



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Sari Hämäläinen

# Helsingin kaupungin avomielenterveys- palveluiden kehittyminen 1990-luvulla potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (ylempi AMK)

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen

Opinnäytetyö

22.5.2019

Tekijä Otsikko	Sari Hämäläinen Helsingin kaupungin avomielen terveystalouden kehittämisen 1990-luvulla potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemana
Sivumäärä Aika	79 sivua + 2 liitettä 22.5.2019
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystalouden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Ohjaaja	Minna Elomaa - Krapu TtT, Innovaatiojohtaja
<p>Suomen suurin Nikkilän mielisairaala suljettiin vuonna 1999. Suomessa psykiatrisen hoidon käännekohta oli 1990-luvulla, jolloin mielisairaaloiden sairaansijoja vähennettiin ja hoitoa suunnattiin avopalveluihin ja muihin psykiatrisiin hoitopaikkoihin. Psykiatrisen hoidon rakenteeseen vaikuttivat muun muassa mielisairaslain osittaisuudistus (1978), valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987) ja erikoissairaanhoitolaki (1989). Mielen terveydlain (1991) myötä sairaanhoitopiirin toimintaan yhdistettiin psykiatriset sairaalat ja psykiatrisen avohoito.</p> <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemuksia Helsingin kaupungin avomielen terveystalouden kehittämisen 1990-luvulla. Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa menneisyyden avomielen terveystalouden kehittämisen. Opinnäytetyöni oli laadullinen ja primaariaineisto muodostui potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden haastatteluista (N=17). Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina ja analyysimenetelmänä käytin induktiivista sisällönanalyysiä. Muita aineistoja olivat ajanjakson Helsingin kaupungin terveystalouden pöytäkirjamerkinnot, ja Koillis-Helsingin paikallislehden, MaTaPuPu, lehtileikkeet.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että kunnalliset avomielen terveystaloudet koettiin riittämättömiksi, joten palveluita järjestivät myös yksityiset palveluntuottajat ja potilasjärjestöt. Mielen terveyspotilaan kuntoutumista tuettiin hoidon suunnittelulla ja toimintakyvyn edistämällä. Palveluiden avulla pyrittiin myös rohkaisemaan mielen terveyspotilaiden perheiden osallistumista potilaan hoitoon. Potilaiden omatoimista hoitoon hakeutumista pyrittiin tehostamaan matalan kynnyksen palveluilla. Ajanjakson hoitoidologia ja arvot vaikuttivat hoitotyössä toimiseen ja potilaan kokonaisvaltainen hoito ei toteutunut toivotulla tavalla.</p> <p>Johtopäätöksinä nousivat hoitoon osallistuneiden työntekijöiden halu toimia potilaan parhaaksi ja kehittää palveluita paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Järjestetyt avomielen terveystaloudet kehittyivät 1990-luvun aikana, joten ne tukivat potilaan kuntoutumista hyvin. Pitkät hoitoajat lisäsivät osaltaan potilaan turvallisuudentunnetta, mutta saattoi hidastaa potilaan kuntoutumisen edistymistä. Potilaan hoitoon osallistuneet työntekijät saattoivat kokea eriarvoisuutta työtehtävien jakautumisessa, jonka arveltiin johtuneen ajanjakson ideologiasta.</p> <p>Jatkotutkimusaiheeksi nousi 2000-luvun mielen terveyspotilaiden käyttäjäkokemuksien tutkiminen. Menneisyyden tutkimusaiheena kiinnostaisi siirtopotilaiden hoidon toteutumisen tutkiminen, jotka olivat toisen maailmansodan aikana Venäjän puolelle jääneitä sotilaspotilaita, jotka siirrettiin hoitoon Suomen mielisairaaloihin sekä sotien vaikutukset sotilaiden mielen terveyteen ja päihdeongelmiin.</p>	
Avainsanat	Mielisairaanhoito, avohoito, muistitieto

Author Title	Sari Hämäläinen Development of the city Helsinki's mental health services in the community in the 1990s as experienced by workers who participated in patient care
Number of Pages Date	79 pages + 2 appendices 22 May 2019
Degree	Master's Degree
Degree Programme	Social and Health Care Service Management
Specialisation option	Master of Health Care
Instructor	Minna Elomaa-Krapu, PhD, Director, innovations
<p>Finland's largest mental hospital, Nikkila, closed in 1999. The 1990s marked a turning point in psychiatric care in Finland. Mental hospital beds were reduced and care was redirected towards services in the community and other psychiatric care locations. Such idea for the changes to the Mental Illness Act (1978), the national schizophrenia project (1981-1987) and the Specialized Healthcare Act (1989) affected the structure of psychiatric care. As a result of the Mental Health Act (1991), psychiatric hospitals and psychiatric care in the community were merged with the operations of the hospital districts.</p> <p>The purpose of the dissertation was to describe the experiences of the workers who participated in patient care during the development of mental health services in the City of Helsinki in the 1990's. The objective was to produce experiential data on the past development of mental services in the community. My dissertation work was qualitative, and the primary material was formed from interviews conducted with workers who had participated in patient care (N=17). The interviews were conducted as thematic interviews and the analytical method used was inductive content analysis. Other materials were the minutes of meetings of the City of Helsinki's health board and clipping from the local Norwest Helsinki newspaper, MaTaPupu from the period.</p> <p>The results of the dissertation show that municipal health care services in the community were felt to be insufficient, which led to private services and patient organizations also providing services. Mental health patients rehabilitation was supported through care planning and promotion of functional capacities. Efforts were also made to use services to encourage health care patients families to participate in patient care. Efforts were made to entice more patient to seek independent care through low-threshold services. The care ideology and values of the period affected care workers actions. Holistic care for patient was not delivered in the desired way.</p> <p>The conclusions drawn were that the workers who took part in care wanted to act in the patient's best interest and to develop services to better meet patient's needs. The arrangements of mental health services in the community developed in the 1990s, supporting patient rehabilitation well. The long care periods increased the patient's sense of safety but may have slowed down the progress of rehabilitation. Workers who took part in patient care may have experienced inequality in the distribution of the work tasks, which was thought to be due to the ideology of the time. A topic for further research is study of the user experiences of mental health services in the 2000s. A topic of historical research would be study into the care for military patients who had been transferred to Russia during World War II and moved back to Finnish mental hospitals. Another would be the effect of the soldier's mental health and addiction problems.</p>	
Keywords	mental health care, outpatient departments, oral history

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Mielisairaanhoidon kehittyminen	2
2.1	Mielenterveyspotilaan laitoshoidon historia	2
2.1.1	Keskiajalta 1950-luvulle	2
2.1.2	1950-luvulta 1980-luvulle	4
2.2	Mielenterveyspotilaan avohoidon historia	5
2.2.1	Perhehoito	6
2.2.2	Huoltotoimisto	7
2.3	Mielisairaanhoidon murros 1990-luvulla	8
2.3.1	Mielenterveys- ja erikoissairaanhoidon vaikutukset Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluiden kehittämiseen	8
2.3.2	Laitoskeskeisyydestä avohoitokeskeisyyteen	10
2.3.3	Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluiden kehittyminen 1990-luvulla	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	13
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	14
4.1	Opinnäytetyön menetelmät	14
4.2	Opinnäytetyön aineiston keruu	15
4.3	Aineiston analyysimenetelmä	16
5	Opinnäytetyön tulokset	18
5.1	Alueelliset palvelut	19
5.1.1	Mielenterveysyksiköt	21
5.1.2	Sosiaali- ja terveyspalvelut	26
5.2	Avohoidon tukipalvelut	30
5.2.1	Asumispalvelut	31
5.2.2	Päivä- ja työtoiminta	35
5.2.3	Kansalaisyhteiskunnan toimijat	37
5.3	Potilaan kuntoutuksen tukeminen	41
5.3.1	Potilaan hoidon suunnittelu	42
5.3.2	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen	47
5.3.3	Potilaan tarpeenmukainen hoito	51
5.3.4	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	52

5.3.5	Ammattitaitoinen hoito	55
6	Pohdinta	58
6.1	Tulosten tarkastelu	58
6.1.1	Avomielenterveyspalveluiden kuvaus	58
6.1.2	Avomielenterveyspalveluiden tuki potilaille	61
6.2	Opinnäytetyön eettisyys	63
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	65
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimusideat	67
	Lähteet	69
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelu	
	Liite 2. Opinnäytetyön tiedote	

## 1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman tavoitteena oli väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja väestön elämänlaadun kohottaminen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne muutettiin laitoskeskeisyydestä avohoitokeskeiseksi. (Iija – Almqvist – Kiviharju-Rissanen 1997:56). Suomessa psykiatrisen hoidon käännekohta oli 1980-luvulla, jolloin mielisairaaloiden sairaansijoja vähennettiin ja hoitoa suunnattiin avopalveluihin sekä muihin psykiatrisiin hoitopaikkoihin. Maamme hidas psykiatrisen hoidon rakenteellinen muutos oli alkanut 1970-luvulla, johon vaikuttivat muun muassa mielisairaslain osittaisuudistus (1978), valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987) erikoisairaanhoidolaki (1989). Vuoden 1991 mielenterveyslaki toi mukanaan suuren murroksen mielisairaanhoidon yhdistäen psykiatriset sairaalat ja psykiatrisen avohoidon osaksi sairaanhoitopiirien toimintaa. Tällöin vanhat mielisairaanhoidopiirit purettiin ja mielisairaaloimintaa vähennettiin, kuten Nikkilän sairaalasta kotiutettiin helsinkiläisiä skitsofreniapotilaita Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluiden piiriin. (Suomen säädöskokoelma 1990:1116; Helsingin kaupungin terveysvirasto 8/1991; 9).

Monissa maissa, kuten Englannissa ja Yhdysvalloissa, muutos oli alkanut jo 1950-luvun puolivälin jälkeen. Yhdysvalloissa kansalaisliike oli todennut avohoidon olevan veronmaksajalle edullisempaa ja psykiatriselle potilaalle inhimillisempää sekä terapeuttisempaa kuin sairaalahoito. Myöhemmin havaittiin, ettei hoitokustannukset laskeneet toivotulla tavalla eikä resursseja suunnattu vaihtoehtoisiin psykiatrisiin palveluihin. Useat sairaalasta kotiutuneet potilaat asuivat yksin tai läheisen kanssa. Asunnottomiksi jäivät tyypillisesti päihteiden väärinkäyttäjät tai naimattomat miehet. Tutkimusten mukaan maaseudulla asuvien mielenterveyspotilaiden psyykinen oireilu oli vähäisempää kuin kaupungissa asuvilla, sillä kaupunkiolosuhteissa potilas helpommin eristäytyi heikon sosiaalisen verkoston myötä. Näiden asioiden vaikutuksesta avohoidon palveluita ja puoliavoi- met hoitomuotoja kehitettiin, joita olivat muun muassa mielenterveystoimistot ja kuntoutuskodit. (Koskinen 1998: 16-19, 59-63; Salokangas – Saarinen – Stengård 1996: 8-23; Olfson – Amos – Benson – McRae – Marcus 2018: 231 – 233.) Tukiasuntojen määrä tyypillisesti kasvoi psykiatristen vuodepaikkojen vähentyessä, kuten Alankomaissa ja Saksassa (Priebe – Badesconyi – Fioritti – Hansson – Kilian – Torres – Gonzales – Turner – Wiersma 2005).

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen kuvaten Helsingin kaupungin avomielen terveystyönsä kehittämistä potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemuksien avulla, joten työ ei tavoittele yleistettävyyttä. Sosiaali- ja terveysalan palvelukehittämisen pohjana tulee olla tieto aiemmin tehtyjen palvelumuutoksien kokemuksellisista vaikutuksista. Opinnäytetyöni keskeisimmät käsitteet ovat mielisairaanhoidon, avohoito ja muistitieto. Aiheeni on yhteiskunnallisesti merkittävä, jonka teoreettiseksi taustaksi selvitin mielisairaanhoidon historiaa, joka auttaa lukijaa ymmärtämään mielisairaanhoidon sairaalakeskeisyyden muuttumisen avohoitokeskeiseksi. Opinnäytetyöni käsittelee aikuismielen terveystyönsä palveluita, joista käytän yhteiskäsitettä avomielen terveystyönsä palvelut, joka määrittelee mielen terveystyönsä toimistot, päiväsaaraalan/päiväosaston ja kuntoutumis- sekä pienkodit. Tuotettu tieto avaa lukijalleen näkökulmia ja auttaa ymmärtämään sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita ja alalla työskenteleviä mielen terveystyönsä historian mahdollisia vaikutuksia mielen terveystyönsä potilaiden turvallisuudentunteeseen ja siten hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata avomielen terveystyönsä palveluiden kehittämistä potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemuksien avulla ja tavoitteenani on tuottaa kokemuksellista tietoa muistitiedon avulla menneisyyden avomielen terveystyönsä palveluiden kehittämistä.

## 2 Mielisairaanhoidon kehittyminen

### 2.1 Mielen terveystyönsä potilaan laitoshoidon historia

#### 2.1.1 Keskiajalta 1950-luvulle

Historian kirjojen tiedon mukaan mielisairaita on yritetty auttaa kautta aikojen erilaisin menetelmin, kuten 7000-vuotta vanhojen arkeologien pääkallo -löydöksissä on ollut havaintoja kivityökalujen avulla aiheuttamista aukoista, jonka kautta on pyritty vapauttamaan paha henki ulos. (Pietikäinen 2013: 23). Keskiajan lopulle saakka mielisairaudesta koettiin olevan paholaisen aiheuttama, jonka häätämiseen käytettiin manaajia ja rukouksia. (Szasz 1960: 113 – 114; Forsius 2005: 3541; Pietikäinen 2013:34,52.) Keskiajalla mielisairaille ei ollut ihmisoikeuksia, sillä mieleltään sairastunut sai elatuksensa vaivahoidosta eikä sen perusteella maksanut henkiveroa, joten häntä ei myöskään kirjattu henkikirjoihin. (Orrman 1980: 1-10; Pietikäinen 2013: 53.) Mielisairaita myös pelättiin ja

hyljeksittiin tai jumaloitiin ennustajina ja siten poltettiin noitina roviolla. 1800-luvulle saakka mielisairaiden hoitovastuu oli omassa perheessä tai läheisten parissa, josta käytettiin nimitystä koti- tai vaivaishoito. Rauhattomat potilaat kahlittiin talon seinään tai sytättiin maakuoppaan ja kotihoidon epäonnistumisen seurauksena potilaat eristettiin yhteisöstä, kuten häädettiin koko kylästä. Sairastuneet vaelsivat sitten kerjäläisenä kylästä kylään. Usein heitä käytettiin myös markkinahuvina ja lopulta eristettiin kellarivankiloihin rikollisten kanssa. (Kaila 1935: 98; Kinnunen 1950: 14-15; Kaila 1966: 105-106; Shorter 2005: 2.) 1800-luvun puolivälissä kerjääminen koettiin ongelmalliseksi (koleraepidemia), joten lainsäädäntöön laadittiin vaivaisten huoltoasetus. (Pulma 1994: 55.) Asetuksen mukaan sairastunut toimitettiin hoitoon houruinhuoneelle tai lääninlasarettiin varallisuuden mukaan (Sarvilinna 1938: 148). Laitokseen suljetut potilaat menettivät koko omaisuutensa valtiolle, jonka myötä usein henkisessä hädässä olevat ihmiset kertoivat kärsivänsä melankoliasta. Se oli hyväksytty tunnetila eikä vaatinut laitoshoidoa. (Pietikäinen 2013:40.)

1900-luvun alussa rakennetut mielisairaalat sijaitsivat kaupunkien ulkopuolella eristäen sairastuneet yhteiskunnasta. Sairaalan ympäristö pyrittiin luomaan viihtyisäksi, mutta osastot olivat pelkistettyjä turvallisuusseikkojen vuoksi. (Pulkinen 1992:3-20.) Sairaala-alue oli aidattu, jossa oli miesten ja naisten omat ulkoilalueet. Ulkopuolistien liikkuminen sairaala-alueella oli kiellettyä. (Tuovinen 1990:43.) Arkkitehtuurissa näkyivät selkeästi käytettävissä olevat vuode- ja kylpyhoidot, jotka edellyttivät halleja ja kylpysaleja. (Soininen 1934:79-90.) Sairaalassa hoidettiin mielisairaiden lisäksi neurologisia ja kehitysvammaisia potilaita sekä myös alkoholisteja. Lääketiede eteni ja 1900-luvun alussa mielisairausten syyksi alettiin epäillä perinnöllisyyttä, juopottelua tai kupan aiheuttamaa aivosairautta ja hoitomuotoina käytettiin makuukuureja ja vesi- ja malariahoitoa sekä unettavia lääkkeitä. (Kaila 1966:110). Ensimmäinen puolivuotinen mielisairaanhoidajakurssi alkoi vuonna 1913 Lapinlahden sairaalassa, johon saakka mielisairaanhoidajat olivat kouluttamattomia. (Sarvilinna 1938:249).

1920-luvulle saakka mielisairaanhoidosta vastasi valtio, joten vuoden 1929 asetetun valtionapulain (269/1929) myötä valtion avuksi tulivat kunnat. Kunnallisille mielisairaaloille alettiin maksamaan valtionavustuksia piirimielisairaaloiden rakentamiseksi. (Kaila 1966:179). Suomen ensimmäinen mielisairasasetuksen (455/1937) mukaisesti kaikki hoitotoiminnot siirtyivät lääkärin valvonnan alaisiksi. Mielisairaanhoido järjestettiin valtion yleissairaaloissa, kuntien tai kaupunkien ylläpitämissä yleissairaaloissa tai kunnallisko-

tien mielisairasosastoilla sekä hoitokodeissa. Perhehoitoa alettiin tukea valtionavustuksilla. (Kaila 1966:179; Simola 1975:64, Vauhkonen 1978:63.) Tyypillinen hoitomuoto oli 1940-luvun alkuun saakka työterapia, jonka avulla pyrittiin luomaan yhteisöllisyyttä. Työtoiminnan havaittiin vahvistavan henkilön itsetuntoa ja edisti potilaan toipumista. (Kilpiö 1975:123, 134.) Työhoidon muotoina käytettiin maatala- ja karjanhoitotyötä tai sairaalan pesula- tai siivoustyötä. (Kaila 1935:124,126; Kaila - Kinnunen 1950:23, Kilpiö 1975: 134). Myöhemmin askartelua ja kirjansidontaa. (Kaila- Kinnunen 1950:23). Somaattisten hoitokeinojen kehittymisestä hyötyi myös psykiatria, josta esimerkkeinä insuliinisokkihoito ja lobotomia. (Lehtinen 1975:33). Uudet hoitomuodot syrjäyttivät työhoidon, kuten insuliinisokki-, sähkösoikki- ja lobotomia -hoito, joihin liittyi toipumispäiviä aiheuttaen poissaoloja työhoidosta. (Soininen 1937:752; Kaila 1966;110; Vataja 1995:1728,1794.)

### 2.1.2 1950-luvulta 1980-luvulle

Vuonna 1952 mielisairaslain (187/52) mukaan mielisairaanhoidon siirtyi valtiolta ja kunnilta kuntien omistamiin mielisairaanhoidonkeskuksiin (N=18), joissa olivat akuuttihoitoa tarjoava keskusmielisairaala (A-mielisairaala) ja avohoitoa tarjoava huoltotoimisto sekä pitkäaikaisia potilaita varten perustettiin B-mielisairaalat. Valvonnasta ja ohjeistuksesta vastasi lääninhallitus. (Pesonen 1980; 502, 515, 516, Eskola 1978: 210.) Helsingin kaupungin keskussairaalan toimi Nikkilän sairaala ja Helsingin kaupungin ensimmäinen B-mielisairaala aloitti toimintansa Salon kauppalaissa vuonna 1956. (Kinnunen 1960: 27.) Mielisairaanhoidon hoitokulttuuri muuttui 1950-luvulla psykiatrian ja psykoterapian ansiosta (Tuovinen 2009: 71). Pitkäaikaissairaiden psykoosioireita helpotettiin kloorpromatsiinilla (Shen 1999: 410), potilaan kiihtyneisyyttä litiumlääkityksellä (Purse 2009; Forsius 2007.) ja myöhemmin masennusoireita MAO- estäjillä (monoamiinioksidaasi). Lääkehoidon avulla potilaiden lähestyminen ja hallinta parani vähentäen pakkohoitokeinojen käyttämisen tarvetta. (Lopez-Munoz – Alamo 2009: 1576-1577.) 1960-luvulla ensimmäisen rauhoittavan lääkkeen, bentsodiatsepiinin, avulla kyettiin myös parantamaan potilaan terapeutista hoitosuhdetta (Brown 1963; 774; Salokangas 2008: 212). Mielisairaanhoidon sairaansijojen käyttömäärät kaksinkertaistuivat vuoteen 1967 saakka, jonka syyksi arveltiin laitoshoidon tarvitsevien määrän lisääntymisen. (Salokangas 1990: 2129; Salo 1996: 255.) Vuonna 1973 maassamme oli 20 keskusmielisairaala ja 46 B-mielisairaala. (Simola 1975: 64.)

1970-luvun tilastojen mukaan mielisairaaloiden sairaansijat oli 20 000 (Haarakangas - Seikkula 1999: 25). Vuoden 1972 kansanterveyslaki (66/1972) ohjasi laitoskeskeisyydestä avohoitoon keskittämiseen, joka oli myös mielisairaslain (187/52) yhtenä tavoitteena. Toisena tavoitteena oli säädellä tahdosta riippumatonta hoitoa sekä helpottaa vapaaehtoiseen hoitoon hakeutuvien hoitoprosessia. Mielisairaslain osittaisuudistuksen (1978) mukaisesti mielisairaaloiden luokittelusta luovuttiin, joten aiemmat A- ja B-mielisairaalat olivat yhdenvertaisia. (Pylkkänen 2001: 111,709.) Pitkät mielisairaalahoitojaksoit olivat aiheuttaneet potilaissa laitostumista, joten potilaat olivat unohtaneet normaalin elämän taidot, kuten sosiaalisen käyttäytymisen taidot. Sairastumisen vuoksi potilaat olivat usein myös menettäneet kotinsa, työpaikkansa, itseluottamuksensa ja oma-aloitteisuuden, jonka vuoksi tarvitsivat tukea uuden elämän alkuun. (Kaila 1966: 184-186.)

Sairaalassa aloitetun kuntoutuksen tarkoituksena oli vajaakuntoisen henkilön kuntouttaminen toimenpiteiden avulla suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan ja hankkimaan toimeentulonsa. (Noro 1975: 22.) Kuntouttavalla toiminnalla oli myös tärkeä merkitys 1970-luvun työvoimapolitiikalle, sillä maamme varjosti työvoimapula. Kuntouttava työ loi työpaikkoja ja kuntoutuvan työn myötä vajaakuntoisia kyettiin työllistämään työkokeilun kautta jopa ansiotyöhön, joka lisäsi vajaakuntoisen henkilön itsetunnon kehittymisestä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Vauhkonen 1975: 27-28.) Kellokosken sairaalan yhtenä työtoimintamuotona oli papiljottien pakkaamista (Jyrkinen 1996: 28). Potilaille maksettiin lain mukainen ahkeruusraha sairaalan eduksi tehtävästä työstä, jonka suuruus oli A-mielisairaalassa keskimäärin 17 mk/kk. (Elosuo 1975: 139.)

## 2.2 Mielenterveyspotilaan avohoidon historia

Psykiatrinen avohoito tarkoittaa mielisairaalan ulkopuolella järjestettyä lääketieteellistä hoitoa, jota järjestävät psykiatriset huoltotoimistot eli mielenterveystoimistot, mielisairaaloiden yhteydessä toimivat psykiatriset poliklinikat ja lääkärien sekä psykologien yksityisvastaanotot. (Lehtinen 1975: 39, Achté – Kilpiö – Ollikainen – Pihkanen – Rantanen – Rinne 1967: 50). 1900-luvun alusta saakka perhehoitoa on pidetty ensimmäisenä asumis- ja tukijärjestelmän muotona. Suomen mielisairaanhoidomuodot muuttuivat vapaamiksi kirjallisuuden ja ulkomaille suuntavien opintomatkojen seurauksena. Pyrittiin vähentämään pakkohoito-keinoja ja suuntamaan hoitoa sairaalasta muun muassa perhehoitoon. (Sarvilinna 1938:249-261; Kaila 1966:170). Avohoitotoiminta sai valtionavustuksia, joka mahdollisti psykiatrisen kuntoutuksen, asuntola- ja suojatyö -toimintojen kehittämisen. Huoltotoimisto-nimikkeet muutettiin mielenterveystoimistoiksi. (Pylkkänen

2001: 738.) Mielisairaiden sosiaalipoliittinen asema tuli tasa-arvoiseksi muiden vammaisryhmien kanssa vuonna 1987 (Salo 1996: 202.) Sosiaalityöntekijän apua tarvittiin, sillä osalla potilaista muodostui vuokratelakkaa sairaalahoidon ajalta. Suomessa ja Ruotsissa potilaat maksoivat sairaalamaksuja hoidostaan poiketen muun Euroopan käytännöstä ja kuukausimaksu oli suurempi kuin Kansaneläke, joten toimeentulotukea haettiin suurimmalle osalle potilaita, kuten Kellokosken sairaalassa. Sittemmin sairaalamaksuihin saatiin alennusta. (Taipale 2018:267- 268.)

### 2.2.1 Perhehoito

Suomen mielisairalahoidon ulkopuolisen hoidon alkujuuret löytyvät vuodelta 1887, jolloin tila-ahtauden vuoksi mielisairaita on siirretty Seilin hospitaalista lähisaarten taloihin. Toimintaa on kutsuttu perhehoidoksi, joka käytettiin myös muissa mielisairaaloissa. (Kinnunen 1960:185-187.) Kivelän sairaalan mielitautiosasto sijoitti pitkään sairastaneita potilaita Sipoon kylien perhehoitopaikkoihin ennen Nikkilän sairaalan perustamista ja toimintaa laajennettiin myös Porvoon pitäjiin, kuten Askolaan. Toimintaperiaatteena oli työhön kykenevän ja hyvävointisen potilaan siirtäminen perheeseen, joka oli sopiva potilaan hoitamiseen. Tavoitteena oli sairaalahoitokustannusten vähentäminen, sillä sairaalapaikeista oli ankara pula. Perheelle suoritettiin kuukausimaksu sekä sairaala kustansi potilaan vaatetuksen ja vuodevaatteet. Lääkkeiden saannista vastasi sairaala. Perheen tukena olivat sairaalalääkärin kotikäynnit kerran kuukaudessa ja hoitajan kerran viikossa. Perhehoitokodit antoivat potilaalle oikean perheeseen kuulumisen kokemuksen, jopa vuosikymmeniksi. Valtionapua on saanut vuodesta 1936 lähtien. (Kaila 1935: 127-128; Kinnunen 1960: 185-191; Tuovinen 2009: 205.)

Laajimmillaan perhehoito- toiminta oli 1960-luvun puolivälissä ja 1990-luvun puolivälin jälkeen perhehoitopaikkoja vähennettiin sairaalapotilaiden siirtyessä perustettuihin kuntoutuskoteihin. (Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus 7/1996; 11-12.) Perhehoidon hoitomuodon vaikutus potilaan elämänlaatuun oli merkittävä, jonka suurimmiksi tekijöiksi osoittautui potilaan kokema vapauden tunne ja ympäristön tervehdyttävä vaikutus. (Jyrkinen 1996: 25). Vuonna 1992 säädettiin ensimmäinen perhehoitajalaki (312/1992), jonka mukaan kunnat laativat perhehoitajien kanssa toimeksiantosopimus, jossa sovittiin ajanmukaisten kustannusten korvaamisesta, kuten kulukorvaukset. (Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus 14/1992, 15). Nykyisin perhe- ja sijaishoitoa järjestetään myös muille

tarvitsijoille, kuten ikääntyville, ja toiminnan edunvalvontaa, laatua ja toimivuutta kehitetään ja seurataan jatkuvasti, kuten perhehoitoliiton toimesta. (Perhehoitoliitto 2019).

### 2.2.2 Huoltotoimisto

Helsingissä mielisairaiden huoltotoimintaa oli ollut jo vuodesta 1927, joiden tehtävänä oli ohjata ja tukea kuntoutujaa kuntoutuspalveluiden käytössä ja toimia jälkihoitona. (Kinnunen 1960: 192-193; Tuovinen 2009: 71.) 1970-luvun alussa huoltotoimistoja oli 107, joissa käyntimäärät olivat yli 400 000. (Eskola 1978: 64.) Mielisairaslain (187/52) perusteella mielisairaanhuoltopiirissä oli oltava kuntainliittojen ylläpitämät huoltotoimistot, joista myös mielenterveystoimiston nimikettä käytettiin. Huoltotoimiston tehtäviin kuului Mielenterveysasetuksen (448/52) mukaisia valvontaan, ohjaukseen ja tarkkailuun liittyviä tehtäviä. (Lehtinen 1975: 39).

Huoltotoimiston tavoitteena oli auttaa huollettavien sopeutumista yhteiskuntaan unohtamatta potilaan toimeentuloa. Huoltotoimiston henkilökuntaan kuuluivat psykiatri ja sosiaalityöntekijät ja myöhemmin suositukseksi oli yksi huoltolääkäri, yksi -kaksi psykologia, kaksi sosiaalihoitajaa ja kaksi erikoissairaanhoidtajaa sekä toimistotyöntekijä per 40 000 - 50 000 asukkaan pohjaväestöä kohden. Huoltoon tulivat sairaasta uloskirjoitetut potilaat ja psyykkisesti poikkeavat henkilöt. Huoltotoimintaan kuuluivat ennakkohuolto, mielisairaiden saattaminen tutkittavaksi ja sairaalahoitoon toimittaminen sekä sairaalasta uloskirjattujen potilaiden jälkihuolto. Vastaanotoilla potilaat saivat ohjausta ja neuvontaa lääkkeiden käyttöön sekä keskusteluapua. (Rosén – Heiniö - Soinen, Gunnar – Unkila 1968: 392-393,516; Anttinen 1975: 214.)

Systemaattisemmin avohoidon mielenterveystoimistoja alettiin perustaa vuoden 1952 mielisairaslain voimaantulon jälkeen ja huoltotoimisto- nimikkeet alettiin muuttamaan mielenterveystoimistoiksi. (Kaila 1956: 111; Pylkkänen 2001: 738.) Kellokosken sairaalan yhteyteen perustettiin poliklinikka, joka tarjosi palveluitaan myös kyläläisilleen oman terveysaseman puuttumisen seurauksena. (Jyrkinen 1996: 58-59). Sairaala vuokrasi kyläläisiltään myös huoneistoja, joihin sijoitettiin potilaita, joiden hoitaminen ei edellyttänyt vuodeosastohoitoa, mutta itsenäisen elämisentaidot olivat riittämättömät itsenäiseen elämiseen. Sairaalan kyläosasto vastasi potilaan perustarpeista, kuten ruokailuista ja vaatepesuista. (Tuovinen 1990:91-98).

## 2.3 Mielisairaanhoidon murros 1990-luvulla

### 2.3.1 Mielenterveys- ja erikoissairaanhoidon vaikutukset Helsingin kaupungin avoimielenterveyspalveluiden kehittämiseen

Helsinki on toiminut Suomen pääkaupunkina vuodesta 1812 alkaen, aluksi Suomen ruhtinaskunnan pääkaupunkina ja Suomen itsenäistymisen (1917) jälkeen pääkaupunkina. Vuonna 2018 väestöluku oli 650 000 asukasta. Viimeisten 50-vuoden aikana Helsingin kasvu ollut kehyskaupunkeja (kuten Vantaa ja Espoo) hitaampi. 1960-1980 lukuun asti Helsingin alentuneeseen väestömuutokseen vaikuttivat syntyvyyden laskeminen ja ikääntyvän väestön kuolleiden määrän kohoaminen. 1980-luvun lopulta lähtien väestö on kasvanut vuosittain 1000-1700 henkilöllä syntyvyyden nousemisen ja eliniän pitene-  
misen ansiosta. Helsingin ja Helsingin seudun muuttovoiton arvellaan pysyvän aiempien vuosien tasolla vuoteen 2050 saakka, jonka seurauksena Helsingin seudun väestömäärä kasvaisi kahteen (2) miljoonaan. (Helsingin kaupungin kaupunkisuunnitteluvirasto 2012: 6,9,19.)

Vuoden 1991 mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveyspalveluiden tuli olla osana kansanterveystyötä, sosiaalihuoltoa ja erikoissairaanhoidoa. STVOL (sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettava laki) mukaan valtio jakaa osuudet suoraan kunnille, joiden vastuulla on järjestää kuntalaisilleen mielenterveyspalvelut osana sosiaali – ja terveyspalveluitaan joko omana toimintanaan tai yksityisesti järjestettynä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Vuonna 1992 Helsingin terveysvirasto päätti terveyskeskuksen peruspiirien mukaisen palveluiden järjestämisen, jonka tarkoituksena oli antaa terveyspalveluita, kuten mielenterveyspalvelut, tietyn maantieteellisesti rajatun alueen asukkaille. Terveyskeskuksen peruspiirejä olivat kaakkoinen ja läntinen, itäinen, keskinen, pohjoinen, eteläinen ja koillinen alue. Jokaisessa peruspiirissä oli mielenterveysyksikön ylilääkäri. (Helsingin terveysvirasto 17/1992; 4.) Laki tähdensi myös potilaalle järjestettävän avohoidon ensisijaisuutta ja potilaan itsenäisen toimisen ja hoi-  
toon hakeutumiseen tukemisesta, joten henkilökunnan jaksamisen tukemiseksi suositeltiin työnohjauksen järjestämistä. (Tuori 1994: 28).

Ennen erikoissairaanhoidon liittymistä Helsingin kaupungin terveysvirasto järjesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintojen ”Uudelleenarviointi -projektin”, jonka tavoitteena

oli suunnitella ja kehittää sairaala- ja avohoidonpalveluita. Projektissa työskenteli johtoryhmän asiantuntijoita. Projektin tuloksena tavoitteeksi asetettiin avohoitopalveluiden osalta, että Niemikotisäätiön tarjoaman pitkäaikaispotilaiden kuntoutustoiminnan ja kriisihoito - palveluiden saatavuutta vahvistetaan sekä mielisairauksien varhaiseen toteamiseen panostetaan. Tavoitteeksi asetettiin myös työmuotoja kehittäminen, kuten perhe- ja verkostoterapiatyön huomioiminen potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. Vapaaehtoistyön kehittämistä myös suositeltiin, sillä vapaaehtoisten henkilöiden vaihtuvuus oli suuri. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 10/1995; 8, 18, 23).

Erikoisairaanhoidolain (1062/1989) mukaisesti myös psykiatriseen hoitoon tuli muutoksia, jonka mukaisesti hoidon ja kuntoutuksen keskiössä oli väestövastuinen hoito. Sen tavoitteena oli hoidon jatkuvuuden tähdentäminen avohoidossa. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 7/1996; 11). Lain voimaan astumiseen asti Helsingin terveysviraston järjestämä sairaalatoiminta oli maksutonta kansanterveyslain mukaisesti, jolloin myös taloudellisesti ahtaalla oleva väestöllä oli mahdollisuus saada hoitoa. Täten erikoisairaanhoido muuttui maksulliseksi riippumatta potilaan maksukyvyystä. Mielisairaaloitten aikuis-sairaansijojen määrää edelleen vähennettiin ja vakansseja (kuten lääkärivirkoja) siirrettiin avohoitoon toimintamuutoksen mahdollistamiseksi. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 14/1991; 13-15.) Järjestettiin myös potilaan äidinkielen mukaisia palveluita, kuten mukaisesti myös pohjoismaalaisen potilaan hoidosta vastasi täydellisesti ruotsin kieltä hallitseva lääkäri (Helsingin kaupungin terveysvirasto 1/1996; 17.) ja turvapaikan hakijan (tai pakolaisen) asioinnit hoidettiin tulkkipalveluiden kautta. Tulkkiaamisella pyrittiin takaamaan vireillä olevien asioiden ymmärrys. Helsingissä asui kolmannes koko maan ulkomaanväestöstä, joiden äidinkielenä pääosin olivat englannin-, viron- tai somalin kieli. Laadittiin myös suurimpien kieliryhmien äidinkielelliset palveluesitteet. Sosiaali- ja terveysviraston henkilökuntaa koulutettiin eri kulttuuritaustaisten henkilöiden kohtaamisesta, kuten uskonnon ja arvomaailman huomioiminen. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 5/1997; 18-19, 22.)

Helsingin kaupungin terveydenhuolto uudistui vuonna 1995 jakaen Nikkilän sairaalan perussairaalaksi ja suurpiirien alueosastoiksi. Uudistusta kutsuttiin aluepsykiatriseksi toimintamalliksi. Vähitellen Nikkilän sairaalan alueosastot muuttivat Hesperian sairaalaan, mutta Sipoon perhehoito pysyi ennallaan. (Tuovinen 2009: 73, 318). Tarkoituksena oli turvata mielenterveyspotilaalle monipuoliset terveyspalvelut asuinlähiympäristön läheisyydestä ja tulosjohtamisen kautta hoidon laadun arvioiminen. Pyrkimys oli potilaan kokonaisvaltainen hoito, jonka toteutumisesta vastasi potilaan ”case-manager eli potilaan

yksilövastuinen omahoitaja. Keskityttiin hoitotyön laadunvarmistukseen pyrkien toimimaan kustannustehokkaasti resursseja hyväksikäyttäen. Kannustettiin toimimaan yhteistyössä ”yli aluerajojen”. (Iija ym.1997:61).

Erikoissairaanhoitolain mukaan myös Helsingin mielisairaanhoitopiiri lakkautettiin (1996) ja perustettiin Helsingin sairaanhoitopiiri (1997). Myös muut Suomen kunnat (N=450) järjestäytyivät sairaanhoitopiirien kuntayhtymiksi (N=21). Mielisairaanhoitopiirin tehtävät siirtyivät sairaanhoitopiirille. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.) Vuoden 1996 Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysalan organisaatiomuutoksella liitettiin psykiatrian alueelliset avohoito- ja sairaalapalvelut yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi terveyskeskukseen. Vuonna 1997 psykiatrian erikoissairaanhoitopalvelut järjestettiin siten että psykiatrinen avohoito kuului terveyskeskuksien alaisuuteen ja vuodeosastot hallinnollisesti sairaalaosastoon. Tämän vuoksi avohoidon ja vuodeosastojen henkilökunnalla oli eri esimiehet, joten kaikki päätökset tehtiin eri luottamusmieselimissä. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 10/1997; 29.) Lain mukaan kunnat järjestivät mielenterveyspalvelut sisältöltään ja laajuudeltaan kunnan tarpeet huomioiden, kuten Helsinki oli maan ainoa kunta, jossa oli järjestetty ympärivuorokautinen psykiatrinen päivystys. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 11/1997; 25-26.

Helsingin kaupungin psykiatrisen erikoissairaanhoidon tavoitteena oli turvata asukkailleen sellaiset avomielenterveyspalvelut, joilla turvataan pitkäaikaispotilaiden tarpeiden mukaiset hoito- ja tukipalvelut, kuin akuuttitilanteissa avun saaminen. Tämä edellytti resurssien siirtämistä sairaalaosastoilta avohoitoon ja hoitomuotojen kehittämistä. Vuosien 1994- 1996 aikana terveyskeskuksen avomielenterveyspalveluihin lisättiin 33 vakanssia. Julkisen avohoidon palveluita tarjosivat terveyskeskukset, avohoidon vastaanottotyöryhmät ja kuntouttavat palvelut (kuten työsalit), sairaanhoitopiirissä poliklinikkapalvelut ja Niemikotisäätiön kuntouttavat palvelut, joita kaupunki vuosittain avusti. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 5/1996; 26). Avomielenterveyspalveluiden kehittämisen tavoitteena oli palveluiden monipuolistaminen ja lisääminen (Helsingin kaupungin terveysvirasto 7/1996; 12).

### 2.3.2 Laitoskeskeisyydestä avohoitokeskeisyyteen

Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman tavoitteena oli väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja väestön elämänlaadun kohot-

taminen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne muutettiin laitoskeskeisyydestä avohoitokeskeiseksi. Pyrkimyksenä oli palveluiden nopea ja joustava palveluiden saaminen huolehtien hoidon jatkuvuudesta. Psykiatrinen erikoissairaanhoido oli eräs ohjelman parannusalue, sillä mielisairaaloiden sairaansijoja oli suunnitelmallisesti vähennetty, siten että mielisairaanhoidossa oli vuoden 1994 lopussa enää 1,3 promillea väestöstä. Psykiatrista avohoittoa oli kehitettävä ja palveluita monipuolistettava, sillä sen vaikutukset sairaansijojen supistukseen olivat riittämättömät. Henkilökunnan määrä kaksinkertaistettiin, jolloin 10 000 asukasta kohti oli 6,6 työntekijää. Palveluiden riittävyyden turvaamiseksi käytettiin väestövastuun mallia, jonka avulla kunnat jakoivat asukkaat väestövastuusoluihin (4 000 – 10 000 asukkaan kiintiö). Terveysasemilla oli omat vastuutyöryhmät jokaista kiintiötä kohti. Psykiatriset työryhmien väestövastuu oli 25 000 – 40 000 asukasta ja toimivat yhteistyössä terveysasemien ja muun perusterveydenhuollon kanssa. Tavoitteena oli suunnitella alueen toimintaa yhdessä asukkaiden ja perusterveydenhuollon kanssa sopien työnjaosta. (Iija ym.1997:56-58.)

1980-luvulla ei ollut juurikaan tarjolla asumis- ja kuntoutuspaikkoja, jotka olisivat voineet toimia sairaalahoidon vaihtoehtona (Tuovinen 2009:73). Mielisairaaloissa panostettiin kuntoukseen saneeraamalla osastoja terapiaosastoiksi järjestäen ruuanlaitto- ja kodinhoitokursseja. Sairaalan läheisyyteen perustettiin kuntoutuskoteja. (Pulkkinen 1992: 3-20; Tuovinen 2009:73, 202.) Alettiin puhua sosiaalipsykiatrisesta kuntoutuksesta, jonka juuret olivat Tampereen Sopimusvuoressa. Ideologia pohjautui terapeuttisen yhteisön periaatteeseen, jossa vallitsi kokonaisvaltainen ja inhimillinen ihmiskäsitys. Yhteisö tuki potilaan terveitä puolia esimerkiksi työtoiminnan avulla ja siten sairaalakäyttäytyminen väheni, kuten jatkuva tupakointi. Kuntoutuja pyrittiin motivoimaan olemaan oman kuntoutumisen subjekti, jolloin kuntoutujalla myös vastuu omasta kuntoutumisestaan. Kuntoutuminen tapahtui yksilöllisesti kuntoutuksen portaiden (porrasteisen kuntoutuksen) mukaisesti, joita olivat hoito-osasto, kuntoutusosasto, sairaala-alueen kodinomaiset asuntolat, asutuskeskusten kuntoutus- ja pienkodit ja tuetut asunnot. Kuntoutusta täydentäviä toimintoja olivat päivätoiminta, kerhotoiminta ja suojatyö. (Iija ym.1997:133-134.)

### 2.3.3 Helsingin kaupungin avomielen terveyspalveluiden kehittyminen 1990-luvulla

Valtakunnallisen skitsofreniaprojekti (1981-87) antoi tärkeän sysäyksen kohti avohoitokeskeisempää hoitoa, jonka tavoitteena oli rajata pitkäaikaispotilaiden sairaalahoitajak-

sojen pituutta ja tukea sairaalasta kotiutuvien potilaita avohoitoon sijoittumisessa. Tavoitteen saavuttamiseksi pitkäaikaispotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen kiinnitettiin enemmän huomiota parantamalla hoitopolkua sekä tehostettiin avohoidon ja sitä tukevien hoitopaikkojen määrää. Projektin tuloksena avohoitoon kuuluivat kuntoutuskodit, päivähoitokodit tai päiväkeskukset, pienkodit, tuetut asuntolat, työsalit ja sosiaaliset kerhot. Täten taattiin jokaiselle potilaalle mahdollisuus hakeutua palveluun, joka tuki hänen sen hetkistä psykososiaalista tilannettaan. (Ojanen – Nodling – Laurén 1994; Helsingin kaupungin terveystoimisto 6/1996; 22-23). Mielenterveyspotilaiden asianmukaisella asumis- ja tukipalveluiden järjestämisellä oli myös yhteiskunnallinen merkitys, kuten turvallisuuden tunteen takaaminen, niin potilaille kuin kaupungin asukkaille. (Helsingin kaupungin terveystoimisto 10/1995; 14).

Helsingin kaupungin avohoitotoiminta alkoi vuonna 1983 toimintaterapian järjestämänä valmennusasumisena Helsingin Kalliossa (Toinen Linja 10). Itsenäistä asumista opetettiin myös kuntoutus- ja pienkodeissa, joiden tukena oli mielenterveystoimiston henkilökunta. Helsingin eri kaupunginosiin perustettiin kuntoutus- ja pienkoteja, kuten Auroran alueen entiset henkilökunnan asunnot muutettiin kahdeksi kuntoutuskodiksi. Pitkäaikaispotilaan avohoidon järjestäminen kodinomaisessa ympäristössä avohoidon tukiverkoston avulla oli tärkeä. (Tuovinen 2009:73-74,310.), kuten Hesperian sairaalan avo-osaston pitkään sairaalahoidossa olevien potilaiden itsenäistä asumista tuettiin alueella aiemmin olleissa henkilökunnan asunnoissa (B-torni). (Helsingin kaupungin terveystoimisto 13/1992; 13).

Nikkilän sairaalatoiminnan vähentyessä sairaalan potilaat kotiutettiin vanhan osoitteen perusteella. Niemikotisäätiön asumispalveluiden työntekijät yhdessä mielenterveystoimiston työntekijöiden kanssa vastaanottivat Nikkilästä kotiutuvia helsinkiläisiä potilaita sairaalahoidon aikana suunniteltuun asumismuotoon ja potilaalle järjestettiin hoitokontakti mielenterveystoimistoon sekä suunniteltiin mielekästä päivätoimintaa. Perusterveyspalvelut haettiin omalta asuinalueelta, mutta terveysasemat kokivat mielenterveyspotilaat jopa rasitteena, joten kotiutumisen alussa potilaat kävivät Nikkilän sairaalassa esimerkiksi laboratoriokokeissa. Liikkuminen tapahtui julkisen liikenteen bussilla ja ajoittain potilaan psyykinen vointi heikkenä tarvitessa Nikkilän sairaalahoidon. Sopeutuminen vei aikaa, mutta vähitellen heidät hyväksyttiin asiakaskuntaan kuuluviksi. (Tuovinen 2009: 202, 312-313).

Aiemmin kuntoutustyössä työskentelevät työntekijät olivat tyypillisesti toiminta- ja fysioterapeutteja tai kuntoutusohjaajia, mutta avohoitopalveluiden kehittämisen myötä kaikki potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuneet työntekijät toimipaikka-koulutettiin varmistuen toiminnan tehokkuus ja kehittyminen. (Iija ym. 1997: 130; Pihkanen 1975: 206-207.) Vastavalmistuneita työntekijöitä, kuten sairaanhoitajia, pyrittiin houkuttelemaan työskentelemään mielenterveystyössä tukemalla heidän ammatillista kasvua kokeneemman työntekijän ohjauksen ja johdon tuen avulla. (Kuljenluoma - Rantanen - McCormack - Slater – Hahtela- Suominen 2017: 1055-1057.)

Avohoitopotilaan hallitsevat ongelmat liittyvät usein yksinäisyyden-, riittämättömyyden- ja arvottomuudentunteisiin, jotka nostettiin rohkeasti kuntoutuksen tavoitteeksi. Tämä edellytti turvalliset olosuhteet (pysyvä hoitosuhde) ja yhteenkuuluvuuden kokemuksia, joita harjoiteltiin ryhmä- ja työtoiminnan kautta. (Paloheimo 1975: 91, 102). Hoitoa alettiin suunnittelemaan yhdessä potilaan kanssa ja tavoitteet kirjattiin hoitosuunnitelmaan. Hoidon yhtenä tavoitteena olikin asettaa kuntoutuksen tavoitteet kanssa sellaiselle tasolle, jotka olivat realistisesti saavutettavissa huomioiden potilaan sairaus. Hoidon avulla pyrittiin herättämään myös toivoa ja vastuunkantoa omasta kuntoutumisestaan. (Iija ym. 1997:130.)

Usein potilaat osallistuivat heikosti oman hoitosuunnitelman tavoitteiden laatimiseen, joka osaltaan johtui puutteellisesta hoitoon liittyvästä tiedon määrästä ja osaltaan aiempi vähäinen osallistuminen hoitonsa suunnitteluun. (Nojonen 1990: 107.) Skitsofreniaprojektin vaikutuksesta perhetyön malli levisi lasten hoitotyöstä aikuispsykiatriaan, jonka vaikutuksesta hoitoon otettiin mukaan potilaan omaiset ja verkosto. Tämä lisäsi muun muassa hoitokokouksien moniäänisyyttä ja antoi sysäyksen myös perheterapeuttikoulutuksen laajenemiseen. Mielenterveyspotilaita kohtaa liittyneiden asenteiden muokkaaminen positiivisempaan suuntaan oli aloitettu. (Iija 1997: 113-115, 130-131.) Avohoidon kotikäynneillä tuettiin sekä perhettä että potilasta tärkeitä, joiden avulla huolehdittiin myös potilaan lääkehoidon toteutumisesta. (Anttinen 1975: 209-211).

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata avomielenterveyspalveluiden kehittymistä 1990-luvulla potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemana. Tavoitteena on tuottaa

tietoa muistitiedon avulla menneisyyden avomielenterveyspalveluiden kehittymisen kokemuksista ja psykiatrisen hoitotyön historiasta. Tuotettu tieto auttaa ymmärtämään sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita ja alalla työskenteleviä psykiatrisen hoidon kehityksen mahdollisia vaikutuksia mielenterveyspotilaiden hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia avomielenterveyspalveluita oli järjestetty Helsingissä 1990-luvulla?
2. Millä tavoin avomielenterveyspalvelut tukivat avohoidossa olevia potilaita 1990-luvulla?

## 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

### 4.1 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen eli laadullinen, joka sopii hyvin aiheeseeni, jossa tutkimuksen kohteena ovat tietyn kaupungin työntekijöiden ja tietyn ajanjakson kokemukset. Aihetta ei ole aiemmin tutkittu eikä siten ole tunnettu, joten tulokset eivät ole yleistettävissä. (Kananen 2014:19; Kylmä – Juvakka 2014:59, Tuomi – Sarajärvi 2018: 98). Opinnäytetyössäni käytän muistitietotutkimuksen menetelmää, jonka tarkoituksena oli tuottaa tietoa potilaan hoidossa olleiden työntekijöiden kokemuksia avomielenterveyspalveluiden kehittymisestä. Tavoitteena oli tuottaa subjektiivista tietoa mitä he halusivat tehdä, mitä he uskoivat tehneensä ja myöhemmin arvioituna mitä olivat tehneet. Aiheen tutkiminen oli tärkeä, sillä psykiatrisen hoitotyö on muutoksen pyörteissä ja vaatii työntekijöiltään muutosvalmiuksia. (Elomaa-Krapu 2015:43, Elomaa-Krapu 2017:65-66).

Muistitietotutkimuksiin tutustuessani havaitsin käsitteen muotoutuvan tutkijan oman määrittelyn myötä, kuten kokemuskerronnan tai muistelukerronnan avulla. Kokemuskerronnasta käytetään myös termiä ”henkilökohtainen kerronta”, sillä sen tyypillinen muoto on kertojan omakohtaisen kokemuksen jakaminen tarinan kautta. (Pöysä 2015; 39). Muistelukerronta pohjautuu tyypillisesti määrätyn ryhmän yhteiseen muisteluun, kuten perheen tai työyhteisön yhteiseen tarinaan. (Shuman – Hasan-Rokem 2012: 56.) Termin

”Oral history” kääntämisessä on havaittu olevan vaikeuksia, joten käännöksiä käytetään esimerkiksi muistitietohistoria, joka pohjautuu haastateltavan itse koettuun muistin varaiseen tietoon eikä pohjautu kirjalliseen lähteeseen. (Fingerroos -Haanpää-Heimo-Peltonen 2006:8; Kortelainen 2008;27-33). Menneisyyden tutkimuksessa ei ole määritelty mitkä tapahtumat ovat oleellisia historian näkökulmasta. Vuosien ajan olen ollut kiinnostunut psykiatrisen hoitotyön historiasta eikä avomielenterveyspalveluiden kehittymisestä ole aiempaa historiallisen näkökulman tutkimusta, joten koen opinnäytetyön aiheen olevan myös yhteiskunnallisesti merkittävä (Torstin 2012: 15-17).

#### 4.2 Opinnäytetyön aineiston keruu

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat 1990-luvulla Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluissa työskennelleet työntekijät. Menneisyyden muisteleminen niin yksilökuin parihaastatteluissa synnyttävät yhteisesti koetun tarinan, josta käytetään nimitystä yhteinen historia, ”shared history”. (Kalela 2013:120). Haastateltavat kertoivat koettuja muistojaan niin yhteisötapahtumien kuin potilastapausten kautta (Ukkonen 2000: 150-158; Latvala 2013: 14.). Keräsin aineiston potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden teemahaastatteluiden avulla, jolloin osallistujat kertoivat sen minkä kokivat tärkeäksi. Sain opinnäytetyön tutkimusluvan Helsingin kaupungilta kesäkuussa 2018, jonka jälkeen opinnäytetyön tiedote lähetettiin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysalan työntekijöille (Sote) työsähköpostilla. Opinnäytetyöhön halukkaat henkilöt ilmoittautuvat minulle sähköpostitse, jonka jälkeen lähetin osallistujalle teemahaastattelurungon aiheeseen tutustumista ja orientaatiota varten. Anonymiteetti taattiin koko prosessin ajaksi. (Hirsjärvi – Hurme 2006: 20; Alasuutari 2011; 149-151; Vilkka 2015: 137-138).

Haastatteluun ilmoittautuneita oli 19, joista haastattelun ajankohta sovittiin 17 ilmoittautuneen kanssa syksyn 2018 aikana. Haastatteluun osallistuivat psykiatrian lääkärit, toimintaterapeutit, fysioterapeutit, psykologit, sosiaalityöntekijät, sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat (N=17). Haastattelut muotoutuvat siten, että yksilöhaastattelua toivovat toteutuvat kanssani kahden kesken (N=6) ja parihaastatteluun (N=10) osallistuvat tunsivat toisensa entuudestaan. Yksi (N=1) haastateltava vastasi kysymyksiin kirjallisesti oman toiveensa mukaisesti. Jokaiseen haastatteluun varattiin kaksi (2) tuntia aikaa, jonka ajankohtaa ja paikkaa osallistujilla oli mahdollisuus ehdottaa. Osallistujilla oli työnantajan puolesta oikeus osallistua työajalla. Osallistumisesta ei maksettu erillistä korvausta. Ennen haastattelua jokaisen osallistujan suostumus varmistettiin suullisesti ja kirjallisesti, jolloin kerroin mahdollisuudesta muuttaa suostumustaan missä vaiheessa tahansa.

(Hirsjärvi – Hurme 2006: 20; Vilkka 2015: 137-138). Haastatteluun osallistujat kertoivat avoimesti kokemuksistaan ja parihaastattelussa osallistujat myös varmensivat toisiltaan tapahtumia ja niiden ajankohtia. Ajoittain keskustelussa ilmeni myös nimiä tai termejä, joita pyysin selventämään. Keskustelu säilyi luontevana ja hedelmällisenä, sillä haastattelutilanteeseen syntyi luottamuksellinen ilmapiiri. Ensimmäisten haastattelukertojen jälkeen sain varmuutta teemahaastattelurungon toimivuuteen, jonka avulla sain kuvailevia kokemuksia tutkimuskysymyksiini. (Alasuutari 2011: 151-153).

Nauhoitin haastattelut sanelimen avulla ja litteroin nauhoitteet muutaman päivän kuluessa haastatteluhetkestä, jolloin oma valppaus haastattelukertaan säilyi ja kuvatut kokemukset eivät kadonneet. Ennen sisällönanalyysin aloittamista kuuntelin nauhoitteet kaksi kertaa, jonka auttoi analyysin hahmottamisessa. Annoin jokaiselle haastattelulle värin (kuten H1 lila) ja numeroin haastatteluiden osallistujat (h1 – h17). Haastattelu koostui seitsemästä (7) teemasta, jotka olivat kohdennettu opinnäytetyöni tutkimustehtäviin. Jokainen haastattelutilanne oli autenttinen ja keskustelunomainen. (Kylmä – Juvakka 2007: 26-31; Heikkilä 2008:16-17; Metsämuuronen 2008: 40-42; Mäntylä – Toomar – Reukauf 2013: 34-44; Vilkka 2015: 118-139). Aiheeni ajanjakson ymmärryksen syventämiseksi hankin aiheestani lisäaineistoa Koillis-Helsingin paikallislehti MaTaPuPu-lehtileikkeiden avulla (Lähtitieto 2019), jotka sisälsivät aikakaudella aiheestani kirjoitettuja uutisia ja tapahtumia. Käytin lehtileikkeitä myös haastattelun virikeaineistona haastateltavien muistamisen helpottamiseksi, sillä osa haastateltavista ennakoivasti pohti muistikuviaan ajanjaksoon liittyen. Haastattelun päätteeksi haastateltavat kertoivat kokeneen haastattelun mukavaksi aikamatkaksi. Selvitin Helsingin kaupunginarkiston avulla aiheestani tallennetut kaupungin terveyslautakunnan pöytäkirjamerkinnot. Tulosten tarkastelussa käytin sekä lehtileikkeitä ja pöytäkirjamerkinnot hyväkseni. (Markkola 2008: 170; Hyttinen 2008: 179; Vilkka 2015: 142-143,146.)

#### 4.3 Aineiston analyysimenetelmä

Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmäksi sopii hyvin sisällönanalyysi, jonka avulla esitetään tutkimuksesta saatu aineisto luokittelun avulla. Aineistooni sopi hyvin induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällön analyysi, jonka avulla analysoin teemahaastatteluista saadun tuotoksen tarkastellen asioiden yhteyksiä toisiinsa. Puoli- ja strukturoimattoman haastattelun analyysimenetelmäksi soveltuu hyvin sisällönanalyysi, jonka avulla aineisto analysoidaan muodostamalla käsitteitä. Sen avulla voidaan myös analysoida muun muassa artikkeleita. Sisällönanalyysia voidaan käyttää aineistolähtöisesti (induktiivinen) tai

teorialähtöisesti (deduktiivinen), jossa tekijä itse päättää analysoitavat ilmaisut. Näitä ovat selkeästi ilmaistut asiat ja piiloilmaisut. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-5; Elo – Kyngäs 2008: 108-109; Vilkka 2015: 163; Tuomi-Sarajärvi 2018: 122-125.)

Molemmassa analyysimenetelmissä ensimmäiseksi tekijä määrittelee analysoitavan yksikön, kuten sanan, jota ohjailee tutkittavan aiheen tutkimuskysymykset. Sittemmin tekijä tutustuu aineistoon läpikäymällä sen useita kertoja, joko kuunnellen tai lukien, muodostaakseen käsityksen analyysin etenemistavasta, kuten aiemmin muodostettujen teemojen käyttäminen. Aineistolähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe on tutkimuskysymykseen liittyvien alkuperäisilmaisujen pelkistäminen ja sitten samaa tarkoittavat pelkistykset ryhmitellään yhteen muodostaen niistä ensin alakategoriat, joista samaa tarkoittavat muodostavat yläkategoriat ja niistä taas pääkategoriat ja mahdollisesti yhdistävä kategoria. Jokainen kategoria nimetään sisällön mukaisesti. Ryhmittelyä tehdään niin kauan kuin aineistosta niitä nousee. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä usein käytetään valmista teema- tai viitekehystä, jonka avulla muodostetaan analysoitava runko ja sen ympärille haetaan aineistosta aiheeseen liittyviä asioita. Muuten analyysi etenee kuten aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6-9; Elo – Kyngäs 2008: 109-110; Vilkka 2015: 163; Tuomi-Sarajärvi 2018: 125-132.)

Opinnäytetyössäni käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysin avulla tuotin aiheestani mahdollisimman tiiviin kuvauksen. Ennen analyysin aloittamista määritin sisällönanalyysini yksiköiksi molemmat tutkimuskysymykseni ja päätin analysoida vain selkeästi ilmaistut asiat. Ensimmäiseksi kuuntelin nauhoitteet useaan kertaan muodostaakseni aineistosta kokonaiskäsityksen, jonka jälkeen litteroin koko aineiston sekä litteroidusta aineistosta alleviivasin tutkimuskysymyksiin liittyvät alkuperäisilmaisut. Tämän jälkeen kokosin tutkimuskysymyksien alkuperäisilmaisut, joista muodostin pelkistetyt ilmaisut säilyttäen ydinajatuksen. Ryhmittelin sisällöllisesti samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut saman alaluokan alle, jotka nimesin sisältölähtöisesti. Jatkoin ryhmittelyä yhdistäen samaa tarkoittavat alaluokat yläluokiksi, jotka edelleen nimesin sisältölähtöisesti. Samaa tarkoittavista yläluokista muodostin vielä pääluokat. Varmistin tulkintani oikeellisuutta palaten alkuperäisilmaisuihin useita kertoja sisällönanalyysin tekemisen aikana. Ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä muodostui pelkistettyjä ilmaisuja yhteensä 417 kappaletta, joista yhdistin samaa asiaa kuvaavat pelkistykset muodostaen niistä yhteensä 14 alaluokkaa. Tämän jälkeen yhdistin samaa asiaa kuvaavat alaluokat, joista muodostin viisi (5) yläluokkaa, joista muodostui kaksi (2) pääluokkaa. Toisesta tutkimus-

tehtävästä pelkistettyjä ilmaisia muodostui yhteensä 1027 kappaletta ja alaluokkia seitsemän (7) kappaletta sekä yläluokkia kaksi (2) kappaletta sekä yksi (1) pääluokka. Viimeiseksi kuuntelin vielä nauhoitteet ja tarkistin luokkien vastaavuuden tutkimuskysymyksiini nähden.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston luokittelusta.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Mielenterveystoimisto sijaitsi Kettutiellä, Herttoniemen sairaalan alueella. (h2)</p> <p>Maunulan mielenterveystoimisto oli Maunulassa, Suursuon virastotalossa, Suursuon sairaalan vierellä. (h10)</p>	Mielenterveystoimisto	Mielenterveysyksikkö	Alueelliset palvelut
<p>Hesperian sairaalan osastot muutettiin aluejakomallin mukaisesti alueiden omiksi osastoiksi. (H12)</p> <p>Koillisen mielenterveysyksikön oma avosairaalaosasto P1 toimi Malmin sairaalassa. (H15)</p>	Alueosastot	Sosiaali- ja terveyspalvelut	

## 5 Opinnäytetyön tulokset

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä kuvaan Helsingissä 1990-luvun järjestettyjä avomielenterveyspalveluita. Palveluntuottajina olivat kunta, yksityissektori sekä potilasjärjestöt. Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut jakautuivat kahteen pääluokkaan: alueelliset palvelut ja avohoidon tukipalvelut, jotka kuvaan taulukossa 2. Toisessa tutkimuskysymyksessä kuvaan 1990-luvun avomielenterveyspalveluiden tuen muotoja. Avomielenterveyspalveluiden tarkoituksena oli potilaan kuntoutumisen tukeminen ja tarpeenmukaisen hoidon tarjoaminen, jotka kuvaan taulukossa 10.

Taulukko 2. Yhdistävä tekijä: 1990-luvun Helsingin kaupungin avomielen terveystoimet.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä tekijä
Mielen terveystoimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielen terveystoimisto	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielen terveystoimet
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveystoimet		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ- ja päivätoiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalaisyhteiskunnan toimijat		

### 5.1 Alueelliset palvelut

Alueelliset palvelut muodostuivat kahdesta yläluokasta; mielen terveystoimisto ja sosiaali- ja terveystoimet, jotka kuvaan taulukossa 3 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 3. Pääluokka: alueelliset palvelut.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivätoiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalaisyhteiskunnan toimijat		

Mielenterveyslaissa (1116/1190) todettiin, että jokainen on oikeutettu saamaan hoitoa omassa kaupungissaan ja helsinkiläisiä hoidettiin Helsingissä aluejaon mukaisesti. Mielenterveyspotilaiden sijoittamisessa huomioitiin potilaan hoitosuhteiden ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen mahdollisuudet, jonka vuoksi esimerkiksi palveluasumista ei järjestetty Nikkilän tai Roynän alueelle. Potilaalla oli oikeus sijoittua asumaan uudelleen Helsinkiin, jossa oli aiemmin asunut ja helsinkiläisenä oikeutettu saamaan palvelut Helsingissä. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1999; 9).

Helsingin kaupungin kasvamisen vuoksi kaupunki jaettiin pienempiin alueisiin, joita kutsuttiin suurpiireiksi. Näitä alueita oli yhteensä 7; pohjoinen-, etelä-, keskinen-, ja läntinen

sekä itä ja koillinen-, että kaakkoinen alue. Sairaalasta, kuten Nikkilästä, kotiutetut potilaat asutettiin näille alueille. Alueellistamisen tavoitteena oli antaa suurpiireille enemmän päätösvaltaa keskitetyn päätöksenvallan asemasta, jolla tavoiteltiin asioiden käsittelyn nopeuttamista. Suurpiirit jaettiin vielä peruspiireiksi, joiden tavoitteena oli muun muassa aluevastuisen toiminnan kehittäminen, kuten omalääkäri -omaterveydenhoitaja toiminta. Terveyslautakunnan mukaan suurpiirien väestö poikkesi toisistaan, kuten koillisella alueella havaittiin olevan enemmän mielenterveys- ja päihdepotilaita kuin muilla alueilla, jonka osasyiksi ajateltiin olleen Jakomäen peruspiirin kuulumisen alueeseen, jossa asukkaiden tulotaso oli kaupungin keskitulotasoon verraten vähäisempi. Alueellisia palveluita olivat mielenterveysyksiköt ja sosiaali- ja terveyspalvelut. Vuonna 1993 Helsingin kaupungissa oli maantieteellisesti yhteensä 33 peruspiiriä, jotka tarjosivat asukkailleen terveyskeskuspalvelut, joiden yhteydessä olivat omat mielenterveysyksiköt. (MaTaPuPu 82/1990: 10; Helsingin kaupungin terveyslautakunta 15/1993; 15, 18.)

#### 5.1.1 Mielenterveysyksiköt

Mielenterveysyksikön muodostivat neljä alaluokkaa; alueelliset mielenterveystoimistot, joissa toimi kotikuntoutus, päiväsairaala ja kuntoutuspsykiatrian toimijat (toimintaterapia, fysioterapia ja sosiaalityöntekijät), jotka kuvaan taulukossa 4 sinisellä häivyttäen

Taulukko 4. Yläluokka: mielenterveysyksikkö.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivä-toiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalais-yhteiskunnan toimijat		

Avohoito koostui mielenterveystoimistosta ja päiväsairaalaista. Nikkilän sairaalan osastojen lakkauttamisen yhteydessä vakanssipohjia muutettiin ilman talousarvion määrärahojen ylittymistä ja perustettiin uusia muun muassa psykologin vakansseja (N=8) päiväsairaaloitten toimintaan ja mielenterveystoimistojen uusiin työryhmiin. Tarkoituksena oli kuntouttavan toimintamuodon kehittäminen päiväsairaaloissa ja mielenterveystoimistoissa. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 21/1989; 34, 36.) Vakansseja siirrettiin myös Ympäristöterveydenhuollosta (N=10) (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 8/1991; 7). Uusi mielenterveysyksikön avohoidon ylilääkärin toimenkuva muutettiin hallinnollisista työtehtävistä enemmän vastaanottotyöhön osallistuvaksi, jonka tarkoituk-

sena oli toiminnan tehostaminen ja kehittäminen avohoidossa olevien potilaiden tarpeiden ymmärtämisen kautta. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 12/1992; 8.) 1990-luvun laman aiheuttamien säästöjen koettiin vaikuttaneen avohoidon kehityksen pysähtymiseen.

1990-luvulla psykiatrian poliklinikka oli nimeltään mielenterveystoimisto, joissa oli aluejako. Mielenterveystoimistot sijaitsivat ympäri Helsinkiä, kuten Malmin virastotalossa, jonka hoitovastuulla oli koillisen alueen potilaat ja pohjoisen alueen potilaat olivat jaettu Oulunkylän ja Maunulan mielenterveystoimistoihin. Maunulan yksikkö oli pienempi yksikkö kuin Oulunkylä. Koettiin, että pohjoisen alueella hoito oli edistyskellistä kotiin menevän hoidon ja matalan kynnyksen hoidon myötä, jonka koettiin onnistuneen alueen pienen koon ansiosta. Keski-alueen potilaat saivat hoitoa Sturenkadun, että Harjukadun mielenterveystoimistoissa. Useat Nikkilän sairaalan potilaiden hoitokontakti oli keski-alueen mielenterveystoimistossa, sillä heitä oli sijoitettu asumaan Toisen Linjan asumisyksikköön. Mielenterveystoimiston henkilökunnalla oli omat huoneet ja tiimi/ryhmähuone erikseen. Mielenterveystoimistot eivät käyttäneet ostopalveluita kustannusten hillitsemiseksi.

1990-luvun taloudellisten syiden vuoksi mielenterveystoimistojen alaisuuteen perustettiin kotikuntoutustiimit, sillä pitkäaikaisten skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoitaminen sairaalassa oli kallista. Tyypillisesti mielenterveystoimistoissa oli oma kotikuntoutustiimi, jossa työskenteli yksi mielisairaanhoitaja tai kuntoutusohjaaja. Kotikuntoutuksen psykiatrinen hoito tapahtui potilaan kotona, jossa kartoitettiin potilaan kuntoutustarpeet, kuten kotisairaanhoidon määrittäminen (MaTaPuPu 91/1998; 3, 9.) Kotikuntoutuksen avulla potilasta tuettiin arkielämän toiminnoista selviämiseen, kuten kodinhoito, asiointit. Muun muassa koillisella alueella kotikuntoutusta tehtiin menestyksekkäästi. Toiminnan laajentuessa kotikuntoutus sai käyttöönsä henkilöauton, kuten vuonna 1998 terveyslautakunta myönsi koillisen terveyskeskuksen psykiatrian yksikölle hankittavaksi henkilöauton (120 000mk.) (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1998; 35.) Vuonna 1999 mielenterveyspotilaiden asumis- ja tukimuotoja kehitettiin, jonka seurauksena kotikuntoutuksen merkitystä entisestään painotettiin. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1999; 13.)

*” Silloin -94 aloitettiin tää kotikuntoutus, se oli ihan uutta. Mulle valikoitui pitkäaikaiset skitsofrenia -potilaat ja sellaisia, jotka eivät sinällään hyötyneet poliklinikkakäynneistä ja tarvitsivat muunlaista tukea. Kävin heidän kotona, aina yksin. Lähes pääsääntöisesti työni oli kotikäyntejä tai menin potilaiden kanssa asioille. Potilaat eivät tulleet mun luo, vaan mä menin heidän luokse.” (h11).*

Päiväsairaala kutsuttiin myös päiväosastoksi, joka tarkoitti samaa asiaa. Nimenmuutokseen vaikuttivat organisaatiomuutokset. Päiväsairaala kuului avomielen terveystaloihin toimien mielen terveystaloyksikön tukipalveluna. Päiväsairaala käytettiin sairaalan jatkokohoitopaikkana ja sen koettiin täyttäneen paikkansa hoito-organisaatiossa. Päiväsairaala ei ollut laitos eikä sairaala, vaan toimi sairaalan ja kodin välimuotopaikkana, joka toimi arkipäivisin. Päiväsairaaloita oli määrällisesti vähemmän kuin mielen terveystalotoimia ja niiden toiminnoissa oli eroavaisuuksia, niin toiminnaltaan kuin potilasainekseltaan. Kuvattiin, että osassa potilaat koostuivat enimmäkseen kroonisista skitsofreniapotilaista kuin taas toisaalla potilaat koostuivat pääosin masentuneista potilaista. Päiväsairaaloitten potilasmäärät olivat vähäiset, tyypillisesti oli 10-15 potilasta. Päiväsairaaloitten toimintatilat koettiin pieniksi ja tärkeintä oli, että jokaisella potilaalla oli yhteistilassa oma tuoli. Päiväsairaaloitten toiminta kuvattiin keskittyneen yhden toimisto- tai kerrostalokäytävän varteen, jossa oli henkilökunnan huoneet ja potilailla oli yhteinen tila pikkukeittiöineen. Eräässä päiväsaatolassa oli ollut käytössä myös kaksi vuodetta.

*”...ja kun menin (...) -päiväsairaalaan, niin vuoteita oli kaksi ja kaikki pötkötteli pitkin huonetta, joten pari oli sängyssä ja loput lattialla...”(h6)*

Kuntoutuspsykiatrian toimijoihin kuuluivat toimintaterapeutit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät, joiden tavoitteena oli tukea sairaalasta kotiutuvia potilaita avohoitoon (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1995; 14.) noudattaen sosiaalisen kuntoutuksen periaatteita. Kuntoutuksella tarkoitettiin potilaan päivittäisistä toiminnoista selviämisen tukemista fyysisen-, psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioimisen avulla (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1997; 45.) Jokaisessa terveystalokeskuksen avohoidossa ja sairaalayksiköissä on järjestetty fysio- ja toimintaterapiapalvelut (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1997; 46). Toimintaterapeutit työskentelivät keskitetyissä toimintaterapiayksiköissä antaen palvelua alueittain. Toimintaterapiayksikkö antoi sosiaalista kuntoutuspalvelua mielen terveystaloyksikön ja päiväsaatolan potilaille, kuten yksilötoimintaterapiaa että ryhmähoitoa, joihin pääsemiseen ei tarvinnut lähetettä. Toimintaterapeutit olivat hoito- ja kuntoutushoitomenetelmien kehittämisessä keskeisessä roolissa ja tekivät tiivistä yhteistyötä potilaan moniammatillisen hoitotiimin kanssa, kuten yhteinen ryhmätoiminta. Toimintaterapiayksikkö tarjosi myös yksilöllistä toimintaterapiaa, kuten potilaan kotona tapahtuvaa toimintakyvyn kartoittamista. Muita kuntoutusmuotoja olivat muun muassa erilaiset kädentaidolliset ryhmät ja luova taideterapia, musiikkiterapia sekä potilas- ja omaiskoulutustoiminta (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1997; 42-43). Tyypillisesti toiminta oli keskitettyä, kuten koillisen mielen terveystaloyksikön

toimintaterapiayksikkö tarjosi palveluitaan alueen mielenterveysyksikön kolmelle vastaanottotyöryhmälle, 12-paikkaiselle päiväsairaalalle ja kahdelle alueen kuntoutuskodille. (MaTaPupu 82/1990; 10.), jossa toimi kolme toimintaterapeuttia ja yksi tuntikäsi-työnohjaaja. Ajoittain palveluita tarjottiin myös aluerajojen ulkopuolelle, kuten kaakkoselle mielenterveysyksikön toimintaterapiapalvelut tarjosi itäisen mielenterveysyksikkö (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 2/1991; 7). Hoito oli maksutonta, mutta ryhmätoiminnoissa perittiin pieni materiaalmaksu. 2000-luvun alussa erilliset toimintaterapiayksiköt lakkautettiin ja työntekijät siirrettiin mielenterveystoimiston tiimin jäseniksi.

*”Vuodesta 90 mä muistan sellaisen rajapinnan, et sitä edellinen aika oli sairaalapaikkojen vähentämistä, sosiaalisen kuntoutuksen periaatteita noudatettiin sairaalassa ja avohoidossa. Ja 90-vuosi oli joku sellainen rajapinta, jolloin työ alkoi muuttua. Sitä ennen työ oli keskittynyt lähinnä sairaalasta kotiutuviin skitsofrenia -potilaisiin tai avohoidon muihin potilaisiin, jotka olivat masentuneita.” (h4)*

1990-luvun alussa fysioterapeutit tyypillisesti kuuluivat sekä avohoidon että sairaalan henkilökuntaresursseihin, joskin usein yksi fysioterapeutti oli mielenterveystiimin ja alueosaston työntekijä. Kaikilla mielenterveystoimistoissa ei ollut fysioterapeuttia, johon olivat vaikuttaneet Helsingin suurpiirien päälliköiden valinnat mitkä ammattiryhmät alueella toimivat. 1990-luvun alussa avohoidon fysioterapeutin työnkuvaa oli määrittelemätön ja sopivien työvälineiden puutoksia oli, kuten hoitopöydäksi saatettiin ehdottaa gynekologin tutkimuspöytä. Fysioterapeutit kouluttivat avohoidon henkilökuntaa, millä tavoin fysioterapia voisi olla potilaan kuntoutusohjelmassa mukana. Fysioterapia tarjosi potilailleen yksilö- ja ryhmähoitoa, joihin pääsemiseksi ei tarvinnut lähetettä. Usein fysioterapeutit huolehtivat myös työyhteisön hyvinvoinnista ja järjestivät erilaisia tapahtumia, sillä ulkopuolista järjestäjää ei ollut käytettävissä.

*”Olin avohoidon tiimin jäsenenä ja sairaalaosaston jäsenenä. Olin neljänä päivän viikossa avohoidossa ja yhtenä sairaalassa. Musta tuntuu, et pohjoisella alueella avohoito ja sairaala hyvin sujuvasti toimi, et samoja ihmisiä näin, olin millä tontilla, milloinkin. Olen sitten sijaistanut (--), sitten mulle järjestettiin vakanssi kuntoutuspsykiatria, jota ei ole enää olemassa. Sieltä avohoidosta ei tarvinnut mitään lähetteitä, ku oltiin tiimin jäseniä.”(h17).*

Avohoidon onnistuminen kannalta on tärkeää huolehtia potilaan toimeentuloon, vuorovaikutussuhteisiin ja virkitystoimintaan liittyvistä seikoista. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1997; 42.) 1990-luvulla puhuttiin sosiaalisesta holhouksesta, sillä osalla potilailla oli virkaholhooja tai omaiset huolehtivat potilaan talousasioista. Muissa tapauk-

sisä taloudellisten asioiden hoidossa autoivat mielenterveysyksiköiden sosiaalityöntekijät, joiden palveluiden saaminen vaihteli alueittain. Paikoitellen palvelut olivat keskitettyä ja paikoitellen sosiaalityöntekijä kuului mielenterveysyksikön tiimiin. Yhden sosiaalityöntekijän vastuulla saattoi olla kaksi yksikköä, josta esimerkkeinä Oulunkylän ja Maunulan mielenterveystoimistot jakoivat yhden sosiaalityöntekijän tai koillisen alueen päiväsairaalan sosiaalityöntekijä vastuulla oli päiväsairaalan potilaiden lisäksi alueen kuntoutuskotien asukkaiden talousasioissa auttaminen, kun taas keskisen alueen päiväsairaalassa ei ollut omaa sosiaalityöntekijää vaan palvelua tarjottiin keskitetysti.

Sosiaalityöntekijöiden palvelut olivat olennainen osa potilaiden hoidossa, kuten sosiaalisen tilanteen arvioiminen ja erilaisten tukitoimien hakeminen, joiden tarkoituksena oli potilaan sairaudesta aiheutuvan haittojen vähentäminen. Esimerkkinä mielenterveyspotilaiden vammaispalvelulain mukaisia palvelut, kuten kuljetuspalvelut, sopeutumisvalmennus, kuntoutusohjaus, henkilökohtainen avustaja ja suojaus sekä sosiaalihuoltolain mukaiset tuetut asumispalvelut ja kotipalvelut. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 40). Sosiaalityöntekijä auttoi potilasta myös taloudellisten asioiden hoitamisessa, jonka myötä virkaholhoojan hankkimisen tarvetta arvioitiin. Myös sosiaalityöntekijät toimivat tiimissä vastuutyöntekijöinä, joten sosiaalityöntekijöitä kannustettiin koulutautumaan terapiatyöhön. Tämän myötä ilmeni oman erityisosaamisen vähenemistä, johon vedoten jopa kieltäytyttiin peruskoulutuksensa mukaisista työtehtävistä. Mielenterveysyksiköissä on kuitenkin aina tehty sosiaalityötä ja sosiaalityöntekijän puuttuessa myös hoitajat ja psykologit olivat auttaneet potilaita esimerkiksi Kelan papereiden täyttämässä, vaikkakin tieto -taitoa ei koettu olevan riittävästi. 1990-luvun puolivälissä havaittiin mielenterveyspotilaiden vammaispalvelulain mukaisten hakemusten vähäinen määrä, jonka arveltiin johtuneen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden vähäisestä potilaan ohjaamisesta edellä mainittujen palveluiden piiriin. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 41, MaTaPuPu 86/1997; 11).

### 5.1.2 Sosiaali -ja terveyspalvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut muodostuivat kolmesta alaluokasta; alueosastot, perusterveydenhoito ja sosiaalihuolto, jotka kuvaan taulukossa 5 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 5. Yläluokka: sosiaali -ja terveysterveyspalvelut.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivätoiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalaisyhteiskunnan toimijat		

Vuonna 1991 Hesperian sairaalan sairaansijat (N=264) oli jaettu terveysterveystalon määräysten alueiden kesken seuraavasti; eteläinen terveysterveystalon keskus 56, läntinen- 56, keskinen ja pohjoinen- 56, koillinen- 40 sekä kaakko ja itäinen- 56. Kun vastaavat luvut Nikkilän sairaalassa olivat (N=190), eteläinen 46, läntinen 40, keskinen ja pohjoinen 33, koillinen 40 sekä kaakko ja itäinen 31 (Helsingin kaupungin terveysterveystalon lausunto 1/1991; 11). Alue-mallin myötä sairaalaoasastot muutettiin aluejakomallin mukaisesti alueosastoiksi, kuten Hesperian sairaalan Y3 toimi pohjoisen alueen osastona. Nikkilän sairaalan potilaita si-joitui Hesperian sairaalan osastoille sekä loput Nikkilän sairaalan osastot siirtyivät pää-

osin sellaisenaan Auroran sairaalaan. Alettiin opetella avohoidon ja sairaalan välistä yhteistyötä, sillä työntekijät havaitsivat hoidon olevan sujuvampaa, kun työntekijät tunsivat toisensa. Kokemukset yhteistyöstä olivat hyvät.

Koillisen terveystieteiden keskuksen vuosien 1992- 1997 toiminta – ja tavoitesuunnitelman ja Helsingin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kehittämisstrategian mukaisesti Malmin sairaalaan perustettiin aluepsykiatrisen mallin mukaisesti psykiatrisen avo-osasto (P1) vuonna 1993, jonka tarjosi sekä miehille että naisille akuuttihoitoon periaatteen mukaista psykiatrista hoitoa. Psykiatrian avo-osastolle saavuttiin mielenterveystoimistosta, Hesperian sairaalasta ja Malmin sairaalan muilta osastoilta kirjoitetun lähetteen perusteella, jonka koettiin madaltaneen potilaiden psykiatriseen hoitoon hakeutumista. Osaston tarvetta perusteltiin väestöselvityksen tuloksien osoittaneen koillisen alueen potilaiden akuuttihoitoon tarpeen lisääntyneen pitkäaikaishoidon tarpeen vähentyessä. Ensimmäistä kertaa perussairaanhoidon resursseja siirrettiin psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja toteutuminen onnistui ilman ulkopuolista rahoitusta. Osaston potilasmäärä oli 15 ja hoitohenkilökunnan vakansseja 17. (MaTaPupu 32/1992; 3, 38/1993; 3.) Hoitajakson aikana perusterveydenhoito säilyi potilaan omalla terveysasemalla, mutta muu somaattinen hoito annettiin joko osastolla tai somaattisella osastolla, riippuen hoidon vaativuudesta. Potilaan jatkohoitona toimi tyypillisesti mielenterveystoimisto. Laman vaikutukset näkyivät, kuten alueiden avosairaalaosastojen perustamissuunnitelmat kariutuivat ja hoitoon hakeutuvat potilaat olivat yhä enemmän masentuneita.

Potilaan somaattisesta terveydestä huolehti perusterveydenhoito, johon kuuluivat terveysasema- että hammashuoltopalvelut. Vuonna 1997 Helsingin terveysasemat jakoivat asukkailleen oman asuinalueen terveysaseman esitteen, josta ilmeni terveysaseman yhteystiedot ja esiteltiin kyseisen terveysaseman peruspalvelut, kuten lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotto ja laboratoriopalvelut. (MaTaPupu 16/1997; 17). Useista mielenterveystoimistoista lääkäri -hoitaja työpari jalkautuivat terveysaseman yhteistyökouksiin. Puhuttiin psykiatrisesta konsultaatiosta. Tapaamisissa olivat valmiina potilastapaukset, joihin terveysaseman henkilöstö toivoi apua, kuten lääkitysasiat. Koettiin, että tapaamisissa opittiin tuntemaan toiset, jolloin yhteistyön tekeminen helpottui.

Mielenterveysyksiköissä potilaiden hammashuoltoon ei kiinnitetty riittävästi huomiota, sillä koettiin ettei se ei ollut ensisijainen hoidettava asia. Tarvittaessa potilas ohjattiin palveluiden piiriin. Muisteltiin myös, ettei pitkäaikaispotilailla juurikaan ollut omia ham-

paita. Osasyynä saattoi olla, että usein mielisairaaloissa oli oma hammaslääkäri ja hampaita poistettiin surutta. Koettiin, että hammashuoltoon liittyvä informointi ei tavoittanut mielenterveyspotilaita, sillä hammashuollosta ei tehty tietoiskuja esimerkiksi mielenterveystoimistoon. Vuonna 1998 terveyslautakunta päätti Läntisen terveyskeskuksen järjestämään psykiatrian erikoisairaanhoidon henkilökunnalle hammassairauksien ennaltaehkäisevää koulutusta ja tiedon jakamista potilaille. Hankesuunnitelmana oli perustaa Auroran sairaalaan mielenterveyspotilaiden oma hammashoitola. (Helsingin kaupungin terveystoimisto 10/1998; 16.) Samana vuonna terveyslautakunta suositteli myös terveystoimiston mielenterveystyötä johtavan ylilääkärin sekä johtavan ylihammaslääkärin kartoittavan mielenterveyspotilaiden hammashuollon tarvetta ja suunnittelemaan tarpeenmukaiset hoitojärjestelyt sekä pohtia sen kehittämiseen keinoja. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1998; 17.)

*”Meillähän oli se hyvä juttu, ku oltiin siinä Herttoniemen sairaalan alueella, niin siinähän oli hammashoitola ja terveysasema, et kyllähän me saatiin erilaista apua. En kyllä muista tota (hammashoito), ku se ei ollut kyllä ensisijainen asia. Voisin kyllä uskoa, et hoitajana muistaisin, et olisin kiinnittänyt huomioita eikä hampaista puhuminen ollut se ykkösasia. Edelleen analyttinen puoli vaikutti tähän, et olis ollut erikoista puhua hampaista.”(h2)*

Mielenterveysyksiköillä oli hyvä yhteistyö muiden viranomaisten kanssa, kuten perheneuvolan ja A-klinikan kanssa, jonka koettiin olevan tiivis. Yhteistyö oli erityisesti palveluissa, joissa tunnettiin toiset saman pihapiirin ansiosta. Pyrkimyksenä oli pitää matalat raja-aidat. Yhteistyötä tehtiin myös lastensuojelun ja sosiaaliviraston kanssa, kuten erityissosiaalitoimiston (ESTO) kanssa. Tavoitteena oli saavuttaa mielenterveyspotilaille sosiaalihuoltolain mukaisen palvelut, kuten Kulosaaren tukikotitoiminta moniongelmaisille potilaille. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 41).

*”Silloin oli myös sellainen ESTO, joka oli erityisvaikeille ihmisille sosiaalitoimisto, joka oli matalan kynnyksen toimisto. Nehän oli hyvin sairaita, et elivät metsissä ja missäkin.”(h2)*

## 5.2 Avohoidon tukipalvelut

Avohoidon tukipalvelut jakautuivat kolmeen yläluokkaan asumispalvelut, päivä- ja työtoiminta ja kansalaisyhteiskunnallista toimijat. Asumispalveluita olivat kuntouttava asuminen, tuettu asuminen ja asuntolat ja päivä – työtoimintaa tarjosivat työsalit ja päiväkeskukset sekä kansalaisyhteiskunnallisina toimijoina olivat potilasjärjestöt ja virkistystoiminta. Avohoidon tukipalvelut kuvataan taulukossa 4 sinisellä häivyttynä.

Taulukko 6. Pääluokka: avohoidon tukipalvelut.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielen terveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivätoiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalaisyhteiskunnan toimijat		

### 5.2.1 Asumispalvelut

Asumispalvelut muodostuivat kolmesta alaluokasta; kuntouttava asuminen, tuettu asuminen ja asuntolatoiminta, jotka kuvaan taulukossa 7 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 7. Yläluokka: asumispalvelut.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivä-toiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalais-yhteiskunnan toimijat		

Pitkäaikaisien mielenterveyspotilaiden sairaaloiden sairaansijojen vähentämisen myötä pyrittiin lisäämään avohoidon asumispalveluita, kuten välimuotoisten asumismuotojen järjestäminen sairaalakiinteistöihin sellaisille potilaille, joilla ei ole ollut enää vuodeosastohoidon tarvetta, mutta itsenäisen elämisentaidot ovat riittämättömät. Monimuotoisen

tukea tarvitsevien potilaiden avohoitoon siirtymisen ongelmana oli vähäiset tuetun asu-  
mispalveluiden määrä. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1993; 15-16). Kun-  
toutuva asuminen oli tärkeä toimintamuoto toimintaterapian rinnalla ja Helsingissä kun-  
toutuva asumismuotoja tarjosivat asumisvalmennus-, kuntoutuskoti- ja tukikotitoiminta.  
Nikkilän sairaalan potilaat kävivät valmentautumassa Helsinkiin asumisvalmennuksen  
avulla. Asumisvalmennusyksiköitä oli muun muassa keskisen alueen Toisella Linjalla,  
jossa tarjottiin potilaille viikon asumisharjoittelujaksoja. Organisaatiomuutoksen jälkeen  
kyseinen toiminta hajaantui alueille, kuten Myllypuron kuntoutuskodin kanssa samaan  
rakennukseen. Sitten Myllypuron valmennusasuminen siirtyi Auroran kuntoutuskoti-  
n toiminnaksi ja toiminta lakkautettiin 90-luvun lopulla.

*”Muistan yhden miespotilaan siinä valmennusasunnossa, joka oli viikon harjoittelemassa sitä asumista sieltä Nikkilästä, niin me käytiin tutustumassa paikkoihin. Sitten siinä kävi niin, että ku näitä säästösyistä näitä organisaatiomuutoksia on tehty pitkin matkaa Helsingin kaupungilla, niin silloin valmennus -asuminen sieltä Kalliosta lopetettiin. Siinä vaiheessa sitten mentiin Myllypurossa Ala-Kiventielle, jossa sijaitsi kuntoutuskodit, niin siellä oli yksi ylimääräinen huone. Se toimi pelkästään valmennusasunnon nimikkeellä, mut oli samassa rapussa kuin Myllypuron kuntoutuskodit. Sitten kävi niin, että sieltä Myllypurostakin valmennusasuntotoiminta häädettiin, joka siirtyi tänne Auroraan rakennus 17, silloiseen Auroran kuntoutuskotiin, Auroran ainokaiseen.”(h3).*

Kuntoutuskoteja nimitettiin myös kuntoutumiskodeiksi, muutama nimitti yksikköä pienokodiksi, vaikka yksikön toimintaperiaate kuvauksissa oli sama. Helsingin kaupungin avo-  
mielenterveyspalveluiden tai sairaalan hoitosuunnitelman mukaisesti kuntoutuskoteihin  
otettiin ainoastaan helsinkiläisiä potilaita, joiden kuntoutuminen tarvitsi pitkäaikaisen oh-  
jaamisen, kuten itsenäisen elämisen taitojen opetteleminen. (Helsingin kaupungin ter-  
veyslautakunta 5/1997; 41). Kuntoutuskodit toimivat myös kuntoutusosaston jatkohoito-  
paikkana. Nikkilän sairaalan toiminnan supistamisen seurauksena sairaalan entisiä po-  
tilaita sijoitui myös kuntoutuskoteihin, kuten Nikkilän sairaalan Kuusikulman kuntoutus-  
kodin potilaat siirtyivät jatkohoitoon koillisen alueen kuntoutuskotiin. 1990-luvun alkupuol-  
lella kuntoutuskoteja perustettiin eri alueille ympäri Helsinkiä, kuten keskisellä alueella  
oli useampi kuntoutuskoti ja koillisella alueella oli kaksi kuntoutuskotia Puistolassa ja  
Tapanilassa. Mainittiin myös Auroran kuntoutuskodit ja Myllypuron kuntoutuskodit sekä  
Haagassa että Tinasepäntiellä sijaitsevat kuntoutuskodit. Yksikköjä kohtaan oli vain vä-  
hän vastustusta, kuten Auroran ja Hesperian sairaalan alueella sijaitsevat kuntoutuskodit  
eivät ole herättäneet naapurustossa lainkaan vastustusta. Eiran miesten kuntoutuskoti-  
sta tuli usein valituksia. Järjestyshäiriöitä ei ollut, mutta alueella koettiin mielenterveys-

potilaiden erottuvan liiaksi alueen muista asukkaista runsaan kadulla tupakoinnin ja kaduilla oleilun vuoksi. Myöhemmin kuntoutuskodin tiloihin järjestettiin oma tupakkahuone. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1999; 12-13).

Kuntoutuskodeissa oli myös päiväkävijöitä lyhyemmällä kuntoutusjaksoilla, mutta tyypillisesti kuntoutuskodissa asuttiin pitkään. Tämän seurauksena kuntoutuskoteihin oli jonoa. Useimmiten potilaat olivat asuneet pitkään joko sairaalassa tai vanhempien kanssa eikä omaa asuntoa ollut. Kuntoutuskodit olivat pieniä yksikköjä; tyypillisesti 4-5 asukasta, joilla oli oma huone ja yhteiset tilat ja yksiköt sijaitsivat sekä omakotitaloissa että kerrostaloissa. Useat tuetut asumiskuntoutuspaikat eivät täyttäneet normaalin asumisen standardeja, joka määritteli asumisvaatimuksena olevan vähintään oma huone, keittiö ja wc. Ainostaan Myllypuron asumiskuntoutuspalvelut täyttivät nämä vaatimukset (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 40).

Kuntoutuskotien henkilökunta koostui pääosin mielisairaanhoitajista, jotka työskentelivät arkisin, pääsääntöisesti aamupäivän ajan. Usein työparina oli vastavalmistunut ja pitkään psykiatrissa työtä tehnyt hoitaja, jonka koettiin olleen sen ajan mentorointia. 1990-luvun puolivälissä kuntoutuskotipaikat olivat riittävät ja tuetun asumispalveluiden tarve oli kasvusuunnassa, jonka seurauksena pienempiä kuntoutuskotiyksikköjä lakkautettiin henkilöstö- ja vuokramenojen karsimiseksi. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1995; 14), kuten Jäkälätien kuntoutumiskoti neljän vuoden toimisen jälkeen vuonna 1994 (MaTaPuPu 12/1994; 6). Vuosien 1996-1997 aikana perustettiin Auroran sairaalan entisten henkilökunnan asuntoihin kaksi tuettua asumisyksikköä (N=50), jonne potilaat muuttivat suoraan Nikkilästä Nikkilän sairaalan supistamisen myötä ja Nikkilän sairaalan kuntoutuskodin huonon kunnan vuoksi. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1996; 13, 27; 6/1996; 19.)

*"...Sittenhän meillä oli päiväkävijöitä, jotka tuli päiväselteään harjoittelemaan kuntoutumiskotiin, jotka nukkuivat kotonaan ja tulivat päiväksi meille." (h14).*

Pääosin potilaat asuivat Helsingin kaupungin vuokra- asunnoissa, omakotitaloissa tai osakehuoneistoissa. Tyypillisesti asuivat yksin tai ydinperheen kanssa tai parisuhteessa toisen mielenterveysongelmaisen henkilön kanssa. Kuntoutusjakson ajaksi potilaan oma osakehuoneisto vuokrattiin. Asumista tuettiin kotikuntoutuksen avulla. Vuonna 1991 mielenterveyskuntoutujien tuetut asumispalvelut olivat riittämättömät sairaalasta kotiutuville

potilaille, joilla itsenäiset elämäntaidot olivat usein puutteelliset. Helsingin kaupungin terveysvirasto esitti lisäävustusten määräämistä Niemikotisäätiölle asumispalveluiden järjestämiseksi, joiden katsottiin olevan potilaan hoidon kannalta tuloksellista toimintaa. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 16/1991; 12). Mielenterveystoimiston tukiasuntoja (soluasuntoja) perustettiin aiempiin Helsingin kaupungin työsuhdeasuntoihin, kuten koillisen alueelle muutti 40 Nikkilän entistä potilasta, jotka sijoitettiin asumaan muun muassa Pihlajamäkeen. Malmin miesten asuntola -toiminnan loppuessa osa potilaista muuttivat tukiasuntoihin. Mielenterveystoimisto (kuten kotikuntoutus) tuki asumista kotikäynnein. Vuonna 1992 mielenterveyspotilaiden asuntojen Jälleenvuokrauksen -toiminta siirtyi Hesperian sairaalan tehtävistä Niemikotisäätiön järjestämäksi (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1993; 24), jolla oli oma henkilöstönsä ja toiminta laajeni ympäri Helsinkiä kattavaksi.

Suomen mittakaavassa Helsingin kaupunki kykeni järjestämään riittävän ja monipuolisen asumispalveluverkoston mielenterveyspotilaille yhteistyössä Niemikotisäätiön ja muiden toimijoiden kanssa, kuten Y-Säätiön moniongelmaisten mielenterveyspotilaiden rakennushanke. Puutteita ilmeni runsaasti tukea tarvitsevien moniongelmaisten potilaiden hoitokotipaikoista (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1996; 12). Moniongelmaisten potilaiden sopivien asumispalvelumuotojen järjestämiseksi sosiaali- ja terveysvirasto vahvistivat yhteistyötään, siten että sosiaalivirasto vastasi asumisyksikön toiminnasta, kun taas terveysvirasto vastasi potilaan mielenterveyden hoidosta ja henkilökunnan työnohjausta (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1996; 13). Tukiasunnoista muistettiin Lauttasaaren tukiasunnot, jonka perustamista naapurusto vastusti. Kyseisen yksikön potilaita kuvattiin erittäin sairiksi, jotka oli poimittu tukiasumiseen metsistä ja metroista. Pyrkimyksenä oli saada heidät mielenterveystoimiston hoidon piiriin viimeistään sairaalahoidon jälkeen, mutta avohoito oli vapaaehtoinen. Yksikön potilaiden hoidosta (kuten injektiohoito) vastasi alueen mielenterveystoimisto antaen myös yksikön henkilökunnalle työnohjausta.

*”Yksi sairaanhoitaja perusti sen (tukikoti) lääkärin kanssa, jossa mä olin myös vähäsen aikaa, niin sinne raahattiin ihmisiä metsistä ja perustettiin Lauttasaareen sellainen tukikoti. Siellä oli osa heti hoidon piiriin, mutta osa ei ja et ku pimahtivat, niin sitten pääsivät hoitoon Auroran sairaalaan ja sitten tulivat meidän poliklinikan potilaiksi.” (h2).*

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto järjesti asuntolatoimintaa asunnottomille helsinkiläismiehille, kuten Hyttitiellä ja Sahaajankadulla. Toiminta oli Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ylläpitämää järjestäen maksusitoumuksen yksityisille palvelutuottajille ja siten

asukkaat eivät olleet VVA (vaikka vakituista asuntoa). Helsingissä toimineiden asuntoloiden tarkoituksena oli toimia asunnottomien lyhyt- tai pitkäkestoisen tarpeen yösijana, jonka oli havaittu laitostaneen asukkaansa. Asuntolat olivat tyypillisesti suuria laitoksia, joissa asuivat vain miehet. Asuntoloissa ei ollut mahdollisuutta yksityisyyteen eikä itseenäiseen ruoka- ja vaatehuoltoon. Asuntoloissa vallitsevat säännöt edellyttivät niiden noudattamista eikä siten antanut asukkaalle valinnanmahdollisuutta, joten asuntolassa asuminen ei sopinut kaikille. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 16/1991; 11).

Asuntoloihin sijoittuivat pääosin alkoholi-ongelmaiset miehet, joissa osalla oli myös mielenterveydellisiä ongelmia. Asuntoloissa oli oma henkilökunta, joka huolehti yksikön ylläpitämisestä ja asukkaista, mutta toiminta ei sisältänyt hoito-ohjelmaa vaan hoidollinen kontakti pyrittiin luomaan alueen terveystaloihin, kuten alueen mielenterveysyksiköön, josta tehtiin kotikäyntejä asuntolaan. Hoitopaikat määräytyivät henkikirjojen mukaisesti ja ajoittain henkikirjat jäivät päivittämättä asukkaan silloisen tilanteen mukaiseksi. Asuntoloita kuvattiin epäinhimillisiksi paikoiksi, joissa oli jopa 100 asukasta. Kyseenlainen asuntolatoiminta vähitellen lakkautettiin ja muun asuntolatoiminnan kehittäminen kuntouttavan ja porrasteisen tuen palvelutarjoajiksi, jonka avulla pyrittiin löytämään asukkaiden sopivin asumismuoto. Lakkautettujen asuntoloiden tilalle perustettiin porrasteista asumispalveluita, kuten kuntoutuskoteja ja välivuokrausasuntoja, joissa asuivat sekä miehiä että naisia. Nämä palvelut tukivat hyvin kuntoutumista eikä havaittu häiriötekijöitä. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 16/1991; 12-13).

*”Olihan niitä 90-luvulla semmoisia valtavia asuntoloita, esimerkiksi koillisella alueella oli tällainen ”Hyttitie”, missä oli, saattoi olla vaikka sata ihmistä kirjoilla. Et se lakkautettiin epäinhimillisenä, mutta oli tosi paljon Hesperia A9:lla hoidossa potilaita, joiden osoitteena oli Hyttitie. Monen asunnottoman osoite oli Hyttitie. Olihan niitä varmaan muitakin, mut itse tunnen sen Hytttien parhaiten. Mikä oli kammottava paikka.”(h7).*

### 5.2.2 Päivä- ja työtoiminta

Päivä- ja työtoiminta muodostuivat kahdesta alaluokasta; työsalit ja päiväkeskukset, jotka kuvaan taulukossa 8 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 8. Yläluokka: päivä- ja työtoiminta.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivä-toiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalais-yhteiskunnan toimijat		

Sairaalasta kotiutuvat potilaat tarvitsivat tuetun asumisen lisäksi tukitoimintoja, kuten työ- ja päiväkeskustoimintaa (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1995; 14). 1980-luvulta alkaen Helsingin kaupunki järjesti avomielenterveyspalveluina päivä- ja työsalitoimintaa, kuten Haagan kuntoutuslaitos. 1980-luvun puolivälistä lähtien myös potilasjärjestöt ja säätiöt tarjosivat mielenterveyspotilaille työtoimintaa, kuten Helmi ry ja Niemikotisäätiö (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 16/1998; 29.) 1990-luvun kaupunki lisäsi ostopalveluiden käyttämistä vähentäen samalla omaa toimintaa, josta esimerkkinä Haagan työkeskuksen siirtyminen Helsingin terveystoiminnan hallinnasta Niemikotisäätiön toiminnaksi vuonna 1989, jota ennen työkeskukseen oli tehty teknisiä muutoksia. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1989; 7).

Päiväkeskukseen ohjattiin psykiatrian yksiköistä ja Niemikotisäätiön asumiskuntoutuksen kautta (MaTaPupu 63/1999; 12). Päivä- ja työkeskuksissa kävijöiden hoidollinen vastuu oli mielenterveystoimistossa. Päiväkeskuksissa kävivät krooniset potilaat, joilla oli runsaasti oireita, kun taas työsalit kävijät olivat tyypillisesti parempivointisia. Päiväkeskuksia oli pitkin Helsinkiä, joista yksi perustettiin vuonna 1989 Malmin miesten asuntolan tiloihin (Niemikotisäätiön Malmin päiväkeskus), joka tarjosi päivittäin yli 30 mielenterveyspotilaalle mielekästä toimintaa (MaTaPupu 63/1999; 12.) Työkeskuksia oli useita, kuten Paloheinän sekä Haagan työsalit sekä Fleminginkadun Ompelimo. Työsaleilla oli erilaisia työtoimintoja ja tarjosivat potilaille asuinalueen läheisyydessä toimintakyvyn mukaista kunnollista työtä, vaikkakin toiminta koettiin leimalliseksi. Vuoden 1998 lopussa Nikkilän työtoiminta (Mesta) siirtyi Auroran sairaalan alueelle, joka tarjosi työtoimintaa sekä Auroran sairaalan potilaille että avohoidon potilaille. Työn sisältönä olivat yksinkertaiset alihankintatyöt (kuten ruuvien pussittaminen), josta potilaat ansaitsivat keskimäärin keskiansio 400-700mk/kk (Helsingin kaupungin lautakunta 16/1998; 29). Paremman toimintakyvyn omaavat mielenterveyspotilaat olivat haluttomia työsalitoimintaan leimaantumisen vuoksi ja työikäisille järjestettiin omat palvelut, kuten sosiaaliviraston järjestämät suojatyökeskukset Pakilassa (puu/metallityö) ja Vallilassa (verhoomo/ompelutyö). 1990-luvun loppupuolella avohoidon tukipalveluihin suunniteltiin myös aktiivista työhön kuntouttavaa toimintaa (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 3/1998; 8). 1990-luvulla vajaakuntoisten henkilöiden alihankintatyöstä käytettiin leimaavaa suojatyön nimitystä, joka muutettiin kuntouttavaksi työtoiminnaksi 2000-luvun alussa.

*”Sit oli erilaisia päivätoimintakeskuksia, mut mun potilaat eivät käyneet niissä. Musta tuntuu, et niissä kävi vähän parempikuntoisia potilaita, virkeämpiä ja kiinnostuneempia kuin mun potilaat, olivat todella pitkään sairastaneita ja tarvi tosi strukturoitua juttua, et nyt tehdään näin. Ja et sekin saattoi vaikuttaa et päivätoimintakeskus saattoi sijaita aika kaukana, niin se olis vaatinut enemmän oma-aloitteisuutta.”(h10).*

### 5.2.3 Kansalaisyhteiskunnan toimijat

Kansalaisyhteiskunnan toimijat muodostuivat kahdesta alaluokasta; potilasjärjestöt ja virkistystoiminta, jotka kuvaan taulukossa 9 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 9. Yläluokka: kansalaisyhteiskunnalliset toimijat.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Mielenterveys-toimisto Kotikuntoutus Päiväsairaala Kuntoutus-psykiatriset toimijat	Mielenterveys-yksikkö	Alueelliset palvelut	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelut
Alueosastot Perusterveydenhuolto Sosiaalihuolto	Sosiaali- ja terveys palvelut		
Kuntouttava asuminen Tuettu asuminen Asuntolatoiminta	Asumispalvelut	Avohoidon tukipalvelut	
Työsalit Päiväkeskukset	Työ -ja päivä-toiminta		
Potilasjärjestöt Virkistystoiminta	Kansalais-yhteiskunnan toimijat		

1990-luvulla ei puhuttu kolmannesta sektorista vaan kansallisyhteiskunnallisista toimijoista. Mielenterveysyksiköt tekivät yhteistyötä kansalaisyhteiskunnallisten toimijoiden kanssa, kuten säätiöiden, oppilaitosten ja seurakunnan kanssa. Mielenterveysyksiköiden ja seurakuntien välillä oli tiivis yhteistyö yhteisten tuokioiden, kuten yhteisen Joulukirkon, merkeissä. Mielenterveyspotilaita kannustettiin osallistumaan myös asuinalueen toimintaan, kuten Työväenopiston toimintaan. Malmin seurakunta perusti yhdessä Pihlajiston Lähiöaseman kanssa Olohuone-toiminnan tarjoten asukkailleen erilaista toimintaa, kuten laulutuokioita (MaTaPupu 25/1998; 5). Mielenterveysyksikön fysioterapeutit järjestivät yhteisiä liikuntakursseja kaupungin Liikuntaviraston kanssa, jonka tavoitteena oli roh-

kaista potilasta osallistumaan myös vapaa-ajallaan liikuntamahdollisuuksiin. Myös Niemikotisäätiö järjesti litin leirikeskukseen erittäin suosittuja yhteisiä viikon mittaisia kesäleirejä, joihin osallistuivat sekä mielenterveysyksikön että asumispalveluiden potilaita ja henkilökuntaa.

Helsingin sosiaalialan oppilaitoksen mielenterveys- ja päihdetyön lähihoitajiksi opiskelevat yksi työharjoittelujakso toteutettiin Niemikotisäätiön työkeskuksessa, jossa tapasivat potilaita kerran viikossa seitsemän (7) viikon ajan. Tapaamisten sisällöt vaihtelivat asiointireissuista retkitoimintaan sekä askarteluhetkiin. Tärkeimmiksi asioiksi koettiin läsnäolo ja kuunteleminen. Myös opiskelijat havaitsivat avohoidon resurssien olevan riittämättömät. Toiveena esitettiin, mielenterveyspotilaisiin liittyvien asenteiden kaatamiseksi opiskelijoille järjestettäisiin kyseisen tavan mukaisia työharjoittelujaksoja. (MaTaPupu 44/1998; 12.) Mielenterveysyksikön ja oppilaitoksen välinen yhteistyö jatkui, kuten opiskelijat järjestivät opintoihin liittyviä tuokioita, kuten liikuntatuokioita, mielenterveystoimiston potilaille, joissa mielenterveystoimiston työntekijä oli mukana.

*”Kaupungilla on ollut aina mietittynä erityisryhmien palvelut, kuten Liikuntavirastolla, mut ne oli ”tiskin alla” siis mielenterveyskuntoutujille suunnatut ryhmät, ku se stigma oli kyllä niin vahva. Et Liikuntavirastohan heitti pallon silloin mielenterveysyksiköihin, et sieltä katsottais ne, jotka tarvitsivat eikä niin, et ryhmät täytyi kaikkein röyhkeimmistä mielenterveyspotilaista. Et kaupungilla on ollut kyllä matalan kynnyksen palvelua, niinku terveydenhuollon ulkopuolellakin. Niin siksihän sitä yhteistyötä tehtiin, et palvelut saatiin meidän potilaille, et oltiin vähän niinku valvomassa sitä populaa siten. Nykyään on toisin, et potilaat itse ilmoittautuu ryhmiin.”(h16).*

Avomielenterveyspalvelut tekivät yhteistyötä säätiöiden ja potilasjärjestöjen sekä seurakunnan kanssa yhteisen toiminnan kehittämiseksi (Helsingin kaupungin terveysvirasto 6/1996; 23.) 1980-luvulta lähtien Niemikotisäätiö tarjosi sosiaalipsykiatrisia kuntoutuspalveluita helsinkiläisille mielenterveyspotilaille, kuten asumiskuntoutusta ja työsalitoimintaa. Tarpeiden kasvaessa toimintaa laajennettiin koko ajan Helsingin kaupungin ja Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustuksilla, kuten Helsingin kaupunki vähensi oman toiminnan järjestämistä lisäten säätiön avustusten määrää. Säätiö tavoitteena oli sairaalahoitojen vähentäminen, jossa onnistuttiin. Säätiö teki säännöllistä yhteistyötä Helsingin kaupungin mielenterveysyksiköiden kanssa, kuten potilasvalinnat tehtiin yhteistyössä potilaan hoitotahon kanssa (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 9/1995; 6). Niemikotisäätiö tarjosi porrasteista toimintaa avohoidon potilaille, jonka toimintamalli oli lähtöisin Tampereen Sopimusvuoresta. Niemikotisäätiön toiminta järjestettiin osittain

Helsingin kaupungin rahoituksen avustuksella, jonka määrää vuosittain arvoitiin (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1989; 16.)

Vuonna 1992 Helsingin terveystyöryhmä vuokrasi Mielenterveysyhdistys Helmi ry:lle Länsi-Pasilassa sijaitsevan suojelurakennuksen, jonka tiloissa Psykkiset ry (PKE) myös koontui. Mielenterveysyhdistys Helmi ry aloitti toimintansa vuonna 1983, joka toimi mielenterveyspotilaiden omana valtakunnallisena sosiaalipoliittisena etu- ja toimintajärjestönä. Toimintaan kuuluivat ryhmätoiminta, opintoretket ja ateriapalvelu. Yhdistyksen jäsenet kokivat toiminnan merkitykselliseksi omassa kuntoutumisessaan. (Helsingin terveyslautakunta 17/1992; 37.) Mielenterveys Keskusliitto toimi RAY:n rahoittamana, valtakunnallisena psykiatristen potilaiden ja omaisten etu- ja potilasjärjestönä, jolla oli 1990-luvun puolivälissä 130 paikallista mielenterveysyhdistystä ja jäseniä yli 13 000. Järjestön yleisöpalvelumuotona ilmestyi Käsi kädessä-lehti, jonka tarkoituksena oli tuottaa mielenterveyspotilaiden ja omaisten kokemuksellista tietoa, kuten tietoa itsestä huolehtimisesta. Toiminnan tavoitteena oli tiedottaa mielenterveyspotilaiden elämästä ja tarpeista päätäjille ja ammattilaisille sekä ennaltaehkäistä toipuvien potilaiden sairaalahoitajaksot järjestämällä vertaistukea, esimerkiksi liikuntaryhmien avulla (MaTaPuPu 55/1997; 3, 10; Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1997: 29).

Kesällä 1996 Helsingin Malmilla aloitti kaupungin ensimmäinen avohoidon mielenterveyspotilaille vertaistukea ja monipuolista kerho- ja työtoimintaa tarjoava paikka Karvinen, jota järjestettiin yhteistyössä Psykkiset ry, kaupungin koillinen aluepsykiatria ja Mielenterveys Keskusliitto (MaTaPupu 47/1996; 3; Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1999; 13.), joka oli mielenterveyskuntoutujien tapaamispaikkojen edellä kävijä. Potilasasetujärjestöt tarjosi myös lakimiespalveluita, kuten Helmi ry ja Mielenterveyden Keskusliiton Propelli-palvelu. Sitten oli tarjolla Helsingin Klubitalo- ja Majakka ry toimintaa. Alvi ry tarjosi mielenterveyspotilaille tuettua asumista kahdessa asuinyksikössä. Suomen Punainen Risti (SPR) tarjosi Ystävä- ja tukihenkilötoimintaa muun muassa mielenterveyspotilaille, jonka tarkoituksena oli sairaalavierailuiden, pienten askareiden tai kuljetus- ja saattamispalveluiden kautta auttaa ja tukea apua tarvitsevaa. Ystävätoiminta toimi vapaaehtoisvoimin, joten koulutusta järjestettiin jatkuvasti. 1990-luvun puolivälissä SPR:n osastoissa toimi yli 10 000 vapaaehtoista. (MataPupu 27/1996; 5.)

Toisessa tutkimuskysymyksessä kuvaan 1990-luvun avomielenterveyspalveluiden tuen muotoja. Avomielenterveyspalveluiden tarkoituksena oli potilaan kuntoutumisen tukeminen ja tarpeenmukaisen hoidon tarjoaminen, jotka kuvaan taulukossa 10.

Taulukko 10. Yhdistävä tekijä: 1990-luvun Helsingin kaupungin avomielen terveystalvurjuen tuen muodot.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnyksen palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	1990-luvun Helsingin kaupungin avomielen terveystalvurjuen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

### 5.3 Potilaan kuntoutuksen tukeminen

Potilaan kuntoutuksen tukeminen jakautui kolmeen alaluokkaan; hoitosuunnitelma, matalan kynnykset palvelut ja lähetekäytäntö, jotka kuvaan taulukossa 11 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 11. Pääluokka: potilaan kuntoutumisen tukeminen.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnykset palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelujen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

### 5.3.1 Potilaan hoidon suunnittelu

Potilaan hoidon suunnittelu muodostui kolmesta alaluokasta; hoitosuunnitelma, matalan kynnyksen palvelut ja lähetekäytäntö, jotka kuvaan taulukossa 12 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 12. Pääluokka: potilaan hoidon suunnittelu

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnykset palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	Helsingin kaupungin avomielen terveyspalvelujen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

Usein potilaan kuntoutuminen oli aloitettu jo mielisairaalassa, jossa oli arvioitu potilaan tarvitsema tuki. Jokaisella sairaalasta uloskirjatulla potilaalla oli suunniteltu jatkohoito. 1990-luvun alussa sairaalan henkilökunnalla oli huoli potilaiden avohoidon onnistumisesta. Potilaiden kotiuttaminen sairaalasta avohoitoon oli kuitenkin suunniteltu tarkasti, kuten Nikkilän sairaalan potilaat kotiutettiin porrasteisesti, kuten valmentavan asumisen kautta ja enemmän tukea tarvitsevat potilaat siirrettiin suoraan sairaalasta perhehoitoon tai maakuntien tarjoamiin kuntoutusyksiköihin. Useimmat sairaalasta kotiutuneet potilaat olivat eläkkeellä ja psyykinen sairaus oli hallinnassa, mutta tarvitsivat ohjausta itsenäisen elämän opettelemisessa (kuten kodin- ja taloudenhoitoon liittyvät tehtävät tai säännöllisen pukeutumisen opetteleminen), joita harjoiteltiin kuntoutuskodissa. Kuntoutuskodissa oli myös päiväpotilaspaikkoja, jolloin potilas asui omassa kodissa käyden opettelemassa hoitosuunnitelmassa asetettuja taitoja kuntoutuskodissa, kuten säännöllisen vuorokausirytmien opetteleminen.

*”Kyllähän me tehtiin tosi hyvin niitä kuntoutus -suunnitelmia näiden asukkaiden kanssa. Tehtiin tosi konkreettisia tavoitteita, kuten vuorokausi -rytmi ja mitä se tarkoittaa, et pannaako kello soimaan. Myös viikko-ohjelmaa väännettiin. Raamitettiin tosi tarkkaan, et mitä tällainen henkilö tarvitsee, koska ei ole koskaan itse hoitanut asioitaan, ku ollut pitkään sairaalassa. Potilas niin sanotusti perehdytettiin, et mitä kaikkia pitää hoidossa olla, et kuntoutuminen edistyy ja etenee. Mitä taitoja hoidon avulla pyritään opettamaan.” (h11).*

Annettu hoito koettiin potilaslähtöiseksi, vaikka hoidon tavoitteita ei juurikaan määritellyt potilas itse, vaan hoitoon osallistuvat henkilöt, kuten hoitotiimi tai omaiset. Usein potilailla ei ollut riittävää tietoa järjestetyistä palveluista. Esimerkiksi päiväsairaalan potilaille ja omaisille järjestettiin alkuhaastattelu, jossa potilas ja omaiset saivat tietoa päiväsairaalan toiminnasta ja yksilöllisen päiväsairaala hoitajakson tavoitteita pohdittiin yhdessä, kuten sairaalajakson jälkeen kotiutuminen omaan kotiin ja säännöllisen lääkehoidon toteutuminen tai työkyvyn arvioiminen. Joskus tulohaastattelu oli riittävä potilaan tilanteen kartoitus ja mahdollisesti muun hoitomuodon arvioiminen eikä päiväsairaala jaksoa lainkaan aloitettu. Päiväsairaalassa käytiin päivittäin, arkipäivisin, ja muut toiminnot (kuten työsalit) oli tauolla, joten potilas keskittyi päiväsairaalajaksoon. Päiväohjelmaan osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta hoidon arviointi koettiin helpoksi päivittäisen kontaktin ansiosta.

Mielenterveystoimistoissa oli 1990-luvun alkupuolella matalan kynnyksen palvelut, joita olivat puhelinneuvonta ja luukulta avun hakeminen. Näiden palveluiden tarkoituksena oli madaltaa potilaan itsenäisen hoitoon hakeutumisen kynnystä. Ennen erikoissairaanhoidon liittymistä ei ollut raskaita byrokraattisia hoitoon pääsyn rakenteita vaan tuettiin nopeaa hoitoon pääsemisestä. Tyypillisesti hoitoa tarvitseva potilas oli pyrkinyt lieventämään psyykkistä huonoa oloa omahoito -keinoilla, kuten alkoholilla. Hoitoon hakeutumisen kynnyksen koettiin madaltuneen median kautta kerrottujen julkisten henkilöiden mielenterveydellisistä oireista. Erikoissairaanhoidon myötä mielenterveystoimistoihin perustettiin kriisityöryhmät, jotka mahdollistivat ilman lähetettä olevat yhteydenotot, kuten puhelinkontaktin avulla. Kriisipalveluiden saatavuuden tehostamisen, kuten kriisityöryhmien perustamisen, seurauksena potilaan hoitoonhakeutuminen helpottui, jolloin vastaanottoaika oli viimeistään seuraavana arkipäivänä. Tämän lisäksi toimi ympärivuorokautinen psykiatrinen päivystys Hesperian sairaalassa (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 27; 7/1996; 9).

Puhelinneuvonta käsitti päivittäisen soittoaajan ja Neuvontapuhelin-palvelun. Puhelinkontakti oli tavallisin yhteydenottotapa. Jokaisella mielenterveystoimiston työntekijällä oli päivittäinen soittoaika klo 12- 13 välisenä aikana, jolloin jo hoidossa olevilla potilailla ja

viranomaisilla oli mahdollisuus keskustella potilaan hoitoon liittyvistä seikoista. Soittoaika mahdollisti myös yhteydenoton potilaalta, jonka hoitosuhde oli jo päättynyt, jos vointi oli uudelleen heikentynyt.

*”Oli puhelinaika, päivittäin, et silloin joku päivysti, et jotkut halus apua vain tiettyyn ongelmaan ja siihen satsattiin. Ihmisillä oli mahdollisuus ottaa yhteyttä, jos kokivat et tarvitsivat vielä yhden semmoisen jakson, silloin siihen ei tarvinnut lähetettä, et riitti et vain soitti ja kertoi et ”nyt menee taas lujaa” ja et voisiko tulla.” (h2).*

Neuvontapuhelin toimi päivystyksellisesti; tiettyinä päivinä ja tiettyyn kellonaikaan. Neuvontapuhelin oli oma erillinen lankapuhelin, johon vastattiin erillisessä tilassa. Mielenterveystoimiston hoitajat ja psykologit vastasivat vuorollaan puhelimeen, johon sai soittaa kuka tahansa Helsingissä asuva ihminen kysyäksään palveluista. Puhelimeen tuli erilaisia soittoja, myös mielenterveyspalveluiden ulkopuolisista palveluista kysyttiin. Puhelinpäivystävä henkilö neuvoi soittajaa antaen ajantasaista tietoa Palvelukansioon kootun aineiston avulla, kuten alkoholiongelmallisille oli omat palvelumuotonsa. Paperisia ohjeita oli paljon ja Palvelukansion päivittämisestä vastasivat puhelinpäivystykseen osallistuvat henkilöt. Puhelinpäivystäjä haastatteli soittajaa kirjatun puhelun Tiedonkeruu – lomakkeelle, johon kirjattiin muun muassa potilaan kokemat hankaluutta tuottavat asiat. Lomake käsiteltiin viikoittain Tiimikokouksessa, jossa päätettiin hoidon tarpeessa olevan henkilön vastuutyöntekijä. Ensimmäinen vastaanottoaika ilmoitettiin potilaalle puhelimitse.

Mielenterveystoimistoissa oli erilaisia käytäntöjä avun luukulta avun hakemiseen. Toisissa yksiköissä oli ”avoimet ovet”, joka tarkoitti mielenterveystoimiston työntekijöiden tietyn ajan päivystämistä toimiston luukulla ja toisissa yksiköissä hoitoa tarvitseva saattoi hakeutua toimiston luukulle, jossa toimistotyöntekijä haastatteli potilaan Tiedonkeruu – lomakkeen avulla. Hoitoon hakeutuvien potilaiden ”lähetteet” ja tiimin muut asiat käsiteltiin viikoittaisesti kokoontuvassa Tiimikokouksessa, sillä sähköisten yhteydenpitovälineiden puuttumisen, kuten sähköposti, ansiosta erilaista asioista puhuttiin ja päätettiin kasvotusten. Hoitoon hakeutuvien potilaiden ensimmäinen vastaanottoaika ilmoitettiin puhelimitse, jonka tyyppisesti ilmoitti vastuutyöntekijä.

*”90-luku oli käsin- tai kirjoituskoneella kirjoittamisen aikaa. Olin välillä siinä lasikopissa tuuraamassa ja muistan sen paperin mihin piti täyttää, jossa oli tiettyjä kysymyksiä. Etten kirjoittanut mitään pientä ruutulappua, et tää kaaveri tarttis psykiatrista apua. Et oli yhteystiedot ja jotain valmiita kysymyksiä, et mikä on tää hankaluus tai haaste. Ne meni sit lääkärille arvioon ja sit tiimeihin. (h17).*

Erikoissairaanhoidon voimaantumisen jälkeen hoitoon pääsyn edellytys oli tyypillisesti paperinen lähete. Vuonna 1997 terveyslautakunta päätti tukea hoitoon hakeutumista ilman lähetettä, kuten mielenterveysyksikön päivystykselliseen hoitoon, jonka toteutumista terveyskeskusten terveysjohtajat seurasivat. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 9/1995; 20; 10/1997; 35.) Läheteitä kirjoitettiin niin sairaaloista kuin terveysasemilta, joissa tuli olla maininta hoitoon toimittamisen syystä. Lähetteen sisällöt vaihtelivat, kuten osassa oli tarkasti määritelty hoidon tavoitteet kuin toisissa läheteissä oli pelkästään potilaan diagnoosi esitetty. Potilaan hoitoonhakeutumisen aikana, kuten lähetekäsittelyssä, tehtiin hoidon tarpeen kiireellisyysarvio, joka määritteli hoitoonpääsyn odottamisaika. 1990-luvun puolivälissä avohoidon psykiatrien määrässä oli puutteita, jonka vuoksi lääkärin vastaanotolle jonotusajat saattoivat venyä 2-4 viikkoa. Konsultoinnin vuoksi jonotusajan katsottiin olleen kohtuullinen ja suositeltiin muiden avohoidon työntekijöiden työpanoksen käyttämistä hoidon käynnistämiseksi. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1996; 9, 11).

Mielenterveystoimiston toiminnan koettiin olleen 1990-luvulla samankaltaista kuin nykyään, jolla tarkoitettiin potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelua ja arviointia hoito- tai kuntoutussuunnitelman avulla. Esimerkiksi Nikkilän sairaalassa laadittua kuntoutussuunnitelmaa jatkettiin avohoidossa ja sen edistymistä arvioitiin säännöllisesti. Avohoidon yhtenä tavoitteena oli tukea potilaan oman tahdon ja oma-aloitteisuuden kehittymisessä. Potilas perehdytettiin omaan hoitoon hoitosuunnitelmansa avulla, sillä sairaalasta kotiutuneet potilaat eivät olleet hoitaneet omia asioita pitkään aikaan tai osa potilaista ei koskaan aiemmin. Kirjallisessa suunnitelmassa oli pohdittu potilaan hoitolinjat antaen sekä potilaalle että hoitoon osallistuville henkilöille tiedon mihin sen hetkessä hoidossa keskitytään. Pyrittiin antamaan vastuuta potilaalle itselleen oman kuntoutumisensa edistymiseksi. Esimerkiksi tavoitteena oli potilaan kuntoutuminen työkeskukseen tai soluasunnosta omaan yksiköön, jonka saavuttamiseksi hyödynnettiin alueosaston, päiväsaairalan tai kotikuntoutuksen apua.

### 5.3.2 Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen

Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen jakautui kolmeen alaluokkaan; sosiaalinen tuki, emotionaalinen tuki ja fyysinen tuki, joka kuvattu taulukossa 13 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 13. Pääluokka: potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnyksen palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelujen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

Mielenterveysyksiköissä oli aina tehty sosiaalityötä, mutta 1990-luvulla oli vaikeutta saada päteviä sosiaalityöntekijöitä mielenterveysyksiköiden palvelukseen. Useat yksiköt käyttivät joko keskitettyjä sosiaalityöntekijöiden palveluita tai yhdellä sosiaalityöntekijällä oli kaksi vastuutiimiä. Osalla potilaista oli virkaholhooja, jonka vastuulla oli potilaan sosiaalisten asioiden hoitaminen. Muiden potilaiden sosiaalisten asioiden hoidossa autoivat tiimin muut jäsenet ilman erillistä koulutusta. Tyypillisesti kuntoutuskodissa asuvat potilaat olivat Kansaneläkkeen tulojen varassa, joille haettiin vammaishoitolaan mukaista hoitotukea. Kelan mukaan korotettu hoitotukea ei voida myöntää kuin ympärivuorokautista

tukea tarjoaviin yksiköihin, joihin kuntoutuskodit eivät kuuluneet. Päätöksistä valitettiin, joiden perusteena oli vähävarasten potilaiden sosiaalisten suhteiden ja harrastuksiin osallistumisen olevan vaakalaudalla hoitotuen epäämisen seurauksena. Kelan ratkaisuna oli käyttövarojen hakeminen toimeentulotuella. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 07/1993; 22-24.) Osa koki tieto -taitonsa olleen riittämättömät, esimerkiksi Kelan etuisuushakemusten täyttämässä.

*”Välillä käytettiin sosiaalityöntekijän palveluita ja ite väännettiin niiden potilaiden kanssa, siinä samalla näitä hakemuksia sitten tehtiin. Ja sitten jos en tiennyt miten tässä edetään, sosiaaliasioissa siis, niin sitten kysyttiin työryhmän sossulta tai muualtakin välillä.”(h12).*

Kuntoutuksen tavoitteena oli tärkeää rohkaista potilasta käyttämään kunnan tarjoamia normaalipalveluita, kuten fyysisen hyvinvoinnin hoitaminen oman alueen terveysasemalla tai kirjastopalveluiden käyttäminen (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1997; 29). Mielenterveysyksikön yhtenä tavoitteena olikin elävöittää potilaan vapaaajantoimintaa estäen potilaan eristäytymistä ja passivoitumista, sillä tyypillisesti potilaan sosiaalinen verkosto oli suppea eikä mielenterveysyksiköt kyenneet vastaamaan kaikkiin potilaiden tarpeisiin. Hoidon aikana pyrittiin laatimaan yksilöllinen ja mielekäs viikko-ohjelma, johon sisältyi työ- tai päiväkeskus- ja harrastustoimintaa. Suurimmassa osassa paikoista oli ruokailumahdollisuus, johon osallistumista kannustettiin. Usein potilailla oli sosiaalisten tilanteiden pelkoa, jonka hallintakeinoja opeteltiin altistamisen avulla, esimerkiksi päiväsaarialajakson aikana potilasruokailu järjestettiin henkilökunnan ruokasaliin tai liikkuminen julkisilla välineillä. Ilkka Taipaleen valtuustoaloitteen (28.10.1995) mukaan pitkään sairastaneiden potilaita tuli motivoida ja kannustaa käyttämään julkista liikennettä, jonka avulla potilaalla oli mahdollisuus laajentaa elinpiiriään. Aloitteessa ehdotettiin myös välttämään yksilö- tai ryhmäkuljetuksia liikkuesssa sairaalan ja kaupungin välillä. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 15/1997; 11).

Ilkka Taipaleen ja kuuden kaupungin valtuutetun aloitteen mukaan mielenterveyspotilaiden eläke-edellytyksiä tulisi ollut syytä selvittää työvoima- ja sosiaaliviranomaisten kanssa yhteistyössä. Aloitteen mukaan noin 1000 helsinkiläistä mielenterveyspotilaan ansiot koostuvat työttömyyskorvauksesta ja toimeentulotuesta, vaikka toimintakyvyn alentuman vuoksi ovat kyvyttömiä työhön ja siten oikeutettuja eläkkeeseen. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 4/1998; 8.) Useimmat pitempään sairastaneet mielenterveysyksiköiden potilaat olivat jo eläkkeellä ja työskentelivät Niemikotisäätiön työ- ja päi-

väkeskustoiminnoissa, joita oli järjestetty pitkin Helsinkiä. Yksiköiden tarjoamat toimintasisällöt vaihtelivat, kuten Auroran työsalilla tehtiin alihankintatöitä (esimerkiksi ruuvien pussitus), kun taas Malmin päivätoimintakeskuksessa potilaat osallistuivat yhteisön toimintaan (esimerkiksi ruuanlaitto, siivous). Toiminnan tarkoituksena oli tukea erilaisia potilaita tarjoten erilaisia vaihtoehtoja, kuten osallistuminen toimintakyvyn mukaiseen toimintaan. Sosiaalisen kanssakäymisen kehittämiseksi suositeltiin osallistumaan mielen-terveysyksikössä järjestettyihin ryhmiin ja potilasjärjestötoimintaan ja esimerkiksi Työväenopiston järjestämiin ryhmiin. Mielen-terveysyksikössä oli tarjolla erilaisia toiminta- ja fysioterapiaryhmiä, kuten kuvaryhmä tai kuntosaliryhmä ja potilasjärjestöissä oli erilaisia vertaisryhmiä sekä Työväenopistossa kielikursseja.

1990-luvulla mielen-terveysyksikössä annettava hoito oli pitkäkestoista, mikä osaltaan oli luomassa potilaille turvallisuuden tunnetta. Päiväsairaalajakson pituus saattoi olla muutamana kuukauden ja mielen-terveystoimiston potilas oli hoidon piirissä vuosikausia. Työntekijät kokivat sen potilaalle leimauttavaksi asiaksi. Hoidon määräaikaisuudesta ei juurikaan puhuttu ja hoidot päättyivät yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, joita oli vähän. Potilaita tavattiin tiiviisti, esimerkiksi kerran viikossa, johon saattoi sisältyä niin yksilö- kuin ryhmähoitokertoja tai tutustumiskäyntejä asuin- ympäristön palveluihin. Ajoittain potilasta tavattiin myös kotona, esimerkiksi kotikuntoutus antoi neuvoja kodinhoitoon liittyvissä seikoissa tai tuettiin itsenäiseen lääkejakoon. Somaattinen kotihoito tai -sairaanhoitopalvelut eivät olleet mielen-terveyspotilaiden palvelumuotoja. Mielen-terveystoimiston kontakti oli potilaille tärkeä ja koettiin, että potilaat olivat sitoutuneita hoitoonsa. 1990-luvun lopulla hoitoaikoja pyrittiin lyhentämään, joka oli aiheuttanut potilaille kriisejä ja hylätyksi tulemisen kokemuksen.

*”Mä ajattelen, et paljon löysemmin suhtauduttiin siihen potilaiden hoitoon. Potilaista pidettiin enemmän kiinni. Sitten he saivat käydä aika pitkiä aikoja näissä päiväsairaloissa, kuukausitolkulla. Hoitoajat olivat joillakin älyttömän pitkiä myös päiväsairaalassa. Puhumattakaan mielen-terveystoimistoissa käytiin koko ikä suurin piirtein. Sitten tuli hirveitä kriisejä, kun ruvettiin lyhentämään hoitoaikoja 40-vuoden jälkeen. Hylätään. Et tota se oli leimallista.”(h7).*

Hoitojaksossa ei ollut tutkimusjaksoa eikä hoidon sisältöä ollut määritelty etukäteen, vaan hoito edistyi omalla painollaan. Työntekijät kokivat, että vähäisen potilasmäärän vuoksi hoitoon kyettiin keskittymään, esimerkiksi sairaanhoitajalla oli 50 hoitopotilasta. Potilaasta pidettiin huolta, kuten ellei hän tullut vastaanotolle tai injektiolle, niin häntä tavoiteltiin puhelimitse (lankapuhelin) tai kotikäynnin. Lääkehoidon säännölliseen toteu-

tumiseen tuettiin, esimerkiksi injektiohoito toteutettiin ryhmähoitoisesti, jolloin potilaat tapasivat toisiaan kahvittelun merkeissä. Joskus potilaat joutuivat taloyhtiössä naapureiden ”hampaisiin” häirinnästä, kuten yöllisestä huutamisesta, niin asioita selviteltiin esimerkiksi Isännöitsijän kanssa. Mielenterveysyksikön työntekijöille oli tärkeää tukea potilasta käytännön arjen sujumisessa ja itsestä huolehtimisessa, kuten hygienianhoitoa opeteltiin vesijumpparyhmässä ja kannustettiin siistiin ulkoasuun, jonka avulla pyrittiin estämään potilaan uhriksi joutumista.

*”Henkilökunta joutui välillä toimimaan puolustusasianajajana ja oikeesti kaivamaan onko oikeesti ollut jotain häiriötä. Puolustuskyvytönhän potilas on ollut, et vaikka olis jotain yksin mölyämistä, niin ei hän ymmärrä, ku joku on lasi seinässä. No, onhan se voinut olla pelkoakin, et se on vaarallinen, et siitä on päästävä eroon.” (h1)*

Työ- ja päivätoimintakeskuksissa käytiin suunnitelman mukaisesti ja toiminnot koettiin tukevan potilaiden turvallisuudentunnetta. Esimerkkeinä muistettiin Niemikotisäätiön Malmin päiväkeskuksen tarjoama toiminta ja kohtaamispaikka Karvinen. Niemikotisäätiön Malmin päiväkeskukseen saavuttiin itsenäisesti 1-5 kertaa viikossa, joka suunniteltiin potilaan ja lähettävän tahon kanssa yhdessä. Päiväkeskuksessa oli strukturoitu päivä- ja viikko-ohjelma, jonka tarkoituksena oli potilaan elämäntaitojen opetteleminen ja ylläpitäminen. Taitojen opetteleminen onnistui yhteisöllisyyden, osallistamisen ja vastuunottamisen avulla, kuten päiväkeskukseen saapuminen sovittuina aikoina ja mahdollisesta poisjäämisestä ilmoittaminen sekä osallistuminen sovittuihin päiväkeskuksen päiväohjelmaan, esimerkiksi itsenäinen kauppareissu ja yhteisiin tuokioihin osallistuminen (MaTaPupu 63/1999; 12). Kun taas kohtaamispaikka Karvinen toimi maanantaista lauantaihin kolme tuntia päivässä ja päivittäin kävijöitä keskimäärin 10-15, joista 25-35-vuotiaiden määrä on kohonnut. Kohtaamispaikka koettiin helpottavan yksinäisyydentunnetta, sillä oli paikka, minne mennä ja tulla hyväksytyksi (MaTaPupu 47/1996; 3, 10; 86/1997; 3, 11).

1990-luvulla mielenterveysyksiköissä keskityttiin enimmäkseen psyykkisen terveydenhoitoon jättäen somaattisen terveydentilan seuraamisen varjoon. Kuitenkin mielenterveysyksikön potilaiden somaattinen terveydenhoito pyrittiin hoitamaan terveysasemilla, joka tarkoitettiin fyysisen terveyden hoitamista ja hammashoitoa. Usein potilaat kokivat haluttomuutta ja tietämättömyyttä somaattisen terveydenhoitoon liittyvissä seikoissa, joten oma – aloitteista hoitoon hakeutumista ei juurikaan ollut. Tyypillisesti pidempään sairastaneiden potilaiden terveyskeskusajat varasi avohoidon työntekijä ja saattoi hänet ter-

veystarkastuksiin tai laboratoriokokeisiin. MBO-mittauksia ei tehty, jonka arveltiin johtuneen riittämättömästä tiedosta psyykelääkityksen vaikutuksesta metabolisen oireyhtymään. Tyypillisesti potilaat tupakoivat paljon, jota koettiin myös jopa suositun rauhoittumiskeinona. Tupakoinnin haitoista ei puhuttu. Mielenterveystoimistosta tehtiin yhteistyötä terveysasemien kanssa, kuten konsultaatiokokoukset, joiden avulla pyrittiin myös madaltamaan terveysasemien asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Välillä mielenterveysyksikön lääkäri otti yhteistyökyyttömän potilaan kokonaisvastuun, jolloin somaattinen seuranta ja lääkemääräykset toteutuivat mielenterveysyksikössä.

*”Oli muuten niin, että potilaat kävi somaattisten vaivojen vuoksi terveysasemalla, et kyllä niitä aikoja varailtiin, yritettiin järjestää sitä ja saatettiin tarpeen vaatiessa.” (h8).*

1990-luvulla mielenterveysyksiköiden potilaiden hammashoito koettiin olevan melko laiminlyöty asia, johon oli muun muassa vaikuttamassa hoidossa käytetty analyttinen viitekehys ja potilaan kokemat pelot sekä hammashoidon vähäinen tiedottaminen. Analyttisen viitekehysen mukaan hoidossa keskityttiin mielenterveyden hoitamiseen, eikä muuhun terveystilaan. 1990-luvulla tiedettiin suuta kuivattavien lääkkeiden vaikutukset ja usein potilaan oli myös poistettu joko kokonaan tai osittain pitkien sairaalahoitojen aikana.

*”Hammaslääkäri-asiointit olivat aika vähäistä, mut sit ku tuli jotain akuuttia. Hammashuoltoon liittyvät tietoiskut eivät tavoittaneet kyllä meidän potilaita. Useilla hampaat olivat varmaan huonossa kunnossa, ku he poltti paljon tupakkaa ja joi kahvia. Hampaat olivat mustia ja reikäisiäkin. Se oli varmasti yksi niistä asioista, et ajateltiin sen olevan vähemmän tärkeä, ku ensin pitää saada nämä muut asiat selviksi ja toimimaan. Et hammashoidon aika on sitten myöhemmin. Saattoi kyllä olla, ettei terveysasemat halunneet poliklinikan potilaita sinne, ku olivathan he välillä haastavia hoidettavia.” (h10).*

### 5.3.3 Potilaan tarpeenmukainen hoito

Potilaan tarpeenmukainen hoito jakautui kahteen yläluokkaan; uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen ja ammattitaitoinen hoito, jotka kuvaan taulukossa 14 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 14. Pääluokka: potilaan tarpeenmukainen hoito.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnyksen palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	Helsingin kaupungin avomielenterveyspalvelujen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

#### 5.3.4 Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen

Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen muodostui kolmesta alaluokasta; perhe- ja verkostotyö, psykodynaaminen viitekehys ja avoin dialogi, jotka kuvaan taulukossa 15 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 15. Yläluokka: uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnyksen palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	Helsingin kaupungin avomielen terveyspalvelujen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

Hoidon sisältöön vaikuttivat psykodynaaminen viitekehys (Aalberg 2009) ja perhe- ja verkostotyö (Tirkkonen 2018) sekä avoimen dialogin -malli (Ahonen 2011; 12), joiden opiskelamiseen työnantaja kannusti osallistuen myös kustannuksiin. 1990-luvulla psykoterapiapalveluiden (yksilö- ja ryhmä-, että perheterapiamuodot) potilaan hoidoissa lisääntyi, joka usein liitettiin potilaan muuhun hoitoon. Tavoitteena oli psykoterapian käyttäminen ensisijaisena hoitomuotona 2%:lle potilaista, pääpainona olivat nuoret aikuispotilaat. Psykoterapiapalveluiden saatavuutta lisättiin koulutuksen kautta, jota myös Helsingin terveysvirasto oli tukemassa. 1990-luvun puolivälissä terveysviraston palveluksessa työskenteli 100 terapeuttisen koulutuksen saanutta työntekijää, joka oli 1990-luvun alkuun verraten puolet enemmän. Terapeuttisen koulutuksen saaneiden työntekijöiden työnkuva painottui pääosin lyhyt terapiatyöhön, joka osaltaan lisäsi henkilökunnan ja potilaiden tietoisuutta psykoterapiamenetelmien mahdollisista hyödyistä potilaan hoidon edistäjänä. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 23). Sitten havaittiin, että koulutetut työntekijät saattoivat siirtyä työskentelemään yksityissektorille tai toisen

työnantajan palvelukseen. Kotiin vietyä hoitoa myös kehitettiin (kotikuntoutus, kotikäynnit) ja työntekijällä oli mahdollisuus hyödyntää omia taitojaan potilaan hoidon edistymiseksi, kuten musiikki- ja taideosaamista.

Psykodynaamisen viitekehyksen mukaisesti hoidon keskiöön asetettiin potilas, josta alettiin käyttää myös nimikettä kuntoutuja. 1990-luvun alussa hoito oli hyvin yksilökeskeistä, jossa pohdittiin potilaan elämää kohdusta lähtien. Työntekijöiden asenteet omaisia kohtaan saattoivat vielä olla tuomitsevia, mutta toisaalta useimmiten omaiset kokivat potilaan sairastumisen stigmatisoineen koko perheen, eivätkä sen vuoksi halunneet osallistua hoitoon. Avoimen dialogi -mallin oppimisen myötä potilasta kuunneltiin paremmin ja hänen mielipidettä hoitoaan kohtaan tiedusteltiin laadittaessa hoito-/kuntoutussuunnitelmaa. Alettiin puhua potilaslähtöisyydestä. Psykodynaamisen viitekehyksen mukaista työnohjausta suosittiin, jonka avulla mielenterveysyksikön työntekijät pyrkivät ymmärtämään potilaan ja hänen perheensä kokemuksia työnohjauksessa käytetyn muovailun avulla.

*”Joo, kyllä (...) -niminen oli työnohjaajana pitkään. Käytiin hänen kotonaan ja välillä meidän yksikössä. Silloin oli tällainen muovailu tai mitä termiä siitä käyttäisi eli kun siinä oli kerrottu se potilastapaus, niin se joka sen casesen esitteli, niin hän niinku otti roolit näille muille. Eli sä oot potilas ja sä oot potilaan äiti ja järjestettiin niinku Still-kuva heistä, esimerkiksi potilas on sykkyrässä asennossa ahdistuneena ja mitä äiti tekee ja pitää vaikka kiinni potilaasta. On niinku Still-kuva siitä. Niin sit piti niinku kuunnella sitä oloa, et miltä minusta tuntui olla siinä roolissa ja tota siitäkin tuli jotain oivalluksia työnohjaajallekin. Se aina jälkikäteen purettiin, et mä olen XXX enkä potilas Y eli menttiin takaisin omaan rooliin. Tätä oli aika paljon, joka kerta. Se oli hyvä kokemus. Tulihan siitä aina jotain tuntemuksia kyllä, ajatuksia ja oivalluksiakin.”(h14).*

Ennen 1990-luvun puoliväliä potilaan omaisten tukemisesta ei juurikaan puhuttu, mutta vähitellen sen kehittämiseen luotsattiin voimavaroja, kuten vuonna 1997 Mielenterveysalan järjestöt (Omaiset mielenterveystyön tukena ja Mielenterveyden Keskusliitto), koillisen mielenterveysyksikkö ja Malmin seurakunta perustivat mielenterveyspotilaiden Omaisryhmän. Toiminnan tarkoituksena oli vertaistuen järjestäminen ja tiedon jakaminen (kuten sairastuneen kanssa eläminen, oman tavan löytäminen sairastuneen ymmärtämiseksi). Aloitettu toiminta koettiin ainulaatuiseksi. (MaTaPuPu 87/1997; 3.) 1990-luvun puolivälin jälkeen hoidon viitekehys muuttui enemmän perhekeskeiseksi koulutuksesta saadun tiedon myötä sekä 90-luvun laman vaikutuksesta mielenterveysyksiköihin hakeutui myös masennuspotilaita, joiden joukossa oli nuoria potilaita. Perhetyön tavoit-

teena oli motivoida potilaan omaisia osallistumaan potilaan hoitoon ja tukemaan osaltaan potilaan hoitotavoitteiden saavuttamisessa. Havaittiin, että pitempään sairastaneiden potilaiden omaiset olivat usein unohtaneet potilaan. Sen vuoksi usein potilaat kokivat mielenterveysyksikön työntekijät omaksi perheeksi, joiden kanssa tehtiin retkiä ja pidettiin juhlia. Mielenterveysyksiköihin perustettiin ”peilihuoneita”, joissa perheterapeutin koulutuksen saanut työntekijä tapasi perheen toisessa huoneessa ja peiliseinän toisella puolella tapaamista seurasivat hoitotiimin jäsenet, josta käytettiin myös nimitystä perheyönohjaus. Työntekijät kokivat mainitun tapaamisen opettavaiseksi ja antoivat valmiuksia sekä rohkeutta myös omien potilaiden perhetapaamisiin. 1990-luvun loppupuolella mielenterveysyksiköt ja potilasjärjestöt perustivat Omaisten ryhmiä, joissa potilaan omaisille annettiin psykoedukaatiota ja vertaistukea.

*”Uskon, että mullakin olisi ollut sinne (terapiakoulutus) mahdollisuuksia, mut ei mulla ollut vastavalmistuneena mitään rahkeita siihen. Mut kyllähän siitä hyötyi siinä sivussa, kun kuuli muiden opiskelevan aihetta ja kaikille tuli jotain luentoja, niin sai siitä itsekkin pienen osan. Perhetapaamisiin pääsi sitten mukaan, jossa oli mukana nämä taitavat kollegat ja silloin oli käytössä nämä peilihuoneet eli toisella puolella oli perhe ja toisella puolella oli tiimi, joka reflektoi. Ei sitä kukaan kyseenalaistanut. Se oli ajan trendin mukainen hoitosysteemi. Ne oli hyvin opettavaista, sillä olisihan se ollut aikamoinen kynnys mennä sinne huoneeseen sen perheen kanssa, niin en mä varmaan olis uskaltanut sanoa siellä mitään. Olisin ollut epävarma ja oma ammatillinen kasvu täysin kesken, joka olisi kyllä heijastunut tapaamiseen.” (h10).*

Verkostotapaamiset yleistyivät 1990-luvun aikana, jolloin mielenterveysyksiköiden työntekijät pyrkivät löytämään potilaan hoitokokouksiin hänen sosiaalista verkostoaan, kuten viranomaistahot ja omaiset. Verkostotyön tavoitteena oli paremmin auttaa potilasta ja hänen perhettään. Tyypillisesti potilaan kanssa piirrettiin sosiaalisen verkoston kartta. Hoitokokouksessa käsiteltiin avoimesti kaikki potilaan hoitoon liittyvät seikat ja tavoitteet suunniteltiin yhteisesti. Täten yhteisesti sovituista asioista oli helppo pitää kiinni ja kahvipöytäsupinat vähenivät.

### 5.3.5 Ammattitaitoinen hoito

Ammattitaitoinen hoito muodostui kahdesta alaluokasta; henkilöstön koulutus ja moniammatillisuus, jotka kuvaan taulukossa 16 sinisellä häivyttäen.

Taulukko 16: Yläluokka: ammattitaitoinen hoito.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä tekijä
Hoitosuunnitelma Matalan kynnyksen palvelut Lähetekäytäntö	Potilaan hoidon suunnittelu	Potilaan kuntoutumisen tukeminen	Helsingin kaupungin avomielen terveyspalvelujen tuen muodot
Sosiaalinen tuki Emotionaalinen tuki Fyysinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen		
Perhe – ja verkostotyö Psykodynaaminen viitekehys Avoin dialogi	Uusien hoitokäytäntöjen hyödyntäminen	Potilaan tarpeenmukainen hoito	
Henkilöstön koulutus Moniammatillisuus	Ammattitaitoinen hoito		

Avomielen terveyspalveluiden kehittämiseksi järjestettiin henkilökunnan koulutusta ja työnohjausta. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996; 27.) Ammatillista koulutusta arvostettiin ja suositeltiin myös johdon puolelta, kuten työn ohella suoritettujen sairaanhoitajaopinnot. Laman myötä kouluttamattomien työsuhde päättyi, sillä hoidon laadunvalvontaan alettiin kiinnittää huomiota. 1990-luvun alussa luotettiin ammattilaisen hoitosuositukseen, sillä yleisesti jaettavan tiedon puutteen vuoksi potilailla ei ollut riittävästi tietoa omasta sairaudesta ja sen hoitamisesta. Päihdeongelmia ei osattu hoitaa yhtäaikaisesti mielen terveysongelmien kanssa, vaan hoito keskitettiin potilaan ensisijaisen ongelman mukaisesti. Tämän vuoksi päihdeongelmaiset mielen terveyspotilaat putosivat helposti kokonaan mielen terveyspalveluiden ulkopuolelle. Skitsofrenia-projektin myötä hoitoon osallistuneiden työntekijöiden ymmärrys kasvoi skitsofrenia-sairaudesta vaikuttavasta potilaan toimintakykyyn ja jakoivat tietoa potilaille psykoedukaation avulla. 1990-luvulla ei ollut laadittuja virallisia hoitosuosituksia, kuten Käypä-Hoitosuosituksia (Käypä hoito 2019), vaan tyypillisesti tutkittu tieto teoriasta käytäntöön siirtyi koulutuksien kautta.

1990-luvun loppupuolella potilasjärjestöt aloittivat erilaisia vertaisryhmiä, kuten vuonna 1998 Mielenterveys Keskusliiton jäsenyhdistys Mieli maasta ry järjesti Oma-apuryhmän, jonka tarkoituksena oli toimia masentuneiden henkilöiden vertaistuen antajana ja edunvalvojana. Toiminta käynnistyi hyvin, jonka avulla jaettiin myös masennuksesta tietoa hoitotahoille. (MaTaPuPu 25/1998; 5).

Avomielenterveyspalveluiden hoitomuotoja kehitettiin, joka edellytti moniammatillisuuden lisäämistä. Lääketieteellisenä asiantuntijana toimi psykiatrian erikoislääkäri, joka tyypillisesti vastasi potilaan tutkimuksesta, lääkityksestä ja erilaisten todistusten laatimisesta, ja potilaan hoito toteutettiin yhdessä muun potilaan hoitotiimin muiden työntekijöiden, kuten psykologin, erikoissairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän, kanssa. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1996;9). Mielenterveysyksiköissä työskenteli moniammatillinen henkilökunta, johon kuuluivat psykiatrian erikoislääkärit / erikoistuvat lääkärit, psykiatriset erikoissairaanhoitajat, mielisairaan/-terveyshoitajat, psykologit, sosiaalityöntekijät ja toiminta- ja fysioterapeutit. Kokonaisuudessaan henkilökunta määrä oli nykyistä pienempi, kuten myös potilasmäärä. Potilaan hoitoon osallistui moniammatillinen hoitotiimi, jonka avulla potilaalle pyrittiin tarjoamaan sen hetkisen tilanteen mukaista parasta hoitoa. Jokaisella potilaalla oli oma vastuutyöntekijä, joka oli ammatiltaan psykologi, sosiaalityöntekijä tai hoitaja. Tyypillisesti hoito koostui yksilötapaamisista ja/tai toiminta- ja fysioterapeutin järjestämistä ryhmätoiminnoista, joita usein toteutettiin moniammatillisesti. Toiminta – ja fysioterapeutteja oli mahdollisuus tavata myös yksilötapaamisten muodossa, kuten yksilöllisen viikko-ohjelman laatimiseksi.

*”Meidän (...) -tiimissä oli kaksi psykiatria, kaksi sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijä, psykologi. Oli alueittain jaetut työryhmät. Sosiaalityöntekijä oli muistaakseni jaettu. Potilasmäärä oli varmasti pienempi kuin nyt. Töitä oli riittävästi. Henkilökunnan määrä eikä potilasmäärä ollut näin iso kuin nyt. Ja minun työnkuva (...) oli samanlaista kuin muullakin työryhmällä eli potilastapaamisia. Työ oli pitkälti yksilötapaamisia, jonkin verran ryhmiä, joista osallistuin pariin, joissa työparina oli sairaanhoitaja. Aihe oli jännittäminen. Oli toki muitakin ryhmiä. Diagnoosiryhmät olivat laajat.” (h8).*

Moniammatillisuus koettiin potilaan hyväksi toimisena, vaikkakin psykoterapeutiksi opiskelleet olivat saattaneet jopa kieltäytyä oman ammattinimikkeen mukaisista työtehtävistä ja olivat keskittyneet ainoastaan potilaan yksilölliseen hoitamiseen, terapiaistuntoihin. Kuitenkin työntekijät olivat kokeneet kollegiaalisuutta toisiaan kohtaan ja joustavuutta työtehtävien jakamisessa myös yli oman ammattinimikkeen. kuten sairaspöissaoloista tai lomista johtuvien lisätyötehtävien suorittamisena. Potilas oli keskiössä, jonka hoitaminen oli ensisijaista.

*”...ja kun nämä (kuntoutuskodin) hoitajat olivat kesälomalla, niin tiimistä sitten käytiin siellä, ku jonkunhan siellä piti käydä niinku, et ruokaa laite-taan, katsomassa ja tässä on rahat millä lähdetään ostamaan, sellaista päältä päsmäröintiä. Niin minäkin tein tätä hommaa, lyhyesti, kun muut tiimiläiset oli lomalla. Niin se homma rullaa, se oli niinku osa päiväsairaalan tiimiä, siinä kyljessä.” (h15)*

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän laadullisen opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluiden kehittymistä 1990-luvulla potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemuksen avulla. Opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ne antavat viitteitä tulevaisuuden Sote-palveluiden kehittämiseksi. Haastateltavien moniammatillisuus mahdollisti järjestettyjen avomielenterveyspalveluiden kokonaisvaltaisen näkökulman muodostamisen. Jokaisella haastateltavalla oli omakohtainen kokemus opinnäytetyön aiheesta, jota kuvailivat muistamisen avulla (Wahlroos 2000: 69). Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa subjektiivista tietoa aiheesta, jota ei ole aiemmin tutkittu ja tuloksista voidaan päätellä, että potilaan hoitoon osallistuneet työntekijöillä oli halu auttaa mielenterveyspotilaita aikakauden hoitoideologian mukaisesti. Työntekijöitä koulutettiin ja annettiin aikaa kehittää palveluita paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Annettu hoito koettiin potilaslähtöiseksi, mutta myöhemmin arvioituna havaittiin ettei potilaan kokonaisvaltaisen hoitoa kuitenkaan toteutunut. Aineiston avulla sain vastaukset tutkimuskysymyksiini. Peilasin tuloksia työni teoriaosuuteen, aineistoni Helsingin kaupungin terveysviraston pöytäkirjamerkintöihin, ja MaTaPuPu-lehtileikkeisiin sekä nykytutkimuksiin, joiden perusteella tulokset olivat yhteneväisiä teorian kanssa. Tarkastelen opinnäytetyön tuloksia tutkimuskysymysten avulla.

#### 6.1.1 Avomielenterveyspalveluiden kuvaus

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla kuvasin 1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluita. Tulosten mukaan kunnalliset avomielenterveyspalvelut koettiin

riittämättömiksi, joten palveluita järjestivät myös yksityiset palveluntuottajat ja potilasjärjestöt, kuten Niemikotisäätiö ja Helmi ry. Sairaansijat vähenivät nopeasti kolmanneksella, johon vaikuttivat Suomen lainsäädännöt (erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, mielenterveyslaki 1116/1990) ja taloudellinen lama. Koettiin, ettei avohoito kyennyt vastaamaan sairaalasta kotiutuvien potilaiden tarpeisiin, sillä sairaaloiden tyhjentäminen oli nopealla aikataululla (Salokangas 1994: 2130.) Tulosten mukaan avomielen terveyspalveluita kehitettiin aluepsykiatrisen toimintamallin mukaisesti, joissa noudatettiin Suomen lainsäädännön (kuten mielenterveyslaki 1116/1990) ja Helsingin kaupunginvaltuuston ohjeistusta. Aluepsykiatrisen mallin mukaan tarkoituksena oli turvata monipuoliset terveyspalvelut potilaan asuinalueen läheisyydestä. Alueellisten palveluiden ansiosta yhteistyön tekeminen ja potilaan hoidonsuunnittelu onnistui hyvin, sillä usein palvelut keskitettiin samaan pihapiiriin ja omien alueosastojen myötä henkilöstö oppi tuntemaan toisensa. Mielenterveysyksiköt liitettiin terveysasemien palveluiksi tarjoten palveluitaan oman alueen väestölle ja Hesperian sairaalan sairaansijat jaettiin alueiden kesken terveysviraston määräysten mukaisesti sekä Malmin sairaalaan perustettiin psykiatrinen avo-osasto (P1) (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1991; 11; 17/1992; 4; Mata-Pupu 32/1992; 3, 38/1993; 3).

Tulosten mukaan sairaaloiden sairaansijojen vähentämisen myötä avohoidon tukipalveluiden tarve kasvoi psykiatristen hoitokäytäntöjen painoutuessa yhä enemmän avohoittoon. Pitkäaikaispotilaat tarvitsivat tukea ja ohjausta itsenäisen elämisen taitojen opetteluun, jota muun muassa kuntoutumiskodit tarjosivat. Myös muiden asumispalveluiden tarve kasvoi, kuten kuntouttavia ja porrasteisia asumismuotoja tarvittiin. Usein kuntoutuskodit perustettiin nopealla aikataululla tyhjillään oleviin entisiin työsuhteasuntoihin (soluasunnot), joiden asumisstandardit eivät välttämättä täytyneet (oma huone, wc, keittiö). Kuntoutuskodit toimivat avo- ja osastohoidon jatkohoitopaikkana, joka tarjosi pitkäaikaista tukea ja ohjausta itsenäisen elämisen taitojen opetteluun ammattitaitoisen henkilökunnan avulla (Tamminen 1975: 79-81). Sosiaali- ja terveysvirasto vahvistivat yhteistyötään sopivien asumismuotojen järjestämiseksi, kuten Lauttasaaren tukikodin toiminnasta vastasi sosiaalitoimi ja alueen mielenterveystoimiston henkilökunta vastasi potilaiden mielenterveyden hoidosta ja asumisyksikön henkilökunnan työnohjauksesta (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1996; 13). 1990-luvun puolivälissä kuntoutuskotipaikat olivat riittävät ja toimintaa alettiin supistamaan, sillä tuetut asumismuodot olivat kasvusuunnassa. 1990-luvun loppuun mennessä Helsingin avomielen terveyspalveluiden tukipalveluita tarjosivat muun muassa terveyskeskusten ja sairaanhoitopiiriin oma

asumiskuntoutus ja Niemikotisäätiön toiminnot, kuten asumiskuntoutus, työsali- ja päiväkeskustoiminta ja asuntojen Jälleenvuokraus. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 16/1991; 12.)

Päihdeongelmaiset mielenterveyspotilaat eivät usein soveltuneet päihdeettömiin mielenterveyspotilaiden asuinmuotoihin, joten asuinpaikaksi muodostuivat asuntolat. Asuntola-toiminnan avulla asunnottomien määrä Helsingissä väheni. Osa hoitoa tai asuntoa tarvitseva henkilö asui metsässä, metrossa tai kadulla. Usein päihdeongelmainen mielenterveyspotilas oli väliinputoja, eikä 1990-luvulla ollut ”juuri sopivaa” hoito- tai asuinpaikkaa. 2000-luvulla havaittiin, että asunnottomien terveydellisten ja myös sosiaalisten pulmien vähentämiseksi asunnon hankkiminen olisi ensisijaista. 2000-luvulla asunnottomien palvelut vähitellen inhimillistyivät, kuten asuntolajärjestelmä purettiin ja erilaisten hankkeiden avulla pyrittiin ennaltaehkäisemään asunnottomuuden syntymistä ja asunnottomuuden vähentämiseen, kuten vuosien 2010- 2012 Tekes-rahoitteen ”Nimi ovesa”- hankkeen avulla. (Asunto ensin 2019.) Nykyisin päihdeongelmasta kärsiville on järjestetty tukiasuntoja, kuten A-klinikkasäätiö asumispalvelut, joihin hakeutuminen on tyypillisesti A-klinikan kautta. Pyrkimyksenä tukea asiakasta sitoutumaan hoitoonsa asunnon avulla. (Hynynen 2005: 12.)

Tulosten mukaan sairaalasta kotiutuvat potilaat tarvitsivat tuetun asumisen lisäksi tuki-toimintoja, kuten työ- ja päiväkeskustoimintaa (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1995;14). Niemikotisäätiö tarjosi sosiaalipsykiatrisia kuntoutuspalveluita helsinkiläisille mielenterveyspotilaille, kuten asumiskuntoutusta ja työsali-toimintaa, joiden paikka-valinnat tehtiin yhteistyössä potilaan hoitotahon kanssa. Tarjotut palvelut oli järjestetty porrasteisiksi, jotta palvelut tavoitti eri toimintakyvyn omaavat potilaat. Koettiin, että jokaiselle oli jotakin. Säätiön tavoitteena oli sairaalahoitojen vähentäminen ja säännöllinen yhteistyö mielenterveysyksiköiden kanssa katsottiin edistävän potilaan kuntoutumisprosessin etenemistä ja vähentäneen sairaalahoidon määrää. Toiminnan aloittamisen jälkeen Helsingin kaupunki vähensi oman päivä- ja työtoiminnan järjestämistä lisäämällä säätiön avustusten määrää. (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 9/1995; 6).

### 6.1.2 Avomielenterveyspalveluiden tuki potilaille

Toisen tutkimuskysymyksen avulla kuvasin työntekijöiden kokemuksia 1990-luvun Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluiden tuen riittävydestä. Tulosten mukaan mielenterveyspotilaan kuntoutumista tuettiin hoidon suunnittelulla ja toimintakyvyn edistämällä. Annettu hoito koettiin potilaslähtöiseksi ja ajanjakson hoitoideologia sekä arvot vaikuttivat hoitotyössä toimiseen. Palveluiden avulla pyrittiin myös rohkaisemaan mielenterveyspotilaiden perheiden osallistumista potilaan hoitoon ja potilaiden omatoimista hoitoon hakeutumista pyrittiin tehostamaan matalan kynnyksen palveluilla. Aluepsykiatristen palvelut turvasivat potilaan monipuoliset terveyspalvelut hänen asuinalueellaan hyvin, sillä mielenterveysyksiköiden sijainti oli usein potilaan asuinalueen läheisyydessä.

Mielenterveyspotilaisiin liittyvien asenteiden muovaaminen myönteisempään suuntaan onnistui esimerkiksi terveysasemien yhteistyökokouksien avulla, joissa käsiteltiin potilastapauksia. Aluepsykiatristen palveluiden tavoitteiden mukainen potilaan kokonaisvaltainen hoito toteutui heikosti, sillä mielenterveysyksikön potilaan hoito oli usein kapea-alaista. Mielenterveysyksiköissä perehdyttiin enemmän potilaan mielenterveydellisten ongelmien selvittämiseen ja terapiatyöhön, kuin kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. 1990-luvulla henkilökuntaa koulutettiin kiivaasti mielenterveyspotilaan terapiaosaamiseen, joten päihdeongelmien yhtäaikainen hoitaminen ei ollut henkilöstön osaamiskentässä. Päihdeongelmat hoidettiin omina palveluinaan. (Ilja – Almqvist – Kiviharju-Rissanen- 1997: 61).

Ajanjakson hoitoideologia osaltaan oli vaikuttamassa hoidon sisältöön, kuten Aalbergin (2009) mukaan psykodynaaminen viitekehyksen keskiössä on potilas, jonka elämää pohdittiin elämän alusta lähtien. Kuitenkaan mielenterveyspotilaiden fyysisen terveyden ja hampaiden hoitoon ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Koettiin myös, ettei mielenterveyspotilaille järjestetty riittävästi informointia, kuten hampaidenhoitoon liittyvät tietoiskut. Usein pitkäaikaispotilaiden hampaita oli poistettu pitkien sairaalahoitojen aikana, joka osaltaan saattoi olla syynä hammaslääkäripelkoon ja siten haluttomuuteen hammashoitoon. Osasyynä saattoi olla, ettei mielenterveyspotilaat olleet terveysasemien toivottuja asiakkaita, jotka voitiin kokea hankalahoitoisiksi. (Tuovila 2009: 202, 312-313). Kokonaisvaltainen hoito ei onnistu vielä nykyäänkään vaan potilasta hoidetaan eri hoitotahojen kesken. Toki vuosien saatossa tiedonkulku hoitotahojen kesken on kehittynyt digitaalisaation myötä.

Tulosten mukaan hoitosuunnitelmat oli laadittu yksilöllisesti, mutta usein suunnitelmista puuttui potilaan oma ääni. Osasyynä saattoi olla potilaan vähäinen tieto omasta hoidostaan sekä aiempi vähäinen osallistuminen oman hoidon suunnitteluun (Nojonen 1990:107). Vähitellen potilaita ja heidän perheitään kannustettiin ja motivoitiin osallistumaan potilaan hoidon suunnitteluun ja tavoitteissa painotettiin oman vastuunkannon ottamista huomioiden potilaan oma tahto ja toimintakyky. Mielenterveysyksiköt pyrkivät muokkaamaan mielenterveyspotilaita kohtaan vallinneita asenteita myönteisempään suuntaan järjestämällä erilaisia tapahtumia (myyjäiset, asukasillat) naapurustolle tai asuinalueelle, jotka vastaanotettiin hyvin. (Iija ym. 1997:130-131). Hoitoon osallistuvien työntekijöiden pyrkimyksenä oli myös tukea ja rohkaista potilasta ja hänen perhettään olemaan yhteiskunnan osallisia osallistumalla esimerkiksi kaupungin- ja kansalaistoimijoiden järjestämiin toimintoihin, kuten kirjasto- ja harrastustoiminta sekä potilasjärjestöjen toimintaan (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1997; 29).

Tuloksien mukaan potilaista pidettiin huolta ja ilmapiiri koettiin välittäväksi. Tyypillisesti potilaat kiinnittyivät hoitoon hyvin ja heidän turvallisuudentunnetta tuettiin monin tavoin, kuten pitkien hoitajaksojen myötä potilaat saattoivat kokea hoitohenkilökunnan omaksi perheekseen yhteisen tekemisen ja välittämisen seurauksena. Turvallisuudentunnetta lisäsi myös työtoimintaan osallistuminen, sillä useimmat sairaalasta kotiutuneet potilaat olivat osallistuneet pitkän sairaalahoidon aikana työterapiaan, kuten aikojen alussa maatilatöihin ja sittemmin askarteluun ja alihankintatöihin (Kaila- Kinnunen 1950:23; Kilpiö 1975:123, 134). Siten entuudestaan tutun toiminnan siirtyminen uuteen paikkaan vahvisti potilaan selviytymisenkokemusta ja itsetuntoa. Työsalitoiminta ei toiminut työntekijälähtöisesti, sillä kaikki osallistujat tekivät samaa työtä, kuten mekaanista pussitustyötä. 1990-luvun lopulla työtoiminta kehittyi enemmän hoitoon hakeutuvien potilaiden yksilöllisten kuntoutustarpeiden mukaisiksi, kuten kuntouttava työtoiminnan alkaminen (Helsingin kaupungin terveyslautakunta 3/1998; 8).

Vastuutyöntekijöinä toimivat eri ammattiryhmien edustajat, joilla oli usein terapiakoulutus, mutta ei terveydenhuollon koulutusta. Jokaisella toimialalla on oma historiansa ja kulttuurinsa, kuten hallinnolliset erovaisuudet, joten työelämän moninaisuus ei välttämättä ole ongelmatonta. (Kotila 2002: 69-71.) Nyky-yhteiskunnassa potilaan hoidon edistymisen vaatimuksena on jaetun osaamisen ja yhteistyön tähdentäminen. Yhteistoiminnan avulla pyrkimyksenä on auttaa yritystä menestymään, sillä nykyisin sitä ei saavuteta yksittäisten henkilöiden työpanoksien avulla. (Slotte – Tynjälä 2003: 450.) Hoitoon osallistuvien henkilöiden oman ammatillisen työpanoksen avulla saavutetaan potilaan

hoitotavoitteet tehokkaammin. (Scardamalia – Bereiter 2006: 93-100.) Työnantajat myös edellyttävät hyvää peruskoulutusta yksilöllisten tai yleistaitojen lisänä, joiden avulla muodostetaan uutta osaamista. Sen avulla turvaamme tulevaisuuden osaamisen. (Andersson – Marshall 1996: 3,5; Stasz 1998: 192-193.) Nykyisin moniammatillisuus kuuluu tärkeänä osana sosiaali- ja terveysalan peruskoulutukseen (Lauri 2007: 107-108).

## 6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöni luotettavuus- ja arviointikriteereihin kuuluu olennaisesti eettisyys, jonka toteutumista olen arvioinut koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön aiheen valinnasta lähtien olen uskonut aiheeseeni ja olen kokenut sen olevan ajankohtainen ja tärkeä, sillä sosiaali- ja terveysalan palveluita kehitetään jatkuvasti. (Kylmä – Juvakka 2007:137; Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2017: 211). Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta kokemuksellista tietoa muistitiedon avulla menneisyyden avomielenterveyspalveluiden kehittymisestä. Suomessa menneisyyden tutkimukselle ei ole säädetty alakohtaisia eettisiä ohjeita. Lait ja säädökset vaikuttavat sitä vähemmän mitä vanhempi aika on, sillä vain lähihistoriaa tutkivalla on mahdollisuus pyytää tutkittavalta suostumus. (Kuula 2011: 75-78.)

Opinnäytetyöni aihe oli työhön liittyvä, joten eettisiä periaatteita noudattaen hain opinnäytetyön tutkimuslupa Helsingin kaupungilta. Opinnäytetyön saatekirje lähetettiin sähköisesti Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston työntekijöille työnantajan opinnäytetyön yhteyshenkilön tuella. Saatekirjeestä ilmeni selkeästi tutkimuksen toteuttaja, tarkoitus, toteutus, haastattelu-aika ja -paikka sekä ajankäyttö ja aineiston säilyttämistapa sekä opinnäytetyön julkistamiseen liittyvät seikat. Anonymiteetti turvattiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kirjeessä mainittiin opinnäytetyöhön liittyvien kysymysten esittämismahdollisuudesta ja osallistujan keskeyttämisen mahdollisuudesta. Haastateltavilla oli oikeus keskeyttää osallistuminen haastattelun missä tahansa vaiheessa ilman erillistä syytä, mutta ennen keskeyttämistä saadun tiedon käyttämisoikeudesta opinnäytetyöhöni. Ennen haastattelua allekirjoitettiin kirjallinen opinnäytetyön suostumuslomake, jossa vielä mainittiin edelliset asiat. Haastattelut sujuivat suunnitellusti. (Lidman – Koskivirta – Eilola 2017: 15-17.)

Kuvasin aihettani moniäänisesti moniammatillisen haastatteluryhmäni avulla. Opinnäytetyöni haastatteluun osallistuneet henkilöt valikoituvat vapaaehtoisesti ja otoksessa on

lääkäreitä, erityistyöntekijöitä (toimintaterapeutit, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, psykologit) ja hoitohenkilöstöön kuuluvia henkilöitä (sairaanhoitajat, lähihoitajat, mielisairaanhoitajat). En rajannut haastateltavien lukumäärää, vaan otin yhteyden jokaiseen ilmoittautujaan. Myöhemmin arvioituna olin tyytyväinen etten etukäteen määritellyt osallistujamäärää, sillä suurempi osallistujamäärä nostaa työn uskottavuutta. Haastateltavat kokivat oman kokemuksen jakamisen tärkeäksi. Haastateltavat ovat täysi-ikäisiä, suurin osa ovat toistensa vanhoja työtovereita ja osa tunsivat opinnäytetyön tekijän entuudestaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 1-6.) Ennen ensimmäistä haastattelukertaa vapautin omat ammatilliset ennakkooajatukseni aiheittani kohtaan kirjoittamalla ne paperille, sillä olen toiminut mielenterveyshoitajana psykiatrisessa sairaalatyössä 1990-luvulla. Ennakkooajatusten kirjoittaminen oli antoisa ja tunteikas hetki, sillä huomasin että mieleen palautetut asiat aiheuttivat närkästystä, kun taas osa asioista herätti hymyn huulille. Pohdin, että osa kokemistani asioista on johtunut riittämättömästä tiedonsaannista. Aiheesta muistamani asioiden läpikäynti oli tärkeä, jonka avulla saavutin avoimen mielen haastatteluihin ja auttoi minua johdattelemaan kysymykseni aiemmin määriteltäviin teemoihin. (Lindman ym. 2017: 44, 57.)

Aiheeni on yhteiskunnallisesti merkittävä, jonka teoreettiseksi taustaksi selvitin mielisairaanhoidon historiaa, joka auttaa lukijaa ymmärtämään mielisairaanhoidon sairaalakeskeisyyden muuttumisen avohoitokeskeiseksi. Valitsemani tutkimusmenetelmät sopivat aiheeseeni hyvin. (Kylmä ym. 2007: 137, 143-147; Nikunen 2008: 156-159.) Säilytin ja hävitin aineistoni kokonaisuudessaan tietosuojalain mukaisesti. Säilytin haastatteluaineistoni salasanalla varustettuna sähköisenä dokumenttina ja paperiset dokumentit ulkopuolisilta pääsemättömässä lukollisessa paikassa. En laatinut henkilörekisteriä, sillä valitsin jokaiseen haastatteluun oman värin ja numeroin jokaisen osallistujan, jolloin niistä ei ilmene mikä haastattelu tai osallistuja oli kyseessä. Opinnäytetyön julkistamisen jälkeen hävitin paperiset dokumentit silppurin avulla ja sähköiset dokumentit siirsin muistitikulle, jonka tietolain mukainen hävittäminen. Opinnäytetyön oikeudet säilyvät minulla, opinnäytetyön tekijällä. (Kuula 2011:75-78,86-94.)

Menneisyyden kirjoittajana olen eettisesti vastuussa kirjoittamastani ja olen arvioinut haastattelujen kautta saamaani tietoa, niin ettei tuloksien julkaiseminen loukkaa ketään. (Lappalainen 2002: 13-14.) Olen vastuussa tutkimani aiheen mahdollisista tulevaisuuden vaikutuksista, sillä annoin äänen äänettömille ja tuotin kuulemani perusteella rehellisen tulkinnan välttämällä arvostelevaa tai epäkunnioittavaa sävyä (Lidman ym. 2017: 29). Opinnäytetyöprosessin aikana olen ajoittain kokenut näköalattomuutta ja väsymistä,

jonka tunnistamisen jälkeen kirkastin ajatuksiani pohtimalla opinnäytetyöni merkitystä, sen tärkeyttä sekä halutessani sain ohjausta niin opinnäytetyöryhmältä kuin -ohjaajaltani. (Punch 1998: 281.) Huomasin oman asiantuntija -näkömykseni muuttuneen opinnäytetyöprosessin aikana, sillä olen kokenut olevani enemmän käytännön hoitotyön tekijä. Prosessin aikana havaitsin tutkimustyön olevan mukavaa ja antoisaa, vaikkakin tie ollut ajoittain raskas ja kivinen. Koen saaneeni tuotettua haastateltavia kunnioittavaa ja luotettavaa muistelutietoa sekä onnistuneeni tuottamaan ymmärrettävän ja yhteiskunnallisesti myös merkityksellisen työn, joka tuloksien toivon antavan ajatuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä. Julkaisin opinnäytetyöni tulokset avoimesti työyhteisössä kesäkuu 2019. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6-7; Kankkunen ym. 2017: 211-212.)

### 6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöni luotettavuutta arvioin siirrettävyyden, uskottavuuden, vahvistettavuuden ja luotettavuuden perusteella. (Tuomi ym. 2018: 162). Opinnäytetyön siirrettävyyden mittarina kuvailen opinnäytetyöprosessin avoimesti luoden muistelutiedosta puolueettoman ja merkityksellisen menneisyyden hoitotyön tarinan (Kalela 2000: 55-56), jota lisään kuvailemalla opinnäytetyöni etenemisvaiheet mahdollisimman tarkasti perustellen ratkaisujani, joka lisäsi myös työn arvioitavuutta. Koko opinnäyteprosessin ajan kirjoitin muistiinpanoja, kuten kiinnostavien artikkeleiden nimiä, niiden hankintaan liittyviä merkintöjä sekä omia ajatuksia, joita hyödynsin raportointivaiheessa. Työn luotettavuutta lisäsi oma laaja perehtyneisyys mielisairaanhoidon historiaan, mutta koin rajaamisen vaikeutta ja käytin turhaa aikaa aiheeni ulkopuolisiin tutkimuksiin. Lopulta sain luotua tiiviin historia-katsauksen, jonka lopputulokseen olen tyytyväinen. Valitsemani aineistonkeruu- ja analysointimenetelmä soveltuivat hyvin opinnäytetyöhöni, joiden avulla tuotin rehellisen kuvauksen työntekijöiden kokemuksista. Analyysimenetelmäni muuttui ennen analyysivaihetta, sillä koin temaattisen analyysimenetelmän olevan vaikeasti hahmotettava. Koen aineistolähtöisen analyysimenetelmän hahmottamisen olleen itselleni helpompi ja siten tähän työhön paremmin toimivaksi. Menetelmät eivät olleet minulle juurikaan entuudestaan tuttuja ja koin ajoittain epävarmuutta ja osaamattomuutta. Säännöllinen ohjaus on mahdollistanut työn vaiheittaisen, vaikkakin hitaan etenemisen. (Tuomi ym. 2018: 163-164.)

Opinnäytetyön uskottavuutta lisäsin antamalla opinnäytetyöprosessille riittävästi aikaa, kuten olin opintovapaalla analysointiajan, joka turvasi hyvän keskittymisen. Opinnäytetyöprosessi kesti 1,5 vuotta. Etenemisvaiheiden kirjaamisen ansiosta palaisin aineistoon useita kertoja, kuten pyrkiessäni hahmottamaan tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä. Aineiston vahvistettavuuden mittarina käytin kolmen teemahaastattelun osallistujan apua pyytämällä heitä vahvistaen työn tuloksia sekä vertasin tuloksia teoretietoon. Havaittiin, että tulkinnat pääosin tukivat työn tuloksia. Opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää oma ymmärrykseni (väärinymmärrys) aiheeni kaupungin pöytäkirjamerkintöjen ja muisteluissa ilmenneiden asioiden yhteen vetämisessä, kuten millä tavoin asioita oli päätetty ja miten osallistujat olivat asian muistaneet. Vahvistettavuuden lisäämiseksi sain kaksi luottohenkilöäni tutustumaan työhöni, joista toinen oli maallikko ja toinen alan ammattilainen, joiden avulla sain neuvoja opinnäytetyössäni ilmenneiden käsitteiden selkeyttämiseksi ja siten lisävahvistuksen ymmärrettävän opinnäytetyön luomisesta. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara: 2009: 232-233; Kananen 2014: 145-146,150-154; Tuomi ym.2018: 163-164.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytin teemahaastattelua, jonka koin sopivan joustavaksi menetelmäksi. Sen avulla kykenin toistamaan ja selventämään kysymyksiäni sekä niiden sanamuotoa. Haastattelu mahdollisti myös kysymysten järjestyksen muuttamisen luontevan keskustelun ja tietorikkaan keskustelun ylläpitämiseksi. Ensimmäisen haastattelun jälkeen lisäsin kaksi lisäkysymystä kahteen ensimmäiseen teemaan (liite 1), jotka ilmenivät haastatteluiden viimeisessä osiossa (sana on vapaa- osio). Teemat perustuivat aiheen tutkimustehtäviin ja lisäkysymykset täydensivät teema-alueita. Myöhemmin arvioituna olisin voinut täydentää teemoja pyytämällä enemmän konkreettisia esimerkkejä järjestettyjen palveluiden tuen muodoista sekä esimerkkejä miltä osin ne eivät tukeneet. (Tuomi ym. 2018: 85-89.)

Haastatteluun osallistujilla oli riittävä tieto aiheesta ja ennen haastattelua tutustuivat teemarunkoon, joten haastattelutilanne oli sujuva ja luonteva. Haastattelun sujuvuuteen myötävaikuttivat teoriaosuuden kautta saamani ymmärrys ja psykiatrinen ammattikokemukseni, sillä ajoittain haastattelun osallistuja siirtyi muistelussaan aikakaudesta toiseen, jolloin on tärkeää johdatella keskustelu teemoihin enkä takertunut teemojen ulkopuolisiin tarinoin. Haastattelun jälkeen oli lyhyt jälkipuinti aiheesta, jota ei nauhoitettu. Esteen sattuessa varasuunnitelmani oli yksilöhaastattelu riittävän aineiston saamiseksi. Haastattelut sujuivat suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyöni luotettavuutta vähentää yhden kaupungin avomielenpalveluiden tutkiminen, joka oli Suomen suurin

kaupunki. Täten tulokset eivät ole yleistettävissä. Työn osallistujamäärä oli riittävä (N=17), sillä aineisto alkoi toistaa itseään. Koin, että sain haastatteluiden avulla kattavan tiedon opinnäytetyöni aiheesta. Kylläntymispisteen hakeminen ei ollut työni tavoitteena vaan haastatteluihin osallistuneiden työntekijöiden kokemusten kuvaaminen. (Kylmä ym. 2007: 43-45; Hirsjärvi ym. 2009: 204-209, 231;

Työskentelin 1990-luvulla psykiatrisessa sairaalahoitotyössä toisen työnantajan palveluksessa, joten kykenin aiheeni melko objektiiviseen kuvaukseen muun muassa ennakoajatusten kirjaamisen ansiosta. Olin sitoutunut työhöni koko prosessin ajan, vaikka loppuvaiheessa koin totaalista väsymystä työn hiomiseen. Olen tyytyväinen lopputulokseen. Ennakoajatuksia lukiessani havaitsin, että olin pohtinut millaisia avomielenterveyspalveluita oli järjestetty, joista olin maininnut ainoastaan mielenterveystoimistot ja työsalit. Tulosten lopputulos oli itselleni yllätys, joiden mukaan palveluita oli tosiaan mietitty ja niiden kehittämiseen oli otettu mukaan myös potilaan hoitoon osallistuneita työntekijöitä. Palvelut kehittyivät työn ohella, kokemusten ja vaikuttavuuden perusteella. Teoriaosuuden tarkoituksena oli auttaa lukijaa ymmärtämään mielisairaanhoidon sairaalakeskeisyyden muuttumisen avohoitokeskeiseksi. Virikeaineistona käyttämäni lehtileikkeet olivat puolueettomia. Aikapuutteen vuoksi en hyödyntänyt maakuntasanomalehtien lehtileikkeitä, joiden avulla olisin voinut saada vielä kattavamman käsityksen aikakaudesta. (Kylmä ym. 2007: 127, 133-134; Hirsjärvi ym. 2009: 232-233; Kananen 2014: 145-146, 150-154.)

## 7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusideat

Johtopäätöksiksi nousivat, että hoitoon osallistuneiden työntekijöillä oli halu toimia potilaan parhaaksi ja kehittää palveluita paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Järjestetyt avomielenterveyspalvelut kehittyivät koko 1990-luvun, joten ne tukivat potilaan kuntoutumista myös paremmin. Pitkäaikaispotilaiden luottamus omiin kykyihin ja selviämiseen herätettiin pitkien hoitoaikojen ja hoidon suunnittelun avulla. Hoitoaikojen muuttuessa määräaikaisiksi lisäsi potilaiden osallisuutta ja vastuunkantoa oman kuntoutumisen edistymiseen sekä antoi myös potilaille sysäyksen itsenäisen elämisen tahtomiseen ja toimimaan osallisena yhteiskunnassa. Hoitotahojen väliseen yhteistyöhön tuettiin, jolloin hoitoon osallistuvat henkilöt tulivat tutuiksi sekä potilaalle että toisilleen kasvotusten tapoamisen ansiosta. Asioiden sopiminen koettiin vaivattomaksi. Potilaat opetettiin itsenäiseen elämään. Nykyisin hoitotahojen välinen yhteistyö on toki tiivistä, mutta digilisaation

myötä siitä on tullut persoonatonta. Nykyisin ihmiset saattavat olla myös eriarvoisessa asemassa tietoteknisten taitojen vuoksi.

Johtopäätöksenä nousi myös työntekijöiden mahdollinen eriarvoisuudentunteen kokeminen, jota koettiin työtehtävien jakautumisessa. Tietyt työtehtävät oli suoritettava potilaan kuntoutumisen edistymiseksi, jotka onnistuivat hyvin työntekijöiden joustamisen ansiosta, kuten työntekijät tuurasivat toisiaan ilman erityistä koulutusta. Tuloksista ilmeni myös, että työntekijät saattoivat kieltäytyä koulutuksensa mukaisista työtehtävistä, kuten sosiaalihuollon työtehtävistä tai potilaan injektiohoidosta. Kieltäytymisen syyksi arveltiin ajanjakson mukaisen hoitoideologian terapiakoulutuksen vaikutukset. Nykyisin psykiatrian erikoisairaanhoidossa potilaan hoitoon osallistuvat työntekijät keskittyvät oman erityisalan mukaisen hoidon antamiseen, joten edelleen potilaan kokonaisvaltainen hoito ei toteudu.

Jatkossa tutkimusta tarvitaan asiakkaiden näkökulman kartoittamisesta 2000-luvun avoimielenterveyspalveluiden kehittymisestä ja yhteiskunnan keinoista tukea heikommassa asemassa olevien mahdollisuuksia pysyä nykykehityksen mukana, kuten jatkuvasti kehittyvä digilisaation. Menneisyyden tutkimusaiheiksi nousi siirtopotilaiden hoidon toteutumisen tutkiminen, jotka olivat toisen maailmansodan aikana Venäjän puolelle jääneitä sotilaspotilaita, jotka siirrettiin hoitoon Suomen mielisairaaloihin sekä sotien vaikutukset sotilaiden mielenterveyteen ja päihdeongelmiin

## Lähteet

Helsingin kaupunginarkisto

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 21/1989 Pöytäkirja. 20.12.1989

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 2/1990. Pöytäkirja. 23.1.1990

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1991. Pöytäkirja. 2.1.1990.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 8/1991. Pöytäkirja 10.4.1991.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 14/1991. Pöytäkirja 19.6.1991.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 16/1991. Pöytäkirja. 4.9.1991.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 12/1992. Pöytäkirja. 3.9.1992

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 13/1992. Pöytäkirja 24.9.1992.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 14/1992. Pöytäkirja 15.10.1992.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 17/1992. Pöytäkirja 17.12.1992.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1993. Pöytäkirja. 13.4.1993.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1993. Pöytäkirja. 2.6.1993.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 15/1993. Pöytäkirja. 26.10.1993.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 9/1995. Pöytäkirja. 20.6.1995.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1995. Pöytäkirja 22.8.1996.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1996. Pöytäkirja 23.1.1996.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1996. Pöytäkirja 26.3.1996.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 6/1996. Pöytäkirja 23.4.1996.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1996. Pöytäkirja 14.5.1996.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 5/1997. Pöytäkirja 8.4.1997.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1997. Pöytäkirja 17.6.1997.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1997. Pöytäkirja 19.8.1997.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 15/1997. Pöytäkirja. 28.10.1997.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1998. Pöytäkirja. 13.1.1998.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 4/1998. Pöytäkirja. 17.3.1998.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 10/1998. Pöytäkirja. 16.6.1998.

Helsingin kaupungin lautakunta 16/1998. Pöytäkirja. 15.12.1998.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 1/1999. Pöytäkirja. 19.1.1999.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 7/1999. Pöytäkirja. 1.6.1999.

Helsingin kaupungin terveyslautakunta 11/1999. Pöytäkirja. 14.9.1999.

#### Lehtileikkeet

MaTaPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 82/1990: Kaikki toiminta samassa talossa.  
18.11.1990.

MaTaPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 32/1992: Malmin sairaalaan psykiatrinen osasto.  
22.4.1992.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 38/1993: Psykiatrinen osasto Malmin sairaalaan.  
19.5.1993.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 35/1994: Jäkälätien psykiatrinen kuntoutumiskoti  
suljetaan. 4.5.1994.

MataPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 27/1996: Malmilla jälleen sairaalavapaaehtois-  
kurssi. 3.4.1996.

MaTaPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 47/1996: Mielenterveyskuntoutujille kohtaamis-  
paikka Malmille. 16.6.1996.;

MaTaPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 16/1997: Terveysasemien esitteet kotiin.  
26.2.1997.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 55/1997: Mielenterveyskuntoutujien etuja valvotaan Malmilla. 10.8.1997.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 86/1997: Mielenterveysmessuilla kohti mielekästä elämää. 26.11.1997.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 16/1998: Karvinen on tulevaisuutta. 25.2.1998.

MaTaPuPu. Koillis-Helsingin lähitieto 87/1997; Mielenterveyspotilaiden omaisille verstaistukea Malmilla. 2.12.1997.

MaTaPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 91/1998: Koillinen mielenterveysyksikkö tukee selviytymistä yhteiskunnassa tukiverkoston kanssa. 16.12.1998.

MaTaPuPu; Koillis-Helsingin lähitieto 25/1998: Olohuone avattiin Pihlajistossa. 29.3.1998.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 44/1998: Mielenterveyskuntoutujille tasapuolisesti palveluja. 7.6.1998.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 12/1999: Nimikeräys Sepänmäessä mielenterveyspotilaiden palveluasuntolaa vastaan. 10.2.1999.

MaTaPupu, Koillis-Helsingin lähitieto 25/1999: Kuinka käy sairaanhoidon uudelleenjärjestelyissä Malmin sairaalan? 28.3.1999.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 46/1999: Koillishelsinkiläisten hoito ei vaikeudu erikoissairaanhoidon uudistuksessa. 13.6.1999.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 48/1999: Helsingin sairaalat siirtyvät uuteen sairaanhoitopiiriin. 20.6.1999.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 63/1999: Taide auttaa ulos maailmaan. 8.9.1999.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 65/1999: Erikoissairaanhoidon Malmilla jaetaan toimialoihin. 15.9.1999.

MaTaPuPu, Koillis-Helsingin lähitieto 87/1999: Missä viipyvät poliklinikka-ajat? 1.12.1999.

#### Kirjallisuus

Aalberg, Veikko 2009: Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Verkkodokumentti. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00103](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103). Luettu 30.4.2019.

Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti(toim.) 1967: Psykiatrinen kuntoutus. 2. korjattu ja uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Ahonen, Marika 2011: Avoin dialogi nuorisopsykiatriassa hoitajan kokemana. Verkko-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/1024/83030/gradu05451.pdf?sequence=1>. Luettu 30.4.2019.

Alasuutari, Pertti 2011: Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Anttinen, Erik 1975: Avohoito ja kuntoutus. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrinen kuntoutus. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 208-211.

Anttinen, Erik 1975: Psykiatriset huoltotoimistot kaupungissa. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrinen kuntoutus. 2. painos. Porvoo: WSOY. 212-215.

Asunto ensin 2019. Verkkodokumentti: [http://historia.asuntoensin.fi/asunto\\_ensin/asunnottomuus/tutkimus-ja\\_kehittamistyo/nimi\\_ovessa-hanke/lahtokohdat](http://historia.asuntoensin.fi/asunto_ensin/asunnottomuus/tutkimus-ja_kehittamistyo/nimi_ovessa-hanke/lahtokohdat). Luettu 22.5.2019.

Braun, Susan. G 1963: Chlordiazepoxide an effective to psychotherapy of the neurotic states. *American Journal of psychiatry*; 119 (8): 774 – 775.

Elo, Satu – Kyngäs, Helvi 2008: The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1).107-115.

Elomaa- Krapu, Minna 2015. Hoitamisen halusta ja velvollisuuden tunnosta. Lääkintälottien kokemukset koulutuksesta ja hoitotyöstä Suomen sodissa vuosina 1939-1945. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 2039. Tampere: Tampere University Press.

Elomaa-Krapu, Minna – Kaunonen, Marja – Åsted-Kurki, Päivi 2017: Muistitietotutkimusmenetelmän käyttö hoitotieteellisissä tutkimuksissa – esimerkkinä lääkintälottien kokemukset koulutuksesta ja sota-ajan sairaanhoidosta. *Hoitotiede* 1/2017. Volume 29. 64-76.

Elosuo, Reino 1975: Kehoitussrahakysymys. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrinen kuntoutus. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 139-145.

Erikoisairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Annettu Helsingissä 1.12.1989.

Fingerroos, Outi – Haanpää, Riina – Heimo, Anne – Peltonen, Ulla-Maija 2006: Muistitietotutkimus. *Metodologisia kysymyksiä*. Helsinki: Hakapaino.

Eskola, Jyrki 1978: Mielenterveystyön ja sen hallinnollinen hierakkaa kentästä ministeriöön. Teoksessa: Alanen, Yrjö – Anttinen, Erik – Eskola Jyrki – Miettinen, Raimo – Suominen Jyrki – Taipale, Vappu (toim.) 1978: Sosiaalipsykiatria. Helsinki: Tammi.

Forsius, Arno 2005: Pyhimykset mielisairaiden suojelijoina. Verkkodokumentti. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/pdf/2005/SLL362005-3541.pdf>. Luettu 16.4.2018. Luettu 16.4.2018.

Forsius, Arno 2007: Lääkkeet kautta aikojen. Verkkodokumentti. <http://www.sauna-lahti.fi/arnoldus/laakhis2.htm>. Luettu 11.5.2019.

Haarakangas, Kauko – Seikkula 1999: Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Helsingin kaupungin kaupunkisuunnitteluvirasto 2012: Helsingin ja Helsingin seudun väestökehitys. Toteutunut väestönkasvu ja projektiot vuoteen 2050. Helsingin kaupungin kaupunkisuunnitteluviraston yleissuunnitteluviraston selvityksiä 2012:3. Saatavana myös sähköisesti: [https://www.hel.fi/hel2/ksv/julkaisut/yos\\_2012\\_2012-3.pdf](https://www.hel.fi/hel2/ksv/julkaisut/yos_2012_2012-3.pdf). Luettu 22.5.2019.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2006: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4.painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hynynen, Raili (toim.) 2005: Asuntoja ja tukea asunnottomille. Ympäristöministeriö. Suomen ympäristö 745. Verkkodokumentti: [http://helda.helsinki.fi/bisteam/handle/10138/40671/SY\\_745.pdf?segue](http://helda.helsinki.fi/bisteam/handle/10138/40671/SY_745.pdf?segue). Luettu 22.5.2019.

Hyttinen, Elsi 2008: Tutkija arkistossa. Teoksessa: Lempiäinen, Kirsti - Löytty, Olli – Kinnunen, Merja (toim.) 2008: Tutkijan kirja. Jyväskylä: Gummerus. 178-185.

Iija, Aulikki – Almqvist, Sinikka – Kiviharju-Rissanen, Upu 1997: Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

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

Kaila, Martti 1935: Mielitaudit. Sairaanhoidajattarien oppikirja IX. Porvoo: WSOY.

Kaila, Martti – Kinnunen, Lyyli 1950: Mielitaudit-mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kaila, Martti 1956: Outside care of mentally ill. Acta Psychiatric Scandinavian. Suppl. 106. 111-121.

Kaila, Martti 1966: Psykiatrian historia. Lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa. Porvoo: WSOY.

Kalela, Jorma 2000: Historian tutkimus ja historia. Helsinki: Gaudeamus.

Kalela, Jorma 2013: Making history. The historian and uses of the past. Basinstroke: Palgrave McMillan.

Kananen, Jorma 2014: Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Suomen yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi -Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017: Tutkimus hoitotieteessä. 3-5.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Kinnunen, Lyyli 1950: Mielisairaanhoito. Teoksessa: toim. Kaila, Martti – Kinnunen, Lyyli 1950: Mielitaudit – mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY. 1-17.

Kinnunen, Lyyli 1960: Mielisairaanhoito. Kuudes, tarkistettu painos. Porvoo: WSOY.

Kilpiö, Pirkko 1975: Toimintaterapia. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrisen kuntoutus. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 123-133.

Kilpiö, Pirkko 1975: Työ- ja teollisuusterapia. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrisen kuntoutus. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 134-138.

Kortelainen, Kaisa 2008: Penttilän sahayhteisö ja työläisyys. Muistitietotutkimus. Helsinki: SKS.

Koskinen, Jari 1998: Mielenterveyshäiriöiden hoito 1990-luvulla-mitä tilastot kertovat? Helsinki: Gummerus.

Kotila, Hannu 2002: Pedagogiset haasteet ammattikorkeakoulussa. Teoksessa: Kainulainen, Sakari (toim.) 2002: Ammattikorkeakoulu-tehdas vai akatemia? Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 1. Helsinki: MultiPrint. 66-94.

Kurjenluoma, Kaisa – Rantanen, Anja – McCormack, Brendan – Slater, Peter - Hahtela, Nina – Suominen, Tarja 2017: Workplace culture in psychiatric nursing described by nurses. Skandinavian Journal Care Sciences 31 (4). 1048-1058.

Kuula, Arja 2011: Tutkimusetiikka; aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Toinen painos. Tampere: Vastapaino

Käypä hoito 2019. Verkkodokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>. Luettu 30.4.2019.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2014: Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11. nro 1/99. 3-12.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanske, Outi 2011: Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011. 23 (2). 138-148.

Lappalainen, Jussi T. 2002: Haluatko historiankirjoittajaksi? Jyväskylä: Gummerus.

Latvala, Pauliina 2013: Kerrottu politiikka. Muistitietotutkimus arjen poliittisesta kulttuurista. SKS. Vantaa: Hansaprint Oy.

Lauri, Sirkka 2007: Hoitotyön ydinosaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lehtinen, Ville 1975: Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL: 3/1975. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Lidman, Satu – Koskivirta, Anu – Eilola, Jari (toim.) 2017: Historiantutkimuksen etiikka. Helsinki: Gaudeamus.

Lopez-Munoz, Francisco – Alamo, Cecilio 2009: Monoaminenergic neurotransmission the history of antidepressants from 1950s until today. Current Pharmaceutical Design 15 (14). 1563-1586.

Lähtieto 2019. Verkkodokumentti. <http://www.lahitieto.fi/tag/matapupu/> Luettu 5.5.2019.

Markkola, Pirjo 2008: Lähdekritiikki - niin hiljaista ettei sitä huomaa. Teoksessa: Lempiäinen, Kirsti - Löytty, Olli – Kinnunen, Merja (toim.) 2008: Tutkijan kirja. Jyväskylä: Gummerus. 168-177.

Metsämuuronen, Jari 2008: Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Gummerus.

Mielisairasasetus 455/37. Verkkodokumentti. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1937/19370455?search%5D=pika&search%5Bpika%5D=455%2F1937>. Luettu 4.5.2019.

Mielisairaslaki 187/52. Verkkodokumentti. [www.finlex.fi/fi/laki/smur/1952/19520187#saadoksen-nojalla-annettu](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1952/19520187#saadoksen-nojalla-annettu). Luettu 4.5.2019.

Mielisairasasetus 488/52. Suomen asetuskoelma vuodelta 1952. Valtioneuvoston kirjapaino.

Mielisairaslain osittaisuudistus 1978. Verkkodokumentti. [http://www.edus-kunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he\\_201+1989.pdf](http://www.edus-kunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_201+1989.pdf). Luettu 5.5.2019.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Mäntylä, Katja – Toomar, Jaana – Reukauf, Marianne 2013: Graka kaulassa. Gradun ja kandin tekijän selviytymisopas. Helsinki: Finn Lectura.

Nikunen, Minna 2008: Tutkimusaineisto ja tunteet. Teoksessa: Lempiäinen, Kirsti - Löytty, Olli – Kinnunen, Merja (toim.) 2008: Tutkijan kirja. Jyväskylä: Gummerus. 156-167.

Nojonen, Katja 1990: Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis ser A. vol. 283. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Noro, Leo 1975: Kuntoutuksen kehittämisestä. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrisen kuntoutus. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 20-24.

Ojanen, Markku – Nordling, Esa – Laurén, Harri 1994: Skitsofreniapotilaiden kuntoutusprojekti. Verkkodokumentti. Duodecim 1994;110(15):1452. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/15/duo40322>. Luettu 3.3.2018.

Olfson, Mark – Amos, Tony – Benson, Carmela – McRae, Jacquelyn – Marcus, Steven C 2018: Prospective service use and health care cost medicaid beneficiaries with treatment-resistant depression. Journal of Managed care of Speciality Pharmacy. Vol. 24(3). 226-236.

Orrman, Eljas 1980: Henkikirjat henkilöhistorian lähteenä. Verkkodokumentti. [http://www.genealogia.fi/genos-old/51/51\\_1.htm#11](http://www.genealogia.fi/genos-old/51/51_1.htm#11). Genos 51(1980):1-21. Luettu 27.4.2018.

Paloheimo, Martti 1975: Yksinäisyys inhimillisenä ongelmana. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: Psykiatrisen kuntoutus. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 91-102.

Perhehoitajalaki 312/1992. Annettu Helsingissä 3.12.1992. Saatavana myös sähköisesti. [www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920312](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920312). Luettu 4.5.2019.

Perhehoitoliitto 2019. Verkkodokumentti. <https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoitoliitto/historia>. Luettu 1.5.2019.

Pesonen Niilo 1980: Terveiden puolesta-sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800-1900-luvulla. Porvoo: WSOY.

Pietikäinen, Petteri 2013: Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus.

Priebe, Stefan – Badesconyi, Alli – Fioritti, Angelo – Hansson, Lars – Kilian, Reinhold – Torres-Gonzales, Francisco – Turner, Trevor – Wiesman, Durk 2005: Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 15:330(7483). 123-126.

Pylkkänen, Kari 2001: Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa: toim. Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Matti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo: Psykiatria. Toinen uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 675-711.

Pulma, Panu 1994: Vaivaisten valtakunta. Teoksessa: Jaakkola, Jouko – Pulma, Panu – Sotka, Mirjami – Urponen, Kyösti 1994: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto. 15-70.

Punch, Keith. F 1998: Introduction to Social research. Quantitative and qualitative approaches. London: Sage Publications.

Purse, Marcia 2019: The discovery and history of lithium as a mood stabilizer. Verkko-dokumentti. <https://www.verywellmind.com/lithium-the-first-mood-stabilizer-p3-380277>. Luettu 11.5.2019.

Pöysä, Jyrki 2015: Lähiluvun tieto. Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen. Kultaneito XVII. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.

Rosén, Ragnar - Heiniö, Paavo - Soininen, Gunnar - Unkila, Enni 1968: Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia. Helsinki: Helsingin kaupungin julkaisuja N:o 19.

Salo, Markku 1996: Sietämisestä solidaarisuuteen: mielisairaalareformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Salokangas, Raimo K.R 1990: Psykiatria sukeltamassa katastrofiin? Suomen Lääkärilehti 94. 2129-2130.

Salokangas Raimo K.R – Saarinen, Soile – Stengård, Eija 1996: Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) II: Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986 ja 1990 kotiutettujen potilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista. Helsinki: Gummerus.

Salokangas, Raimo K.R – Stengård, Eija – Honkonen, Teija – Koivisto, Anna-Maija – Saarinen, Soile 2000: Seurantatutkimus sairaalasta kotiutumisen vaikutuksesta skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES-raportteja 248. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Salokangas, Raimo K.R 2008: Älä unohda vanhoja lääkkeitä. *Duodecim*; 124. 212-214.

Sarvilinna A 1938: Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellishistoriallinen tutkielma. Väitöskirja. Uusikaupunki.

Scardamalia, Marlene – Bereiter, Carl 2006: Knowledge Building: Theory, Pedagogy and Technology. In. K. Sawyer (Ed.). *Cambridge Handbook of the Learning Sciences*. 97-118.

Shuman, Amy – Hasan-Rokem, Galit 2012: The Poet of Folklore. Teoksessa: Bendix, Regina. F – Hasan-Rokem, Galit 2012: A Companion to Folklore. Malden: Wiley – Blackwell. 55-74.

Shorter, Edward 2005: *Psykiatrian historia*. Helsinki: Hakapaino.

Simola, Heikki 1975: Suunniteltu uusi sairaanhoitohallinnollinen alueorganisaatio ja kuntoutuksen kehitysmahdollisuudet. Teoksessa: toimituskunta: Achté, Kalle – Kilpiö, Pirkko – Ollikainen, Liisa – Pihkanen, Toivo – Rantanen, Irja – Rinne, Matti 1975: *Psykiatrinen kuntoutus*. Toinen painos. Porvoo: WSOY. 64-69.

Slotte, Virpi – Tynjälä, Päivi 2003: Industry-University collaboration for continuing professional Development. *Journal of Education and Work*. 16(4): 445-464.

Soininen, A 1937: Hypoglykeemisen tilan käytöstä mielitautien, erityisesti jakomielisyyden hoidossa. *Duodecim* 1937:752-765. Verkkodokumentti. [https://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1937\\_8\\_752-765.pdf](https://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1937_8_752-765.pdf). Luettu 4.12.2018.

Suomen säädöskokoelma 1990: *Mielenterveyslaki*. Helsinki: VAPK.

Szasz, Thomas 1960: The myth of the mental illness. *American Psychologist*. Vol. (15) 2. 113-118.

Stasz, Cathleen 1998: Generic skills at work: implications for occupationally-oriented education. Teoksessa: Nijhof, Wim.J – Streumer Jan.N (eds.): *Key Qualifications in Work and Education*. Dordrecht: Springer. 187-206.

Taipale, Ilkka 2018: *Mielisairaalassa. Lääkärin muistelmat*. 2.painos. Helsinki: Into kustannus.

Tirkkonen, Tarja 2018: Perhetyö. Verkkodokumentti. <https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/perhetyo>. Luettu 30.4.2019.

Torstin, Pilvi 2012: *Suomalaiset ja historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. Luettu 4.3.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Luettu 4.3.2018.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuovinen Sirkka-Liisa 1990: Kellokosken sairaala 1915-1990. Jyväskylä: Gummerus.

Tuovinen, Sirkka-Liisa 2009: Inhimillinen Nikkilä. Helsinki: Painotalo Miktor Oy.

Tuori, Timo: 1994: Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisasrinnasta. Stakes. Raportteja 143. Jyväskylä: Gummerus.

Ukkonen, Tuija 2000: Menneisyyden tulkinta kertomalla. Muistelupuhe oman historian ja kokemuksetuotusten tuottamisprosessina. Helsinki: Hakapaino Oy.

Valtionapulaki 269/1929. Verkkodokumentti. [www.hel.fi/static/tieke/digitoidut\\_asiakirjat/helsingin\\_kaupungin\\_kunnalliset\\_asetuskokoelmat/pdf/Kunnallinen\\_asetuskoelma\\_1929.pdf](http://www.hel.fi/static/tieke/digitoidut_asiakirjat/helsingin_kaupungin_kunnalliset_asetuskokoelmat/pdf/Kunnallinen_asetuskoelma_1929.pdf). Luettu 14.12.2018.

Vataja, Risto 1995: Lobotomia. Suomen Lääkärilehti 1995: 11. 1328-1331.

Vataja, Risto 1995: Sähköshokkihoidon historiaa. Suomen Lääkärilehti 1995: 15. 1794-1796.

Vauhkonen, Onni 1978: Yleiskatsaus lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan. Teoksessa: Vauhkonen, Onni – Laurinkari, Juhani - Bäckman, Guy 1978: Suomalaista terveystaloutta. Porvoo: WSOY.

Vilka, Hanna 2015: Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

**Teemahaastattelu**

Ammattinimike:

Työkokemus tapahtumahetkellä:

**1. TEEMA;****AVOMIELENTERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN**

Kerrotteko, millaisia avomielenterveyspalveluita oli järjestetty Helsingissä 1990-luvulla?

Apukysymys

1. Oliko järjestetty puoliavoimet paikat; missä ja millainen palvelu?
2. Oliko kuntoutuskoteja; missä ja millainen palvelu? Asuntolat?
- 3 Oliko työsaleja? Päiväkeskuksia, muita yksiköitä?
4. Missä ja miten potilaat asuivat, jos eivät asuneet yksikössänne?

**2. TEEMA;****POTILAIEN SIJOITTAMINEN**

Kerrotteko, mistä potilaat tulevat ja mihin he sijoittuvat?

Apukysymykset:

1. Kuka ”päätti” minne ko. potilas sijoitetaan?
2. Kuunneltiin ko potilaan mielipidettä/kysyttiin ko mielipidettä?
3. Oliko potilailla omaisia; olivatko hoidossa/pt mielipidettä tukemassa?
3. Oliko potilailla tietoa, mihin palveluun haluaa sijoittua?

**3. TEEMA:****PALVELUIDEN TUKI POTILAILLE**

Kerrotteko, miten avomielenterveyspalvelut tukivat potilaita?

Apukysymykset:

1. Oliko palveluita mielestänne riittävästi?
2. Puuttuiko mielestänne jokin palvelumuoto?
3. Miten potilaiden taloudelliset asiat olivat hoidettu; edunvalvoja?
4. Tarvitsiko potilaat apua esim. sos. tukihakemuksissa?
5. Oliko mielenterveyspotilaiden liikkuminen helppoa; tarvitsiko esim. vammaislain mukaisia kuljetuspalveluita?

**4. TEEMA:****KOKEMUKSET OMASTA TYÖPAIKASTA**

Pyydän teitä kuvaamaan omaa työpaikkaanne?

Apukysymys:

1. Yksikkö, sijainti?
2. Saitteko itse päättää työyksikkönne?
- 3 Oliko työnohjaus järjestetty?

**5. TEEMA:****KOKEMUKSET KOULUTUKSESTA**

Kerrotteko, millaista koulutusta saitte organisaatiolta työtehtäväänne?

Apukysymykset:

1. Mitä koulutusta olisitte toivoneet/tarvinneet?

**6. TEEMA:****KOKEMUKSET YKSIKKÖÖN KOHDISTUNEISTA ASETEISTA**

Kerrotteko. havaitsitteko yksikkönne ympäristöstä valtaväestön asenteita mielenterveyspotilaisiin? Kerrotteko niistä?

Apukysymykset:

1. Millaisia asenteita?

2. Havaitsiko potilaat niitä; kertoivatko he niistä?
3. Havaitsitteko, vaikuttivatko asenteet jollain tavalla potilaan vointiin/sopeutumiseen?

**7. TEEMA:**

**MUIDEN TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTELYT**

Kerrotko, millä tavoin potilaan muut terveyspalvelut olivat järjestetty?

Apukysymykset:

1. Millä tavoin laboratoriokäynnit toteutuivat?
2. Millä tavoin hammashuolto toteutui?
3. Millä tavoin perusterveydenhuolto toteutui?

Ja lopuksi ”sana on vapaa”; mitä muuta teille tulee vielä aiheesta mieleen?

Kiitos haastattelusta.

## Opinnäytetyön tiedote

### HAETAAN HAASTATELTAVIA AVOMIELENTERVEYSPALVELUITA KÄSITTELEVÄÄN YAMK-OPINNÄYTETYÖHÖN.

Hei, oletko työskennellyt 1990-luvulla Helsingin kaupungin avomielenterveyspalveluissa? Etsin haastateltavia opinnäytetyöhöni, jonka aiheena on Helsingin avomielenterveyspalveluiden kehittyminen 1990-luvulla potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden kokemana. Haen osallistujia niin lääkäreistä, toimintaterapeuteista, fysioterapeuteista, sosiaalityöntekijöistä, psykologeista, sairaanhoitajista, lähihoitajista, mielenterveyshoitajista, mielisairaanhoitajista ja muuta hoitotyötä tehneistä henkilöistä.

Opinnäytetyöni kuuluu Sote-Muistitietohankkeeseen, jonka tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden, potilaiden ja omaisten kokemuksia menneisyyden hoitotyöstä. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa muistitiedon avulla menneisyyden avomielenterveyspalveluiden kehittymisen kokemuksia ja psykiatrisen hoitotyön historiasta.

Opinnäytetyöni on laadullinen ja kerään aineiston potilaan hoitoon osallistuneiden työntekijöiden ryhmäteemahaastatteluiden avulla elokuun ja joulukuun 2018 välisenä aikana. Aineiston analyysissä käytän induktiivista temaattista analyysiä. Haastatteluaineiston säilytetään tietokoneella sähköisenä muistiona salasanaan varustettuna. Henkilötietoja ei tallenneta ja Haastatteluaineisto koodataan, ettei yksittäinen henkilö voi paljastua.

Osallistuminen on vapaaehtoista, josta ei makseta erillistä korvausta. Haastattelun aikana kahvitarjoilu. Haastatteluun osallistuneet saa tiedon tutkimuksen päättämisestä ja linkin tutkimusraporttiin.

Vastaa mielelläni tutkimukseen liittyviin kysymyksiin

Yhteydenottoasi odotellen:

Sari Hämäläinen

sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali -ja terveysalan johtamisopinnot

Metropolia ammattikorkeakoulu

p. 050-321 7166

e-mail: sari.hamalainen(at)metropolia.fi