonteen ja temperamentin. Se muodostuu koko elämän ajan yksilön ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksesta ja se ohjaa kaikkea yksilön toimintaa.*”

Siis työntekoammekin.

Jo hakeutuminen työskentelemään psykiatriaan ja mielenterveysongelmien pariin on persoonallisuuskysymys. Eivät kaikki ihmiset jaksa kuunnella toisten huolia. Joku ahdistuu, jotakuta ei vain kiinnosta. Mutta me olemme hakeutuneet alalle, eikä pääsy ole edes helppoa. Pohdimme hiljattain pienessä senioripsykologiporukassa asiaa ja totesimme, että persoonallisuudessamme on jotain sellaista, että saamme suurta tyydytystä ihmisielen ymmärtämisestä, elämän ja

ongelmien pohtimisesta sekä toisen meille osoittamasta luottamuksesta. Ehkä olemme mahdollottoman uteliaita elämän moninaisuuden edessä emmekä lakkaa ihmettelemästä. Kuitenkin uteliaisuus, kummastelu ja kysely saavat olla vain koulutettuja renkejä potilaan auttamisen palveluksessa.

Entä, kun me työntekijät olemme niin erilaisia persoonallisuuksia? Onneksi. Kun nuorena psykologina tulin töihin Kellokoskelle, en heti osannut suhtautua tähän erilaisuuteen. Osa hoitajista tuntui tutuilta, itseni kaltaisilta. Osa tuntui vieraammilta, ja katselin vähän oudoksuen, voiko hoitava ihminen olla tuollainenkin. Mutta työ opetti. Potilaatkin olivat erilaisia. Kun he saivat valita itse oman hoitajansa, eivät kaikki suinkaan halunneet minun tyyppistäni hoitajaa, vaan juuri sen, joka minusta oli tuntunut vieraalta. Ja heidän kesken syntyi hyvä hoitosuhde, he ymmärsivät toisiaan paremmin kuin minä oman taustani pohjalta.

Mikä hoitotyössä on sellaista, missä työntekijä selvästi käyttää omaa persoonallisuuttaan työväliseenä?

Mieleeni nousi kaksi aluetta. Toisaalta kontaktikyky ja toisaalta oman persoonan, oman sisäisen mielen käyttö apuna potilaan ymmärtämisessä.

Kontaktikyky on hoidossa ja auttamisessa kaiken alku ja siksi tärkein. Se on kykyä olla vuorovaikutuksessa ja pitää sitä elävänä ja säilyvänä. Se on taitoa saada vankka yhteys toiseen, yhteys, jonka varassa potilas uskaltaa paljastaa arkojakin mieltään painaneita asioita sekä ilmaista tunteitaan ja rakentaa uutta.

Kohtaaminen on keskeistä työskentelyn lähtökohdista ja toimintamalleista riippumatta.

Toisena asiana oman persoonan käyttö. Oma persoona voi olla apuna potilaan ymmärtämisessä. Voisi sanoa tiedon hankinnan ja tiedonkäsitteilyn apuna. Potilas kertoo meille tarinaansa. Hän kertoo sen tietyllä äänellä, istuen tietyllä tavalla, ehkä varautuneena, itkien. Hän ja hänen tarinansa herättää meissä monenlaisia tunteita ja halua toimia. Omaan persoonaamme liittyy monenlaisia tekijöitä, kokemuksia, traumoja, ennakkoasenteita, piirteitä, joiden läpi kuulemme ja ymmärrämme asioita. Nämä tekijät voivat haitata tai edesauttaa kykyämme ymmärtää, mistä on kyse ja miten toimia. Olisi hyvä, jos persoonallisuutemme sallisi avoimuutta ja tutustumista uuden, oudonkin edessä. Jos emme herkästi ahdistuisi, vaan voisimme luottaa selviämiseen ja pystyisimme luomaan tilaa, jossa yhdessä yritämme ratkoa ongelmia. Hoitava ihminen voi omien tuntosarviensa kautta saada kosketusta potilaansa mielen maailmaan ja osata vastata siihen.

Kuluuko työväline? Vastaus on: ainakin uhkaa kuluu. Herkkyys ja avoimuus potilaan tunteille, kärsimyksille ja vääryyksille tai joskus vaikeus ottaa vastaan potilaan kertomaa, koska emme voi hyväksyä hänen ajatusmaailmaansa, on myös raskasta. Kuormittumista ei aina työn lomassa huomaa. On tottunut kuulemaan päivästä toiseen ihmisten huolia ja törmäämään siihenkin, että kyky auttaa voi olla riittämätöntä tai ei onnistu. Emme huomaakaan, mitä kaikkea kannamme mukanaamme. Nyt jäädessäni eläkkeelle tyhjensin työhuoneeni ja kaapissa oli vielä joidenkin entisten potilaiden papereita. Osa sellaisia, joita muisteli ilolla ja kiitollisena, mutta oli myös eräs nuori, jonka tarina puhutteli minua vielä 20 vuoden

takaa. Lähes itketti, kun ajattelin, miten lapsen ja nuoren elämä voi olla niin vailla hyvää, jaksavaa hoivaa. Ja ettei hoitokaan auttanut.

Nyt on alettu puhua työntekijöiden sijaistraumatisoitumisesta. Ihan aiheesta. Joskus tuntuu, että tässä työssä voi olla kuin suutarin lapsi ilman kenkiä. Oman avun hakemista voi haitata sekin, että kaikki lähimailla tarjolla olevat auttajat ovat tuttuja, nykyisiä tai entisiä työtovereita. Olisiko työterveyshuollosta tarpeen suunnata enemmän resursseja tähän?

Koneitakin pitää huoltaa, ja niitä pitää käyttää ja säilyttää hyvin. Toimivia huoltotoimenpiteitä oman persoonallisuuden käytössä ovat ainakin työnohjaus, tarpeen mukainen lisäkoulutus, hyvät työtoverit ja työyhteisö. Esimiesten arvostus ja kiitos auttaa jaksamaan. Ja tietenkin onnistumisen hetket ja potilaiden palaute kantavat pitkälle. Oma hoito auttaa saamaan rauhaa omilta menneisyyden tai nykyisyyden painolasteilta. Se lisää ymmärrystä ihmisestä ja antaa myös kokemuksen siitä, millaista on olla potilaan paikalla ja mikä siitä näkökulmasta katsoen on auttajassa tärkeää.

Parhaimmillaan voimme tehdä työtämme sydämellä ja järjellä, omana itsenäamme, yhteistyössä toisten kanssa. Persoonallisuuden käyttö työvälineenä, tietoisesti, tuntuu vieraalta ajatukselta. Kun viitataan persoonallisuuteen työvälineenä puhutaan työnteosta, joka ei näy. Se tapahtuu meidän sisällämme, mielessämme, samalla, kun kohtaamme potilaan tai muuten pohdimme autettavan asioita.

Tähän lopuksi kysymyksiä joita mielessäni heräsi ja joita voisi pohtia.

- Miten paljon voin antaa auttajana tilaa omalle persoonalleni, jotta se elävöittää hoitoa, mutta ei toimi vain omaksi ilokseni ja helpotuksekseni.
- Mikä on riittävää?
- Entä omat virheet?
- Karismaattisuus ja auttaminen?
- Työntekijän halu/tarve auttaa. Kiltteys.

KELLOKOSKEN SAIRAALAMUSEO

TIMO LAAKSONEN
koulutussuunnittelija



Kellokosken sairaalamuseossa voi tutustua erilaisten hoitomuotojen historiaan, sairaalan toimintaan sotavuosina sekä sairaalassa vaikuttaneiden potilaiden ja henkilökunnan elämään noin sadan vuoden ajalta. Näytteillä on potilaiden työterapiassa tekemiä esineitä ja taideteoksia sekä sairaalan vanhaa esineistöä ja hoitovälineistöä kuten sähkösokkilaite, lobotomialeikkaussalivälineet, pakkopaidat ja 1950-luvun hammaslääkärivälineistö. Museon yhteydessä toimivassa Puoti-mymälästä voi ostaa potilaiden tekemiä askartelu- ja käsitöitä sekä puutarhatuotteita.

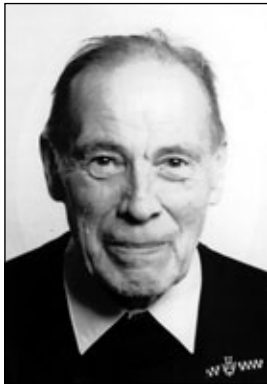
Sairaalamuseo on erittäin suosittu vierailukohde, museo luo Kellokosken sairaalasta positiivisen ja mielenkiintoisen kuvan. Vuonna 2014 sairaalamuseossa vieraili yli 1500 henkilöä ja esittelykierroksia oli yli sata. Opastetut kierrokset ja tarinat ovat Kellokosken sairaalamuseon valttikortteja, monissa vastaavissa museoissa esittely puuttuu ja tunnelma jää vaisuksi.

Kellokosken sairaalamuseo on ollut museoliiton jäsen vuodesta 2013 lähtien. Kellokosken sairaalassa on järjestetty Ilkka Taipaleen järjestämä valtakunnallinen mielisairaalamuseopäivä vuonna 2008 ja museotyöryhmän toimesta valtakunnallinen sairaalamuseopäivä vuonna 2014. Molemmat tilaisuudet olivat onnistuneita tapahtumia ja saimme niistä hyvää palautetta.

MUSEON PERUSTAJA USKO HUJANEN MUSEON HOITAJANA 1973–1985. Kellokosken sairaalamuseo perustettiin mielisairaanhoidaja/askarteluohjaaja Usko (Unto) Hujasen toimesta vuonna 1973. Sairaalamuseo sijoitettiin alun perin Toimela-nimisen rakennuksen yläkertaan. Toimela-nimellä tunnettu rakennus valmistui vuonna 1860. Siinä sijaitsi alun perin Kellokosken kartanon meijeri. 1940-luvulla sairaala vuokrasi



Kellokosken sairaalamuseo ja Puoti-myymälä sijaitsevat 1930-luvulla yliääkärin asunnoksi valmistuneessa rakennuksessa.



Toimela-rakennuksen osuuskunnalta ja siihen rakennettiin niin sanottu karjalaispaviljonki 60:lle Viipurin Papuan sairaalan evakkopotilaalle. Sairaalamuseo sijaitsi Toimelassa vuosina 1973–2000.

Sairaalamuseon perustaja mielisairaanhoidtaja/askarteluohjaaja Usko (Unto) Hujanen keräsi kaikessa hiljaisuudessa käytöstä poistettuja laitteita ja esineitä Toimela-nimisen rakennuksen yläkertaan. Kun esineistöä oli kerääntynyt riittävästi, Hujanen alkoi esitellä niitä liittäen niiden historiaan värikkäitä kertomuksia. Kellokosken sairaalamuseo oli syntynyt kaikessa hiljaisuudessa yhden miehen toimesta. Museon perustamisesta ei löydy mainintoja muun muassa vuosikertomuksista.

Vuonna 1974 Usko Hujanen oli käynnistämässä uutta työtoimintaa, teollisuusterapiaa, Kellokosken sairaalassa. Hän toimikin teollisuusterapiayksikön johtavana ohjaajana eläkkeelle jäämiseen, vuoteen 1985 saakka jatkaen samalla sairaalamuseon esittelyjä ja museon kehittämistä. Museoesineitä kerätessä Hujanen oli harmissaan siitä, että sairaalan alkuvuosilta, piirimielisairashoitolan ajoilta, 1915–1930, ei ollut tallessa esineistöä, vaan museon kokoelmat alkavat vasta 1930-luvulta.

ILKKA RAITASUO MUSEONHOITAJANA VUOSINA 1988–2006. Hujanen jäätyä eläkkeelle museo oli melkein kolme vuotta ilman varsinaista museonhoitajaa. Vuonna 1988 museonhoitajaksi ryhtyi mielisairaanhoidtaja Ilkka Raitasuo. Hän työskenteli Kellokosken sairaalassa mielisairaanhoidtajana vuo-

sina 1977–2004. Museonhoitajana hän toimi vuodesta 1988 jatkaen esittelyjä vielä pari vuotta eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Ilkka Raitasuo toimesta sairaalamuseo muutti huonokuntoisesta Toimela-rakennuksesta Siniseen taloon vuonna 2000. Sininen talo rakennettiin 1930-luvulla johtavan lääkärin asunnoksi. Talossa on myöhemmin sijainnut muun muassa taloustoimisto ja perhehoidon asuntola.



Museon muutettua uusiin, isompiin tiloihin museonkokoelmaa voitiin laajentaa. Raitasuo hyödynsi lisätilan tehokkaasti. Hän jatkoi museoesittelyjä Hujasen tavoin kertomalla tarinoita, jotka elävöittivät mukavasti museovierailuja.

Ilkka Raitasuo kirjoitti kirjan Kellokosken sairaalan legendaarisesta potilaasta Prinsessasta. Kirja julkaistiin vuonna 2010 samaan aikaan, kun elokuvaohjaaja Arto Halonen toi ensi-iltaan Kellokosken Prinsessasta tehdyn elokuvan. Vuonna 2013 Tampereen työväenteatterissa alettiin esittää Halosen ohjaamaa Prinsessa-musikaalia.

MUSEOTYÖRYHMÄ VUODESTA 2006 ALKAEN. Talvella 2006 Kellokosken sairaalaan perustettiin museotyöryhmä, jonka tehtäväksi tuli suunnitella ja turvata sairaalamuseon jatkuvuus. Museotyöryhmällä haluttiin poistaa sairaalamuseon haavoittuvuus, siihen asti se oli aina ollut yhden miehen tehtävä kerrallaan. Museotyöryhmään nimettiin osastonhoitaja Aila Koivunen, erikoisammattimies Aulis Koivusara, koulutussuunnittelija Timo Laaksonen, kuvataideterapeutti Inga-Riitta Malin sekä askarteluohjaaja Kirsi Muje. Päävastuun museoesittelyistä kantoi erikoisammattimies Aulis Koivusara, muiden työryhmän jäsenten vasta opetellessa. Malinin ja Koivusaran jäätyä eläkkeelle museotyöryhmää täydennettiin mielisairaanhoitaja Riitta Puustisella. Ohjaaja Mirja-Liisa Vähä-Aho tuli museotyöryhmään mukaan Puotimymälän auettua sairaalamuseon yhteyteen.

Sairaalamuseon tulevaisuus on puhututtanut paljon, koska museotointa ei kuulu sairaanhoitopiirin perustehtävään. Tämän johdosta museonhoito ja kehittäminen on linkitetty vahvasti toiminnallisen kuntoutuksen toimintaan, kuten myös vuodesta 2011 lähtien museon kanssa samoissa tiloissa toimineen Puoti-mymälän toiminta. Kuntoutujilla on varsin kattava rooli sairaalamuseon ja puodin toiminnassa. Toimintaa pyritään entistä enemmän siirtämään toiminnallisen kuntoutuksen tehtäväksi. Nykyisellään museota esittelevät koulutussuunnittelija Timo Laaksonen ja kuvataideterapeutti Kirsi Muje.

SAIRAALAN HISTORIAN TALLENTEET. Kellokosken sairaalan ja kylän historiasta on kirjoitettu paljon. Ylihoitaja Lyyli Kinnusen vuonna 1938 kirjoittama ensimmäinen suomenkielinen oppikirja mielisairaanhoitajaopiskelijoille kuvaa tarkasti Kellokosken sairaalassa käytettyjä hoitomenetelmiä ja hoidon eettisiä näkökulmia.



Potilasastiasto sairaalan alkuajoilta.

Yliääkäri Ilkka Taipale ja ylihoitaja Anna-Riitta Jyrkinen ovat keränneet ja julkaisseet laajasti näkökulmia Kellokosken sairaalan historiasta. Ilkka Taipale kokosi "historiikkeja" niin Kellokosken kylän historiasta kuin kartanon ja sairaalan eri vaiheista sekä julkaisi runsaasti kirjoja Kellokoskella ollessaan. Anna-Riitta Jyrkinen on puolestaan tutkinut ja valottanut sairaalan historiaa nimenomaan hoitotyön näkökulmasta tekemällä pro gradu -tutkielman ylihoitaja Anna Pakalénista ja väitöskirjan sairaalan ensimmäisistä toimintavuosista. Nämä ovat arvokasta tietoa jälkipolville ja kuvaavat mielisairaanhoidon historiaa Kellokosken sairaalassa, kuten myös Ilkka Raitasuon kirjoittama Prinsessa-kirja. Näistä tallenteista on ollut paljon hyötyä museotyöryhmälle sen suunnitellessa museon esitteilyitä.

SAIRAALAMUSEOIDEN TULEVAISUUS. Sairaalamuseoiden tulevaisuus on puhututtanut monella paikkakunnalla. Vanhojen mielisairaaloiden sulkeminen on johtanut siihen, että monet sairaalamuseot ovat joutuneet sulkemaan ovensa ja pakkaamaan museoesineet pähvilaatikkoihin. Kellokosken sairaalamuseon toiminta on linkitetty vahvasti toiminnallisen kuntoutuksen alueelle, ja voimme sen kautta taata, että sairaalamuseon toiminta jatkuu entisen kaltaisena huolimatta Kellokosken sairaalassa tapahtuneesta organisaatiomuutoksesta.

MINÄ JA KELLOKOSKI

MATTI HOLI
toimialajohtaja
Hyks psykiatria



Vietin Kellokoskella nelisen vuotta 2005–2009 ja minulla olisi paljonkin muisteltavaa tuohon aikaan liittyen. Nykytehtävästäni katsotuna keskeinen sisältö tuolle ajalle oli sisäänajo johtamistehtäviin esimieheni Grigori Joffen johdolla. Monet psykiatrisen yksikön johtamiseen, järkevään organisoitumiseen, kuntayhteistyöhön liittyvät teemat olivat niin itsestään selvä osa Grigorin ja muun johtotiimin ajattelua, että vasta jälkikäteen tajusin, miten paljon edellä Kellokoskella oltiin. Aika Kellokoskella ei ollut kovin pitkä, mutta se oli minulle pituuttaan tärkeämpi.

MENNEISYYS JA NYKYISYYS. Maailma Kellokosken ympärillä on muuttunut paljon sadassa vuodessa. Kellokosken sairaalan perustamisen jälkeen hoitokeinot ovat kehittyneet. Muuhun kuin väsyttämiseen ja piristämiseen perustuvat psyykelääkkeet muuttivat olennaisesti tapaa, jolla potilaita hoidettiin. Samoin tapahtui erilaisten terapiamuotojen ilmaantumisen ja kehittymisen myötä. Viimeiset vuosikymmenet hoitojen siirtyminen pois suurista laitoksista on vähentänyt sairaaloiden tarvetta. Avohoidon kehittyessä perinteistä osastotoimintaa on tarvittu vähemmän. Sen takia Nikkilässä on nykyisin asuntoja ja Tammiharjusta on psykiatria siirtymässä somaattisen sairaalan yhteyteen. Se on mielestäni hyvä suunta, joka jatkuu edelleen. Näyttäisi kuitenkin siltä, että ympärivuorokautisia osastoja tullaan jatkossakin tarvitsemaan, jotta potilaille voidaan tarjota hyvää hoitoa.

Kellokosken kampus on muuttanut muotoaan ja kokoaan aikalailla historiansa aikana; se on pystynyt hämmästyttävän hyvin sopeutumaan erilaisiin aikakausiin. Kellokoskella on tehty valintoja, jotka ovat mahdollistaneet melko suurena sairaalana toimimisen. Etelä-Suomen oikeus-

psykiatriset ja vaikeahoitoiset potilaat, samoin kuin vaativat ns. tertiääri-kuntoutuspotilaat ovat korvanneet tavalliset oman lähialueen avohoitoon siirtyneet potilaat. Tämä on vaatinut yksiköltä kykyä muuttaa toimintamalleja ja opetella uutta. Kellokosken sairaala on pystynyt alueen sairaaloista parhaiten pitämään yllä tässä ajassa toisesta ajasta siirtynyttä rakennetta ja kokoa.

Suurella sairaalalla on aina suuri merkitys omalle ympäristölleen. Se on suuri työllistäjä ja parhaimmillaan myös ilmapiirin ja hengen luoja. Kellokoski on toiminut monessa suhteessa koulutuksen, keskustelun ja kulttuurin solmukohtana. Siksi Kellokosken kampuksen kokoa ja toimintaa mietittäessä monet potilaan hoitamiseen kuulumattomat kysymykset ja tunnelmat nousevat keskeisiksi. Ja niin pitää noustakin. Tärkeintä kuitenkin on se, että potilaamme tulevat parhaalla mahdollisella tavalla hoidetuksi. Avohoidon lisääntymistä ja parantumista ei voi pitää pahana, vaikka se on johtanut useiden kauniiden ja tärkeiden vanhojen mielisairaaloiden alasajoon.

TULEVAISUUS. Osastotoiminta on muuttanut ja muuttaa muotoaan koko ajan. Kellokoskellakin tehtyjen kokeilujen pohjalta on enemmän ja enemmän asioita, joita voi hoitaa avohoidossa. Mielestäni jatkuvasti pitääkin kysyä, mitkä ovat sellaisia asioita, joiden takia potilaan on tärkeää viettää yö sairaalassa. Jos tällaisia syitä ei ole, voidaan potilas todennäköisesti hoitaa avohoidossa. Osastopaikkojen vähentäminen ei ole viime vuosina tapahtunut ”työntämällä” potilaita väkisin avohoitoon. Päinvastoin, kehittyvän avohoidon myötä osastopaikoille ei vain ole ollut tilausta. Vaikka nykyinen tavoitteemme on 4 paikkaa per 10 000 asukasta, ja näyttäisi siltä, että alaspäin on enää vaikea mennä, kehittyvän avohoidon myötä saatamme (taas) yllätyä.

HUS psykiatria on arvioitu muutaman vuoden välein, joko konsulttien tai sitten omien työryhmien toimesta. Jatkuvasti on tiedostettu, että Uudenmaan kokoisella alueella on järkevä tiivistää ja uudistaa yhteistyötä. Yhden tällaisen viimeaikaisen uudistuksen pohjalta Kellokoskella alettiin hoitaa suuri osa aiemmin Tammiharjuun ohjautuneista potilaista.

Tätä tekstiä kirjoittaessani HUS:n hallituksen toimeksiannosta Raija ja Kontion johtama työryhmä alkaa pohtimaan Kellokosken kampuksen tilannetta. Onko Kellokoski jatkossakin paikka, jossa HUS psykiatrian yhteisiä, vaativia psykoosi-, oikeuspsykiatrisia ja nuorisopsykiatrisia potilaita hoidetaan?

Kellokosken etuja, jotka liittyvät henkilökunnan osaamiseen ja tilojen kuntoutukseen soveltuvuuteen sekä kampuksen alueelliseen merkitykseen, ei kukaan voi kiistää. Toisaalta päivistysasetuksen vaatimus somaattisen sairaalan läheisyydestä sekä se, että valtaosa Kellokosken kampuksen potilaista tulee pääkaupunkiseudulta (jossa myös pohditaan psykiatrisen sairaalakannan uusimista), ovat Kellokosken kampuksen kannalta haastavia.

LOPUKSI. Päätösten Kellokosken kampuksen konkreettisesta lähitulevaisuudesta on pakko perustua potilaiden etuun, ja sen tulevaisuus psy-

kiatrisena sairaalana on tällä hetkellä epävarma. Mielestäni Kellokosken tärkein tulevaisuus ei kuitenkaan ole sidottu fyysisiin seiniin, joita ajan hammas jäytää.

Kellokoski on jättänyt suomalaisen mielenterveystyön historiaan pitkäaikaisen ja tärkeän merkkinsä, jota ei siltä oteta pois, vaikka kampuksella tehtävä mielenterveystyö muuttaisi muotoaan. Kaikki Kellokoskella työtä tehneet ovat osa tätä historiaa ja kantavat sen perintöä sisällään. Monissa luovissa prosesseissa vanhat elementit kootaan yhteen uudella tavalla, ja uskon, että myös Kellokosken perintö löytää jatkuvasti uudet kanavansa.

Siksi haluaisin ajatella, että Kellokosken tulevaisuus on valoisa.



← Pöytäiden vastaanotto

JOHTAVAT YLILÄÄKÄRIT

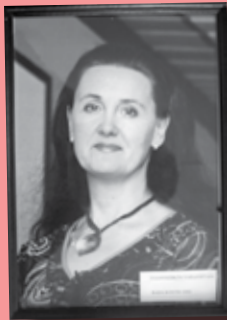
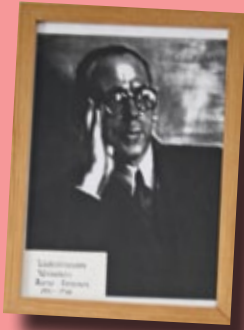
Arthur Molander	1915–1931
Aarne Soininen	1931–1948
Paavali Alivirta	1948–1969
Reino Elosuo	1969–1983
Leo Somnardahl	1983–1987
Henrik Wahlberg	1987–1989
Ilkka Taipale	1991–1996
Raimo Väisänen	1996–2002
(vs. johtava lääkäri	1989–1991)
Grigori Joffe	2002–2008
Risto Vataja	2008–2014




JOHTAVAT YLIHOITAJAT

Josefina Skippari	1915–1931
Anna Pakalén	1931–1955
Lyyli Kinnunen	1955–1970
Kaija Lehto	1970–1990
Airi Anttila	1990–1998
Aino Mäkeläinen	1998–2002
Raija Kontio	2002–2014







Kellokosken sairaalan toiminta Suomen suurruhtinaskunnassa käynnistyi 9.6.1915. Ensimmäiset potilaat sairaalaan saapuivat seuraavana päivänä, sata vuotta sitten. Syntymäpäivän kunniaksi olemme koonneet juhlakirjan. Halusimme kirjasta Kellokosken näköisen. Se ei ole pelkkää historiaa eikä pelkkää nykyaikaa. Se ei ole pelkkää lääketiedettä, hoitoa eikä prosessien kehittämistä.

Kellokosken sairaalan toiminnassa vahvasti olevat tai olleet henkilöt ovat halunneet kunnioittaa sairaalan satavuotista taivalta kirjoittamalla oman kiinnostuksensa mukaisilta alueilta lukuja Juhlakirjaan. Kirja ei ole täydellinen kuva Kellokoskesta, vaan se koostuu tärkeistä ja mielenkiintoisista kuvakkeista sairaalan ja avohoidon työstä, toiminnasta, hoidosta ja menneisyydestä kirjoittajien omien kokemusten, näkemysten ja selvitysten mukaan.

Toivotamme antoisia ja virkistäviä lukuhetkiä juhlakirjan parissa.

