



SENJA HYVÖNEN

Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä

Tutkimus perusterveydenhuollon
mielenterveystyöstä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Finn-Medi 5
luentosalissa, Biokatu 12, Tampere,
syyskuun 10. päivänä 2004 kello 12.

English abstract

Acta Universitatis Tampereensis 1028

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Ohjaajat

Dosentti Merja Nikkonen

Tampereen yliopisto

Dosentti Timo Tuori

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori emerita Maija Hentinen

Kuopio

Professori Pekka Larivaara

Oulun yliopisto

Myynti



Tampereen yliopiston

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 215 6055

Fax (03) 215 7685

taju@uta.fi

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Painettu väitöskirja

Acta Universitatis Tamperensis 1028

ISBN 951-44-6053-7

ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 373

ISBN 951-44-6054-5

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2004

ALKUSANAT

Sanotaan, että ihmisellä täytyy olla unelmia. Ajateltaneen, että unelmia tarvitaan, koska niillä on taipumus toteutua. Oma unelmani opintojen jatkamisesta Matti-poikani tullessa kouluikään toteutui monien vaiheiden kautta kuin ihmeen kaupalla. Aloitimme samana syksynä: poikani koulunkäynnin ja minä tämän tutkimuksen teon. Miten tämä tutkimus tuli unelmakseni?

Käsitettä *mielenterveystyö* ei yleisesti käytetty sairaanhoitaja- ja erikoissairaanhoitajakoulutukseni aikana 1980-luvulla. Tutkintonimikekin oli *psykiatrinen* sairaanhoitaja. Toimiessani terveydenhuollon opettajana 1990-luvulla opiskelijani olivat kodinhoitajia, perushoitajia ja sairaanhoitajia, jotka aikuisena jatkoivat opintojaan. Näiden ammattilaisten ohjaajana minulle tarjoutui tilaisuus kyseenalaistaa psykiatrisen hoidon menetelmiä ja niiden sopivuutta perusterveydenhuollon toimintaympäristöön. Kun vielä 1990-luvun puolivälin vaiheilla oli meneillään psykiatrisen hoidon rakenteiden perusteellinen uudistaminen, käsitteiden tutkiminen vaikutti yhä tärkeämmältä. Käsitin, että siihenastinen ymmärrykseni mielenterveyden hoitamisesta oli ollut ajan hengen mukaisesti kapea-alainen ja uudessa tilanteessa riittämätön.

Oivalsin, että opiskelijoillani, kuten muillakin perusterveydenhuollossa työtä tekevilla, on sellaista tietoa ja taitoa, jota mielenterveyden edistämässä ja perusterveydenhuollon mielenterveystyössä tarvitaan. Tämä tieto ja taito näyttivät olevan olemassa kirjoittamattomana ja julkilausumattomana. Mitä on mielenterveyden edistäminen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyö? Kysymykset tuntuivat tarjoavan johtolangan, jota seuraamalla olisi mahdollista vastata niihin haasteisiin, joita mielenterveystyön painopisteen muuttuminen perusterveydenhuoltoon väistämättä toi eteeni opetustyössä. Tämän tutkimuksen avulla ajattelin voivani tehdä perusterveydenhuollossa tehtävän mielenterveystyön näkyväksi ja ymmärrettäväksi.

Tutkimuksen tekeminen on ollut monivuotinen prosessi, jonka aikana elämään on onneksi mahtunut paljon muutakin. Prosessia voisi kuvata myös matkaksi tutkimuksen maailmaan. Ajoittain, varsinkin alkuaikoina tunsin olevani ajatusteni kanssa yksin aavalla, upottavalla suolla. Yksin en silti ollut: jos itse en aina jaksanut uskoa asiaani, oli onneksi ihmisiä, jotka jaksoivat. Vaikeuksien ja onnistumisten jakaminen on tehnyt matkasta antoisan ja ikimuistettavan. Ohjaajaani THT Merja Nikkosta kiitän sydämestäni siitä, että hän on kulkenut kanssani tämän tutkimuksen tekemisen monet vaiheet. Hän on ollut aina saatavillani milloin missäkin päin Suomea ja maailmaa, valmiina vastaamaan kysymyksiini. Ilman lämmintä ja kannustavaa tukeasi tutkimus olisi jäänyt

tekemättä. Ohjaajaani LT Timo Tuoria kiitän uusien näkökulmien tuomisesta, avartavista kommentteista ja kannustuksesta.

Eriytyiset kiitokset osoitan haastateltavilleni. Ilman Teitä en olisi voinut tätä tutkimusta toteuttaa. Kiitos, että rohkenitte laittaa itsenne likoon tutkimustani varten, annoitte siihen aikaanne ja ajatuksianne. Teidän ansiostanne minulla oli käytettävissäni runsas ja rikas tutkimusaineisto. Kiitän myös tutkimuksessa mukana olleiden terveystieteiden johtavia hoitajia ja lääkäreitä hyvästä yhteistyöstä.

Esitarkastajiani professori emerita Maija Hentistä ja professori Pekka Larivaaraa kiitän lämpimästi. Teiltä saamani rakentavan palautteen avulla saatoin parantaa työtäni merkittävästi. Professori Päivi Åstedt-Kurkea kiitän saamastani monenlaisesta avusta vuosien varrella. Kiitän professori emerita Marita Paunonen-Ilmosta, joka tutkimuksen alkuvaiheissa auttoi minua monin tavoin. Kiitän professori Katie Erikssonia avusta tutkimuksen teoreettisten ja tieteenfilosofisten sekä professori Annikki Järvistä metodisten näkökulmien selkiyttämisessä.

YTT Ossi Eskelistä ja THT, KT Terttu Munnukkaa kiitän siitä, että tulini ryhtyneeksi tämän tutkimuksen tekemiseen. YTM Hannu Koposta kiitän kuvioiden viimeistelystä ja FL Sirkka-Liisa Leinosta tiivistelmän englanninkielisestä käännöksestä. Kiitän yhteisesti tutkijakoulutettavien ryhmää Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Kiitän sydämestäni kaikkia ystäviäni: Teidän kanssanne olen voinut jakaa elämän ja tutkimuksenteon ilot ja murheet. Kiitos Kaija monista hyvistä neuvoista ja rohkaisusta. Vuosien ajan olet omalla esimerkilläsi syvästi vaikuttanut tapaan toimia tutkijana.

Puolisoani Pekkaa ja poikaani Mattia kiitän nöyrästi. Vuosikaudet olette jakaneet kotimme ja minut tutkimukseni kanssa. Jaotte niin epävarmuuden kuin ilonkin päivät ja tarjositte minulle kiitettävästi arkista aherrusta ajattelun vastapainoksi. Kiitos Olli-Pekka, että olit mikrotukenani. Kiitän lämpimästi veljeäni ja siskojaani sekä kaikkia läheisiäni monenlaisesta avusta ja ymmärryksestä. Eriyiskiiotokset ansaitsee sisareni Eira, joka on patistanut minua opintielle kuusivuotiaasta alkaen.

Tutkimukseni taloudellisesta tuesta kiitän Wihurin rahastoa, Emil Aaltosen säätiötä, Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, Hoitotieteiden tutkimusseuraa, Sairaanhoitajien koulutussäätiötä, Suomen Sairaanhoitajaliittoa ja Pohjois-Hämeen sairaanhoitajat ry.tä. Apurahat ovat mahdollistaneet pitkäjänteisen keskittymisen tutkimuksen tekemiseen. Saamani apurahat ovat myös osoitus perusterveydenhuollon mielen terveystieteen ja sen tutkimuksen merkityksellisyydestä.

Lempäälässä 22. kesäkuuta 2004.

Senja Hyvönen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos 2004

Senja Hyvönen: Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä – tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä
Väitöskirja: 171 sivua ja 10 liitesivua

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tavoitteena on tehdä perusterveydenhuollon mielenterveystyö näkyväksi ja ymmärrettäväksi. Tutkimuksen lähestymistapa on fenomenologis-hermeneuttinen. Tutkimusaineisto koostuu hoitajien ja lääkäreiden avoimista ja teemahaastatteluista. Aineisto koottiin kuudessa pirkanmaalaisessa terveystieteellisessä vuosina 1999-2000 ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Tulosten mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön ovat 1990-luvulla heijastuneet lukuisat muutostekijät, jotka liittyvät terveydenhuollon palvelujärjestelmiin sekä niiden organisointiin ja rahoitukseen. Muutostekijöitä olivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämisessä tapahtuneet muutokset, kuten psykiatristen sairaansijojen vähentäminen, sopimusohjauksjärjestelmään siirtyminen, mielenterveyspalveluiden kunnallistaminen sekä siirtyminen väestö- tai aluevastuujärjestelmään. Muutostekijöiksi osoittautuivat myös yhteiskunnalliset tapahtumat sekä perusterveydenhuollon työntekijä itse.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyö kohdistuu tutkimuksen mukaan koko väestöön riippumatta siitä onko henkilöllä mielenterveyden häiriö vai ei. Väestön hyvinvointi sekä omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttäminen ovat perusterveydenhuollon mielenterveystyön tavoitteita. Perusterveydenhuollon tehtäviä mielenterveystyössä ovat ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä potilaiden ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon. Perusterveydenhuollon omimmaksi tehtäväksi osoittautui ennaltaehkäisevä mielenterveystyö. Perusterveydenhuollon voimavaran mielenterveystyössä muodostavat palvelujärjestelmä, henkilöstö, väestövastuujärjestelmä sekä väestön ja työntekijöiden välinen suhde. Rajoitteet liittyvät palvelujärjestelmän piirteisiin, työntekijöihin sekä yhteistyön ongelmiin.

Tutkimuksen tuloksena muodostui kokonaiskuva niistä työvälineistä, joita perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käytetään. Työvälineet nimettiin vuorovaikutukselliseksi, ideologiseksi ja teknisiksi työvälineiksi sekä yhteistyövälineiksi. Perusterveydenhuollon työntekijä itse on yksi keskeinen elementti työvälineistössä. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perustana ovat kiinnostus ihmistyöhön, ammatillinen yhteistyö, elämäkokemukset, työkokemukset, koulutukset ja harrastukset. Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuuksia mielenterveystyössä ovat asenteet, ammatillisen itsetuntemuksen taidot, vuorovaikutustaidot, elämisen taidot sekä ihmissuhdetaidot.

Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseksi tarvitaan toimenpiteitä neljällä tasolla. Nämä ovat yhteiskunta- ja koulutuspolitiikan taso, alueellisen ja paikallisen päätöksenteon taso, palveluiden taso sekä työntekijän taso.

Tutkimuksen tuottama tieto voidaan ottaa perusterveydenhuollon mielenterveystyön käytännön lähtökohdaksi ja kehittämisen apuvälineeksi. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkimus tuottaa uusia näkökulmia perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön. Perusterveydenhuollossa tehdään mielenterveystyötä ja myös hoitajilla on tärkeä rooli mielenterveystyössä. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen, palveluiden toimivuuden ja hoitajien ammattitaidon hyödyntämisen näkökulmasta on välttämätöntä nähdä hoitajien tekemä mielenterveystyö perusterveydenhuollon mielenterveystyön kokonaisuudessa. Tämä edellyttää toiminnan perusteena olevan ihmis- ja terveystieteiden kriittistä tarkastelua.

Asiasanat: perusterveydenhuolto, mielenterveystyö, ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, moniammatillinen yhteistyö, fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa

ABSTRACT

University of Tampere
Faculty of Medicine
Department of Nursing Science 2004

Hyvönen Senja: Multidimensional and multiprofessional co-operation in changing conditions - a study on mental health work in primary health care
Doctoral dissertation: 171 pages and 10 appendices

The purpose of the study was to describe and understand the views of primary health care workers concerning the mental health work done in primary health care. The goal was to make primary mental health work visible and understandable. A phenomenologic-hermeneutic research approach was used. The data consisted of unstructured and thematic interviews of nurses and doctors. The data were collected from six health centres in the Pirkanmaa region in 1999-2000 and analysed with methods of qualitative content analysis.

According to the results, the mental health work done in primary health care in the 1990s was affected by several change factors related to the health service systems and their organisation and funding. The change factors included the changes that took place in the organisation of specialised and primary health care, such as the reduction of psychiatric inpatient care, the introduction of a contractual control system, the assignment of mental health services to municipalities and the adoption of population- or district-based sectorisation. Further change factors consisted of societal events and the primary health care workers themselves.

According to the findings, primary mental health work is aimed at the whole population, regardless of whether or not given individuals have mental health disorders. Welfare at the population level and maintenance of initiative and safety are the objectives of primary mental health work. The tasks of primary health care in mental health work include the identification and treatment of mental health problems and the guidance and referral of patients for further care. Preventive mental health work turned out to be the core task of primary health care. The resources of primary health care in mental health work consist of the service system, the staff, the system of population-based sectorisation and the relationship between the population and the health care staff. Restraints are imposed by certain aspects of the service system, the staff and problems in co-operation.

The study provided an overview of the tools used in primary mental health work. These tools were categorised into interactive, ideological and technical as well as co-operative tools. The primary health care worker him/herself was one of the key tools. According to the findings, the primary health care worker's occupational competence is based on interest in work with human beings, occupational co-operation, life and work experiences, education and hobbies. The strengths of primary health care workers in mental health work include attitudes, occupational self-knowledge, interactive skills, life skills and interpersonal skills.

Based on the findings, measures at four levels are needed to develop the mental health service in primary health care. These levels are the level of societal and educational policies, the level of regional and local decision-making, the level of services and the level of workers.

The findings of this study can be used as a practical starting-point and a developmental tool in primary mental health work. The results can be utilised in planning and implementing the education of health care staff. They also open up new perspectives into primary mental health work. Mental health work is done in primary health care, and nurses also play an important role in mental health work. From the viewpoint of the development of primary mental health work, the functionality of services and the exploitation of nurses' occupational skills, it is necessary to recognise the mental health work done by nurses within the totality of mental health work. This warrants a critical examination of the underlying notions of humanity and health.

Key words: mental health work, primary health care, preventive mental health work, multiprofessional co-operation, phenomenologic-hermeneutic research approach

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	5
ABSTRACT.....	7
1 PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT	13
1.1 Perusterveydenhuolto mielenterveystyön toteuttajana	13
1.2 Perusterveydenhuollon mielenterveystyö muutoksessa.....	15
1.3 Perusterveydenhuollon mielenterveystyö tutkimuksen kohteena.....	20
1.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	25
2 TUTKIMUKSEN ONTOLOGISET JA EPISTEMOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	28
2.1 Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa.....	28
2.2 Ontologiset lähtökohtani.....	31
2.2.1 Käsitykseni ihmisestä	32
2.2.2 Käsitykseni mielenterveydestä	33
2.2.3 Käsitykseni hoitamisesta	35
2.3 Epistemologiset lähtökohtani.....	37
2.3.1 Käsitykseni hoitotieteestä.....	37
2.3.2 Tieto fenomenologisessa tutkimuksessa.....	38
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	40

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT.....	41
4.1 Laadullinen tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyön tutkimisessa.....	41
4.2 Haastateltavien valinta.....	42
4.3 Aineiston keruu.....	43
4.3.1 Avoimet haastattelut.....	44
4.3.2 Teemahaastattelut.....	45
4.3.3 Haastattelujen toteutus.....	45
4.4 Laadullinen sisällönanalyysi analyysimenetelmänä ja aineiston analyysi.....	46
5 PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖ JA SEN MUUTOKSET 1990-LUVULLA.....	49
5.1 Tulosten kuvaamisesta.....	49
5.2 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutokset 1990-luvulla ja niiden merkitys.....	50
5.2.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutostekijät 1990-luvulla työntekijöiden näkökulmasta.....	50
5.2.2 Muutosten merkitys perusterveydenhuollon työn ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön kannalta.....	56
5.2.3 Yhteenveto.....	59
5.3 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät, mahdollisuudet ja esteet.....	60
5.3.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät.....	60
5.3.2 Perusterveydenhuollon yhteistyökumppanit mielenterveystyössä.....	62
5.3.3 Perusterveydenhuollon voimavarat mielenterveystyössä.....	63
5.3.4 Perusterveydenhuollon rajoitukset ja esteet mielenterveystyössä.....	65
5.3.5 Yhteenveto.....	68
5.4. Perusterveydenhuollon työntekijän työvälineet mielenterveystyössä.....	70
5.4.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön perusta: työntekijä ihmisenä ja ammattilaisena.....	70
5.4.2 Ideologiset työvälineet.....	74
5.4.3 Vuorovaikutukselliset työvälineet.....	76
5.4.4 Yhteistyövälineet.....	79

5.4.5 Tekniset työvälineet.....	81
5.4.6 Yhteenveto.....	83
5.5. Perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon ulottuvuudet	84
5.5.1 Perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perusta mielenterveystyössä.....	84
5.5.2 Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuudet mielenterveystyössä.....	87
5.5.3 Yhteenveto.....	90
5.6 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen	91
5.6.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen yhteiskunta- ja koulutuspolitiikan tasolla.....	91
5.6.2 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen alueellisen ja paikallisen päätöksenteon tasolla	94
5.6.3 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen paikallisten palveluiden tasolla.....	96
5.6.4 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen työntekijän tasolla.....	102
5.6.5 Yhteenveto.....	111
6 POHDINTA	112
6.1 Tulosten tarkastelu	112
6.1.1 Ontologinen tieto	112
6.1.2 Yhteiskuntaa ja terveydenhuollon järjestelmää koskeva tieto.....	121
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	130
6.2.1 Haastatteluaineiston luotettavuus	130
6.2.2 Aineiston analyysin luotettavuus.....	132
6.2.3 Yleistäminen ja siirrettävyys	133
6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	134
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	137
LÄHTEET.....	145
LIITTEET	172

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT KUVIOT JA TAULUKOT

KUVIOT

1. Tutkimuksen lähtökohdat
2. Tutkimusaineiston analyysin vaiheittainen eteneminen Tuomea ja Sarajärveä (2002) mukaillen
3. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteutuminen ja osa-alueet
4. Perusterveydenhuollon työntekijän työvälineet mielenterveystyössä
5. Ammattitaidon perusta perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
6. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen neljä tasoa
7. Tutkimuksen tuottaman tiedon luonne
8. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kolme ulottuvuutta

TAULUKOT

1. Haastateltujen jakautuminen ammattiryhmittäin
2. Perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön 1990-luvulla heijastuneet muutostekijät
3. Hoitamisen ja evidenssin ulottuvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä Erikssonia ym. (2002) mukaillen

1 PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

1.1 Perusterveydenhuolto mielenterveystyön toteuttajana

Perusterveydenhuollon tehtävänä on vastata sairauksien ehkäisemisestä ja väestön terveyden edistämisestä. Se hoitaa yleiset terveysongelmat, tarjoaa apua vaikeissa sairauksissa ja lähettää tarvittaessa potilaat jatkotutkimuksiin tai hoitoon. Perusterveydenhuolto järjestetään terveyskeskuksissa, lääkäriasemilla ja yksityisessä työterveyshuollossa. (Taipale ym. 1997.) Käsitettä perusterveydenhuolto voidaan käyttää suppeassa ja laajassa merkityksessä. Suppeassa merkityksessä se tarkoittaa kunnallisten terveyskeskusten toimintaa ja laajemmin tulkittuna kaikkia niitä palveluja, jotka ovat kuntalaisten käytettävissä ilman eteenpäin lähettämismenettelyä. (Kokko & Niskanen 1995.) Tässä tutkimuksessa tarkoitetaan perusterveydenhuollolla kunnan järjestämää terveyskeskustoimintaa, joka käsittää terveyden- ja sairaanhoidon, kuntoutuksen ja ennaltaehkäisyn.

Perusterveydenhuollon järjestämistä varten Suomessa oli vuonna 1999 yhteensä 265 terveyskeskusta. Terveyskeskuksilla on useita terveysasemia sekä sairaaloita. Terveyskeskusten sairaaloissa oli 23 000 vuodepaikkaa (v. 1995). Kunnat käyttivät vuonna 1997 perusterveydenhuoltoon keskimäärin 336 euroa asukasta kohti. (Perusterveydenhuolto terveyskeskuksissa.) Väestöstä 86 prosenttia käy vuoden aikana vähintään kerran terveyskeskuslääkärillä (Vohlonen ym. 1991) ja psykiatrasta hoitoa saa 3-4 % (Lehtinen ym. 1991).

Mielenterveystyö on käsitteenä laaja. Se sisältää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisen, parantamisen ja lievittämisen (Mielenterveyslaki L 1116/1990). Mielenterveystyöhön sisältyy myös mielenterveyden häiriöiden hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä kaikki se, mitä tehdään ihmisten elinolojen parantamiseksi¹. Mielenterveystyö on

¹*Euroopan unionin terveystieteissä kannanotoissa mielenterveystyö nähdään osana kansanterveystyötä (Lavikainen ym. 2001).*

mielenterveyspalveluita laajempi käsite: Hyvin toimiva mielenterveystyö ei rakennu vain palvelujen ja tuen kokonaisuudesta, vaan siihen liittyy myös mielenterveydestä tiedottaminen. (Mielenterveystyö kunnan asialistalle 1994.) Mielenterveystyötä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muilla sektoreilla. Sitä toteuttavat myös seurakunnat sekä kansalais- ja vapaaehtoisjärjestöt. Tässä tutkimuksessa käytän käsitettä perusterveydenhuollon mielenterveystyö, koska tutkimuksen näkökulma on toimijalähtöinen² ja tarkasteltavana on yhdellä hallinnonalalla, perusterveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö.

Pasquali ym. (1981) jakavat ennaltaehkäisevän mielenterveystyön primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Esimerkkinä primaaripreventiosta on koulutus ihmissuhteiden hoitamisessa kodeissa, kouluissa ja työpaikoilla. Debriefing-toiminta on tyypillistä sekundaaripreventiota. Tertiaaripreventiolla tarkoitetaan jo sairastuneiden hoitoa ja kuntoutusta. (Pasquali ym. 1981, Mielenterveystyö kunnan asialistalle 1994.) Tässä tutkimuksessa ymmärrän perusterveydenhuollon mielenterveystyön nämä kaikki prevention tasot käsittävänä toimintana, johon eri ammattiryhmät osallistuvat oman koulutuksensa ja osaamisensa mukaisesti.

Kansanterveyslaki (L 66/1972) ja mielenterveyslaki (L 1116/1990) asettavat kunnille mielenterveystyötä koskevia velvoitteita. Mielenterveystyö nähdään niissä laaja-alaisena toimintana, jonka painopiste tulee olla mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyssä. Mielenterveyslaissa mielenterveystyö on määritelty kuntien tehtäväksi; laki velvoittaa kunnat huolehtimaan myös toimivasta työnohjausjärjestelmästä. Laissa edellytetään, että kunta tai kuntayhtymä järjestää mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan tarkoituksenmukaisesti mielenterveystyön suunnitelman pohjalta.

Sosiaali- ja terveysministeriön Mielekäs elämä-mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksissa (2000) esitetään, että kuntien ja kuntayhtymien tulee tehdä kuntakohtaiset tai alueelliset mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat³. Suunnitelman on tarkoitus olla pohjana kuntalaisten tarpeita vastaavalle mielenterveystyölle. Mielenterveystyön kokonaissuunnitelman teko edellyttää hallintorajat ylittävää mielenterveystyön yhteistä foorumia.

Mielenterveystyössä perusterveydenhuollon rooli on tärkeä, sillä terveyskeskuksen työntekijät ovat niitä ammattihenkilöitä, joiden puoleen potilas usein ensimmäiseksi (Isohanni ym. 1996, ks. myös Mead ym.1997) tai jopa pelkästään kääntyy (Regier ym. 1978, Shapiro ym. 1984, Kamerow ym. 1986, Ford ym. 1988, Regier ym. 1993). Suurin osa mielenterveyspalveluista toteutuu perusterveydenhuollossa ja noin 30 % perusterveydenhuollon käynneistä liittyy mielenterveyshäiriöihin (Lehtinen ym. 1991, 1993). Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin yhteistyönä laadituissa Mielenterveyspalveluiden

² Mielenterveystyötä asiakas- tai potilasnäkökulmasta ovat tutkineet ja kehittäneet esim. Latvala (1998), Kiikkala (mm. 1999, 2000) ja Kokkola ym. (2002) ja sekä ihmiskeskeisyyden näkökulmasta esim. Pohjanheimo (1995) ja Töyry (2001).

³Mielenterveystyön suunnitelman laatimisesta enemmän oppaassa *Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen* (2000).

laatusuosituksissa (2001) perusterveydenhuoltoa pidetään mielenterveyden ongelmissa ensisijaisena hoitopaikkana.

Mielenterveyspalveluiden tarve näyttää tutkimusten mukaan olevan kasvussa (Arinen ym. 1998, Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutus- ja perhe-etuustilastot 1999, Luoto ym. 1999, Lehtinen & Taipale 2000, Tuori ym. 2000), vaikka Terveys-2000-tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002) mukaan väestön psyykkiset ongelmat ovat yhtä yleisiä kuin n. 20 vuotta sitten. Lähitulevaisuudessa palveluiden tarvetta kasvattaa päihteiden käytön lisääntyminen (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002). Väestöryhmittäiset ja alueelliset terveyserot ovat kasvaneet: koulutettujen terveys on parempi kuin vähän koulutettujen ja kouluttamattomien ja Itä-Suomessa sairastavuus on muuta maata yleisempää. (Aromaa & Koskinen 2002, Lönnqvist 2003, Viinamäki 2003.) Myös maassamuutto ja siitä johtuva polarisoituminen sekä sosiaalisten verkostojen rapautuminen, työttömyys, työsuhteiden lyhytaikaisuus sekä taloudelliset vaikeudet ovat väestön mielenterveyden uhkia. Mielenterveysyyt ovat nyt yleisin työkyvyttömyyden syy ja niiden suhteellinen osuus on noussut viimeisen 20 vuoden aikana (Viinamäki 2003, 224-227). Samaan aikaan, kun palveluiden tarve on kasvamassa, terveyspalveluja, erityisesti mielenterveyspalveluja, on leikattu tai kohdennettu uudelleen (Lehtinen & Taipale 2000).

1.2 Perusterveydenhuollon mielenterveystyö muutoksessa

Suomen terveydenhuollon järjestämisen kannalta 1990-luku merkitsi monia muutoksia. Mielenterveystyö oli 1990-luvulle saakka ollut erikoissairaanhoidokeskeistä ja sairaalapainotteista, vaikka sen sisällöllinen ja rakenteellinen uudistaminen olikin alkanut 1980-luvulla. Muutosten taustalla on nähtävissä ainakin lainsäädännöllisiä, terveystyöllisiä, ideologisia ja yhteiskunnallisia tekijöitä, joita tarkastelen lähemmin seuraavassa.

1.2.1 Yhteiskunnalliset ja terveystyölliset lähtökohdat

1990-luvun alkuvuosina Suomessa koettiin voimakas, jopa vuosisatamme syvimpänä pidetty taloudellinen lama⁴. On esitetty, että Suomessa lama oli

⁴ Eri alojen asiantuntijat ovat tulkinneet 1990-luvun alun lamakautta eri tavoin: yhden tulkinnan mukaan kyse oli tavanomaisesta laskusuhdanteesta, joka markkinataloudessa seuraa pitkää nousukautta. Toisessa tulkinnassa nähtiin merkkejä syvästä aikakauden murroksesta, joka muovaa uudelleen yhteiskunnan taloudellisia, sosiaalisia, poliittisia ja kulttuurisia rakenteita. Jos lama ymmärretään ainoastaan taloudellisena ongelmana, se johtaa tavallisesti lyhytaikaisiin sopeutumisyrittäisiin, jotka ovat yleensä määrällisiä. Laaja-alaisemmasta tulkinnasta on johdettavissa paineita sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen ja -

syvempi kuin missään muussa OECD maassa. Laman seurauksena työvoiman tarve väheni, työllisyys heikkeni ja kotitalouksien ansiotulot laskivat. Kun kuntien ja valtion tulot vähenivät verotulojen huvetessa, niiden mahdollisuudet ylläpitää palveluita ja sosiaaliturvaa heikkenivät, vaikka samaan aikaan sosiaaliturvan tarve lisääntyi. (mm. Uusitalo & Staff 1997.) Tässä yhteydessä on puhuttu myös hyvinvointivaltion kriisistä (Salo 1996, Raunio 2000).

Mielenterveystyön näkökulmasta näkyvimpänä osoituksena taloudellisesta lamasta ja resurssien uudelleen kohdentamisesta oli psykiatristen sairaalapaikkojen määrän nopea väheneminen: sairaansijat vähenivät alle kolmannekseen entisestä, noin 20 000 sairaansijasta 6200 sairaansijaan (Korkeila 1996). Rakennemuutoksen taustalla on taloudellisen laman lisäksi muitakin tekijöitä, kuten ideologiseen muutokseen perustuva kansainvälinen suuntaus siirtymisestä avohoitopainotteiseen hoitojärjestelmään, joka oli Suomessa käynnistynyt jo 1980-luvulla. Tämä liittyi mielenterveystyön kehittämiseen, kuten pyrkimykseen inhimillistää mielenterveyspotilaiden hoitoa ja tarjota erilaisia hoitovaihtoehtoja perinteisen sairaalakeskeisen hoidon sijaan ja oheen sekä laajoihin yhteiskunnallisiin muutoksiin. (esim. Korkeila 1996, Korkeila & Tuori 1996.)

Perusterveydenhuollon kehittämiseen oli panostettu Kansanterveyslain voimaan tulosta 1972 alkaen aina 1990-luvun alkuun saakka mm. lisäämällä virkoja ja kehittämällä toimintamalleja (Kokko & Niskanen 1995). Mielenterveystyön kehittämiseen tähtäviä hankkeita alettiin Suomessa toteuttaa 1980-luvulla. Mittavista hankkeista ensimmäisiä oli Valtakunnallinen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelma. Sen keskeisenä tavoitteena oli vähentää skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden määrää mielisairaaloissa ja kehittää avohoitojärjestelmää niin, että se kykenee huolehtimaan laitoksista siirtyneistä potilaista. (Lääkintöhallitus 1988.)

Itsemurhat Suomessa-projektissa vuosina 1987-1996 oli tavoitteena itsemurhakuolleisuuden vähentäminen sekä itsemurhaa yrittäneiden hoitokäytäntöjen kehittäminen (Upanne ym. 1992). 1990-luvulla toteutettiin myös valtakunnallinen Mieli maasta-hanke depression tunnistamisen ja hoidon kehittämiseksi perusterveydenhuollossa (Latikka 1997). Vuosituhannen vaihteessa toteutettiin vielä mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyspalvelujen kehittämiseen tähtäävä Mielekäs Elämä!-ohjelma sekä Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisohjelma Pääsky (Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositukset 2000, Kokkola ym. 2002, Immonen ym. 2003, Kiikkala & Immonen 2003).

1990-luvun lopulla mielenterveyttä koskevat kysymykset nousivat näkyvästi julkiseen keskusteluun. Huoli mielenterveyspotilaiden asemasta ja palveluiden laadusta johti Mielekäs elämä-selvityksen tekemiseen. Selvitys osoitti vakavia puutteita: laitoshoidon purkautuessa tilalle ei rakennettu toimivaa avohoidon järjestelmää (Taipale 1996). Selvityksen perusteella käynnistettiin Mielekäs

periaatteiden pysyvämpään muuttamiseen. (Mannermaa 1994, Honkakoski 1995, Lehto 1995, Raunio 2000.)

Elämä!-ohjelma, jossa laadittiin mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksset (Mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksset 2000). Vuonna 1999 hyväksytyssä Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimenpideohjelmassa annettiin kunnille myös mielenterveystyötä koskevia suosituksia. Sen tavoitteita olivat mm. mielenterveystyön vahvistaminen ja palveluiden saatavuuden varmistaminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000.)

Suomi on ollut aktiivinen mielenterveyskysymysten nostamisessa esiin sekä Euroopassa että maailmanlaajuisesti. EU-puheenjohtajakautenaan Suomi järjesti kansainvälisen konferenssin mielenterveyskysymyksistä (Lahtinen ym. 1999, Viialainen 1999a). Suomi on mukana Euroopan Unionin Euroopan mielenterveysagenda-hankkeessa (The European Mental Health Agenda), jonka avulla pyritään mm. lisäämään mielenterveyden arvoa ja näkyvyyttä, edistämään kansalaisten mielenterveyttä, kehittämään mielenterveyden indikaattoreita ja telemaattisia sovelluksia mielenterveyden edistämiseksi (Lavikainen ym. 2000, 31-34). Mielenterveyskysymykset on otettu esille myös Maailman terveysjärjestön ohjelmissa (WHO 1986, 1997, 2001).

Edellä kuvattua ensimmäistä mielenterveyspalvelujen rakennemuutosta on ennustettu seuraavan vielä toinen vastaavanlainen. Kansainvälisesti tarkastellen psykiatristen laitospaikkojen määrä on laskenut 0,5:een tuhatta asukasta kohti (Tuori 1998). Laitosvaltaisen palvelurakenteen purkaminen on useissa muissa länsimaissa käynnistynyt 20-30 vuotta Suomea aikaisemmin: Yhdysvalloissa 1960-luvulla, Ruotsissa 1970-luvulla ja Iso-Britanniassa 1980-luvulla. Italiassa säädettiin vuonna 1978 lailla, että potilaiden sisäänotto maan suuriin mielisairaaloihin lopetetaan vuoden 1980 loppuun mennessä. (Thompson 1994, Nikkonen 1996.)

Ruotsissa psykiatrista laitospalvelua rakennettiin vielä 1950- ja 1960-luvuilla. Lääkintöhallituksen (National Health Board) vuonna 1973 esittämien tavoitteiden mukaan psykiatrisen hoidon uudelleen organisointi käynnistyi alueellisuuden, avoimuuden ja psykososiaalisen lähestymistavan pohjalta. (Nikkonen 1996, 20.) Laitospaikkojen vähentäminen on jatkunut 1990-luvulle saakka. Laitoshoidosta vapautuneiden resurssien siirtäminen avohoidon käyttöön ei ole ollut itsestään selvää. (Ericson ym. 1997.) Ongelmat on tunnistettu ja hallitus muun muassa varasi vuodesta 1996 alkaen 1.2 miljardia kruunua kolmivuotiseen hankkeeseen, jossa pyritään parantamaan mielenterveyspalveluita (Taipale 1996).

2000-luvulla mielenterveyskysymykset ovat nousseet Ruotsissakin näkyvästi esille. Kansallisen terveyskomitean (The Swedish National Committee for Public Health) mietinnössä⁵ esitetään keskeiset kansanterveydelliset tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Yksi keskeisistä tavoitteista on mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Mietinnössä kiinnitetään huomio mm. köyhyyden vähentämiseen, työllisyyden parantamiseen, kasvu- ja työympäristön parantamiseen mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi. Mietinnössä esitetään

⁵ *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan (Health on equal terms - national goal for public health).*

keinoja ja haasteita eri tasoilla oleville toimijoille kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. (The Swedish National Committee for Public Health 2001.)

Iso-Britanniassa laitospaikkojen vähentäminen ja avohoidon kehittäminen on jatkunut 1960-luvulta näihin päiviin asti. Mielenterveyskysymyksistä on tullut yhä enemmän julkinen asia ja viranomaiset ovat ryhtyneet ponnekkaasti edistämään mielenterveysasioita. (Viialainen 1999b.) Hallitus hyväksyi v. 1999 kaksi suositusta. Valkoisessa paperissa määritellään terveyden tulostavoitteet eri aloilla, myös mielenterveydessä ja korostetaan perusterveydenhuollon roolia. Vihreässä paperissa mielenterveyskysymykset nostettiin yhdeksi neljästä keskeisistä terveydenhuollon kehittämiskohteista. (Department of Health 1998a ja 1998b.) Avohoidon palveluiden laatu on parantunut, kun jokaiselle mielenterveysasiakkaalle on nimetty avainhenkilö koordinoimaan palveluja. Laitospaikkoja alettiin vähentää jo 1960-luvulla, mutta Iso-Britanniassa on edelleen pulaa avohoitopaikoista. Ongelmana on ollut erityisesti ympärivuorokautisten hoivapaikkojen puute; niiden sekä päivähoidon ja kuntoutuksen lisäyksillä tilanne on vähitellen korjautumassa. (Viialainen 1999b.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä on Iso-Britanniassa kehitetty mm. perustamalla alueellisia mielenterveyden hoidosta vastaavia tiimejä (CMTH = community mental health team) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Tavoitteena on ollut moniammatillisten mielenterveyspalveluiden alueellisen saatavuuden parantaminen. Tiimit toimivat sektoriperiaatteella ja niihin hakeudutaan perusterveydenhuollosta saatavalla läheteellä. Lisäksi Iso-Britannian perusterveydenhuollon palveluksessa työskentelee psykiatrian erikoislääkäreitä konsultaatiotehtävissä (Gask ym. 1997). Erityistyöntekijöiden (kuten psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja psykiatristen sairaanhoitajien) ja perusterveydenhuollon yhteistyö on jatkuvasti lisääntynyt. Osa heistä työskentelee erikoissairaanhoidon osa perusterveydenhuollon alaisuudessa (Sibbald ym. 1993). Työnohjauskäytössä on myös Consultation-Liaison-malli, jossa psykiatri tapaa perusterveydenhuollon lääkäreitä ja muita työntekijöitä kasvotusten säännöllisesti vähintään kerran kuukaudessa. Mukana voi olla myös muita erityistyöntekijöitä, kuten psykiatrinen sairaanhoitaja (community psychiatric nurse). (Gask ym. 1997.)

1.2.2 Muutosten lainsäädännölliset ja terveystaloudelliset lähtökohdat

Jo vuonna 1972 voimaan tulleessa kansanterveyslaissa (L 66/1972) perusterveydenhuollolle asetettiin ehkäisevän mielenterveystyön ja psykiatrisen sairaanhoidon tehtäviä. Näiden toteuttaminen tuli tapahtua osana äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa, kouluterveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa ja muita terveyskeskuspalveluja perhekeskeistä työtettä soveltamalla. Mielenterveystyön komiteamietinnön (1984) tavoitteena oli väestövastuuseen perustuva psykiatrinen hoitojärjestelmä. Mielisairaanhoidon sijasta psykiatrisen hoidon painopisteeksi tuli mielenterveystyö: mielenterveyden edistäminen ja

mielenterveyden häiriöiden ehkäisy sekä psykiatristen palvelujen tuominen lähelle käyttäjiä.

Kansallisen Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman (1986) tavoitteet olivat Mielenterveystyön komiteamietinnön tavoitteiden kanssa samansuuntaisia. Mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen nostettiin siinä vanhusten terveydenhuollon, geriatrian ja kuntoutuksen ohella yhdeksi keskeiseksi painoalueeksi. Erikoissairaanhoitolain (L 1062/1989) myötä psykiatrisen erikoissairaanhoito yhdistyi hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoitoon ja mielisairaanhoitopiirit lopettivat toimintansa vuoteen 1991 mennessä. Mielenterveyslain (L 1116/1990) mukaan terveyskeskuksen on järjestettävä tarkoituksenmukaiset mielenterveyspalvelut kunnassa siten, että muodostuu toiminnallinen kokonaisuus erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten ja sosiaalihuollon välillä. Palvelut tulee tuottaa ensisijaisesti avopalveluina. Laissa tuodaan esille mielenterveystyön käsitteen laaja-alaisuus ja mielenterveystyön painopiste ennaltaehkäisyssä.

Ennen vuotta 1993 valtio ohjasi terveydenhuollon rahoitusta. Kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistuksessa vuonna 1993 siirryttiin menoperusteisesta laskennalliseen valtionosuuteen. Uudistus poisti valtion keskushallinnon mahdollisuuksia määrätä siitä, miten kunnat järjestävät lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut asukkailleen. (Lehto 1995.) Kunnat saavat nyt valtiolta laskennallisen kokonaissumman ilman käyttötarkoituksen sitovuutta. Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaidensa terveydenhuolto parhaaksi katsomallaan tavalla.

1980- ja 1990-luvuilla perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen järjestämiseen vaikuttivat lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön kehittäminen sekä alueellisen väestövastuun soveltaminen peruspalveluissa. Tavoitteena näissä on ollut muun muassa ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittäminen, lääkäripalvelujen saatavuuden parantaminen ja palvelujen tarkoituksenmukaisuuden lisääminen. Väestövastuujärjestelmän hyödyiksi on todettu esimerkiksi jonotusaikojen lyheneminen, hoidon jatkuvuuden parantuminen ja päivystysvastaanotto toiminnan rationalisoituminen. (Aro 1993, Kokko 1997, Perälä 1997.)

Mielenterveyspalvelujärjestelmä maassamme oli 1980-luvulle asti maailman laitosvaltaisimpia (esim. Nenonen ym. 2001). Mielenterveyspotilaiden laitos- ja avohoito tapahtui vielä 1980- ja 1990-lukujenkin taitteessa pääasiassa erikoissairaanhoidossa (Uusitalo & Konttinen 1995 ja 1996, Hermanson & Leppo 1996, Kokko & Heikkilä 1996, Korkeila & Tuori 1996, Lehto & Kokko 1996). Psykiatrisia sairaalapaikkoja oli vuonna 1980 noin 20 000 ja vuonna 1990 noin 12 300. Vuosituhannen vaihteessa psykiatrisia sairaalapaikkoja oli noin 6000. Psykiatrian erikoisalalla oli vuonna 1999 vuoteen 1970 verrattuna 72 % vähemmän hoitopäiviä (Nenonen ym. 2001).

Vuodesta 1982 vuoteen 1992 ajoittuvalla jaksolla psykiatristen avopalveluiden henkilöstömäärä lähes kaksinkertaistui. Avohoidon volyymin muutoksia on tämän jälkeen vaikea seurata hallinnollisten ja rakenteellisten sekä tilastoinnista johtuvien muutosten vuoksi. (Korkeila & Tuori 1996, Koskinen

1997, Mielenterveyspalveluiden kehittämissuositukset 2000) Suomessa tapahtuneet psykiatrisen terveydenhuollon muutokset olivat 1900-luvun loppupuolella nopeampia kuin millään muulla erikoisalalla (Nenonen ym. 2001) ja nopeampia kuin ehkä missään muualla maailmassa (Salokangas 2000).

Poikkeuksellisen raju taloudellinen kriisi 1990-luvulla ja samaan aikaan toteutettu valtionosuusuudistus lopetti maassamme siihen asti hallitun rakennemuutoksen. Jälkeenpäin tarkasteltuna psykiatrian kehitys näyttäytyy hallitsemattomana koko 1990-luvun: laitospaikkojen vähentäminen nopeutui ja avohoitopalvelujen kehittäminen hidastui tai keskeytyi (Taipale 1996, 16). Tavoitteeksi asetettu yksi psykiatrisen sairaansija tuhatta asukasta kohti saavutettiin tai jopa alitettiin useissa sairaanhoitopiireissä vuonna 1995. Sairaanhoitopiirien arvion mukaan valtionosuusuudistus ja taloudellinen lama vaikuttivat psykiatrisen hoidon kehitykseen enemmän kuin muuhun erikoissairaanhoidon: erikoissairaanhoidon säästöt ovat kohdistuneet raskaimmin psykiatriaan (Suomalaisten terveys 1996, 1997).

Perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden näkökulmasta tämä on johtanut siihen, että palvelut on järjestetty eri kunnissa laadultaan ja tasoltaan vaihtelevasti. Lisäksi kunnat ovat 1990-luvulta alkaen osittain taloudellisista syistä siirtäneet mielenterveyspalveluita erikoissairaanhoidosta omaksi toiminnakseen. Tällöin mielenterveyspalvelut järjestetään kunnan omassa erikoislääkärijohtoisessa yksikössä (mm. Tuori ym. 2000, Lehto ym. 2001). Lisäksi 1980-luvulla käynnistyneen muutoksen yhtenä osoituksena on ollut kuntien välisten terveyskeskuskuntayhtymien purkautuminen ja kuntien välisen yhteistyön muuttuminen ostopalvelupohjalle (Kokko 1997).

1.3 Perusterveydenhuollon mielenterveystyö tutkimuksen kohteena

Tarkastelen seuraavassa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä koskevia aikaisempia tutkimuksia, joita on tehty erilaisista näkökulmista. Valtaosa tutkimuksista on tehty lääketieteen piirissä. Pääosassa tutkimuksia tarkastelukulma mielenterveystyöhön on sekundaari- tai tertiaaripreventiivinen ja käytetty tutkimusote pääosin kvantitatiivinen. Tarkastelen seuraavassa rinnakkain koti- ja ulkomaisia tutkimuksia tietoisena siitä, että tutkimukset on tehty erilaisen kulttuurin sekä hoito- ja koulutusjärjestelmän piirissä. Tutkimusten vertailu on tästä syystä vaikeaa.

Lääketieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena perusterveydenhuollon mielenterveystyön alueella ovat olleet mielenterveyden häiriöiden (Sartorius ym. 1993, Joukamaa ym. 1994, Al Jaddou & Malkawi 1997, Al Haddad ym. 1999), rajatilahäiriöiden (Gross ym. 2002) sekä depression (Wittchen ym. 2001) esiintyminen perusterveydenhuollon potilailla. Kiinnostuksen kohteena on myös ollut perusterveydenhuollon potilaiden samanaikainen psykiatrisen sairastavuus (Craig & Boardman 1997, Lecrubier & Ustun 1998, Roy-Byrne ym. 1999).

Epidemiologisten tutkimusten mukaan viidesosa aikuisväestöstä kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyden häiriöiden elinaikainen riski on arvioitu olevan jopa 50 %, mikä merkitsee, että puolet kaikista ihmisistä kärsii jossain elämänsä vaiheessa tällaisesta ongelmasta. (Lehtinen ym. 1991, Lehtinen 2001.) Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjillä (Karlsson ym. 1995, Craig & Boardman 1997) niin Suomessa kuin maailmallakin. Hankinin ym. (1982) mukaan potilaat, joilla on mielenterveyden häiriö, käyttävät terveystalvijoita 1½-2 kertaa useammin kuin sellaiset potilaat, joilla ei ole diagnosoitua mielenterveyden häiriötä. Suomalaisessa aineistossa terveystalvijoita käyttäjillä (frequent attenders) oli yli kolme kertaa enemmän mielenterveyden häiriöitä kuin muulla väestöllä (Jyväsjärvi 2001).

Mielenterveyden häiriöiden yleisyydeksi kaikkien perusterveydenhuollon potilaiden keskuudessa on arvioitu 20-40 % (Joukamaa ym. 1994, Goldberg 1995). Bahrainissa ja Jordaniassa perusterveydenhuollon potilaiden psykiatrisen sairastavuus vaihtelee jopa 45-61 % (Al Jaddou & Malkawi 1997, Al Haddad ym. 1999). Mielenterveyskomponentin on arvioitu olevan mukana 20-25 prosentissa kaikista yleislääkärin vastaanotokäynneistä (Goldberg & Huxley 1992). Suomalaisessa aineistossa psyykkiset, psykosomaattiset tai psykososiaaliset syyt olivat vastaanotolle tulon aiheina 40 prosentilla terveyskeskuslääkärin potilaista (Winblad ym. 1994).

Perusterveydenhuollossa hoidettavat mielenterveysongelmista kärsivät potilaat ovat Saracenon ym. (1995) ja muiden kansainvälisten tutkimusten mukaan heterogeeninen ryhmä. Esimerkiksi Roy-Byrnen ym. (1999) mukaan n. 70 prosentilla paniikkihäiriöstä kärsivistä potilaista on jokin muu samanaikainen psykiatrisen häiriö. Paniikkihäiriö esiintyy usein depression yhteydessä (Lecrubier & Ustun 1999). Kaksoisdiagnoosipotilaiden mielenterveyden häiriö on todennäköisesti pitkäaikainen ja vakava. Siihen liittyy myös kohonnut itsemurhariski. (Lecrubier & Ustun 1999.)

Lääkäreiden valmiuksia tunnistaa ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä tai depressioita on tutkittu runsaasti sekä kotimaassa että ulkomailla (mm. Joukamaa ym. 1991, Higgins 1994, Winblad ym. 1994, Kiuttu ym. 1996, Poutanen 1996, Craven ym. 1997, Docherty 1997, Araya 1999, Thompson ym. 2000, Wittchen ym. 2001). Tutkimuksia on tehty myös lääkäreiden valmiuksista hoitaa depressiivisiä ja itsetuhoisia potilaita (Kaplan ym. 1999), ahdistus- sekä paniikkihäiriöitä (Wittchen ym. 2002) sekä tunnistamiseen yhteydessä olevia tekijöitä (Joukamaa ym. 1995, Poutanen 1996, Kaplan ym. 1999, Wittchen ym. 2002).

Tutkimuksissa on esitetty vaihtelevia lukuja siitä, miten tarkasti mielenterveyden ongelmat tunnistetaan perusterveydenhuollossa (Joukamaa ym. 1994, Higgins 1995, Al Jaddou & Malkawi 1997, Munk-Jorgensen 1997, Gross ym. 2002). Andersenin ja Harthornin (1989) tutkimuksessa perusterveydenhuollon lääkärit tunnistivat mielenterveyden häiriöt yhtä tarkasti kuin mielenterveyden häiriöihin erikoistuneet lääkärit.

Fordin ym. (1988) ja Higginsin (1994) mukaan lääkärit tunnistavat mielenterveyden ongelmia huonosti ja kokevat usein riittämättömyyttä

mielenterveyden ongelmien hoidossa (ks. myös Mechanic 1990, Eisenberg 1992 sekä Winblad ym. 1994). Joukamaan ym. (1994) mukaan yleislääkärit tunnistivat vain 2/5 perusterveydenhuollon potilaiden mielenterveyden häiriöistä, mutta joidenkin arvioiden (mm. Sartorius ym. 1994, Higgins 1995) mukaan jopa noin puolet mielenterveyden häiriöistä jää tunnistamatta. Tunnistamista vaikeuttavat mm. potilaasta, lääkäristä ja järjestelmästä johtuvat tekijät sekä samanaikainen psykiatrinen sairastavuus (esim. Docherty 1997, ks. myös Olson ym. 1997, Wittchen ym. 2001). Lääkäreiden puutteellinen koulutus (Docherty 1997, Olson ym. 1997) ja vähäiset tiedot depressiosta sekä haluttomuus kysyä avoimesti vaikeuttavat sairauden tunnistamista ja hoitoa (Docherty 1997). Tunnistamista hankaloittaa myös mm. se, että mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat hakevat usein apua ensisijaisesti somaattisten vaivojen vuoksi (Munk-Jorgensen ym. 1997, Meadows ym. 2001).

Mielenterveyden ongelmien tunnistamiseen yhteydessä olevia tekijöitä ovat Suomessa tutkineet mm. Joukamaa ym. (1995), Poutanen (1996) ja Winblad ym. (1994). Hyvät valmiudet mielenterveysongelmien tunnistamiseen oli Joukamaan ym. mukaan (1995) niillä yleislääkäreillä, joilla oli työkokemusta psykiatriassa tai yleislääketieteen erikoislääkärin koulutus. Depression tunnistaminen onnistui parhaiten kokeneilta lääkäreiltä (Poutanen 1996, ks. myös Docherty 1997 ja Wittchen ym. 2001). Tunnistamista edisti myös sopivan pitkä (15-20 min) vastaanottokäynti (Poutanen 1996, ks. myös Winblad ym. 1994). Toisaalta esimerkiksi Gliedin (1998) mukaan mielenterveysongelmien tunnistaminen korreloi enemmänkin lääkärin erikoisalaan kuin vastaanottoaikaan. Balint-ryhmä-kokemus oli yllättäen yhteydessä pikemminkin huonoihin kuin hyviin depression tunnistamistaitoihin (Joukamaa ym. 1995). Kaplanin ym. (1999) mukaan iäkkäiden depressiivisten potilaiden hoitokäytäntö ei eronnut merkittävästi lääkärin erikoisalan mukaan. Lääkärin on helpompi tunnistaa ennestään tuntemansa potilaan mielenterveyden ongelmia. (Al Jaddou & Malkawi 1997). Depression oireiden runsaus ja potilaan aiemmat hoitojaksot edesauttoivat depression tunnistamista (Wittchen ym. 2001).

Kouluksellisten interventioiden tehosta on vasta vähän osoitettua hyötyä (proven effectiveness) (Kiuttu ym. 1996, Mead ym. 1997, Tiemens ym. 1999, Thompson ym. 2000, Bower ym. 2001) sekä osin ristiriitaisiakin tutkimustuloksia. Joidenkin tutkimusten mukaan koulutuksella voidaan kehittää lääkäreiden herkkyyttä mielenterveyden ongelmien tunnistamiseen (Higgins 1994, Hannaford ym. 1996, Howe 1996). Yllättävää kyllä, vaikka lääkärin taidot psykiatristen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon kehittyivät, potilaiden oireisiin tällä oli ainakin lyhyellä aikavälillä vain vähän vaikutusta (Higgins 1994). Kendrickin ym. (1995) mukaan koulutus lisäsi yleislääkäreiden osallistumista pitkäaikaispotilaiden hoitoon.

Koulutuksen vaikutuksesta depression tunnistamisherkkyyteen ja koulutuksen vaikutusten pysyvyydestä on osin yllättäviä tuloksia. Tiemensin ym. (1999) mukaan yleislääkäreiden koulutus paransi lyhyellä aikavälillä vastasairastuneen depressiopotilaan hoidon tuloksia. Vuoden seurannan jälkeen koulutuksen vaikutus hävisi. Samansuuntaisia tuloksia koulutuksen vaikutuksen pysyvyydestä on saatu muissakin tutkimuksissa (Rutz ym. 1990, 1992). Kiutun

ym. (1996) mukaan suomalaisten lääkäreiden herkkyyks depression tunnistamiseen väheni koulutuksen jälkeen, mutta potilaskeskeisen hoitokäytännön osuus lisääntyi ja pelkästään oirekeskeisen hoitokäytännön osuus väheni. Thompsonin ym. (2000) mukaan koulutuksella ei ollut merkittävää vaikutusta depression tunnistamiseen eikä potilaan toipumiseen.

Terveyskeskuslääkärit hoitavat valtaosan mielenterveyden ongelmista kärsivistä potilaista itse ja lähettävät vain pienen osan heistä erikoislääkärille (Winblad ym. 1994, Munk-Jorgensen ym. 1997, Wittchen ym. 2002). Esimerkiksi depressiopotilaista noin puolet saa hoitoa perusterveydenhuollossa (Docherty 1997). Mielenterveyden ongelmista kärsivien potilaiden perusterveydenhuollon lääkäreiltä saamaa hoitoa ovat Suomessa tutkineet mm. Winblad ym. 1994 ja maailmalla Saraceno ym. (1995), Al Jaddou & Malkawi (1997), Glied (1998), Kaplan ym. (1999), Roy-Byrne ym. (1999), Williams ym. (2000). Niin rajatilahäiriöt (Gross ym. 2002) kuin paniikkihäiriöt (Roy-Byrne ym. 1999) tunnistetaan ja hoidetaan puutteellisesti perusterveydenhuollossa. Myös lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa perusterveydenhuollossa on puutteita (mm. Richardson ym. 1996).

Yleislääkäreiden mielenterveystyössä käyttämissä hoitomalleissa oli suurta vaihtelua (Saraceno ym.1995). Diagnostiset ja hoitokäytännöt vaihtelevat lääkärin erikoisan mukaan (Glied 1998, Kaplan ym. 1999, Williams ym. 2000) Lääkärin palkkio tai depression vaikeusaste eivät olleet yhteydessä hoitokäytäntöjen tai diagnostisten käytäntöjen eroihin (Williams ym. 2000). Potilaiden sosiaaliset tarpeet vaikuttivat sekä käytettyihin interventioihin että hoidon tuloksiin (Saraceno ym. 1995). Terveyskeskuslääkärien antaman avun yleisimmät muodot olivat tuki, empatia ja ongelmien kuuntelu (Winblad ym. 1994) sekä lääkehoito ja lähete psykiatrille (Al Jaddou & Malkawi 1997).

Fordin (1988) ja Higginsin (1994) tutkimusten mukaan lääkärit kokevat usein riittämättömyyttä mielenterveyden ongelmien hoidossa (myös Mechanic 1990 ja Eisenberg 1992) ja tunnistavat koulutustarpeensa tällä alueella (Kerwick ym. 1997). Lääkäreiden peruskoulutuksen antamat valmiudet psyykkisten ongelmien auttamiseen arvioitiin suomalaisessa aineistossa välttäviksi tai enintään tyydyttäväiksi (Winblad ym. 1994). Lääkäreillä oli koulutustarpeita mm. yleisten ja lievien psyykkisten ongelmien käsittelyssä sekä perhe- ja verkostotyön valmiuksissa (Winblad ym. 1994). Lääkäreistä 74 % olisi halukas osallistumaan esimerkiksi puoli päivää kestäväälle kurssille. Koulutuksen he toivoisivat tapahtuvan pienryhmissä ja luennoilla. (Kerwick ym. 1997.)

Perhelääkärikoulutukseen osallistuneiden lääkäreiden (Larivaara ym. 1995, Taanila ym. 2002) sekä lääkäreiden potilaiden näkemyksiä saamastaan hoidosta on tutkittu suomalaisessa aineistossa (Kiuttu 1994). Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja pitivät sitä sopivana. Potilaiden arvioiden mukaan perhelääkärikoulutukseen osallistuneilla hoitavilla lääkäreillä oli useammin kokonaisvaltainen hoito-ote kuin vertailuryhmän lääkäreillä. Koulutukseen osallistuneiden omien arvioiden mukaan he olivat kehittyneet siten, että he arvioivat ennen koulutusta olleensa keskimäärin tasolla kaksi (kyky tavata potilaan perheen jäseniä ja antaa heille tarvittavaa informaatiota ja neuvoja) ja koulutuksen jälkeen tasoilla kolme tai neljä (kyky organisoida perheistuntoja,

käsitellä perheenjäsenten tunnereaktioita, antaa tukea ja tehdä perhedynaamista arviointia ja interventioita) (Larivaara ym. 1995).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että mielenterveystyötä tekevät myös hoitajat eri potilasryhmien kanssa (mm. Gray ym. 1999, Pollock ym. 1988, Mead ym. 1997), mutta heidän tekemäänsä työtä ei aina tunnusteta mielenterveystyöksi (mm. Pollock ym. 1988, Mead ym. 1997, Plummer ym. 1997). Hoitajien rooli mielenterveystyössä on tärkeä (Atkin ym. 1993, Thomas & Corney 1993, Mead ym. 1997, Gray ym. 1999, Secker ym. 1999) esimerkiksi mielenterveysongelmien, erityisesti depression tunnistamisessa ja hoidossa sekä lääkehoidossa. Tutkimusten mukaan hoitajien rooli mielenterveystyössä on kuitenkin selkiintymätön.

Hoitajien valmiuksia mielenterveystyössä ovat maailmalla tutkineet mm. Armstrong (1997), Gray ym. (1999) ja Suomessa Kokko (1999). Valtaosalla hoitajista oli puutteita depression tunnistamiseen ja hoitoon (Kokko 1999) sekä lääkehoitoon (Armstrong 1997, Gray ym. 1999) liittyvissä valmiuksissa. Kokon (1999) mukaan perusterveydenhuollon hoitajat tunnistivat hyvin depression monimuotoiset oireet, vaikka eivät mielestään olleet saaneet siihen koulutusta.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu hoitajilla olevan runsaasti koulutustarpeita mielenterveystyön alueella (esim. Seale 1992, Thomas & Corney 1993, Ross ym. 1994, Millar 1999). Vastanneista perushoitajista 87 % koki olevansa riittämättömästi koulutettu ja 91 % halusi lisää koulutusta (Thomas & Corney 1993). Pereran (1996) mukaan hoitajat tunnistivat noin kolmanneksen potilaiden psykososiaalisista ongelmista (Mead ym. 1997).

Perusterveydenhuollon hoitajat tarvitsisivat perustietoa mielenterveyden alueelta ja tietoa turvallisista työmenetelmistä sekä aikaa ja tilaa koulutustarpeiden tunnistamiseen (Secker ym. 1999). Armstrongin (1997) mukaan valtaosalla hoitajista oli puutteita depression tunnistamiseen ja hoitoon sekä lääkehoitoon liittyvissä asioissa (mm. Gray ym. 1999, Millar 1999). Ongelmien oletetaan liittyvän hoitajien kokemaan puutteelliseen koulutukseen. Pereran mukaan hoitajilla oli omasta mielestään puutteelliset taidot erityisesti ihmissuhdeongelmien sekä taloudellisten, kuolemaan ja työhön liittyvien kysymysten käsittelyyn (Mead ym. 1997). Hoitajat halusivat monitieteistä koulutusta (Mead ym. 1997, Secker ym. 1999).

Puura ym. (2001) ja Morriss ym. (2002) tutkivat koulutuksen vaikutuksia hoitajien taitoihin. Suomalaisten terveydenhoitajien valmiudet käsitellä vanhempien kanssa vauvaan, perheeseen ja perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita paranivat koulutuksella (Puura ym. 2001). Morrisin ym. (2002) tutkimuksessa saatiin näyttöä siitä, että valtaosalla (79 %) perushoitajista taidot hoitaa ahdistuneisuushäiriöisiä potilaita olivat suppean koulutuksen jälkeen paremmat kuin ennen koulutusta. Kokon (1999) mukaan hoitajien käsitys sekä omista että työyhteisönsä valmiuksista auttaa masentuneita muuttui koulutuksen jälkeen aiempaa myönteisemmäksi. Koulutuksellisten interventioiden tehosta perusterveydenhuollon henkilöstön valmiuksien parantamisessa mielenterveystyössä on kuitenkin vasta vähän tietoa (Mead ym. 1997, Bower ym. 2001).

Moniammatillisesta näkökulmasta perusterveydenhuollon henkilöstön koulutustarpeita mielenterveystyössä tutkivat Ford ym. (1997). Hoitajat ja lääkärit halusivat koulutusta mm. ohjaus- ja kommunikaatiotaidoissa sekä depression tunnistamisessa ja hoidossa. Sekä hoitajien että lääkäreiden neuvontataitojen (counselling skills) kehittämisen tarve tulee esille useissa tutkimuksissa (esim. Ford ym. 1997, Mead ym. 1997, Kerwick ym. 1998). Termi on kuitenkin epäselvä eikä sen merkitystä aina ole määritelty. Joskus termillä counselling tarkoitetaan vuorovaikutustaitoja ja toisinaan hoidollista interventiota (Mead ym. 1997).

Perhekeskeiseen moniammatilliseen työhön liittyvää tutkimusta peruspalveluiden henkilöstön työskentelytavoista ja koulutuksen vaikuttavuudesta niihin on tehty Suomessa runsaasti (mm. Taanila ym. 2002, Larivaara & Taanila 2004). Larivaaran & Taanilan (2004) mukaan moniammatillisen perhetyön kaksivuotiseen koulutukseen osallistuneiden 13 peruspalveluiden eri ammattiryhmän edustajien työskentelytavat muuttuivat asiantuntijakeskeisestä asiakas- ja perhekeskeiseen suuntaan. Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Taanila ym. (2002). Koulutus synnytti myös tarvetta moniammatilliseen yhteistyöhön perusterveydenhuollossa. Tutkimukset osoittavat myös, että koulutuksen tulee olla riittävän pitkäkestoista ja toteutua moniammatillisissa tiimeissä, jotta koulutettavien työskentelytavoissa ja teoreettisessa viitekehyksessä tapahtuu muutoksia. (Taanila ym. 2002, Larivaara & Taanila 2004.)

1.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Suomen laitoshoitokeskeinen mielenterveyspalvelujärjestelmä on 1980- ja 1990-luvuilla muuttunut voimakkaasti. Muutoksen aiheuttajat ovat olleet moninaisia: lainsäädännöllisiä, taloudellisia ja yhteiskunnallisia. Muutokselle on ollut tyypillistä nopea tempo ja kiihtyvä nopeus. Muutos on näkynyt muun muassa mielenterveyspalveluiden uudelleen muotoutumisena: mielenterveyspalvelut järjestetään yhä useammin kuntien omana toimintana. Kunnat ovat 1990-luvulta alkaen siirtäneet mielenterveyspalveluita, erityisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitoa sekä paikoin myös avohoidon tukitoimintoja sairaanhoitopiireiltä omaksi toiminnakseen (Taipale ym. 1997, Lehtinen & Taipale 2000, Tuori ym. 2000).

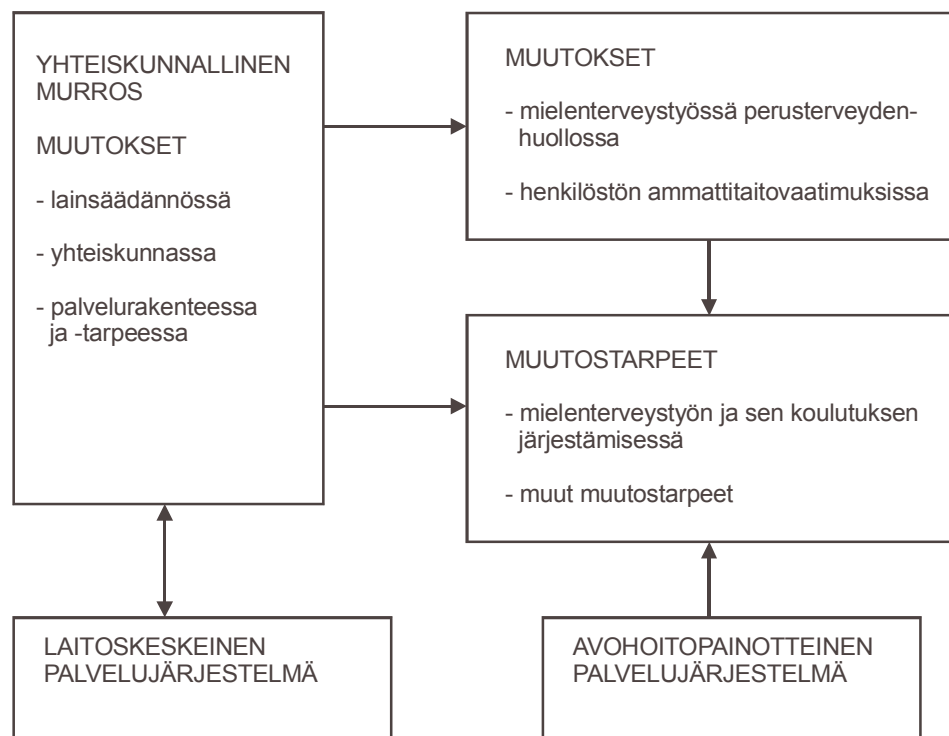
Aikaisemmin sairaalahoidossa olleet mielenterveyspotilaat ovat nyt avohoidon palveluiden käyttäjiä omissa kotikunnissaan. Perusterveydenhuollon vastuu potilaiden hoidosta on entistä suurempi, kun potilaat kotiutetaan aikaisempaa lyhyempien sairaalahoitajaksojen jälkeen. Huonokuntoisena psykiatrisesta sairaalasta kotiutettuja potilaita on entistä enemmän, mikä merkitsee avohoidolle suurta haastetta (Marjamäki 1994, Salokangas ym. 1999, ks. myös Davies 1997). Lisääntyvä kuntakeskeisyys sekä erikoissairaanhoidon uudistuvat tutkimus- ja hoitomenetelmät asettavat palvelujärjestelmälle ja

henkilöstölle uusia haasteita. Mielenterveystyön ja sen kehittämisen painopiste kohdistui 1990-luvulla perusterveydenhuoltoon.

Perusterveydenhuollon rooli mielenterveystyössä on keskeinen useista syistä. Mielenterveyden häiriöt ovat väestössä yleisiä (Lehtinen ym. 1991, 2001, Craig & Boardman 1997, Al Haddad ym. 1999). Perusterveydenhuolto on ja sen tulisikin olla ensimmäinen hoitopaikka mielenterveyteen liittyvissä asioissa (Lehtinen 1991 ja 1993, Isohanni ym. 1996, Boerma 1999, ks. myös Craven ym. 1997). Suurin osa mielenterveyspalveluista toteutuu perusterveydenhuollossa ja noin 30 % perusterveydenhuollon käynneistä liittyy mielenterveyshäiriöihin (Lehtinen ym. 1991 ja 1993). Väestövastuuperiaatteen mukaisesti toimivassa perusterveydenhuollossa eri henkilöstöryhmien muodostama tiimi on kaiken asiakastyön perusta. Myös mielenterveystyö toteutuu moniammatillisena toimintana. Perusterveydenhuollolla on hyvät mahdollisuudet ottaa kokonaisvastuu useista mielenterveystyön osa-alueista (Lehtinen 1991).

Aihetta sivuavat aikaisemmat tutkimukset ovat pääosin lääketieteen piirissä toteutettuja sen paradigmojen ohjaamina. Perusterveydenhuollon mielenterveystyö on nähty lähinnä mielenterveyden häiriöiden tunnistamisena ja hoitona, jonka keskiössä on lääkärin työ. Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä koko laajuudessaan, kaikki prevention tasot käsittävänä moniammatillisena toimintana, ei aikaisemmin ole juuri tutkittu (ks. myös Gask & Rogers 1998). Hoitotieteen piirissä perusterveydenhuollon mielenterveystyötä on tutkittu vähän. Hoitajia ja heidän rooliaan perusterveydenhuollon mielenterveystyössä on tutkittu niukasti, vaikka heidän keskeinen roolinsa perusterveydenhuollon mielenterveystyössä tunnustetaankin. Harvoja poikkeuksia (Craven ym. 1997, Kokko 1997) lukuun ottamatta aihetta sivuavat tutkimukset on toteutettu kvantitatiivisella tutkimusotteella. Lisäksi kansainvälisten tutkimusten vertailua vaikeuttavat terveydenhuoltojärjestelmien ja -koulutuksen erot.

Tässä tutkimuksessa ymmärrän mielenterveystyön kaikki prevention tasot käsittävänä moniammatillisena toimintana, johon perusterveydenhuollon toimintaympäristössä osallistuvat eriasteisesti koulutetut hoitajat ja lääkärit sekä esimerkiksi psykologit ja sosiaalityöntekijät. Tutkimus on laadullinen, minkä olen pyrkinyt johdonmukaisesti pitämään koko tutkimusprosessin kantavana periaatteena. Laadullisuus tässä tutkimuksessa ilmenee lähestymistavassa, aineistossa ja sen keruussa sekä analyysimenetelmissä. Lukuisista systemaattisista kirjallisuushauista, joita vuosien aikana tein Medline- ja Cinahl-tietokannoista en löytänyt yhtään samantyyppistä tutkimusta. Kuvioon 1. (s. 27) olen tiivistänyt tutkimukseni lähtökohdat.



Kuvio 1. Tutkimuksen lähtökohdat

2 TUTKIMUKSEN ONTOLOGISET JA EPISTEMOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa

Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisiä tutkimuskohteita ovat ihminen, hänen terveytensä, hoitaminen ja ympäristö. Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat perusterveydenhuollon mielenterveystyötä tekevien hoitajien ja lääkäreiden käsitykset mielenterveyden hoitamisesta perusterveydenhuollossa, josta olen käyttänyt edellä ja käytän käsitettä perusterveydenhuollon mielenterveystyö. Tutkimuksellani pyrin tekemään perusterveydenhuollon mielenterveystyön tunnistettavaksi ja näkyväksi.

Olen kiinnostunut siitä, millaisia käsityksiä hoitajilla ja lääkäreillä on perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Pyrin ymmärtämään ja tulkitsemaan näitä käsityksiä. Siten kyse on kaksinkertaisesta tulkinnasta: työntekijät tekevät tulkintoja perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä ja tutkijana tulkiten näitä tulkintoja.

Varton (2000, 95) mukaan tutkimus alkaa siitä, että kysytään jotain jonain jossakin merkitysyhteydessä. Vastaamisessa on olennaista tuon merkitysyhteyden ilmeiseksi, tunnistettavaksi ja kaikille näkyväksi tekeminen. Tässä tutkimuksessa lähestymistapa on fenomenologis-hermeneuttinen ohjaten tutkimuksen tekemistä aiheen ja käsitteiden valinnasta metodin valintaan, aineiston hankintaan ja analyysiin sekä raportin kirjoittamiseen saakka. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olevaa tietoa perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä on mahdollista saada työtä tekevien ihmisten kokemusten kautta. Tutkimuksessa pyrin ymmärtämään niitä merkityksiä, joita perusterveydenhuollon mielenterveystyötä tekevät ihmiset antavat. Näillä merkityksillä on historiallinen ulottuvuus.

Fenomenologiseen tieteenfilosofiaan perustuvan hoitotieteellisen ajattelun perustana on fenomenologinen filosofia. Sen keskeinen piirre on ajatus siitä, että ihmisen ja hänen maailmansa tutkimus poikkeaa luonnon tutkimisesta⁶. Ihminen

⁶ Ihmisten käsitetään elävän jakamattomassa elämisaailmassa, joka on enemmän kuin osiensa summa. Tietoa tästä saadaan ihmisen kokemusten kautta. Ihmisen tajunnalle on

nähdään ainutkertaisena ja tarkoitusta toteuttavana. Hänen ajatellaan tulevan elämänsä aikana yhä yksilöllisemmäksi ja erilaisemmaksi kuin toiset ihmiset. Nyt-hetkessä ihminen on sellainen, millaiseksi hän historiansa aikana on kehittynyt ja ihminen suuntautuu tulevaan. Menneisyys ja tulevaisuus kohtaavat nyt-hetkessä. Parse (1987) kutsuu tätä samanaikaisuuslähestymistavaksi.

Heideggerin ajatuksen mukaan tieteiden perustus voi lähteä ainoastaan tieteen päämäärästä (Varto 1995). Tieteillä on yksi ja asetettu päämäärä totuus⁷, joka määrää, millä tavalla tieteiden on rakennuttava. Varton (1995) mukaan perusta ei tarkoita esimerkiksi pelkästään todistettavuutta, falsifioitavuutta tai tieteen rakennetta, vaan sen on tuotava esille juuri se erityisluonne, joka tekee jostakin inhimillisestä toiminnasta tieteellistä⁸.

Hermeneutiikan ja fenomenologian historia ja käsitteet

Fenomenologia tarkoittaa oppia olemuksista ja sen mukaan kaikki ongelmat palautuvat olemusten määrittelyyn. Fenomenologia on myös filosofiaa, joka sijoittaa olemukset olemiseen, eikä kuvittele, että ihmistä tai maailmaa voisi ymmärtää muuten kuin niiden "konkreettisen todellisuuden" pohjalta. (Merleau-Ponty 2000.) Fenomenologia⁹ voidaan ymmärtää filosofisena suuntauksena, lähestymistapana ja tutkimusmetodinä. Filosofiana fenomenologia tarkoittaa ilmiöiden tutkimista. Lähestymistapana se voidaan ymmärtää vastakohtana positivistiseen tieteenfilosofiaan perustuvalle tutkimusmenetelmälle. Tässä tutkimuksessa lähestymistapa on fenomenologis-hermeneuttinen. Tämä merkitsee sitä, että ymmärrän ihmisen ennen muuta muuna kuin biologisena ilmiönä¹⁰, sen vuoksi tutkimukseni on laadullinen. Laadullisuus koskee lähestymistapaa, aineistoa ja sen keruuta sekä aineiston analysointia.

ominaista, että se on aina suuntautunut johonkin, minkä vuoksi ihminen antaa ilmiöille merkityksiä oman historiallisesti kehittyneen ajattelunsa pohjalta.

⁷ Ks. myös Eriksson (2002).

⁸ *Fenomenologiassa ja hermeneutiikassa totuus ymmärretään muuna kuin korrespondenssina tai koherenssina. Puhutaan ontologisesta totuudesta tai ideaalisesta totuudesta. Näillä tarkoitetaan, puhuttaessa totuudesta tieteen yhteydessä, sitä, että totuus ei ole suhde vaan se tapa, jolla todellisuus ilmaisee itsensä. (Varto 1995, 49-50.)*

⁹ *Fenomenologian perustajana pidetään Edmund Husserlia, jonka jälkeen fenomenologia on kehittynyt moniin suuntiin. Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa on käytetty käsitteitä kuvaileva ja tulkitseva fenomenologia. Kuvailevalla suuntauksella tarkoitetaan Husserlin fenomenologiaan perustuvia tutkimuksellisia lähestymistapoja ja tulkitsevalla suuntauksella Heideggerin hermeneuttisesta fenomenologiasta saatuja vaikutteita. (Anderson 1991, Oiler Boyd 1993, Koch 1995, Draukner 1999). Eksistenssin fenomenologiassa taas on keskeistä inhimillinen todellisuus. Eksistenssin fenomenologia on painotetusti humanistista ja ihmiskeskeistä (ks. esim. Juvakka 2000, 55.)*

¹⁰ *Tutkija ja tutkittava kuuluvat samaan ihmisten maailmaan. Tässä maailmassa kaikki muodostuu merkityksistä, joita ihmiset ovat antaneet ja antavat tapahtumille ja ilmiöille. Tutkimuskohdetta ei voi koskaan pitää esineenä, sillä kaikki ovat kietoutuneet näihin merkityksiin aina jo ennen tutkimuksellisen tarkastelun alkamista. Ihmistä tutkivissa tieteissä ei ole lupa tehdä*

Hermeneutiikalla tarkoitettiin alun perin tekstintulkinnan sääntöjen etsimistä, mutta vähitellen se kehittyi koko olemassaolon tapaa ja sen ehtoja tutkivaksi traditioksi. Hermeneutiikan ydinajatus on, että koko historiallis-yhteiskunnallinen todellisuus on merkitysten läpäisemää ja sen tutkiminen on ilmiöiden merkitysten etsimistä. (Juntunen & Mehtonen 1977, Siljander 1988.) Hermeneutiikkaa tulkitsevana metodina on käytetty ihmistieteissä muun muassa historian tutkimuksessa koko niiden historian ajan (Rauhala 1974). Filosofisessa merkityksessä¹¹ hermeneutiikka tuli tunnetuksi Wilhelm Diltheyn kautta. Filosofisen hermeneutiikan juuret ajoittuvat tilanteeseen, jolle oli tyypillistä kiista ihmistutkimuksen ja luonnontutkimuksen suhteesta. (Krohn 1981, 113.)

Ymmärtäminen ja tulkinta ovat hermeneutiikan keskeisiä käsitteitä. Käsitteet ovat myös muiden filosofisten suuntausten käytössä, mutta hermeneutiikassa niillä on oma erityismerkityksensä. Ymmärtämisen ja tulkinnan käsitteiden sukulaiskäsitteitä hermeneutiikassa ovat esiyymmärryksen ja hermeneuttisen kehän käsitteet (Juntunen & Mehtonen 1977, 125-126).

Hermeneuttisessa ja fenomenologisessa traditiossa korostetaan ymmärtämistä osien ja kokonaisuuden yhdistämisenä: ymmärtämisessä on kyse kokonaisuuden havaitsemisesta¹². Rauhalan (1974, 95) mukaan kaikki ymmärtäminen on yhteydessä ymmärtämistä. Toisaalta kaikenlainen tajunnallinen suhde maailmaan on ymmärtämistä. Tieteellinen tietäminenkin on yksi ymmärtämisen laji. Ymmärtämisen perustana on tajunnan intentionaalisuus¹³. Husserlin ja Heideggerin mukaan ymmärrämme aina jostakin näkökulmasta, jolloin puhtaita havaintoja ei ole olemassa. Ymmärtämysyhteydet nähdään filosofisessa hermeneutiikassa ymmärtämisen välttämättöminä ehtoina. Ymmärtämysyhteytenä toimii vanha kokemustausta, jota kutsutaan horisontiksi siinä ominaisuudessa kuin se on uutta mieltä "tulkitseva" tai "sijoittava". Ymmärtämysyhteydet ovat siten kaiken ymmärtämisen rakennetekijöitä. (Rauhala 1974, 95, 1989b, 31, 1990, 94.)

Hermeneuttinen ajattelu korostaa havainnoijan ja havainnoitsijan kuulumista samaan horisonttiin. Siinä korostetaan totuutta tapahtumana, joka kahden keskustelijan välisessä dialogissa "tekeytyy teoksessa" ja samalla muokkaa tätä horisonttia. Ymmärtämisessä on kyse horisonttien sulautumisesta. (Vaittimo 1999, 20-22). Tässä tutkimuksessa hermeneuttinen lähestymistapa tarkoittaa sitä, että olen käyttänyt tutkimusaineiston keruussa ja analysoinnissa ymmärtävää ja

mitään sellaisia toimia, jotka esineellistävät tai ohentavat tutkimuskohdetta niin, että tutkimuskohteeseen kuuluva merkitysten kokonaisuus tuhoutuu. (Varto 1992,14.)

¹¹ Bleicherin (1987) mukaan hermeneutiikassa on kolme suuntausta: hermeneuttinen teoria, filosofinen hermeneutiikka ja kriittinen hermeneutiikka. Hermeneuttinen teoria on kiinnostunut ihmistieteiden metodologiasta. Kriittisessä hermeneutiikassa otetaan huomioon myös kielen ulkopuoliset aspektit, kuten yhteiskunnalliset teemat ja valtasuhteet. Filosofisen hermeneutiikan lähtökohtana on tulkitsijan oman horisontin tunnistaminen, mikä merkitsee kaikenlaisen objektivoivan asenteen sivuun jättämistä. Tulkinta tapahtuu aina jostakin esiyymmärryksestä lähtien; esiyymmärrys kuitenkin muuttuu tulkintaprosessin kuluessa.

¹² Ks. Klockars (ilman vuosilukua).

¹³ Kohteeseen viittaava luonne.

tulkitsevaa otetta. Pyrkimyksenä on ollut ymmärtää haastatteluissa ilmeneviä merkityksiä niiden yhteyksissä¹⁴.

2.2 Ontologiset lähtökohtani

Aiheen, lähestymistavan ja aineiston analyysimenetelmän valinta ilmentävät käsityksiäni ihmisestä, terveydestä ja maailmasta. Mitä voi ja kannattaa tutkia ja millä tavalla? Mikä on tärkeää tietää perusterveydenhuollon mielenterveytyöstä? Miten kerron tämän muille? Tästä näkökulmasta ymmärrän ontologiset sitoumukset myös tutkimuseettisinä valintoina. Seuraavassa luvussa kuvaan ontologisia ja epistemologisia lähtökohtiani¹⁵.

Ihminen tutkimuskohteena¹⁶ on kompleksinen ilmentymä: ihmisessä on sellaisia todellistumisen tasoja, jotka eivät ole palautettavissa sellaisinaan muihin tasoihin ilman, että menetetään jotain olennaista (Varto 1992, 43). Näin ollen

¹⁴ Varton (1992) mukaan laadullinen tutkimus tapahtuu elämisaailmassa, joten tutkija on osa tutkimaansa merkitysyhteyttä. Varton mukaan tämä myös edellytys sille, että hän voi tehdä laadullista tutkimusta, sillä laatujen ymmärtäminen on mahdollista vain siinä kontekstissa, jossa niillä on merkitys.

¹⁵ Ontologiset kysymykset koskevat käsitystä todellisuuden luonteesta (Määttänen 1998,35). Kysymykset tiedon, tieteen ja totuuden alkuperästä ja mahdollisuuksista kuuluvat epistemologian alaan (Niinistö 1983).

¹⁶ Ihmisen ongelmaa analysoivaa filosofiaa kutsutaan usein filosofiseksi antropologiaksi. Analyysinsa tuloksena se esittää jonkin ihmiskäsityksen. Ihmiskäsityksen analyysi pyrkii paljastamaan sen, mitä ihminen perustavasti on, ennen kuin empiirinen tutkimus on sektoroinut hänet. Empiirinen tutkimus tuottaa omilta alueiltaan kuvauksia ihmisestä eli ihmiskuvia, jotka aina perustuvat johonkin ihmiskäsitykseen. Mikään tiede ei yksinään pysty valottamaan ihmisen kaikkia olemuspuolia, sillä empiirisessä ihmistutkimuksessa ollaan aina kiinnostuneita jostakin tietystä ihmisen puolesta. Rauhala (1990) pitää ihmiskäsitystä kokemustieteelliselle tutkimukselle heuristisena: se antaa viitteitä siitä, mitä kaikkea pitäisi tutkia. Ihmiskäsitys ei ole eikä sen tarvitse olla lopullinen, siksi tutkijan pitäisi pohtia ihmiskäsitystään uudelleen jokaisen tutkimuksen kohdalla.

Ihmistä tutkimuskohteena on perinteisesti tyypitelty esimerkiksi kartesiolaisittain. Kartesiolaisuus on ollut määrällisen tutkimuksen perusfilosofia. Kartesiolainen jako perustuu 1800-luvulla eläneen ranskalaisen filosofin Descartesin ajatuksiin maailman kahtiajaosta sielun ja ruumiin maailmaan. Sen mukaan ihminen on kokonaan sielullista, mutta hänellä on myös ruumis. Spinoza, joka vaikutti Amsterdamissa 1600-luvulla, on esittänyt vastakkaisen ajatuksen siitä, että ihminen on vain yhdellä tavalla ja kaikki se, mikä saa ilmaisunsa kehollisessa, saa ilmauksensa myös henkisessä. Näin ollen ihmisen tutkiminen on mahdollista käyttäen kumpaa tahansa todellistumisen tapaa, mutta ilmiöiden runsauden vuoksi molempien puolien tutkiminen tuottaa täydellisimmän tuloksen. (Varto 1992, 41-41.) Ontologiseen ratkaisuun perustuen tutkimus koskee aina jotakin tiettyä olemassaolon muotoa. Rauhalan (1974) ja Varton (mm. 1995) mukaan ontologiset sitoumukset ovat ensisijaisia¹⁶: ne määräävät, millaisia muut sitoumukset voivat olla.

ihmisen kokonaisuutta ei voida tavoittaa millään yksitasoisella tarkastelutavalla. Tutkittaessa ihmistä muuna kuin biologisena ilmiönä ovat tutkija ja tutkittava osana samaa todellisuutta. Tällöin tutkitaan merkityksiä, joihin tutkija on kietoutunut jo ennen tutkimusta. Laatuojen ymmärtäminen on mahdollista vain niiden omassa merkitysyhteydessä.

Ontologisella sitoutumisella Rauhala (1988, 190-191) tarkoittaa sitä, että toimittaessa johdonmukaisesti tiettyä ontologista ratkaisua noudattaen, tutkimustulokset muodostuvat sellaisiksi, jotka ovat vain siinä kannanotossa loogisesti mahdollisia. Empiiriset oletukset ja menetelmät määrittävät siis minkälaisia tutkimustuloksia voidaan saavuttaa. Näin ollen tutkimus on jo etukäteen rajoittunut määrätynlaisen tiedon tuottamiseen.

2.2.1 Käsitykseni ihmisestä

Ihmisenä oleminen on olennaista hoitamisessa sekä hoitajalle että potilaalle. Hoitotyön teorioissa ihminen määritellään usein kokevaksi subjektiksi, joka on enemmän kuin osiensa summa (esim. Parse 1981, Newman 1983, Watson 1988). Fenomenologis-eksistentiaalisen näkemyksen mukaan ihminen on kokonaisuus, ehyt olento. Heideggerin mukaan oleminen on ennen olioita, joten olioiden olemassaolon ymmärtäminen on välttämätön ehto näiden olioiksi kokemiselle. Ihminen on maailmaan heitetty; ihminen ei tiedä, mihin hän on menossa, hän tulee ikään kuin tyhjästä (Heidegger 1988). Rauhala (1993a) näkee ihmisen¹⁷ situationaalisenä säätöpiirinä: ihminen reaalistuu erilaisissa olemassaolon muodoissa¹⁸. Omassa ihmiskäsityksessäni havaitsen yhtymäkohtia fenomenologis-eksistentiaaliseen ihmiskäsitykseen ja Lauri Rauhalan näkemyksiin. Ymmärrän ihmisen jakamattomana, ehyenä kokonaisuutena, joka on osa aineellista ja aineetonta ympäristöään. Se, miten ihmisen ymmärrän, on yksi tätä tutkimusta perustavasti ohjaavista lähtökohdista.

¹⁷ Myös tutkija-ihminen on situationaalinen säätöpiiri. Eksistentiaalisen fenomenologian näkemyksen mukaan tutkijan subjektiviteetti ei ole koskaan täysin eliminoitavissa tutkimuksesta (Rauhala 1993a).

¹⁸ Nämä olemassaolon perusmuodot, joihin hänen elämänaikainen olemassaolonsa sitoutuu, ovat situationaalisuus, kehollisuus ja tajunnallisuus. Psykkisen ja henkisen olemassaolon Rauhala käsittää sisältyvän näihin olemassaolon muotoihin. Psykkisiä ja henkisiä ilmiöitä empiirisesti tutkittaessa on lähdettävä inhimillisestä kokemuksesta ja tarkasteltava niitä ensisijaisesti tajunnallisuuden tapahtumismuotoina. Psykkinen ja henkinen edellyttävät kuitenkin toiset ihmisen olemassaolon muodot. Situaationsa osatekijöihin kietoutuessaan ihminen tulee sellaiseksi kuin niiden luonne edellyttää. Rauhalan (1995) mukaan kukin olemassaolon muoto on otettava täysimääräisesti huomioon, lisäksi ihminen on ennen muuta nähtävä ykseytenä. Rauhala käyttää käsitteitä ihmisen ykseys ja moninaisuus. Lisäksi ihmiset ovat erilaisia. Käsitteellä situationaalisuus nimetään se todellisuuden tai maailman osa, johon yksi ihminen joutuu suhteeseen. Varton (2000, 21) mukaan maailma paljastaa ihmisenä olon, joka on historiallista ja siis paljastaa ajan, mikä paljastaa olevan luonteen eli tapahtumisen ja tämän suhteellisuuden, joka edellyttää kokonaisuuden, jossa tämä kaikki on.

Havaitseminen ja havainnot ovat ihmiselle ominaisia. Ihminen tekee havaintoja objekteista, joilla voi olla useita olemuksia. Samaan objektiin kohdistuvien mahdollisten aktien joukko muodostaa elämismaailman. Objekteista nähdään eri puolia ja ne herättävät eri havaintoja. Mistään objektista ei voi nähdä kaikkia puolia yhtä aikaa. Havaintoon kuuluu lisäksi merkitys, joten havainto sinänsä ei ole kaikki, mitä objektista elämismaailmaan tulee. (Juntunen & Mehtonen 1977.) Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat erityisesti ne perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön liittyvät merkitykset, joita haastateltavat muodostavat.

Ihmisen havainnoilla on myös aikarakenne: nykyisyys on menneisyyden ja tulevaisuuden raja eikä sitä voi vangita. Ihmisenä olemisen nykyhetki sisältää myös menneisyyden; toisaalta jokainen hetki ottaa huomioon tulevaisuuden (Harva 1957.) Merkitykset, joita ihmiset antavat kokemuksille, ovat yhteydessä heidän aikaisempiin havaintoihinsa ja kokemuksiinsa. Tämän kokemustaan ymmärtämiseksi perehdyin ennen aineiston keruuta kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, jotka käsittelivät perusterveydenhuollon mielenterveystyötä. Tätä tarkoitusta palveli myös aineiston keruun aloittaminen avoimilla haastatteluilla.

Ihmisen elämismaailma muodostuu horisonteista merkitysten kerrostumien avulla. Horisontti tarkoittaa samaan objektiin kohdistuvien mahdollisten havaintojen joukkoa. Elämismaailma on Heideggerin mukaan se inhimillinen ja historiallinen maailma, jossa ihminen on elänyt ja tulee elämään. Ihmisen elämismaailman ja kokemistavan yksi määrite on Leonardin (1994) mukaan kulttuuri ja ympäristö, jossa hän elää. Tässä tutkimuksessa elämismaailman ymmärtäminen tarkoittaa sitä, että haastateltavien kertomuksia pyrittiin ymmärtämään ja tulkitsemaan haastateltavien kontekstissa. Tästä syystä haastatteluja oli tulkittava kokonaisuuksina. Tulkintoja tehdessäni kuuntelin välillä haastattelunauhoja voidakseni palauttaa mieleen haastateltavan ja haastattelutilanteen.

2.2.2 Käsitkseni mielenterveydestä

Terveys on yksi hoitotieteen keskeisistä käsitteistä. Koska tutkimukseni kiinnostuksen kohteena on mielenterveystyö perusterveydenhuollossa, tarkastelen seuraavassa käsitystäni mielenterveydestä, joka on toiminnan (mielenterveystyö) perusteena.

Nurmelan (2002, 156) mukaan terveydenhuollossa on paljolti sitouduttu luonnontieteellis-lääketieteelliseen tarkastelutapaan. Siinä terveys on ymmärretty lähinnä sairauden puuttumisena. Ensisijaisena kiinnostuksen kohteena ovat olleet potilaan tauti ja sen oireet. Diagnoosi perustuu havaintoihin ja mittauksiin, joita verrataan normaaliarvoihin. Ihmisen subjektiivisista kokemuksista ei olla kiinnostuneita. Myös mielenterveyden hoitamisessa on viime vuosisatojen ajan vallinnut luonnontieteisiin ja lääketieteeseen pohjautuva sairauskeskeinen¹⁹ ²⁰

¹⁹ Siiralan (1962) mukaan sairauden hoitamisessa on unohdettu ihmisen sairaus- ja terveysominaisuuksien koko ihmisyyttä koskeva merkitys.

ajattelu, joka lähtee mielenterveyden negatiivisesta määrittelystä. Länsimaisessa lääketieteessä vallinnutta biolääketieteeksi kutsuttua ajattelutapaa (esim. Engel 1977) on kritisoitu²¹. Toisaalta esimerkiksi Mikkelin (1998) mukaan länsimaisen lääketieteen voidaan katsoa alkaneen kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä, jossa lääkintätaidon²² tehtävinä pidettiin paitsi sairauksien parantamista myös ihmisen terveyden tasapainotilan ylläpitämistä.

Hoitotieteessä osa teoreetikoista on ymmärtänyt terveyden moniulotteisena yksilöllisenä elämänprosessina ja tilana, johon sisältyy myös sairaus (Rogers 1980, Newman 1986, Parse 1987). Terveys ei välttämättä merkitse sairauden puuttumista - ihminen voi tuntea olevansa terve, vaikka hänellä on diagnosoitu jokin tauti. Terveys on enemmän kuin sairauden puuttumista, terveys on joksikin tuleamista. Se on ruumiillista, sielullista ja henkistä eheyttä. Terveys on osa elämää eikä terveydellä ole merkitystä, jos elämässä ei ole mieltä (Eriksson 1989).

Sairauslähtöinen negatiivinen terveyskäsitelmä soveltuu huonosti mielenterveyden hoitamisen lähtökohdaksi. 1900-luvun lopulla käsitteen *mielisairaus* sijaan on alettu käyttää käsitettä *mielenterveys*^{23 24} niin hoitotyössä ja sen tutkimuksessa kuin laajemminkin. Mielenterveyden funktionaalinen malli

²⁰ Moncrieff & Crawford (2001) tutkivat psykiatrian piirissä vallitsevia paradigmoja tarkastelemalla *British Journal of Psychiatry*-lehdessä 1900-luvun kuluessa julkaistuja artikkeleita. Ilmeni, että psykiatrisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat ensisijassa olleet mielenterveyden häiriöiden biologiset näkökulmat ja hoitomuodot. Vastaavasti sosiaalipsykiatrisen ja psykoanalyttisen lähestymistapa ovat näkyneet heikosti psykiatrisessa tutkimuksessa.

²¹ Biolääketieteellisen lähestymistavan kritiikistä mm. Illich (1975) ja Nordenfelt (1991).

²² Termi lääketiede-mediisiini on Mikkelin (1998) mukaan ongelmallinen, koska lääketiede-termiin sisältyy tieteellinen painotus Latinankielisen termin "medicina" kääntäminen lääketieteeksi on jossain määrin harhaanjohtava. Keskiajalla termi "physica" viittasi lääketieteen teoreettiseen puoleen ja termi "medicina" enemmän käytännön hoitotyöhön.

²³ Käsitteellä "mielenterveys" halutaan Pavisin ym. (1998) mukaan kiinnittää huomio siihen, että myös sellaisilla henkilöillä, jotka kärsivät melisairaudesta/mielenterveyden ongelmista (mental illness), on tasavertaisesti mahdollisuus kokea mielenterveyttä. Pavisin (1998) mukaan Trent ja Kenyon huomauttavat, että tästä huolimatta käsitteeseen "mielenterveys" liitetään yhä käsitteen "mielisairaus/mielenterveyden häiriö" konnotaatioita.

²⁴ Myös lääketieteessä on esitetty biolääketieteellisestä ajattelusta poikkeava kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen perustuva malli, jossa keho ja sielua ei eroteta toisistaan eikä ihmistä tarkastella pelkästään tautien kohteena (mm. Engel 1977, Mikkeli 1998, Larivaara ym. 2000). Bio-psyko-sosiaalisen toimintamallin mukaan perhekeskeisesti työskentelevä lääkäri ottaa huomioon biologisen ulottuvuuden ohella myös sen yhteisön, jossa potilas elää ja sairastuu (Kiuttu & Larivaara 1996).

Tähän bio-psyko-sosiaaliseen terveys- ja sairauskäsitykseen perustuva 2-vuotinen perhelääketieteen koulutus aloitettiin Oulun yliopistossa vuonna 1989. Sittemmin koulutus on laajentunut useille paikkakunnille ja sitä on kehitetty moniammatilliseen suuntaan. (Larivaara ym. 1997, 2000, 2003.) Perhelääkärinkoulutuksen jatkeeksi on myös kehitetty 1.5-vuotinen perheterapeutiksi valmistava koulutusohjelma (Larivaara ym. 2003).

sisältää positiivisen käsityksen mielenterveydestä²⁵. Tämän mukaan mielenterveys nähdään yksilön ja ympäristön välisenä tasapainotilana - mielenterveys on ihmisen voimavara. Siihen vaikuttavat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen vuorovaikutus, sosiaaliset rakenteet ja kulttuuriset arvot ja tekijät (Lahtinen ym. 1999).

Tämän tutkimuksen lähtökohta on, että mielenterveys on erottamaton osa ihmisen terveyttä: ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä. Jokaisella ihmisellä on mielenterveys. Terveyden kokemiseen kuuluu olennaisesti mielenterveyden kokeminen eikä terveyden kokemisesta voi erottaa mielenterveyden kokemista. Ihminen, joka sairastaa syöpää, voi tuntea ahdistusta ja masennusta. Masennussairaudesta kärsivä voi tuntea fyysisistä kipua ja huonovointisuutta. Myös mielenterveyden ongelmasta kärsivällä ihmisellä on mielenterveys ja mahdollisuus kokea mielenterveyttä. Mielenterveyden moniulotteisuudesta johtuu, että mielenterveyttä ei voida edistää pelkästään (hoito-, lääke- tai psykologiatieteen) tieteellisin keinoin. Myös ihmisten ja heidän yhteisöidensä yhteiskunnalliset ja kulttuuriset näkökulmat on otettava huomioon mielenterveyteen liittyvässä tutkimuksessa.

2.2.3 Käsitykseni hoitamisesta

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on mielenterveyden hoitaminen. Mielenterveyden hoitamista on kuvattu perinteisesti käsitteillä *psykiatrinen hoito* ja *psykiatrinen hoitotyö*; käsite *perusterveydenhuollon mielenterveystyö* on tunnettu lähinnä lakiteksteistä (Mielenterveyslaki L 1116/1990) ja komiteamietinnöistä (Mielenterveystyön komiteamietintö 1986). Mielenterveyslain²⁶ määritelmä mielenterveystyöstä on terveydenhuoltojärjestelmää ohjaava käytännöllinen ja toiminnallinen määritelmä, jossa mielenterveyden hoitamisen ontologiset lähtökohdat eivät tule tarkasteltavaksi.

Tutkimuksessani käytän käsitettä *mielenterveystyö*. Käsitteen *mielenterveystyö* valinnalle tässä tutkimuksessa on sekä ontologiset että käytännölliset perusteensa. Ontologiset perusteet nousevat terveystieteestä ja käsityksestä hoitamisesta. Mielenterveystyön ymmärrän hoitamisen yhtenä ilmenemismuotona. Käytännöllisenä perusteluna käsitteen *mielenterveystyö* käytölle on se, että kyse on moniammatillisesta toiminnasta, johon eri ammattiryhmät osallistuvat koulutuksensa ja osaamisensa rajoissa.

²⁵ Seckerin (1998) mukaan *Jahodan esittämä positiivinen terveystieteellinen käsitys on psykologian piirissä tunnettu jo 1950-luvulta.*

²⁶ Mielenterveyslain (L 1116/1990) mukaan *mielenterveystyö sisältää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisen, parantamisen ja lievittämisen. Mielenterveystyöhön sisältyy myös mielenterveyden häiriöiden hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä kaikki se, mitä tehdään ihmisten elinolojen parantamiseksi.*

Mielenterveystyön lähikäsitteenä voidaan käyttää käsitettä *mielenterveyden edistäminen* (ks. esim. Lehtinen 2001). Mielenterveyden edistämisen voidaan katsoa kuuluvan terveyden edistämiseen, vaikkakin Shipmanin mukaan tämä ajatus on melko uusi (Secker 1998). Tutkimuksessani käytän käsitettä *mielenterveystyö*, koska näkökulma on toimijalähtöinen ja tarkasteltavana on yhdellä hallinnonalalla, perusterveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö.

Käsityksessäni hoitamisesta on yhtymäkohtia Peplau (1952), Travelbeen (1971) ja Erikssonin (1987) ajatuksiin, joissa keskeistä ovat ihmisten väliset prosessit, hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus sekä ihminen yhteisöllisenä olentona²⁷. Travelbee näkee hoitotyön ihmisten välisenä prosessina, jossa ammattitaitoinen sairaanhoitaja auttaa yksilöä, perhettä tai yhteisöä ehkäisemään sairauden ja kärsimyksen kokemuksia tai selviytymään niistä ja tarvittaessa löytämään tarkoituksen näille kokemuksille. Hoitotyön päämäärä saavutetaan luomalla ihminen-ihmiselle-suhde. Peplau mukaan hoitotyö on "tärkeä ihmisten välinen prosessi, joka toimii yhdessä muiden inhimillisten prosessien kanssa, jotka mahdollistavat yksilöiden elämän terveinä yhteisöissään". Eriksson (1987) näkee hoitamisen jakamisena, joka koskee koko ihmistä: ruumista, sielua ja henkeä. Erikssonin näkemyksen mukaan hoitamisen tarkoituksena on terveyden edistäminen. Terveyspalveluja tarjotessaan perusterveydenhuollon työntekijät

²⁷ Hildegard Peplau, Joyce Travelbee ja Katie Eriksson ovat luoneet teoriansa eri aikoina ja erilaisista lähtökohdista. Peplau 1950-luvulla, Travelbee 1960-luvulla ja Eriksson 1970-luvulta alkaen edelleen. Kaikki kolme ovat laajuudeltaan keskitason teorioita. Peplau ja Travelbeen teoriat ovat luonteeltaan induktiivisia, Erikssonin teoria on kehittynyt induktion, deduktion ja abduktion vuorovaikutuksesta. (Alligood & Chong Choi 1994, Brophy ym. 1994, Grönroos ym. 1994, Hobble ym. 1994.)

Peplau (1952) teoria ihmisten välisistä suhteista on luokiteltu varhaiseksi hoitotyön teoriaksi. Se rakentuu käyttäytymistieteelliselle ja psykologiselle tiedolle ja se heijastelee psykoanalyttisen mallin näkemyksiä. Peplau pyrkimyksenä oli auttaa sairaanhoitajia pääsemään eroon tautikeskeisyydestä sekä antaa sairaanhoitajille mahdollisuus opettaa potilaita kokemaan tunteensa ja tutkia heidän kanssaan näiden tunteiden kestämistä. (Brophy ym. 1994.)

Travelbeen Ihminen-ihmiselle-suhteen malli perustuu Hildegard Peplau ja Ida Orlandon malleihin - kaikki mm. korostavat hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Myös Viktor Franklin logoterapian käsitteet näkyvät Travelbeen teoriassa. Myös Travelbeen malli kuuluu varhaisiin hoitotyön teorioihin. (Alligood & Chong Choi 1994, Brophy ym. 1994, Grönroos ym. 1994, Hobble ym. 1994.)

Erikssonin 1970-luvulla luoma hoitoprosessimalli kuuluu prosessimalleihin. Se oli alkuperäisessä muodossaan myös järjestelmämalli. 1980-luvulla Eriksson liitti mallinsa hoitoajatteluun, jolla hän tarkoittaa ajattelua, joka noudattaa hoidon ja hoitotieteen mallia - ei esimerkiksi lääketieteellistä tai psykologista mallia. Hoitoprosessimallin perustana on moniulotteinen kuva ihmisestä ruumiina, sieluna ja henkenä. 1980-luvulta alkaen Eriksson on suuntautunut yhä enemmän hoitamisen idean ja alkuperän etsimiseen. Erikssonin kehittämän karitatiivisen hoitoteorian lähtökohdat ilmenevät ontologisissa perusoletuksissa, jotka koskevat mm. ihmistä jakamattomana kokonaisuutena, terveyttä ruumiillisena, sielullisena ja henkisenä eheytenä ja hoitamisen peruskategoriana olevaa kärsimystä kaiken hoidon motiivina. (Grönroos ym. 1994, 501-516.)

osallistuvat ammattitaitoisen hoitoryhmän jäseninä sellaisten olosuhteiden järjestämiseen, jotka helpottavat ihmisten luontaisia kehitystaipumuksia.

2.3 Epistemologiset lähtökohtani

2.3.1 Käsitteeni hoitotieteestä

Tieteenfilosofian tehtävänä on tiedettä koskevien käsitysten kriittinen arviointi, täsmentäminen ja perusteleminen. Siitä, miten tiede ja tieteellinen toiminta määritellään, on olemassa erilaisia näkökantoja eikä siitä ole vallitsevaa konsensusta. Kysymykset tiedon, tieteen ja totuuden alkuperästä ja mahdollisuuksista kuuluvat epistemologian alaan. Positiivistisen ja tulkinnallisen paradigman mukaiset käsitykset tieteellisestä toiminnasta poikkeavat toisistaan olennaisesti (Niinistö 1983).

Tiedejärjestelmää voidaan jäsentää eri tavoin riippuen siitä, millaisia jäsentelyperusteita käytetään. Tutkimuskohteen mukaan tieteet voidaan jakaa ideatieteisiin (filosofia, matematiikka) ja empiirisiin tieteisiin. Kun halutaan korostaa ihmistä tutkimuskohteena, jaetaan empiiriset tieteet ihmistieteisiin ja luonnontieteisiin (Lauri & Elomaa 1995). Ihmistieteistä käytetään usein myös nimitystä humanistiset tieteet. Esimerkiksi Parse (1981) pitää hoitotiedettä ihmistieteenä. Peplau (1952), Orlando (1961), Travelbee (1971), Leininger (1984) ja Watson (1985) ovat korostaneet, että hoitotieteellisen tiedon tulee perustua potilaiden omien näkökulmien ymmärtämiseen.

Rauhalan (1990, 115) mukaan humanistisissa tieteissä on pohjimmiltaan kysymys merkityksen ongelmasta, siitä, miten merkityssuhteet muodostuvat tajunnassa ja objektivoidut joskus kulttuuriksi. Tässä suhteessa humanistiset ja luonnontieteet eroavat²⁸ selvästi toisistaan. Koska tutkittavat ongelmat ovat erilaisia, tulee metodienkin olla. Menetelmän tulisi olla sellainen, jonka kautta voidaan tavoittaa kohteen olemassaolon muoto. Rauhalan (1990, 115) mukaan ymmärtämisenkin voidaan katsoa olevan selittävää: selittämisen tavoitteena on tehdä ilmiöt käsitettäväksi ja löytää keinoja vaikuttaa niiden kulkuun. Varton (2000) mukaan ihmistieteiden ja luonnontieteiden mahdollinen ero on niiden perustassa. Ymmärrän hoitotieteen hengentieteenä²⁹ Diltheyn³⁰ ajatusten mukaisesti.

²⁸ Tavallisesti ajatellaan, että ihmistieteet ovat ymmärtäviä ja teleologisesti selittäviä, kun taas luonnontieteet nojaavat induktiiviseen yleistämiseen ja kausaaliseen selitysmalliin (Juntunen & Mehtonen 1977, 120-21). Teleologinen periaate viittaa tapaan, jolla historiallis-yhteiskunnallinen todellisuus on rakentunut. Ilmiöiden väliset suhteet ovat tarkoitus- ja merkityssuhteita, joita henkittieteet pyrkivät ymmärtämään. (ks. esim. Rauhala 1989, 21.)

²⁹ Humanistisia tieteitä kutsutaan usein myös henkittieteiksi tai hengentieteiksi (Rauhala 1989). Tieteiden luokittelusta ks. myös Donaldson & Crowley (1978) ja Eriksson & Lindström

2.3.2 Tieto fenomenologisessa tutkimuksessa

Tulkitsevassa tutkimussuuntauksessa tiedon ajatellaan muodostuvan tutkimuksen toimijoiden ja tutkijan välisessä vuorovaikutuksessa. Tulokset muodostuvat tutkijan tekemien tulkintojen kautta. (ks. esim. Cheek 1996 ja Juvakka 2000, 65.)

Kuten fenomenologisessa tutkimuksessa yleensä, myös tässä tutkimuksessa tiedon lähteenä ovat yksittäisten ihmisten kokemukset, jotka ovat situationaalisia ja historiallisia (esim. Rauhala 1993b). Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut

(1999). Esimerkiksi Eriksson & Lindström (1999) pitävät hoitotiedettä humanistisena tieteenä, jolla on hermeneuttinen tiedonintressi. Perusluonteeltaan tiedon etsintä on historiallis-hermeneuttista ja tapahtuu dynaamisessa vuorovaikutuksessa luonnollisen maailman ja tiedemaailman välillä.

³⁰ Diltheyn mukaan hengentieteiden yksi erityispiirre liittyy subjekti-objekti-suhteeseen. Henkitieteiden tutkimuskohteena ovat ihmisen oman tietoisuuden tuotteet. Tämän vuoksi subjekti ja objekti kuuluvat henkitieteissä dialektisesti yhteen. Luonnontieteissä subjekti ja objekti ovat laadullisesti erilaisia; hengentieteissä ei tällaista periaatteellista eroa subjektin ja objektin välillä ole. Ihmistieteissä tiedon subjekti on osa samaa historiallista todellisuutta kuin tiedon objektikin. (Siljander 1988, 19.)

Toinen henkitieteitä kuvaava piirre liittyy ymmärtämisen ja selittämisen suhteeseen. Diltheyn mukaan kyse on tiedonmuodostuksen erilaisesta intentiosta ja ilmiöiden välisten suhteiden erilaisuudesta henki- ja luonnontieteiden välillä. Luonnonilmiöiden välillä vallitsevat syyseuraus-suhteet, kun taas historiallis-yhteiskunnallinen todellisuus on rakentunut teleologisen periaatteen mukaan, jolloin ilmiöiden väliset suhteet ovat tarkoitus- tai merkityssuhteita. Henkitieteet pyrkivät näiden merkitysrakenteiden ymmärtämiseen.

Henkitieteiden tutkimuskohteina ovat ihmisen oman tietoisuuden tuotteet (hengen objektivaatiot). Tähän sisältyvä keskeinen käsite on "inhimillinen", jota henkitieteet pyrkivät määrittelemään. Nähdään, että inhimillinen on mahdollista saavuttaa vain välillisesti. Historiallisen todellisuuden merkityssuhteet voidaan ymmärtää vain hengen objektivaatioiden kautta (esim. tekstit, kielelliset ilmaukset) kautta. (Rauhala 1989b, 21-22.)

Henkitieteiden erityispiirre subjektin historiasidonnaisuus on Diltheyn mukaan sekä subjektin että objektin määre: molemmat ovat historiasidonnaisia. Tiedostava subjekti muodostaa osan tutkimuskohteestaan ja on saman muutoksen alainen kuin kohteensakin. Näin ollen tutkimuskohdetta koskevat tulkinnat ovat historiasidonnaisia.

Viidentenä erona henki- ja luonnontieteiden välillä Dilthey tarkastelee hengen objektivaatioita tiettyjen kategorioiden eli peruskäsitteiden kautta, joita ovat mm. merkitys, elämä, vaikutusyhteys, kehitys, kokonaisuus ja osa sekä struktuuri. Henkitieteissä kategoriat ovat mukana jo esiteoreettisessa kokemuksessa, ihmisen käytännöllisessä elämässä ja sellaisina henkitieteille annettuina. Näin ollen tieteellinen ymmärtäminen tarkoittaa arkikokemuksessa olevien yhteyksien reflektiota. (Rauhala 1989b, 23-24.)

Kuudes ero luonnontieteiden ja hengentieteiden välillä liittyy kysymykseen yksityisen ja yleisen suhteesta. Henkitieteissä on erityisen ja yksilöllisen käsitteellä merkitys, jota vastaavaa luonnontieteissä ei ole. Luonnontieteissä yksittäisistä ilmiöistä ollaan kiinnostuneita jonkin yleisemmän lain erityistapauksina. Henkitieteissä ilmiön erityisyyttä ei selitetä yleisen avulla. Erityisen ymmärtäminen on yksi henkitieteiden päämääristä. (Rauhala 1989b, 24-25.)

perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden *käsityksistä, jotka perustuvat heidän omiin kokemuksiinsa* perusterveydenhuollon mielenterveytyöstä. Pysin ymmärtämään näitä kokemuksia ja näkemyksiä tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. Tutkimuksessa saatava tieto ihmisten kokemuksista pyritään käsitteellistämään päämääränä tutkittavan ilmiön entistä parempi kuvaaminen ja ymmärtäminen (Varto 1992).

Fenomenologisen tutkimuksen tiedonkäsityksen mukaan tiedolla tarkoitetaan käsitteellistä yleistä, laadullista yleistä ja vaativaa yleistä tietoa. Tämä merkitsee, että tutkimustulokset eivät sellaisenaan ole yleistettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin tai ihmisryhmiin. Tästä syystä määrällisen yleisen kriteerit eivät sovellu laadullisessa tutkimuksessa tuotetun tiedon arviointiin (Varto 1992, Rauhala 1996). Tämän tutkimuksen tuottama tieto on luonteeltaan käsitteellistä yleistä. Tämä tarkoittaa sitä, että huolimatta tutkimuksessa tarkasteltavien ihmisten kokemusten ja näkemysten yksilöllisyydestä ja ainutkertaisuudesta, niistä on löydettävissä samankaltaisuuksia, joita voidaan kuvata käsitteellisesti yleisellä tasolla. Samankaltaisuudet perustuvat ihmisten kykyyn ajatella yleiskäsittein. Myös tutkija ymmärtää tutkimuskohdettaan yleiskäsitteiden avulla (Varto 1992, Perttula 1995, Rauhala 1996, Lindvall 1997).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tarkastelen tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä sitä toteuttavan henkilöstön näkökulmasta fenomenologis-hermeneuttisella lähestymistavalla.

Alustavana tutkimustehtävänä oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon henkilöstön käsityksiä:

- Perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutoksista 1990-luvulla
- Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävistä ja sisällöstä
- Ammattitaidostaan ja sen kehittämistarpeista perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistarpeista ja -keinoista

Tutkimusprosessin edetessä tarkentuneet tutkimustehtävät esitän tulosten yhteydessä.

Tutkimuksen tarkoituksena on tehdä perusterveydenhuollon mielenterveystyö näkyväksi ja ymmärrettäväksi.

Perusterveydenhuollon henkilöstöllä tarkoitan tässä tutkimuksessa yleislääkärijohtoisen³¹ perusterveydenhuollon potilas- tai asiakastyötä tekevää ammattihenkilöstöä, johon kuuluvat eriasteisen terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen saaneet hoitajat (terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat) ja lääkärit.

Haasteltaviksi haluttiin tutkimuksen lähtökohtien mukaisesti koko väestön (ei valikoituneen potilasryhmän) parissa työskenteleviä perusterveydenhuollon työntekijöitä. Tutkimuksessa mukana ovat näistä ammattiryhmistä suurimmat.

³¹ *Hallinnollisesti perusterveydenhuollon yhteydessä toimivat erikoislääkärijohtoiset mielenterveystyön yksiköt (esim. mielenterveystoimistot) eivät siten ole mukana tutkimuksessa. Terveyskeskusten erityistyöntekijät (kuten terveyskeskuspsykologit), joilla on mielenterveystyön erikoiskoulutus, eivät myöskään kuuluneet haastateltaviin.*

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT

4.1 Laadullinen tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyön tutkimisessa

Laadullinen tutkimus ei ole lähtökohdissaan täysin riippumaton tutkijan tutkimuskohdetta koskevista ennakkokäsityksistä. Tutkijan omat ennakkoletukset ja esikäsitykset syntyvät Varton (1992, 33) mukaan hänen omasta jäsentyneisyydestään³². Näiden merkitys tutkimustyössä voidaan saada esille tutkimuksen ennakkoletusten erittelyssä. Tutkijan on eriteltävä myös tutkimuskohteen luonnetta koskevat oletuksensa (ks. esim. Juvakka 2000).

Oman esiymmärrykseni rakentumiseen ovat vaikuttaneet elämäkokemukseni, työkokemukseni ja tutkimuksellinen mielenkiintoni. Tutkimusaiheen valintaa ovat ohjanneet työkokemukseni perusterveydenhuollossa sekä toimiminen peruspalveluissa työskentelevien ihmisten kouluttajana sekä omat ja mielenterveyden ongelmista kärsivien läheisten ihmisten kokemukset perusterveydenhuollon palveluista.

Arkikokemus, ammatillinen asiantuntemus ja perehtyminen aikaisempiin tutkimuksiin suuntaavat sitä, miten tutkija jäsentää tutkimusongelmaansa. (Raunio 1999, 293). Tämän tutkimusaiheen käsitteellinen rajautuminen tapahtui lukiessani aihetta koskevaa kirjallisuutta ja tutkimuksia. Nämä käsitteelliset lähtökohdat kirjoitan auki tutkimusraportissani. Ne olivat kuitenkin vain tutkimuksen *lähtökohta*. Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ollut testata aiemmista tutkimuksista johdettuja hypoteeseja vaan tarkastella perusterveydenhuollon mielenterveystyötä mahdollisimman avoimesti sitä toteuttavien ihmisten silmin. Tutkimuksen tematisoinnin tarkoituksena oli päästä luonnollisesta asenteesta teoreettiseen - vapauttamaan tapahtumat ja ilmiöt niiden välineluonteesta ja ottamaan ne sellaisina kuin ne itsessään ovat.

³² *Ihmiskäsitys, maailmakäsitys, intressi ja hyvin rakentuneet tieteelliset kuvat ihmisestä ja maailmasta ovat eräitä piirteitä ihmisen maailmassa olemisen jäsentyneisyydestä. Tämä jäsentyneisyys on osittain symbolista eli se perustuu kielelle ja muille symbolijärjestelmille ja osittain kokemuksellista eli tämä osa saa harvoin mitään symbolista ilmausta. Tämä koskee sekä tutkijaa että tutkimuksen kohteena olevaa ihmistä. Maailmassa olemisen on jäsentynyt kokonaisuutena ja nuo kaksi piirrettä ovat kietoutuneet toisiinsa. (Varto 1992, 33.)*

4.2 Haastateltavien valinta

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajarvi 2002, 88). Valitsin haastateltavat tarkoituksenmukaisuusperiaatteella lumipallotekniikkaa (Polit & Hungler 1997, Hirsjärvi & Hurme 2001) apuna käyttäen. Tämä tarkoittaa, että tutkija etsii ensin muutamia avainhenkilöitä, jotka ovat perehtyneet hyvin tutkittavaan aihepiiriin. Kun heidät on haastateltu, heitä pyydetään ehdottamaan sellaisia henkilöitä, jotka saattaisivat täydentää tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 59-60.)

Tässä tutkimuksessa tarkoituksenmukaisuusperiaate haastateltavien valinnassa tarkoittaa, että haastateltavien tuli olla perusterveydenhuollossa asiakas- tai potilastyötä tekeviä koulutettuja hoitajia tai lääkäreitä, jotka olivat halukkaita ja kykeneviä kertomaan perusterveydenhuollon mielenterveystyötä koskevista näkemyksistään. Heillä tuli myös olla vähintään noin viisi vuotta työkokemusta perusterveydenhuollon työstä. Ensimmäiset haastateltavat sain siten, että otin yhteyden joko ylihoitajiin tai ennalta tuntemiini perusterveydenhuollon työntekijöihin ja tiedusteltiin heiltä tähän tutkimukseen osallistujiksi soveltuvia perusterveydenhuollon työntekijöitä. Tämän jälkeen otin henkilökohtaisesti yhteyttä näihin henkilöihin. Mikäli he olivat halukkaita ja sopivia haastateltaviksi, sovin heidän kanssaan haastattelusta.

Tutkimusaineiston monipuolisuuden varmistamiseksi etsin haastateltavia eri puolilla Pirkanmaata olevista terveyskeskuksista. Tätä tarkoitusta silmällä pitäen hain haastateltavia sekä väestövastuuperiaatteella toimivista että ei-väestövastuussa toimivista terveyskeskuksista. Samasta syystä pyrin myös löytämään eri-ikäisiä ja erilaisissa perusterveydenhuollon toimipisteissä työskenteleviä haastateltavia. Haastateltavien joukossa oli työntekijöitä kotisairaanhoidon, vuodeosastojen, kouluterveydenhuollon, äitiys- ja lastenneuvolan, väestövastuuneuvolan, vastaanotto toiminnan ja työterveyshuollon toimipisteistä. Huolimatta pyrkimyksestäni saada haastateltaviksi sekä naisia että miehiä, onnistuin saamaan vain yhden miespuolisen haastateltavan. Haastatellut olivat työskennelleet perusterveydenhuollossa vähintään viisi vuotta; valtaosa (n=19) 16 vuotta tai pitempään. Taustatietoja haastatelluista on esitetty liitteessä 1. (Taulukot 1.-3.).

Kvalen (1996, 102) mukaan laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien lukumäärällä on taipumusta olla joko liian pieni tai liian suuri. Tavallisesti laadullisessa tutkimuksessa haastateltavia on 15. Arvioin tarvitsevani haastateltavia yhteensä 20-30, jotta mukaan tulisi edustajia erilaisista terveyskeskuksista, työpisteistä ja eri ammattiryhmistä. Oletin näistä lähtökohdista olevan mahdollista löytää erilaisia näkökulmia perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön. Haastattelin tutkimusta varten yhteensä 29 perusterveydenhuollon erilaisissa työpisteissä ja -tehtävissä työskentelevää lääkäriä, perushoitajaa, sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa kuudesta pirkanmaalaisesta terveyskeskuksesta tai terveyskeskuskuntayhtymästä (Liite 1. Taulukko 3.).

4.3 Aineiston keruu

Ihmistieteellisen tutkimuksen perustavimpiin lähtökohtiin kuuluu sosiaalisen todellisuuden tarkasteleminen tutkittujen ihmisten näkökulmasta siten kuin tutkittavat itse sen ymmärtävät ja tulkitsevat. Kielellisen aineiston ajatellaan sopivan numeerista aineistoa paremmin ihmistieteellisen tutkimuksen avoimeen perusfilosofiaan: sosiaalisen todellisuuden tutkimiseen sellaisena kuin tutkittavat³³ ihmiset sen kokevat. Uskotaan, että näin on mahdollista tutkittavien ihmisten sosiaalisille ilmiöille antamien yksilöllisten merkitysten esille saaminen (Raunio 1999, 275-279, myös Kvale 1983, 174-179).

Tämän tutkimuksen aineistona ovat perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden avoimet haastattelut ja teemahaastattelut. Avoimia haastatteluja toteutin yhdeksän ja teemahaastatteluja 25. Haastateltavina näissä oli yhteensä 29 eri henkilöä, sillä osan haastattelin kahteen kertaan. Avoimet haastattelut kokosin loka-joulukuussa 1999 ja teemahaastattelut tammi-huhtikuussa 2000. Haastateltavien jakautuminen ammattiryhmittäin on esitetty taulukossa 1.

Haastattelut aineiston keruumenetelmäksi valitsin sen vuoksi, että ilmiönä perusterveydenhuollon mielenterveystyö on abstrakti ja vähän tutkittu. Haastattelussa sekä haastateltavalla että haastattelijalla on mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä sekä pohdiskella aihetta eri näkökulmista. Haastattelu antoi myös mahdollisuuden motivoida haastateltavia. (ks. esim. Hirsjärvi ja Hurme 1988, 15.)

Taulukko 1. Haastateltujen jakautuminen ammattiryhmittäin

HAASTATELTAVAN AMMATTIRYHMÄ	AINEISTON KERUUTAPA	
	AVOIMET HAASTATTELUT	TEEMA- HAASTATTELUT
Perushoitaja	2	2
Sairaanhoitaja	2	6
Terveydenhoitaja	2	11
Lääkäri	3	6
HAASTATTELUJA YHTEENSÄ	9	25

³³ Ihmistieteellisessä tutkimuskäytännössä ei saisi käyttää esineellistävää terminologiaa. Hirsjärven & Hurmeen (2001, 58) mukaan suomen kielessä ei ole englanninkieliselle termille "subject" muuta vakiintunutta vastinetta kuin "koehenkilö", joka selvästi viittaa kokeelliseen tutkimukseen eikä siksi sovellu käytettäväksi tämän paradigman ulkopuolella. Esim. Raunio (1999) käyttää käsitettä "tutkimuskohde" perustellen tämän käsitteen vakiintuneella käytöllä ihmistieteellisessä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa käytän tutkittava-käsitteen sijaan käsitteitä "haastateltava" tai "perusterveydenhuollon työntekijä" (ks. Hirsjärvi & Hurme 2001, 58).

4.3.1 Avoimet haastattelut

Perusterveydenhuollossa työskentelevien aidon äänen esille saamiseksi aloitin aineiston keruun avoimilla haastatteluilla. Avointen haastattelujen käyttöä pidin välttämättömänä myös sen vuoksi, että aiheesta oli niukasti aikaisempaa tutkimusta. Avointen haastattelujen aiheet (Liite 2.) asetin väljästi tutkimustehtävien perusteella, jotta haastateltavat voisivat tuoda esille mahdollisimman avoimesti käsityksiään perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön liittyvistä asioista. Esimerkiksi Kvale (1983, 174-179) on esittänyt näkökohtia³⁴, jotka on otettava huomioon laadullista tutkimusta varten tehtävissä haastatteluissa.

³⁴ Kvalen (1983, 174-179) mukaan laadullista tutkimusta varten tehtävässä haastattelussa on otettava huomioon seuraavaa:

1. Haastattelun on keskityttävä haastateltavan elämismaailmaan, mikä viittaa pyrkimykseen tavoittaa, kuvata ja ymmärtää haastateltavien kokemusten keskeisiä sisältöjä ja merkityksiä.
2. Haastattelu pyrkii ymmärtämään ilmiöiden merkityksiä haastateltavan elämismaailmassa, jolloin se paneutuu tiettyjen ihmisten konkreettisiin koettuihin maailmoihin.
3. Haastattelu on luonteeltaan kvalitatiivista, mikä merkitsee, että elämismaailmaa koskevaa tietoa pyritään hankkimaan mahdollisimman monesta näkökulmasta.
4. Haastattelu on luonteeltaan kuvailevaa, mikä merkitsee, että haastateltava kuvaa kokemuksiaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ilman omaa tarkoituksellista tulkintaa.
5. Haastattelu on spesifiä, jolla viitataan siihen, että haastateltavan kuvaamat kokemukset liittyvät konkreettisiin tilanteisiin eivätkä ole luonteeltaan yleisiä mielipiteitä tai käsityksiä asioista
6. Haastattelu on vapaata ennako-oletuksista, jolla tarkoitetaan sekä tutkijan fenomenologista asennetta että haastateltavien elämismaailman välitöntä kuvaamista.
7. Haastattelu keskittyy tiettyihin teemoihin merkitsee, että tutkija ohjaa haastattelua, mutta sillä ei ole selkeää sisällöllistä struktuuria.
8. Haastattelu on avoin moniselitteisyydelle, mikä merkitsee avoimuutta haastateltavan kokemusten sisäiselle ristiriitaisuudelle.
9. Haastattelu on avoin muutoksille, millä viitataan siihen, että haastateltavan antamat kuvaukset voivat muuttua haastattelun aikana haastateltavan omaan kokemukseen kohdistuvan reflektion seurauksena.
10. Haastattelu riippuu haastattelijan herkkyydestä, jolla voidaan viitata esim. tutkijan empatiakykyyn, vastaanottavuuteen ja kykyyn olla läsnä vuorovaikutustilanteissa.
11. Haastattelu tapahtuu henkilöiden välisenä vuorovaikutuksena, joka ei ole virhelähde vaan laadullisen haastattelun väistämätön ja välttämätön ominaisuus. Haastattelun vuorovaikutuksellisuus on syytä tunnistaa ja analysoida huolellisesti.
12. Haastattelu saattaa olla positiivinen kokemus, koska siinä haastateltavan kokemuksiin kiinnitetään intensiivinen ja pitkäkestoinen huomio.

4.3.2 Teemahaastattelut

Aineiston keruun toisessa vaiheessa toteutin teemahaastattelut, jotka etenivät avointen haastattelujen analyysissä muodostuneiden väljien teemojen (Liite 3.) mukaan. Ohjaavista teemoista huolimatta teemahaastattelut muistuttivat enemmänkin dialogia³⁵ tai syvähaastattelua kuin tiukan muodollista tutkimushaastattelua (ks. esim. Raunio 1999, 288 tai Tuomi & Sarajärvi 2002, 82-3). Ennen varsinaista haastattelua ja nauhoituksen aloittamista keskustelimme haastateltavan kanssa epämuodollisesti. Tarkoituksena oli molemminpuolinen tutustuminen ja mahdollisen nauhoituksesta johtuvan jännityksen lieventäminen. Kerroin haastateltavilleni tutkimuksestani ja itsestäni sekä keskustelimme mm. haastateltavien työnkuvasta. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus kysymyksiin. Samalla annoin haastateltaville tutkimusta koskevan kirjallisen tiedotteen yhteystietoineen (Liite 3.).

Keskittymällä haastatteluissa tiettyihin teemoihin halusin varmistua tutkimustehtävän kannalta merkittävän tiedon saamisesta ja helpottaa aineiston keräämistä sekä analyysiä (esim. Raunio 1999, 289). Samalla halusin varmistaa, että ymmärrämme haastateltavien kanssa olennaiset asiat jokseenkin samalla tavalla. Haastateltavilla oli teemahaastatteluissa käytössään pääteemoista koottu teemarunko (Liite 4.), jonka tarkoitus oli auttaa hahmottamaan, millaisista asioista haastattelun aikana on tarkoitus puhua. Haastateltavat saivat kuitenkin suhteellisen vapaasti kertoa käsityksistään eikä heidän kertomaansa pyritty asettamaan tiukasti teemahaastattelurungon mukaiseen järjestykseen. Haastateltavien toisistaan poikkeavat taustat, koulutukset ja työtehtävät toimivat kontekstina, jonka kautta haastateltavat jäsensivät perusterveydenhuollon mielenterveystyötä. Näistä konteksteista muodostui erilaisia näkökulmia perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön.

4.3.3 Haastattelujen toteutus

Tutkijan eläytymiskyvyn ja tutkimustilanteen avoimuuden välille on oletettu suoraviivainen riippuvuussuhde. Tutkittavien uskotaan kokevan myötäelämiseen kykenevän tutkijan kiinnostuneeksi asioistaan ja kertovan hänelle niistä vapautuneesti. (Raunio 1999, 290.) Miten kykenisin tutkijana luomaan haastateltaville kokemuksen ymmärretyksi tulemisesta? Toteuttamalla haastattelut haastateltavien työpaikalla työaikana varmistin, että olimme haastateltavien maaperällä, tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olevassa merkitysten maailmassa. Tällä pyrin helpottamaan haastateltavia käsittelemään ehkä vaikeitakin keskusteluaiheita sekä hälventämään mahdollisia valta-

³⁵ Colaizzin (1978, 64) mukaan dialogimaisessa haastattelussa tutkija saa yhteyden haastateltavaan ainoastaan kuuntelemalla häntä "enemmän kuin korvillaan", mikä merkitsee läsnäoloa ja kuuntelua koko persoonallisuudellaan. Tämä edellyttää, että haastattelija pitää haastateltavia enemmän kuin tietolähteenä.

asetelmia. Valta-asetelmat saattavat mm. ohjata haastateltavia antamaan vastauksia, joita he olettavat tutkijan odottavan. (ks. esim. Raunio 1999, 292.)

Etukäteen pyysin, että haastateltava varaisi riittävästi aikaa (kaksi tuntia) ja mahdollisimman häiriöttömän tilan haastattelua varten, jotta hän voisi kertoa käsityksistään avoimesti ja kiireettömästi.

Haastattelut kestivät 1½-2 tuntia ja nauhoitin ne kaikki. Aukikirjoitin itse sekä avoimet että teemahaastattelut sanatarkasti tekstiksi. Näin muodostui noin 900 A4-liuskaa 1,5:n rivivälillä kirjoitettua tekstiä. Haastattelujen aikana ja niiden jälkeen tein muistiinpanoja, jotka auttoivat minua palaamaan tärkeisiin kohtiin ja tekemään tarkentavia kysymyksiä. Näistä muistiinpanoista muodostunutta tutkijan päiväkirjaa hyödynsin myöhemmin tehdessäni aineiston analyysiä. Muistiinpanojen avulla saatoin tulkintoja tehdessäni palauttaa mieleeni haastateltavaan liittyviä asioita.

4.4 Laadullinen sisällönanalyysi analyysimenetelmänä ja aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen lähestymistapoja yhdistää pyrkimys löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida kirjallista tai suullista aineistoa ja asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysimenetelmän juuret ulottuvat 1800-luvulle uskonnollisten tekstien ja hymnien analyysiin. Tieteellisenä menetelmänä sisällönanalyysi otettiin käyttöön sosiaalitieteissä 1950-luvulla. Sisällönanalyysimenetelmä on sittemmin eriytynyt kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen suuntaan. Sitä voidaan käyttää eri tavoin sen mukaan, mitä kommunikaation elementtejä korostetaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa analysoin sekä avoimista haastatteluista että teemahaastatteluista koostuvan tutkimusaineiston aineistolähtöisellä kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.

Laadullisen aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn tietoaineuksen tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Analysoitavaa informaatiota ovat esimerkiksi verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevat aineistot, kuten puheet, raportit, päiväkirjat, kuvanauhat, valokuvat ja taideteokset. Sisällönanalyysin avulla dokumenteista voidaan tehdä havaintoja ja analysoida niitä systemaattisesti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Sisällönanalyysiprosessia voidaan pitää laadullisen aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Siinä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Cavanaghin (1997) mukaan sisällönanalyysi on enemmän kuin tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaista kuvausta aineistosta: Sen kautta on saatavissa esille aineistossa

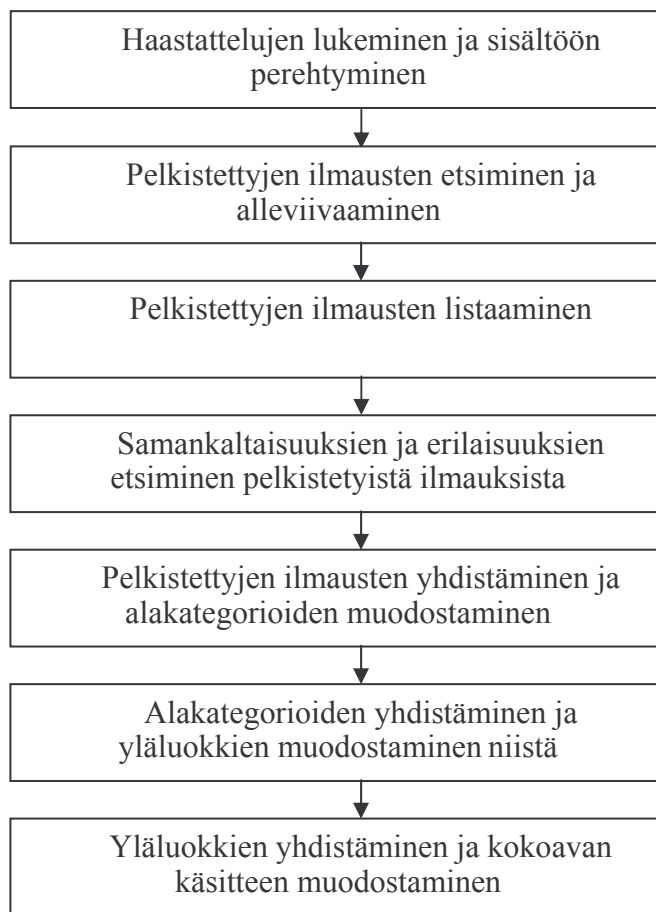
ilmenevät merkitykset, tarkoitukset, aikomukset, seuraukset ja yhteydet. (Burns & Grove 1997, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Laadullisesta sisällönanalyysistä käytetään usein nimityksiä induktiivinen ja deduktiivinen, vaikka tämä jaottelu muun muassa Tuomen (2002) mukaan on ongelmallinen. Eskola (2001) jakaa analyysitavat aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen. Aineistolähtöisessä kvalitatiivisessa sisällönanalyysissa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tutkimuksessani käytän sisällönanalyysiä, jossa analyysin luokat ja ulottuvuudet perustuvat havaintoihin aineistossa ja muodostan ne tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Käytän tästä nimitystä aineistolähtöinen sisällönanalyysi.

Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn - prosessi etenee empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Käsitteellistyksiä verrataan koko ajan alkuperäiseen aineistoon. Tutkimustehtävään vastataan käsitteitä yhdistelemällä. Johtopäätöksiä tehdessään tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Pyrkimyksenä on ymmärtää tutkittavia heidän näkökulmastaan koko analyysiprosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.) Sisällönanalyysiprosessin vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävän kategorian avulla vastataan tutkimusongelmin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi eteni tutkimuksessani siten, että aluksi luin koko tutkimusaineiston useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Sen jälkeen valitsin analyysiyksiköksi lauseen, lauseenosan tai ajatuksellisen kokonaisuuden. Seuraavassa vaiheessa aineiston pelkistäminen tapahtui siten, että kyselin aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja kirjasin vastaukset aineiston termein. Tämän jälkeen ryhmittelin ilmaisuja omiksi ryhmikseen etsimällä niistä erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Lopuksi yhdistin samansisältöiset luokat toisiinsa abstrahoidakseni aineistoa. Abstrahointia jatkoin niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista.

Liitteessä 5. on esimerkki avointen haastattelujen aineiston analyysistä ja liitteissä 6.-8. teemahaastatteluaineiston analyysistä. Kuviossa 2. (s. 48) on esitetty pelkistetysti laadullisen sisällönanalyysiprosessin vaiheittainen eteneminen.



Kuvio 2. Tutkimusaineiston analyysin vaiheittainen eteneminen Tuomea & Sarajärveä (2002) mukailleen

5 PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖ JA SEN MUUTOKSET 1990-LUVULLA

5.1 Tulosten kuvaamisesta

Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa on tyypillistä tutkimuksen kohdehenkilöiden sanojen ja lauseiden esittäminen sitaateissa³⁶ eli lainaaminen. Sandelowskin (1994, 479-480) mukaan siteeraamisella on useita funktioita. Tutkimusraportin ensisijainen tavoite on totuus; toinen motivointivoima on esteettisyys. Siteeraaminen mahdollistaa sopivan suhteen tieteellisen raportointivelvollisuuden ja taiteellisuuden välillä. Hyvin tehdyllä sitaattien käytöllä kirjoittaja voi lisätä dokumentin arvoa ja kiinnittää enemmän huomiota henkilöiden "ääniin", jotka muuten voisivat jäädä huomioimatta. Lainauksia käytetään lisäämään luotettavuutta³⁷ joihinkin asioihin/kohtiin, konkretisoimaan ja havainnollistamaan asiaa, kuvaamaan siteerattujen ajatuksia, tunteita tai mielialoja, herättämään tunteita tai mielialoja sekä osoittamaan tutkijan vastuullisuutta tutkimusraportin yleisölle.

Sitaattien käyttö on prosessi, joka vaatii tutkijalta seuraavia päätöksiä: käyttääkö sitaatteja, mitä valitsee sitaatteihin, mistä sitaatit alkavat ja missä loppuvat ottaen huomioon niiden käytön tarkoituksen. Päätettävä on myös suorien lainausten pituus ja määrä sekä se, missä raportin osassa ne sijaitsevat (erillään vai tekstin seassa). Kaikkein tärkeintä on miettiä suorien lainausten tarkoitus eli missä tarkoituksessa niitä käytetään. Tutkijan tulee myös päättää, standardisoiko hän puheen vai käyttääkö sellaisenaan. Tutkijan tulee kunnioittaa puhujaa eli mitä tämä haluaa ilmaista. (Sandelowski 1994, 480-481.)

Käytän tulosten esittämisessä sitaatteja havainnollistamaan tuloksia ja siten lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Suorien lainausten avulla pyrin varmistamaan haastateltavien oman äänen esille tulon. Henkilöä, jonka puheeseen viittaa, en esittele tarkemmin (vrt. Sandelowski 1994, 481)

³⁶ Englantilais-suomalaisen sanakirjan mukaan termi "quote" merkitsee siteeraamista, lainaamista ja "quotation" lainausta, sitaattia ja lainauksien käyttöä (Hurme ym. 1990).

³⁷ Alkuperäishavaintojen esittämisestä tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi ks. esim. Mc Kenzie (1994).

haastateltavan anonymiteetin turvaamiseksi (ks. Perttula 1996), mutta myös siksi, että kaikkien haastateltujen näkemykset ovat yhtä arvokkaita tutkittavan ilmiön kannalta. Kun haluan erityisesti kiinnittää huomiota haastateltavan ammattiin/tehtävään, mainitsen haastateltavan edustaman ammattiryhmän.

Haastateltavien puhe on kirjoitettu sitaatteihin muilta osin sellaisenaan, mutta tilan säästämiseksi niitä on tarvittaessa lyhennetty poistamalla sanoja, jotka eivät muuta lausuman merkitystä. Käyttämäni sitaatit olen valinnut siten, että ne "edustaisivat" mahdollisimman hyvin kaikkia haastateltavana olleita ammattiryhmiä. Sitaintien ensisijainen valintaperuste on kuitenkin se, että ne havainnollistavat mahdollisimman hyvin tekemiäni käsitteellistyksiä.

Käytän tutkimuksen tiedonantajista nimitystä haastateltava tai perusterveydenhuollon työntekijä. Sitaintien yhteydessä lyhenteet TH, SH, PH ja L viittaavat haastateltavan ammattiryhmään (TH - terveydenhoitaja, SH - sairaanhoitaja, PH - perushoitaja ja L - lääkäri; lyhenne H viittaa haastattelijaan, jona minä tutkijana toimin). Esittelen tutkimustulokset ensin tutkimustehtävittäin ja kunkin luvun lopussa yhteenvedon tuloksista.

5.2 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutokset 1990-luvulla ja niiden merkitys

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon henkilöstön tulkintoja perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutoksista 1990-luvulla sekä niiden merkityksestä perusterveydenhuollon työn ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön kannalta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata niitä lähtökohtia, joissa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä toteutettiin 1990-luvun lopulla.

Alustavana tutkimustehtävänä oli tulkita ja ymmärtää perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutoksia 1990-luvulla. Avointen haastattelujen jälkeen tutkimustehtävä tarkentui. Tutkimuksessa haen vastauksia kysymyksiin:

1. Mitkä ovat perusterveydenhuollon henkilöstön mukaan keskeiset 1990-luvulla perusterveydenhuollon työhön ja perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön vaikuttaneet muutostekijät?
2. Mitä nämä muutostekijät merkitsevät perusterveydenhuollon työssä ja perusterveydenhuollon mielenterveystyössä henkilöstön kannalta?

5.2.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutostekijät 1990-luvulla työntekijöiden näkökulmasta

Haastateltavat tarkastelivat tulkinnoissaan tapahtumia, jotka liittyivät muutoksiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämisessä sekä psykiatrisessa hoitokäytännössä. Lisäksi tulivat esille yhteiskunnalliset ja työntekijästä johtuvat muutokset. (Taulukko 2. s. 59.)

Erikoissairaanhoidon järjestämisessä tapahtuneet muutokset

Psykiatristen sairaansijojen väheneminen, sopimusohjausjärjestelmään siirtyminen sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kunnallistaminen tulivat esille erikoissairaanhoidon järjestämiseen liittyvinä muutoksina. **Psykiatristen sairaansijojen vähentämistä** haastatellut tulkitsivat monella tavalla: yhtäältä sairaalapaikkojen vähennykset eivät olleet vielä kunnan tasolla olleet havaittavissa tai muutoksen nähtiin tapahtuneen hallitusti. Toisaalta kuvattiin erilaisia seurannaisongelmia, kuten vaikeuksia löytää potilaalle tarvittava sairaalapaikka.

SH 6: ...kun on koettu akuutti tarve, kyllä se paikka on yleensä aika hyvin löytynyt. Nyt on sekin puoli parantunut, että saa nopeemmin hoitoon, vaikka niitä paikkoja ei oo...

TH 11: ...meillä ei oo ollut valmiuksia ottaa näitä asiakkaita vastaan, koska meillä ei oo ollut yhtään enempää resursseja eikä meillä oo...ollut koulutusta enempää, meillä ei oo yhtään voimavaroja enempää suunnattu tähän.

Sopimusohjausjärjestelmään siirtymisen erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämisessä katsottiin osaltaan merkinneen perusterveydenhuollossa entistä suurempaa kustannustietoisuutta. Vastuun terveydenhuollon taloudesta katsottiin nyt koskevan myös "tavallista" työntekijää. Lisääntynyttä kustannustietoisuutta ei pidetty pelkästään negatiivisena asiana; työntekijät pohtivat kriittisesti myös, mitä etua siitä oli ollut. Äärimmillään perusterveydenhuollon työntekijät olivat syyllistyneet tilanteessa, joissa potilasta ei kyetty avohoidossa auttamaan ja hänet oli lähetettävä sairaalahoitoon.

TH 1: ...ollaan hirveen kriittisiä, koska sairaalapaikat maksaa, aina pitäis vaan pitää täällä kentällä ja se on mielenterveyspuolella...tietty valtava syyllistäminen tullut tänne kentän työntekijöille...et jos mielenterveyspotilaan "päästää" sairaalaan, niin se on niin kuin meidän epäonnistuminen.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kunnallistaminen oli yksi perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön 1990-luvulla heijastuneista muutoksista. Mielenterveystoimiston kunnallistamisen katsottiin parantaneen mielenterveyspalveluiden saatavuutta sekä madaltaneen avun hakemisen kynnyksiä niin potilaiden kuin henkilöstönkin näkökulmasta. Perusterveydenhuollon ja mielenterveystoimiston yhteistyön arvioitiin helpottuneen, lisääntyneen ja parantuneen kunnallistamisen myötä. Mielenterveystoimiston tarjoamia konsultaatioita sekä muuta sieltä saatua apua ja tukea pidettiin perusterveydenhuollon mielenterveystyön kannalta yhtenä keskeisenä muutoksena. Omassa kunnassa olevan mielenterveystoimiston katsottiin kompensoineen erikoissairaanhoidon supistuksia, jolloin mielenterveyspalveluiden saannin esitettiin kunnassa parantuneen.

L 3: Meillä on minun mielestäni erittäin hyvin toimiva mielenterveysyksikkö, joka on meidän kumppani, joka on tullut avuksi. ...minun kohdallani ainakin se on se, joka on niin paljon auttanut tässä siirtymävaiheessa.

Kunnallistamisen myötä tiedonkulun mielenterveystoimiston suuntaan arvioitiin parantuneen. Mielenterveystoimiston ja perusterveydenhuollon työntekijät myös tapasivat toisiaan yhteisissä neuvotteluissa, mitä ei ennen kunnallistamista ollut tapahtunut.

Perusterveydenhuollon järjestämisessä tapahtuneet muutokset

Siirtymistä väestö- tai aluevastuujärjestelmään pidettiin yhtenä perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön heijastuneena muutostekijänä. Väestö- tai aluevastuussa nähtiin sekä mielenterveystyötä edistäviä tai tukevia että sitä haittaavia puolia. Väestövastuu nähtiin mielenterveystyön kannalta mahdollisuutena.

SH 4: ...tää alueellinen hoito, omahoitaja-omalääkäri-järjestelmä on tehnyt mahdolliseksi hoitaa mielenterveysongelmaisia. Eli että on saanut tämmösen kontaktin.

Väestövastuun etuna nähtiin mahdollisuus tuttuihin ja turvallisiin lääkäri-potilas ja hoitaja-potilassuhteisiin. Kun hoitavat ja hoidettavat tuntevat toisensa, voidaan asioita hoitaa joustavasti myös puhelimitse. Omalääkärijärjestelmällä oli haastateltujen mukaan merkitystä myös hoitoon hakeutumisen kulttuurin kannalta. Sekä työntekijöille että asiakkaille väestövastuun katsottiin merkitsevän hoidon jatkuvuutta ja yhteistyön selkiytymistä. Asiakkaan kannalta se merkitsee sitä, että hän rohkenee ottaa esille kipeätkin asiat voidessaan luottaa siihen, että seuraavalla kerralla tapaa saman työntekijän. Jatkuvuuden nähtiin myös vahvistavan työntekijän vastuuta asiakkaasta.

L 3: On selvästi tullut vastaan tällaisia tapauksia, että kun potilaalle on määritelty se oma lääkäri, niin sitten hän vasta uskaltaa ottaa ne asiat puheeksi. Se on... luottamuksen osoitus sille lääkärille päin, että uskalletaan ottaa esille semmoisia asioita, jotka on ollut monta vuotta taustalla, mutta joista ei oo puhuttu, kun ei oo luotettu, että pysyykö tämä lääkäri yhtään ja voiko tulla toista kertaa jatkamaan siitä aiheesta.

SH 1: Tietää, että tämä sama asiakas tulee mulle yhä uudelleen ja uudelleen, että täytyy ottaa ...vastuu hänestä. Joskus oli helpompi aikasemmin, kun ajatteli, että tää ihminen menee joskus jollekin toiselle hoitajalle, ehkä se toinen hoitaja huomaa semmoisia asioita, mitä mä en oo huomannut tai on etevämpi jossakin sektorilla, missä mä en oo...

Väestövastuujärjestelmän haittana mielenterveystyön kannalta pidettiin velvoitetta hoitaa vastuuväestö määrättyssä aikataulussa (esimerkiksi lääkärin

vastaanottoajan antaminen kolmen vuorokauden sisällä yhteydenotosta). Tällöin potilaskohtaista vastaanottoajan pituutta joudutaan rajaamaan, mikä nähtiin mielenterveysasiakkaan hoitamista rajoittavana tekijänä.

L 5: ...ristiriita on liian räikee tavallisen vastaanoton seassa, ...suurin osa kokee vähän sellasta, että aha, nyt tulee taas se mielenterveyspotilas, jollekka äkkiä se aika, joka pitäis olla 20 minuuttia, venähtää tunniks. Sitä ei hentoisi laittaa pois täältä siinä 20 minuutissa. ...onhan muutenkin tapaamisaika hyvin lyhyt, että kenellä tahansa ihmisellä on joku arkaluontoinen asia...että sä johonkin tutustut viidessä minuutissa sillai, että sä uskallat siitä kertoa, niin se on aika nopea rytmi.

Väestövastuujärjestelmässä potilaan hoidosta vastaavat nimetty omalääkäri ja hoitotiimi. Potilas voi anomuksesta vaihtaa omalääkäriä. Tähän liittyvät henkilöiden väliset yhteistyövaikeudet mainittiin väestövastuujärjestelmän ongelmina.

Psykiatrisen hoitokäytännön muutokset

Psykiatrisen hoitokäytäntöjen muuttumisesta 1980- ja 1990-luvuilla ja muutosten heijastumisesta perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön tuli esille avohoitopainotteisuuden lisääntyminen ja uusien hoitomahdollisuuksien tarjoutuminen entisille psykiatristen sairaaloiden potilaille sekä muutokset psykiatrisessa lääkeshoidossa.

Masennuksen hoitoon käytettävien lääkkeiden käytön lisääntyminen oli näkynyt perusterveydenhuollon eri ammattiryhmien työssä. Kehittyntä lääkehoitoa sekä kiiteltiin että kritisoitiin - kritiikki kohdistui yksipuolisesti lääkehoitopainotteiseen hoitomalliin ja sen taustalla olevaan terveystieteeseen.

L 5: ...että ihmiselle vaan annetaan lääkettä ja siitä saadaan taas ne tehot ulos, että on epänormaalia että ei jaksa, mutta kun sille annetaan lääkettä, se voi mennä taas takaisin sinne työpaikkaan. ...ainakin lääkäreitten kohdalta jää vähän liian yksipuoliseksi.

Yhteiskunnalliset muutokset

Yhteiskunnalliset muutokset, jotka liittyvät työelämään, elämäntapaan sekä arvoihin ja asenteisiin, olivat haastateltujen mukaan heijastuneet perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön.

Työelämän muutoksista 1990-luvulla haastateltavat toivat esille työttömyyden, työn epätasaisen jakautumisen ihmisten ja alueiden välillä, työtahdin kiristymisen ja tulospainotteisuuden sekä työsuhteiden katkomisen lyhyisiin määräaikaisiin jaksoihin. Haastatellut katsoivat, että näillä muutoksilla on yhteyttä mielenterveyden ja päihdeongelmien lisääntymiseen. Erilaisten

sopeutumisongelmien nähtiin kytkeytyvän työttömyydestä johtuvaan muuttoliikkeeseen, kun työn vuoksi paikkakuntaa on vaihdettava yhä uudelleen.

TH 9: Ei ihmiset noin vaan jaksa monta kertaa kertoa samoja tarinoita tai ottaa yhteyttä, kun aina on eri naama. Ja samaten työntekijä, niin ei hänkään varmaan sitoudu...kun mulla kahden kuukauden päästä tää työsopimus kuiteskin loppuu, tää jää tähän.

TH 5: ...meille on alkanut muuttaa paljon perheitä, jotka kiertää. ...nyt muuttaa paljon semmoisia työttömiä, sairaita, eronneita, löydetään uus kaveri ja tullaan sit tänne, asetutaan ja sit taas...lähdetään.

Työllisten mielenterveyttä uhkaavina ongelmina haastatellut pitivät liian suurta työmäärää ja kiristynyttä työtahtia. Työttömien mielenterveyttä uhkaavat toimettomuus ja arvottomuuden tunne. Uutena avun tarvitsijoiden ryhmänä ovat perusterveydenhuollon mielenterveystyössä näkyneet 1990-luvun lopun nousukaudella loppuunpalaneet työntekijät.

TH 7: Entistä pienemmällä porukalla tehdään se sama työ...Ei oteta uutta toisen tilalle, jos lähtee pois, sijaisia ei käytetä, jokaisen työalue on muuttunut. ...On niitä, joilla on ollut koko ajan töitä ja niitä, kenellä ei oo ollenkaan töitä, vaikka tekemätöntä työtä ois kuinka paljon.

Haastateltujen esille tuomat **elämäntapaan** liittyvät muutokset koskivat ihmisten verkostoja, perhekeskeisyyttä, kasvatusvastuuta ja elämänrytmiä. Näillä muutoksilla katsottiin olevan merkitystä yksilöiden ja perheiden mielenterveyden kannalta. Esimerkiksi kaupungistumisen, perheiden pienenemisen ja hajoamisen sekä ammattirakenteen muutosten katsottiin olevan yhteydessä mielenterveyden ongelmien lisääntymiseen. Työ tehdään nykyisin entistä useammin kodin ulkopuolella. Sukupolvet elävät erillään toisistaan eivätkä samassa taloudessa, kuten entisaikaan. Näiden muutosten nähtiin vaikuttaneen siihen, että perheiltä puuttuu tukiverkostoja ja hoito- ja hoivavastuu on siirtynyt perheiltä yhteiskunnalle. Myöskään tieto kasvatukseen liittyvistä asioista ei voi siirtyä sukupolvien välisessä ketjussa.

Myös päihteiden käyttöön liittyvän kulttuurin katsottiin muuttuneen. Muutos on näkynyt päihteiden lisääntyvänä käyttönä kodeissa. Vanhempien tiedettiin myös ostavan päihteitä lapsilleen. Päihteiden käytön lisääntyminen kytkettiin työelämän muutoksiin, kuten työsuhteiden lyhytaikaisuuteen ja määräaikaisuuteen sekä toistuviin muutoihin paikkakunnalta toiselle.

TH 5: Se (työsuhteiden määräaikaisuus/H) vaikuttaa siihen perheeseen eikä ne pysty rakentaa sillä lailla, että ne säästäis jotain, ne alkais vakiintuun ja hankkiin asunnon, jolloin se raha menis siihen. ...mun mielestä alkoholi on tullut pöytään kotiin ihan eri tavalla, mitä se oli 1980- ja 1990-luvulla. ...mä luulen, että -80-luvulla, kun vanhemmat juhli, ne meni sitten muualle. Lapset vietiin mummolaan, mutta nyt ne on siellä kotona.

1990-luvulla **arvoissa ja asenteissa tapahtuneita muutoksia** pidettiin mielenterveystyön näkökulmasta yhtäältä myönteisinä: mielenterveysasioihin liittyvien asenteiden arvioitiin muuttuneen entistä sallivammiksi ja myönteisemmiksi - ihmiset hakevat apua ongelmiinsa entistä rohkeammin. Toisaalta haastatellut katsoivat, että yleinen arvomaailma on koventunut.

SH 3: Pehmeet arvot on tavallaan jääneet toissijaisiksi. ...julkisen keskustelu ei oo niinkään suosinut just esimerkiksi vanhusten ja mielenterveyspotilaiden asioita. ...ennemminkin muut asiat.

Yksilöön kohdistuvien vaatimusten lisääntyminen, tietotekniikan nopea kehitys sekä tehokkuuden ja nuoruuden ihannointi nähtiin sellaisina ulkoisina tekijöinä, joiden katsottiin olevan yhteydessä erilaisten mielenterveyden ongelmien, kuten loppuun palamisen ja masentuneisuuden lisääntymiseen ja itsemurhiin. Perusterveydenhuollon työntekijät olivat kokeneet näitä ilmiöitä yhtä hyvin omassa elämässään kuin asiakkaidensa ongelmia kohdatessaan.

L 5: ...Rupée ropisemaan niitä ihmisiä, jotka ei enää jaksa. Nyt on tällöinen hirvee buumi, että koko ajan kiivetä ylöspäin se koko nuoruusikänsä johonkin tuntemattomille ensipalkinnoille ja sitten on kauhee järkytys keski-ikässä, että ei ookaan mikään valtavan suuri ihminen, että pitää ruveta kapuamaan kohti sitä vanhuutta eikä sitä vanhuuttakaan sai olla...

Myös perusterveydenhuollon asiakkuudessa arvioitiin tapahtuneen muutoksia: asiakkaat ovat entistä useammin mielenterveys- tai päihdeongelmaisia sekä moniongelmaisia; toisaalta asiakkaiden vaatimustaso hoidon suhteen on noussut.

TH 2: Kun on psykologilla käynyt, kun on puheterapeutilla käynyt, ihmiset ajattelee kriittisemmin, että onko siitä ollut apua ja oisko joku toinen ihminen pystynyt auttamaan paremmin.

Muut muutokset

Yksi perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutostekijöistä liittyy **perusterveydenhuollon työntekijään**. Perusterveydenhuollon työn arvioitiin muuttuneen 1990-luvulla kokonaisvaltaisempaan, asiakaslähtöisempään, voimavarasuuntautuneeseen ja asiakkaan kanssa yhdessä tekemistä korostavaan suuntaan. Muutoksen taustalla haastatellut näkivät terveydenhuollon koulutuksen yleisen kehityksen ja erityisesti hoitotieteen opetuksen. Hoitotieteen nähtiin vahvistaneen hoitajien ammatti-identiteettiä ja itsenäistä asemaa. Työntekijät olivat huomanneet omien asenteidensa muuttuneen entistä sallivammiksi. Haastateltavat arvioivat myös, että elämän- ja työkokemus ovat parantaneet omaa ammattitaitoa mielenterveysasioissa.

TH 2: Kai sitä itekkin muuttuu, että huomaa asioita enemmän ja uskaltaa niihin puuttua, uskaltaa vähän kysellä niitä asioita...ei tarvi aina puhua, niin kuin on

joskus sovittu jostakin tarkastuksesta, että sen sisältö on tämmönen... että uskaltaa... antaa keskustelun mennä sen asiakkaan tarpeista... enemmän.

5.2.2 Muutosten merkitys perusterveydenhuollon työn ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön kannalta

1990-luvulla tapahtuneiden muutosten merkitystä haastateltavat tarkastelivat sekä oman työnsä että koko perusterveydenhuollon työn kautta. Kuten edellä on esitetty, ei voida puhua yhdestä muutoksesta; samanaikaisesti on ollut meneillään monenlaisia ja monetasoisia muutoksia. Tästä syystä on mahdotonta myöskään erottaa, miten jokin tietty muutostekijä ja siihen liittyvät merkitykset liittyvät toisiinsa. Haastatteluissa nämä "merkitykset" tulivatkin esille ikään kuin kaiken tapahtuneen summana.

Perusterveydenhuollon työhön 1990-luvun muutosten katsottiin tuoneen mukanaan uusia piirteitä. Työn arvioitiin muuttuneen entistä suunnitellummaksi. 2000-luvulla perusterveydenhuollon työhön katsottiin sisältyvän runsaasti myös muuta kuin välitöntä asiakastyötä, esimerkiksi erilaisia kehittämisprojekteja. Tämä oli osaltaan vähentänyt välittömään asiakastyöhön käytettävissä olevaa aikaa. Ajankäyttöä pidettiin entistä tehokkaampana ja valvotumpana; samalla perusterveydenhuollon työn nähtiin muuttuneen entistä kiireisemmäksi ja yksinäisemmäksi. Taustalta löytyi kireitä aikatauluja, muuttuneita työjärjestelyjä sekä tietotekniikan lisääntyvää käyttöä. Myös tiimien välisen avunannon arvioitiin vähentyneen.

TH 1: ...tää (tietokone/H) antaa meille paljon, mutta meillä ei oo koskaan missään laskettu, miten paljon se vie meidän työajasta, siitä ajasta, mitä me ennen juteltiin, nyt me naputellaan koneella, pistetään yksinämme sinne se asia, toinen saattaa lukee sen, kun me ennen puhuttiin tossa keskenämme.

1990-luvun laman jälkeiset perusterveydenhuollon menojen säästöt ja entistä tiukempi taloudellinen suunnittelu näytti tuoneen perusterveydenhuollon työhön voimakkaan **taloudellisuusajattelun** ja **kustannustietoisuuden**. Kustannussäästöt olivat joissakin kunnissa johtaneet henkilöstösupistuksiin, minkä työntekijät olivat kokeneet henkilökohtaisen vastuun lisääntymisenä. Tästä syystä työntekijät saattoivat tulla työhön ollessaan itse sairaita. Tehokkuusvaatimusten ja kiireen työntekijät kokivat aiheuttavan stressiä, ahdistusta ja uupumista. Samalla työtavan katsottiin muuttuneen suorituspainotteiseksi ja liukuhihnamaiseksi.

TH 5: Työssä on aina kiire. Kun asiakas lähtee multa koulullakin, siellä mulla on aina jono...mä joudun koko ajan enemmänkin työntään pois, että nyt tää asia on loppu ja ottaan sen semmosen pinta-asian, että mikä nyt on vaan tämän hetkinen akuuttitilanne ja se käsitellään ja sitten pois ja taas uus tilanne. ...Jokaiselle on se oma potti, mikä pitää tehdä, ei pysty oleen töistä pois...Jos on...muutaman päivän, niin se on taas edessä kuitenkin. Ne on kurottava kaikki ajantilaukset, itse peruu kotona ja sitten taas antaa ne uudestaan.

Kustannussäästöjen ohella avun tarvitsijoiden määrän lisääntyminen oli tiukentanut avunsaannin kriteereitä: entistä tarkemmin harkitaan, kenelle voidaan tarjota esim. kotisairaanhoidon palveluja. Tämä oli haastateltavien mukaan muuttanut priorisointia ja kiristänyt ilmapiiriä työpaikalla.

TH 9: Se (raha/H) näyttölee kyllä semmosta isoo asiaa asiakkaidenkin kohdalla. Niillä on semmonen tunne, että nyt kun on rahasta kaikki kiinni, niin asioita ei enää käsitellä... ihan... tarpeen mukaan.

Hoitokäytäntöjen muutosten ja erikoissairaanhoidon supistusten seurauksena **terveydenhuollon porrastuksen** arvioitiin muuttuneen. Siten perusterveydenhuollon piiriin katsottiin siirtyneen runsaasti entisiä erikoissairaanhoidon potilaita; myös muita kuin mielenterveyden ongelmista kärsiviä. Kaikki tämä oli lisännyt työmäärää, työn laaja-alaisuutta ja perusterveydenhuollon vastuuta. Samalla myös asiakkaiden vastuun omasta hoidostaan nähtiin lisääntyneen. Työn monipuolistumista pidettiin myönteisenä, työn mielekkyyttä lisäävänä tekijänä. Uusi tilanne oli antanut perusterveydenhuollon henkilöstölle mahdollisuuden kehittyä ja huomata, että se pystyy vastaamaan uusiin haasteisiin.

L 7: Että me ei lähetetä jokaista vähänkin akuuttia taudin huononemisivaihetta keskussairaalaan tai aluesairaalaan, kun ne voidaan hoitaa täällä. On huomattu, että me pystytään ja ja osataan.

TH 6: Se ei oo enää niin temppukohtaista tää työ, että ne lääkkeet jaetaan ja sillä hyvä, et joku muu sit kuitenkin arvioi ne lääkkeen sopivuudet ja muut ja...joku muu havainnoi oireet ja tekee diagnoosit ja suunnittelee hoidot.

Mielenterveystyö ja sen toteuttaminen perusterveydenhuollon keinoin ja resurssein 2000-luvun alun tilanteessa koettiin myös **ongelmallisena** ja **ristiriitaisena**. Mielenterveystyön tekemiseen tarvitaan runsaasti aikaa; toisaalta työmäärän lisääntymisen vuoksi työntekijöiden ajankäyttö oli entistä rajallisempaa. Työntekijät tunnistivat asiakkaidensa mielenterveyteen liittyviä avuntarpeita, mutta monista syistä eivät voineet itse vastata näihin tarpeisiin tai välittää asiakkaalleen asianmukaista apua. Jotkut haastatelluista olivat hankkineet mielenterveystyöhön lisäkoulutusta, mutta näkivät, että heillä ei ollut mahdollisuutta käyttää osaamistaan työssään. Toisaalta myös mielenterveyden ongelmat herättivät työntekijöissä avuttomuuden ja voimattomuuden tunteita. Oma työ arvioitiin myös entistä kuormittavammaksi.

L 7: Jos nyt jonkun pillerireseptin kirjoittaa jollekin potilaalle, jonka elämäntilanne on täysin pielessä, tuntee ittensä voimattomaksi. Niin, se omien voimien rajallisuus tuntuu selvemmin nykyään..

PH 3: Entistä enemmän on niitä, jotka tarvii sekä näitä meidän, että kotipalvelun palveluita...se on sitten ajallisesti niin lyhyt hetki, mitä siellä voi olla. Se on niin kuin tuli ja leimaus, että siellä ei asiat paljon tuu esille. Koska ne on just

semmosia asioita, että...siellä pitäis olla aikaa istua ja vähän jutella ja ne asiat tulee sitten jutun välistä.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön lisääntymisen katsottiin **muuttaneen työntekijöiden osaamisvaatimuksia**. Työntekijät kaipasivat työnsä tueksi työnohjausta. Koulutustarpeen lisääntymisestä eri ammattiryhmien edustajat kertoivat seuraavasti:

SH 7: Semmosta osaamista vaaditaan nyt meiltä, mitä meillä ei oo välttämättä koulutuksessa ollut paljon...et suurempaa osaamista täytytys olla.

L 2: ...tarvittas enemmän tietotaitoo tällä puolella. On vähän eri asia kohdata baby-bluesia kuin...vanhuuden yksinäisyyttä. Siinä tulee tää kirjo vähän isoks.

5.2.3 Yhteenveto

Perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön ovat 1990-luvulla heijastuneet lukuisat erilaiset muutostekijät (Taulukko 2.). Nämä muutostekijät liittyvät terveydenhuollon palvelujärjestelmiin sekä niiden organisointiin ja rahoitukseen. Tällaisia muutoksia olivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämisessä tapahtuneet muutokset, kuten psykiatristen sairaansijojen vähentäminen, sopimusohjausjärjestelmään siirtyminen, mielenterveyspalveluiden kunnallistaminen sekä siirtyminen väestö- tai aluevastuujärjestelmään. Yhdeksi keskeiseksi muutostekijäksi osoittautuivat monenlaiset ja monentasoiset yhteiskunnalliset tapahtumat: työelämän, elämäntavan sekä arvojen ja asenteiden muutokset. Myös perusterveydenhuollon työntekijä itse on tämän tutkimuksen mukaan yksi muutostekijä.

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön 1990-luvulla heijastuneet muutostekijät

MUUTOKSET PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖSSÄ	
MUUTOKSET PALVELU- JÄRJESTELMÄSSÄ Erikoissairaanhoidon Perusterveydenhuollon järjestämisessä tapahtuneet muutokset	MUUTOKSET PSYKIATRISISSA HOITOKÄYTÄNNÖSSÄ Avohoitokeskeisyys Uudet hoitomahdollisuudet Muutokset lääkehoidossa
YHTEISKUNNALLISET MUUTOKSET Työelämän Elämäntavan Arvojen ja asenteiden muutokset	MUUT MUUTOKSET Muutokset perusterveydenhuollon työntekijässä

5.3 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät, mahdollisuudet ja esteet

Alustavana tutkimustehtävänä oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävistä ja sisällöstä. Avointen haastattelujen jälkeen tutkimustehtäväksi tarkentui perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävien, voimavarojen ja esteiden kuvaaminen ja analysointi. Haastatteluteemoiksi muodostuivat:

- Perusterveydenhuollon ydintehtävä mielenterveystyössä
- Mielenterveystyön muut toimintamuodot perusterveydenhuollossa ja
- Perusterveydenhuollon voimavarat, mahdollisuudet ja haasteet mielenterveystyössä

5.3.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät

Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä haastatellut määrittelivät kuvaamalla yhtäältä perusterveydenhuollon mielenterveystyön sisältöä, tavoitteita ja toteutusta laajasti yleisellä tasolla sekä toisaalta määrittelemällä perusterveydenhuollon mielenterveystyön toimintamuotoja. Haastatellut tarkastelivat perusterveydenhuollon mielenterveystyötä oman työnsä ja tehtävänsä näkökulmasta.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtäviksi nimettiin ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä potilaiden jatkohoitoon ohjaaminen (Kuvio 3. s. 69). Näitä ydintehtäviä perusterveydenhuolto toteuttaa yhteistyössä useiden tahojen kanssa. Tärkeimpänä ja omimpana tehtävänä mielenterveystyön alueella pidettiin ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä, joka kuitenkin oli joillekin haastatelluista käsitteenä vieras. Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön erottamista hoitavasta mielenterveystyöstä ei myöskään pidetty mahdollisena.

Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön ajateltiin olevan asiakkaan kokonaistilanteen huomioimista ja kokonaisvaltaista tukemista elämänkaaren eri vaiheissa. Sen erityisinä muotoina mainittiin esimerkiksi neuvolatyö ja työterveyshuolto.

SH 1: ...sitä jatkuvuutta, kokonaisuutta. Kyllä täytyy huolehtia siitä, että on mahdollisuus saada lämmintä ateriaa ja paikka missä asua. Tai että ois kiinnekohtia elämään, harrastuksia ja ystäviä. Niihinkin voi vaikuttaa.

L 3: Se liittyy meidän neuvolatyöhön, lastenneuvolaan, kouluterveydenhuoltoon,...vanhusneuvolaan...työterveyshuoltoon...se liittyy siihen terveiden ihmisten kohtaamiseen ja siellä jo sen mielenterveysasian näkemiseen.

Neuvolan toiminnassa ennaltaehkäisevä työ merkitsee monimuotoista seuranta- ja opastusta ja neuvontaa sekä asennekasvatusta. Työterveyshuollossa ennaltaehkäisevä mielenterveystyö toteutuu mm. työkyvyn arviointien, seulontojen ja työpaikkatarkastusten avulla. Se on mukana myös päivittäisessä sairausvastaanotto-toiminnassa. Kriisityötä joko osana terveyskeskuksen toimintaa tai kriisiryhmän kautta, jossa perusterveydenhuollon työntekijät ovat osallisina, pidettiin perusterveydenhuollon mielenterveystyön yhtenä osana. Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön luonteeseen perusterveydenhuollossa katsottiin kuuluvan työntekijän aktiivisuus. Myös potilaan omaisten kanssa tehtävä työ ymmärrettiin ennaltaehkäisevänä mielenterveystyönä.

SH 6: ...kun on näitä terminaalivaiheessa olevia...mehän joudutaan olemaan hirveen paljon omaisten tukena. Sekin on mielenterveystyötä.

L 3: ...mun kuuluu mennä sinne ensikädessä eikä odottaa, että hän itse ymmärtää mennä hoitoon...mun tehtävä on tarjoutua potilaan avuksi, koska mä tiedän kuitenkin hoitosysteemin, mä tiedän hoitotahot, joita on käytettävissä...

Mielenterveysongelmien tunnistamista ja niistä kärsivien potilaiden hoitoa pidettiin perusterveydenhuollon mielenterveystyön keskeisinä tehtävinä. Erityisesti mielenterveyteen liittyvien ongelmien tunnistamista painotettiin.

L 2. ... tulis tunnistaa ajoissa ne riskiryhmät ja ne pitäis saada hoidon piiriin ja seurantaan. Ehkä se tunnistaminen on se ydintehtävä. ... jos haavaa ompelee ja ihmisellä on erikoisia tarinoita, niin täytyy pyytää häntä uudelleen vastaanotolle ja keskustella. ... tunnistaminen on se kaikista tärkein.

SH 7: ...että me osattais kuunnella sitä ihmistä niin, että me aistittais sieltä jotain muutakin hätää kuin se fyysinen hätä. Se ei aina välttämättä tuo sitä esille taikka ehkä itekkään ei tiedosta sitä, että mulla on nyt muunkinlainen hätä kuin mitä mä sulle nyt esitän...meillä pitäis olla vaistoo ja rohkeutta tehdä muunkinlaisia kysymyksiä ihmisille kuin vaan sitä, että sattuuks tai eiks se lääke sopinut tai minkäslainen laastari tänään laitetaan...Olla tämmösenä seulana kaiken muun työn ohessa.

Perusterveydenhuollossa katsottiin voitavan toteuttaa lievien mielenterveyden häiriöiden hoito ja seuranta erityisesti silloin, kun potilas tarvitsee jatkohoitoa esim. sairaalahoidon jälkeen. Varsinkin pitkäaikaisista psykiatrisista häiriöistä kärsiviä, kuten skitsofreniapotilaita ajateltiin voitavan hoitaa perusterveydenhuollossa. Esimerkiksi masentuneiden sekä neurooseista, unihäiriöistä ja paniikkihäiriöistä kärsivien potilaiden hoidon nähtiin kuuluvan perusterveydenhuoltoon.

L 4: ...perusterveydenhuollon tehtävä on myös hoitaa. Ei voida kaikkia lähettää psykiatrille.

Mielenterveysongelmista kärsivien ohjaaminen jatkohoitoon, tavallisesti erikoissairaanhoidon piiriin, nähtiin yhdeksi keskeisistä perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävistä.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtäviin liittyviksi tavoitteiksi haastatellut määrittivät väestön hyvinvoinnin, omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttämisen sekä yleisten elinolosuhteiden kehittämisen. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön ajateltiin kohdistuvan koko väestöön riippumatta siitä, onko henkilöllä mielenterveyden häiriö vai ei. Mielenterveystyön nähtiin kuuluvan olennaisena osana perusterveydenhuollon jokapäiväiseen työhön. Usein sen kuvattiin olevan mukana työssä ikään kuin punaisena lankana, jolloin mielenterveystyö on kietoutunut potilaan kokonaisuhoitoon. Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon sekä hänen somaattisten ongelmiansa hyvän hoidon ajateltiin olevan perusterveydenhuollon mielenterveystyötä parhaimmillaan. Mielenterveystyö on mukana jokaisessa potilaskontaktissa alkaen ensimmäisestä puhelinkeskustelusta, kun asiakas varaa aikaa äitiysneuvolaan jatkuen äitiys- ja lastenneuvolakäynneillä sekä kouluterveydenhuollon ja aikuisvastaanottojen tapaamisissa.

TH 11:...he saattaa tulla verenpaineen mittaukselle ja siinä he puhuu, että omainen on kuollut eilen tai jotain muuta...monet vanhukset asuu tosi puutteellisesti, että niillä ei oo peseytymismahdollisuuksia...että saa ruokaa ja pystyy peseytymään.

TH 2:...Joka kontakti ihmiseen on mielenterveystyötä...kuinka heitä kohdellaan ja heidät otetaan tosissaan ja kuinka heille annetaan aikaa. Se lähtee siitä ensimmäisestä puhelinkeskustelusta...yritän pitää semmosta matalaa profiilia, että mä...en istu täällä korkeella...

5.3.2 Perusterveydenhuollon yhteistyökumppanit mielenterveystyössä

Luonteenomaista perusterveydenhuollon mielenterveystyölle on, että perusterveydenhuollon työntekijät toteuttavat sitä verkostoissa, yhdessä useiden tahojen kanssa. Yhteistyötä pidettiin välttämättömänä mielenterveyden ongelmien luonteen vuoksi. Yhteistyötahoja löytyi omasta moniammatillisesta tiimistä ja terveyskeskuksen erityistyöntekijöistä (esim. psykologi). Ulkopuolisiksi yhteistyökumppaneiksi mielenterveystyössä mainittiin mielenterveystoimisto, psykiatrinen sairaala, kotipalvelu, päivähoito, seurakunta, päihdeyksikkö, kasvatus- ja perheneuvola ja poliisi. Eri ammattiryhmillä oli erilaisia yhteistyökanavia. Terveystenhoitajilla oli runsaasti yhteistyötahoja; he tekivät paljon yhteistyötä mm. kotipalvelun työntekijöiden kanssa. Kouluterveydenhoitajat toimivat oppilashuoltotyöryhmissä. Lääkärit konsultoivat mielenterveystoimiston tai psykiatrisen sairaalan työntekijöitä. Poliisit ja sairaankuljettajat olivat poliklinikan sairaanhoitajalle ja terveyskeskuksen työpsykologi työterveyshoitajalle tärkeitä yhteistyökumppaneita. Perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön ajateltiin kuuluvan sellaisiakin yhteistyön muotoja, jotka eivät ole varsinaista

terveydenhoitoa. Tällainen mielenterveystyön muoto oli osallistuminen monialaisiin projekteihin.

L 3: mielenterveystyö...on tosi laajasti... muuta kuin lääkärin työtä. Se on sitä kun ollaan yhteistyökumppaneiden kanssa tekemisissä...terveyden edistämisen työryhmät...siellä on liikuntatoimi, sosiaalitoimi, koulutoimi. Se on yleisempi asia koko kunnan alueella, kun puhutaan terveyden edistämisestä, niin siellä on mielenterveystyö mukana.

5.3.3 Perusterveydenhuollon voimavarat mielenterveystyössä

Perusterveydenhuollon voimavarat mielenterveystyössä liittyvät perusterveydenhuollon palvelujärjestelmään, väestövastuujärjestelmään, perusterveydenhuollon työntekijöihin sekä väestön ja työntekijöiden väliseen suhteeseen.

Perusterveydenhuollon palvelujärjestelmässä on piirteitä, joita haastateltavat pitivät perusterveydenhuollon voimavaroina mielenterveystyössä. Kysymystä tarkasteltiin väestön, perusterveydenhuollon järjestelmän ja henkilöstön kannalta. Perusterveydenhuollon nähtiin **saavuttavan väestön** hyvin ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa. Tämän ajateltiin mahdollistavan palveluiden jatkuvuuden sekä saumattomien hoitoketjujen muodostumisen. Haastateltujen mukaan eri ikäryhmille on tarjolla monipuolisia perusterveydenhuollon palveluita joustavasti: palveluiden saatavilla oloa pidettiin väestön kannalta tärkeänä perusterveydenhuollon voimavarana. **Väestön ja sen elinolosuhteiden tunteminen** nähtiin yhdeksi keskeiseksi voimavaraksi perusterveydenhuollossa.

TH 11: Se (väestövastuu/H) mahdollistaa aika paljon sen takia, että yleensä tää terveydenhoitaja tuntee tän alueen, sen asukkaat, niiden elinolosuhteet, verkostot, niiden omat tukiryhmät ja tää on semmonen saatavilla oleva henkilö, johon voi helposti ottaa yhteyttä monissa asioissa.

Palveluiden maksuttomuutta tai alhaisia potilasmaksuja pidettiin väestön kannalta yhtenä perusterveydenhuollon etuna. Haastateltujen mukaan potilaiden on helppo kääntyä perusterveydenhuollon työntekijöiden puoleen myös mielenterveyteen liittyvissä asioissa ilman leimautumista - matalaa kynnystä pidettiin yhtenä tärkeimmistä perusterveydenhuollon eduista.

SH 7: ...ihmisten on helppo tulla. Kukaan ei tiedä, kun sä astut sisälle, että mistä sä meet. Mut silloin, jos tiedetään jo, kun sä meet psykiatriselle puolelle, sieltä ovesta sisään, niin jokainen tietää, minkä takia sinne mennään.

L 4: ...jos ajatellaan vaikka masennusta, että potilaalla voi olla iso kynnys, että se on tämmöstä ja pitäis mennä psykiatrilille. Vaan että sen voi siinä samalla kun muutkin asiat, se hoituu siinä samalla. Työntekijöiden on myös helpompi tunnistaa mielenterveyttä uhkaavat tilanteet tutussa väestössä...Ihmiset on niin

sellasia, että ne voi tulla sanomaan, että mua väsyttää tai mulla on flunssa, mutta ne ei tuu sanomaan, että mulla on joku kuollut lähipiirissä.

Väestövastuujärjestelmä nähtiin yleisenä voimavarana perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Siitä yksilöitiin lisäksi erityisiä piirteitä mielenterveystyön voimavaroiksi. Väestövastuussa kaikki perusterveydenhuollon työntekijät "joutuvat" hoitamaan myös mielenterveysasiakkaita. Potilailla ei ole entiseen tapaan mahdollisuutta valita hoitavia henkilöitä. Tällöin mielenterveystyö, jota haastatellut pitivät aikaa vievänä ja raskaana jakautuu tasaisesti koko perusterveydenhuollon henkilöstön kesken. Eräät näkivät, että mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kohtaaminen ja hoitaminen pakottaa tarkastelemaan omia asenteita. Pitkällä tähtäimellä tämän ajateltiin voivan myös lieventää mielenterveysongelmiin liittyviä asenteita sekä siten parantaa henkilöstön ammattitaitoa.

L 3: ...kun me olemme väestövastuussa... meidän täytyy olla käytettävissä. Se on yks, joka panee tarkistamaan niitä omia asenteitamme, myöskin hakemaan sitä koulutusta ja varmuutta, että osaa kohdata niitä ongelmia...kyllä se (asenne/H) muuttuu. Sen on pakko muuttua.

Väestövastuujärjestelmään liittyvää työntekijän itsenäisyyttä pidettiin mielenterveystyön kannalta voimavarana. Työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa omaan työjärjestykseensä ja ajankäyttöön, mikä on tärkeää mielenterveystyön toteuttamisen kannalta.

Perusterveydenhuollon työntekijöistä ja heidän ominaisuuksistaan muodostuu yksi perusterveydenhuollon mielenterveystyön voimavaroista. Mielenterveystyötä toteutetaan omalla persoonalla. Eräät haastatellut pitivät perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoa monipuolisena ja hyvänä. He näkivät henkilöstön ammattitaidon riittäväksi potilaita tukevaan mielenterveystyöhön esimerkiksi keskustelun avulla. Varsinainen terapiatyö ei perusterveydenhuollon tehtäviin haastateltujen näkemysten mukaan kuulu. Mielenterveystyön erityiskoulutusta ei pidetty ehdottomana edellytyksenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä.

L 5: Kyllä mä sanoisin, että...lievissä ja normaali-ihmisen elämään liittyvissä vuoristoradoissa...kriisitilanteita elämässä, masennusjaksoja ja lastenkasvatusvaikeuksia tai ongelmia omien vanhempien hoidossa...periaatteessa niihin perusterveydenhuolto pystyy vastaamaan ja niissä ohjaamaan ja tukemaan.

Moniammatilliset työryhmät ovat perusterveydenhuollon mielenterveystyössä etu samoin kuin mahdollisuus konsultaatioon ja työnohjaukseen.

Väestön ja työntekijöiden välisessä suhteessa on piirteitä, jotka muodostavat voimavaran perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Asiakkaiden ja työntekijöiden keskinäinen tuttuus on yksi sellainen ominaispiirre. Potilaan taustan ja perhetilanteen tunteminen mahdollistaa asiakaslähtöisen auttamisen - se antaa hoitamiseen syvyyttä ja joustavuutta.

Potilaalle tuttuuden ajateltiin merkitsevän turvallisuutta. On helpompi kääntyä työntekijän puoleen arkaluontoisissakin asioissa. Asiakkaan kannalta tuttuus merkitsee myös sitä, että hän tietää, mitä voi työntekijältä odottaa.

PH 3: Kyllä sitä oppii vuosien aikana näkemään asioita ja oppii kunkin asiakkaan kohdalla siltä pohjalta kättelemään ja ottaan asioita esille, kun oppii tuntemaan ihmistä.

L 2: ...tietää, miten niihin asioihin suhtautuu, kun tietää taustoja. Eikä niitä sairauskertomuksesta koskaan kaikkea voi lukea. Tulee enemmän syvyyttä siihen hoitamiseen. Silloin on mahdollista hoitaa myös niitä psyykkisiä oireita, ei pelkästään tehdä temppuja.

SH 1: Kyllähän se potilaskin oppii tuntemaan hoitajansa ja huomaa, että se ei oo aina parhaassa terässä. Että voi sanoa anteeks, mä oon nyt väsynyt, katotaanko seuraavalla kerralla vähän tarkemmin, jutellaan näistä asioista.

Potilailta saatu palaute mainittiin perusterveydenhuollon mielenterveystyön voimavarana. Työmotivaation ja työssä jaksamisen kannalta palaute koettiin tärkeäksi.

TH 4: ...työnantajahan ei anna palautetta eikä esimiehet, mutta asiakkaat antaa. Kun meillä ollaan oikein lujilla ja takki on tyhjä, niin se sitten se, joka kantaa. ... kun välillä väsy, kaikki on lähellä burn outia ajoittain, niin sit sanotaan, että jos ei ois asiakkaiden palautetta, niin tätä ei jaksais tehdä, et sieltä se usko tulee.

5.3.4 Perusterveydenhuollon rajoitukset ja esteet mielenterveystyössä

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön esteet liittyivät perusterveydenhuollon palvelujärjestelmään ja työn pakkotahtisuuteen, henkilöstöön sekä yhteistyön ongelmiin.

Palvelujärjestelmän puutteet muodostavat yhden perusterveydenhuollon mielenterveystyön rajoitteen. Perusterveydenhuollon palveluita ei mielenterveystyön näkökulmasta aina ole riittävästi saatavilla. Mielenterveystyön arvioitiin edellyttävän työntekijältä tavallista enemmän aikaa. Jos potilasmäärät ovat suuria, vastaanottoaika ei voida aina tarjota potilaalle riittävästi. Jonotusajat voivat myös olla pitkiä tai vastaanottoaika potilaan tarpeeseen nähden lyhyt. Palveluiden saatavuuteen liittyvät epäkohdat näyttivät koskettavan erityisesti eräitä tutkimuksissa mukana olleista terveyskeskuksista.

SH 1: Ei uskalla kysyä siltä potilaalta, kun pelkää, että siitä tulee puolen tunnin, kolmen vartin jutut... seuraava potilas pitäs jo ottaa sisään.

PH 4: ...nykyään meillä menee kuukauden päähän melkein jatkuvasti ajat (lääkärin vastaanotolle/H). Eli ei oo sillai tavallaan lääkäriillä, niin kuin sillä oli

aikasemmin aikaa paneutua...ja sitä ylimääräistä aikaa ois voinu käyttää tämmöseen ennaltaehkäisevään, mutta nykyään ei voi.

Haastatellut pohtivat resurssien niukkuuden merkitystä potilaiden hoidon ja työntekijöiden kannalta. Jatkuva kiire ja suuret potilasmäärät kuormittavat työntekijöitä. Ajan puutetta ja kiirettä pidettiin myös syynä siihen, että työntekijöillä ei ollut voimia kehittää omaa työtään, vaikka se olisikin nähty tarpeelliseksi. Niukat resurssit ja niiden suuntaaminen ovat johtaneet siihen, että perusterveydenhuollon ensisijaista tehtävää ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ei kyetä toteuttamaan. Melkein kaikki haastatellut puhuivatkin ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä perusterveydenhuollon päätehtävänä olisi-muodossa. Todellisuuden katsottiin olevan toisenlainen. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö on kärsinyt resurssien puutteesta. Myös potilaiden hoidon katsottiin kärsineen ja painottuneen yksipuolisesti lääkehoitoon.

TH 1: Onko se tällä hetkellä sitä lääkkeiden määräämistä vaan, kun ei oo muuhun aikaa. Saattaa olla, että menee helposti siihen, että se resepti annetaan, kun se on nopein tapa hoitaa. Masennuslääkkeitä annetaan aika paljon ja mielialalääkkeitä, unilääkkeitä. Paniikkihäiriöpotilaita käy varmaan hyvin paljon yleislääkärin vastaanotollakin. Lääkkeillähän ne monta kertaa hoidetaan. Ei sitä, että ei ois ammattitaitoo.

TH 11: Me kohdataan päivittäin niin paljon...mielenterveysasiaa, aamusta saakka, että...se oma rajallisuuskin tulee. Joskus miettii iltapäivällä, miten pystyy enää vastaanottamaan että on jo täynnä sen päivän annos.

Perusterveydenhuolto näyttää haastateltujen mukaan tavoittavan väestön hyvin eri ikäkausina. Silti kuntalaisten joukosta löytyy eräänlaisia väliinputoajia, joita perusterveydenhuollon palvelut eivät tavoita. Näitä voivat olla aikuis- ja vanhusväestön joukossa he, jotka eivät kuulu työterveyshuollon tms. piiriin.

Perusterveydenhuollon työn **suoritepainotteisuus ja pakkotahtisuus** koettiin myös rajoitteiksi. Tästä kertoivat erityisesti lääkärihaastatellut niin väestövastuussa kuin sektoriperiaatteella toimivissa terveyskeskuksissa. Mielenterveystyö aikaan ja vuorovaikutukseen perustuvana ei tästä syystä tahdo mahtua perusterveydenhuollon työhön. Suorite ei haastateltujen mukaan ole riittävä eikä kuvaava mittari silloin, kun puhutaan mielenterveystyön laadusta. Mielenterveystyön sopivia laatumittareita ei myöskään ollut tai niitä ei käytetty.

L 3: Meidän työ on suoritteita, lyhyitä kontakteja ja rahankeruuta. Sinne ei sovi mielenterveyspotilas.

TH 12: Kyllähän se on siitä omankin jaksamisen asteesta kiinni. Jos sulla on 30. Ihminen siinä menossa, niin et sä kauheesti jaksa sille ihmiselle sanoa, että hei hetkinen, äläs mee vielä.

L 5: Tämä systeemi tavallaan sinänsä ei palkitse ollenkaan, että mitä täällä ajatellaan täällä vastaanotolla tai että tuleeko sille ihmiselle parempi olla. ... kun työn tehokkuutta mitataan, se (omaisten kanssa tehtävä työ/H) on yksin työalue, mikä ei näy missään ja mistä ei saa mitään korvausta. Ei kai se nyt oo siitä kiinni, et aina pitäis saada sitä korvausta, mut se myös stressaa lääkäreitten työtä, että yrität olla ihminen toiselle, sitä ei huomioida missään. Ei tavallaan lääkärin työssä arvosteta tarpeeksi sitä henkisyttä tai sitä mielenterveystyötä sivuvaava työtä.

Osa rajoitteista liittyy **perusterveydenhuollon työntekijöihin**. Haastateltujen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyön käytännön rajoituksia ovat puutteellinen ammattitaito ja negatiiviset asenteet. Se, että työntekijä on mielenterveystyön tärkein ja korvaamaton instrumentti, voi myös muodostua rajoitteeksi: työntekijän voimavarat ovat rajalliset.

Perusterveydenhuollossa hoidetaan nykyisin monentyypisiä potilaita, joista useat hoidettiin aikaisemmin erikoissairaanhoidossa. Tähän tarvitaan laaja-alaista ja monipuolista ammattitaitoa, jota ei välttämättä ole riittävästi esimerkiksi mielenterveystyöhön.

TH 7: Kun jokaisella on hallittavana hirveen monta aluetta, ei pysy millään kaikesta selvillä...Niitä on kuitenkin sen verran vähän niitä mielenterveysasiakkaita, että ei se pysy se tuntuma.

SH 7:...on helppo, kun potilas jo tulee jollekin kirurgille tai sisätautilääkärille taikka psykiatrilta tai silmälääkärille mutta täällä kun kaikki ihmiset tulee, sieltä pitää seuloa ne oikeet ihmiset ja ohjata ne oikeeseen paikkaan.

Asenteiden merkitystä pidettiin suurena. Mielenterveysasioihin ja mielenterveysongelmaisiin suhtautumisessa haastateltavat olivat nähneet työyhteisöissään puutteita. Myös omissa asenteissaan jotkut haastateltavat arvioivat olevan korjattavaa. Negatiivisten asenteiden taustalla ajateltiin olevan avuttomuutta, pelkoa ja terveydenhuollon ammattilaistenkin piirissä - tietämättömyyttä.

TH 6: ...kuuluu ainakin puhetyylissä ja miten arvioidaan, että tarviiko tänne tulla. Se on nyt tammönen, että ei nyt tarvi...sit semmonen vähättely, että jos on ahdistunut olo, niin se ei... jos se vuotaa verta, se on sallittua, mutta sitten kun on paha olo jostain...musta se on hoitajapuolella, koska hoitajathan siellä ajat antaa, vastaa puhelimeen ja ohjaa. Ei lääkäri estä ketään tulemasta eikä kutsumista.

PH 4: Kyllä itelläkin tulee joskus semmonen, että taas toi on täällä. Kun ne kantaa niitä Diapam- ja Oxepam-reseptejään, toiset välillä rähiseekin siinä, mä ajattelen,...että mihin mä menisin.

L 5: Ristiriita on liian räikee tavallisen vastaanoton seassa. Et ainahan suurin osa kokee vähän sellasta, että aha, nyt tulee se mielenterveyspotilas, jolleka äkkiä se aika, joka pitäis olla 20 minuuttia, venähtää tunniks...Tää vähän

koetaan työlistassa semmosena, että ai tulee tänään, että pidetään syvään henkee, että jaksaa yli tosta kohdasta.

L 6: Kyllä semmostakin henkee on, että vedetään hyvin tarkka raja niitten ihmisten välillä, jotka on psyykkisesti terveitä ja sitten on nämä ns. hullut. Että on semmosta vähän vanhanaikaista ja kansanomaistakin asennetta siihen, että katsotaan ensinnäkin, että on hirveen tarkka se raja ja jos sen rajan toiselle puolelle joutuu, sitä rajaa ei nähdä kovin liikkuvaks, eikä sillä lailla nähdä, että niille ongelmille mitään mahdettaiskaan...Halutaan tehdä itsen ja tämän psyykkisesti ongelmaisen välille vahva ero...

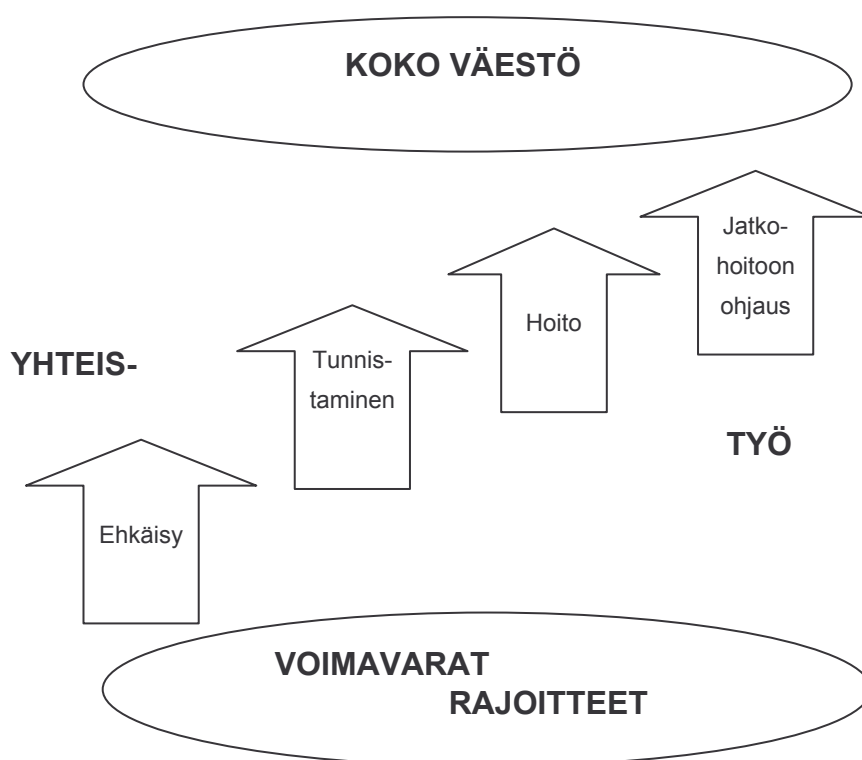
Ammattilaisten väliseen **yhteistyöhön** liittyi myös piirteitä, joista muodostuu esteitä tai rajoituksia perusterveydenhuollon mielenterveystyölle. Käytännössä työntekijöiden välistä yhteistyötä hankaloittavia asioita olivat muun muassa tiedonkulkuun ja salassapitosäädöksiin liittyvät ongelmat. Varsinkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua pidettiin puutteellisena ja yksipuolisena. Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden välillä oli koettu vaikeaksi erityisesti salassapitosäädösten takia. Haastateltujen mukaan tietosuojaa käytettiin joskus eräänlaisena keppihevosenä, jonka taakse haluttiin vetäytyä, kun todellinen yhteistyöongelma oli jokin muu. Yhteistyö oli joskus vaikeaa henkilöistä johtuvista syistä. Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa ei myöskään sisällöllisesti tyydyttänyt perusterveydenhuollon työntekijöitä, jotka kaipasivat mielenterveysasiakkaan hoitoon käytännöllisiä neuvoja ja ohjeita.

L 5: Yliopistollisen psykiatrisen klinikan arvovalta on liian suuri, että eivät...kauheen kriittisesti tarkastele omaa toimintaansa, onks he saanu sillä sairaalahoitajaksolla jotain aikaseks vai ei...Joskus toivois, että enemmän kuultais, vaikka soitettais omalle lääkärille, et miten ootte siellä pärjänny ja mitkä on teidän ongelmat siellä avohoidossa, jossa potilas kuitenkin elää...hukataan hirveesti itsestään selvää tietoo, joka ois nykyaikana helposti saatavissa ...Tähänhän perheneuvolatkin sortuu, että se on sellasta oman kulman takana piilottelua...

TH 9: Kumma, että ne (salassapitosäädökset/H) korostuu silloin, kun on kysymys jotenkin mielenterveydellisistä asioista. Että kyllä me säärihaavasta konsultoidaan ihan vapautuneesti...mutta heti jos on...oppimisvaikeus tai mielenterveydellinen häiriö tai joku käytöshäiriö, niin kauheesti mietitään, voinko mä ny tästä sitten soittaa.

5.3.5 Yhteenveto

Perusterveydenhuollon mielenterveystyö kohdistuu tutkimuksen mukaan koko väestöön riippumatta siitä, onko henkilöllä mielenterveyden häiriö vai ei. Väestön hyvinvointi sekä omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttäminen ovat tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyön tavoitteita. Tehtäviä mielenterveystyössä ovat ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä potilaiden ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon. Perusterveydenhuollon omimmaksi tehtäväksi osoittautui ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, vaikkakaan tästä ei oltu yksimielisiä eikä käsite ollut yksiselitteinen. Tyypillistä perusterveydenhuollon mielenterveystyölle on, että se toteutuu perusterveydenhuollon ja useiden tahojen välisenä yhteistyönä. Perusterveydenhuollon voimavaran mielenterveystyössä muodostavat palvelujärjestelmä, henkilöstö, väestövastuujärjestelmä sekä väestön ja työntekijöiden välinen suhde. Rajoitteet liittyvät palvelujärjestelmän piirteisiin, työntekijöihin sekä yhteistyön ongelmiin. Kuviossa 3. on kuvattu perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteutumista ja osa-alueet.



Kuvio 3. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteutuminen ja osa-alueet

5.4. Perusterveydenhuollon työntekijän työvälineet mielenterveystyössä

Alustavana tutkimustehtävänä oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon mielenterveystyön sisältöä työntekijän näkökulmasta. Tämän tutkimustehtävän pohjalta koottiin avoimet haastattelut, jotka analysoitiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä. Näin saatiin haastatteluteemat.

Haastatteluteemoiksi muodostuivat:

- Mitkä asiat ovat tärkeitä asiakkaan kohtaamisessa perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?
- Työntekijän oma persoona työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Keskustelu työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Lääkehoito työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Mitä muuta työvälinettä käytät/pidät tärkeänä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?

Tutkimustehtäväksi muodostui perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käytettävien työvälineiden ja -menetelmien jäsentäminen ja analysoiminen. Tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva siitä, miten työntekijät perusterveydenhuollon mielenterveystyötä toteuttavat.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käytettävistä työvälineistä muodostui neljä ryhmää. Ne nimettiin vuorovaikutukselliseksi, ideologiseksi, teknisiksi ja yhteistyövälineiksi (Kuvio 4. s. 83). Viides perustava elementti perusterveydenhuollon mielenterveystyön työvälineistössä on perusterveydenhuollon työntekijä itse.

5.4.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön perusta: työntekijä ihmisenä ja ammattilaisena

Työntekijään liittyvät ulottuvuudet muodostavat perusterveydenhuollon mielenterveystyön perustan ja lähtökohdan, sillä työntekijä itse vaikuttaa kaikkien muiden työvälineiden soveltamiseen. Yksi näistä ulottuvuuksista käsittää työntekijän ammatillisuuden, johon sisältyvät ammatilliset tiedot ja taidot. Toinen ulottuvuus muodostuu työntekijän persoonallisuudesta, hänen persoonallisesta tavastaan olla suhteessa asiakkaaseen. Osa työntekijän persoonaa ovat hänen asenteensa ja arvonsa, joita hän auttamissuhteessa ilmentää.

Työntekijänä ammattilaisena

Ammatillisuus perusterveydenhuollon mielenterveystyössä merkitsee sitä, että työntekijä toteuttaa mielenterveystyötä ammattitaidolla, ammatilliseen tietoon nojautuen. Asiakas voi luottaa työntekijän antaman hoidon oikeellisuuteen ja työntekijä pystyy perustelemaan toimintansa. Ammatillisuuteen kuuluu myös, että auttamissuhteessa vastuu on työntekijällä. Työntekijä on sitoutunut asiakkaan auttamiseen ja pystyy myös arvioimaan omia auttamismahdollisuuksiaan asiakaskohtaisesti. Eettisten periaatteiden noudattaminen on osa ammatillista toimintaa. Työntekijät olivat tietoisia siitä, että suhteessa asiakkaaseen heillä on valtaa, joka perustuu ammatilliseen tietoon ja taitoon. Se ei kuitenkaan oikeuta ylemmydentuntoiseen käyttäytymiseen. Haastateltujen keskuudessa oli varsin tavallista, että työntekijä tunsii asiakkaansa, ehkä myös tämän perheen pitkältikin ajalta. Haastatellut korostivat, että tuttuudesta huolimatta asiakkaan ja työntekijän suhde on ammatillinen.

SH 7: ...ammatillinen järjestelmällisyys olla...että mä tiedän mistä mä puhun ja mitä kysymyksiä mä kenties käytän...Kyllä mun täytyy tietää mitä asioita mä käyn läpi...täytyy olla jonkunlainen perustieto psykiatrisesta sairaanhoidosta ja onkin tietty...Siellä täytyy myöskin olla tieto, että tää kuuluu tähän sairauteen tai surutyöhön...

L 3: Mun täytyy se tietenkin arvioida, että pystyykö hän huolehtimaan itsestään. ...Että mä en jätä potilaan varaan minkään kontaktin luomista, silloin kun hän tarttee apua. Mä oon itse siinä se aktiivinen, joka hommaan sen ajan, tai jätän sen viestin tai miten se nyt onkaan...mä meen aktiivisesti itse siihen mukaan, mä meen joskus jopa vaikka vähän vastentahtoisestikin.

Työntekijä ihmisenä ja persoonana

Työntekijä ja hänen persoonallisuutensa on perusterveydenhuollon mielenterveystyössä sekä työväline että metaväline. Metavälineenä työntekijän persoona toimii silloin, kun se ohjaa varsinaisten työvälineiden käyttöä ja valintaa. Samankin koulutuksen saaneet työntekijät hoitavat asiakastaan eri tavoin ja sama työntekijä voi toimia eri tavoin samankaltaisissa tilanteissa.

L 3: Mutta myöskin sillä tavoin oman persoonan...joutuu antaa siinä alttiiksi tämmösessä luottamuksellisessa suhteessa, että asiakas kokee, että voi luottaa, mun täytyy olla läsnä, mun täytyy olla hänen asiansa puolella. Jos mä oon täysin rajattu, itseni ulkopuolella, niin siinä mä teen semmosen esteen, että ei välttämättä sen tyyppisistä asioista keskustellakaan.

Oman persoonan käyttö työvälineenä tuo perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön auttajan persoonan, hänen arvonsa ja asenteensa, persoonallisen tapansa tehdä mielenterveystyötä. Tämä edellyttää työntekijältä tasapainoisuutta ja itsetuntemusta. Persoonan käyttäminen työvälineenä muistutti

tähän tutkimukseen osallistujia itsetuntemuksen merkityksestä ja auttamistyön kuluttavuudesta; työ on pitkälti työntekijän voimavarojen varassa.

TH 2: Pitäis omat juttunsa tietää ja tunnistaa oma ittensä taikka tuntee oma ittensä aika hyvin, että osais erottaa sitten sen jotenkin siitä työroolista, taikka työroolin siitä, kuinka vaan.

TH 9: ...että yrittäis olla...neutraali ja ymmärtää erilaisia ihmisiä ja tulla toimeen mahdollisimman monen tyypin kanssa...Kun tekee omalla persoonalla työtä, niin se on välillä kyllä raskasta. Että minusta sitä ei aina arvosteta, että kun se persoona on siinä...ei aina oo niin...innostunut, että jaksaa kohdata sen puoli neljän asiakkaankin yhtä kiinnostuneena kuin sen yhdeksän asiakkaankin.

Työntekijän ja asiakkaan suhteessa erityisesti haastatellut hoitajat pitivät tärkeänä mahdollisimman tasavertaista kohtaamista asiakkaan kanssa. He pyrkivät olemaan samalla tasolla, ihminen-ihmiselle. Etäisyyttä, arvovaltaisuutta, jopa ammatillisuutta oli haastateltujen mielestä joskus tarpeen häivyttää. Työntekijät tunnistivat asiantuntijuutensa, mutta asiantuntijuus saatettiin hetkittäin sulkeistaa, jotta voitiin aidommin olla ihminen-ihminen dialogissa. Työntekijät kiinnittivät huomiota puhetapaansa, ilmeisiinsä, eleisiinsä ja koko olemukseensa ollakseen asiakkaan kannalta mahdollisimman helposti lähestyttäviä.

TH 9: ...jos kauheesti antaa tulla, että näin pitää, mustavalkoisesti tehdä, niin ei ne ihmiset kyllä sulla avaudu siinä. Ne voi sanoa nätisti, että juu juu, ja sit ne puhuu muualla, että en mä vaan siellä neuvolassakaan uskaltanu sanoo, että mä näin tee, en mä kyllä neuvolassa. Esim. jos nyt joku äiti sanoo, että hän on antanut kakskuukautiselle riisivelliä. Jos mä oisin heti, että mitä? EU-direktiivit sanovat, että vasta 4 kk:n ikäisestä vasta!

SH 6: Tavallisesti, ettei puhu kauheen...ettei ne ymmärrä mitään, vaan ihan tavallisesti. Musta sekin on yks hyvä, kun potilasta syöttää, istuu siihen sen sängyn viereen, meillä on niitä jakkaroita. On siinä, että se tapahtuu rauhallisesti, etten vaan äkkiä seisaaltani vähän heittele. Musta se, että on siinä vierellä...

Myös työntekijän ulkoiseen olemukseen liittyvillä tekijöillä, kuten pukeutumisella, kampauksella ja ehostuksella on merkitystä työntekijän ja asiakkaan välisessä kohtaamisessa. Lääkäriyden piirteinä haastatellut lääkärit arvostivat vakuuttavuutta ja luotettavuutta. Lääkärin luotettavuuteen he liittivät mm. varman ja vakuuttavan käytöksen sekä ulkoiseen olemukseen liittyvät asiat.

L 6: ...Kyllä sen lääkärin toisaalta täytyy olla niin kuin lääkäri, et siihen vois luottaa, sen täytyy näyttää lääkäriltä. Esim. on hyvä, kun tää ikä tässä karttuu, niin rupee olemaan...jos on aivan semmonen työhuitukan näköinen, mäkin varmaan oon ollut -80-luvun alussa vaikka, olin jo silloin melkein 30, niin siitä huolimatta ihmisethän kokee sillai, että jos on, niin kuin lääkäri on siinä kuin lapsi, mitä ne on koko ikänsä kokenut.

Molempipuolisuus oli yksi haastateltujen perusterveydenhuollon asiakassuhteissa tavoittelema ulottuvuus. Kertomalla ainakin jossain määrin itsestään ja omista kokemuksistaan työntekijät antoivat konkreettisesti oman persoonansa käyttöön asiakassuhteessa. Itsestä ja omista kokemuksista kertomalla toisaalta rohkaistiin ja kannustettiin asiakkaita, toisaalta sen myötä pyrittiin dialogiin asiakkaan kanssa. Omista asioista kertomisen tulee haastateltujen mukaan olla harkittua ja rajattua sekä palvella jollakin tavalla asiakasta, jonka asioissa päähuomio aina on.

TH 4: ...kun ne on pitkiä, vuosia kestäviä suhteita, niin se tuntuu aivan keinotekoiselta, jos et koskaan sano omasta perheestä tai mistään henkilökohtaisesta asiasta mitään...Mä saatan joidenkin kohdalla jotain puhuakin... Ei tietysti mitään ongelmia rupee levittelemään, semmosessa, että jotain antaa ittestään siltä puolelta.

Työntekijän arvot ja asenteet

Työntekijän persoona työväliseenä merkitsee sitä, että työntekijän arvot ja asenteet ovat mukana mielenterveystyössä. Asiakkaan arvostaminen ja kunnioittaminen pyrittiin osoittamaan mm. puhettavassa.

L 6: Yritän puhua, jos ajatellaan vaikka kroonista psykoosia sairastavaa potilasta, niin puhua...hyvin selkeesti, mutta ei kuitenkaan kuin lapselle, että ihmisarvo siinä korostuis...

TH 9: Yritän aina...asiakkaan kunnioittamisesta lähtee ja...arvostamisesta... Kristillis-humanistinen näkemys on työtä tehdessään se, mikä työtä ohjaa.

Haastatellut pitivät asenteita merkittävänä tekijänä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. He olivat havainneet sekä omissa mielenterveyteen liittyvissä asenteissaan että työtovereiden asenteissa rajoittuneisuutta. Haastatellut ottivat esille kokemuksiaan työyhteisöistään asenteiltaan äärimmäisen kielteisistä tai torjuvista työntekijöistä. Tämä voi merkitä sitä, että mielenterveysasiakasta ei oteta vastaan tai hän jää vaille asianmukaista hoitoa. Terveystenhuollon ammattilaisilta haastatellut edellyttivät ammatillista asennetta mielenterveysasioita ja -asiakkaita kohtaan.

L 2: tärkein on tää asenne siinä mielessä, että jos et sä halua etkä yhtään siihen paneudu, niin eihän siitä mitään tuu. Jos katotaan listaa ja lukee polvia ja gyn. Ja haava ja okei, nää menee. Mut sit jos on psykye, niin mä en tuota halua nähdäkään.

TH 11: Että ite suhtautuu luonnollisesti ja että tämä on sairaus siinä kuin muutkin sairaudet, ei tätä tarvi hävetä. Asiakas voi käydä hoidoissa, ei tarvi mielenterveyspotilaita piilottaa...nurkkakamariin.

5.4.2 Ideologiset työvälineet

Ideologisiksi työvälineiksi nimeän periaatteet, jotka ohjaavat perusterveydenhuollon työntekijöiden toimintaa mielenterveystyössä. Näitä ovat asiakaslähtöisyys, hyväksyntä ja sallivuus, rehellisyys ja aitous sekä turvallisuus.

Asiakaslähtöisyyteen sisältyvät yksilöllisyyden ja kulttuurisen ymmärtämisen ulottuvuudet sekä hyvä palvelu. Yksilöllisyys ja kulttuurinen ymmärtäminen perusterveydenhuollon mielenterveystyössä merkitsevät sitä, että työntekijä näkee jokaisen asiakkaan ainutkertaisena. Työntekijä pyrkii ottamaan selvää kunkin asiakkaan tarpeista ja vastaamaan niihin yksilöllisesti. Asiakas nähdään kokonaisuutena, jonka moninaiset tarpeet otetaan huomioon. Työntekijä ja palvelut ovat asiakasta varten.

TH 11: Siinä ei oo yhtä ainoaa näkökulmaa, joka ainoa asiakas on persoona, ei oo mitään kaavaa.

PH 3: Mä pyrin siinä keskustelussa...tasolle ja asioihin, mitkä sieltä asiakkaasta nousis...Kuitenkin siinä täytyy olla sen asiakkaan ehdoilla...

TH 4: Asiakas kertoo omaa historiaansa, sieltä saattaa tulla ...arvokkaita asioita, jotka vaikuttaa tänä päivänäkin. Joita ei oo...syy-yhteyksiä ymmärtänyt.

L 3: Jos mulla on joku somaattinen vaiva, niin mun täytyy tentata, jotta mä selviän siitä ihmisestä 20 minuutissa, mun täytyy saada ratkaisu, mitä mä teen, mitä me tarvitaan lisää. Se on ihan erityylinen kohtaaminen. Mä haluan, että tää ihminen itse kertoo mulle, miks hän on siinä. Siinä on ihan eri lähtökohta.

Hyvä palvelu merkitsee ystävällistä ja kohteliasta käyttäytymistä. Osa hyvää palvelua ovat sinänsä pienet eleet ja asiat, kuten esittäytyminen ja kätteleminen. Varsinkin ensimmäinen tapaaminen asiakkaan kanssa on tilanne, johon haastatellut kiinnittävät erityistä huomiota - ensitapaaminen oli usein koettu myöhemmän yhteistyön kannalta ratkaisevaksi.

SH 6: ...siinä hoitotilanteessa keskustella...Kun ne kyselee, niin vastailee, että ei ole vaan tuppisuuna...Kun menen huoneeseen, en mä mene vaan äkkiä että päivää ja hei vaan. vaan että mä vähän katson joka potilasta, jonkun sanan sanon...pyrkisin, että sillon kun mä työvuoroon meen ensimmäisen kerran huoneeseen, niin annan mahdollisuuden, jos jollain on jotain sanottavaa...

PH 3:...ne ensikohtaamiset, että sais heti semmosen, jonkin tason luottamuksen, koska muuten se ei edisty yhtään...sen mä koen vaikeeks, miten saada ne ihmiset luottaan muhun, että ne ensinnä päästää sisälle ja alkaa jutteleen...että mä pyrin sen rauhallisesti alottaan...

Hyväksynnän ja sallivuuden periaate merkitsee, että työntekijä pyrkii kohtaamaan asiakkaan omana itsenään ilman ennakkokäsityksiä. Se edellyttää asiakkaan näkemistä subjektina ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamista. Työntekijän tavoitteena on kohdella kaikkia asiakkaita

tasapuolisesti. Työntekijä ei painosta asiakasta kertomaan asioistaan, mikäli asiakas itse ei halua. Kun vuorovaikutussuhteessa on kaksi osapuolta, suhteen syntyminen vie oman aikansa eikä siinä ehkä koskaan päästä toivottuihin tavoitteisiin. Asiakkaan on voitava hyväksyä työntekijä.

TH 2:...sekin on hyväksyttävä, että toinen saa olla puhumatta ja kertomatta, vaikka näkiskin, että jotain on. Mutta ei pakoteta puhumaan.

Rehellisyys ja aitous merkitsevät sitä, että asiakasta koskevista asioista keskustellaan suoraan hänen kanssaan. Työntekijä kertoo avoimesti ja perustelee toimintansa asiakkaalle. Työntekijä on aidosti kiinnostunut asiakkaan asioista. Hänen sanallinen ja sanaton viestintänsä ovat yhdenmukaiset: hän on läsnä ja ilmaisee kiinnostustaan koko olemuksellaan.

TH 4: ...koettaa...antaa sillai informaatiota, että asiakas tietää, mistä tässä on kysymys, mitä ollaan tekemässä. Mitkä on tavoitteet ja mihin näillä käynneillä pyritään.

SH 1: Se läsnäoleminen, että on todella läsnä eikä ajatukset huitele muualla. Se sanaton viestintä, kun istutaan vierekkäin...sanavalinta, ilmeet ja eleet, miten mä keskustelen, kuinka mä istun, kuinka mä käytän käsiäni.

PH 4:...asiakas (/H) lukee munkin rivien välit, joskus hyvin tarkkaankin. Se on yks tärkeä, että sille asiakkaalle ei tuu semmosta, että toi...takana nauraa mulle. Kyllä ne ilmeet ja eleet on tärkeet.

Turvallisuuden periaate merkitsee työntekijän aktiivisuutta, hänen käytettävissä ja saatavilla oloaan asiakkaalle. Asiakkaan on voitava luottaa yhteistyön jatkuvuuteen ja salassapitovelvollisuuden noudattamiseen. Työntekijän ja asiakkaan usein hyvinkin pitkän yhteistyön kautta saavutettu tuttuus on yksi keskeinen turvallisuustekijä.

L 4:...on jo semmonen tietty historia, että vaikka asiakas ei itse olis käynyt, niin hänen naapurinsa on tai lähipiirinsä.

TH 4:...asiakkaallahan on aina pelko siitä hoitajan vaihtumisesta, että jos taas vaihtuu...että kun heitä tapaa useammin, asiakkaatkin luottaa, ettei tuo nyt mihkään lähde. Että tää jatkuu.

Turvallisuuden periaatteen toteuttamiseen liittyy erilaisia käytännöllisiä toimia, kuten lupauksista, sitoumuksista ja sopimuksista kiinni pitäminen. Ajan ja tilan käyttöön liittyvät ratkaisut liittyvät turvallisuuden periaatteen toteuttamiseen. Melkein jokaisessa haastattelussa tuli esille ajan käytön keskeinen merkitys perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Mielenterveystyö on luonteeltaan aikaa vievää. Luottamuksellisen asiakassuhteen syntyminen on pitkä prosessi. Varaamalla riittävästi aikaa asiakkaalle työntekijä haluaa viestittää, että hän on asiakasta varten, asiakkaan asia on työntekijälle tärkeä. Kun aikaa on riittävästi, työntekijä voi paneutua asiakkaan tilanteeseen huolellisesti. Turvallisuuden

toteutuminen edellyttää myös rauhallista ja häiriötöntä tilaa, jossa työntekijä ja asiakas voivat tavata niin, ettei heitä keskeytetä eikä asiakkaan intymiteettiä loukata.

L 2: ...jos tulee esille asia, jota ruvetaan työstään, niin sanon, että seuraavalla kerralla ottakaa pitempi aika...kun...tullaan 10 min. ajalle, räkävastaanotolle esim. masennuksesta, niin sovitaan, että otetaan nää kiireisimmät asiat tästä päältä, annetaan lukemista...ja sit seuraava aika on pitempi. Että sitä aikaa täytyy jakaa enemmän...

PH 4: ...Ei voi kuvitellakaan, että ihminen puhuis, kun ihmisiä on ympärillä, puhuis asioistaan siinä. Sillon voi pyytää, että mennään vähän tuohon sivuun ja sillon voi kasvotusten jutella, voi jutella hiljaa, että ei muut kuule. Sillon se on, että sitten puhelimet soi, jos ne soi. Se ihminen, joka on vuorossa, se hoidetaan. Vaikka sillä työntekijällä ois kiire, niin se ei näytä sitä sille asiakkaalle...sille asiakkaalle tulee semmonen tunne, että sen ongelma otetaan tavallaan asiaksi. Että se on yks tapa näyttää, että voidaan antaa apua, kun näytetään se, että voidaan antaa aikaa...että keskittyy siihen asiakkaaseen ja kuuntelee.

5.4.3 Vuorovaikutukselliset työvälineet

Vuorovaikutukselliset työvälineet voivat olla luonteeltaan informatiivisia, supportiivisia tai kontekstuaalisia. **Informatiivisiin** työvälineisiin kuuluvat haastattelu, havainnointi ja kuuleminen. Niiden avulla työntekijä saa tietoa asiakkaansa tilanteesta, tarpeista ja toiveista. Kuuleminen on yksi keskustelun ulottuvuus. Voidakseen auttaa asiakasta yksilöllisesti työntekijän on kyettävä kuulemaan asiakastaan.

SH 1: Keskustelu on tärkeä, mutta se niukka, mitä sanoo, ois niitä helmiä... oppis enemmän siihen kuuntelevaan tyyliin. Puhuis vähemmän ja kuulis enemmän...jos käyttäs ihan sanaa kuuleminen. Kuulee, mitä se toinen viestii... se on vähän valikoivaa se kuuleminen mä poimin sieltä niitä tärkeitä asioita ja niitä ydinkohtia.

L 3: Mä välitän sitä sillä kuuntelemisella ja että mä oon todella kuullut, mitä hän on mulle sanonut. Mä voin sen tarkistaa jotenkin, että sinähän sanoit niin tai... varsinkin kun nähdään seuraavan kerran, mä muistan kyllä tarkkaan, mä voin nostaa sieltä tämmöstä, vaikka se ei oo ylhäällä, että mä oon ollut läsnä ja kuullut häntä.

TH 6: ...Toki mä kuuntelen, mut et mä pystyisin sieltä poimiin sen, että miten me edetään. Kyllä mä koen, että mun tehtävä on jollain lailla ohjatakin... Monesti ihan semmonen jutustelu on ok, mä oon tullut siihen tulokseen, että se ei oo kauheen hoidollista tämmösessä ammatillisessa suhteessa pelkkä kuuntelu. Ensinnäkin on kuunneltava, mutta kuitenkin alotettava tarkentamaan.

Havainnoimalla työntekijä saa asiakkaasta runsaasti sellaistaakin tietoa, mitä asiakas ei halua tai kykene sanallisesti tuottamaan. Toisaalta havainnointi voi vahvistaa tai kumota työntekijän muulla tavoin saamaa tietoa. Havainnointi on kokonaisvaltaista ja tilannekohtaista: vastaanotolla työntekijä havainnoi esim. asiakkaan käyttäytymistä ja pukeutumista - asiakkaan kotona työntekijä tekee havainnoita esim. siitä, miltä asiakkaan koti näyttää. Itsensä tai ympäristönsä laiminlyöminen välittää osaltaan työntekijälle tietoa asiakkaan voinnista.

L 3: ...Tää mun näköäisti, kaikki, mitä mä aistin tästä ihmisestä. Sehän on mun työväline yhtä lailla kuin se keskustelu, et mä nään, miten tää asiakas käyttäytyy, kuinka hän on pukeutunut, kuinka hän pystyy puhumaan.

TH 7: ...esim. ulkonäkö on semmonen, mihin kiinnittää huomiota. Jos ei jaksa, ei jaksa välittää silloin ulkonäöstäkään.

Kun työntekijä pyrkii tietoisesti antamaan asiakkaalle tukea, hän käyttää **supportiivisia työvälineitä**. Supportiivisia työvälineitä ovat kuuntelu ja koskettaminen. Kuuntelussa on kyse siitä, että asiakkaalla on mahdollisuus kertoa mieltään painavista asioista työntekijälle. Kuuntelu on aktiivista toimintaa, jossa työntekijä ottaa vastaan asiakkaan kertomuksen ja ilmaisee sen asiakkaalle esimerkiksi heijastavilla kysymyksillä. Kuuntelua pidettiin kaikissa ammattiryhmissä yhtenä tärkeimmistä työvälineistä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä.

L 2: ...on aika paljon semmosia ihmisiä, jotka haluavat kertoa jonkun ahdistavan asian, jonka jälkeen, kun se on kerrottu, se on hoidettu. Eli se, että miten ihminen herkistyy ja osaa olla hiljaa, jos joku ihminen on tän tyyppinen, että se haluaa vaan kertoa jonkun asian ja sitten se on, kun se on kerrottu, se on ohi... niin kuin rippi.

PH 4: Pitää pystyä hiljentymään kuuntelemaan silloin, kun se ihminen kertoo, mutta sitten pitää pystyä keskustelemaan sen kans niistä asioista, se on kaikkein tärkein, mitä tällä alalla voi olla.

L 4: ...tärkeempi ois kuunnella...välillä tuntuu, että sit annetaan, kun mennään psykiatrille, niin sieltä tulee vaan lääkettä, lääkettä. Että keskustelu, kuuntelu joskus, kyllä se minusta on ja jos mä oisin potilas, niin todella tärkeä...Että ne asiat tulis potilaillekin selväks. Että hän sais sanottua ja tunnistais...

Koskettaminen oli luonteeltaan asiakasta tukevaa ja muita työvälineitä täydentävää. Toisille haastatelluista koskettaminen ei merkinnyt työvälinettä mielenterveystyössä. Työntekijän tulee havaita haluaako asiakas häntä kosketettavan vai ei. Työntekijän tulee olla erityisen tarkkana, missä tilanteessa, millä tavalla ja ketä asiakasta koskettaa. Haastateltujen kuvaamissa tilanteissa koskettaminen oli esimerkiksi surevan lohduttamiseen tai osanoton ilmaisemiseen pyrkivää, kuten halaamista tai kädestä kiinni pitämistä. Työntekijät koskettivat asiakkaitaan myös muita hoitotoimenpiteitä tehdessään, kuten jalkojen hoidon tai hiusten pesun yhteydessä. Kouluterveydenhoitaja

saattoi ikään kuin ohimennen hieroa oppilaan hartioita. Näilläkin koskettamisen tavoilla työntekijä pyrkii tuottamaan asiakkaalle hyvää oloa ja/tai vahvistamaan sanallista viestintäänsä. Koskettamalla työntekijä voi lisäksi ilmaista asiakkaalle tukensa vaikeassa ja koskettavassa tilanteessa, jossa ei löydä asiakasta tukevia sanoja.

SH 7:...kosketan, vaikka kädelle, jos se käsi on siinä silleen pöydän päällä... ahdistuneeseen oloon, kun huomaa, että ei enää tuu puhetta, että alkaakin tulla itkua. Se vaan pitää käydä niin luonnollisesti eikä väkisin. Että jos susta tuntuu, että tuota ihmistä ei voi koskettaa, niin silloin ei kosketeta.

PH 4:...Se riippuu ihmisestä. Että käsi olkapäälle, niin se on monta kertaa tuhat sanaa. Mutta joskus ihminen välttää sitä. Että se pitää hakee ihmisestä, että voiko laittaa käden olkapäälle. Sen aistii siitä ihmisestä...

L 3:...Jos tää ihminen itkee ja kertoo asioita kyllä mä yleensä kosken. Ja yleensä se on niin, että mä saan koskea...Mä testaan sen silläkin, että kun mä kosken, niin saanko mä todella koskee vai enkö mä saa.

TH 5:...muuton aika usein hieron niitten (nuorten/H) niskoja. Joo, niitä niskoja, kun ne on aina niskat kipeet, sit mä hieron niitten niskoja kyllä.

L 6: ...mä oon vähän tämmönen juro pohjalainen...mä en oo kosketteliija- enkä halailija- tyyppi...kyllä mäkin kättelen kaikkia potilaita, siihen rajoittuu...että vanhuksia mä oon nykyään uskaltanut vähän enempi, kun mä niitäkin hoidan, koskettelemaan. Niin kuin taputtelemaan olalle tai muuten...mut en mä oikein koe, että se nyt ois ihan työväline...

Huumorin, intuitiivisuuden ja luovuuden nimesin **kontekstuaalisiksi työvälineiksi**, sillä niiden käyttö vuorovaikutustilanteessa on vahvasti tilannesidonnaista. Sekä asiakas että työntekijä ja heidän molempien tilanteensa eri aikoina vaikuttavat siihen, milloin ja miten työntekijä käyttää huumoria, intuitiivisuutta ja luovuutta. Kontekstuaaliset työvälineet ovat luonteeltaan muita työvälineitä täydentäviä. Huumorin käyttö oli luonteenomaista joillekin haastatelluista. He käyttivät huumoria esimerkiksi helpottamaan vaikeiden asioiden puheeksi ottamista ja käsittelyä. Huumoria käyttävät työntekijät korostivat sen käytössä tarvittavaa herkkyyttä: on ymmärrettävä kenen kanssa ja millaisessa tilanteessa huumoria sopii käyttää. Hyvin tuntemansa asiakkaan kanssa työntekijän on mahdollista ja turvallista käyttää huumoria.

TH 1:...huumori on hirveen hyvä väline monessa paikassa. Vaikka on vakaviakin asioita, siinä monta kertaa voidaan mennä tavallaan huumorista sinne suruun. Aika usein siinä näkee, mikä se asiakkaan tunnelma on, pystyykö yhtään leikkiä laskea...Monta kertaa se kuitenkin vapauttaa sitä tilannetta, että voidaan puhua.

TH 2:...kaikkien kanssa sitä (huumoria/H) ei voi harrastaa, mutta se on semmonen, että tää ei oo niin maailman vakava juttu. Et täs voi olla ihan

kivaakin ja hauskaakin. Että ehkä voi vapauttaa jonkun, jonkun taas ei...Musta se lähtee siitä kohtaamisesta.

Intuitiivisuus ja luovuus työvälineinä tulivat esille erityisesti haastateltujen hoitajien kertomuksissa. Hoitajat kuvasivat intuitiivisuutta eräänlaiseksi rivien välistä lukemiseksi. Siitä käytettiin myös nimitystä musta-tuntu-tieto tai mutu-tieto. Kyse oli tilanteista, joissa hoitajalle syntyi esimerkiksi aavistus siitä, että asiakkaalla on jokin sellainen avuntarve, jota tämä ei kyennyt tai halunnut työntekijälle kertoa. "Se jokin", aluksi selvittämätön kysymys tai asia selvisi usein myöhemmin ja ohjasi työntekijää käyttämään muita työvälineitä asiakkaan avuntarpeen selvittämiseksi.

SH 3: ...sitä pitää niin kun tarkkaan kuunnella, myös sitä, mitä on niitten sanojen takana...Aika paljon pitää sellasta salapoliisin työtä...jos haluais niin kun hyvin kuunnella, niin et mitä siinä on takana.

TH 2: Se mutu-tuntemus on ihmeellinen, että se kertoo aina kuitenkin jotakin... Tulee semmonen, että tässä on jotain, kaikki ei oo kohallaan ... Kyllä mä pitkälti luotan (mutuun/H) et se on niin kun jotain on. Yleensä on jotain sitten...

TH 1: ...kotisairaanhoidossa on kauheen hyvä tää tietynlainen arjen mielikuvitus, ...ideoita keksitään...semmosta luovuutta,...kyllä se mielenterveystyössä, totta kai se tulee esiin, että täytyis olla vähän luovaa hulluutta...Yrittää vaan miettiä eri kantilta asioita.

5.4.4 Yhteistyövälineet

Perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käytettäviä yhteistyövälineitä ovat konsultointi ja perhekeskeisyys. Perusterveydenhuollon työntekijät **konsultoivat** mielenterveysasioissa runsaasti oman työryhmänsä tai -yksikkönsä työntekijöitä, varsinkin omaa työpariaan ja erityistyöntekijöitä (esim. psykologia). Konsultaatioita tehdään myös useiden muiden kunnan toimialojen työntekijöiden sekä ulkopuolisten tahojen, kuten seurakunnan ja erikoissairaanhoidon kanssa.

L 3: Mä voin käyttää mun sairaanhoitajaa kumppanina silloin kun mun resurssit ei anna perää sille tapaamiselle, ...mä voin pyytää, että hoitaja näkee vaikka kaks kertaa ja se tulee mulle sitten kolmannella kerralla. ... yks tärkeä on tämä meidän mielenterveystyö, perheneuvolan nimellä on meidän yksikkö, ...siellä on perusterveydenhuollon työntekijöitä ja mielenterveystyötoimiston työntekijöitä...siellä on psykologi ja sosiaalityöntekijä ja erikoissairaanhoitajaa, psykiatria... Erikoissairaanhoido on sitten seuraava. ...TAYS:n kriisiosasto on yksi semmonen kumppani, psykiatrian poliklinikka...

TH 1: ...Onhan meillä totta kai nää meidän erityistyöntekijät, kyllä me jossain määrin heidän kanssaan yritetään puhua ja...tää meidän psykiatri...Me ollaan

hänen kanssaan...joitakin ongelmapotilaitten asioita yrittänyt...Varmaan tää oman porukan tuki on tässä puolessa kaikista tärkeintä, että voidaan tuulettaa.

SH 5:...kodinhoitajien kanssa tehdään ihan päivittäin tuolla yhteistyötä tuolla kentällä varsinkin ja sitten soitellaan paljon, kun on yhteisiä asiakkaita...seurakunta on siinä samassa yhteistyöryhmässä, mikä on kerran kuussa. Ollaan...puhelinyhteydessä, että seurakuntasisar tekee niitä omia kotikäyntejä ja näkee siellä semmosia paikkoja, missä me ei käydä, että sieltä tulee sitten joskus semmosia yhteydenottoja, että pitäis meidän piiriin ottaa.

Perhekeskeisyys on olennainen osa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä erityisesti väestövastuussa toimittaessa. Perhekeskeisyys näkyy esimerkiksi perheen mukaan ottamisena, perheenjäsenten tarpeiden huomioimisena ja koko perheen tukemisena erilaisissa kriisitilanteissa. Perheen ja suvun tuntemisen, pitkien asiakassuhteiden kautta työntekijällä on paremmat mahdollisuudet mielenterveystyön tekemiseen.

SH 7: ...koko sen perheen ottaminen siihen mukaan, ettei se oo pelkästään sen yhden ihmisen kanssa työskentelyä...Työtapa se on, että ei hoideta vaan sitä sairastunutta, vaan myös sitä ympäristöä, joka on hyvinkin herkässä sairastua.

TH 9: ...varmasti hyvä on tämmönen tietyn alueen ja perheen ja jopa suvunkin tunteminen ja ohjaaminen. Siinä on tulee just tää pitkäjänteisyys siinä työssä...ensimmäinen kontakti on äitiysneuvolakontakti, jossa sitten ollaan hyvin avoimia ja keskustellaan niistä peloista ja parisuhteesta...Silloin tavataan...se aviopuolisokin siinä, ollaan ihan tämmösellä perusmielenterveysasioissa liikkeellä...ja kun vielä sen pikkulapsivaiheen käy, puoli vuotta, niin siinä ollaan melko pitkään yhden ihmisen kanssa tekemisissä. Siinä on aika helppo, ei tartte alottaa alusta...kun on vielä se kouluperhe...Sitten ne aikuisena käy...pidetään sitten ehkäisyapuoli...ja vaihdevuosiajat ja siinä puhutaan parisuhteesta...Silloin kun se on tarpeellista.

L 2: Väestövastuun idea ja siunaus on siinä, et kun sä tarpeeks hyvin tunnet sen porukan ja tunnet vauvasta vaariin, niin kyllä se paljon antaa semmosta tietoo, mitä ei saa normaalilla ajanvarausvastaanotolla, missä yksittäisiä potilaita tulee. Kyllä siihen vuosien varrella tulee semmonen tuntuma. Ja lyhyessäkin ajassa tulee jo semmonen, että tietää, miten niihin asioihin suhtautuu, kun tietää niitä taustoja. Eikä niitä sairaskertomuksesta koskaan kaikkea voi lukea...perhelääkäri-idea on hyvä. Tulee enemmän syvyyttä siihen hoitamiseen. Silloin on mahdollista hoitaa myös niitä psyykkisiä oireita, eikä pelkästään tehdä temppeja.

L 4: ...asiakkaan elämänpiiriäkin voidaan hoitaa, jos nyt ajatellaan vaikka jotakin vaimon masennusta ja miehen alkoholiongelmaa. Sen kokonaisuuden hallintaa. Ja kun puhuttiin aikasemminkin, sen sosiaalisen puolen tietäminen ja mitä siinä muussa tarvitaan elämänpiirissä tai ympäristössä...

5.4.5 Tekniset työvälineet

Teknisiä työvälineitä ovat sellaiset työvälineet, joiden käyttöön liittyy jokin toimenpide tai konkreettinen väline. Näitä on kahdenlaisia: asiakkaan **fyysisen terveyden seurantaan** sekä **lääkehoidon toteutukseen** liittyviä. Tekniset työvälineet ovat vuorovaikutuksellisia ja ideologisia työvälineitä tukevia tai mahdollistavia. Fyysisen terveydentilan seurannasta esimerkkinä oli verenpaineen mittaaminen. Se oli tyypillinen toimenpide, jonka kautta päästiin keskustelun alkuun ja mielenterveystyön näkökulmasta tärkeisiin keskusteluaiheisiin. Tällaisia olivat esim. ihmissuhdevaikeudet tai läheisen menetys. Joidenkin asiakkaiden oli vaikeaa ottaa esille mielenterveyttä koettelevia asioita. He saattoivat toistuvasti mittauttaa normaalissa rajoissa olevaa verenpainettaan. Työntekijä otti tämän huomioon omassa toiminnassaan - hän esim. varasi asiakkaalle tavanomaista pidemmän keskusteluajan ja otti puheeksi asiakkaan elämäntilanteen. Terveystyöntekijän työssään käyttämiä teknisiä työvälineitä olivat esimerkiksi hemoglobiinin mittaaminen, painon tarkistus ja raskauteen liittyvä seuranta. Kotisairaanhoidajien teknisiä työvälineitä olivat lisäksi hiustenlaitto ja jalkojenhoito.

TH 1: ...joskus se on tuo verenpainemittari oikein hyvä työväline aloittaa kontaktit.

TH 9: ...voi käydä joku ihminen siinä vähän välillä verenpaineen mittauksella, se verenpaine voi olla suht. koht. hyvä, mutta hänellä on sitten muuten tarve käydä. On jotain muuta ahdistusta, on menettänyt kumppaninsa tai jotenkin muuten se elämä on ... ahdistava, niin siinä sitten on turvallinen ottaa aina joku tällainen teema, minkä ympärillä ensin toimitaan ja sitten siitä lähdetään keskustelemaan. ...Se on...perustason työtä. Ei mitään hienouksia ja kikkoja...

Lääkehoidon toteutukseen liittyvät toiminnot kuuluvat teknisiin työvälineisiin. Lääkehoidon tulisi haastateltujen mukaan olla täydentävä, ei ainoa työväline. Haastateltujen työssä lääkehoito merkitsi työntekijän ammattiryhmästä riippuen reseptien kirjoittamista, lääkkeiden annostelua ja vaikutusten seurantaan sekä lääkehoitoon liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Hoitajat toimivat usein myös eräänlaisina välittäjinä asiakkaan ja lääkärin välillä. Reseptien ja lääkitystä koskevan tiedon välittäminen oli yksi lääkehoidon ulottuvuus hoitajien työssä. Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkekielteisyys olivat lääkehoitoon liittyviä ongelmatilanteita, joita hoitajilla oli perusterveydenhuollossa.

TH 1: ...Mehän ollaan hyvin usein se viestittäjä, että miten jonkun lääkkeen kanssa menee. Tuntuuko, että tästä on ollut hyötyä vai eikö. Kyllä tän päivän lääkärit hirveen hyvin antavat tietoa potilaalle. Mutta aika usein se lääkärikäynti ...on potilas on jännittynyt. Monia asioita, Valtavasti tulee uusia asioita, outoja asioita. Monta kertaa me ollaan niitä asioiden kertaajia ja uudelleen kannustajia ja tukijoita, että koeta nyt vaan vaikka nyt tuli semmonen, niin katotaan nyt...

Vaikka perusterveydenhuollon mielenterveystyössä teknisillä työvälineillä on oma paikkansa ja merkityksensä, niitä tärkeämpänä pidettiin ihmisten välistä vuorovaikutusta.

PH 3: ...Vaikka mä niitä toimenpiteitäkin teen monenlaisia, mutta kyllä mä koen, että se mun kotiin meno on monesti sille asiakkaallekin kuitenkin se tärkein asia, vaikka mä menisin hoitamaan mitä muuta asiaa tahansa, jotain konkreettista... kyllä se kuitenkin se ihminen...

SH 1: ...Vaikka mä osaan ne temput ja tiedän ne, niin se ei oo se päällimmäinen, mitä esitetään potilaille...Tärkein on se ihmisenä oleminen ja kohtaaminen. Mut tietysti potilaan täytyy pystyä luottamaan, että toi on ammattitaitonen ihminen, että se tietää mitä se tekee ja osaa perustella ja minkä takia, tai sanoo.

5.4.6 Yhteenveto

Tutkimuksen tuloksena muodostui kokonaiskuva perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käytettävistä työvälineistä (Kuvio 4.). Työvälineet nimettiin vuorovaikutukselliseksi, ideologiseksi ja teknisiksi työvälineiksi sekä yhteistyövälineiksi. Viides keskeinen elementti työvälineistössä on perusterveydenhuollon työntekijä. Yhtäältä työntekijä on metaväline: työntekijä asenteineen, arvoineen, tietoineen ja taitoineen ratkaisee sen, miten hän käyttää ideologisia, vuorovaikutuksellisia, teknisiä ja yhteistyövälineitä. Toisaalta työntekijä itse on työväline, kun hän asettaa oman persoonansa ammatilliseen käyttöön.

Työvälineet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä			
IDEOLOGISET	VUORO- VAIKUTUK- SELLISET	YHTEISTYÖ	TEKNISET
ASIAKAS- LÄHTÖISYYS HYVÄKSYNTÄ JA SALLIVUUS REHELLISYYS JA AITOUS TURVALLISUUS PALVELU- HENKISYYS	INFORMATIIVISET Haastattelu Havainnointi Keskustelu Kuuleminen SUPPORTIIVISET Kuuntelu Kertominen Koskettaminen KONTEKS- TUAALISET Huumori Intuitiivisuus	KONSULTOINTI Työtoverit, kollegat ja muut tahot PERHE- KESKEISYYS Perhe ja muut läheiset	FYYSISEN TERVEYDEN SEURANTA Verenpaineen mittaus Raskaudenajan seuranta Painon tarkistus LÄÄKEHOITON LIITTYVÄT
AUTTAJA IHMISENÄ JA AMMATTILAISENA			

Kuvio 4. Perusterveydenhuollon työntekijän työvälineet mielenterveystyössä

5.5 Perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon ulottuvuudet

Tutkimustehtävänä oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä ammattitaidostaan perusterveydenhuollon mielenterveystyössä.

Tutkimuksessa perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon ulottuvuuksiksi mielenterveystyössä nousivat ammattitaidon perusta ja työntekijän vahvuudet mielenterveystyössä. Ammattitaidon perusta muodostuu tutkimuksen mukaan kuudesta tekijästä, joita ovat kiinnostus ihmistyöhön, ammatilliset yhteistyöt, elämäkokemukset, harrastukset, työkokemukset ja koulutukset. Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuuksia mielenterveystyössä ovat asenteet, ammatillisen itsetuntemuksen taidot, vuorovaikutustaidot, elämisen taidot sekä ihmissuhdetaidot.

5.5.1 Perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perusta mielenterveystyössä

Perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perusta mielenterveystyössä muodostuu kuudesta tekijästä, jotka ovat kiinnostus ihmistyöhön, ammatillinen yhteistyö, elämäkokemukset, työkokemukset, koulutukset ja harrastukset (Kuvio 5. s. 90).

Työntekijän kiinnostus ihmistyöhön nousee ammattitaidon perustan ydinasiaksi. Se merkitsee, että työntekijät pitivät työstään, olivat motivoituneita ja halusivat kehittyä työssään. Haastatelluille oli yhteistä tyytyväisyys ammatinvalintaansa. Tässä yhteydessä jotkut haastatelluista käyttivät käsitettä kutsumus.

SH 1: Niin, ensinnäkin se halu olla hoitaja. Mä oon tän ikäluokan ihmisiä, joille tämä vanhanaikainen kutsumus-nimitys käy ihan hyvin. Tää on ihan oikea ammatti minulle...Halu kehittyä siinä ammatissa...Mä vaan jotenkin tiedän, että mä oon ehjä ihminen kun mä oon hoitaja, koska mä oon oikean ammatin valinnut, mä oon loksautanu oikeeseen paikkaan yhteiskunnassa, tää on mun koloni.

SH 5: ...mä oon aina tykänny tästä työstäni ja kiinnostunut tästä työstä ja tuota yleensä ihmisistä ja niiden auttamisesta. Se on mulla täällä sisällä. (H: kutsumus?) Vois kai sen niinkin sanoo. Kai se sitäkin voi olla.

Ammatillinen yhteistyö muodostaa toisen elementin työntekijän ammattitaidon perustana. Ammatillinen yhteistyö toteutui sekä oman työryhmän ja työyhteisön sisällä että laajemmissa verkostoissa. Sen muotoja olivat työnohjaus, konsultaatiot sekä välitön vertaistuki. Työohjauksen sekä oman työryhmän tuen keskeisen merkityksen ammattitaidon perustana toivat esille lähes kaikki haastatellut.

Konsultaatio enemmän koulutetun työtoverin tai mielenterveystyön erityiskoulutuksen saaneen työntekijän kanssa oli keskeinen perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perusta mielenterveystyössä. Potilaskohtainen konsultointi on käytännönläheistä, mitä työntekijät arvostivat. Lisäksi haastatellut pitivät tärkeänä, että heillä on omassa työyhteisössä mahdollisuus saada vertaistukea tarvittaessa välittömästäkin.

TH 9: Mullakin oli tämmönen äiti, jolla oli harhoja. Siitä oli esim. psykiatri sanonu, että tää tulee meneen psykoosiin, se nimittäin ei menny psykoosiin, kaikki meni oikein hyvin. Oli hirveet ennakkopaineet ja käsitykset ja sitten kun mä soitin niistä harhoista, kun niitä tuli, niin kyllä mulle kauheen hyvin se psykologi ja psykiatri sitten ja tarvittaessa sain hyvää tietoo...Nää konkreettiset tilanteet helpottaa aina huomattavasti kuin ihan ympäröivästä ruveta puhuu. Se on hirveen tärkeä, että silloin kun tietoo tarvitaan sieltä erikoispuolelta, niin silloin sitä saa.

L 7: Meillä on eräs lääkäri ollut hiljan vajaan vuoden töissä psykiatrisessa sairaalassa, niin sehän on valtava...kun saatiin häneltä paljon uutta oppia...

TH 7: Mun työkavereiltahan mä saan hirveesti tukea. Meillä on toimiva työyhteisö. Sitten tää meidän työpsykologi, silloin harvoin, kun mä näen, myöskin saa tukea ja meidän lääkäri myös yks jolta saa tukea, sillä kai sitä sitten jaksakin...tää lähin työyhteisö tässä ensimmäisenä.

Haastatellut pitivät omia elämäkokemuksia merkittävinä ammattitaidon kannalta mielenterveystyössä. Elämäkokemus oli antanut haastateltaville valmiutta osaamisensa tunnistamiseen sekä sen myöntämiseen, että oma osaaminen on rajallista. Se oli myös antanut haastatelluille mm. empatiakykyä sekä varmuutta toteuttaa omaa työtään persoonallisella tavalla. Selviytyminen omista ja läheisten kriiseistä oli myös muodostunut haastateltujen ammattitaidon perustaksi mielenterveystyössä.

L 2:...kuolemaa oppii ymmärtämään paremmin, kun kuolee kavereita, omaisia, sukulaisia. On kai sanottukin, että sitten kun jää eläkkeelle, silloin ois eniten sitä pääomaa, mut sit jää eläkkeelle. Sitten ne menee hukkaan. Mutta toisin päin sitä ei vissiin voi tehdä.

TH 11: Niin, että on itellä perhe ja on kohdannut ne vaikeudet ja asiat, mitä se tuo tullessaan ja pienten lasten hoito. Ja on omat vanhemmat kuollut, on ollut iloa ja surua ja erilaisia tunteita...sillä tavalla on monessa mukaan...ja sitten se työssäkin, että tässä on nähnyt tosi paljon. Ja näitten asiakassuhteitten myötä, kyllähän tavallaan aina, kun joku pitkäaikainen asiakas kuolee, niin...kyllä se aina tuo tullessaan...joutuu itekin läpikäymään monia asioita.

SH 3: Mun oma sairastuminen. Se muutti. ...mä huomasin, et ei siihen oo mitään poppakonstia. Se on se kuuntelu, et antaa sen potilaan puhua siitä ahdistuksestaan, niin se on ainakin just mun työssä pitää paikkansa. Siinä ei tarvita mitään hienouksia.

PH 4: No elämäkokemus tietysti kehittää...kun on itse kokenut niitä asioita, niin on se, miten itse on selviytynyt niistä ylös, niin se on yks. Elämäkokemus, mitä voi tavallaan välittää jollekin muulle.

Työkokemus yleensä ja erityisesti monipuolinen asiakastyökokemus ovat myös keskeisiä ammattitaidon perustoja mielenterveystyössä. Mistä tahansa terveydenhuollon tai muusta työstä saatua työkokemusta pidettiin jo sinänsä arvokkaana mielenterveystyön ammattitaidon kannalta. Työkokemuksen myötä myös käsitys omasta tehtävästä, ehkä myös tapa tehdä työtä, oli voinut muuttua - nuorena työntekijänä huomio oli kiinnittynyt enemmänkin asiakkaan fyysisen terveyden hoitoon. Kiinnostus asiakkaan mielenterveyden tukemiseen oli useinkin herännyt vasta kokemuksen myötä.

L 4: Että kyllä se varmasti on erilaista kuin silloin kun oon alottanut tän työuran. Kyllä se painottuu niin erilailta. Tää somaattinen puoli oli tärkeä. Nyt tuntuu, että se ei ookaan niin tärkeä. Että se painottuu just siihen laatuun ja henkiseen ja jaksamiseen. Et se on paljon tärkeempää, miten se jaksaa sen asian kanssa kuin että on fyysisesti hyvässä kunnossa.

PH 4:...tää pitkä työsarka. Aina siinä oppii, työtä tehdessään oppii uutta. Tekemällähän sen oppii. Mitä tekee virheitä, oppii, että seuraavan asiakkaan kanssa en teekään noin, että se meni ihan pipariks...kykyä asettua toisen asemaan.

L 2:...että on ollut monessa paikassa työssä ja monenlaisessa erilaisessa työssä. Et siihen vaaditaan paljon semmosta erilaisten tilanteitten ja asioiden näkemistä. Ja se ei tuu kun ajan myötä. Että jos mä olisin suoraan lukiosta mennyt lääkkiseen ja sitten olisin heti vaan tullut virkaan jonnekin ja...Mulla ois ollut aika suppee käsitys, mutta nyt kun on tullut tehtyä muutakin tässä elämässä kuin pelkkää lääkärin työtä, niin mun mielestä se on semmonen, joka rikastuttaa.

Koulutus on yksi tekijä ammattitaidon perustana. Koulutus oli joko tutkintoon johtavaa koulutusta tai muuta opiskelua. Tutkintoon johtavan terveydenhuollon koulutuksen ajateltiin antaneen lähinnä perustiedot ammatissa toimimiselle. Jotkut haastatelluista olivat perustutkintonsa lisäksi suorittaneet mielenterveystyön erikoistumisopinnot kuten sairaanhoitajan erikoistumisopinnot mielenterveystyössä. Nämä opinnot olivat haastateltujen mielestä antaneet merkittävästi lisää valmiuksia mielenterveystyössä toimimiseen. Muuhun opiskeluun sisältyvät mm. erilaiset kurssit, täydennyskoulutuksen ja itseopiskelun - näitä opiskelumuotoja pidettiin välttämättöminä ammattitaidon täydentäjinä. Tätä perusteltiin sillä, että mielenterveystyön luonteeseen kuuluu eräänlainen ikuinen keskeneräisyys: valmiiksi ei tule koskaan.

TH 5: Jotain yksinkertaisia asioita ei muka sovi kysyä...Ei sitä ehkä tuu ajatelleeksaan. Mut aika hyvin voi kysyä kaikkia asioita. Mä koen, että mä kuitenkin mä siitä mielenterveyskoulutuksesta sain tosi paljon irti. Eri tavalla pystyn kysyyn suoraan asioita...

L 2: ...jos jonain päivänä huomaa, että mähän oon helkkarin hyvä näissä mielenterveysasioissa, silloin kannattaa kyllä lopettaa kokonaan niitten asioitten hoitaminen. Silloin on jotakin pahasti pielessä. Musta tuntuu, että ihan elämällä tätä elämääkin, ...sitä kokemusta ja sellasta tulee, mitä ei oppikirjoista saa. Kuitenkin sitten pitäis periaatteessa aika paljon lukeakin, uusien lääkkeitten vaikutuksista ja uusista tutkimuksista.

L 3: ...se ei oo mikään itsestään selvyys, että se ammattitaito säilyy edes semmosena, mitä se on joskus ollut. Koska täytyy jatkuvasti jaksaa mennä koulutukseen, täytyis jaksaa mennä toiseen työpaikkaan, tuomaan sitä uutta tietoa, opettelemaan näitä ryhmätyötaitoja...koska jos mitään ei tapahdu, että vaan sitä omia virheitänsä toistaa yksin päivät pitkät.

Myös harrastuksia haastatellut pitivät ammattitaidon kannalta merkittävänä; niistä muodostui yksi tekijä ammattitaidon perustoissa. Tällaisina harrastuksina haastatellut mainitsivat mm. ihmissuhteet ja lukemisharrastuksen.

5.5.2 Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuudet mielenterveystyössä

Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuudet mielenterveystyössä muodostuvat asenteista, ammatillisen itsetuntemuksen taidoista, hoidollisen vuorovaikutuksen taidoista, yleisistä ihmissuhde- ja kansalaistaidoista sekä yksilöllisistä erityistaidoista.

Asenteet vahvuutena merkitsee myönteistä suhtautumista ja kiinnostusta mielenterveysasioihin ja -potilaisiin. Kiinnostus mielenterveystyöhön ohjaa työntekijän priorisointeja ja ammattitaidon kehittämistä esim. koulutuksen kautta.

TH 5: Mutta itse mä oon ollut mielenterveyspuolesta kiinnostunut oikeastaan ihan koko ajan. Mä oon pitänyt sitä niin kuin tärkeimpänä. Ehkä se ajoi myös minut sinne koulutukseenkin.

SH 7: ...että suhtautuminen on kuin mihin muuhun sairauteen tahansa...Sillä on suurikin merkitys, että ei mitenkään aliarvioi sen sairauden hoitoa, vaikka sen hoitoon ei välttämättä kuulu mitään kädessä pidettäviä työvälineitä.

L 2: Ihan sama juttuhan se on, jos sä ompelet haavan, niin hyvinhän sä sen teet, jotta siitä tulis nätti arpi. Ja jos sä jonkun kanssa juttelet sen ongelmista, niin hyvinhän sä sen teet, et siitä ois jotain apua. Se on se perusperiaate.

Ammatillisen itsetuntemuksen taidot ovat yksi perusterveydenhuollon työntekijöiden vahvuuksista mielenterveystyössä. Ne merkitsivät mm. tietoisuutta omasta osaamisestaan, sen vahvuuksista ja rajoituksista. Ammatillisen itsetuntemuksen taidot edistivät sekä potilaan että työntekijän hyvinvointia.

SH 4: ...pidän sitäkin ammattitaitona, että osaa tuntea omat rajansa, kaikesta huolimatta. Taikka että, se ammattitaito on sitä, että tietää, mitä tietää ja tietää, mitä ei tiedä.

TH 10: Kun skaala on laaja, niin kaikkea ei voi osata eikä tarvikaan osata, mutta täytyy osata ohjata ja sit jos ei sillä hetkellä osaa ohjata, niin ottaa selvää. Soittaa myöhemmin.

Hoidollisen vuorovaikutuksen taidot kuuluvat perusterveydenhuollon mielenterveysosaamisen vahvuuksiin. Näitä olivat kyky luottamukselliseen ja turvalliseen asiakassuhteeseen, empatiakyky, keskustelutaito, kuuntelutaito, konfrontointitaito, ahdistuksen sietokyky sekä herkkyyys ja intuitio.

TH 5: ...luulisin, että asiakkaat on kokenu semmosen luottavaisen suhteen. Ne luottaa siihen, mitä mä sanon, että se on turvallinen ja luottavainen se suhde... että asiakas luottaa minuun hyvin, kokee turvalliseksi ja tämmöseksi, että en puhu niitä asioita mihinkään.

TH 11: ...mielestäni osaan kuunnella...Mä mielestäni kestän aika paljon kuunnella, mä en ahdistu kovin äkkiä, vaikka mä kuulen minkälaista tarinaa.

L 3: Mä olen ite halunnu hakea sitä koulutusta sen verran, että minä edes uskallan katsoa mielenterveysasioita tai kysyä. Tai olla läsnä kipeelle ihmiselle.

SH 6: Se just...empaattisuus ja uskallan kohdata näitä omaisia, potilaita, pistää itteni likoon...Siitä saa kun uskaltaa pistää ittensä likoon.

TH 2: ...mutu-tuntemus on ihmeellinen, että se kertoo aina kuitenkin jotakin.... Että tässä on jotakin, mutta mitä, se selviää ehkä sitten seuraavan kymmenen vuoden aikana, jos selviää koskaan, mutta se on aika lailla semmonen, mikä on kehittynyt.

Perusterveydenhuollon työntekijöiden vahvuuksiin mielenterveystyössä kuuluivat yleiset ihmissuhdetaidot ja kansalaistaidot. Ihmissuhdetaidot vahvuutena perusterveydenhuollon mielenterveystyössä tarkoittaa mm. aitoa läsnäoloa ja kykyä ihminen-ihmiselle-suhteeseen. Kansalaistaidot-käsite sisältää ulottuvuudet talonpoikaisjärki (tai maalaisjärki) tai tavallisen ihmisen kosketus. Yksi perusterveydenhuollon mielenterveystyön vahvuuksista syntyykin siitä, että työntekijöillä on hyvä tuntuma ihmisten arkeen.

TH 1: ... mä itte koen, että hirveen pitkälle mielenterveyttä pystyy hoitamaan sillä, että puhuu näitten ihmisten kanssa, kuuntelee heitä ja yrittää sitten auttaa siltä osalta, mitä itse pystyy ja yrittää neuvoo eteenpäin.

TH 7: ...mä en oo mikään asiantuntija, mutta ihan tämmöstä tavallista, mitä tavallisella maalaisjärjellä pystyy auttamaan, kyllä mä siihen pystyn, mutta en mä koe olevani mielenterveystyön ammattilainen.

SH 4: Se riippuu tietysti potilaasta, että mitä potilas tarvii, kyllä ihminen ilman ammattitaitookin pystyy tukemaan ja tarjoamaan apua. Keskustelemaan potilaan kanssa siitä, mitä tämä tarvitsee.

SH 7: ...Sitä se kenties on aika paljon, että niillä ihan sun maallikkotaidoillas teet sitä mielenterveystyötä...Joskus pelkää, että kun liikaa lukee, menettääkö sitten sen semmosen tavallisen ihmisen kosketuksen toiseen ihmiseen.

Haastatelluilla oli myös yksilöllisiä erityistaitoja, jotka olivat heidän vahvuuksiaan mielenterveystyössä. Nämä taidot tukivat muita mielenterveystyön vahvuuksia ja liittyivät esim. jonkin erityisryhmän kanssa tehtävään työhön. Näitä olivat muun muassa henkilökohtainen uskonnollinen vakaumus ja rukoileminen sekä hyvä muisti.

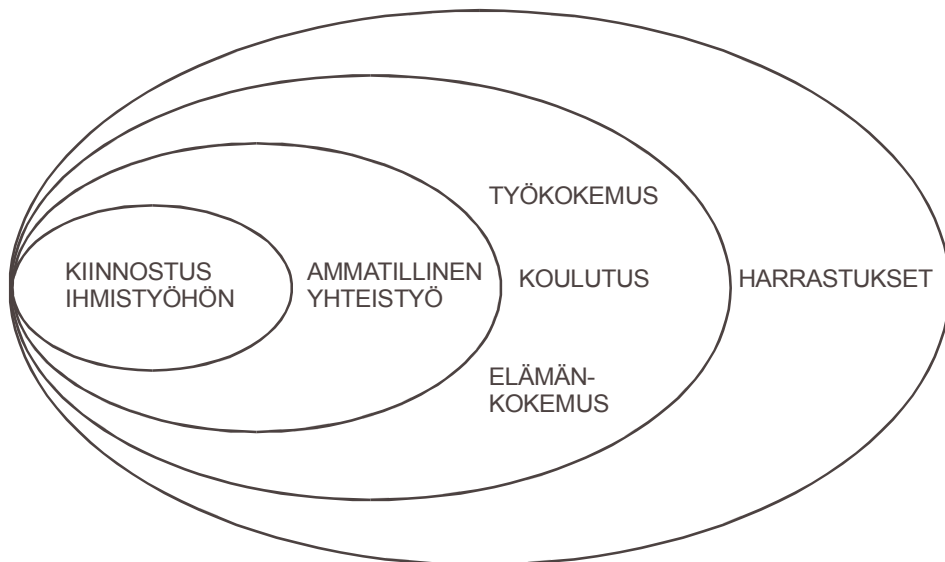
L 3: ...joku voi tarvita sitä luottamuksellisuuden tietoa silläkin tavoin, että mä sanon, että mä en kirjota tänne tietokoneelle muuta kuin että ollaan keskusteltu. Se on mun tapa kirjottaa...Koska mulla on yllättävän hyvä muisti. Mä muistan, mitä me on keskusteltu.

5.5.3 Yhteenveto

Perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perusta (Kuvio 5.) muodostuu kuudesta tekijästä, joita ovat kiinnostus ihmistyöhön, ammatillinen yhteistyö, elämäkokemukset, työkokemukset, koulutukset ja harrastukset.

Keskeinen elementti ammattitaidon perustana on työntekijän kiinnostus ihmistyöhön. Se ohjaa häntä tekemään ammattitaitoon vaikuttavia valintoja. Ammatillinen yhteistyö on toinen keskeinen tekijä ammattitaidon kannalta. Koulutus, työkokemus ja elämäkokemus ovat myös merkittäviä tekijöitä. Myös harrastuksilla voi olla ammattitaidon kannalta merkitystä.

Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuuksia mielenterveystyössä ovat asenteet, ammatillisen itsetuntemuksen taidot, vuorovaikutustaidot, elämisen taidot, ihmissuhdetaidot sekä yksilölliset erityistaidot.



Kuvio 5. Ammattitaidon perusta perusterveydenhuollon mielenterveystyössä

5.6 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen

Tutkimustehtävänä oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistarpeita ja -keinoja sitä toteuttavan henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen edellyttää toimenpiteitä neljällä tasolla: yhteiskunta- ja koulutuspolitiikan, paikallispolitiikan, palveluiden sekä perusterveydenhuollon työntekijän tasolla (Kuvio 6. s. 111).

5.6.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen yhteiskunta- ja koulutuspolitiikan tasolla

Sosiaalipoliittiset tulonsiirrot ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön suunnittelu sekä terveydenhuollon koulutusta koskevat ratkaisut ovat sellaisia yhteiskunta- ja koulutuspolitiikan tason ratkaisuja, joilla perusterveydenhuollon mielenterveystyötä voidaan kehittää. Näitä ovat lisäksi palveluiden saatavuutta koskevat päätökset sekä laajemmin koko yhteiskuntasuunnittelu.

TH 11: No tietysti se alueellisuus,...että aika paljon kaikennäköisiä toimintoja suunnataan isoihin kaupunkeihin ja täältäähän muuttaa väestöä pois... sitten kuitenkin tää väki täällä asuu mökeissään ja tarvis näitä palveluja. Tavallaan sitä peräisin, että niitten palvelujen saatavuus, että meilläkin ois täällä ja pysytyttäs sinne syrjäkylillekin, kun mun mielestäni meidän työntekijöiden on helpompi liikkua kuin niitten ihmisten sieltä isoilla porukoilla. Että tavallaan sitä alueellisuutta ja aluepolitiikkaa, että mitä se sitten onkin...

TH 8: Kyllä siinä varmaan on paljon asioita,...se ei oo sitten pelkästään tää terveydenhuolto, joka sitä kehittää, vaan koko yhteiskuntasuunnittelu.

L 2: ...se yhteistyö. Se, että siis, tästä täytyis päästä eroon tämmöisestä omaan pussiin säästämisestä, jolla aiheutetaan toiselle iso... Mulle kympin säästö, sulle satasen vahinko. Siitä täytyis päästä eroon. Ja se on sitä politiikkaa taas, että mitenkä ruvetaan hoitamaan tätä jengiä niin, että me voitais riskiryhmille antaa, vaikka 35-vuotiaalle miehelle kolesterolilääkkeet jo ennen, kuin niitä edes... siinä pitäis olla pitkäjännitteisyyttä. Kuka ryhtyisi tähän. Miettimään, että se ruoka, mikä on terveellistä, ois halvempaa. Se mikä on epäterveellistä, ois kalliimpaa, tupakan hintaa nostaa ja alkoholijuomien hintaa nostaa.

Lasten ja vanhusten kotihoidon tukemista ja hoitovapaata koskevat päätökset ovat esimerkkejä sosiaalipoliittisista tulonsiirroista, joilla haastateltujen mukaan voidaan vaikuttaa perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseen. Näitä ovat yhtä hyvin lasten kotihoidon tukemista tai hoitovapaata kuin toimeentulo- ja työttömyysturvaakin koskevat päätökset.

L 5: ...työssä käyvät ihmiset, joilla olis halua ja mahdollisuuksia tai jotain ammattitaitoa hoitaa omia vanhempiansa, että heillä olis jonkinlainen taloudellinen mahdollisuus siihen et yhteiskunta tulis siihen vastaan. Se on kuitenkin... tietynlaista mielenterveystyötä sekin, että ihmiselle ei jäis niistä syyllisyyksiä, että ne ei osallistu vanhempiansa hoitoon.

L 2: Niin, siis, täytyshän totta kai lähtee sieltä poliittiselta tasolta ne ratkaisut, että miten tuetaan kotihoitoa, oli se sitten eri-ikäisten hoitoa. Saako siitä korvausta, kannattaako ihmisten jäädä kotiin hoitamaan joko lapsiaan tai vanhuksiaan tai vammaisiaan tai muuten sairaita, siis just... poliittisia päätöksiä siinä kans tarviitaan... Mutta... jos tilanne on se, että työttömänä saa parempaa liksaa kuin siitä, että esim. hoitais sairaita vanhempiaan kotona, niin totta kai ihmiset valitsee sen korkeemman liksan, eli työttömyyskorvauksen.

Yhteiskunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa tulisi ottaa huomioon tehtyjen ratkaisujen merkitys mielenterveyden kannalta. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön ohjaus ja suunnittelu ovat kehittämisen välineitä. Kehittämisen lähtökohdaksi tulee käydä priorisointi- ja arvokeskustelua perusterveydenhuollon ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävistä. Lisäksi on luotava valtakunnalliset hoitomallit ja -suositukset perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävän selkiyttämiseksi ja laadun varmistamiseksi. Tähän liittyy myös perusterveydenhuollon mielenterveystyön arvioinnin kehittäminen.

TH 11: Sit se, puhuinko mä jo, sitä tukiasuntoja ja hoitokotiasuntoja, työtä ja toimintaa... tiimejä, toimintamalleja, yhteistyötä... toimintamalleja meillä ei oo, niitä meidän täytyy luoda... Esim. toimintamallia, että meidän täytyy oikein miettiä, että miten tää asiakas kulkee tässä verkostossa... Sitten mielenterveystyön toimintamalliakin ihan... Että ois semmonen yhteinen suuntaviiva... se ois yhteistyöjuttu. Sen pitäis olla alueellinen, siinä pitäis olla erikoissairaanhoidon mukana ja perusterveydenhuolto, terveys- ja sosiaalitoimi...

L 3: Et mikä on se semmonen perusterveydenhuollon minimi, mikä katsotaan semmoseksi, että sillä pärjää, et se on hyvää hoitoa, semmoset pitäis määritellä. Ettei tartte kaikkien lähtee hakemaan perheterapeutin koulutusta tai muuta, vaan mikä on se minimi tietotaito, millä mun pitää tulla toimeen ja asiakkaan pitää siihen tyytyä, silloin kun ollaan perusterveydenhuollossa.

L 3: ...muualla syöpäpotilaasta on tehty joku kirjanen, mitenkä hoidetaan melanoomaa tai tutkitaan tai miten jonkun syöpäpotilaan jatkohoito... se on kirjoissa ja kansissa. Niin mielenterveystyössä ei oo päässy vielä niin pitkälle, että ois yliopistosairaalan taholta, ois pantu kansiin, miten hoidetaan jatkohoidossa masennuspotilasta, skitsofreniapotilasta... mistä voi edes luntata ja verrata sitä omaa, että miten oon tehnyt ja mihin mun pitäis pyrkiä.

L 3: Me hoidamme vaikeita mielenterveysasiakkaita perusterveydenhuollon kotisairaanhoidon sisällä, ilman, että meistä on kukaan ammattilainen. On saatu, me saadaan ohjeita, me voidaan konsultoida mielenterveystoimistoa, mut se hoito tapahtuu siellä. Siellä skitsofreniapotilaita, siellä on piikityspotilaita, siellä

on monennäköistä. Siinä tulee se, että kuinka riittävät on meidän tiedot ja missä se on puutteellista, koska kukaan ei myöskään arvioi sitä. Kukaan ei arvioi sitä hoidon tasoa siinä kohti...

TH 2: Se...täytyy miettiä, mikä on se tärkeä, mitä me tehdään. Mutta sitä nyt on kysely ja siihen ei oo kauheesti vastauksia saatu, että meidän täytyy varmaan sitten ite jotenkin päättää tietyllä lailla. On asioita, mihin lääkärin täytyy sanoa kantansa, että millon joku juttu täytyy ehdottomasti tietää, että kuuleeko tää laps tai ei.

Terveydenhuollon eri ammattiryhmien koulutusta koskevilla ratkaisuilla on vaikutuksensa perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseen. Koulutuksessa tulisi vahvistaa mielenterveystyön näkökulmaa, kiinnittää huomiota sekä käytännöllisen osaamisen että laaja-alaisen ammattitaidon varmistamiseen.

SH 3: No koulutuksessa mä panostaisin enemmän ihan näihin käytännön taitoihin...jos koulutuksesta puhutaan,...jos on esimerkiksi lukion käynyt, niin vois tästä sairaanhoitajakoulutuksesta vähentää just...äidinkieltä, mitä on jo tullut lukion oppimäärässä, matematiikkaa, näitä yleisaineita. Ja niitten tilalle enemmän näitä ammattiaineita. Sen mä näen tosi vahvana puutteena. Sitten vois mun mielestäni ihan käytännön harjoittelua lisätä, sitä ei oo ikinä liikaa. Sit mun tuli ihan sellanen asia mieleen, mikä vois olla ihan hyvä asia koulutuksessa, et kävis...paikoissa. Sais tällasen kokonaiskuvan, ettei se harjoittelu ois esim. vaan Pitkäniemen tässä psykiatrisessa sairaalassa.

TH 5:...se mielenterveyspuolen koulutus saisi kyllä olla tässä terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan, kaikkien hoitohenkilökunnan koulutuksessa vielä ylimääräisenä...Se et mitään ei oikeastaan tapahdu ihmisen kanssa, jos se vuorovaikutus ei pelaa.

L 5:...vaikka olis ollut työpisteissä mielenterveystoimistossa tai psykiatrisella puolella, niin eihän siellä juuri saa mitään ohjausta ja koulutusta, et se on sitä, että mennään lääkärin paikalle siihen hoito-organisaatioon, ollaan siinä ja tullaan pois. Loppujen lopuksi mun mielestä tällä hetkellä yliopistollisissa psykiatrisissa yksiköissäkin hirveen vähän pystytään opettamaan apulaislääkäreitä, että miten pitäis työtä tehdä. Ei kukaan oikeastaan neuvo siinä, että ei ole sillä lailla semmosta ammattitaitoa olemassa, mitä siirrettäis toisille...se on ihan todella suuri puute, että psykiatreilla oo ammattitaitoa, eikä lääkäreilläkään oo ammattitaitoa, ellei ne oman kokemuksensa kautta sitä hanki. Se on nimenomaan semmonen työ, missä lyödään päätä seinään ja kasvetaan aikuiseks hitaasti itte. Sitä mun mielestäni kaipais, että tavallaan joku ohjais siinä.

TH 8:Tää (mielenterveystyö/H) on mun mielestäni semmonen teema, joka pitäis mennä koko koulutuksen läpi, joka suhteessa. Kun ollaan lastenneuvolassa, äitiysneuvolassa, työterveyshuollossa, vanhustyössä on ihan omat ongelmansa. ...Se täytyy mennä koko linjan läpi siellä...

TH 11: Täällä tarvitaan sitä ammattitaitoa yhä enemmän. Ja laaja-alaista ammattitaitoa tarvitaan. Tavallaan tää koulutus menee mun mielestä, mä oon sitä mieltä, vähän niinkun eri suuntaan, että se eriyttää liikaa. Et mun mielestä nyt tarvittas laaja-alaisia ihmisiä, joilla ois monenlaista, monta eri, monipuolista koulusta...

5.6.2 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen alueellisen ja paikallisen päätöksenteon tasolla

Alueellisen ja paikallisen päätöksenteon tasolla olevia kehittämiskohteita ja -keinoja perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseksi ovat henkilöstön lisä- täydennyskoulutusta sekä virkarakennetta koskevat ratkaisut. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tarpeisiin suunnitellun lisä- ja täydennyskoulutuksen tarjontaan ja rahoitukseen on haastateltujen mukaan kiinnitettävä huomiota. Erityisesti pitkäkestoiset koulutukset ammattitaidon täydentämiseksi aiheuttavat työntekijöille ansionmenetyksiä. Työnantajan tulisi mahdollistaa työntekijöiden osallistuminen lisä- ja täydennyskoulutukseen.

TH 5:...koulutusmäärärahoja on myöskin niin vähän, että ne menee ihan sitten konkreettiseen kouluterveydenhuoltoon, äitiysneuvolaan, melkein ne on näitä ilmaisia koulutuksia, mihin meikäläinen pääsee...mä en tarvisi mitään muuta kuin jotain tähän mielenterveyteen liittyvää koulutusta.

L 3: Ei meitä voi jättää sillä tavalla, että me käydään jossain koulutuksessa jos me jaksetaan. Vaan että meille pitää tuoda se koulutus sinne saakka. Koska sillon kaikki pääsee osalliseksi siihen ja se toteutuu myöskin...

TH 6: Sit meidän oppilaitoksissahan on lisäkoulutuksina näitä 20 viikkoo mielenterveystyön jatkokursseja, et se vaan on, että ne on työnantajan kannalta, että ne täytyy omalla ajalla ja omalla kustannuksella käydä.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön erityispiirteet tulee koulutuksessa ottaa huomioon. Haastatellut painottivat sitä, että perusterveydenhuollon työntekijät tarvitsevat juuri heitä varten (ei esimerkiksi erikoissairaanhoidon tarpeisiin) suunniteltua koulutusta. Koulutuksen tulisi myös olla jatkuvaa ja systemaattista.

TH 2: Hyvin vähän on mielenterveyteen liittyvää koulutusta taikka eikö ne tuu ...meille asti ne tiedot...Erikoissairaanhoido on niin erilaista, että ihan tää perusmielenterveystyö...Hienoa olis, jos ois vielä...ihminen, joka olis tietonen, mitä perusterveydenhuollossa tehdään. Että osais puhua...asioita, mitä olis hyvä tietää perusterveydenhuollon työssä olevien ihmisten.

L 7: Avoterveydenhuollon psykiatria lääkäreille. Päivä kahdessa kuussa. Kestäis vuoden. Projekti, missä käytäis läpi asioita...Mä menisin heti, mut se ei saa olla liian paljon, kun töistä ei voi olla pois, kun on

väestövastuulääkäri...Nyt vaan käydään irrallisilla päivillä, vähän mielenkiinnon mukaan. Et ois joku tavoitteellinen, joka syventäis sitä tosiaan sitä kohtaa, mistä nyt on kysymys kulloinkin, ois antoisampi.

Mielenterveystyön erityisosaamista perusterveydenhuollossa tulisi haastateltavien mukaan vahvistaa palkkaamalla mielenterveyshoitajia tai psykiatrisia sairaanhoitajia perusterveydenhuollon työryhmiin. Tätä haastatellut perustelivat mm. sillä, että perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden käyttöön väestöllä on matala kynnys. Myös taloudelliset syyt esitettiin perusteena. Potilastyön lisäksi mielenterveystyöhön erityiskoulutettua työntekijää (erikoissairaanhoitajaa, mielenterveyshoitajaa) haluttaisiin käyttää konsultaatio- ja koulutustehtävissä sekä perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisessä ja koordinoinnissa.

PH 4: Että ois tässä perusterveydenhuollossa joku, joka ottais vastuun siitä. Hoitajatasoinen ihminen...Että ois yks ihminen, joka organisois ja pistäis rattaan pyörimään pikku hiljaa...Se näkyis siinä, että se kehittäis tavallaan sitä järjestelmää, että mistä kukakin saa apua...se voisi ottaa vastaanikin ja sillä ois ne reitit selviä, mihin se ohjaa eteenpäin...Se ois tavallaan yhdyshenkilö tän erikoispuolen ja meidän välilläkin. Mutta että pystyis vastaanottoa pitämään...

TH 5: Mä oon ihan varma, että jos meillä ois erikoissairaanhoitajan virka tai psykologin virka täällä, niin ei tarvisi kauaakaan lähetellä, kyllä meidän täytyis vastaanotto ihan niin, että ihmiset itse soittais ja tilais ajan ...

TH 10:...täällä mun yksikössä ei oo yhdelle psykiatriselle työtä,...eihän hänen oo pakko olla varsinaisesti väestövastuussa vaan meille yhteinen plus, että hän voisi yhteyttä sinne mielenterveystoimistoon päin.

Perusterveydenhuollon virkarakennetta kokonaisuutena tulee tarkastella mielenterveystyön näkökulmasta. Mielenterveystyön toteuttaminen edellyttää mm. riittäviä resursseja. Tämä olisi haastateltujen mukaan mahdollista lisäämällä suorittavaa työtä tekevien virkoja ja keventämällä hallintoa sekä muuttamalla työnkuvia ja virkoja vallitsevan tarpeen mukaisiksi. Lisäksi perusterveydenhuollossa tarvitaan laaja-alaista koulutusta, mutta myös monipuolisesti koulutettuja työntekijöitä. Lyhytaikaiset työsuhteet eivät tue mielenterveystyön toteuttamista, sillä ne vaarantavat mielenterveystyön kannalta olennaisen tärkeän hoitosuhteen jatkuvuuden.

L 6: Ylipäänsäkin voisi kunnan tasolla, että oisko mitään mahdollisuutta nipistää noista hallinnollisista viroista ja näitä tämmösiä suorittavien ihmisten virkoja lisätä samalla rahalla.

TH 6 : ...kyllä meillä täällä perusterveydenhuollon puolella kotisairaanhoidossa olis paikallaan olla psykiatrisia sairaanhoitajia. Täällähän on ollut nimenomaan, että on valittu vaan terveydenhoitajia. Mut nythän se ei oo enää mahdollista. Siinähän on opistoasteinen sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja vaatimuksena uusissa toimitissa.

SH 3: Mun mielestäni ei ois yhtään hullumpi ajatus, että täällä ois siihen erikoistunut hoitaja, tai...Kun täällä (terveyskeskuksen vuodeosastolla /H) ei resurssit riitä, kun menee pelkästään näiden rutiinien hoitoon niin iso aika, lääkkeitten jakoon ja tämmöseen, että se puoli tahtoo jäädä huomioimatta.

L 3:...sitä ei saa unohtaa sitä perusterveydenhuollon mielenterveyshoitajan virkaa...Kuvitellaan, että se tulee se erikoissairaanhoido meille saakka, kun se ei tule kuitenkaan. Se (mielenterveystoimisto/H) on erillinen yksikkö, vaikka mäkin sain sieltä psykologin liikkeelle, mutta että se oiskin meidän tiimissä, koska sitä kautta tulee tätä asennemuutosta ja koulutuksellista, että se on siinä meidän työtiimissä jokapäiväisesti mukana.

L 2: ...jos meillä on vaikeita skitsofreniapotilaita ja muita mielenterveyspotilaita kotona, niin niille pitäis myöskin tarjota palveluja, niitä avoterveydenhuollon palveluita...Silloin pitäis kyllä olla henkilökuntaa, että voitaisiin käydä esimerkiksi juttelemassakin ihmisen kanssa, ettei se oo pelkästään sitä, että mulla on niin kova kiire, että mä jaan nyt sun lääkkeet dosettiin ja morjens...

TH 5: Meillä on tää kuntoutuskoti. Sairaalan ja kuntoutuskodin välimuoto. Siellä on näitä kroonikkoja asunut, kaunis vanha talo siinä ... puitteet hyvät. Sillä säästetään paljon sairaalapaikkoja. Kun siellä on hoitajat ... kysymys on siitä saako viran, sit aina on määräaikaisia. Sit pitäis olla pitkäaikaisia ... niillä on jo niitä hylkäämiskokemuksia jo elämässään niin hirveen paljon. Se on aina sama, kun hoitaja lähtee ja taas tulee uus. Tuleehan se semmonen ikävä tunne. Enemmän täytyy satsata siihen, rahoja tulee kyllä takasin jos perusterveydenhuolto alkaa kantaa vastuuta näistäkin enemmän.

TH 9: Sen verran resursseja, että pystytään tekeen niitä kontakteja...ja kotisairaanhoidossa lähinnä sitä painetta on. Ne semmoset asiakkaat on lisääntyny kyllä viimeisten vuosien aikana tosi paljon...Niissä ei piipahdeta ihan vartissa. Ja sitten se, että kyllä se nähdään, että mikä toikin käynti on. että kyllä me ollaan vähän semmosia tehokkaita, että meillä ei tahdota nähdä sitä, että käytetään tunti, puolitoista jossain keskustellen...

5.6.3 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen paikallisten palveluiden tasolla

Paikallisten palveluiden tasolla perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen tulee kohdistua palvelujen rakenteeseen, sisältöön ja laatuun sekä yhteistyöhön.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön rakenteen kehittäminen edellyttää paikallisten tai alueellisten mielenterveyspalveluiden täydentämistä paikallisen tarpeen mukaiseksi. Varsinkin erilaisia asumiseen ja päivätoimintaan sekä kriisiapuun liittyviä palveluita kaivattiin. Paikallisia mielenterveyspalveluita haluttiin kehittää monipuolisesti toiminnalliseen suuntaan. Pienten paikkakuntien ongelmana nähtiin asiakkaiden leimautumisen pelko ja tästä johtuva korkea kynnys käyttää mielenterveysasiakkaille suunnattuja erityispalveluita. Yhtenä

ratkaisuna esitettiin harrastuspohjaisten palveluiden tarjoamista mielenterveyden ongelmista kärsiville. Myös mielenterveystoimiston "lakkauttamista" ts. toimintojen sulauttamista perusterveydenhuollon muun toiminnan yhteyteen ehdotettiin.

TH 5: ...väärä järjestelmä koko systeemi, että puhutaankaan mistään mielenterveystoimistosta, kun ne pitäis olla kaikki tässä samassa ja sitten taas erikoissairaanhoido niin kuin meilläkin TAYS:n puitteissa...tää tällöinen välimuoto, mun mielestäni se pitäis poistaa...

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseksi palveluiden sisältöä on kehitettävä mielenterveyttä tukevaan suuntaan. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi käyttämällä mielenterveystyön mahdollistavia työtapoja. Mielenterveystyön lisääntyminen perusterveydenhuollon työssä tulee ottaa huomioon esimerkiksi järjestämällä aikaa kotikäynneille tai kahdenkeskisille keskusteluille. Terveystarkastusten sisältöä on tarkasteltava uudelleen: tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi mielenterveyteen liittyvien asioiden puheeksi ottamista kaikissa terveystarkastuksissa.

TH 12: Esim. jossain lastenneuvolassa, ...että sä voisit kuullostella vähän sen perheen jaksamista kautta linjan, niin siihen menee kaksinkertainen aika, jos sulla on siellä koko perhe kuin että pelkkä lapsi.

PH 4: ...että me saatas siihen aikaa. Että meillä ois semmosia aikoja, mihin saatais näitä ihmisiä lykätä. Sitä ei voi panostaa kauheesti yhdelle lääkärille, koska silloin se lääkäri ei jaksaa. Koska meillä on akupunktioaikoja, ehkäisyneuvola-aikoja, niin miksei vois olla mielenterveysaikoja. Jotka säilytettäs välissä. Jos siihen ei tuu asiakasta, ...saatas sitten vaikka samana päivänä päivystysajaks vaihdettua, mutta siellä ois niitä olemassa niitä aikoja, mihin me saatas nopeesti se ihminen, ettei sen tarvi mennä sinne päivystyksen kiireeseen, missä siihen ei ehditä puuttumaan. Eli resursseja sitten pitäis olla.

TH 1: Se me ollaan koettu, että...minkä takia terveydenhoitajan pitää mennä ensimmäisenä sinne mielenterveyspotilaan kotikäynnille, että eihän me olla asiantuntijoita. Niille jotenkin järjestää semmonen kriisityö tai päivystyskäynnit. Siinä kokee sitä ammattitaidon riittämättömyyttä ja on se työsuojelullinenkin asia, jos yksin joutuu lähteen kotikäynnille. Helposti sitten vaan lääkärinkin soittaa ja sanoo, että me nyt käymään siellä ja kattoon, mikä se tilanne on... Tätä me ollaan mietitty, että meidän pitää alkaa kehittää semmosta ryhmää, jolla ois valmius lähteä...

L 2: Kyllä ja se just, että jos ajatellaan, että on joku terveystarkastus niin siinä sitten olis sopivat kysymykset, kautta linjan, että se ei ois pelkkää kolesterolin mittaamista, et se ei sais mennä siihen, että otetaan papa ja kolesterolia ja se on tätä, että siihen täytyis olla joku alaan perehtynyt ihminen, joka osais tätä psyykkistäkin puolta huomioida.

SH 3: täällä terveyskeskusosastolla, kun tää on näin iso, 63 potilaspaikkaa, suurin osa sairauksista esimerkiksi tuolla sisätauti- ja sisätauti- osastolla on tällasia

psykosomaattisia tai psyyke on niin vahvasti mukana. Kun sairastuu vakavasti, esimerkiksi syöpään, niin silloin minun mielestäni pitäisi kiinnittää huomio tähän psyyken hoitoon tähän ahdistuksen lieventämiseen enemmän huomiota.

TH 5: ...enemmänkin ottaa semmosia asioita rohkeesti esille joka ikisessä kontaktissa. Että miten ihmisillä yleensä menee ja mitä ihmisen mielikuvamaailma tulevaisuudesta, suunnitelmista, siitä omasta sairaudesta, että minkälaisia mielikuvia ihmisellä on siitä ja mitä hän ajattelee, että miltä tulevaisuus näyttäs paranemisen kannalta tai meneekö huonompaan suuntaan. Enemmän tän tyyppisiä asioita, jolloin pääsis enemmän pureutuun siihen, kun tietäis, mitä se ihminen ajattelee. Ei tällöisiä kysyä, ei oo aikaa kysyä ja musta tuntuu, että ei oo oikein valmiuttakaan. Ne täytyy ensin tehdä itsellensä ne valmiudet valmiiksi, ennen kuin toisen kanssa puhuu... Mun mielestä se merkitsis vaan ihan sitä, että me alettais kysyä ihmisiltä enemmän ja me otettais vähän enemmän sitä aikaa. Siihen ois aika hyvä mahdollisuus väestövastuussa enemmän, koska ihmiset kohdistaa ne käyntinsä määrättyihin.

TH 12: Kyllä mä sen ainakin haluan sanoa, edelleen korostan sitä, että on tärkeitä kuullostella, miten se asiakas jaksaa. Onko oireitten takana jotain muuta kuin pelkkää fyysistä oiretta. Se selviää muutamalla tällöisellä ystävällisellä kysymyksellä, että kuinka sä oikeesti voit tai onko sulla huolia. Tai että se kuinka sä oot nukkunut. Ainakin nää vois olla aloituskysymyksiä...

Ns. etsivän työn tekemistä ehdotettiin yhtenä uutena työmuotona. Haastatellut pitivät tärkeänä mahdollisuutta tehdä kotikäyntejä nykyistä enemmän. Tämä olisi yksi tapa vastata väestön piileviin palvelutarpeisiin. Tätä tarkoitusta palvelisivat myös esimerkiksi yhteisökartoitukset.

TH 6: Tähän vois sopia semmonen käsite, kun yhteisöarviointi...kun nyt on saatavissa kaikenlaisia rekistereitä ja tietoja, just mielenterveyspuoleltakin.. tiedetään tiettyjä lainalaisuuksia, kuinka se näkyy ihan tässä meidän alueella ja millä päin alueita ja missä ja miten se on ja miten vois yhteisön omia voimavaroja laajemminkin kuin perhettä niin jotenkin käyttää...toisko se tavallaan näkyvämmäks ne tarpeet. Ettei rajotutakaan vaan koululla koululaisiin ja äiteihin äitiysneuvolassa, vaan just että tässä alueella...

TH 1: ...paljon enemmän pitäis olla aikaa kotikäynneille...et monta kertaa jotkut asiat saattas ratketa ihan jollakin lääkärin kotikäynnillä, jossa pystyis selvitteleen ja puhumaan siellä...ja sit tehdä jatkosuunnitelmia. Joskus potilaan on hirveän vaikea jostain syystä tulla tänne. Ja myöskin omalta kohdaltani mä kaipaisin aikaa, että vois tehdä sitä semmosta ennaltaehkäisevää työtä, kun mä tiedän, että siellä on semmonen perhe, että mulla ois mahdollisuus kouluterveydenhuollossa tehdä kotikäyntejä.

L 2: Kuinka paljon perusterveydenhuollon pitäis käydä kouluissa puhumassa asiasta? Tuleeko se kouluterveydenhoitajan kautta ne mielenterveysasiat? Pitäiskö työpaikoilla, no kyllähän monessa paikassa on järjestetty henkistä työsuojelua sun muuta. Kyllähän työterveyshuollossa tunnustetaan näitä ihmisiä. Mut sit, jos ihminen ei kuulu mihinkään tällöiseen...hän on vaikka kotona.

Puhutaan vaikka vanhusväestöstä, ei oo mitään lääkitystä, ei käytä terveyspalveluita, niin ei käy missään tämmösessä, se on sitten... semmosesta voi tietysti löytyä vaikka mitä loppujen lopuks...

Palveluiden laadun kehittämiseksi hoidon jatkuvuuteen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Tämän tulisi näkyä erityisesti siirtymävaiheissa, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Vastuun siirtyminen pitäisi tehdä nykyistä konkreettisemmaksi esimerkiksi siten, että entiset ja uudet hoitajat tapaavat siirtymävaiheessa potilaan läsnäollessa. Tämän jälkeen perusterveydenhuolto voisi nykyistä aktiivisemmin kutsua potilaita seurantaan. Erikoissairaanhoidon lähettämisen kynnystä tulisi myös arvioida nykyistä tarkemmin. Perusterveydenhuollossa tarvitaan myös tietoa erityispalveluissa ja kolmannella sektorilla tarjolla olevista tuki- ja hoitovaihtoehtoista. Palveluja tulisi kehittää asiakaslähtöisyyden pohjalta; apuna voisi käyttää esimerkiksi asiakaspalautetta. Toisaalta perusterveydenhuollon tulisi myös opastaa potilaita väestövastuupalveluiden käytössä. Tällöin ns. turhat lääkärisäkäynnit vähenevät, kun potilaat oppivat hoitamaan asioitansa puhelimitse ja hoitajan kanssa.

L 3: Minun mielestä, jos nyt sitten ollaan väestövastuussa, mihin Suomikin on menossa, niin se antaa taas sen mahdollisuuden tähän, koska nyt on edes paperilla määritelty, kuka hoitaa. Aikasemmin ei ollut ollenkaan olemassa hoitavaa lääkäriä. TAYS:stä tulee epikriisi ”hoitava lääkäri”, mutta kun täällä ei oo määritelty, niin ei täällä kukaan häntä hoida, se ei oo kenenkään vastuulla semmonen asia, että joku vaikka kutsuis asiakkaan. Mutta kun se on omalääkäri, niin omalääkäri sitten sen kyllä päättää, että onks tää ihminen, jolle pitää todella se kirje lähettää vai osaaks se itse varata aikansa. Se on jotenkin määritelty sit se jatkohoito.

PH 4: Että enemmän mielenterveystoimistosta tiedotteita, tietoo siitä niiden toiminnasta ja siitä miten me saadaan sinne ohjattua. Ei ois yhtään hassua, vaikka se ois joku kuukausiraportti, et tavallaan se asia kertautuis, että se ois koko ajan pinnalla. Että esim. tällä hetkellä mä en pystyis kylmiltään sanoon, että mistä numerosta ihminen sais apua ja minä päivänä toimisto on täällä auki.

SH 3:...osviitat sun muut, tulis puhumaan tästä omasta toiminnastaan meille. Must tuntuu, että moni muu mun lisäksi ei tarkkaan tiedä, mitä nää pitää sisällään. Tietoa tulis näin...Mun mielestäni sitä vois ihan työaikana informaatiota, jokainen tulis puhumaan. Ois...esimerkiksi kansio, missä ois kaikki nää jatkohoitopaikat, mitä vois sitten, ite tietäs niin paljon, että vois potilastakin informoida sitten...Just tää hoidon jatkuvuus, sitä mä pitäisin tärkeänä, ettei se ois se hoito täällä vaan tosiaan, kun osastolta lähtee, niin mitä sitten. Että sitä alettas täällä jo pohtimaan ja miettimään, just näitä, mitkä on tän potilaan tavoitteet. Se tän kuntoutuksen. Sitten kaikki nää yksityiset paikat mitä on, jos ajattelee esimerkiksi päihdeongelmaista, niin olis esittää vaihtoehtoja, mitä voi käyttää.

TH 5: ...meidän pitäis pikkusen mielenterveyspuolella nostaa sitä omaa kynnystämme, eli se, mitä me tehdään, sitä laatua siinä mielenterveyspuolella. Sitten sen kynnyksen jälkeen vasta lähdetään erikoissairaanhoidon, jolloin siellä olis enemmän resursseja ja aikaa sitten käyttää niille, jotka tarvii sitä aikaa enemmän.

L 3: ...ja sairaanhoitaja voi yhdessä (lääkärin kanssa/H) olla se työpari, joka tietyn mielenterveysasiakkaan kontakteissa, ...vaikka kutsuu hänet, kun häntä ei rupee kuulumaan ja...Ja myöskin tää niin kuin asiakaslähtöinen opettelu. Mä tarkoitan sillä sitä, että se asiakas ei siirry paperina, vaan se siirtyy henkilökohtaisessa kontaktissa jopa niin, että minut pyydetään vaikka sinne mielisairaalaan käymään palaveriin tai mun hoitaja...Ja toinen asia se, että ei suinkaan olla vielä väestöö opetettu ja valistettu ollenkaan, että mikä se väestövastuu on, miten sitä kannattaa käyttää. Se puuttuu kokonaan. Sillonhan siitä ei selvitä, jos asiakkaat, potilaat ajattelee, että lääkärin kontakti on se autuaaksi tekevä. Me ei pärjätä ollenkaan, vaan potilaan täytyy hyväksyä, että sairaanhoitajan kontakti on yhtä hyvä.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä voidaan kehittää työnjakoa ja työjärjestelyjä kehittämällä. Tämä edellyttää sen hyväksymistä, että mielenterveystyö on kaikkien työtä silloinkin, kun työryhmään kuuluu mielenterveystyön erityiskoulutettu työntekijä. Toisaalta olemassa olevan ammattitaidon hyödyntäminen ja henkilökunnan entistä joustavampi käyttö vahvistaisi osaltaan mielenterveystyön toteuttamista. Lääkäri ja hoitaja voisivat nykyistä enemmän toimia työparina, jolloin potilas voisi tavata tarpeen mukaan jommankumman eikä välttämättä lääkäriä jokaisella käynnillä.

SH 5: Nyt kun ollaan tässä väestövastuussa, niin siihen ei voi ketään ihmistä siirtää, nimenomaan tähän mielenterveystyöhön, että kyllä se kulkee kaikilla mukana siellä omalla alueellaan.

TH 12: Siltä osin vois miettiä työjärjestelyjä, et se aika, mikä sulla on sillä hetkellä sille asiakkaalle, että se olis edes keskitetty. Tää on yks työjärjestely tietysti, että voidaan puhelinliikenne ohjata muualla...Esim. me on kehitetty tuota aikavarausjärjestelmää, siinä on tulossa muutoksia...Keskittämällä tietyt vastaanottoajat, ja pitämällä niistä kiinni.

L 6: Ylipäänsä sellasia töitä, siirtää hoitajatasolle...mitkä nyt on lääkäriillä, mutta mitkä vois hoitaja kysyä...Aika paljon ihan flunssasairaslomiakin kirjoittaa edelleen lääkärit, jotka pitäis hoitua omalla ilmoituksella tai että terveydenhoitaja tekee sen.

L 6: Mutta myös vois olla paremmin suunniteltuna tämä terveyskeskuksen mielenterveystyö. ...vois siirtää osavastuuta, kun meillä kuitenkin terveyskeskuksessa on, kun laajemmin kattoo, henkilökunnassa ois psykiatrisia sairaanhoitajiakin, että niiden ammattitaidon hyödyntäminen. Vaikka ne on sillai, että ovat eri toimipisteissä (H), mutta kaikkihan terveyskeskuksen viroista on periaatteessa siirrettävissä ihan mihin vaan.

Yhteistyön kehittäminen työryhmän sisällä ja sieltä ulospäin ovat myös perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen välineitä. Yhteistyö palvelee mm. potilasta koskevaa tiedonkulkua ja konsultointia. Erityisen tärkeänä pidettiin **mielenterveystoimiston ja erikoissairaanhoidon kanssa tehtävän yhteistyön kehittämistä**.

Mielenterveystoimiston kanssa tehtävän yhteistyön odotettiin palvelevan perusterveydenhuollon työntekijöiden koulutusta ja työnohjausta. Myös välittömään potilastapausten käsittelyyn toivottiin mielenterveystoimistosta tukea, ehdotettiin esimerkiksi yhteisiä kotikäyntejä tai vastaanottoja. Erikoissairaanhoidon kanssa tehtävän yhteistyön kehittämistarvetta nähtiin erityisesti potilaiden kotiuttamisen ja jatkohoidon aloittamisen vaiheessa. Myös työryhmän ja -yksikön sisäisen yhteistyön sekä työryhmästä ulospäin suuntautuvan yhteistyön kehittämiseen nähtiin tarvetta.

TH 4: ...se on tätä mielenterveystoimiston osuutta, mä odottaisin ja toivosin, että sieltä tehtäs enemmän kotikäyntejä. Nyt kun välillä tuntuu, että me ollaan se mekaaninen puoli ja he tekee sen muun työn...Nythän meillä ei oo niitten kotikäynnin, mä en saa mitään informaatioo, mikä siellä on ollut tilanne, tai mitä siellä on tapahtunut. Mulle soitetaan sitten vaan, jos tulee uus resepti tai lääkitys muuttuu tai sillai...Ehkä just enemmän ihan yhteydenottoja puolin ja toisin.

TH 10: Kyllä se tietysti ois asia numero yksi, että me saatais parempi yhteistyö tähän mielenterveystoimiston kanssa, se on haave, ikuinen haave. Ainakin opittais puhumaan yhteisistä asiakkaista ja yhteisin sävelin.

L 6: Mun mielestä se ois kauheen hyvä, jos ois semmosta yhteispalavereita, vaikka palaveri on meillä ihan kirosana, kun sehän vie aikaa tästä vastaanottotyöstä. Mutta että olis vaikka...mielenterveyspalavereita, joissa olis esim. terveyskeskuksen psykologi ja mielenterveystoimiston psykiatri paikalla, jossa näitä asioita vois käsitellä. Ja jossa voitais tätä yhteistyötäkin linjata, että kuka esim. tätä potilasta hoitaa, että mikä siinä on mielenterveystoimiston osuus ja mikä on meidän osuus.

L 3: Sitä vois vaikka sitä työnohjausta aloittaa siitä käsinkin, jos heidän (mielenterveystoimiston/H) voimavarat vaan sallii. Että meidän talon sisällä auttasivat meitä eteenpäin. ...ihan semmostakin, siis opetuksellista siinä mielenterveystoimiston ja perusterveydenhuollon välillä, siis et hoitajien vaihtoa ja yhteiskotikäyntejä ja tämmösiä projekteja. Siinähan oppii rinnalla kulkemalla...

L 3:...mä oon kokenut todella tärkeeks, että mielenterveystoimistosta psykiatri kävelee mun huoneeseen, mun potilaan luo. Koska silloin mä saan sen palautteen tässä suoraan. Mä en saa sitä ikinä mistään, jos mä luen jonkun epikriisin sairaalasta.

SH 5: Ja sitten ihan yksittäisten tapausten kanssa, kun menee sormi suuhun, että vois ottaa silloin yhteyttä (mielenterveystoimistoon/H) ja kysyä ihan sillä akuutilla hetkellä, kun se tilanne on. Ei siinä sen ihmeempää tarttis olla. Ja se, voihan sinne nytkin soittaa, mutta kun ei sieltä saa mitään apua eikä vastausta, et

sieltä todella sitten annettas joku vastaus tai neuvo. Että ei se hyödytä mitään sinne soittaa, kun ei sieltä mitään tule.

L 3: Perusterveydenhuollossa on tähän saakka lääkärin työ ollut hyvin yksinäistä ja se on sitä edelleenkin. Mä toivoisin, että väestövastuun myötä enemmän opeteltas tätä lääkärikumppanien käyttöä ja yhdessä pohtimista ja että sitä kautta saa sitä tuntumaa, että mä oon ihan oikeita ratkaisuja tehnyt.

Omaisten kanssa tehtävän yhteistyön kehittämistä pidettiin mielenterveystyön kehittämisen näkökulmasta tärkeänä. Myös kunnan muiden toimialojen, kuten kotipalvelun ja muiden sosiaalipalveluiden, perheneuvolan, jopa liikuntatoimen kanssa tehtävän yhteistyön kehittäminen palvelisi haastateltujen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyötä.

TH 1: meillä on ongelma tää lääkäritilanne ihan tästä "oman kunnan" (/H) tasolla, että meillä on hirveen paljon ollut sijaisia ja ylilääkäri (/H), joka on meidän kokenein...niin hän ei oo läheskään aina paikalla, hän on hirveen paljon muussa työssä...

L 5:...että ne läheisimmät ihmiset ja omaiset, on ne sitten vanhemmat tai sisarukset tai aviopuolisot, ne on viime kädessä ne, jotka hoitaa eniten tai muuttaa eniten sitä ihmisen ja sairastuneen elämää. Mikään hoitopaikka tai hoitajakso ei pysty sitä korvaamaan tai peittämään, jos he ei mihinkään muutu. Siihen musta pitäis enemmän satsata siihen psyykkisesti sairaan tai mielenterveydellisesti tasapainottoman ihmisen lähipiiriin tukien ja kannustaen eikä niin, että syyllistetään ne ihmiset ja luodaan just sellasta piilokeskustelua, että tämä on heidän syy tai mitä he ovat tehneet väärin tai mitä he on 10 vuotta sitten sanonu tai muuta.

TH 5: ...yhä enemmän pitäis olla aikaa niille ihmisille. Ehdottomasti enemmän, eikä yksistään niille ihmisille sinänsä, vaan että todella pääsis sinne syvemmälle, pystyis tekeen työtä perheitten kans ja tämmönen niin kun perhekeskeisyys, mikä on aina terveydenhoitajan työssä semmonen ydin, perhekeskeisyys... kouluterveydenhuollossa, mulla ei oo siihen yksinkertaisesti aikaa. Mä kyllä soittelen vanhemmille aina sitten vähän graavimmista jutuista, mutta paljon enemmän pitäis vielä ottaa yhteyksiä ja myöskin kotikäyntejä pitäis olla aikaa tehdä...

5.6.4 Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen työntekijän tasolla

Työntekijän tasolla perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiskohteeksi nousevat ammattitaidon kehittämiseen ja työntekijän mielenterveyden tukemiseen liittyvät kysymykset.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön legitimointi ja arvostus sekä työjärjestelyt muodostavat ammattitaidon kehittämisen fasiliteetit. Ammattitaidon kehittämisen tarpeita mielenterveystyössä haastateltavilla oli

tietojen, taitojen ja asenteiden alueilla. Perusterveydenhuollon työntekijöiden ammattitaidon kehittämisen keinoja olivat organisaation sisäinen koulutus, organisaation ulkopuolinen koulutus ja itseopiskelu. Työntekijän mielenterveyden tukemiseen liittyvät kehittämistarpeet koskivat työterveyshuoltoa, työnantajaa ja esimiestä sekä palkkausta.

Ammattitaidon kehittämisen tarpeen perustelut mielenterveystyön alueella löytyivät mielenterveystyön luonteesta ja perusterveydenhuollon laajasta tehtäväalueesta. Mielenterveystyötä pidettiin kaikista perusterveydenhuollon tehtäväalueista vaativimpana. Katsottiin, että mielenterveystyön vaativuus johtuu osittain mielenterveystyön luonteesta: eksaktia tietoa ja toimintaohjeita samaan tapaan kuin somaattisen terveydenhuollon alueella ei mielenterveystyössä juuri ole. Myös mielenterveystyötä koskeva koulutus koettiin riittämättömäksi. Lisäksi pitkän työkokemuksen omaavilla haastateltavilla oli kulunut pitkä aika tutkintoon johtavasta koulutuksesta ja täydennys- tai lisäkoulutusta mielenterveystyöhön oli ollut tarjolla niukasti.

TH 9: ...se, missä eniten neuvottomaksi itsensä tunteekin...Se on vaikee, kun ollaan ihmisten mielen ja kommunikoinnin kans, niin kyllä se vaikein osa sitä työtä kuiteskin on, että pääsee sille tasolle sen ihmisen kanssa, että se ensinnäkin avautuu...

TH 9: Temppuja ja tämmösiä aina... niihin tulee semmonen rutiini, kyllä ne turhautumat tai epäonnistumisen kokemukset, jos niitä tulee, kyllä ne tulee siltä alueelta sitten jos ne jostain tulee. Kyllä siinä se huonoin sarka.

L 7:...jos multa kysytään mun heikoin alue, se on psykiatria.

Mielenterveystyön ammattitaidon kehittämistarpeita haastateltavilla oli mielenterveystietojen, -taitojen ja asenteiden alueilla. **Mielenterveystietojen** kehittämistarpeet koskivat sairauksien tunnistamista ja hoitoa. Eri ammattiryhmien edustajilla tiedon tarpeita oli eri alueilla. Hoitajahaastatellut kaipaivat tietoa varsinkin mielenterveyden häiriöistä/sairauksista ja niiden lääkehoitoon liittyvistä asioista. Lääkärihaastateltujen keskeisimmät tiedon tarpeet liittyivät mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen. Lisäksi haastatellut kaipaivat tietoa myös muista mielenterveystyön auttamismenetelmistä sekä muiden auttajatahojen, kuten mielenterveystoimiston tarjoamista palveluista.

TH 2: Just ehkä tämmöseen sitä koulutusta myöskin, että miten, minkälaisia uusia työmuotoja voisi olla ja mitä missäkin on ihmisten auttamiseksi keksitty ja tehty...Minkälaista esim. hoito mielenterveystoimistossa on, minkätyyppistä se on.

TH 2: Se on mulle hyvin outo alue koko lääkehoitojuttu. Nythän on kaikki lääkkeet mennyt eteenpäin, mulla on semmosta vanhakantaista tietoo varmaan mielenterveyslääkkeistä...Mulla on kyllä hyvin vähäinen kokemus niistä, että mä en osaa siihen sanoa mitään.

TH 1: Tosiaan ihan nää erilaisten mielenterveysongelmien tai siis sairauksien taas kertaus ja et mitä ne on, miten ne oireilee tavallaan nythän mä oon ollu peruskoulutuksessa sairaanhoitajaks opiskelemissa 60-luvulla...

L 6:... että kuvastaa hyvin tämmösen terveyskeskuslääkärin tietotasoo, että ei ees tiedä, mitä kognitiivinen teoria tarkoittaa.

L 7: Kyllä varmaan heikointa on se, että just tää diagnostiikka.

L 7: Siis joku teoria, mä ymmärtäsin, et jos mä puhun asiakkaan kanssa... Et...vois olla päässä joku malli, siellä on varmaan nyt itse rakennettu malli. Millä mä oon tottunut pääsemään tulokseen, mä oletan, että vois olla jotain muutakin. Suunnitelman tekeminen, jossain hoitosuhteessa, et se ois jotenkin mietitympää...Avoterveydenhuollon psykiatria lääkäreille.

Mielenterveystyön taitojen kehittämisen tarpeita haastateltavilla oli vuorovaikutustaitojen ja ammattipersonan alueilla. Vuorovaikutustaitojen kehittämiseen nähtiin tarvetta, haastatellut pitivät tärkeänä mm. kehittää jämäkkyyttä sekä keskustelu- ja haastattelutaitojaan. Ammattipersonan kehittämistarpeina tulivat esille mm. työhön liittyvien tunteiden käsittely ja itsetuntemuksen kehittäminen. Näillä nähtiin yhteys mm. työn mielekkääksi kokemiseen ja työssäjaksamiseen. Lisäksi tulivat esille asenteisiin liittyvät koulutustarpeet.

TH 2:...Rajojen vetäminen on vaikee asia...mulla on perhe, joka ei enää kuulu mun piirinikään...ja tämä äiti käy harvase viikko. Hän tulee kertomaan, että hän on nyt ommellut lapsellensa tämmöset ja tämmöset vaatteet, että milloin sanoo, että kuule, tää ei oo mun juttu. Tää täytyis hoitaa jossain muualla. Mehän ollaan tämmösiä jokapaikan höyliä...Tarvis jämäkkyyttä...jotenkin on vaikee sanoo ei.

L 7: Haastattelu...mä en oo koskaan oppinut mitään tekniikkaa, ei mua oo opetettu, toki asiat vois hoitaa paljon fiksumminkin, kun ois joku metodi. Mutta ei siihen aikaan opetettu mitään. Sellastahan sä et opi lukemalla.

L 5:...Ihan nää keskustelutaidot, tai et minkälaista ohjaavaa tai terapeutista keskustelua sitten vois olla. eihän me oo saatu semmoseen mitään koulutusta.

L 6: ...mulla on puutteita jämäkkyudessa. Että pitää pystyä sanomaan myös ei potilaille erinäisissä asioissa ja erinäisissä niiden hyppytyksissä. Ajattelisin, että enempi pitäis pystyä olemaan...tiukka tarpeen tullen.

TH 2:...mä en osaa sillai suunnitella, että mä aloitan tän keskustelun näin ja mun tavoite on joku, mä en osaa sillai tunnistaa niitä. Mä oikeestaan vaan etenen sen mukaan, mitä siinä tulee...Ehkä sekin on...koulutuksen paikka, että oppis haastatteleen taikka johdonmukaiseks niissä asioissa. Ja jos on kiire, niin sillonhan ei ajatus pysy koossa, että jaksas kuunnella. Sehän siinä juuri olis, että olis siinä läsnä, että pystys kysyy vähän lisää.

TH 9: Tulee välillä riittämättömyyden tunne ja jaksanko mä nyt niin sataprosenttisesti olla tässä mukana, kun ihminen on ittekin...kun tekee omalla

persoonalla työtä, niin se on välillä kyllä raskasta...toisaalta asiakaskin on vaativa, arvosteleva. Ja joskus tuntuu siltä, että pitäisi olla niin hirveen täydellinen. Että kyllä ne hyvin äkkiä arvostelee ja sanoo...että olis armelias itsellensä työntekijänä, että ei tarvitse olla täydellinen enkä osaa nyt välttämättä tätä.

L 6: ...mulla on vähän...mutu-tuntemus, että hirveen paljon terveyskeskuslääkäreilläkin on...tunnetta, että en mä mitään semmosille asioille maha...kahjo mikä kahjo, se nyt on aina ollut semmonen pimee...että ei mitään muuta oo kuitenkaan tehtävissä, kuin lääkettä määrätä...

L 4: ...Se mielenkiinto siinä, että ei tylsistys, siihen, että on kaikki kuullut ne asiat, että se ihmisen persoona unohtuu, että ne on hänelle tärkeitä asioita. Että ei niin välttämättä kosketa. Että pysyis se mielenkiinto. Ethän sä sitä potilasta kuuntele, jos et sä oo kiinnostunut.

Perusterveydenhuollossa tehtävän mielenterveystyön **legitimointi ja arvostus** sekä **työjärjestelyjä ja resursseja** koskevat ratkaisut ovat työntekijöiden ammattitaidon kehittämisen fasiliteetteja. Toisin sanoen, jotta ammattitaidon kehittäminen mielenterveystyössä on mahdollista, on näiden lähtökohtien ensin toteuduttava. Tämä tarkoittaa mm. sen hyväksymistä ja tunnustamista, että mielenterveystyö on osa perusterveydenhuollon työtä ja kuuluu sen jokaisen työntekijän tehtäviin. Mielenterveystyön arvostus työyhteisön, terveydenhuollon ja koko yhteiskunnan sisällä vaikuttaa työjärjestelyihin ja mielenterveystyön resursointiin ja sitä kautta yksittäisen työntekijän mahdollisuuksiin tehdä mielenterveystyötä. Esimerkkinä tästä on haastateltujen mielestä tärkeä työyhteisön tuki. Työntekijä ei voi käyttää työryhmän tukea, jos resursointi ja työjärjestelyt eivät toimi.

L 5: ... että ylipäänsä tunnustettais, että semmonen alue (mielenterveystyö/H) on tässä työssä olemassa...Et se on, vaikka se on näkymättömänä, iso möykky perusterveydenhuollossa ne mielenterveyspotilaat. Se on alue, että lääkärit ei yleensä mielellänsä edes halua sitä koulutusta, koska se on ikävää ja tyhjänpuhumista. Se pitäis järjestää sillai puhuttelevalla ja mielekkäällä tavalla. Et se ois jotenkin myös itselle antavaa.

TH 6: Sit meidän oppilaitoksissahan on lisäkoulutuksina näitä 20 viikkoo mielenterveystyön jatkokursseja, et se vaan on, että ne on työnantajan kannalta, että ne täytyy omalla ajalla ja omalla kustannuksella käydä.

TH 12:...kuinka hyvin sä pystyt keskittyyyn siihen omaan työhös, ettei oo häiritseviä tekijöitä. Siltä osin vois miettiä työjärjestelyjä, et se aika, mikä sulla on sillä hetkellä sille asiakkaalle, että se olis edes keskitetty. Tää on yks työjärjestely tietysti, että voidaan puhelinliikenne ohjata muualla...Esim. me on kehitetty tuota aikavarausjärjestelmää, siinä on tulossa muutoksia... Keskittämällä tietyt vastaanottoajat, ja pitämällä niistä kiinni.

SH 7: Kuitenkin mä tykkään, että arvostetas, sitä työtä, mitä tehdään, vaikka sitä ei tehdä aina niin voimakkaasti kädellä. Koska raskasta se on, raskaampaa paljon kuin mitä tempun tekeminen...Ne kasautuu sitten määrätyille ihmisille.

Työjärjestelyt ovat toinen ammattitaidon kehittämisen fasiliteetti. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että työntekijä voi käyttää työaikaansa ammattitaidon kehittämiseen esimerkiksi lukemalla ammattikirjallisuutta. Haastateltavat arvostavat myös sitä, että työnantaja antaa työntekijöille mahdollisuuden hankkia työkokemusta mielenterveystyöstä joko omassa työssään tai toisessa työyhteisössä. Näin työnantaja voi mahdollistaa työntekijän ammatillisen kehittymisen.

SH 4:...mahdollisuus lukea työajalla alan kirjallisuutta...pitää niin paljon kotona lukea jo muutenkin, että pysytään ajan tasalla. Kun on diabeteksestä infarkteista avanteisiin siis kaikki tässä sairaanhoidossa.

SH 3:...Sijaiset tuo usein sellasta tietoa muilta osastoilta ja toimipisteistä, mitä vois hyödyntää. Et kun me on totuttu tekemään näin...omien toimintojen kyseenalaistaminen. Mietti omaa toimintatapaansa, että onko se ihan järkevä, miten sitä vois muuttaa ja reflektoida.

L 7: ...vois tietysti mennä psykiatriseen sairaalaan töihin vähäksi aikaa ... jos se palkkauksellisesti ois mahdollista... sehän tässä on ongelmana, vastaanottotyötä jos on pelkästään...täytyy olla muutakin.

TH 6: Kyllä se..., että ois työn kierto. Sitä aina joskus ajattelin, että vois ajatella, että ois vähän aikaa työssä tuolla psykogeriatrisella, jossain dementiaosastolla. Miksei ihan terveyskeskuksen vuodeosastollakin.

SH 4: Työnohjaus ja työryhmän tuki on kaikista tärkein asia, et ois sitä aikaa. Et toisaalta ole hyvä, että täällä avoterveydenhuollossa hoidetaan mielenterveyspotilaita, mut sit täytyy resursseja lisätä ja työnohjausta ja tukea.

Ammattitaidon kehittämisen keinoja ovat sisäisen ja ulkoisen koulutuksen sekä itseopiskelun muodot. Sisäisen koulutukseen kuuluvat vertaistyönohjaus, työryhmän välittömän tuen muodot ja työryhmän sisällä tapahtuva konsultaatio. Oma työryhmä oli haastatelluille yksi keskeisistä voimavaroista ammatillisissa asioissa. Ammattitaitoa haluttiin kehittää sekä oman työryhmän kesken moniammatillisesti (erityisesti hoitajahaastatellut) että ammattikunnan sisällä (erityisesti lääkärihaastatellut).

SH 1: ...toinen toistemme tukeminen on oleellista siinä, että me tiiminä ja ryhmänä tehdään töitä. Se konsultointi ja se että tietoo ei pantata, vaan sitä jaetaan. Enemmän pitäis jakaa ja mä oikein toivon, että meillä ois semmosia vanhanaikaisia osastotunteja.

L 3: ...meidän oma lääkäriporukan yhteinen kouluttautuminen, meidän kokoukset olis paikka, missä sitä vois tapahtua, mut sitä tapahtuu hirveen vähän. Me ei vuosikausiin tämmöstä, että me potilastapauksia käsiteltäs ja keskusteltas, että mä tein nyt väärin, että miten sä oisit tehnyt, että sais sitä apua ja tukea. Ja myöskin sitä myöntää, että mä oon hyvä tai huono tai mitä vaan.

SH 4: ...Ja nythän on se tilanne, että on valmistumassa meidän osastolle psykiatrinen sairaanhoitaja, ja toiselle osastolle on valmistunut. Siitähän saa tukea, että hän tietää uusinta uutta ja osaa hakea apua, ja tietää mistä tukea saa ja tietää vähän suuntaviivoja.

Ulkopuolinen koulutus käsittäisi työnohjausta, kursseja ja luentoja, konsultaatioita sekä potilaskohtaista yhteistyötä mm. erikoissairaanhoidon tai mielenterveystoimiston kanssa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä potilaskohtaista yhteistyötä haastatellut pitivät yhtenä keskeisenä ammattitaidon kehittämisen keinoista. Se koettiin perusterveydenhuollon käytäntöä hyvin palvelevaksi, tosin yhteistyössä nähtiin paljon kehittämisen tarvetta. Myös työnohjauksella nähtiin olevan keskeinen merkitys ammattitaidon kehittämisessä. Tutkimushetkellä lähinnä vain lääkäreillä oli toimivia työnohjauskanavia Balint-ryhmiensä kautta.

L 3: Mä nostasin vielä työnohjauksen ensimmäiseks. Työnohjauksen kautta mä oppisin ehkä vielä enemmän sitä, että mä osaan tehdä sen rajan, missä minä itse lopun ja kuinka paljon energiaa mä annan potilaalle. Mä ainakin kuvittelen, että työnohjauksen kautta mä sitä voimavaraa voisin hakea. Tottahan se liittyy siihen vuorovaikutukseenkin, mutta työnohjauksessa mä sitä omaa jaksamista tietäisin, että mihin suuntaan mun pitää kehittää siinä vuorovaikutustilanteessa.

TH 5: Meillä oli nuorisopsykiatri koululla, käytiin tämmösiä keissejä, jotka on ollu vaikeita...tän tyyppisiä kun sais. Vaikka se on kerta ja siinä ei saa kun kaks tapausta loppujen loppuks, mutta...kun ne on niitä pahimpia tapauksia, jossa ite on lukossa. Kun ite on ammatti-ihminen,...kun saa ammatti-ihmisen kans... vaan kuunnella, niin siitä saa hirveesti itsellensä.

L 3: Mä voisin tähän kokonaisuutena nostaa semmosen yhteistyön, sen kautta on kaikki mahdollista. Se semmonen mielenterveystoimiston plus erikoissairaanhoidon muilta tahoilta, olkoon vaikka asiakaslähtöisesti, yhden asiakkaan kohdalla opetellaan tiettyjä asioita, kun hänet siirretään vaikka meidän vastuulle.

Myös eri tavoin tapahtuvaa itseopiskelua pidettiin ammattitaidon kehittämisen kannalta tärkeänä. Lukeminen, internetin käyttö ja opetusvideoiden katselu mainittiin esimerkkeinä.

Työntekijän mielenterveyden tukemiseen liittyvät kehittämistarpeet kohdistuivat työterveyshuoltoon, työnantajaan ja esimieheen sekä palkkaukseen. Haastateltujen mukaan työkykyä ylläpitävässä toiminnassa on tähän saakka painotettu fyysistä terveyttä. Haastatellut katsoivat, että heidän jaksamisestaan ei tähän saakka ole oltu kiinnostuneita.

TH 9: ...Mä oon suhteellisen nuori työntekijä tällä hetkellä, että mulla on sitä luontaista innostusta vielä. Mutta jos ajatellaan pitempään olleita työtovereita, niin kyllä semmonen tunne on kuitenkin tullut, että kaikki otetaan vaan irti ja mitenkään sitä ei oo sitä hyvinvointia tähän asti tuettu.

L 2: Tässähän on käynyt sillai, että suutarin lapset on ollu ilman kenkiä. Siellä, missä se ois pitäny ensimmäisenä tajuta, niin kuin terveydenhuoltoalalla, niin siellä sitä ei oo tajuttu.

TH 10: ...kyllä siitä on joskus ollut katkera, kun ei kukaan koskaan kysy, kuinka mä jaksan.

PH 3: Kyllähän sillä varmaan on merkitystä..., kun nää on niitä ostopalveluita, niin ne on nää, jotenkin hyvässä hallinnassa, mutta kyllä me, muutkin varmaan kuin minä, koetaan, että vähän pudonneemme sillai... Me vaan junnataan ja junnataan, kukaan ei oikein meidän asioista kiinnostu. Kyllä aina joskus nostaa päätänsä se, että sitten tehdään semmonen kierros, ongelma-paikoissa esim. ergonomisista asioista, mutta sekin on sitten jäänyt siihen...Kokee ainakin niin. ...tietenkin se kynnys lähinnä muodostuu siitä, että ei tuu sillai kuulluksi, ei oteta niin tosissaan...

Työterveyshuollolta odotettiin aktiivisia ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä työntekijöiden mielenterveyden tukemisessa. Työterveyshuollon tulisi haastateltujen mukaan olla se taho, jossa kannettaisiin huolta työntekijän mielenterveydestä. Kynnystä työterveyshuollon käyttöön pitäisi haastateltujen mukaan madaltaa esimerkiksi työterveyshuollon järjestelyillä. Työterveyshuollon järjestämisestä samassa organisaatiossa oli haastatelluilla niin hyviä kuin huonojakin kokemuksia. Eräät kokivat voivansa kääntyä työterveyshuollon puoleen missä tahansa asiassa. Toiset kokivat avun hakemiselle omasta organisaatiosta olevan kynnystä.

L 2: Jos tuota tyky-puolta kehittää perusterveydenhuollossa, pitäis siihen kiinnittää huomiota, että työkalut pysys kunnossa, ei pelkästään spekulat, vaan ne, jotka töitä tekee. Meillähän on tyky-toimintaa ja on erilaisia ryhmiä. Mutta ei ainakaan mulle oo kukaan tullut vielä kertomaan, mihin tyky-ryhmään mä kuulusin.

TH 5: Ja työterveyshuolto on se...esim. ne vähät asiat mitä mullakin on ollut, ne on aina esimiehellä. Ja mä en tykkää siitä. Mä en periaatteessa tykkää siitä, että mun esimies tietää sen, mitä mä oon puhunu työterveyshuollossa...

L 3: Työterveyshuollolla ois mahdollisuus tulla tänne tiimin sisälle, tietysin väliajoin katselemaan ja kuuntelemaan ja kyselemään, missä mennään, kuinka me voimme. Ja nostaa niitä vaikeita kysymyksiä puhuttavaksi, joista me ei itse välttämättä saada puhuttua. Jonkun pitää olla vastuussa näistä. Nehän aina sivuutetaan ne vaikeat...

L 5: Sikäli työterveyshuolto pitäis olla yksikkö, joka ei olis kietoutunut tähän varsinaiseen työpaikkaan, että meilläkin se sillä lailla näyttelee vähän liian

vähäistä roolia, koska se on tän saman katon alla, käytävän toisella puolella. Se on ollut vähän retuperällä viime vuodet, kukaan ei oo tosissaan varmaan hakenut sieltä apua. Tietysti pitäis olla niin kun ihan työnantajan puolesta joku viranomainen, joka pitäis meidänkin terveydestä ja mielenterveydestä lukua tai että olis jotain tämmösiä sitten vaivattomillekin, kuntoutusjakso kerran kymmenessä vuodessa, milloin näitä asioita voi edes pohtia tai purkaa...

L 4: Kun se (työterveyshuolto/H) on tässä samassa talossa ja ne on samalla tavalla kollegoja, niin tuntuu, että se ei ehkä ois niin mua auttavaa. Ainakin meidän lääkäreiden kannalta, pitäis olla pikkasen etämmällä. Se, että ois helpompi sitten ehkä ottaa yhteyttä.

L 3: Mä ottasin sinne sen ennaltaehkäisyn taas. Siis sillä tavoin, että kun me ollaan koko ajan näissä isoissa muutoksissa ja murroksissa, niin muistettais kaiken keskellä, että nää voi olla aika rankkoja juttuja, että meidän pitää ottaa se työntekijä huomioon ja antaa mahdollisuus niihin yhteisiinkin keskustelutilanteisiin, missä katotaan muutospaineita ja pelkoja...mutta sen lisäksi semmosta pienempääkin työryhmää ja tiimiä, tällasta käytäs näitä ennaltaehkäisevästi läpi. Mitä me tarvitaan, että me hyvin jaksetaan joku muutosprosessi...

Esimieheltä ja työnantajalta haastatellut odottivat tekemänsä työn ja mielenterveystyön arvostusta sekä sitä, että heidän omaa ihmisyyttään arvostetaan. Esimieheltä odotettiin henkilökohtaista myönteistä palautetta ja alaistensa työn sisällön tuntemista. Työnantajan arvostus näkyy haastateltavien mukaan esimerkiksi siinä, että työntekijät pääsevät koulutukseen ja työnohjaukseen. Mielenterveystyön arvostusta työnantaja voisi osoittaa myös ohjaamalla resursseja mielenterveystyön toteuttamiseen. Työsuhteiden katkonaisuus ja lyhykestoisuus kertoo työntekijän arvostuksen puutteesta eikä tue hänen mielenterveyttään. Myös palkkauksella on haastateltujen mukaan merkitystä työntekijän mielenterveydelle.

TH 2: Tietysti, mitä työnantaja voisi tehdä, kai se olis, ettei tarvis tehdä semmosessa hirveessä kaaoksessa sitä työtä, että olis sitä aikaa enemmän tehdä sitä rauhassa...ja tietysti se on se iankaikkinen asia se työnohjaus, josta aina puhutaan.

L 5: Sit kyllä mun mielestä pitäis olla semmosta tunnustettua yhteistä koulutustakin aika ajoin...Sitä, että ylipäänsä tunnustettais, et semmonen alue on tässä työssä olemassa...et se on, vaikka se on näkymättömänä, iso möykky täällä perusterveydenhuollossa ne mielenterveyspotilaat, se on...alue, että yleensä lääkärit ei mielellänsä edes halua siitä koulutusta, koska se on ikävää tai...tyhjänpuhumista ja...se pitäis järjestää sillai puhuttelevalla ja mielekkäällä tavalla...et se ois jotenkin...myös itselle antavaa.

TH 5: ...positiivinen asenne, joka olis esimiesten kannalta aika tärkeätä, että otettas aina esille, tai edes joskus, niitä työntekijöitten positiivisia puolia ja siihen vedoten lähdeittä jotakin tulevaisuuden suunnitelmaakin visioimaan ja tekeen. Mutta jos aina tulee tää negatiivinen puoli esille, että muistetaan vaan

negatiiviset asiat ja laitetaan ns. hampaankoloon, 10 vuotta vanha jutun nostan esille yhtä äkkiä, se on aika ikävä puoli, ei tuo mielenterveyttä...Vaikka se, että kyllä kiitetään, että on kyllä paljon tehty...kyllähän meillä on aina kiitokset joulutervehdyksissä tulee ja muuta, että kuinka paljon on venytty ja vanuttu ja tehty ja...mutta se tulee tämmösellä yhteisön tasolla, ei henkilökohtaisesti. Se henkilökohtainen on se paljon tärkeempi.

L 3: Se työnohjaus, ...se saa olla joka paikassa se, että sitä ruvetaan näkemään edes tarpeellisenä täällä...työkyvyn ylläpitämiseen...

TH 9: Että sitä työntekijää arvostettais...kun on kaikesta kiristetään. Tämmöset tekijät ainakin, kun työsuhde katkastaan aina johonkin lomaan. Ja on niitä pätkätöitä, tämmösistä pois. Ja ymmärrettäis, että se on ihminen, eikä vaan oteta kaikki hyöty ja sitten muuten ei oo...Ja sitten jos on sijainen, sillä ei oo ihmisarvoakaan, mitään ei voi sanoo, eikä uskalleta sanoo, että sitten ei muka päästetä sijaiseks enää. Kyllä meidän alan ihmiset on aika tiukoilla kyllä. Vaikka en mä ainakaan kiitosta...työ on paras kiitos, mutta, että sillai asiallisesti ajatellaan sitä työntekijän hyvinvointia. Se on juuri, että pääsee koulutukseen, eikä tarvi semmosista asioista tapella..

TH 12: ...että minkälaiset ne resurssit on siellä työpisteessä ja -yhteisössä. Mikä on sun esimiehes tuki...

TH 10: ...urakkapalkka vois olla hirveen hyvä kannustus, että tehdystä työstä sulle maksetaan. Niinhän ne tekee yksityisellä puolellakin tai että saat hyvin tehdystä työstä jonkun loman. Se on varmaan tätä sun omaa mielenterveyttä ja jaksamista. Mutta eihän sitä kunnallisella puolella oo.

5.6.5 Yhteenveto

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen edellyttää toimenpiteitä neljällä tasolla (Kuvio 6.). Sosiaali- ja terveystieteelliset ratkaisut, valtakunnallisten perusterveydenhuollon mielenterveystyötä koskevien hoitosuosituksen luominen sekä terveydenhuollon koulutuksen sisällön kehittäminen ovat perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen kannalta keskeisiä yhteiskunta- ja koulutuspoliittisia ratkaisuja. Alueellisen ja paikallisen päätöksenteon tasolla olevia kehittämiskohteita ja -keinoja ovat täydennyskoulutusta ja virkarakennetta koskevat ratkaisut.

Palveluiden tasolla perusterveydenhuollon mielenterveystyötä voidaan kehittää täydentämällä paikallisia tai alueellisia mielenterveyspalveluita, työnjaollisilla ratkaisuilla sekä kehittämällä työyhteisön sisäistä ja ulkoista yhteistyötä. Perusterveydenhuollon palveluiden sisällön ja laadun kehittäminen mielenterveyttä ja mielenterveystyön tekemistä tukeviksi ovat tutkimuksen mukaan toinen palveluiden tasolla oleva kehittämiskohde.

Työntekijän tasolla perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiskohteeksi nousevat ammattitaidon kehittämiseen ja työntekijän mielenterveyden tukemiseen liittyvät kysymykset. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön legitimointi ja arvostus sekä työjärjestelyt muodostavat ammattitaidon kehittämisen fasiliteetit. Ammattitaidon kehittämisen tarpeita mielenterveystyössä haastateltavilla oli tietojen, taitojen ja asenteiden alueilla. Perusterveydenhuollon työntekijöiden ammattitaidon kehittämisen keinoja olivat organisaation sisäinen koulutus, organisaation ulkopuolinen koulutus ja itseopiskelu.



Kuvio 6. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen neljä tasoa

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon mielenterveystyötä sitä toteuttavan henkilöstön näkökulmasta fenomenologis-hermeneuttisella tutkimusotteella. Tutkimuksen tavoitteena oli tehdä perusterveydenhuollon mielenterveystyö näkyväksi ja ymmärrettäväksi. Tämän tutkimuksen näkökulma ja tutkimusote ovat aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna poikkeukselliset. Tutkimustulokset kuvaavat perusterveydenhuollon mielenterveystyön omaleimaisuutta ainutlaatuisella tavalla. Tutkimuksen perusteella muotoutuu käytännönläheinen käsitteellinen kuvaus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä.

Tutkimuksen tuottama uusi tieto liittyy olennaisesti tutkimusaiheen tematisointiin, käytettyyn tutkimusotteeseen ja lähestymistapaan. Tutkimus tuotti kolmentasoista tietoa: ontologisen ja teknologisen tason tietoa sekä tietoa perusterveydenhuollon järjestelmästä³⁸. Kuviossa 7. (s. 113) olen jäsentänyt eri tasoilla olevan tiedon suhteita ja yhteyksiä tutkimukseni tuloksiin. Kolmella tasolla oleva tieto muodostaa hierarkian, jossa ymmärrän ontologisen tason tiedon lähtökohtana muulle tiedolle ja toiminnalle.

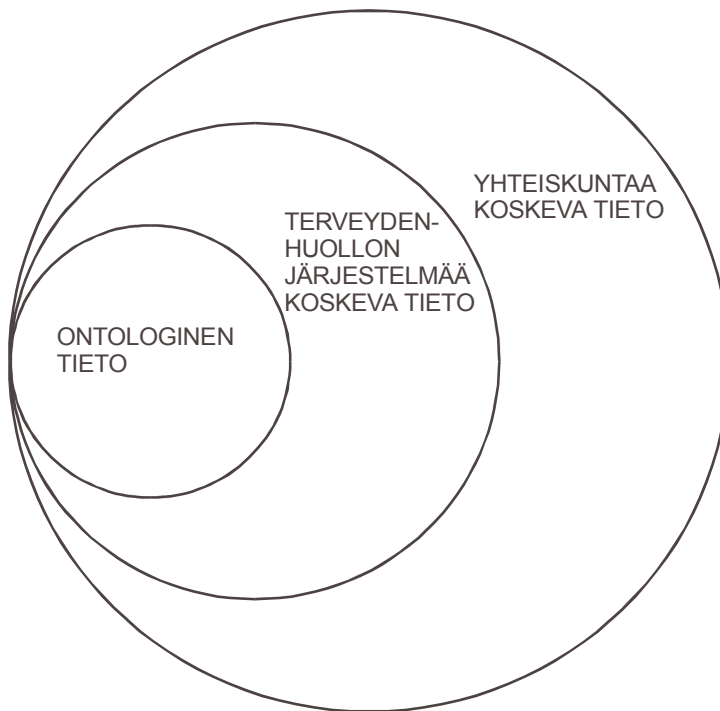
6.1.1 Ontologinen tieto

Ontologisen tason tieto on tietoa tutkimuskohteen perusluonteesta. Hoitamisen ontologisten perusteiden pohdinta laajasti ymmärrettynä tarkoittaa hoitotodellisuuden ja sen eri osien laadullista tarkastelua (Nurmela 2002, 150). Tässä tutkimuksessa ontologiset kysymykset ovat mitä-kysymyksiä.

Ontologisten kysymysten ratkaiseminen on ensisijaista sekä tutkimuksessa että käytännön toiminnassa. Tutkimuksessa olen hakenut vastauksia mitä-kysymyksiin hoitotieteellisistä lähtökohdista moniammatillisessa toimintaympäristössä. Tutkimukseni keskeisin ontologinen kysymys on, mitä on perusterveydenhuollon mielenterveystyö. Tutkimus tuotti ontologisen tason tietoa myös perusterveydenhuollon mielenterveystyötä toteuttavista

³⁸ Lindström (1987, 16-19) on käyttänyt vastaavaa luokitusta tiedosta, jolla hän kuvaa psykiatrisen sairaanhoitajan ammattikuvaa ja sen perustana olevaa tietoa.

työntekijöistä. Tutkimuksen tuottama ontologisen tason tieto kuvaa perusterveydenhuollon mielenterveystyön omaleimaisuutta ja moniulotteisuutta.



Kuvio 7. Tutkimuksen tuottaman tiedon luonne

Hoitamisen päämäärää koskeva tieto

Yhtenä tutkimuksen lähtökohtana oli, että perusterveydenhuollon mielenterveystyö on yksi hoitamisen ilmenemismuoto. Millaista tietoa tutkimus tästä hoitamisesta tuotti ja miten se liittyy hoitotieteen perinteeseen ja aikaisempaan tutkimukseen? Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyö kohdistuu koko väestöön. Mielenterveystyö on osa kaikkien perusterveydenhuollon työntekijöiden työtä, se on myös moniammatillista yhteistyötä ja osa kaikkien työntekijöiden työtä. Tämä merkitsee sitä, että niin nykyinen terveystieteen käsitys kuin käsitys mielenterveyden edistämisestä³⁹ on otettava

³⁹ Terveystieteen edistämisen käsitettä ovat analysoineet väitöskirjoissaan mm. Neittaanmäki (1995, 20-38) ja (Perttilä 1999, 70-71). Raatikainen (2002, 9-24) on analysoinut terveyden edistämisen kehitysvaiheita hoitotieteessä.

Perttilän (1999,69) tarkastelemisessa kuudessa terveyden edistämisen määrittelyssä esiintyvät keskeiset terveyden edistämisen ulottuvuudet ovat 1. Terveystieteen edistäminen yksilötasolla 2.

kriittiseen tarkasteluun. Ollakseen ontologisen tason toimintaa, sisältääkseen varsinaisen hoitamisen ulottuvuuden, mielenterveystyön perustana oleva ihmis- ja terveyskäsitteet on eksplikoitava. Terveys ja mielenterveys on nähtävä laajemmin kuin sairauden puuttumisena⁴⁰. Terveys ja sairaus eivät ole sijoitettavissa samalle jatkumolle, sillä myös mielenterveyden ongelmista kärsivät kokevat terveyttä⁴¹. Terveyden osittaminen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen tms. muutoin kuin käsitteellistä tarkastelua varten ei ole mahdollista. Terveyden subjektiivinen (emic) ja objektiivinen (etic)⁴² ulottuvuus sekä terveyden yksilölliset ja yhteisölliset ulottuvuudet on otettava huomioon⁴³. Terveyden ja mielenterveyden jakamattomuus merkitsee, että terveyden edistäminen on mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyden edistäminen terveyden edistämisestä erillisenä toimintana ei ole mahdollista.

Yhteisöllinen terveyden edistäminen 3. Terveyspalvelujen järjestäminen ja uudelleen suuntaaminen 4. Terveyttä tukevan ympäristön aikaan saaminen 5. Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka ja 6. Terveyden edistäminen oppiaineena.

Neittaanmäki (1995, 20) esittää mm. Vertioon ja Nutbeamiin nojautuen määritelmän, jonka mukaan terveyden edistäminen tarkoittaa prosessia, joka lisää yksilöiden ja yhteisöiden mahdollisuuksia säädellä terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja parantaa terveyttä. Terveyden edistäminen ei ole vain sosiaali- ja terveydenhuollon työtä, vaan kuuluu kaikille. Se koskee itse kunkin mahdollisuuksia hallita omaa terveyttä kuin mahdollisuuksia vaikuttaa koko yhteisön ja elinympäristön terveellisyyteen. Siinä yhdistyvät yksilölliset valinnat ja ihmisten yhteisöllinen vastuu.

Raatikaisen (2002,16) mukaan hoitotieteessä terveyden edistämässä voidaan erottaa kolme historiallista kehitysvaihetta, jotka ovat 1. Biofyysinen, perinteinen vaihe 2. Yksilöllinen, persoonallinen vaihe ja 3. Yksilöllinen, sosiaalinen vaihe. Raatikainen (2002) tarkastelee näitä vaihteita ihmiskäsityksen, terveystieteiden, tieteellisen tarkastelutavan, hoitotoiminnan, palvelujärjestelmän, arviointitavan sekä arvojen ja eettisten periaatteiden mukaan. Kansainvälisesti ja kansallisesti nyt ollaan suuntautumassa laaja-alaiseen, kansalliset osallistavaan terveyden edistämisen malliin, jossa terveys nähdään sosiaalisesti antoisan elämän resurssina.

⁴⁰ *Terveystieteistä hoitotieteessä esim. Jones & Meleis (1993), Nurmela (2002) ja Pender ym. (2002) sekä lääketieteissä esim. Vertio (2003).*

⁴¹ *Esim. Pavis ym. (1998), Tudor (1999), Pender ym. (2002).*

⁴² *Terveyden subjektiivisesta ja objektiivisesta ulottuvuudesta esim. Tripp & Reimer (1984) ja Noack (1991).*

⁴³ *Esimerkiksi Ottawan asiakirjassa (WHO 1986) ilmaistu terveystieteiden kattaa henkilökohtaiset ja yhteiskunnalliset voimavarat sekä fyysiset toimintamahdollisuudet. Dalgard ym. (1991, 421-440) ovat kuvanneet mielenterveyden edistämistä yhteisön, naapuruston, ryhmän ja yksilön tasolla norjalaisissa mielenterveyden edistämisen hankkeissa. Naidoo & Wills (2000,6) ovat esittäneet laajan terveystieteiden, joka on sovellus Ewlesin & Simnetin ja Aggleton & Homansin aiemmin esittämistä malleista. Naidoon & Willsin (2000) mukaan terveys muodostuu kuudesta osatekijästä (fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, hengellinen, seksuaalinen ja sosiaalinen) sekä niihin vaikuttavista yhteiskunnallisista ja kulttuurisista sekä fyysisen ympäristön olosuhteista.*

Ollakseen varsinaista terveyden edistämistä (hoitoa, johon sisältyy huolenpidon ulottuvuus) perusterveydenhuollon mielenterveystyön terveystäytteen tulee olettaa terveys monitasoisena yksilöllisenä ja yhteisöllisenä ilmiönä. Varsinainen terveyden edistäminen kattaa jakamattoman terveyden yksilölliset ja yhteisölliset ulottuvuudet.

Hoitamisen luonnetta ja ulottuvuuksia koskeva tieto

Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyötä toteutetaan monipuolisen työvälineistön avulla. Peplau⁴⁴ kehittämässä teoriassa (Interpersonal relations) hoitosuhteen keskeinen elementti on hoitajan ja potilaan välinen syvälinen vuorovaikutussuhde⁴⁵. Hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa molemmat ovat osallistujia ja molempien roolit muuttuvat hoitosuhteen vaiheiden mukaan. Huolenpito⁴⁶ (engl. care, ruots. vård) on perusta kaikille hoitotyön toiminnoille. Yksi huolenpidon⁴⁷ keskeinen elementti on syvälinen vuorovaikutussuhde.

Hoitajan ja potilaan välinen syvälinen vuorovaikutussuhde ilmenee huolenpitoa niissä tilanteissa, joissa hoitajat antavat tukensa potilaalle. Watson (1985) korostaa hoitajan ja potilaan välisen syvälisen vuorovaikutussuhteen tärkeyttä potilaan paranemisprosessissa - sitä, että hoidonantaja kuulee ja ymmärtää potilasta ja potilaan tilannetta. Hoitajan antama tuki voi olla arvostamista (Winnicott 1965, 1971), konkreettista välitöntä apua (Schaefer ym. 1981), neuvojen antamista (House 1981, Schaefer ym. 1981). Huolenpito ilmenee myös niin, että hoitajat kohtelevat potilaita eri tilanteissa eri tavoilla: äänensävyt tai kiusoittelu (Eriksson 1987, vrt. Vehviläinen-Julkunen 1990), rohkaisu tai autoritaarisuus (Morse ym. 1990) voivat ilmentää huolenpitoa. Hoidollinen vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on vastavuoroista (Watson 1988, Morse 1991).

Tutkimuksen kuvaamat työvälineet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä ilmentävät monia näistä huolenpidon ulottuvuuksista. Informatiiviset, ideologiset ja tekniset työvälineet sekä yhteistyövälineet sisältävät monenlaisia ja -tasoisia hoitamisen ilmenemismuotoja. Tutkimuksessa tuli esille vuorovaikutussuhteen syvällisyys ja monimuotoisuus

⁴⁴ Hildegard Peplautta pidetään psykiatrisen hoitotyön äitinä (esim. Chambers 1998, 20, Forchuk 1998, 165, Barker 1999, 175-176) ja hänen luomaansa teoriaa yhtenä keskeisimmistä psykiatrista hoitotyötä ohjaavista hoitotyön teorioista (Brophy ym. 1994). Peplautta on pidetty jopa merkittävimpänä hoitotyön kehittäjänä Nightingalen jälkeen (Barker 1999, 175). Peplau elämäntyötä ovat kuvanneet esim. Brophy ym. (1994, 315-329) ja Sills (1998, 167-171).

⁴⁵ Käsitettä "interpersonal pattern" ovat analysoineet esim. Beeber & Bourbonniere (1998, 187-192).

⁴⁶ Huolenpidon käsitettä on analysoinut esimerkiksi Eeva Töyry (2001, 52-55).

⁴⁷ Caring-teoriasta esimerkiksi Watson (1985) ja Barnhart ym. (1994, 143-157). Suomessa ja Pohjoismaissa caring-ajattelun ja -teorian kehittäjä uranuurtaja on Katie Eriksson (Grönroos ym. 1994).

perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Vuorovaikutuksellisia työvälineitä oli kolmenlaisia: informatiivisia, supportiivisia ja kontekstuaalisia. Kuuntelu ja kuuleminen ovat yksi esimerkki vuorovaikutuksellisten työvälineiden monivivahteisuudesta. Yksi huolenpidon ilmentämisen tapa välittyy kontekstuaalisten työvälineiden (huumori, intuitiivisuus ja luovuus) avulla. Näitä työvälineitä ei käytetä kaikkien potilaiden kanssa eikä kaikissa tilanteissa vaan hoitajan harkinnan mukaan.

Huolenpito on keskeinen osa inhimillistä toimintaa, mutta kaikilla ei ole huolenpidon kykyä. (Morse ym. 1990). Myöskään kaikki hoito ei ole ”hoitavaa”, toisin sanoen hoidosta voi puuttua aito huolenpidon ulottuvuus⁴⁸. Huolenpito sairaanhoidossa (caring in nursing) sisältää henkilöstön taidot, uskomukset, arvot sekä potilaan, hoitajan ja organisaation edellytykset (Swanson 1999). Huolenpito on moraalista vastuuta yksilön arvokkuuden ja eheyden säilyttämisestä ja se ei sisällä kaikkea, mitä hoitaja tekee (vrt. Raatikainen 1998). Koska huolenpito on perusta kaikille hoitotyön toiminnoille, myös hoitoympäristön tulee olla sellainen, että se tukee hoidon antajaa antamaan potilaalle tukea. Keskinäisen tuen antaminen osoittaa, että huolenpitoa pidetään tärkeänä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, Morse ym. 1990, Kalkas & Sarvimäki 1996, Sarvimäki 1998).

Mielenterveystyön toteuttamisen kannalta yksi keskeinen kysymys liittyy huolenpidon mahdollistavaan hoitoympäristöön. Tutkimuksen mukaan yksi ideologinen työväline perusterveydenhuollon mielenterveystyössä on turvallisuus. Se merkitsee muun muassa riittävän ajan ja tilan varaamista asiakkaan kohtaamiseen. Ajan varaamisella ja kiireettömyydellä halutaan kertoa asiakkaalle huolenpidosta. Järjestämällä hoitoympäristö turvallisesti voidaan turvata asiakkaan eheys ja arvokkuus. Yksittäisen työntekijän mahdollisuudet vaikuttaa hoitoympäristöön ovat kuitenkin rajalliset; siihen vaikuttavat myös organisaation tekemät ratkaisut.

Hoitamisen periaatteita koskeva tieto

Hoitaminen käytännöllisenä toimintana kytkeytyy vahvasti arvoihin. Arvot edustavat elämäntapaa, heijastavat elämäkokemusta ja ohjaavat kaikkea hoitamista. Arvojen perusteella luodaan käsitys hyväksyttävästä. Niiden perusteella luodaan myös eettisiä ohjeita hoitotyölle. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 12-13.) Hoitamisessa arvot ilmenevät sanoina, lauseina ja käyttäytymisenä. Terveystyössä tärkeinä pidettyjä arvoja⁴⁹ ovat muun muassa ihmisarvo,

⁴⁸ Ks. esim. Huhtinen (1996, 17).

⁴⁹ Nurmelan (2002, 170-171) mukaan terveydenhuollossa on arvojen pohjalta luotu moraalisen toiminnan periaatteita, joita ovat elämän kunnioittaminen, hyvyys ja oikeus, vapaus, itsemäärääminen, persoonan autonomisuuden kunnioittaminen, hyödyn maksimoiminen ja hoitamisen velvoite. Hoitamisen eettisiä ohjeita on kirjattu esimerkiksi sairaanhoitajien eettisiin ohjeisiin (Kalkas & Sarvimäki 1996, liitteet 3a ja 3b). Hoitamisen etiikan ohjeistuksia tulee myös lainsäädännöstä, säädöksistä ja julistuksista (emt. 100-101). Yksi perusterveydenhuollon

ihmisoikeudet, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus (Kalkas & Sarvimäki 1996, 60-73). Hoidon periaatteet toimivat hoitamisen peruslähtökohtina. Hoidon periaatteet perustuvat suurelta osin hoidon perusarvoihin, hoitotyön ihmiskäsitykseen ja hoitonäkemykseen. (Sarvimäki-Stenbock-Hult 1989, 115.) Useimmat hoidon periaatteet⁵⁰ ovat perinteiden kautta välittyneitä.

Hoitamisen periaatteiden kautta välittyy huolenpidon emotionaalinen ulottuvuus (Morse ym. 1990). Tutkimuksen kuvaamat työvälaineet asiakaslähtöisyys, hyväksyntä ja sallivuus, rehellisyys ja aitous, turvallisuus ja palveluhenkisyys ovat työvälaineita, joiden kautta huolenpidon emotionaalinen ulottuvuus toteutuu perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Hoitaminen, jossa mukana on emotionaalinen ulottuvuus, tekee hoitamisesta epäitsekkästä toimintaa ilman palkkion tai materiaallisen korvauksen odotusta. Työtovereiden tukea pidetään kuitenkin tärkeänä huolenpidon kyvyn säilyttämisessä (Morse ym. 1990, Paunonen 1993, Miller 1995, ks. myös Suonsivu 2003). Tässä tutkimuksessa tuli esille ammatillisen yhteistyön merkitys perusterveydenhuollon työntekijöiden ammattitaidon perustana. Työryhmän tuki on perusterveydenhuollon työntekijälle yksi tärkeimmistä voimavaroista. Myös esimiehen ja potilaiden antama palaute olivat työntekijöille tärkeitä työssä kannustavia asioita.

Hoitajaa⁵¹ koskeva tieto

Huolenpidon osapuolet ovat potilas ja hoidon toteuttaja. Tutkimuksessani olen kiinnostunut hoitamisesta hoidon toteuttajan näkökulmasta. Mielenterveystyössä työntekijän merkitys on ratkaiseva, sillä mielenterveystyö perustuu ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Hoitajaa koskeva tieto tutkimuksessa koskee hoitajan ammattitaidon perustana ja vahvuuksina olevia tekijöitä. Carperin (1978) mukaan hoitamisessa tarvitaan empiiristä, eettistä, esteettistä ja persoonallista tietoa⁵². Kaikki nämä tiedon lajit ovat välttämättömiä korkeatasoiselle hoitotyölle; mikään niistä ei yksinään ole riittävä.

kannalta keskeinen julistus on Alma Atan julistus (WHO 1978), jossa kiinnitetään huomio siihen, että perusterveydenhuollon johtavana periaatteena on osoittaa yhteisön terveysongelmat, huolehtia edistävien, ehkäisevien, hoitavien ja kuntouttavien palvelujen saatavuudesta. Perttilän (1999,65-66) mukaan tämä perusterveydenhuollollinen lähestymistapa merkitsi, että lääketieteen ammattilaisten lisäksi myös muut ryhmät tulivat mukaan terveyspolitiikan tekoon ja toteuttamiseen.

⁵⁰ *Hoidon periaatteita ovat kuvanneet muun muassa Abdallah (1960), Henderson (1966) ja Veteläsuo (1979).*

⁵¹ *Käytän tässä hoitaja-käsitettä viittamaan tässä tutkimuksessa haastattelemiini perusterveydenhuollon mielenterveystyön tekijöihin. Lähtökohtana on ajatus siitä, että hoitaminen huolenpitona ei ole sidottu ammattinimikkeeseen.*

⁵² *Empiirisellä tiedolla Carper (1978) tarkoittaa lähinnä tieteellisellä tutkimuksella saavutettua tietoa, joka on luonteeltaan propositionaalista. Eettinen tieto sisältää hoitamisen moraalisen ulottuvuuden: se sisältää tietoa siitä, mitä pitäisi tai ei pitäisi tehdä. Kalkkaan ja Sarvimäen (1996, 30-35) mukaan moraalisen toiminnan taustalla oleva moraalinen tieto koostuu*

Eettinen tieto perusterveydenhuollon mielenterveystyössä

Hoitamiseen sisältyy runsaasti eettisiä kysymyksiä terveyteen ja hoitoon liittyvästä moraalisesti oikeasta ja väärästä toiminnasta. Carperin (1978, 20-21) mukaan eettisesti ongelmalliset kysymykset syntyvät tilanteissa, joissa toiminnan seurauksia on vaikea arvioida ja eettiset säännöt tai ohjeet eivät joko toimi tai jopa johtavat haitallisiin seurauksiin. Sarvimäen (1989, 106-107) mukaan moraalinen toiminta vaatii toisen ihmisen tuntemista. Ihmisen todellinen kohtaaminen ja auttaminen edellyttävät autettavan ihmisen tarpeiden ja prioriteettien havaitsemista ja oikeaa tulkintaa. Moraalisen toiminnan edellytys on myös hoitajan itsetuntemus⁵³. Hoitajan on kyettävä antamaan tilaa autettavan ihmisen tarpeille. Lisäksi hoitajan on kyettävä tarkastelemaan omaa toimintaansa, sen perusteita ja seurauksia voidakseen tarvittaessa muuttaa toimintaansa. Ihmisen ymmärtäminen edellyttää monenlaista tietoa ja persoonallista, moraalista ja emotionaalista suhdetta kohteeseen sekä luovuutta ja tilannetajua. Tutkimuksen mukaan hoitajan persoona on yhtä aikaa sekä työväline että metaväline, joka ohjaa kaikkien muiden työvälineiden käyttöä. Tutkimuksen mukaan yksi perusterveydenhuollon työntekijöiden vahvuuksista mielenterveystyössä ovat ammatillisen itsetuntemuksen taidot. Muita vahvuuksia olivat asenteet, vuorovaikutustaidot elämisen taidot sekä ihmissuhdetaidot.

Hiljainen tieto⁵⁴ on osa arvo- ja moraalista tietoa. Hiljaista tietoa ja intuitiota pidetään usein ominaisena pitkälle kehittyneelle hoitotoiminnalle (Benner 1989, Nurminen 2000). Tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat intuitiivisen

teoreettisella, persoonallisella ja käytännöllisellä tasolla olevasta tiedosta. Moraalinen toiminta edellyttää itsensä ja toisten ihmisten tuntemista: hoitajan on tunnettava itsensä ja potilas. Hoitajan on kyettävä tunnistamaan autettavan tarpeet ja erottamaan omat tarpeensa autettavien tarpeista. (Esim. Nurmela 2002, 165.) Esteettinen ja persoonallinen tieto kuvataan usein hoitamisen taiteena.

⁵³ Sarvimäen & Stenbock-Hultin (1989, 74) mukaan yksilön moraalista kehitystä voidaan kuvata kolmivaiheisena, joka etenee esimoraalisen ja sovinnaisen vaiheen kautta jälkisovinnaiseen eli autonomiseen vaiheeseen. Autonomisen vaiheen saavuttanut henkilöä voidaan pitää moraalisesti kypsänä. Tämän vaiheen saavuttanut hoitaja on samastunut ammattiinsa ja kykenee vastuullisen toiminnan ohella tarkastelemaan ja arvioimaan omaa toimintaansa. Ammatti-identiteetin edellytyksenä on moraalinen kypsyys.

⁵⁴ Hiljaisen tiedon käsite liittyy Polanyin esittämään (1959) henkilökohtaisen tiedon käsitteeseen. Polanyin (1959) mukaan kaikella tiedolla on subjektiivinen ja henkilökohtainen ulottuvuus. Hänen mukaansa tietämiseen liittyvät ilmiöt ovat sellaisia kuten kiinnostus, taito ja älyllinen intohimo, josta Polanyi kutsui myös hiljaiseksi tiedoksi. Rädyn (1987) mukaan riittävän pitkän koulutuksen jälkeen ihmiselle kehittyy intuitiivista tietoa hyvinkin monimutkaisista asioista. Teoreettinen tieto voidaan muuttaa intuitiiviseksi. Ihminen käyttää intuitiota kokonaisuuksien hahmottamiseen ja synteisien tekemiseen. Siten intuitio on keskeinen hoitajan kyyllä hahmottaa potilas kokonaisena (Stenbock-Hult 1989, 79). Nurmisen (2000) mukaan hiljainen tieto on intuition edellytys. Intuition avulla hoitaja kykenee myötäelämään ja vastaamaan toisen ihmisen tarpeisiin.

tiedon ja luovuuden käyttöä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Nämä tiedon ulottuvuudet tulivat esille varsinkin haastateltujen hoitajien kuvauksissa.

Empiirinen tieto perusterveydenhuollon mielenterveystyössä

Terveystieteiden tulee olla tutkitusti tehokasta. Tämä koskee sekä hoitajan että lääkärin antamaa hoitoa. Evidenssin käsite⁵⁵ ei ole yksiselitteinen; varsinkin mielenterveystyössä evidenssin osoittaminen voi olla erityisen ongelmallista. Erikssonin ym. (2000, 23) mukaan hoitaminen on käytännöllistä/teknistä, teoreettista/tieteellistä ja eettistä/moraalista toimintaa. Vastaavasti evidenti hoitamisessa merkitsee totuudenmukaista, hyvää ja kaunista. Evidenssi näin ymmärtäen tutkimus tuotti tietoa näistä kolmesta hoitamisesta ja evidenssin ulottuvuudesta. Taulukossa 3. (s. 120) olen jäsentänyt tutkimuksen tuottamaa tietoa hoitamisesta ja evidenssin ulottuvuuksista Erikssonin ym. (2000) mukaillen.

⁵⁵ EBN = evidence-based-nursing/näyttöön perustuva hoitotyö ja EBM=evidence-based-medicine/näyttöön perustuva lääketiede korostavat hoidon perustamista evidenssiin eli näyttöön. Evidenssin käsitettä hoitotyössä ovat tarkastelleet esim. Eriksson ym. (2000), Nurmela (2002, 164) ja Leino-Kilpi (2000). Nurmelan (2002,164) mukaan evidenssin korostaminen ja hoidon perustaminen evidenssiin ei ole ongelmallista. Evidenssiltä on edellytetty tiukkaa ja kokeellista tutkimuspohjaa. Esimerkiksi Leino-Kilven (2000) mielestä näyttöön perustuvalla hoidolla ei tule asettaa ehdotonta kokeellisen tutkimuksen kautta saavutetun näytön vaatimusta. Erikssonin ym. (2000,26) mukaan hoitotieteellisenä käsitteenä evidenssi on moniulotteinen. Evidenti on totuudenmukaista, hyvää ja kaunista. Evidenssikäsitteeseen sisältyy sekä sisäinen että ulkoinen dimensio. Sisäinen dimensio viittaa hoitamisesta substanssiin totuudenmukaisena, luonnollisena, aitona ja oikeana. Ulkoinen evidenssi viittaa tietämiseen ja tietoon, joka on asiallista, realistista ja totta. Evidenssiin perustuvassa hoitamisessa on totuudenmukaisuuden, kauneuden ja hyvän piirteitä. Hoitotieteellisestä näkökulmasta katsottuna evidenssiin perustuvaa hoitoa esiintyy hoitotodellisuudessa vain poikkeuksellisesti, koska lääketieteellinen näkökulma hallitsee sitä. (Eriksson ym. 2000.)

Taulukko 3. Hoitamisen ja evidenssin ulottuvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä Erikssonia ym. (200) mukailten

<i>HOITAMISEN ULOTTUVUUS</i>	<i>HOITAMISEN SYMBOLINEN ASPEKTI</i>	<i>EVIDENSSIN ULOTTUVUUS</i>	<i>TUTKIMUKSEN TUOTTAMA TIETO</i>
<i>KÄYTÄNNÖLLINEN JA TEKNINEN</i>	<i>KÄSI</i>	<i>KAUNIS</i>	<i>Työkokemus ammattitaidon perustana Elämisen taidot ja ihmissuhdetaidot vahvuutena Tekniset työvälineet</i>
<i>EETTINEN MORAALINEN</i>	<i>JÄ SYDÄN</i>	<i>HYVÄ</i>	<i>Ammatilliset yhteistyöt Elämänkokemus Elämisen taidot Kiinnostus ihmistyöhön Ideologiset työvälineet Asenteet vahvuutena</i>
<i>TEOREETTINEN TIETEELLINEN</i>	<i>JÄ PÄÄ</i>	<i>TOSI</i>	<i>Koulutukset ja ammattilliset yhteistyöt ammattitaidon perustana Vuorovaikutustaidot vahvuutena Ammatillisen itsetuntemuksen taidot vahvuutena</i>

Esteettinen ja persoonallinen tieto perusterveydenhuollon mielenterveystyössä

Persoonallisen tiedon ulottuvuus on hoitamiselle keskeinen (Carper 1978). Se merkitsee tietoisuutta omasta itsestä ja itsen terapeutista käyttämistä hoitosuhteessa. Eettisiä valintoja sisältävät tilanteet, joissa persoonallinen kypsyys ja vapaus edellyttävät persoonallisen tiedon käyttöä.

Esteettistä tietoa hoitamisessa voidaan kuvata myös hoitamisen taiteena. Sen yksiselitteinen määrittäminen on vaikeaa. Esteettinen tieto on kuitenkin osa hoitamisen tietoperustasta. Silvan ym. (1995,6) mukaan kyse on hoitamisen kokonaisuudesta, jonka osia ovat hoitamisen muoto, tasapaino, rytmi, määrä ja

yhdistyminen. Carperin (1978) mukaan empatia⁵⁶ kuuluu esteettiseen tietoon. Empatiaa voidaan pitää tietolähteenä, joka kertoo potilaasta. Empatia perustuu eri ulottuvuuksissa oleviin prosesseihin: empaattisessa prosessissa hoitaja käyttää kaikkia ulottuvuuksiaan ymmärtääkseen potilasta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, 77). Tässä tutkimuksessa persoonallisen ja esteettisen tiedon elementit tulevat esille perusterveydenhuollon mielenterveystyön työvälineissä ja ammattitaidon perustan sekä työntekijän vahvuuksien ulottuvuuksissa.

6.1.2 Yhteiskuntaa ja terveydenhuollon järjestelmää koskeva tieto

Yhteiskuntaa ja terveydenhuollon järjestelmää koskeva tieto, jota tutkimus tuotti, kuvaa sitä kontekstia, jossa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä toteutetaan, niitä muutostekijöitä, jotka siihen ovat 1990-luvulla heijastuneet sekä perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistarpeita. Terveydenhuollon järjestelmää ja yhteiskuntaa koskeva tieto tässä tutkimuksessa vastaa kysymykseen miten.

Muutostekijät yksilön terveyden edistämisen ja väestön mielenterveyden näkökulmasta

Tutkimus tuotti tietoa perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutoksista henkilöstön näkökulmasta. Muutostekijät ovat moninaisia; ne koskevat terveydenhuollon palveluita ja niiden järjestämistä ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Työntekijä itse oli yksi muutostekijä. Tutkimuksen tuottama tieto kuvaa samankaltaisia muutoksia, joita eri tieteiden piirissä on tutkittu ja kuvattu. Muun muassa Hirvonen ym.⁵⁷ (2002, 35-56) ovat jäsentäneet muutoksia yksilön

⁵⁶ Sarvimäki & Stenbock-Hult (1989, 77-78) tarkastelevat empatiaa ja empaattista kykyä yhtenä hoitajan valmiuksista. Empatia liittyy ihmisen henkiseen, emotionaaliseen ja älylliseen ulottuvuuteen. Henkisen ulottuvuuden avulla ihminen voi siirtyä itsensä ja omien rajojensa ulkopuolelle. Siten empatia on transsendentaalinen kyky. Emotionaalinen ulottuvuus on keskeinen ihmisen empaattiselle kyvyille: hoitaja eläytyy tunteillaan potilaan maailmaan, mikä edellyttää, että hän kykenee havaitsemaan, vastaanottamaan ja säilyttämään potilaan herättämiä tunteita. Tämä edellyttää, että hoitaja pystyy suhtautumaan avoimesti myös omaan tunne-elämäänsä. Empatiassa älyllinen ulottuvuus yhdistyy erottamattomasti emotionaaliseen. Hoitaja käyttää älyllisiä ja kognitiivisia taitoja ymmärtääkseen potilaan kokemusten ja ilmaisuiden syitä. Älyllinen ulottuvuus auttaa hoitajaa myös omien tunteiden ja reaktioiden tunnistamisessa.

⁵⁷ Jälkmodernissa yhteiskunnassa haasteita terveyden edistämiseksi aiheuttavat muutokset teknologian, talouden ja biolääketieteen alueella. Elinympäristön muutokset aiheuttavat ekologisia riskejä, joiden ratkaisuksi ei ole valmiita toimintatapoja. Terveysriskien säätelystä on tullut yhä enemmän kansainvälistä toimintaa EU:n ja WHO:n tasolla. Työelämän muutokset näkyvät työmarkkinoiden tasolla globalisoitumisena ja markkinavoimien kasvuna. Samaan aikaan on työttömyyttä ja työvoimapulaa, mikä lisää ihmisten eriarvoisuutta. Uusi yhteiskunta on yhä enemmän koulutetun ja osaavan ihmisen varassa. Ne, jotka eivät kykene pysymään mukana

terveyden edistämisen näkökulmasta. Yksilön terveyden edistämiseen vaikuttaa yhteiskunnassa, työ- ja elinolosuhteissa, perheessä ja sosiaalisissa verkostoissa sekä yksilön elämäntyyliässä, elämäntilanteessa ja voimavaroissa tapahtuvat muutokset. Yksilöllä on tänä päivänä yhä enemmän valinnan mahdollisuuksia elämässään ja terveytensä edistämisessä. Yksilöllistymiseen liittyvät erilaiset elämän valinnat ja valinnanvapaus. Beckin⁵⁸(1995) mielestä lukuisat erilaiset mallit voivat olla yksilön kannalta tuhoisia, sillä ne murentavat vallitsevaa yhteisyyttä ja moninkertaistavat sellaisten kysymysten määrän, joihin ei ole vastausta.

Tutkimusaineisto koottiin 1990-2000-lukujen taitteessa, jolloin työttömyysaste Suomessa oli korkea. 1990-luvun laman jälkeen maassamme on jatkuvasti ollut suuri joukko työttömiä. Tutkimuksissa⁵⁹ on todettu työttömyyden heikentävän terveyttä. Työttömyyteen voi liittyä taloudellisia vaikeuksia, mutta köyhyys voi johtua myös muista syistä⁶⁰. Tutkimusaineiston keruun aikaan esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen tilastot kertoivat depressiolääkkeiden käytön ja mielenterveysyryistä myönnettyjen eläkkeiden määrän lisääntymisestä. Viinamäen (2003, 226) mukaan on näyttöä siitä, että mielenterveysongelmista kärsivien osuus kohosi lamavuosina useissa väestöryhmissä. Vuonna 1997

muutoksessa, ovat vaarassa syrjäytyä. Uhkana on myös tiedollinen ja kulttuurinen syrjäytyminen. Työelämä edellyttää yhä vahvempaa osaamista ja vähemmän vaativat työt vähenevät. Työelämässä oleville jatkuva muutos ja työn nopeatempoisuus aiheuttavat yhä kovempia vaatimuksia. Tämän päivän työmarkkinoille on ominaista työsuhteiden osa-aikaisuus ja määräaikaisuus (Julkunen 2000.) Työn henkinen rasittavuus pakottaa ihmisiä etsimään uusia selviytymiskeinoja. Perinteisten yhteisöjen, kuten ydinperheen, suvun ja kyläyhteisön osittainen hajoaminen merkitsevät sitä, että elämässä selviytymisen normeja ja malleja ei enää opita siten kuin ennen. Terveiden edistäminen ja sairauksien hoitaminen ovat esimerkkejä tästä. Perinteiset perhemuodot elävät muutoksen aikaa, perheiden perustamisikä on noussut ja avioerot ovat yleistyneet. Ihmissuhteille on leimallinen lyhytaikaisuus. Perheen ja elämän privatisoituminen muuttaa sosiaalisia verkostoja harvemmiksi tai lyhytaikaisemmiksi. Tämä merkitsee sitä, että on yhä vähemmän sellaisia ihmisiä, jotka voivat auttaa, kun elämässä sattuu jotain odottamatonta.

⁵⁸ *Moninaisuus koskee myös uskontoa ja kulttuuria. Myös yksilön suhtautuminen tietoon on muuttunut. Asiantuntijan tarjoama tieto voidaan kyseenalaistaa ja pohtia, miten se sopii omaan yksilön elämäntapaan. Tunteilla on keskeinen asema jälkimodernissa maailmassa: ihmiset pyrkivät kohti omaa onnellisuutta. Tästä seuraa erilaisia vaatimuksia yksityiselämän suhteille. Työelämässä toiset ihmiset nähdään uhkana, mistä on seurauksena lisääntyvä stressi ja kilpailu.*

⁵⁹ *Shorttiin viitaten Viinamäki (2003, 218) toteaa, että yleisin työn menetykseen liittyvä terveyshaitta on psyykinen rasittuneisuus, joka voi ilmetä lievistä ahdistuneisuudesta ja masentuneisuudesta itsemurhaan. Myös ruumiilliset sairaudet ovat työttömillä yleisempiä.*

⁶⁰ *Kankaan & Ritakallion (1996) mukaan uusia suomalaisen köyhyyden muotoja ovat koettu köyhyys, niukkuus ja velkaköyhyys. Kun entinen elämäntapa ja kulutustaso eivät enää ole mahdollista, tilanteeseen voi liittyä sosiaalista häpeää ja ystäväpiiristä sekä sosiaalisesta verkostosta vetäytymisen.*

tehtyjen arvioiden mukaan⁶¹ väestön mielenterveystilanne koheni laman helpottaessa.

Vuonna 2002 julkaistun kattavan Terveys 2000-tutkimuksen tulosten mukaan⁶² väestön mielenterveyden tila ei ole ratkaisevasti huonompi kuin 20 vuotta sitten tehdyssä Mini-Suomi-tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002). Terveys on kuitenkin jakautunut väestössä epätasaisesti. Väestöryhmien välillä on tutkimusten⁶³ mukaan terveyseroja mm. asuinalueen, tulotason, sukupuolen, siviilisäädyn, koulutuksen ja työllisyystilanteen mukaan. Mitä alhaisempi yhteiskunnallinen asema ja mitä pienemmät tulot, sitä enemmän mielenterveyden häiriöitä ilmenee väestötasolla⁶⁴. Toisaalta elintason nousu kasvattaa väestöryhmien välisiä terveyseroja⁶⁵.

Tämän tutkimuksen tuottama tieto perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön heijastuneista muutoksista auttaa ymmärtämään sitä kontekstia, jossa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä toteutetaan ja jossa tutkimusaineisto on koottu⁶⁶. Tulokset kertovat perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön heijastuneista monentasoisista ja -laatuisista muutoksista ja työntekijöiden niitä koskevista tulkinnoista. Mielenterveystyö on yksi perusterveydenhuollon työn alueista, jossa muutokset ovat olleet tuntuvia. Tutkimuksen tuottama tieto perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutoksista on pitkälti yhtenevää muissa tutkimuksissa esitetyn kanssa. Tulosten yhtenevyys kertoo myös siitä, että haastatellut seuraavat aikaansa ja yhteiskunnallista keskustelua. Ei liene liioiteltua sanoa, että muutosten seurauksena perusterveydenhuollon työ on muuttunut perustavasti.

Tässä tutkimuksessa tulee lisäksi esille perusterveydenhuollon työntekijä yhtenä muutostekijänä, mikä poikkeaa aiemmasta tutkimuksesta. Havainto on tärkeä monestakin syystä. Mielenterveystyössä työntekijän henkilökohtainen panos on merkittävä eikä häntä voi millään korvata. Työntekijän hyvinvointi heijastuu asiakkaan/potilaan hyvinvointiin. Monien muutosten alaisena olevassa

⁶¹ Viinamäki (2003, 226) on esittänyt, että verrattaessa Talous ja terveystutkimuksen 1997 ja Terveys-2000-tutkimuksen tuloksia, voidaan päätellä, että väestön mielenterveys on jälleen heikentymässä. Viinamäen mukaan väestön mielenterveyteen vaikuttaa tällä hetkellä voimakas maassamuutto ja siitä johtuva yhteiskunnassa tapahtuva polarisoituminen: hyvinvoivat henkilöt kasautuvat Etelä-Suomeen ja iäkkäät, erilaisista terveysongelmista kärsivät jäävät haja-asutusalueelle. Työttömyys ja lyhytaikaiset työsuhteet muodostavat myös uhkan väestön mielenterveydelle.

⁶² Terveyspalveluita käytetään mielenterveyden häiriöiden esiintymiseen verrattuna vähän. (Viinamäki 2003, 215.) Terveys 2000-tutkimuksessa havaittiin depression yleisyys naisilla ja alkoholiriippuvuuden yleisyys miehillä, jotka kuitenkin kansainvälisesti vertailtuna ovat muiden maiden tasolla tai alapuolella (Lönnqvist 2003,81).

⁶³ Koskinen ym. (1999) ja Lahelma ym. (1999).

⁶⁴ Lahelman (1987) mukaan väestön terveyttä kohentaa elintason nousu enemmän kuin terveydenhuollon erityistoimet.

⁶⁵ Koskinen & Teperi (1999).

⁶⁶ Myös esim. Vuori (1995) ja Suonsivu (2003) ovat tarkastelleet kontekstin merkitystä tutkimustulosten kannalta.

perusterveydenhuollon työssä huomion kiinnittäminen työntekijän jaksamiseen⁶⁷ ja mielenterveyden tukemiseen on tästä syystä erityisen tärkeää⁶⁸. Kaikille mielenterveystyötä tekeville tulisi tarjota mahdollisuus työnohjaukseen. Tässä tutkimuksessa vain lääkäreillä oli mahdollisuus työnohjaukseen Balint-ryhmien⁶⁹ kautta. Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon työntekijät pitivät tärkeänä omassa työryhmässä tai työyhteisössä saamaansa vertaistukea (myös Ford ym. 1997).

Muutostekijät työntekijöiden ammattitaitoon kohdistuvien vaatimusten näkökulmasta

Terveysalalla ja sen koulutuksella on merkittävä yhteiskunnallinen tehtävä. Yhteiskunnalliset muutokset koskettavat terveysalaa ja sen koulutusta myös asiakkaidensa ja koulutettaviensa tarpeiden kautta. Yhteiskunnalliset ja työelämän muutokset heijastuvat vaadittavaan ammattitaitoon alasta ja ammatista riippumatta⁷⁰. Yhteiskunnallisia muutoksia terveysalan ammattitaitovaatimusten kannalta ovat tarkastelleet mm. Könnilä (1998), Pelttari (1997), Metsämuuronen (1998) ja sosiaalialan näkökulmasta esimerkiksi Honkakoski (1995).

Metsämuuronen (1998) on tarkastellut terveysalan muutossuuntia ja niiden merkitystä ammattitaitovaatimusten kannalta asiaa PESTE-analyysin⁷¹ avulla.

⁶⁷ Työnohjauksella voidaan tutkimusten (esim. Hallberg & Norberg 1993) mukaan vähentää terveysalan työntekijöiden stressiä (myös Ford ym. 1997). Moniammatillisen perhetyön koulutuksen yhtenä tavoitteena on antaa työntekijöille keinoja työssä jaksamiseen (Larivaara ym. 2003).

⁶⁸ Suonsivu (2003) toteaa, että muun muassa työelämään liittyvät hallitsemattomat, osin perustelemattomat muutokset seurauksineen olivat yksi hoitotyöntekijöiden masennuksen syy.

⁶⁹ Balint-perinne on lähtöisin Britanniasta 1950-luvulta ja sitä on sovellettu Suomessakin yleislääkäreiden työnohjauksessa. Se korostaa hyvää potilas-lääkäri-suhdetta. Balint-perinne on antanut vaikutteita myös yleislääketieteen oppialan (general practice/practioner) synnylle. (Balint 1957, Larivaara 2000.)

⁷⁰ Honkakosken (1995, 79) mukaan tällaiset yliammatilliset vaatimukset johtuvat kansainvälistymisestä, elinkeinorakenteen kehittymisestä yhä enemmän palvelu- ja tietotyön suuntaan, työtä koskevien arvostusten muuttumisesta, ammattien elinkaaren lyhenemisestä ja työmarkkinoiden muutosten vaikutuksista työuriin.

⁷¹ PESTE-analyysi on liiketoimintaympäristön kartoitukseen tarkoitettu malli, tässä yhteydessä siihen on lisätty Asiakas-komponentti ja se on nimetty APESTE-analyysiksi. Metsämuuronen APESTE-analyysin mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaikuttavat ainakin muutokset asiakkaissa, politiikassa, talouden kehityksessä ja työllisyydessä, muutokset sosiaalisissa tekijöissä, teknologiassa sekä ekologisissa tekijöissä. Metsämuuronen (1998) mukaan terveysalan tulevaisuuden osaamisvaatimuksissa aitoa tulevaisuuden osaamista edustavat teknologinen osaaminen, kansainvälisyysosaaminen ja yrittäjyysosaaminen. Potentiaalista tulevaisuuden osaamista ovat yhteiskuntaosaaminen, itsepuolustustaito, projektityöosaaminen, voimakkaampi vastuunotto, tiedonhankintaosaaminen,

Pelttarin (1997) mukaan sairaanhoitajan ammattitaitoon kohdistuvissa vaatimuksissa⁷² korostuvat sekä nyt että tulevaisuudessa ihminen-ihmiselle-vaatimukset: vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuus, ystävällisyys, vastuullisuus, huolenpito, ihmisen monien ongelmien kokonaisvaltainen kohtaamis- ja auttamisvalmius sekä kyky toimia potilaan asianajajana. Lisäksi painottuvat monikulttuuriset valmiudet ja terveyden edistämismuutokset, jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen ja kehittämisvalmius sekä muutoksen hallinta. Tulevaisuudessa painottuvat Pelttarin (1997) mukaan entistä enemmän moniammatilliset yhteistyövalmiudet, tutkimus- ja tiedonhankkimisvalmiudet, johtamisvalmiudet sekä asiakkaan/potilaan itsehoitoa tukevat valmiudet.

Könnilä (1999) on kuvannut terveysalan työn ja ammatillisuuden muutossuuntia. Terveysalan muutossuunnat syntyvät sisäisistä ja ulkoisista muotospaineista⁷³. Könnilän (1999) mukaan muutossuunnat näyttävät pysyviltä. Muotossuuntien osoittamat ammatillisten ydinosaamisten tarpeet⁷⁴ ovat

yhteistyöosaaminen, aktiivisen muuttamisen osaaminen, itseohjautuvuusosaaminen, muuttumisen osaaminen, innovatiivisen työtteen osaaminen, työhön ja työssä vaikuttamisen osaaminen, johtamisosaaminen, sosiaalinen osaaminen, palveluosaaminen ja vaikeiden päätösten tekemisen osaaminen. Perusosaamista terveysalalla tulevaisuudessa edustavat Metsämuurosen mukaan äänettömien ja pehmeiden taitojen hallinta, ihmisen kohtaamisen osaaminen, arvo-osaaminen ja eettinen osaaminen sekä oman persoonan käytön osaaminen. (Metsämuuronen 1998, 140-141.)

⁷² Ammattitaitoon kohdistuvia vaatimuksia tarkastellessaan Pelttari (1997) käyttää käsitettä *kvalifikaatiovaatimus*, joka tarkoittaa työstä johdettuja yksilön ammattitaidolle asetettuja vaatimuksia

⁷³ Terveysalaan kohdistuvista yhteiskunnallisista muutossuunnista keskeisimmiksi nousivat Könnilän mukaan:

- *vapaakuntakokeilu, joka tähtää kunnallisen itsehallinnon vahvistamiseen,*
- *alueellinen väestövastuu, joka on uutta toimintakulttuuria, asiakaslähtöisyyttä ja eri ammattiryhmien tasa-arvoista yhteistyötä tavoitteleva muutos*
- *kunnallisen hallinnon kiristynvä resurssi- ja talouspoliittinen vastuu, joka näkyy toimintojen sopeuttamisena yhteiskunnallisia olosuhteita ja taloudellisia mahdollisuuksia vastaaviksi*
- *vaihtoehtojen työ- ja palvelumuotojen käyttöönotto kiristyneessä ja tehostuvassa tuotantoympäristössä, jolloin erityisesti kunnat joutuvat etsimään uusia, joustavampia palvelujen tuottamisen tapoja*
- *henkilöstörakenteen uudelleen mitoittaminen ja tehokkaampien työmenetelmien käyttöönotto, joka liittyy keskushallinnon säätelyn vähenemiseen. Paradoksaalinen tilanne johtuu tarpeiden lisääntymisestä samaan aikaan, kun resurssit vähenevät.*
- *Asennemuutosten, todellisen yhteistyön ja yhteistavoitteellisuuden tarve ammatillisessa toiminnassa. Kehittämistyön esteitä ovat pitkälle viety ja tarkkaan määritelty työnjako ammattien kesken, eriytynyt päätöksentekomenettely, tiedonvälityksen ja vuorovaikutuksen puute sekä irrallisten, yksittäisten työtehtävien korostaminen. Myös henkilöstöjohtamista tulee kehittää.*

⁷⁴ Könnilän (1999) mukaan ammatillisuuden kehittämisen kannalta ensimmäinen muutostrendi, työmenetelmien ja palveluiden tehostaminen merkitsee terveysalalla pääasiassa organisaatioiden ja henkilöstörakenteiden keventämistä. Tämä näkyy mm. vanhojen

organisaatioiden purkamisena ja uusien muodostamisena. Palveluiden yksityistäminen ja niiden järjestäminen ostopalveluina ovat myös keinoja tehokkuuden lisäämiseen. Tehokkuusvaateiden ääripäässä tulee terveysalalla vastaan asiakastyön laadun vaarantuminen, henkilöstön uupuminen ja liiallisen teknistymisen ja kiireen aikaan saama inhimillisyyden vähentyminen.

Toinen muutostrendi liittyy innovatiivisuuteen ja luovaan toimintaan. Siihen kuuluu (emt.) keskeisesti tutkiminen, tulevaisuuden tarpeiden huomioiminen sekä jatkuvasti muuttuvan todellisuuden hallinta ja siihen vaikuttaminen. Innovatiivinen työote tuottaa uusia ratkaisuja; sen toteuttamiseksi tarvitaan moniammatillista tiimityötä ja mahdollisuutta näissä ryhmissä syntyneiden ideoiden hyödyntämiseen käytännössä. koulutusjärjestelmän kannalta innovatiivisuuden edistäminen edellyttää uuden tiedon etsimistä ja testausta sekä vallitsevien rutiinien kriittistä uudelleen arviointia.

Kolmas muutostrendi (emt.) edellyttää sopeutumista muutoksiin ja epävarmuuteen koko ajan muuttuvassa työssä. Hoitotyön perustehtävä, ihmisten auttaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa luo perustan hoitamiselle myös työympäristöjen ja -menetelmien muutoksen keskellä. Työntekijän vahva muutossopeutuvuus heijastuu myös potilaaseen turvallisuuden ja luottamuksen tunteena. Terveysalan työssä elämönhallintataitojen merkitys korostuu kohdattaessa moniongelmaisia asiakkaita. Terveysalan koulutukseen liittyvä työnohjaus on tarpeellinen opiskelijan ammatillisen kasvun tukemisessa, ongelmanratkaisutilanteissa sekä henkisen jaksamisen tukemisessa.

Neljäs muutostrendi, joustavuus perustuu työelämän tarpeisiin ja nykyiseen tilanteeseen. Joustava ja monialainen työntekijä on työyhteisölleen arvokas. Terveysalan koulutuksen voimakas erikoistuminen johti paitsi osaamisen lisääntymiseen, myös työntekijöiden etäännyntymisen toisistaan ja asiakkaistaan. Joustavuutta pyritään lisäämään ammattikorkeakoulutuksessa monialaista tiimityötä lisäämällä. Työn yleinen murros häivyttää ammattikuntien välisiä rajoja, mikä osaltaan lisää tarvetta suurempaan joustavuuteen. (Emt.)

Yhteistoiminnallisuudessa korostuu yhdessä toimimisen merkitys. Ammatillisten ydinosaamisten perusta on ammatillisissa metataidoissa. Metataidot nousevat jatkuvasti muuttuvalla työn ja koulutuksen kehittämisen kentällä yhä keskeisemmiksi. Ne sisältävät "sillan rakentajan taitoja" eli dialogisuuden vastavuoroista käyttöä, sosiaalista älykkyyttä, jossa integroituvat useiden muutostrendien edellyttämät taidot. Metataidot tuottavat korkeamman tason osaamista muuttuvaan terveysalan ympäristöön. Uusiutuvan ammatillisuuden, yhteistoiminnallisuuden ja joustavuuden taitojen integroituminen merkitsee juuri sosiaalista älykkyyttä. Uusiutuvan ammatillisuuden syntyminen ei tapahdu hetkessä. Reflektoinnin taito on uusiutuvan ammatillisuuden kulmakivi - se sisältää myös metataitojen kombinaation; sosiaalisen älykkyyden, interaktionaalisuuden ja responsiivisuuden sekä reflektiivisyyden. (Könnilä 1999.)

Peltonen (1993) on visioinut suomalaista työelämää vuonna 2020. Hänen mukaansa arvomaailma ei silloin ole yhtenäinen vaan pirstaleinen. Peltosen mukaan etusijalla ovat vitaaliset, eettiset, esteettiset, tiedolliset, sosiaaliset ja ekologiset arvot. Nykyistä suurempi osa kansankunnan henkisen ilmaston lähtökohdista muodostuu koulutuksen ja erilaisten kansalaisjärjestöjen toiminnasta. Myös Aarnio ym. (1991) ovat kuvanneet ihmisen, työn ja osaamisen painopisteiden muutoksia yhteiskunnan eri kehityskausina. Postmodernilla aikakaudella sosiaalinen osaaminen nousee yhteiseksi tärkeäksi painoalueeksi. Samaan aikaan terveysalalla tarvitaan kaikkien kehityskausien osaamisalueita. Näitä ovat sellaiset kuin voima, käden taito, tehokkuus ja tieteellinen työtieto.

joustavuus ja uusiutuva ammatillisuus. Yleisten ammattitaitoon kohdistuvien vaatimusten kasvaessa, tiedon määrän ja kompleksisuuden nopeasti lisääntyessä kaikilla aloilla on oppimaan oppimisen taito tullut yhä tärkeämmäksi. On myös hyväksyttävä, että kukaan ei voi hallita kaikkea - tärkeämmäksi kuin "oikeiden" vastausten tietäminen nousee oikeiden kysymysten esittäminen ja innovatiivisuus. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon työntekijöiden vahvuuksia mielenterveystyössä olivat asenteet, ammatillisen itsetuntemuksen taidot, vuorovaikutustaidot, elämisen taidot sekä ihmissuhdetaidot. Mielenterveystyön, oppimaan oppimisen ja uusiutuvan ammatillisuuden kannalta ammatillisen itsetuntemuksen taidoilla on keskeinen merkitys.

Työelämään vaikuttavat niin yhteiskunnan rakennemuutoksesta johtuvat tekijät kuin työelämän sisäiset muutokset, kuten tietotekniikan ja uuden teknologian käyttöönotto. Näyttää siltä, että muutokset ovat tulevaisuudessakin terveysalalla nopeita ja usein myös ennakoimattomia. Tämä edellyttää suppea-alaisen ja eriytyneen osaamisen sijaan entistä laaja-alaisempaa ammattitaitoa, joka mahdollistaa siirtymisen työtehtävistä toisiin saman alan sisällä. Vaattisen (1995, 118) mukaan pitäisikin puhua ammatti-identiteetin sijaan alaidentiteetistä. Samalla hän pohtii, madaltaisiko se nykyisiä alan ammattien välisiä raja-aitoja.

Tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön on heijastunut 1990-luvulla lukuisia muutostekijöitä. Nämä muutokset heijastuvat perusterveydenhuollon työn sisältöön ja sitä kautta ammattitaitovaatimuksiin. Tutkimus toi esille, että perusterveydenhuollon työntekijöillä on runsaasti sellaisia ominaisuuksia ja taitoja, joita tämän päivän ja tulevaisuuden terveydenhuollossa tarvitaan. Vuorovaikutustaidot, elämisen taidot ja ihmissuhdetaidot ovat yhtäältä pehmeitä ja toisaalta yliammattillisia taitoja. Esimerkiksi ihminen-ihmiselle-käsite tuli sellaisenaan esille tutkimushaastatteluisissa.

Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa toteutuu moniammatillisissa tiimeissä, mikä edellyttää laaja-alaista ammattitaitoa. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon työntekijöiden ammattitaidon kehittämisen fasiliteetteja ovat mielenterveystyön arvostus ja legitimointi sekä työjärjestelyt. Nämä ovat haasteita niin johtamiselle kuin terveys- ja yhteiskuntapolitiikallekin⁷⁵.

Perusterveydenhuollon työntekijöiden ammattitaidon perusta on tutkimuksen mukaan moniulotteinen. Työntekijöillä on lisäksi käytössään mielenterveystyössä monipuolinen työvälineistö. Siten perusterveydenhuollon työntekijöillä on hyvät lähtökohdat toimia mielenterveystyön tekijöinä nyt ja tulevaisuudessa. Ammattitaidon kehittämistä ajatellen on syytä huomata, että koulutus on kuitenkin vain yksi monista tekijöistä, jotka muodostavat perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perustan. Koulutuksen avulla voidaan vaikuttaa mielenterveystyön osaamiseen, mutta esimerkiksi

⁷⁵ Myös *Mielekäs elämä!*-ohjelman (Immonen ym. 2003) ja *Pääsky-ohjelman* (Kiikkala & Immonen 2003) toimenpide-ehdotuksissa kiinnitetään huomio työntekijöitä arvostavaan johtamiseen.

henkilökohtaisella kiinnostuksella ja ammatillisella yhteistyöllä⁷⁶ ⁷⁷ on merkityksensä.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistä koskeva tieto

Tutkimus tuotti tietoa perusterveydenhuollon mielenterveystyön mahdollisuuksista, voimavaroista ja esteistä sekä kehittämisestä henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveystyö on laaja-alaista; sen kehittäminen edellyttää toimenpiteitä neljällä tasolla: yhteiskuntapolitiikan, paikallisen päätöksenteon ja palveluiden sekä työntekijän tasolla.

Tutkimuksen tuottama kuva mielenterveystyöstä vastaa hyvin Mielekäs elämä!-ohjelman lähtökohtia⁷⁸ ja ohjelman perusteella tehtyjä suosituksia⁷⁹.

⁷⁶ *Perhelääkärikoulutuksen pohjalta kehittyneessä moniammatillisen perhetyön koulutuksessa (Mape) kiinnitetään huomio erityisesti moniammatillisessa yhteistyössä tarvittaviin taitoihin, työssä jaksamiseen ja uusien työmenetelmien omaksumiseen. Moniammatillinen perhetyö tarkoittaa peruspalveluiden piirissä toteutettavaa ongelmien ja sairauksien sellaista ennalta ehkäisyä, hoitoa ja huolenpitoa, jossa yhdistetään eri organisaatioiden ammattihenkilöiden ja perheen voimavarat. Koulutukseen on osallistunut laajasti eri ammattien edustajia. Koulutuksen viitekehys tukeutuu bio-psyko-sosiaaliseen terveys-sairaus-käsitykseen. Sen keskeisiä teemoja ovat asiakas- ja perhekeskeisyys, voimavarasuuntautuneisuus ja verkostoituminen. (Larivaara ym. 2003.)*

⁷⁷ *Kiutun & Väisäsen (2000) mukaan perhelääkäriin työssä korostuvat mm. yhdessä tekemisen taidot. Fordin ym. (1997) mukaan peruspalveluiden henkilöstön koulutuksessa tulee kiinnittää huomio tiimitaitojen oppimiseen. Esimerkiksi moniammatilliset perhetyön koulutukset toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä (Larivaara ym. 2003). Moniammatillisen perhetyön koulutuksen kehittymisestä ja toteutetuista koulutus- ja kehittämishankkeista tarkemmin Larivaara ym. (2000), Taanila ym. (2002), Larivaara & Taanila (2004).*

⁷⁸ *Mielekäs elämä!-ohjelma toteutettiin Stakesin koordinoimana vuosina 1998–2002. Hankkeella pyrittiin parantamaan kansalaisten mahdollisuuksia mielekkään elämää elämiseen ja edistämään heidän pärjäämistään yhteiskunnassa ja yhteisöissään. Ohjelman lähtökohtana oli laaja-alainen näkemys mielenterveydestä ja mielenterveystyöstä. Mielenterveystyön tulee sen mukaan kattaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistäminen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Ohjelmassa kiinnitettiin huomiota väestön mielenterveyttä ja mielenterveyspalvelujen järjestämistä edistäviin elinolosuhteisiin. (Immonen ym. 2003.)*

⁷⁹ *Mielekäs elämä!-ohjelmassa (Immonen ym. 2003) mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy nähtiin yhteiskunnan eri hallinnonalojen, järjestöjen ja kansalaisten yhteisenä tehtävänä. Ohjelman päätteeksi esitettiin kolme toimenpidesuosituksia:*

- 1. Valtioneuvoston ja valtiollisten toimijoiden on turvattava hyvinvoinnin edellytykset Mikä tarkoittaa mm. mielenterveyttä tukevien yhteiskuntapoliittisten ratkaisujen tekemistä ja sitä, että valtio tukee kuntien kykyä tuottaa kuntalaisten tarvitsemat palvelut*
- 2. Kansalaisten hyvinvointi konkretisoituu alueellisin, seudullisin ja kunnallisin toimin*

Mielenterveystyö on laaja-alaista toimintaa, jota ei ole mahdollista toteuttaa eikä kehittää ainoastaan terveydenhuollossa työskentelevien voimin⁸⁰. Kaikkein yhteiskunnalliseen suunnitteluun, päätöksentekoon ja julkisten palveluiden tuottamiseen tulee sisällyttää mielenterveyden edistämisen näkökulma. Näkemys mielenterveystyön laaja-alaisuudesta merkitsee, että perusterveydenhuollossa (ja kaikissa peruspalveluissa) tehtävä mielenterveystyö ansaitsee nykyistä enemmän huomiota ja arvostusta ihmisten terveyden ja mielenterveyden tukemisessa.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön erityispiirteet

Mielenterveystyö edellyttää yhteistyötä⁸¹ eri hallinnonalojen ja työntekijäryhmien välillä. Tutkimuksessa yhteistyön näkökulma tuli esille toistuvasti. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa toteutuu yhteistyönä, joka tosin aina ei ole ongelmatonta. Yhteistyötä perhekeskeisen työn ja konsultoinnin muodoissa käytetään myös työvälineenä. Ammatillisen yhteistyön muodoilla on merkitystä työntekijän ammattitaidon kannalta. Myös mielenterveystyön kehittäminen edellyttää yhteistyötä⁸² paikallisesti, alueellisesti ja

Mikä merkitsee mm. ihmislähtöistä alue- ja kunnallispolitiikkaa, joiden avulla voidaan luoda mielenterveyttä tukevat elinolosuhteet. Se merkitsee myös seudullisen yhteistyön hyödyntämistä hyvinvointistrategioita luotaessa ja palveluita tuottaessa ja kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksien vahvistamista yhteiskuntapoliittisessa ja oman alueensa palveluiden kehittämisessä.

3. Asiakaslähtöiset palvelut ja apua tarvittaessa

Merkitsee, mm. että kaikkien kunnallisten peruspalveluiden on toiminnallaan edistettävä mielenterveyttä ja mahdollistettava ihmisten voimavarojen käyttöä. Toisen ihmisen auttaminen ymmärretään eettisenä toimintana, joten välittömässä työssä on oltava mahdollisuudet toimia eettisesti kestäväällä tavalla. Suositukset tai kriteerit eivät yksin riitä, vaan tarvitaan myös ihmisten kunnioittamiseen, kuulemiseen ja välittämiseen perustuvan toimintamallin sisäistymistä itsestään selväksi käytännöksi, työntekijöitä arvostavaa johtamista sekä riittäviä resursseja. (Immonen ym. 2003.)

⁸⁰ *Myös Mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksissa (2000, 19) ja Mielekäs elämä!-ohjelman loppuraportissa (Immonen ym. 2003,86) kiinnitetään huomio mielenterveyden laaja-alaisuuteen. Mielenterveys on inhimillinen voimavara, johon vaikuttavat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalisen vuorovaikutuksen kenttä, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. Mielenterveystyön näkökulmasta yhteiskuntapoliittikan merkitys on keskeinen.*

⁸¹ *Mielekäs elämä!-ohjelmassa mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy nähdään yhteiskunnan eri hallinnonalojen, järjestöjen ja kansalaisten yhteisenä tehtävänä (Immonen ym. 2003, ks. myös Lehtinen (2002, 125).*

⁸² *Yhteistyön kehittämisen tarpeeseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, terveydenhuollon viranomaisten ja vapaaehtoisauttajien sekä omaisten välillä on kiinnitetty huomiota aiemminkin (Korkeila 1996, Taipale 1996). Mielenterveystyön laatusuosituksissa (2001) palvelujärjestelmän sisäisen yhteistyön ja työnjaon selvittäminen ja sopiminen on nostettu yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi. Myös Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksissa (2000) on kiinnitetty huomio moniammatillisen yhteistyön edistämiseen.*

valtakunnallisesti. Yhteistyötä tarvitaan ammattiryhmien, perus- ja erikoispalveluiden, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden kunnan toimialojen välillä sekä ammattiauttajien ja vapaaehtoisten sekä omaisten välillä. Kunnalliset mielenterveystyön suunnitelmat⁸³ ovat yksi tapa tämän yhteistyön jäsentämiseksi ja koordinoimiseksi.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen pätevyys, validiteetti, tarkoittaa tutkimuksen kohdentumista tarkoitettuun tutkimuskohteeseen: sitä kokonaisuutta, jossa tutkimuksen tulos vastaa hyvin tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta (esim. Powers & Knapp 1990, 164-166, Varto 1992, 103, 119, Stevens ym. 1993, 101). Laadullisessa tutkimuksessa pätevyys on keskeinen piirre. Yleistykset, joita tehdään tutkimuksen kuluessa ja esitetään tutkimustuloksina, edellyttävät, että tutkimuksen kulku ja siitä saadut päätelmät syntyvät vain tematisoidusta kokonaisuudesta. Tematisointi tarkoittaa tapaa, jolla tutkimuksen johtoajatus valitaan ja perustellaan (Varto 1992, 103, 119). Raportin alkuosassa olen kuvannut tutkimukseni teoreettisia lähtökohtia, yhteiskunnallista kontekstia ja omaa esiyymmärrystäni, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen tematisoinnin onnistuneisuutta.

Seuraavassa tarkastelen tämän tutkimuksen luotettavuutta haastatteluaineiston, aineiston analyysin sekä tulosten yleistettävyyden ja siirrettävyyden näkökulmasta.

6.2.1 Haastatteluaineiston luotettavuus

Hirsijärven ja Hurmeen (1988, 128) mukaan on pohdittava, mitkä seikat tutkimuksen eri vaiheissa vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Haastattelu ei ole tutkimuksessa irrallinen vaihe vaan on tarkasteltava koko tutkimusprosessia.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88). Holstein ja Gubrium (1995) nimittävät kehittämänsä haastattelutyypin aktiiviseksi haastatteluksi ja kiinnittävät

Yhteistyön kannalta keskeistä on tiedonkulun sujuminen. Aikaisemmissakin tutkimuksissa ja selvityksissä ovat tulleet esille yhteistyön ja tiedonkulun ongelmat. Korkeilan (1998) mukaan terveyskeskuslääkärit olivat tyytymättömiä mm. tiedon kulkuun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Itsemurhien ehkäisyprojektin arvioinnissa tulivat esille tietosuojaakysymykset yhtenä yhteistyön esteenä (Hakanen & Upanne 1999).

⁸³ Esimerkiksi Tampereen kaupunki (Heikkinen 2002) ja useat Pirkanmaan kunnat ovat tehneet STM:n edellyttämät kuntakohtaiset mielenterveystyön suunnitelmat (<http://www.pmh.info/kehittamisohjelmat2.htm>).

erityisen huomion haastateltavien valintaan. He pitivät haastateltavien kyvykkyyttä tärkeämpänä kuin heidän edustavuuttaan. Haastateltavien ainutkertaisuutta korostaa se, että haastateltavia käsitellään yksilöinä, ei vain "koehenkilöinä". Valitsin haastateltavani tarkoituksenmukaisuusperiaatteella lumipallotekniikkaa käyttäen (Morse 1991b, Polit & Hungler 1997, Hirsjärvi & Hurme 2001). Edustavuuttakin oleellisempänä asiana tutkimuksen luotettavuuden kannalta pidän haastateltavien kokemusta tutkittavasta asiasta sekä kyvykkyyttä ja halukkuutta kertoa näkemyksistään perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tutkimusaineiston kokoaminen toisenlaisesta lähtökohdasta olisi tuskin ollut edes mahdollista, sillä tutkimukseen osallistumisen on aina oltava vapaaehtoista. Mahdollisesti vastentahtoisesti haastateltaviksi ryhtyneiltä olisin oletettavasti saanut niukasti jos ollenkaan tutkimusaineistoa, koska haastateltavaksi ryhtyminen edellytti asiaan paneutumista ja avautumista vieraille ihmiselle.

Aineiston edustavuusvaatimuksen katson tässä tutkimuksessa kohdistuvan siihen, miten harkinnanvaraisesti valitut haastateltavat edustavat perusterveydenhuollossa työskenteleviä. Tutkimusta varten haastattelin yhteensä 29 perusterveydenhuollossa työskentelevää hoitajaa (n=22) ja lääkäriä (n=7). Tutkimuksen luotettavuutta pyrin lisäämään aineiston keruun suunnitteluvaiheessa siten, että valitsin haastateltavat keskusteltuani ensin jokaisen kanssa henkilökohtaisesti. Näin sain haastateltaviksi henkilöitä, joilla oli perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä kokemusta ja näkemystä sekä kykyä ja halua kertoa siitä. Aineiston monipuolisuuden pyrin varmistamaan pyytämällä haastateltavia erilaisista terveyskeskuksista eri puolilta Pirkanmaata sekä useista henkilöstöryhmistä.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille haastateltavan oma näkemys asiasta (Nieminen 1997). Tämän pyrin mahdollistamaan siten, että muodostin haastatteluteemat mahdollisimman avoimiksi ilman, että oma tietoni tai näkemykseni aiheesta ohjaavat haastatteluja. Avoimet haastattelut etenivät tutkimustehtävien mukaan: teemahaastattelurungon muodostin vasta avointen haastattelujen analyysin perusteella. Haastattelurungon mukaista teemojen järjestystä ei tiukasti noudatettu, vaan haastateltava saattoi melko vapaasti kertoa näkemyksistään. Tutkijana tehtäväni oli huolehtia siitä, että kaikki teemat tulivat käsitellyiksi. Teemahaastatteluissa haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa myös muista kuin esittämistäni teemoista.

Alkuperäisestä suunnitelmastani kerätä aineistoa myös esseekirjoituksina luovuin ensiksi tutkimuseettisistä syistä: moni haastateltava otti itse esille tutkimuksesta kertovassa tiedotteessa mainitut esseekirjoitukset haluten kieltäytyä niistä. Jotkut vetosivat työkiireisiin ja toiset vaikeuksiin tuottaa kirjoitettua materiaalia tutkimukseen. Tutkittavien painostaminen ei kuulu hyvään tutkimuseettiseen käytäntöön. Toiseksi tutkimusaineistoa kertyi jo haastatteluiden avulla runsaasti eikä esseekirjoituksille näyttänyt olevan tarvetta.

Haastattelut tein haastateltavien työpaikalla ja työaikana. Tämä oli tutkimusluvan mukainen menettely ja kerroin tästä haastateltaville. Haastateltavat varasivat pyynnöstäni etukäteen rauhallisen tilan sekä riittävästi aikaa (kaksi tuntia) haastattelua varten. Tekemällä haastattelut haastateltavien

maaperällä pyrin lieventämään mahdollisia valta-asetelmia ja helpottamaan haastateltavien avautumista tutkijalle. Samalla sain tutkijana arvokasta tietoa haastateltavan toimintaympäristöstä, mikä oli tarpeen tulkintojen tekemisessä. Huolimatta etukäteisvarauksista tilojen ja potilastyötä tekevien haastateltujen aikataulut eivät aina pitäneet. Haastattelu keskeytyi joskus ja sitä jatkettiin toisessa tilassa tai toisena ajankohtana. Tämä saattoi häiritä sekä haastateltavan että minun keskittymistäni ja siten heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta haastateltavilla oli käytössään teemahaastattelurunko ja minulla haastattelun aikana tekemäni muistiinpanot, joiden avulla haastatteluun palaaminen myöhemminkin oli mahdollista.

Haastattelujen nauhoitus mahdollisti sen, että tutkijana saatoin keskittyä kuulemaan haastateltavaa ja esittämään lisäkysymyksiä sen mukaan, mitä tämä tuotti. Haastattelun aikana tekemäni muistiinpanot auttoivat tarkentamaan yksityiskohtia ja palaamaan niihin myöhemminkin samalla tai toisella haastattelukerralla. Ne palvelivat myös haastateltavan ymmärtämisessä ja hänen näkemystensä analyysissä ja tulkinnassa myöhemmin. Tarkentavilla kysymyksillä saatoin varmistaa, että olin ymmärtänyt haastateltavan "oikein".

Työkokemuksestani mielenterveystyössä sekä elämäkokemuksestani oletan olleen sekä haittaa että hyötyä aineiston keruun eri vaiheissa. Työkokemukseni mielenterveystyöstä saattoi estää kuulemasta asioita, jotka olivat minulle ennestään tuttuja tai tavanomaisia. Toisaalta haastattelujen tallentuminen nauhalle antoi mahdollisuuden kuulla haastattelu uudelleen. Aukikirjoitettujen haastattelujen lukeminen useaan kertaan analyysiprosessin aikana mahdollisti haastateltavien aidon äänen esille tulon.

Työkokemuksesta lienee kuitenkin ollut aineiston keruussa enemmän hyötyä kuin haittaa. Ensimmäisestä puhelinkeskustelusta alkaen kiinnitin huomiota siihen, että lähestyisin haastateltavia heidän ehdoillaan ja kielellään. Haastattelujen sujumista ja vuorovaikutteiseen dialogiin pääsemistä helpotti myös se, että olin työssäni tottunut käsittelemään mielenterveyteen liittyviä abstrakteja asioita. Toisaalta ulkopuolisuus perusterveydenhuollon suhteen saattoi auttaa minua näkemään haastateltavien kuvaamia asioita ikään kuin näkisin ne ensimmäistä kertaa. Omasta työkokemuksesta perusterveydenhuollossa oli haastatteluiden aikaan kulunut yli kymmenen vuotta. Olin kaikissa tutkimuksissa mukana olleissa terveyskeskuksissa myös siinä mielessä ulkopuolinen, ettei minulla ollut näihin terveyskeskuksiin tutkimushetkellä tai aikaisemmin työhön liittyviä yhteyksiä.

6.2.2 Aineiston analyysin luotettavuus

Laadullisen aineiston analysointi edellyttää tutkijalta kykyä käsitteelliseen ajatteluun. Tutkijalla tulee myös olla luovuutta ja valmiutta tarkastella asioita useasta näkökulmasta. (Morse 1991, Cohen & Knafel 1993.) Analyysin luotettavuuden arvioimiseksi kirjasin ja perustelin omat luokitteluperusteeni (ks. Mäkelä 1990). Tässä kirjassa olen esittänyt esimerkit haastatteluaineistojen

analyysistä ja otteita teemahaastatteluista. Tämä antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tekemieni päätelmien luotettavuutta. (ks. Nieminen 1997.)

Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä (Andren 1981). Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa, että tutkijan on tarkistettava, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Leiningerin (1994) mukaan tutkimuksen uskottavuus perustuu tutkijan tulkintoihin. Uskottavuuden kannalta on pidetty tärkeänä, että sama tutkija sekä haastattelee että analysoi aineiston (Koch 1995), kuten tässä tutkimuksessa tapahtui.

Tutkimuksen kontekstisidonnaisuus merkitsee sitä, että tutkimustulokset ovat yhteydessä niihin todellisuuden ominaispiirteisiin, jotka ovat olemassa tutkimustilanteessa ja että toisen ihmisen merkityssuhteet ovat mielekkäästi tutkittavissa hänen kokemansa maailman kokonaisuudessa (ks. esim. Koivisto 2003, 74). Kontekstitieto eli asiayhteyttä kuvaava tieto on tärkeää, jotta voitaisiin ymmärtää tapahtuman tai asian laajempi sosiaalinen tai historiallinen merkitys. Deyn (1993, 262-263) mukaan konteksti voidaan nähdä avaimena merkitysten ymmärtämiseen. Merkitys voidaan ymmärtää ”oikein” vain jos myös konteksti on ymmärretty. Tämän tutkimuksen uskottavuuden lisäämiseksi olen tarkastellut haastatteluja kokonaisuuksina. Olen tulkinnut haastateltavien lausumia ja niiden merkityksiä yhteydessä siihen kontekstiin, missä ne on esitetty haastattelu, haastateltava ja haastattelutilanne huomioon ottaen. Tulkintoja tehdessäni palasin yhä uudelleen alkuperäiseen aineistoon voidakseni varmistua tulkintani oikeellisuudesta. Tämä merkitsi koko 900-sivuisen aineiston läpikäymistä useaan kertaan analyysin aikana. Tulkinnan apuna olivat myös haastattelutilanteissa tekemäni muistiinpanot. Tulkintoja tehdessäni palautin mieleeni haastattelutilanteita kuuntelemalla haastattelunauhoja.

Sisällönanalyysin luotettavuutta voidaan lisätä myös tarkastelemalla face-validiteettia. Face-validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tulos esitetään henkilöille, joita dokumentit koskevat tai jotka muuten tuntevat tutkittavan ilmiön. (Hickey & Kipping 1996.) Pyysin kuutta haastateltavaa lukemaan osia tutkimuksen tuloksista. Tämän jälkeen kysyin heiltä tekemieni käsitteellistyksen ymmärrettävyydestä ja siitä, vastasivatko ne heidän käsityksiään. Haastateltujen mielestä tekemäni tulkinnat olivat ymmärrettäviä ja kuvaavat hyvin todellisuutta.

6.2.3 Yleistäminen ja siirrettävyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena ei ole yleistää tutkimustietoa ihmisryhmään, joka vastaisi määrättyiltä osin tutkimukseen osallistuneita. Tutkimukseen osallistuvat edustavat lähinnä itseään, eivät niinkään tiettyä ihmisryhmää. Haastattelin tutkimusta varten 29 perusterveydenhuollossa työskentelevää hoitajaa ja lääkäriä. Rajasin tutkimuksen koskemaan "tavallisia" hoitajia ja lääkäreitä, jotka työskentelevät valikoimattoman väestön parissa. Nämä ovat suurimmat työntekijäryhmät perusterveydenhuollossa. Haastateltavien tuli olla sikäli perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä

tietäviä, että heillä oli kokemusta siitä sekä kykyä ja halua kertoa näkemyksistään.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksi yleistämisen tapa on käsitteellinen yleistäminen, jolla viitataan käsillä olevan tutkimusaineiston jäsentämiseen. (Perttula 1996). Puhutaan myös tutkimustulosten siirrettävyydestä, jolla tarkoitetaan tulosten hyödyntämistä, kun tutkitaan muita vastaavanlaisia ilmiöitä (Leininger 1994). Tutkimustulosten siirrettävyys perustuu aineistoa abstraktiotasoltaan korkeampaan, mutta sitä kuvaavaan käsitteistöön (Chenitz & Swanson 1986, Estabrooks ym. 1994). Samat käsitteet tulisi siten periaatteessa olla tunnistettavissa muidenkin vastaavalla tavalla valittujen kuin tähän tutkimukseen osallistujien haastatteluista. Tämän tutkimuksen tulosten yleistäminen on mahdollista käsitteellisellä tasolla. (ks. myös Moilanen & Rähkä 2001, 63-65.)

Tutkimustulosten siirrettävyyden arvioinnissa on otettava huomioon aineiston keruun ajankohta vuosina 1999-2000, jolloin mielenterveystyön järjestämisessä vallitsi voimakas koko maata käsittävä muutostila. Olen kuvannut näitä muutoksia tämän raportin alkuosassa. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön muutostila on epäilemättä heijastunut tutkimustuloksiin⁸⁴ ja näkyy ymmärtääkseni esimerkiksi perusterveydenhuollon työntekijöiden esille tuomana huolena tulevaisuudesta sekä asiakkaiden mahdollisuuksista saada apua.

6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuseettisistä kysymyksistä ensimmäinen koskee tutkimusaiheen valintaa. Miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla? Tämän tutkimuksen tarkoituksena on valitun tutkimusotteen mukaisesti ollut tehdä sellaisia valintoja, jotka mahdollistavat henkilöstön äänen kuuluville tulon. (Hirsjärvi 2000, 55). Tutkimusraportin kolmessa ensimmäisessä luvussa olen perustellut tutkimukseen ryhtymistä ja oman näkökulmani tutkimusaiheeseen. Läpi tutkimusprosessin olen pyrkinyt toimimaan aukikirjoittamieni ontologisten kannanottojen mukaisesti sekä kuvaamaan toimintani ja ratkaisuni tutkimusraportissa.

Kuten yleensä laadullisessa tutkimuksessa, niin tässäkin tutkimuksessa eettiset kysymykset kytkeytyvät myös siihen, miten rehellisesti ja luotettavasti tutkija on pystynyt kuvaamaan yksittäisten haastateltavien käsityksiä. Perttulan (1996) mukaan keskeinen eettinen kysymys laadullisessa tutkimuksessa on tutkijan rakentama käsitteellisesti yleinen tieto suhteessa yksilön kokemukseen. Tutkimuksen eettisyys edellyttää, että kokemukset merkityssuhteineen säilyvät tutkimuksessa mahdollisimman pitkälle yksilökohtaisina. Tästä syystä tutkijan tulisi löytää sellaisia käsitteellisiä ilmaisuja, jotka kattavat yksittäisen tutkittavan merkityssuhteet. Tutkija voi myös muodostaa riittävästi kategorioita, jotta yksittäisten tutkittavien käsitykset tulevat kuvatuiksi. (Perttula 1996.)

⁸⁴ Myös esimerkiksi Suonsivu (2003) on pohtinut aineiston keruun ajankohdan merkitystä tutkimuksen tuloksiin.

Lähtökohtana tässä tutkimuksessa on se, että haastateltavien käsitykset ja niistä muodostuvat merkityssuhteet sekä niistä rakentuvat verkot ovat ainutkertaisia. Pyrin säilyttämään yhteyden yksittäisen tutkimukseen osallistujan käsityksiin läpi tutkimuksen siten, että tarkistin analyysin edetessä sen, että haastateltavan käsitykset ovat luettavissa muodostuneisiin kategorioihin. Liittämällä tutkimusraporttiin suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta annan myös lukijalle mahdollisuuden varmistua kategorioiden paikkansa pitävyydestä. Face-validiteetin käytöllä pyrin osaltaan takaamaan haastateltavien merkityssuhteiden säilymisen aineiston analyysin aikana.

Tutkimuksen eettisten ratkaisujen kannalta keskeisiä kysymyksiä ovat myös tutkimushenkilöiden itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen, anonymiteetin ja aineiston luottamuksellisuuden turvaaminen ja velvollisuus olla aiheuttamatta yksilölle harmia tutkimuksen vuoksi (Polit & Hungler 1997). Ennen haastattelujen tekemistä anoin tutkimusluvut asianomaisista terveyskeskuksista ja informoin puhelimitse sekä tiedonantajia että niiden terveyskeskusten johtavia hoitajia ja lääkäreitä, joiden henkilöstön piiristä aion haastatteluja tehdä. Kerroin haastateltaville etukäteen tutkimuksen tarkoituksesta, aineistonkeruutavasta ja tutkimuksen raportointitavasta eli siitä, että käytän raportissa suoria lainauksia haastatteluista, mutta että yksittäistä tiedonantajaa ei voi raportista tunnistaa. Osallistumispäätöstä tehdessään työntekijät olivat tietoisia siitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että he voivat milloin tahansa halutessaan peruuttaa suostumuksensa tutkimukseen.

Kerroin tiedonantajille myös siitä, että tutkijana olen vaitiolovelvollinen ja säilytän tutkimusaineistot huolellisesti vain omaa käyttöäni varten ja että hävitän aineistot kirjoitettuani tutkimusraportin. Informoin tiedonantajia myös siitä, että käytän haastatteluissa nauhuria ja että aukikirjoitan haastattelunauhut itse. Aukikirjoittamisen yhteydessä merkitsin haastatteluihin päivämäärän ja haastateltavan tunnistamista varten koodin, jonka vain minä voin avata. Tämä oli tarpeen, jotta voin tarvittaessa ottaa haastateltaviin uudelleen yhteyttä. Haastattelun yhteydessä haastateltava sai tutkimusta koskevan kirjallisen tiedotteen (Liite 3.), jossa kerroin aineistonkeruutavasta ja tutkimukseen osallistumisen periaatteista. Kaksi haastateltavaa otti yhteyttä ensimmäisen haastattelun jälkeen ja halusi keskeyttää tutkimukseen osallistumisen työkiireidensä vuoksi.

Tutkimuksessa on mukana myös pieniä terveyskeskuksia, joten vaatimus haastateltavien anonymiteetin turvaamisesta korostuu. Haastatteluja tehdessäni en kysyttäessäni kertonut muiden haastateltavien nimiä. Nauhoja aukikirjoittaessani varmistin haastateltavien anonymiteetin säilymisen siten, että poistin haastatteluissa esiintyneet henkilöiden ja paikkojen nimet sekä jättämällä toisinaan haastatteluissa esille tulleita haastateltaviin tai heidän työyhteisöihinsä liittyviä henkilökohtaisia asioita aukikirjoittamatta. Valitessani tutkimusraporttiin mukaan tulevia lausumia otin huomioon myös haastateltavan tunnistettavuusnäkökulman. Annoin lisäksi osan tutkimuksen tuloksista lausumineen luettavaksi kuudelle haastateltavana olleelle. Kukaan näistä

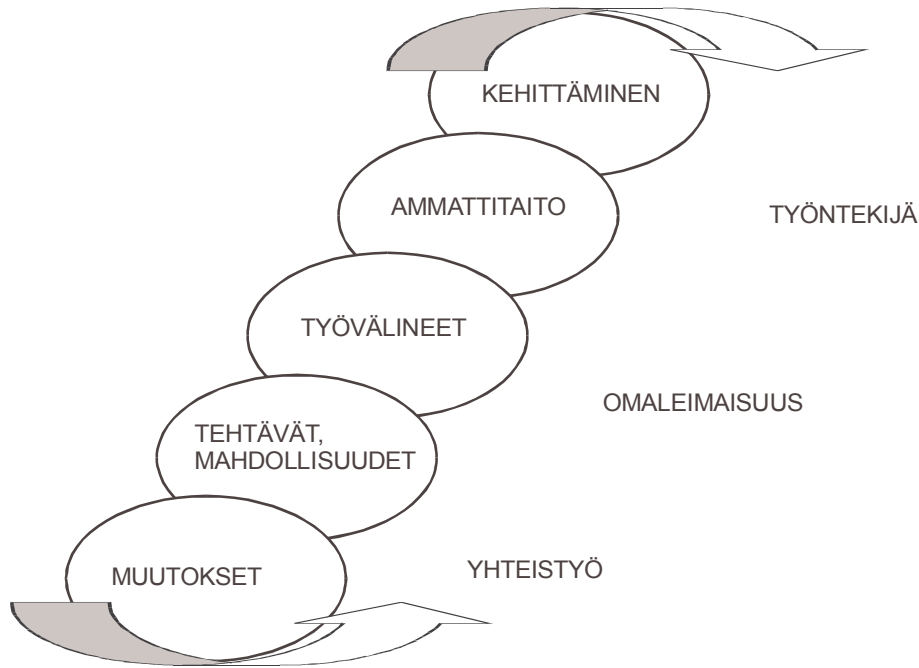
henkilöistä ei tunnistanut itseään tai ketään muutaakaan haastateltua lausumien perusteella.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Tutkimustehtävänä oli kuvata, ymmärtää ja analysoida perusterveydenhuollon mielenterveystyötä sitä toteuttavan henkilöstön näkökulmasta fenomenologis-hermeneuttisella tutkimusotteella. Tutkimuksen lähtökohtana oli ajatus, että mielenterveys on erottamaton osa ihmisen terveyden kokemista ja että mielenterveystyö on osa kaikkien perusterveydenhuollon työntekijöiden työtä. Tutkimusta varten minun oli kuitenkin tehtävä rajauksia ja valintoja; kohdistin tutkimukseni koskemaan osaa perusterveydenhuollon työstä. Siitä huolimatta kiinnostuksen kohde muodostui laajaksi.

Tutkimustulokset kuvaavat perusterveydenhuollon mielenterveystyön omaleimaisuutta ainutlaatuisella tavalla. Tutkimuksen perusteella muotoutuu käytännönläheinen käsitteellinen kuvaus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tutkimus tuotti uutta tietoa perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen tarpeisiin, mutta myös uusia tutkimusaiheita. Nostan seuraavassa esille tutkimuksen tuottamia haasteita jatkotutkimukselle, käytännön toimijoille ja terveydenhuollon hallinnon edustajille.

Tutkimus tarkastelee perusterveydenhuollon mielenterveystyötä tutkimustehtävien mukaisesta viidestä näkökulmasta. Tuloksista nousee kolme keskeistä perusterveydenhuollon mielenterveystyön ulottuvuutta: perusterveydenhuollon omaleimaisuus, mielenterveystyö yhteistyönä ja työntekijä mielenterveystyön keskiössä (Kuvio 8. s. 138).



Kuvio 8. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kolme ulottuvuutta

Omaleimaisuudesta

Tutkimuksen tuottama tieto auttaa hahmottamaan, mistä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä on kysymys. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tunnistaminen on keskeinen lähtökohta, jotta työn sisältöä ja rakenteita voidaan kehittää. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kokonaisuuden tunnistaminen on lähtökohta sille, että myös hoitajien tekemä työ tunnustetaan mielenterveystyöksi. Hoitajilla on tutkimuksen mukaan keskeinen ja itsenäinen rooli perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Kun hoitaja ymmärretään yhtenä mielenterveystyön toimijana, sillä on merkitystä paitsi ammatti-identiteetin myös työnjaon ja palveluiden saatavuuden kannalta.

Perusterveydenhuollossa on runsaasti ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyvää osaamista ja voimavaroja. Tutkimuksessa ilmeni, että perusterveydenhuollossa toimivilla lääkäreillä ja hoitajilla on mielenterveystyössä käytettävissään monipuolinen työvälineistö. Perusterveydenhuollon moniammatillinen henkilöstö näyttää käsittävän mielenterveystyön laaja-alaisena ihmisläheisenä toimintana, joka myös lääkärin työnä on paljon muutakin kuin mielenterveyden häiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Postmodernissa yhteiskunnassa on selvä tilaus sellaisille

hyvinvointipalveluille, jotka tukevat ihmisten terveyttä kokonaisvaltaisesti. Postmoderni ihminen fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja emotionaalisenä olentona ei välttämättä enää tyydy entisenlaiseen liukuhihnakäsittelyyn terveydenhuollossa, jossa ihminen on yhtä kuin hänen tautinsa. Postmoderni ihminen toteuttaa yksilöllisiä tarpeita ja hänellä on valinnan vapaus. Hän tarvitsee asiantuntijoiden, kuten terveydenhuollon ammattilaisten palveluja ja hankkii ne sieltä, mikä hänelle sopii. Hän ostaa tai hankkii palveluja, jotka häntä tyydyttävät. Tämä edellyttää, että palveluiden tarjoajat kykenevät elämään ja muuttamaan ajan vaatimusten mukaan. Muutoksen avaimet löytyvät koulutuksesta ja terveydenhuollon johtamisesta.

Perusterveydenhuolto muodostaa mielenterveyspalveluiden perustan; erikoissairaanhoidon palveluita tarvitsee vain pieni osa väestöstä. Perusterveydenhuollon työntekijät kohtaavat usein ensimmäisenä potilaiden sekä heidän perheidensä hädän ja avun tarpeen. Mielenterveyden tukeminen ja mielenterveyden ongelmista kärsivien auttaminen perusterveydenhuollossa on sekä inhimillisten että taloudellisten arvojen näkökulmasta järkevää.

Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon palveluihin on matala kynnys ja asiakas voi niitä myös mielenterveyteen liittyvissä tarpeissa käyttää leimautumatta. Mielenterveystyön näkökulmasta perusterveydenhuolto on ymmärrettävä voimavarana. Mielenterveyttä ei voi erottaa ihmisestä eikä hänen terveyden kokemisestaan. Olisi pohdittava voisimmeko käsitteiden mielenterveys ja mielenterveystyö sijaan käyttää käsitteitä terveys ja terveyden edistäminen (vrt. WHO 1986).

Väestön terveydentilan seuranta ohjaa negatiivinen preventioperustainen terveystiedotus, mikä merkitsee, että väestön terveydentilaa kuvaavat tiedot koskevat väestön sairauksia. Sen sijaan tietoja terveydestä positiivisena ilmiönä on niukasti (Koponen 2002, 144). Tämä koskee myös mielenterveyttä. Terveyden kokemisessa mielenterveys on abstrakti, käsitteellinen ilmiö. On välttämätöntä kehittää terveydenedistämistyön menetelmiä ja terveystiedotuksen indikaattoreita⁸⁵ kokonaisvaltaisesta ihmis- ja terveystiedotuksesta lähtien. Erityisesti terveydenhoitajilla on pitkät perinteet terveydenedistämistyöstä: terveydenhoitajan työn, esimerkiksi terveystarkastusten sisällön kehittäminen mielenterveyttä edistävään suuntaan on yksi tapa sisällyttää mielenterveyden edistäminen terveydenedistämistyöhön.

⁸⁵ *Stakes on mukana eurooppalaisessa hankkeessa, jossa kehitetään mielenterveyttä kuvaavia indikaattoreita. Hankkeen tavoitteena on tuottaa Euroopan Unionille käyttökelpoiset ja toimivat mielenterveyden indikaattorit osaksi EU:n kokonaisvaltaista terveyden seurantajärjestelmää. Stakesin koordinoimassa EU-hankkeessa on mukana aktiivisina partnereina kuusi maata: Saksa, Ranska, Hollanti, Norja, Puola, Iso-Britannia (<http://www.stakes.fi/palvelut/mielenterveys/hankkeet.htm>).*

Yhteistyöstä

Yhteistyö on perusterveydenhuollon mielenterveystyön keskeinen ominaisuus ja ulottuvuus. Perusterveydenhuollon työntekijät tekevät yhteistyötä keskenään, muiden sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden sekä lukuisten muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyö on myös yksi tärkeimmistä voimavaroista työntekijöiden ammattitaidon kannalta. Ainakin tutkimuksessa mukana olleilla perusterveydenhuollon mielenterveystyössä toimivilla ammattiryhmillä näyttää erilaisista koulutuksista ja työtehtävistä huolimatta olevan samansuuntaiset tavoitteet, mikä antaa heille hyvät mahdollisuudet keskinäiseen yhteistyöhön.

Tämän tutkimuksen perusteella yhteistyötä mm. perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä tulisi edelleen kehittää. Perusterveydenhuollossa odotetaan, että erikoissairaanhoidosta saadaan sen käytäntöä tukevaa ohjausta. Tiedonkulun odotetaan olevan molemminpuolista. Psykiatrisen palvelujärjestelmän murroksen myötä myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon on uudessa tilanteessa. Sen tulisi nähdä perusterveydenhuolto arvokkaana yhteistyökumppanina. Psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta vapautuvat voimavarat on ohjattava perusterveydenhuollossa tapahtuvan mielenterveystyön kehittämiseen. Vaikka yhteistyön ongelmat on todettu jo aiemmissakin tutkimuksissa, niitä ei ole haluttu tai kyetty ratkaisemaan. Yhtenä syynä tähän pidän sitä, että mielenterveystyöhön abstraktina, käsitteellisenä ehkä mystisenäkin asiana on ollut vaikea tarttua. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut tehdä mielenterveystyö näkyväksi ja ymmärrettäväksi sekä siten helpottaa mielenterveystyölle välttämätöntä yhteistyötä.

Yhteistyön sujuvuuden lisäämiseksi olisi lisäksi syytä tutkia, miten eri toimijat käsittävät mielenterveyden ja mielenterveystyön? Millaiset arvolähtökohdat ja ihmiskäsitykset toimijoita ohjaavat? Millaista on eri työntekijäryhmille alan koulutuksessa annettava mielenterveystyön opetus? Millaiseen ihmiskäsitykseen ja työmenetelmiin se ohjaa? Nämä ovat perusterveydenhuollon ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen kannalta keskeisiä kysymyksiä, joista tarvitaan lisää tutkimustietoa. Opetussuunnitelmien perustaksi on otettava käsitys mielenterveydestä dynaamisena, positiivisena ihmisyyden ominaisuutena sekä mielenterveystyöstä kaikille sosiaali-, terveys- ja kasvatustyöntekijöille kuuluvana työn ulottuvuutena.

Tutkimus toi esille perusterveydenhuollon voimavaroja mielenterveystyössä. Yksi esimerkki niistä on perusterveydenhuollossa toteutettava väestövastuumalli, joka tutkimuksen mukaan tarjoaa hyvän lähtökohdan myös perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseksi. Keskeinen tulevaisuuden haaste on väestövastuussa toimivien moniammatillisten tiimien toiminnan kehittäminen mielenterveystyötä mahdollistamaan ja tukevaan suuntaan.

Henkilöstöstä

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tärkein voimavara ja instrumentti on työntekijä. Työntekijöiden asenteet nousevat tutkimuksessa esiin toistuvasti. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön yksi rajoite muodostuu henkilöstön kielteisistä asenteista. Työntekijän kielteiset asenteet voivat äärimmillään kokonaan estää mielenterveysongelmaista saamasta asianmukaista hoitoa. Myös Terveys 2000-tutkimuksen mukaan hoitavien asenteilla on merkitystä esim. sydänpotilaiden hoidossa: potilaan saama hoito riippuu ainakin osittain hänen yhteiskunnallisesta asemastaan (Aromaa & Koskinen 2002). Kiikkalan (2003, 65) mukaan Välimäki on selvittänyt, että sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmissa mielenterveystyön opetuksen määrä vaihtelee opetusohjelmissa yhdestä opintoviikosta kymmeneen opintoviikkoon. On selvää, että ero näkyy myös mielenterveystyön osaamisessa. Asenteiden avartamiseksi tarvitaan monentasoisia työtä, myös mielenterveyden edistämiseen sitoutuneita opetussuunnitelmia.

Työntekijän mielenterveyden edistäminen palvelee asiakkaan mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyden edistämisen idean sisäistäminen edellyttää, että niin asiakas kuin työntekijäkin ymmärretään kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä lähtien. Tämä on valtava haaste sekä koulutukselle että johtamiselle.

Informaatioteknologia on jo nyt muuttanut terveydenhuollon työtä. Yhä useammin työntekijöiden, pian myös potilaan ja hoidonantajan välinen inhimillinen kontakti korvautuu sähköisellä yhteydenotolla. Yksi tämän päivän ihmistä uuvuttava asia on jatkuva uudistumisen, kasvamisen, pärjäämisen - ulkoisten itseen kohdistuvien vaatimusten lisääntyminen. Muutosten merkitys on suuri, sillä ihmistyössä työntekijä kokee muutokset ihmisenä ja työntekijänä moninkertaisesti. Selviytyäkseen tulevaisuuden työmarkkinoilla työntekijältä edellytetään kykyä ohjata omaa toimintaansa, jatkuvaa ammattitaidon kehittämistä ja yhteistyökykyä, mutta toisaalta myös kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä. Tulevassa tutkimuksessa ja kehittämisessä on kiinnitettävä huomio työntekijöiden jaksamiseen ja tukemiseen.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän, jopa koko hyvinvointivaltion, on sanottu olevan kriisissä. Hoitojonot ja niukkuuden jakaminen näyttävät olevan arkipäivää. Käydään keskustelua siitä, ketä tulee ja voidaan hoitaa ja keitä yhteiskunnan varoilla ei voida hoitaa sekä siitä mihin järjestykseen ihmisten avuntarpeet asetetaan. Nämä ratkaisut tehdään päättävien ihmiskäsityksen pohjalta. Samoin mielenterveystyö ja muu hoitaminen perustuu johonkin ihmiskäsitykseen.⁸⁶ Ihmiskäsityksestä ei käytännön toiminnassa useinkaan keskustella, mutta ilmenee hoitamisen ja johtamisen tavoissa. Ihmiskäsitys on ensisijainen esimerkiksi terveystieteeseen nähden. Ihmisen tarkastelu jaetun

⁸⁶ *Ihmiskäsityksestä hoito- ja ihmistyössä on useissa teoksissaan kirjoittanut esim. Lauri Rauhala.*

ihmiskäsityksen⁸⁷ mukaisesti johtaa ihmisen pilkkomiseen ja näiden pirstaleiden hoitamiseen/auttamiseen. Tällainen auttaminen ei sisällä huolenpidon ulottuvuutta. Mielenterveystyön perustaminen käsitykseen jakamattomasta terveydestä⁸⁸ ja ihmisestä, jonka olemuspuolet eivät ole toisistaan erotettavissa, on ainoa mahdollisuus toteuttaa ihmislähtöistä terveydenedistämistyötä.

Ollakseen varsinaista terveyden edistämistä (hoitoa, johon sisältyy huolenpidon ulottuvuus) perusterveydenhuollon mielenterveystyön terveystieteiden tulee olettaa terveys monitasoisena yksilöllisenä ja yhteisöllisenä ilmiönä. Varsinainen terveyden edistäminen kattaa jakamattoman terveyden yksilölliset ja yhteisölliset ulottuvuudet.

Yhteenvedona on todettava, että tulevan hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisin haaste on terveyttä ja terveyden edistämistä⁸⁹ koskevan ontologisen tason tiedon lisääminen. Hoitotieteen ja hoitotieteellisen tutkimuksen tärkeänä tehtävänä näen **evidenssiin perustuvan hoitamisen** käsitteellisen ja käytännöllisen merkityksen selventämisen. (ks. Eriksson 2000.)

⁸⁷ Juvakan (1999) tutkimus kohdistuu nuoruuteen ja nuorten auttamiseen. Nykyinen käytännön hoitotyön toimintamalli kuvastaa jaettua ihmiskäsitystä, jossa somaattinen ja psyykinen terveys sekä elinympäristö otetaan tarkasteltaviksi kukin omina alueinaan. Tullakseen autetuksi nuori tarvitsee hoitavia ihmisiä, jotka pyrkivät kohtaamaan nuoren siten, että kaikki nämä olemuspuolet tulevat yhdellä kertaa huomioon otetuiksi. (Juvakka 1999, 20.)

⁸⁸ Käsitteenä mielenterveys on Erikssonin (2003) mukaan anomalia.

⁸⁹ Terveyden edistämisen ekspertit eivät ole olleet kiinnostuneita mielenterveyden edistämisestä tai kiinnostus on lähtenyt positiivisesta terveystieteestä (psykologiaperustainen ihmistä reduceiva ja objektivoiva lähtökohta) tai se on ollut prevention ajatuksesta lähtevää sairauksien ehkäisemistä (vrt. Secker 1998).

Tiivistelmä johtopäätöksistä

1. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tärkein instrumentti ja voimavara on työntekijä. Työntekijän mielenterveyden edistäminen palvelee asiakkaan mielenterveyden edistämistä. Jotta mielenterveyden edistäminen voisi perusterveydenhuollossa toteutua, se edellyttää, että niin asiakas kuin työntekijäkin ymmärretään kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä lähtien. Työntekijän ammattitaidon ja mielenterveyden edistämiseksi mielenterveystyötä tekevillä on oltava mahdollisuus työnohjaukseen.
2. Väestön on helppo käyttää perusterveydenhuollon palveluita myös mielenterveyteen liittyvissä tarpeissa leimautumatta. Mielenterveyden tukeminen ja mielenterveyden ongelmista kärsivien auttaminen perusterveydenhuollossa on sekä inhimillisten että taloudellisten arvojen näkökulmasta järkevää. Mielenterveystyön näkökulmasta perusterveydenhuolto on ymmärrettävä voimavarana.
3. Perusterveydenhuollon mielenterveystyö on moniulotteista ja -monipuolista työtä; myös lääkärin työnä se on paljon muutakin kuin mielenterveyden häiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Hoitajilla on keskeinen ja itsenäinen rooli perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Niin lääkärit kuin hoitajatkin käyttävät työssä monipuolista työvälineistöä. Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä tekevät ovat avainasemassa väestön mielenterveyden edistämässä. Työ ansaitsee arvostuksen, jonka tulisi näkyä esimerkiksi resursseissa ja koulutusmahdollisuuksissa.
4. Yhteistyö on sekä työväline että kehittämisen väline perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Yhtäältä perusterveydenhuolto on yksi keskeinen toimija mielenterveystyössä; tämä tulisi ymmärtää niin erikoissairaanhoidossa kuin yhteiskunta- ja terveystieteellisiä päätöksiä tehtäessä. Toisaalta mielenterveystyötä tehdään ja siinä tarvitaan toimijoita yhteiskunnan kaikilta aloilta. Vastuuta mielenterveyden edistämisestä ei voi mikään taho yksinään kantaa.
5. Perusterveydenhuollossa toteutettava väestövastuumalli on hyvä lähtökohta myös perusterveydenhuollon mielenterveystyölle ja sen kehittämiseksi. Keskeinen tulevaisuuden haaste on väestövastuussa toimivien moniammatillisten tiimien toiminnan kehittäminen mielenterveystyötä mahdollistamaan ja tukevaan suuntaan.

6. Väestön terveydentilan seuranta ohjaa negatiivinen preventioperustainen terveyskäsitys. Tietoja terveydestä positiivisena ilmiönä on niukasti. Tämä koskee myös mielenterveyttä. Terveystiedon edistämisen menetelmiä ja terveysseurannan indikaattoreita on kehitettävä kokonaisvaltaisesta ihmis- ja terveyskäsityksestä lähtien. Ollakseen varsinaista terveyden edistämistä perusterveydenhuollon mielenterveystyön terveyskäsityksen tulee olettaa terveys monitasoisena yksilöllisenä ja yhteisöllisenä ilmiönä. Varsinainen terveyden edistäminen kattaa jakamattoman terveyden yksilölliset ja yhteisölliset ulottuvuudet. Tulevan hoitotieteellisen tutkimuksen yksi keskeinen haaste on terveyttä ja terveyden edistämistä koskevan ontologisen tason tiedon lisääminen.
7. Opetussuunnitelmien perustaksi on otettava käsitys mielenterveydestä dynaamisena, positiivisena ihmisyyden ominaisuutena sekä mielenterveystyöstä kaikille sosiaali-, terveys- ja kasvatustyöntekijöille kuuluvana työn ulottuvuutena. Mielenterveydestä, mielenterveystyöstä moniammatillisena työnä sekä mielenterveystyön opetuksesta tarvitaan lisää tutkimustietoa.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Aarnio H., Helakorpi S. & Luopajarvi T. 1991. Ammattipedagogiikka. Perusteita ja sovellutuksia. WSOY, Helsinki.

Abdellah FG. 1970. Potilaskeskeinen sairaanhoito. SHKS, Helsinki.

Alligood MR. & Chong Choi E. 1994. Hoitotyön teorianmuodostuksen kehitys. Teoksessa Marriner-Tomey A. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 57-68.

Andersen SM. & Harthorn BH. 1989. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Medical Care* 27:869-886.

Anderson JM. 1991. The Phenomenological Perspective. Teoksessa Morse JM. (ed.) *Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue*. Sage Publications, Newbury Park, 25-38.

Andren G. 1981. Reliability and content analysis. Teoksessa Rosengren K. (ed.) *Advances in content analysis*. Sage Publications, Beverly Hills, 47-63.

Araya R. 1999. The management of depression in primary health care. *Current Opinion in Psychiatry* 12: 103-107.

Arinen S., Häkkinen U., Klaukka T., Klavus J., Lehtonen R. & Aro S. 1998. Suomalaisten terveys ja terveystalvelujen käyttö. Terveystenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987, SVT, Terveys 5. Helsinki.

Armstrong L. 1997. Do PNs want to learn about depression? *Practice Nursing* 8:21-26.

Aro S. 1993. Kansanterveyslaista väestövastuukokeiluihin. Teoksessa Aro S. & Liukko M. (toim.) VPK Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989-1992. Stakes, Raportteja 105. Gummerus, Jyväskylä, 13-19.

Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.

Atkin K., Lunt N., Parker G. & Hirst M. 1993. Nurses Count: A National Census of Practice Nurses. Social Policy Research Unit, University of York, York.

Balint M. 1957. The doctor, his patient and the illness. Tavistock, London.

Barker P. 1999. Hildegard Peplau: the mother of psychiatric nursing. Obituary. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 6:175-176.

Barnhart DA., Bennet PM., Porter BD. & Sloan RS. 1994. Jean Watson. Hoitamisen filosofia ja tiede. Teoksessa Marriner-Tomey A. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammalan Kirjapaino, Vammala, 143-157.

Barrett E. 2002. What is Nursing Science? Nursing Science Quarterly, 15(1):51-60.

Beck U. 1995. Poliitiikan uudelleen keksiminen: kohti refleksiivisen modernisaation teoriaa. Teoksessa Beck U., Giddens A., & Lash S. (toim.) Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio. Vastapaino, Tampere, 11-82.

Beeber LS. & Bourbonniere M. 1998. The concept of interpersonal pattern in Peplau's Theory of Nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 5:187-192.

Benner P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. SHKS, WSOY, Juva.

Bleicher J. 1987. Contemporary hermeneutics. Hermeneutics as method, philosophy and critique. Fourth printing. Routledge & Kegan Paul, Suffolk.

Boerma W. & Verhaak P. 1999. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: an european study. Psychological Medicine 29(3):689-696.

Bower P., Garralda E., Kramer T., Harrington R. & Sibbald B. 2002. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. Family Practice 18(4):373-382.

Brophy G., Carey JN., Rasmussen L., Searcy B. & Stark NL. 1994. Hildegard Peplau. Psykodynaaminen hoitotyö. Teoksessa Marriner-Tomey A. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 315-329.

- Burns N. & Grove SK. 1993. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. 2nd edition. Saunders, Philadelphia, PA.
- Carper BA. 1978. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science* 1(1):13-23.
- Cavanagh S. 1997. Content analysis: concepts, methods, applications and issues. *Nurse Researcher* 4:5-16.
- Chambers M. 1998. Interpersonal mental health nursing: research issues and challenges. *Nurse Researcher* 5:203-211.
- Cheek J. 1996. Taking a View: a Qualitative in Research as a Representation. *Qualitative Health Research* 6:492-495.
- Chenitz WC. & Swanson JM. 1986. From practice to grounded theory. *Qualitative research in nursing*. Addison-Wesley, Menlo Park, California
- Cioffi J. 1997. Heuristics, servants to intuition in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 26(1):203-208.
- Cohen, MZ. & Knafl, KA. 1993. Evaluating qualitative research. Teoksessa Munhall, PI. & Oiler Boyd C. (eds.) *Nursing research. A qualitative perspective*. National League for Nursing Press, 476-492.
- Colaizzi PF. 1978. Psychological Research as the Phenomenologist Views it. Teoksessa Valle RS. & King M. *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. Oxford University Press, New York, 48-71.
- Craig T. & Boardman A. 1997. ABC of mental health. Common mental health problems in primary care. *Clinical Review. British Medical Journal* 314(7094):1609-1612.
- Craven MA., Cohen M., Campbell D. Williams J. & Kates N. 1997. Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Canadian Journal of Psychiatry* 42 (9):943-9.
- Dalgard OS., Sørensen T. & Bjørk S. 1991. Community psychiatry and health promotion. Research. Teoksessa Badura B. & Kickbush I. (eds.) *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. WHO regional publications, European series no 37, Copenhagen, 421-440.
- Davies T. 1997. ABC of mental health: Mental health assessment [Clinical Review] *British Medical Journal* 314(7093): 1536-1539

Department of Health 1998a. The new NHS: modern, dependable. The Stationery Office, London.

Department of Health 1998b. Our Healthier Nation. The Stationery Office, London.

Dey I. 1993. Qualitative data analysis. A user friendly guide for social scientists. Routledge, London.

Docherty JP. 1997. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 58 suppl. 1:5-10.

Donaldson S. & Crowley D. 1978. The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*. 26(2), 113-120.

Draukner CB. 1999. The critique of Heidegger hermeneutical nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 30, 360-373.

Eisenberg L. 1992. Treating depression and anxiety in primary care. *New England Journal of Medicine* 326:1080-1084.

Ellis-Stoll CC. & Poppkess-Vawter S. 1998. A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science* 21(2):62-68.

Engel GL. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-36.

Ericson BG., Hansson JH. & Teike T. 1997. Urgent need for a Need Assessment Scale in monitoring social support. A validation study of the Swedish version on the Camberwell Assessment of Need. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* 51(3)173-182.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Eriksson K. 1987. Hoitamisen idea. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Eriksson K. 1989. Terveiden idea. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Eriksson K. 1999. Vårdvetenskapen - en akademisk disciplin. Teoksessa *Suomalainen hoitotiede uudelle vuositukselle*. Professori Maija Hentisen juhla- ja Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu, 59-64.

Eriksson K. 2002. Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly* 15(1), 51-60.

Eriksson K. & Lindström U. 1999. En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede* 11 (6), 358-364.

Eriksson K., Nordman T. & Myllymäki I. 2000. Troijan hevonen. Evidenssiin perustuva hoitaminen ja hoitotyö hoitotieteellisestä näkökulmasta. *Biomedicum Helsinki-Säätiö*, Helsinki.

Eskola J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. PS-kustannus, Jyväskylä, 133-157.

Estabrooks CA., Field PA. & Morse JM. 1994 *Aggregating Qualitative Findings: An Approach to Theory Development*. *Qualitative Health Research* 4:503-511.

Al Faris E., Al Subaie A., Khoja T., Al Ansary L., Abdul-Raheem F., Al Hamdan N., Al Mazrou Y., Abdul-Moneim H. & El Khwsky F. 1997. Training primary health care physicians in Saudi Arabia to recognize psychiatric illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96:439-444.

Fisher A., Marriner-Tomey A., Mills DI., & Sauter MK. 1994. Ida Jean Orlando. Hoitotyön prosessiteoria. Teoksessa Marriner-Tomey A. (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammalan Kirjapaino, Vammala, 330-342.

Forchuk C. 1998. Interpersonal Theory in nursing practice: the Peplau legacy. Guest editorial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 5:165-166.

Ford DE., Kamerow DB. & Thompson JW. 1988. Who talks to physicians about mental health and substance abuse problems? *Journal of General Internal Medicine* 3:363-369.

Ford K., Middleton J., Palmer B. & Farrington A. 1997. Mental health nursing. Primary healthcare workers: training needs in mental health. *British Journal of Nursing*. 6(21):1244-50.

Gask L. & Rogers A. 1998. Bridging the gap: Mapping a new generation of primary mental health care research. *Journal of Mental Health* 7(6):539-541.

Gask L., Sibbald B. & Creed F. 1997. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 170:6-11.

Glied S. 1998. Too little time? The recognition and treatment of mental health problems in primary care. *Health Services Research* 33(4):891-910.

Goldberg D. 1995. Epidemiology of mental disorder in primary care settings. *Epidemiologic Review* 17, 182-190.

Goldberg D. & Huxley P. 1992. *Common mental disorders: a biosocial model*. Routledge, London.

Gray R., Parr AM., Plummer S., Sandford T., Ritter S., Mundt-Leach R., Goldberg D. & Gournay K. 1999. A national survey of practice nurse involvement in mental health interventions. *Journal of Advanced Nursing* 30(4): 901-906.

Gross R., Olfson M., Gameraff M., Shea S., Feder A., Fuentes M., Lantiqua R. & Weissman MM. 2002. Borderline personality disorder in primary care. *Archives in Internal Medicine* 162(1):53-60.

Gross R. & Rabinowitz J. 1996. Primary health care physicians' treatment of psychosocial problems. Implications for social work. *Health & Social Work*. 21: 89-96.

Grönroos J., Lindholm L. & Lindström U. 1994. Katie Eriksson - Karitatiivinen hoitoteoria. Teoksessa Marriner-Tomey A. (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammalan Kirjapaino, Vammala, 501-516.

Al Haddad MK., Al Garf A., Al Jowder S. & Al Zurba FI. 1999. Psychiatric morbidity in primary care. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 5(1):21-26.

Hakanen J. & Upanne M. 1999. Itsemurhien ehkäisykäytännöt Suomessa. Itsemurhien ehkäisyprojekti: seuranta ja arviointi. *Stakes, Raportteja* 228. Gummerus, Jyväskylä.

Hallberg IR. & Nordberg A. 1993. Strain among nurses and their emotional reactions during a one year systematic clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing* 18:1860-75.

Hankin JR., Steinwachs DM., Regier DA., Burns BJ., Goldberg ID. & Hooper EW. 1982. Use of general medical care services by persons with mental disorders. *Archives of General Psychiatry*. 39(2):225-3.

Hannaford PC., Thompson C. & Simpson M. 1996. Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners.[comment]. *British Journal of General Practice*. 46(407):333-7.

Harva U. 1957. *Ihminen etsii itseään*. Otava, Keuruu.

Heidegger M. 1988. *The Basic Problems of Phenomenology*. Translation, Introduction and Lexicon by Albert Hofstadter. Revised edition. Indiana University Press, Bloomington & Indianapolis.

Heikkilä M. 1993. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto talousahdingossa. Kriisejä ja selviytymisstrategioita. Teoksessa Hänninen S., Kosunen V., Mäntysaari M., Sallila S. & Uusitalo H. *Hyvinvoinnin päätepysäkillä. Aineistoa hyvinvointipolitiikkaa ja lamaa koskevaan keskusteluun*. Stakes, Raportteja 128. Gummerus, Jyväskylä, 57-104.

Heikkinen E. 2002. *Ammattitaidolla silta tulevaan silta parempaan*. Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelma vuosille 2002-2012. Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, Tampere.

Henderson V. 1966. *Sairaanhoidon periaatteet*. SHKS, Helsinki.

Hermanson T. & Leppo K. 1996. Tiivistelmä ja päätelmät. Teoksessa Viialainen R. & Lehto J. (toim.) *Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos*. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 192. Gummerus, Jyväskylä, 325-330.

Hickey G. & Kipping E. 1996. A multi-stage approach to the coding of data from open-ended questions. *Nurse Researcher* 4: 81-91.

Higgins ES. 1994. A review of unrecognized mental illness in primary care. *Archives of Family Medicine* 3:908-917.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 1988. *Teemahaastattelu*. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. *Tutkimushastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirvonen E., Koponen P. & Hakulinen T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa. Teoksessa Pietilä AM., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P., Salminen EM. & Sirola K. (toim.) *Terveyden edistäminen - uudistuvat työmenetelmät*. WSOY, Helsinki, 35-61.

Hobble WH., Lansinger T., Magers JA., & McKee NJ. 1994. Joyce Travelbee: Ihminen-ihmiselle-suhteen malli. Teoksessa Marriner-Tomey A. (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 343-352.

Holstein JA. & Gubrium JF. 1995. *The active interview*. Sage, London.

Honkakoski A. 1995. Sosiaalialan toiminnan todellisuus, ammattitaito ja koulutus. Kehittyvä koulutus 1/95. Opetushallitus, Helsinki.

House J. 1981. Work stress and social support. Addison-Wesley, London.

Howe A. 1996. Detecting psychological distress: can general practitioners improve their own performance? *British Journal of General Practice*. 46(408):407-10.

Huhtinen A. 1996. Sielun parantamisesta sielun hoitamiseen. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.

Hurme R., Pesonen M. & Syväoja O. 1990. Englanti-suomi-suursanakirja. WSOY, Porvoo.

Illich I. 1975. Medical nemesis. London.

Immonen T., Kiikkala I. & Ahonen J. (toim.) 2003. Mielekäs elämä!-ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 8:2003. STM, Helsinki.

Isohanni M., Larivaara P. & Winblad I. 1996. Perusterveydenhuollon psykiatria. Gummerus, Jyväskylä.

Al Jaddou H. & Malkawi A. 1997. Prevalence, recognition and management on mental disorders in primary health care in Northern Jordan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96(1):31-35.

Jenkins R. 1994. Principles of prevention. Teoksessa Paykel ES. & Jenkins R. (eds.) *Prevention in Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists, The Dorset Press, Dorschester, 11-24.

Jones P. & Meleis A. 1993. Health is empowerment. *Advances in Nursing Science* 15(3):1-14.

Joukamaa M., Lehtinen V. & Karlsson H. 1995. The ability of general practioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91:52-56.

Joukamaa M., Lehtinen V., Karlsson H. & Rouhe E. 1991. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89:320-323

Julkunen R. 2000. Työelämäpolitiikka. Teoksessa Hoikkala T. & Roos JP. 2000-luvun elämä. Sosiologisia teorioita vuosituhanen vaihteesta. Gaudeamus, Tammer-Paino, Tampere, 9-31.

Juntunen M. & Mehtonen L. 1977. Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Gummerus, Jyväskylä.

Juvakka T. 1996. Elämää risteyskohdissa. Hermeneuttiseen fenomenologiaan ja kehoallisuuteen perustuva tutkimus 15-16-vuotiaiden nuorten toivon kokemuksista heidän jokapäiväisessä elämässään. Kuopion yliopiston julkaisuja E, yhteiskuntatieteet 82, Kuopio.

Juvakka T. 1999. Nuoruuden olemuksen tarkastelua. Myrskyn silmässä, muutoksen virrassa vaiko kokonaisuena nuorena? Sairaanhoitaja 3:18-20.

Jyväsjärvi S. 2001. Frequent attenders in primary health care. A cross-sectional study of frequent attenders' psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre. Acta Universitatis Ouluensis D 639. Oulun yliopisto, Oulu.

Kalkas H. & Sarvimäki A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5. Uudistettu painos. WSOY, Porvoo.

Kamerow DB., Pincus HA. & Macdonald DI. 1986. Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice.: prevalence, costs, recognition and treatment. JAMA 255:2054-2059.

Kangas O. & Ritakallio VM. 1996. Eri menetelmät – eri tulokset. Köyhyyden monimuotoisuus. Teoksessa Kangas O. & Ritakallio VM. (toim.) Kuka on köyhä. Köyhyys 1990-luvun puolivälin Suomessa. Stakes. Tutkimuksia 65, 11-67.

Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutus- ja perhe-etuustilastot 1999.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kaplan MS., Adamek ME. & Calderon A. 1999. Managing depressed and suicidal geriatric patients: differences among primary care physicians. The Gerontologist 39(4):417-425.

Karlsson H., Lehtinen V. & Joukamaa M. 1995. Psychiatric morbidity and frequent attender patients in primary care. General Hospital Psychiatry 17(1):19-25.

Kendric T., Burns T. & Freeling P. 1995. Randomized Controlled Trial of Teaching General Practitioners to Carry Out Structured Assessments of their Long Term Mentally Ill Patients. The British Medical Journal 311(699):93-98

Kerwick S., Jones R., Mann A. & Goldberg D. 1997. Mental health care training priorities in general practice. British Journal of General Practice. 47(417):225-7.

Kiikkala I. 1999. Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? *Sairaanhoitaja* 3:6-10.

Kiikkala I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P. & Kiikkala I. (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammi, Helsinki, 112-121.

Kiikkala I. & Immonen T. (toim.) 2003. Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin. Mielenterveyttä peruspalveluissa - Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpideehdotukset. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:23*, Helsinki.

Kiikkala I. & Munnukka T. (toim.) 1995. Ihmisen auttamisen lähtökohtia. *Kirjayhtymä*, Tampere, 9-19.

Kiuttu J. 1994. Perhekeskeisyys yleislääketieteessä. *Acta Universitatis Ouluensis D 310*. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Kiuttu J. & Larivaara P. 1996. Perhekeskeisyys yleislääkärin työssä. Teoksessa *Perusterveydenhuollon psykiatria*. Gummerus, Jyväskylä, 146-150.

Kiuttu J., Lehtinen V., Kalliokoski R., Katajamäki J., Koffert T., Kokko M. & Suomela T. 1996. Koulutuksen vaikutus masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 18-19:1997-2003.

Kiuttu J. & Väisänen E. 2000. Perhelääkärin työskentelymallit ja yhteistyö. *Duodecim* 116:2407-13.

Koch T. 1995. Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing* 21: 827-836.

Koivisto K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. *Acta Universitatis Ouluensis, Ser D Medica 721*. Oulu university press, Oulu.

Kokko M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 511*, Oulu.

Kokko S. & Heikkilä M. 1995. Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa *Uusitalo H., Konttinen M., Staff M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Stakes, Raportteja 173. Gummerus, Jyväskylä, 11-23.

Kokko S. & Niskanen T. 1995. Perusterveydenhuolto. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Raportteja 173. Stakes, Helsinki 34-57.

Kokkola A., Kiikkala I., Immonen T. & Sorsa M. 2002. Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto ja Stakes, Helsinki.

Kontula O. & Koskela K. 1993. Taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1992-1993. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 10:1993, Helsinki.

Koponen P. 2002. Väestön terveysseuranta. Teoksessa Pietilä AM., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P., Salminen EM. & Sirola K. (toim.) Terveyden edistäminen - uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Juva, 131-146.

Korkeila J. 1996. Julkiset mielenterveyspalvelut - Luottamus kriisissä. Stakes, Aiheita. 17/1996. Stakes, Helsinki.

Korkeila J. 1998. Perspectives on the Public Psychiatric services in Finland. Evaluating Deinstitutionalisation Process. Stakes, Research Report 93. Gummerus, Jyväskylä.

Korkeila J. & Tuori T. 1996. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Viialainen R. & Lehto J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes ja STM. Raportteja 192. Gummerus, Jyväskylä, 61-76.

Koskinen S. 1998. Mielenterveydenhäiriöiden hoito 1990-luvulla - Mitä tilastot kertovat? Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Suomen Virallinen Tilasto, Terveys 1997:4. Gummerus, Saarijärvi.

Koskinen S., Martelin T. & Rissanen H. 1999. Siviilisäätöjen kuolleisuuserot - kasvava kansanterveysongelma. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 36:271-284.

Koskinen S. & Teperi J. (toim.) 1999. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Stakes, Raportteja 243, Helsinki.

Krohn S. 1981. Ihminen, luonto ja logos. Gummerus, Jyväskylä.

Kvale S. 1983. The qualitative research interview. A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. Journal of Phenomenological Psychology 14(2):171-196.

Kvale S. 1996. InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. Sage, London.

Könnilä P. 1999. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus muuttuvassa ympäristössä. Acta Universitatis Tamperensis 646. Tampereen yliopisto, Tampere.

Lahelma E. 1987. Hyvinvointivaltio, eriarvoisuus ja terveys. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 24: 143-151.

Lahtinen E., Lehtinen V., Riikonen E. & Ahonen J. (eds.) 1999. Framework for Promoting Mental Health in Europe. Stakes, Hamina.

Larivaara P. 2000. Perhelääketiede -uusi näkökulma lääkärin työhön. Duodecim 116:2399-400.

Larivaara P., Keskitalo P., Pisilä RL., Alasalmi A., Keränen K., Sarias P. & Taanila A. 2003. Uusi polku perheterapeutiksi. Teoksessa Toivakka H. (toim.) Perheterapian kehittyvä ammattikäytäntö. Ensimmäinen suomalainen perheterapiakongressi Kuopiossa 14.-15.11.2002. Suomen perheterapiayhdistys ry. Loimaan kirjapaino, Loimaa. 90-108.

Larivaara P. & Taanila A. 2004. Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: the evaluation of an education programme. Journal of Interprofessional Care 18(2):153-163.

Larivaara P., Taanila A., Huttunen I., Väisänen E., Moilanen I. & Kiuttu J. 2000. From biomedical teaching to biopsychosocial education: a process of change in Finnish medical school. Journal of Interprofessional care 14(4):375-385.

Larivaara P., Väisänen E., Moilanen I. & Kiuttu J. 1997. Perhe- ja yhteisölääketiede. Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, selvitykset 1:1997. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Larivaara P., Väisänen E., Väisänen L. & Kiuttu J. 1995. Training general practitioners in family systems medicine. Nordic Journal of Psychiatry 49:191-197.

Latikka AM. 1997. Tilaa mielenterveydelle – Mielenterveys ja fyysinen ympäristö. Stakes, Aiheita 16. Stakes, Helsinki.

Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 490. Oulun yliopisto, Oulu.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva, 21-43.

Lauri S. & Elomaa L. 1995. Hoitotieteen perusteet. WSOY, Juva.

Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. (eds.) 2001. Public health approach on mental health in Europe. 2nd edition. National Research Centre for Welfare and Health and Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

Lecrubier Y. & Ustun TB. 1998. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. *International Clinical Psychopharmacology* 13 Suppl. 4:S7-11.

Lehtinen V. 2001. Mielenterveyttä ikä kaikki. Heikkinen E. & Tuomi J. (toim.) Teoksessa *Suomalainen elämäntilanne*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 235-253.

Lehtinen V. 2002. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Heikkilä M. & Parpo A. (toim.). Stakes, Raportteja 268. Gummerus, Jyväskylä, 106-128.

Lehtinen V., Joukamaa M., Jyrkinen T., Lahtela K., Raitasalo R., Maatela J. & Aromaa A. 1991. Suomalaisen aikuisen mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. *KELA-julkaisuja AL:33*, Turku ja Helsinki.

Lehtinen V. & Kantola H. 1996. Mieli maasta meidän kunnassa! Miten terveys- ja sosiaalitoimi voi yhdessä auttaa masennuksesta kärsivää? Stakes, Helsinki.

Lehtinen V. & Taipale V. 2000. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes, Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä, 99-119.

Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm T., Väisänen E., Moring J. & Puukka P. 1993. Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. UKKI-tutkimuksen 16-vuotisseurannan päätulokset, *KELA - julkaisuja AL:36*, Turku 1993.

Lehto J. 1995. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen muutossuunta 1990-luvun talouskriisin aikana. Teoksessa *Hänninen S, Iivari J., Lehto J. Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina*. Stakes, Raportteja 182. Gummerus, Saaarijärvi, 13-66.

Lehto J., Kananoja A. Kokko S. & Taipale V. 2001. *Sosiaali- ja terveydenhuolto*. WS Bookwell, Juva.

Leininger M. 1984. Transcultural nursing. An overview. *Nursing Outlook*, 32(2):72-73.

Leininger M. 1994. Evaluation criteria and Critique of Qualitative Research Studies. Teoksessa *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Toim. J. M. Morse. Sage Publications, USA, 95-116.

Leino-Kilpi H. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Teoksessa Voutilanen P., Leino-Kilpi H., Mikkola T. & Peiponen A. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2001*. Tammi, Helsinki, 9-20.

Leonard VW. 1994. A Heideggerian Phenomenological Perspective on the Concept of Person. Kirjassa Benner P. (ed.) *Interpretive Phenomenology. Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness*. Sage Publications, Thousand Oaks.

Lindström U. 1987. *Psykiatrinen hoito-oppi*. SHKS, Helsinki.

Lindström U. 1995. *Ensamhetskänslan sviker inte. En kvalitativ studie rörande patienters upplevelser av vårdkultur och vårdrelation på psykiatriskt sjukhus*. Reports from the Department of Caring Science 6/1995. Åbo Akademi, Åbo.

Lindvall L. 1997. Syöpään sairastuneen kokemuksia toivosta ja toivottomuudesta. Fenomenologinen tutkimus sytostaattihoidosta saavien syöpäpotilaiden toivon ja toivottomuuden kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis Medica Ser D 433*. Oulu university press, Oulu.

Luomahaara J., Vuorinen M. & Naarala M. (2000). *Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut, Aiheita 7. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus*, Helsinki.

Luoto R., Laine M., Alha P., Koskinen S., Martelin T., Reunanen A., Virtala E., Aromaa A. & projektiryhmä. 1999. *Terveys ja hoidontarve tautiryhmittäin Uudellamaalla 1996-2010*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/1999, Helsinki.

Lääkintöhallitus 1988. *Skitsofreniaprojekti 1981-1987*. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Lääkintöhallituksen opassarja 4. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Lönnqvist J. 2003. *Mielenterveys suojelukohteena*. Teoksessa Valkonen-Korhonen ym. (toim.) *Mielenterveys uusiutuvana voimavarana*. Yliopistopaino, Helsinki, 80-86.

Lönnqvist J., Aro H. & Marttunen M. (toim.). 1993. *Itsemurhat Suomessa 1987-projekti*. Stakes, Tutkimuksia 25, Helsinki.

Mannermaa M. 1994. *Mahdollisuuksien murrosaika*. Teoksessa Hein I. & Larna R. (toim.) *Maailma muuttuu, muuttuuko aikuiskoulutus*. WSOY, Juva, 11-29.

Marjamäki P. 1994. Sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus ja riittävyys lokakuussa 1994. Sosiaali- ja terveystministeriön monisteita 1994:28.

McKenzie AE. 1994. Evaluating ethnography: considerations for analysis. *Journal of Advanced Nursing* 19:774-781.

Mead N., Bower P. & Gask L. 1997. Emotional problems in primary care: what is the potential for increasing the role of nurses? *Journal of Advanced Nursing* 26(5):879-90.

Meadows G., Liaw T., Burgess P., Bobevski I. & Fossey E. 2001. Australian general practice and the meeting of needs for mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36(12):595-603.

Mechanic D. 1990. Treating mental illness: generalist versus specialist. *Health Affairs* 9(4):61-75.

Merleau-Ponty M. 2000. Esipuhe Havainnon fenomenologiaan. Käännös Kauppinen A. *Tiede ja edistys* 3:170-182.

Metsämuuronen J. 1998. Maailma muuttuu, miten muuttuu sosiaali- ja terveystala. Sosiaali- ja terveystalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Edita, Helsinki.

Mielenterveystlaki 1116/1990.

Mielenterveystalveluiden kehittämistuositukset. 2000. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2000:4. Sosiaali- ja terveystministeriö, Helsinki.

Mielenterveystalveluiden laatusuositus. 2001. TATO:n mielenterveystden valmistelu- ja seurantarvymän esitys. Sosiaali- ja terveystministeriön monisteita 2001:14, Helsinki.

Mielenterveysttyö kunnan asialistalle 1994. Sosiaali- ja terveystalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 19. Gummerus, Jyväskylä.

Mielenterveysttyön komitean mietintö 1984. Komiteamietintö 198: 17.I-II. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Mikkeli H. 1998. Terveyst ihanteena ja elämäntapana. Teoksessa Joutsivuo T. & Mikkeli H. (toim.) Terveystden lähteillä. Länsimaisen terveystkäsitvksen kulttuurihistoriaa. Hakapaino Oy. Helsinki, 9-27.

Millar J. 1999. Practice nurses and the care of patients receiving depot neuroleptic treatment: views on training, confidence and use of structured

assessment. *Journal of Advanced Nursing* 29(6): 1454-1461

Miller KL. 1995. Keeping the care in nursing care. Our biggest challenge. *Journal of Nursing Administration* 25(11):29-32.

Moilanen P. & Rähkä P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus, Jyväskylä, 44-67.

Morriss R. Gask L. Smith C. & Battersby L. 2002. Training practice nurses to assess and manage anxiety disorders: a pilot study. *British Medical Journal*. 324(7353):1567-9.

Morse JM. 1991a. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing* 16:455-469.

Morse JM. 1991b. Qualitative nursing research: a free for all? Teoksessa Morse JM. (ed.) *Qualitative nursing research*. Sage Publications, Thousand Oaks, 14-22.

Morse JA., Sohlberg SM., Neander WL., Bottorf JL. & Johnson JL. 1990. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science* 13(1):1-14.

Munk-Jorgensen P., Fink P., Brevik JI., Dalgard OS., Engberg M., Hansson L., Holm M., Joukamaa M., Karlsson H., Lehtinen V., Nettelbladt P., Stefansson C., Sorensen L., Jensen J., Borqqvist L., Sandager I. & Nordstrom G. 1997. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 95(1):6-12.

Munnukka T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. *Acta Universitatis Tamperensis, Ser A, Vol 375*. Tampereen yliopisto, Tampere.

Mäkelä K. 1990 Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Gaudeamus, Helsinki, 42-59.

Määttänen P. 1998. *Filosofia. Johdatus peruskysymyksiin*. 2 painos. Gummerus, Jyväskylä.

Naidoo J. & Wills J. 2000. *Health Promotion. Foundations for Practice*. 2nd edition. Royal College of Nursing, Baillière Tindall, London.

Nenonen M., Tuori T., Pelanteri S. & Kautiainen H. 2001. *Psykiatrian erikoisalan kolme vuosikymmentä 1970-1999. Rakennemuutos*

hoitoilmoitustietojen valossa. Suomen Lääkärilehti 56(33):3227-3233.

Neittaanmäki L. 1995. Ellee immeisiks. Käsityksiä ja kokemuksia terveyden edistämisestä savolaisissa kylissä. Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 215-221.

Niinistö K. 1983. Inhimillistä toimintaa tarkasteleviin tieteisiin, erityisesti kasvatustieteelliseen tutkimukseen soveltuvat tulkinnallisen paradigman mukaiset tutkimusmallit ja -menetelmät. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos, julkaisusarja A:85.

Nikkonen M. 1996. Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 381. Oulu university press, Oulu.

Noack H. 1991. Conceptualizing and measuring health. Teoksessa Badura B. & Kickbush I. (eds.) Health promotion research. Towards a new social epidemiology. WHO regional publications, European series no 37, Copenhagen, 85-112.

Nordenfelt L. 1991. Hälsa och värde. Stockholm.

Nurmela T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. Acta Universitatis Tamperensis 860. Tampereen yliopistopaino, Tampere.

Nurminen R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 80. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Oiler Boyd C. 1993. Philosophical Foundations of Qualitative Research. Teoksessa Munhall P.L. & Oiler Boyd C. Nursing Research: A Qualitative Perspective. 2nd edition. National League for Nursing Press. New York, 66-93.

Oldnall A. 1995. Nursing as an emerging discipline. Journal of Advanced Nursing 21:605-612.

Olson AL., Kelleher KJ., Kemper KJ., Zuckerman BS., Hammond CS. & Dietrich AJ. 2001. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. Ambulatory Pediatrics 1(2):91-8.

Parse RR. 1981. *Man-Living-Health. A theory of nursing.* John Wiley & Sons, New York.

Parse RR. 1987. *Nursing science: major paradigms, theories, and critiques.* W.B Saunders Company, Philadelphia.

Pasquali EA., Alesi EG., Arnold HM. & DeBasio N. 1981. *Mental health nursing. A bio-psycho-cultural approach.* CV Mosby Company, Missouri.

Paunonen M. 1993. Hoitoyhteisöjen toimivuus hyvän hoidon edellytyksenä. *Hoitotiede* 5(2):78-84.

Pavis S., Secker J., Cunningham-Burley S. & Masters H. 1998. Mental health: What we know, how did we find it out and what does it mean for nurses? *Journal of Psychiatric and mental health nursing* 5:1-10.

Paykel ES. 1994. Introduction. Teoksessa Paykel ES. & Jenkins R. (eds.) *Prevention in Psychiatry.* The Royal College of Psychiatrists, The Dorset Press, Dorschester, 3-10.

Peltonen M. 1993. Suomi 2020 - visioita kansakunnan tulevaisuudesta. Visioita ja arvioita työelämästä, ammasteista ja koulutuksesta vuonna 2020. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle pitkän aikavälin tulevaisuudesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1993/4, Helsinki.

Peltari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaalifikaatiovaatimukset. *Stakes, Tutkimuksia* 80. Gummerus, Jyväskylä.

Pender NJ., Murdaugh CL. & Parsons MA. 2002. *Health Promotion in Nursing Practice.* Prentice Hall, New Jersey.

Peplau H. 1952. *Interpersonal Relations in Nursing.* G. P. Putnam & Sons, New York.

Perttilä K. 1999. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta ja Stakes, Tutkimuksia 103. Gummerus, Jyväskylä.

Perttula J. 1996 Ihmistieteiden tiedonmuodostus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Alttiiksi asettumisen etiikka. Laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Palmroth A. & Nurmi I. (toim.). Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunta. JYY-julkaisusarja no 38. Kopi-Jyvä, Jyväskylä, 83-108.

Perälä ML. 1997 Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä, Stakes. Gummerus, Jyväskylä.

Phongsavan P., Ward JE., Oldenburg BF. & Gordon JJ. 1995. Mental health care practices and educational needs of general practioners. *Medical Journal of Australia* 162(3):139-42.

Plummer SE., Ritter SA., Leach RE., Mann AH. & Gournay KJ. 1997. A controlled comparison of the ability of practice nurses to detect psychological distress in patients who attend their clinics. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 4(3):221-222.

Pohjanheimo M. 1995. Potilaskeskeisyys. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.

Polanyi M. 1959. *The study of Man*. The University of Chicago Press, Chicago.

Polit DF. & Hungler BP. 1997. *Nursing research. Principles and Methods*. JB Lippincot Company, Philadelphia.

Pollock L. 1988. The work of community psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing* 13:537-45.

Poutanen O. 1996. Depressio terveystakeskuspotilaalla, *Acta Universitatis Tamperensis ser A Vol 474*, Tampere.

Powers A. & Knapp TR. 1990. *A dictionary of nursing theory and research*. Sage Publications, USA.

Puura K., Tamminen T., Mäntymaa M., Virta E., Turunen MM. & Koivisto AM. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen varhaisen tuen havaitsijana. *Suomen Lääkärilehti* 56(47):4855-4861.

Päihdepalveluiden laatusuosituksset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, Helsinki.

Raatikainen R. 1998. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa Parviainen T. & Pelkonen M. (toim.) *Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen*. Raportteja 217. Stakes, Helsinki, 55-79.

Raatikainen R. 2002. Terveyden edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2003, Terveyden edistäminen*. Tammer-Paino, Tampere, 9-24.

Rauhala L. 1974. Hermeneutiikka ja sosiaalitieteet. *Kanava* 2:94-7.

Rauhala L. 1983. *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Gaudeamus, Jyväskylä.

Rauhala L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 25:190-201.

Rauhala L. 1989a. Hermeneuttinen näkökulma merkityksen ongelmaan. *Tiedepolitiikka* 3:1989:5-14.

Rauhala L. 1989b. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Karisto.

Rauhala L. 1990. Humanistinen psykologia. Yliopistopaino, Helsinki.

Rauhala L. 1993a. Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.

Rauhala L. 1993b. Filosofinen ihmiskäsitys empiirisen ihmistutkimuksen ja auttavan toiminnan perustana. *Hoitotiede* 5(3):98-109.

Rauhala L. 1996. Tajunnan itsepuolustus. Yliopistopaino, Helsinki.

Raunio K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus, Tampere.

Raunio K. 2000. Sosiaalityö murroksessa. Gaudeamus, Tampere.

Regier DA., Goldberg ID. & Taube CA. 1978. The defacto US mental health services system: a public perspective. *Archives of General Psychiatry* 35:685-693.

Regier DA., Narrow WE. & Rae DS. 1993. The defacto US mental and addictive disorder service system: epidemiologic catchment area prospective, one year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 50:85-94.

Richardson LA., Keller AM., Selby-Harrington M. & Parrish R. 1996. Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research. *Archives of Psychiatric Nursing* 10(5):293-303.

Rogers M. 1990. Nursing: Science of Unitary, Irreducible, Human Beings: Update 1990. Teoksessa Barret E. (ed.) *Visions of Rogers Science - Based Nursing*. National League of Nursing, New York, pp. 5-12.

Ross F., Bower P. & Sibbad B. 1994. Practice nurses: characteristics, workload and training needs. *British Journal of General Practice* 44:15-18.

Roy-Byrne PP, Stein MB., Mercier E., Thomas R., Mc Quaid J., Katon WJ., Craske MG., Bystritsky A. & Sherbourne CD. 1999. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 60(7):492-499.

Räty A. 1987. Intuitiivinen ajattelu. Taikakirjat, Helsinki.

Salo M. 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalarereformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Salokangas R., Stengård E., Honkonen T., Koivisto AM. & Saarinen S. 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen.

Sandelowski M. 1994. Focus on qualitative methods. The Use of Quotes in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health* 17, 479-482.

Sartorius N., Ustun T., Bedirhan PH., Silva JA, Goldberg D., Lecurbier Y., Ormel J., Von Korff M. & Wittchen HU. 1993. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative project on Psychological Problems in General Health Care. *Archives in General Psychiatry* 50(10):819-824.

Sarvimäki A. 1998. Etiikka ja yhteisöllisyys. Terveysthuollon etiikka tarkasteltuna kommunikatiivisen etiikan näkökulmasta. Teoksessa Parviainen T. & Pelkonen M. (toim). Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen. Stakesin raportteja 217, Helsinki, 55-79.

Sarvimäki A. & Stenbock-Hult B. 1989. Hoitoa ja huolenpitoa. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, Helsinki.

Schaefer C., Coyne J. & Lazarus R. 1981. The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 4(4):381-406.

Seale C. 1992. Community nurses and the care of the dying. *Social Science and Medicine* 34:375-382.

Secker J. 1998. Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education research* 13(1):57-66.

Secker J., Pidd F. & Parham A. 1999. Mental health training needs of primary health care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 8(6): 643-652.

Shapiro S., Skinner EA., Kessler LG., Von Korff M., German PS., Tischler GL., Leaf PJ., Benham L., Cottler L. & Regier DA. 1984. Utilization of health and mental health services. *Archives of General Psychiatry* 41:971-978.

Sibbald B., Addington-Hall J., Brennen D. & Freeling P. 1993. Counsellors in English and Welsh general practices: their nature and distribution. *British Medical Journal* 306:29-33.

Siirala A. 1962. Sairausten sanottava. Tutkielmia terapiasta ja profetiasta. WSOY, Helsinki.

Siljander P. 1988. Hermeneuttisen pedagogiikan pääsuuntaukset. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 5:1988.

Sills GM. 1998. Peplau and professionalism: the emergence of the paradigm of professionalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5:167-171.

Silva MC., Sorrell JM. & Sorrell CD. 1995. From Carper's pattern of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. *Advances in Nursing Science* 18:1-13.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. TATO:n ensimmäinen vuosi. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:17, Helsinki.

Sriram TG., Moily S., Kumar GS., Chandasekar CR., Isaac MK. & Murthy RS. 1990. Training primary health care medical officers in mental health care. Errors in clinical judgement before and after training. *General Hospital Psychiatry* 12(6):384-9.

Stevens PJM., Schade AL., Chalk B. & Slevin ODA. 1993. Understanding research: a scientific approach for health care professionals. The Alden Press, Oxford.

Suomalaisten terveys 1996. 1997. Kansanterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Edita, Helsinki.

Suonsivu K. 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuskokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. *Acta Universitatis Tamperensis* 926. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Swanson KM. 1999. What is known about caring in nursing science. A literature meta-analysis. Teoksessa Hinshaw AS., Feetham SL. & Shaver JLF. (eds.) *Handbook of clinical nursing research*. Sage, London, 31-60.

Taanila A., Larivaara P., Korpio A. & Kalliokoski R. 2002. Evaluation of a family-oriented medical education course for general practitioners. *Medical Education* 36:248-257.

Taipale V. 1996. Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:20, Helsinki.

Taipale V., Lehto J., Mäkelä M., Kokko S., Kling T. & Viialainen R. (toim.) 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY, Porvoo.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. 1986. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

The Swedish National Committee for Public Health. 2001. Scandinavian Journal of Public Health Supplement 57.

Thomas R. & Corney R. 1993. The role of the practice nurse in mental health: a survey. *Journal of Mental Health UK* 2:65-72.

Thompson JW. 1994. Trends in the Development of Psychiatric Services, 1844-1994. *Hospital and Community Psychiatry* 45(10): 987-992.

Thompson C., Kinmonth AL., Stevens L., Peveler RC., Stevens A., Ostler KJ., Pickering RM., Baker NG., Henson A., Preece J., Cooper D. & Campbell MJ. 2000. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *The Lancet* 355:185-191.

Tiemens BG., Ormel J., Jenner JA., Van der Meer K., Van Os TWDP., Van den Brink RHS., Smit A. & Van den Brink W. 1999. Training primary care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychological Medicine* 29: 833-845.

Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. 2000. Koivunen M. (toim.) K-print, Vantaa.

Travelbee J. 1971. *Interpersonal aspects of nursing*. 2nd edition. FA Davis, Philadelphia.

Tripp & Reimer T. 1984. Reconceptualizing the construct of health: intergating emic and etic perspectives. *Research of Nursing and Health* 7:101-109.

Tudor K. 1999. *Mental health promotion. Paradigms and practice*. Routledge, London.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.

Tuori T. 1994. Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarvioinnista. Stakes, Raportteja 143. Gummerus, Jyväskylä.

Tuori T., Kiikkala I. & Lehtinen V. 2000. Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen Lääkärilehti 55(44): 4533-4538.

Turunen A. 1998. Terveyskeskuksessa vai erikoissairaanhoidossa? Muutokset sairaanhoidon porrastuksessa 1990-luvulla. Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Turunen K. 1974. Filosofian metodisesta merkityksestä. Jyväskylän yliopisto, filosofian laitos, julkaisu 2:1974.

Töyry E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 86, Kuopio.

Upanne M., Arinperä H. & Lönnqvist J. 1992 Itsemurhien ehkäisy Suomessa 1992-1995. Tavoite- ja toimintaohjelman perusteet. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 45/1991, Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Uusitalo H. & Konttinen M. 1995. Sosiaali- ja terveystalouden kehitys laman vuosina: yhteenvetoja ja tulkintoja. Teoksessa Uusitalo H., Staff M. & Konttinen M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Raportteja 173. Gummerus, Jyväskylä, 5-10.

Vaittimo G. 1999. Tulkinnan etiikka. Tutkijaliitto, Helsinki.

Vaittinen ML. 1995. Terveystalouden toimintaympäristö ja koulutuksen kehittäminen. Kehittyvä koulutus 2/95. Opetushallitus, Helsinki.

Varto J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä, Tampere.

Varto J. 1995. Fenomenologinen tieteenkriittikki. Tampereen yliopisto, Tampere.

Varto J. 2000. Uutta tietoa. Värityskirja tieteen filosofiaan. Tampereen yliopisto, Tampere.

Vehviläinen-Julkunen K. 1990. Nursing in child health care:maintaining awareness of the child's development and care. Kuopion yliopiston julkaisuja, yhteiskuntatieteelliset alkuperäistutkimukset 3/1990, Kuopio.

- Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 26-34.
- Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Tammi, Helsinki.
- Veteläsuo R. 1979. Sairaanhoidon oppi. WSOY, Porvoo.
- Viialainen R. 1999a. Mielenterveyden arvo nousussa Euroopassa. Dialogi 7-8: 7.
- Viialainen R. 1999b. Brittipsykiatria alkoi siirtyä avohoitoon jo kauan sitten. Dialogi 7-8:6.
- Viinamäki H. 2003. Mitä kliininen epidemiologia kertoo tietoyhteiskunnan väestöstä. Teoksessa Valkonen-Korhonen M., Lehtonen K. & Tuovinen T. (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Yliopistopaino, Helsinki, 215-238.
- Viinamäki H. & Väänänen K. 1994. Psykiatrisen hoidon porrastus. Suomen Lääkärilehti 36:3862-3866.
- Vohlonen I., Ylänkö V., Heinonen O., Savonius B. & Pekurinen M. 1991. Terveyspalvelujen käytön ja kustannusten suhde Kanadassa ja Suomessa. Suomen Lääkärilehti 46:1724-1727.
- Vuori J. 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Väitöskirjatyö. Vaasan yliopisto. Ankkurikustannus Oy, Vaasa.
- Wahlberg H. & Sohlman B. 1993. Minne mielisairaalapotilaat ovat kadonneet. Stakes, Aiheita 51/1995. Stakes, Jyväskylä.
- Warner L. & Ford R. 1998. Mental health facilitators in primary care. Nursing Standard 13(6):36-40.
- Watson J. 1985. Nursing: the philosophy and science of caring. 2nd edition. Colorado Associated University Press, Boulder.
- Watson J. 1988. Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. National League for Nursing, New York.
- WHO. 1978. Primary Health Care. Report of International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR. 6-12 Sept. 1978. WHO, Geneva.
- WHO. 1986. Ottawa Charter for health promotion. 1986. An international conference on health promotion, November 17-21, 1986.

WHO. 1997. The Jakarta Deklaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva.

WHO. 2001. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. WHO, Geneva.

Williams JW. Jr., Rost K., Dietrich AJ., Ciotti MC., Zyzanski SJ. & Cornell J. 1999. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. Archives of Family Medicine 8(1):58-67.

Winblad I., Isohanni M., Nieminen P., Larivaara P., Eskelinen J., Jyväsjärvi A., Lappalainen S., Penttilä AK., Päivärinta T., Sevtsenko P., Vatjus H., Visuri M. & Spalding M. 1994. Mielenterveysongelmat terveyskeskuslääkärille tulon aiheina. Suomen Lääkärilehti 30:3069-3072.

Winnicott DW. 1965. The maturational process and the facilitating environment. Hogart Press, London.

Winnicott DW. 1971. Playing and reality. Benguin Books, London.

Wittchen HU., HOFFLER M. & MEISTER W. 2001. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? International Clinical Psychopharmacology 16(3):121-35.

Wittchen HU., Kessler RC., Beesdo K., Krause P., Hofler M. & Hoyer J. 2002. Generalised anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. Journal of Clinical Psychiatry. 63 Suppl. 8:24-34.

Young CE. 1987. Intuition and nursing process. Holistic Nursing Practice 1(3):52-62.

Painamattomat lähteet:

Eriksson K. 2003. Suullinen tiedonanto 19.5.2003. Helsinki.

Klockars K. Förståelsens epistemologi som begrepp och begreppsutredning.

Mielekäs Elämä!-ohjelma 1998-2002. Moniste. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Internetlähteet:

<http://www.stakes.fi/palvelut/mielenterveys/hankkeet.htm>. 10.2.2004.

Perusterveydenhuolto terveyskeskuksissa.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/tervh99/tervh3.htm>.16.4.2004.

<http://www.pmh.info/kehittamisohjelmat2.htm>. 7.5.2004.

LIITTEET

LIITE 1. Taustatietoja haastatelluista

LIITE 2. Avointen haastattelujen aiheet

LIITE 3. Tiedote tutkimuksesta

LIITE 4. Teemahaastattelurunko

LIITE 5. Esimerkki avointen haastattelujen aineistonalyysistä

LIITE 6. Esimerkki teemahaastatteluaineiston analyysistä

LIITE 7. Kategorioiden muodostaminen laadullisella sisällönanalyysillä

LIITE 8. Esimerkit kategorioiden muodostamisesta laadullisella sisällönanalyysillä

LIITE 1. TAUSTATIETOJA HAASTATELLUISTA

TAULUKKO 1. Haastateltujen ikä vuosina

36-40	6
41-45	7
46-50	8
51-55	5
56-60	3

TAULUKKO 2. Haastateltujen työkokemus vuosina

1-5	1
6-10	5
11-15	4
16-20	6
21-25	6
26-30	5
31-35	2

TAULUKKO 3. Haastateltujen ammatillinen koulutus viimeksi suoritettun tutkinnon mukaan

Perushoitaja tai apuhoitaja	4
Sairaanhoitaja, opistoaste	4
Erikoissairaanhoitaja	2
Terveystenhoitaja	11
Sairaanhoitaja, AMK	1
Lääketieteen lisensiaatti	2
Erikoislääkäri	5

MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

1. MITÄ MUUTOKSIA PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖSSÄ ON TAPAHTUNUT N. 10 VIIME VUODEN AIKANA?
2. MIKÄ NÄIDEN MUUTOSTEN MERKITYS ON PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN KANNALTA OLLUT?
3. PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN SISÄLTÖ?
4. PERUSTERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖ MIELENTERVEYSTYÖN TEKIJÖINÄ?
5. PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN MUUTOSTARPEET?

LIITE 3. TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Hyvä perusterveydenhuollon työntekijä,

Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä on tähän mennessä tutkittu niukasti, vaikka mielenterveystyön painopiste on 1990-luvulla selkeästi siirtynyt erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Olen käynnistämässä **Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä** käsittelevää väitöskirjatutkimusta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää perusterveydenhuollon mielenterveystyön sisältöä ja sen kehittämistarpeita henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksessa tuotettavan tiedon avulla voidaan kehittää perusterveydenhuollon mielenterveystyötä ja alan koulutusta.

Haen tutkimukseeni tiedonantajiksi yhteensä noin 30 pirkanmaalaista perusterveydenhuollossa työskentelevää sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, lähi- ja perushoitajaa sekä terveyskeskuslääkärinä, joilla on halua ja kykyä kertoa haastatteluissa ja esseekirjoituksissa **käsityksistään perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä**. Aineiston keruu tapahtuu useassa vaiheessa käynnistyen marraskuussa 1999 ja jatkuen maaliskuuhun 2000.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Aineiston keruun kuluessa haastattelen, pyydän esseekirjoituksia ja haastattelen uudelleen samoja henkilöitä. Tutkimushaastattelut on tarkoitus tehdä haastateltavan työpaikalla tai muussa sopivassa tilassa haastateltavan työaikana. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhat auki kirjoitetaan sanatarkasti analyysiä varten. Haastattelu- ja esseaineistot säilytän huolellisesti vain omaa tutkimuskäyttöäni varten.

Työni ohjaajina toimivat THT, dosentti Merja Nikkonen Oulun yliopistosta ja LKT, dosentti Timo Tuori Stakesista.

Senja Hyvönen, THM
Tampereentie 414 O 131
33880 LEMPÄÄLÄ
Puh. 3671757 tai 040-5249337

MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

I PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖHÖN HEIJASTUNEET MUUTOKSET JA TAPAHTUMAT

- Mikä on käsityksesi siitä, mitkä ovat ne keskeiset tapahtumat, asiat ja muutokset, jotka ovat vaikuttaneet perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön noin kymmenen viime vuoden aikana?
- Mikä on käsityksesi niiden merkityksestä perusterveydenhuollon mielenterveystyön kannalta?
- Mitä muuta haluat perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön vaikuttaneista asioista ja tapahtumista kertoa?

II PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN SISÄLTÖ

- Mikä on käsityksesi perusterveydenhuollon ydintehtävästä (se, mikä kohdistuu kunnan asukkaisiin välittömästi) mielenterveystyössä?
- Mikä on käsityksesi mielenterveystyön muista toimintamuodoista perusterveydenhuollossa (välittömän potilas-/asiakastyön lisäksi)?
- Mikä on käsityksesi perusterveydenhuollon voimavaroista, mahdollisuuksista tai rajoituksista mielenterveystyössä?
- Mikä on käsityksesi väestövastuujärjestelmästä perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehyksenä?
- Mitä muuta haluat kertoa perusterveydenhuollon mielenterveystyön sisällöstä

III PERUSTERVEYDENHUOLLON TYÖNTEKIJÄN KÄSITYS PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖSSÄ KÄYTTÄMISTÄÄN TYÖVÄLINEISTÄ

- Mikä tai mitkä asiat ovat keskeisimpiä asiakkaan kohtaamisessa perusterveydenhuollon mielenterveystyössä (mihin asioihin asiakassuhde perustuu)
- Työntekijän oma persoona työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Keskustelu työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?
- Koskettaminen työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Lääkehoito työvälineenä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
- Mitä muuta työvälinettä käytät/pidät tärkeänä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?

IV PERUSTERVEYDENHUOLLON TYÖNTEKIJÄN KÄSITYS OMASTA AMMATTIT AidOSTAAN PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

- Mikä käsitys sinulla on omasta ammattitaidostasi perusterveydenhuollon mielenterveystyössä edellä käsiteltyihin mielenterveystyön toimintamuotoihin ja työmenetelmiin nähden?
- Mikä tai mitkä tekijät ovat käsityksesi mukaan:
- auttaneet ammattitaitosi kehittämisessä?
- auttaisivat ja tukisivat ammattitaitosi kehittymistä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?
- Mitkä ovat oman ammattitaitosi kehittämisen
- keskeisimpiä alueita perusterveydenhuollon mielenterveystyössä? (jos on kehittämisen tarvetta)
- keskeisimpiä kehittämisen välineitä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?

- Perusterveydenhuollon työntekijän mielenterveyden tukeminen?
- Mitä muuta haluat sanoa omasta ammattitaidostasi tai sen kehittämisestä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?

V PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYSTYÖN KEHITTÄMISTARPEET

- Mitä uusia työmuotoja ja/tai työtapoja perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käsityksesi mukaan tarvitaan?
- Millaisia yhteistyön muotoja perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käsityksesi mukaan tarvitaan?
- Millaisilla virka- tai työjärjestelyillä perusterveydenhuollon mielenterveystyötä voidaan käsityksesi mukaan kehittää?
- Vapaaehtoiset auttajat ja järjestöt perusterveydenhuollon mielenterveystyössä?
- Mitä uusia (avo)palveluja perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käsityksesi mukaan erityisesti tarvitaan?
- Mitä muuta haluat sanoa perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistarpeista ja keinoista?

KIITOS AVUSTASI!

LIITE 5. ESIMERKKI AVOINTEN HAASTATTELUJEN AINEISTON ANALYYSISTÄ

ALKUPERÄINEN ILMAUS	HAASTATTELUTEEMA
<p>Vaikka ei osattakaan eikä ymmärrettäkään, niin ihminen tietää, että se voi tulla tänne, et ainakin yritetään</p>	<p>perusterveydenhuollon mielenterveystyön voimavarat</p>
<p>Kyllä se korostuu, että on sen asiakkaan kanssa samalla tasolla.</p>	
<p>Kun on perheiden kanssa pitkään tehnyt työtä ja tavannu ja muuta niin se tulee se luottamus-perusterveydenhuollon suhde, että ihmiset rupee oma-aloitteisestikin puhumaan</p>	
<p>Mä yritän pitää semmosta matalaa profiilia, että..mä..en ..istu täällä korkeella.</p>	
<p>Keinottomuus ja voimattomuus avoterveydenhuollossa... täytyy kuitenkin päästä jotenkin sen ihmisen kanssa yhteisymmärrykseen</p>	<p>perusterveydenhuollon mielenterveystyön este</p>

Alkuperäislausuma	Alakategoria	Yläkategoria
<p>Perusterveydenhuolto on niitä perheitä ja ihmisiä lähellä.</p>		
<p>Se, että me ollaan olemassa, on meidän paras voimavara.</p>	<p>Palveluiden saatavuus</p>	<p>Palveluiden järjestämiseen liittyvä tekijä</p>
<p>Kyllä tänne pääsee ... onhan täällä enemmän resursseja kuin esim. mielenterveys-toimistossa</p>		
<p>Perusterveydenhuolto on käytävissä, saatavilla.</p>		

LIITE 7 KATERORIOIDEN MUODOSTAMINEN LAADULLISELLA SISÄLLÖN ANALYYSILLÄ

YHDISTÄVÄ KATEGORIA	YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	PELKISTETTY ILMAUS
NÄKEMYS OMASTA AMMATTITÄIDOSTA	AMMATTITÄIDON PERUSTA	KIINNOSTUS IHMISTYÖHÖN	Hyvä työmotivaatio
			Pitää työstään
			Halu kehittyä työssä
		AMMATILLINEN YHTEISTYÖ	Työohjaus
			konsultaatit
			Välitön vertaistuki
		ELÄMÄNKOKEMUKSET	Eletty elämä
			Omista kriiseistä selviytyminen
			Läheisten kriiseistä selviytyminen
		TYÖKOKEMUKSET	Työkokemus yleensä
			Muu kuin terveydenhuollon työkokemus
			Työkokemus terveydenhuollosta
		KOULUTUKSET	Tutkintoon johtava koulutus
			Muu opiskelu
		HARRASTUKSET	Liikunta
			lukeminen
ihmissuhteet			
Harrastukset yleensä			

LIITE 8. ESIMERKIT KATEGORIOIDEN MUODOSTAMISESTA LAADULLISELLA SISÄLLÖN ANALYYSILLÄ

YHDISTÄVÄ KATEGORIA	YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA		
<p>NÄKEMYS AMMATTITAIIDON KEHITTÄMISEN TARPEISTA</p>	<p>MIELENTERVEYSTIEDOT</p>	<p>Mielenterveyden häiriöiden tunnistamista koskeva tieto</p>		
		<p>Mielenterveyden häiriöiden hoitoa koskeva tieto</p>		
		<p>Muiden auttajatahojen palvelut</p>		
		<p>ALA-KATEGORIA</p>	<p>PELKISTETTY ILMAUS</p>	
	<p>MIELENTERVEYSTYÖN TAIIDOT</p>	<p>Vuorovaikutustaidot</p>	<p>Keskustelutaidot</p>	
			<p>haastattelutaidot</p>	
			<p>jämäkkyys</p>	
		<p>Ammattipersonan kehittäminen</p>	<p>Itsetuntemuksen kehittäminen</p>	
		<p>Tunteiden käsittely</p>		