

LAITOSVALTAISESTA MIELISAIRAANHOIDOSTA HAJAUTUNEISIIN
MIELENTERVEYSPALVELUIHIN

Työntekijöiden kokemuksia muutosprosessin keskellä

PIA HINTSANEN
Tampereen yliopisto
Sosiaalityön tutkimuksen laitos
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2009

TAMPEREEN YLIOPISTO
Sosiaalityön tutkimuksen laitos

HINTSANEN PIA: Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin
– Työntekijöiden kokemuksia muutosprosessin keskellä

Pro gradu -tutkielma, 83 s.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Kyösti Raunio

Toukokuu 2009

Suomalaisessa psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut viime vuosikymmeninä merkittäviä muutoksia. Näiden muutosten taustalla on ollut monia tekijöitä: yleismaailmallinen suuntaus, taloudelliset tekijät ja suomalaiset suunnitelmat. Tarkoitus oli kehittää psykiatrista hoitoa sairaalahoidon sijasta kohti avohoitoa. 1990-luvun laman vuoksi muutos psykiatrisen hoidon järjestämisessä ei toteutunut hallittuna kokonaisuutena vaan sairaalapaikat vähenivät Suomessa kansainvälisessä mittakaavassa dramaattisella nopeudella eikä avohoitopalveluja kyetty järjestämään vastaavassa laajuudessa.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen sitä, kuinka psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on vaikuttanut potilaiden hoitoon ja onko niiden tilalle tullut riittävästi avohoitopalveluja sekä kuinka sosiaalipalvelut vastaavat laajenevan ja tiettyssä mielessä uuden asiakasryhmän tarpeisiin. Myös eri toimijoiden välinen työnjako ja keskinäinen yhteistyö oli keskeinen tutkimuskysymys. Empiirisenä aineistona olen käyttänyt vuonna 1994 tekemiäni 14 teemahaastattelua Helsingin tietyn alueellisen suurpiirin mielenterveystoimiston sekä terveys- ja sosiaaliaseman työntekijöille. Tarkastelen aineistoani myös sen jälkeen ilmestyneiden tutkimusten sekä oman työkokemukseni pohjalta sekä arvioin ja pohdin aineiston keruun jälkeen tapahtuneiden muutosten merkitystä. Halusin haastatteluaineistoa keräämällä saada kuuluviin nimenomaan kentän toimijoiden, mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelevien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, kuinka tässä suuressa muutosprosessissa on käytännön tasolla menty eteenpäin. Kyseessä on laadullinen tutkimus niin aineiston keruun kuin analysoinnin suhteen. Luokittelin haastattelujen vastauksia teemoittain tutkimuskysymysteni johdattamana.

Mielenterveystoimiston puolella nähtiin yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa olevan ehkä enemmän kuin mitä sosiaalihuollon puolella koettiin. Aineistoni kriittisimmät näkemykset kaikkia tutkimuskysymyksiäni kohtaan ja lähinnä suhteessa palvelujen riittävyyteen, kattavuuteen, saatavuuteen, sopivuuteen ja yhteistyöhön mielenterveyspuolen kanssa tulivat asunnottomien erityissosiaalitoimistosta. Avohoitopalveluja ei tähän päivään mennessäkään ole tullut riittävästi vastaamaan tarvetta, joka syntyi laitospaikkojen vähentämisestä. Osan pitkäaikaisista psykiatrisista potilaista nähtiin aineistoni mukaan olevan heitteillä, mikä vastaa myös mediassa esitettyjä huolia. Tutkimukseni antaa myös sen kuvan, että perinteinen psykiatrian potilasaines ei enää välttämättä kuulukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin, vaan heitä hoidetaan perusterveydenhuollossa. Tutkimusalueellani yllättävän moni psykiatrinen potilas sai sosiaalitoimen kotiapua. Alkoholin suurkuluttajat näyttivät olevan väliinputoajia psykiatrisen hoidon suhteen.

Tuloksia, joita aineistoni antaa, ovat vahvistaneet aineiston keruun jälkeen julkaistut myöhemmät tutkimukset, selvitykset, raportit sekä myös lehtikirjoitukset ynnä muu media. Vaikka aineistoni oli vanha ja monia organisatorisia muutoksia on tullut, niin pitkälti samat kysymykset elävät tämän päivän mielenterveystyön kentällä. Siksi halusin edelleen tarkastella tätä suurta muutosprosessia kentän työntekijöiden näkökulmasta, siellä, missä palveluja tuotetaan. Samat kysymykset psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisestä ja avohoidon resurssoinnista ovat tänäänkin päivän polttava keskustelun aihe. Nyt toivomme välttyvämme niiltä virheiltiltä, joita 1990-luvun laman aikana teimme.

Avainsanat: deinstitutionalisaatio, psykiatrinen hoitojärjestelmä, sairaalahoido, avohoido, psykkinisesti sairaiden sosiaalipalvelut

University of Tampere
Department of Social Work Research

HINTSANEN PIA: From hospital care to community care services in psychiatry - How did the professionals experience this process in the early 1990's?

Masters thesis, 83 pages

Social Work

Supervisor: Kyösti Raunio

May 2009

Major changes have taken place in mental health care in Finland during the last decades. The changes have been motivated by different things: international trends, economic and political factors and national detailed plans. The intention was to develop psychiatric care from hospital care to outpatient care. The severe economic recession of the early 1990's influenced these changes as reorganization was not carried out in a controlled manner. The rate of reducing hospital beds in psychiatric hospitals occurred in Finland at a world record speed and the community care services did not expand as planned in the early 1990's.

In this situation early 1990's I wanted to hear how this process was experienced in the field where these services were produced. What were the impacts of reducing psychiatric hospital beds on patients care? What kind of community care services they got instead and was it enough? Could the social welfare services respond to this new client group in society? How did psychiatric care and social services professionals cooperate with each other?

Concerning these questions I interviewed employees/ practitioners in the mental health care services including also social services and primary health care for the mentally ill people. I made 14 theme interviews in summer 1994 in a certain area in Helsinki. The research method was qualitative including the data generation and analysis. I classified the answers by themes led by my research questions.

The experiences of the cooperation between mental health care and social services differed from each other: A lot of cooperation was said to be done by the mental health workers, but the professionals in the social services felt that there was too little cooperation concerning the mentally ill clients. The most critical points concerning all my research questions were those of the professionals working at the social services for the homeless people. They had little cooperation with the mental health care system and they felt that there were not enough mental health services for their clients. The main result is that the communal care system had not been developed and resourced in the same line/ amount that psychiatric hospital beds were reduced. More psychiatric patients were treated in primary health care. Many of them had a chance to home help by social service office, but they didn't get any psychiatric care. Alcoholic abusers were often drop outs in mental health care system.

The results of my thesis support the picture that the many other researchers have had about this deinstitutionalization process in the 1990's and later on. Even though the data was old I still wanted to use it, because the problems are quite the same even today. The same questions about reducing the psychiatric hospital care and increasing communal care are under great discussion today. Now we hope that we can do it without the same problems that we did in the 1990's economic recession.

Keywords: deinstitutionalization, psychiatric care, hospital care, outpatient care, social services for the mentally ill

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	PSYKIATRISEN HOITOJÄRJESTELMÄN RAKENNEMUUTOS SUOMESSA	5
2.1	Oma työkokemus tutkimuksen lähtökohtana	6
2.2	Psykiatrisen hoidon rakennemuutosta koskevat tutkimukset.....	10
3	LAITOSHUOLTOPAINOTTEISUUS JA LAITOSHUOLLON KRITIIKKI	18
3.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshuoltopainotteisuus	18
3.2	Laitoskritiikki ja deinstitutionalisaatiokeskustelu	19
4	PSYKIATRISEN SAIRAANHOIDON KEHITTÄMINEN JA KUNTOUTUS- JÄRJESTELMÄT	21
4.1	Kuntoutusjärjestelmien luominen ja psykiatrisen sairaanhoidon vähentäminen	21
4.2	Mielenterveystyön kehittäminen 1980- ja 1990-luvulla	23
4.3	Psykiatrinen avohoito kehittyy sairaalahoidon varjossa	26
4.4	Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut osana mielenterveyspalveluja	29
4.4.1	Perusterveydenhuolto	29
4.4.2	Sosiaalihuollon palvelut	31
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	37
5.1	Tutkimuskysymykset.....	37
5.2	Tutkimusaineisto	39
5.3	Aineiston analyysi	44
6	PSYKIATRISTEN SAIRAALAPIIKKOJEN VÄHENTÄMISEN VAIKUTUS POTILAIEN HOITOON	46
7	PSYKIATRISET AVOHOITOPALVELUT	50
8	SOSIAALIPALVELUJEN VASTAAVUUS MIELENTERVEYSPOTILAIEN TARPEISIIN.....	55
8.1	Kotipalvelu	55
8.2	Muut sosiaalihuollon peruspalvelut	57
8.3	Asunnottomien sosiaalipalvelutoimisto.....	58
9	TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ	61
10	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	64
10.1	Yhteenvedo tuloksista	65
10.2	Tulosten merkitys	69
	LÄHTEET	72

1 JOHDANTO

Suomessa on tapahtunut viimeisten vuosikymmenten aikana valtava ja nopea psykiatrisen hoitojärjestelmän rakenteen muutos, joka osaltaan ilmentää yleismaailmallista suuntausta, jossa psykiatristen potilaiden laitoshoidon vähennetään ja heitä pyritään kuntouttamaan takaisin avoimeen yhteiskuntaan (esim. Kärkkäinen 2004; Salokangas ym. 2000; Viialainen & Lehto 1996; Salo 1996). Tässä tutkimuksessa tarkastelen kentän toimijoiden näkemyksiä siitä, kuinka psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on vaikuttanut potilaiden hoitoon ja onko niiden tilalle tullut riittävästi avohoitopalveluja sekä kuinka sosiaalipalvelut vastaavat laajenevan ja tiettyssä mielessä uuden asiakasryhmän tarpeisiin. Myös eri toimijoiden välinen työnjako ja keskinäinen yhteistyö on keskeinen tutkimuskysymys. Kun itse työskentelin psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijänä ennen tutkimuksen aloittamista 1990-luvun alussa, nämä seikat olivat keskeisiä mieltä askarruttavia aiheita – ja ovat sitä edelleen. Erityisesti asuminen ja sen mielekäs järjestäminen vaikeille psykiatrisille potilaille tuotti jatkuvasti ongelmia muutoinkin asunnottomuudesta tunnetussa pääkaupungissa (vrt. Huvinen ym. 2002). Viimeisin asunnottomuutta koskeva tavoite Helsingin kaupungilla on, että vuoteen 2011 mennessä ei ole enää yhtään asuntolaa, vaan kaikilla nykyisillä asuntola-asukeilla on ”ikioma postiluukku ja nimi omassa ovesa”. Tätä asiaa asetettiin pohtimaan ja työstämään vuonna 2007 ”neljän viisaan miehen” työryhmä (verkkojulkaisu ”nimi ovesa” 2007).

Aineistona olen käyttänyt Helsingin tietyn alueellisen suurpiirin mielenterveystoimiston sekä terveys- ja sosiaaliaseman työntekijöille vuonna 1994 tekemiäni haastatteluja. Haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi en kerro tarkemmin, mistä Helsingin suurpiiristä aineistossani on kyse. Haastatteluja on yhteensä 14. Haastatteluissa on mukana myös kaksi sosiaalityöntekijää asunnottomien sosiaalipalvelutoimistosta, johtavat sosiaalityöntekijät A-klinikalta ja perheneuvolasta sekä edustaja Niemikotisäätiöstä. Lisäksi arvioin ja pohdin aineiston keruun jälkeen tapahtuneiden muutosten merkitystä sen jälkeen ilmestyneiden tutkimusten sekä oman työkokemukseni pohjalta. Aluksi tarkastelen aihetta aikaisempien tutkimusten sekä muusta kirjallisuudesta löytyvän materiaalin pohjalta.

Teoreettisina lähtökohtina tutkimukselleni olivat yleinen laitoskritiikki, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen järjeistäminen ja psykiatrisen hoidon kehittäminen eli mielisairaalajärjestelmän purkamisen sekä siihen liittyvä kuntoutusoptimismi ja avohoidoideologia. Kuntoutusoptimismilla tarkoitan sitä, että suuret sairaalat lakkautetaan ja niiden potilaat pyritään

kuntouttamaan takaisin yhteiskuntaan tai siirtämään hoito väestövastuuperiaatteen mukaisesti pienempiin yksiköihin, mahdollisesti myös perusterveydenhuollon piiriin. Avohoitoideologian mukaan palvelut ovat mahdollisimman lähellä käyttäjiä ja helposti saatavissa normaalin elämän ulottuvilla. (Mielenterveystyön komiteamietintö 1984:17 osat I ja II; Lääkintöhallitus 1991; 1988; 1985; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1992a;1992b; 1986; Sosiaali- ja terveyshallitus 1991.)

Psykiatria on kiinnostanut minua aina – tai oikeammin antipsykiatria. Ajattelin nuorena opiskelijana 1980-luvulla aika paljonkin eri tavalla kuin nyt, kun olen ollut yli 10 vuotta työssä sosiaalityöntekijänä psykiatrian parissa. Halusin tuolloin välttää mielisairauden lääketieteellistä määrittelyä. Näin psyykkiset sairaudet enemmänkin elämisen ongelmina, sosiaalisissa tilanteissa syntyneinä, kenties jo vakiintuneinkin toimintatapoina, ratkaisuna ristiriitaisiin vuorovaikutussuhteisiin (vrt. Sariola & Oksanen 1997; Huttunen 1999,11–21). Näin terveen ja sairaan välinen ero olisi kuin veteen piirretty viiva. Minua kiehtoi Lauri Rauhala (1988, 1990) käsitys, jonka mukaan psyykkinen häiriö on maailmankuvan häiriö, eikä sairaus tai tauti, kuten häiriöt orgaanisen elämän piirissä nimetään. Rauhala (1989) analysoi ihmiskäsitystä eksistentiaalisen fenomenologian näkökulmasta. Hänen ihmiskäsityksensä on holistinen. Siinä ihmisen olemassaoloa analysoidaan tajunnallisena eli kokevana ja merkityksiä problematisoivana, kehollisena eli aineellisena ja situaationaalisen eli yksilönä suhteessa elämäntilanteeseensa. (Rauhala 1983, 1988, 1989.)

Normaali ja poikkeava voidaan nähdä sosiaalisesti tuotettuina kategorioina, jotka vaihtelevat historiallisesti ja kulttuurisesti. Tiedämme Foucaultin tutkineen hulluuden historiaa, sen diskursiivista kehitystä ja sen yhteiskunnallisen merkityksen muuttumista ajan kulussa (Foucault 1982; ks. myös Scheff 1967). Suomessa Markku Salo on jäljittänyt hulluuden muodonmuutoksia ja mielisairaalalaitoksen vakiintumista juuri yhteiskuntatieteellisestä viitekehyksestä (Salo 1992, 1996). Markku Salo (1993) pitääkin vanhaa mielisairaalajärjestelmää niin terveydenhoidollisena, asuntopoliittisena, köyhäinhoidollisena kuin myös kontrollipoliittisena yhteiskunnan toimintakäytäntönä.

Koska kuitenkin halusin tutkia yhä tänäänkin kiivaasti muuttuvaa psykiatrista hoitojärjestelmää ja potilaiden asemaa siinä, oli minun määriteltävä nämä elämisen ongelmista erityisen raskaasti kärsivät ihmiset jollakin käyttökelpoisella tavalla. En siis aikoonut tutkia ketä tahansa psyykensä kanssa kamppailevia lähimmäisiä, vaan pitäydyin niissä, jotka ovat joutuneet tekemisiin psykiatrisen hoito-organisaation kanssa, joko vastoin tahtoaan tai itse hakeuduttuaan. Tällöin heille on voitu antaa psykiatrinen diagnoosi, jonka perusteella heille voidaan tarjota hoitoa, kuntoutusta sekä muita palveluja. Näin ollen psykiatriset potilaat määrittyvät tiettyjen palveluiden käyttäjiksi

sekä toisaalta psykiatristen toimenpiteiden kohteiksi. Yksityiset palvelut rajautuivat tutkimukseni ulkopuolelle, ellei niitä käytetä kunnallisena ostopalveluna.

Tuolloin 1990-luvun alkupuolella mietin myös, mihin kroonistuneita entisiä mielisairaapotilaita ylipäättään kuntoutetaan? Mitä yhteiskunnallamme on tarjolla heille, jotka oli aikoinaan syrjäytetty ja säilötty suuriin laitoksiin taajamien ja sivistyksen ulkopuolelle – omavaraisiin yhteisöihin, jotka pystyivät uusintamaan itsensä viljelyksineen, karjatiloineen ja henkilökunnan asuntoineen (vrt. Nikkonen 1996)? Nykyään nämä vanhat kroonikot asuvatkin jo pysyvää asumista tarjoavissa palveluasumisyksiköissä yhä useammin. Näitä palvelukoteja perusti 1990-luvun loppupuolella Helsinkiin Niemikotiyhdistys (www.niemikoti.fi) – vuodesta 2004 Lilinkotisäätiö (www.lilinkoti.fi) – ja se lisää näiden määrää vähitellen edelleen.

Mielenterveyspalvelujen tarvetta on hyvin vaikea määritellä. Toisaalta tarjonta ohjaa kysyntää eli palvelujen kysyntä kanavoituu tarjolla oleviin hoitovaihtoehtoihin, jotka tähän asti ovat olleet usein turhan raskaita ja rajoittaneet potilaiden omatoimisuutta enemmän kuin sairausasteen perusteella olisi välttämätöntä. Palvelujen käyttöä pidetään usein kysynnästä johtuvana eikä muisteta, että palvelut määrittelevät kysyntää sekä määrällisesti että toimintatapojen ja valikoiman osalta. Toisaalta ihmiset haluavat välttää tämän tyyppisten tarpeiden tunnustamista ja esiintuomista viimeiseen asti. (Esim. Sosiaali- ja terveyshallitus 1991,5,15). Ääriesimerkkinä tästä on tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen mielisairaalaan. Toisessa päässä anonyymista hädästä ja avuntarpeen kasvusta kertoo erilaisten ja eri väestöryhmille suunnattujen kriisipuhelinten ja -asemien lisääntyminen 1990-luvulla koko maassa. Näitä ovat perustaneet lähinnä Suomen Mielenterveysseura, SPR ja A-klinikat yhteistyössä. Uskonkin, että matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen tarve kasvoi yhteiskunnassamme 1990-luvun alun laman myötä. Mutta myös ns. raskaan psykiatrisen koneiston, mielisairaalahjärjestelmän, purkamisen toi palvelujen käyttäjiä kevyempiin organisaatioihin (tyhjenevistä mielisairaaloista: ks. esim. Wahlberg & Sohlman 1993).

Sen ohella, että psykiatrista sairaalahoitoa supistettiin voimakkaasti 1990-luvulla, se on myös oleellisesti muuttunut. Se on lyhyempiaikaista ja sen tulisi olla kiinteämmässä yhteistyössä avohoidon sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Näin tutkimuskohteekseni määrittyy myös psykiatrisen kentällä tapahtuva palvelujen tuottajien välinen yhteistyö ja työnjako. Siis kuinka kuntatasolla toteutuvat mielenterveystyötä ja psykiatrisia hoitokäytäntöjä säätelevät lait, suositukset ja periaatteet (esim. Erikoissairaanhoidolaki 1989; Mielenterveyslaki 1990; Sosiaali- ja terveyshallitus 1991; STM 1992a; STM 1992b; STM 2000, STM 2002, STM 2007)?

Tutkielmani tekeminen jäi kesken vuonna 1994 ja sen jälkeen olen ollut töissä Helsingin kaupungilla. Olen toiminut sosiaalityöntekijänä enimmäkseen psykiatrian parissa näihin päiviin asti. Nyt haluankin edelleen käyttää vanhaa haastatteluaineistoani ja tutkia, millaisia vastauksia se antaa sen aikaisesta tilanteesta sekä suhteuttaa sitä tietoa myös oman työkokemukseni kautta tähän päivään ja nykyiseen psykiatriseen hoitojärjestelmään. Näkökulmani on ainoastaan Helsingin kaupungin psykiatrisesta hoito-organisaatiosta, joka oli silloin tutkimuskohteeni ja on käynyt yhä tutummaksi oman työkokemukseni myötä. Lisäksi tutkimuskohdettani ovat psykiatristen potilaiden mahdollisesti käyttämät muut palvelut, jotka tukevat heidän selviytymistään sairautensa kanssa.

Avaan aihetta ja tutkimuskohdettani käymällä aluksi läpi psykiatrisen hoidon kehitystä Suomessa, jotta voimme ymmärtää millaiseen ympäristöön ja yhteiskunnalliseen tilanteeseen tämänpäiväinen ja parin viime vuosikymmenen aikana tapahtunut suuri rakenteellinen hoitojärjestelmän muutos paikantuu. Tutkimusotteeni pyrkii olemaan kuvaileva, selittävä ja kohdettaan ymmärtävä. Niinpä käytin aineiston keruuna teemahaastatteluja, jotka antavat kohteelle, tässä tapauksessa mielenterveystyötä tekeville kentän työntekijöille, suhteellisen vapaan mahdollisuuden kuvata omia kokemuksiaan ja näkemyksiään tutkittavana olevasta asiasta. Myös analyysimenetelmänä oli aineistolähtöinen teemoittelu ja tutkimuskysymyksiini vastausten etsintä (esim. Aaltola & Valli 2001, 24–41; Eskola & Suoranta 1998, 86–88, 174–180). Tulosluvut syntyivät siten tutkimuskysymysten pohjalta.

Luku 2 käsittelee suomalaista psykiatrisen hoito-organisaation rakennemuutosta. Lähdän liikkeelle oman työkokemukseni pohjalta ja sitten käyn läpi aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa. Luvussa 3 taustoitan tutkimustani lyhyellä katsauksella suomalaisen laitoshoidon yleisellä tasolla. Sitten asetan sen laajempaan yhteyteen kansainväliseen laitoskriittikakeskusteluun, jossa mielestäni Suomen osalta ei ole juurikaan edetty sanoista tekoihin. Tosin muualla teot ovat osoittautuneet ehkä hätäisiksi ja seurauksiltaan hyvinkin arveluttaviksi. Tarkasteluissa on aina otettava huomioon kunkin maan omat olosuhteet ja historiallinen kehitys sekä sen tuoma erityisyys. Silti voidaan miettiä, mikä toisten maiden kokemuksista on sovellettavissa meille ja ottaa opiksi onnistuneista uudistuksista kuin myös virheistä. Lisäksi luvussa 4 kerron tarkemmin Suomen psykiatrisen sairaanhoidon ja kuntoutusjärjestelmien kehittämisestä menemättä kuitenkaan syvemmälle suomalaisen mielisairanhoidon historiaan tai sen alkulähteille. Luku 5 käsittelee aineistoa ja menetelmää. Luvut 6, 7, 8 ja 9 kertovat tutkimuksen tuloksista ja luvussa 10 vedän näitä tuloksia vielä yhteen.

2 PSYKIATRISEN HOITOJÄRJESTELMÄN RAKENNUMUUTOS SUOMESSA

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana suuria muutoksia. Näiden taustalla on ollut monia tekijöitä: yleismaailmallinen hoitoajatuksen muutos, suomalaiset näkemykset ja taloudelliset tekijät (esim. Korkeila 1996). Psykiatrinen hoitojärjestelmä on Suomessa ollut pitkään sairaalakeskeinen (esim. Salo 1996; Tuori 1994): vielä 1950-luvulla Suomessa alettiin rakentaa uutta mielisairaalaverkostoa ja tuli jako ns. A- ja B-mielisairaaloihin, vaikka muualla länsimaissa alettiin jo suuntautua avohoitoon, sairaaloiden purkamiseen ja sairaansijojen vähentämiseen. 1970-luvulle tultaessa kroonikkopotilaiden B-mielisairaalaverkosto oli saatu valmiiksi ja Suomessa oli psykiatrisia sairaansijoja asukasluvun suhteutettuna tuolloin lähes eniten maailmassa: 4,2 promillea asukasluvusta (esim. Kärkkäinen 2004, 30; Salokangas 2000, 23; Tuori 1994, 29). Sairaansijojen runsaudesta huolimatta henkilökuntaresurssit olivat jääneet jälkeen muusta erikoissairaanhoidosta niin sairaala- kuin avohoidonkin osalta.

Psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavien määrä on Suomessa 1970-luvun alusta alkaen vähentynyt tasaisesti hoitojärjestelmän rakennemuutoksen seurauksena: vuoden 1996 lopussa Suomessa oli psykiatrisia sairaansijoja enää 1,3 promillea asukasluvusta (Aaltonen ym. 2000, 20; Salo 1996, 56–57). Samalla avohoidon kävijämäärä on noussut huomattavasti esimerkiksi vuoden 1988 745 000 käynnistä vuoden 1994 1,25 miljoonaan käyntiin (Kärkkäinen 2004, 37).

Seuraava taulukko havainnollistaa psykiatristen potilaiden määrän vähentämistä sairaalahoidossa.

TAULUKKO 1: Potilaat psykiatrisessa sairaalahoidossa 31.12. vuosina 1984-95

1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15434	14530	13641	13009	11635	10781	10026	8516	7401	6804	6527	6195

Lähde: <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/toimenpideohjelma/raportti.htm>

2.1 Oma työkokemus tutkimuksen lähtökohtana

Oma työkokemukseni sosiaalityöntekijänä psykiatrian kentällä oli tärkeä lähtökohta tutkimukselleni jo vuonna 1993 ja on sitä edelleen tänään, kun jatkan samasta aiheesta. 1990-luvulla tutkielmaa suunnitellessani kiinnitin huomioni erityisesti seuraaviin ongelmiin mielenterveystyössä

- Avohoidon kehittymättömyys ja palvelurakenteen vinoutumat
- Akuutin psykoosin hoito ja kuntoutus
- Omais- ja potilasyhdistysten näkemät huolet

Uudistuneesta lainsäädännöstä, 1980-luvun kuntoutusoptimismista ja erilaisten terapiamuotojen ammatillisesta kehittymisestä huolimatta psykiatrinen *avohoito ei ollut kehittynyt toivotulla tavalla*. Vaikka laitoshoidon määrä oli vähentynyt 1980-luvun alkupuolelta 1990-luvun alkupuolelle tultaessa melkein puolella sairaansijoina mitattuna, sen osuus henkilökuntaresursseista oli edelleen 85 % avohoidon volyymin jäädessä siten hienoisesta lisäyksestä huolimatta yhä vain 15 %:iin. Vuonna 1980 oli Suomessa psykiatrisia sairaansijoja 19 095, henkilökuntaa sairaaloissa 12 000 ja avohoidossa 900. Vuoden 1990 vastaavat luvut olivat 11 931, 12 400 ja 2000. (Lääkintöhallitus 1991; ref. Salo 1992, 107–108). Salo näkeekin yhtenä perusesteenä avopalveluiden kehittämiseksi taloudellisten resurssien epätasaisen jakautumisen laitos- ja avohoidon kesken ja että nämä eivät ole toisistaan sisäisesti riippuvaisia (Salo 1992, 108). Sama seikka, että laitos- ja avohoidon varat tulevat eri budjeteista ja ovat siis keskenään kilpaileviakin tulosvastuuyksiköitä tuli esille myös, kun hallinnon ylläkäri Sinikka Metsä-Simola esitteli Helsingin mielisairaanhoidopiirin avohoidon nykypäivää ja suunnitelmia paikallisessa omaisyhdistyksessä vuonna 1994 (Metsä-Simola 1994). Tämä nähtiin esteenä resurssien suoralle välittömälle siirtämiselle avohoitoon.

Ei voine kieltää, etteikö 1980-luvulla mielenterveystyön kehittäminen olisi lähtenyt inhimilliseltä ja hoidolliselta perustalta, mutta vauhtia laitosten lakkauttamiselle antoivat taloudelliset vaikuttimet laman myötä. Taloudelliset syyt nähdään myös avohoidon kehittymättömyyden taustalla (esim. Kärkkäinen 2004, 55; Tuori 1994, 28). Koska laitos- ja avohoidon resurssit eivät tulleet samasta budjetista, olivat laitoshoidon purkamisesta kertyneet säästöt menneet muualle kuin avohoidon kehittämiseen yleisen sosiaali- ja terveysmenojen säästämisvaatimuksen merkeissä (Kärkkäinen 2004, 55). Näin ei ole ollut varaa budjetoida uusia määrärahoja avopuolelle. Kuitenkin palvelurakennetta ajateltiin voitavan kehittää ja uudistaa silloisilla voimavaroilla tekemällä palvelujärjestelmän sisäisiä siirtoja laitoksista avohoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992a).

Palvelurakenne oli vinoutunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen keskeisiä ongelmia ovat olleet laitospainotteisuus, hoidon ja palvelujen epätarkoituksenmukainen järjestäminen ja käyttö, avohoidon ja muiden laitoshoidolle vaihtoehtoisten palvelumuotojen kehittymättömyys sekä se, että *asuntopolitiikka ei tue sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä*. Laitoshoidon tarvetta oli nostanut ja ylläpitänyt erityisryhmien kuten vanhusten, kehitysvammaisten ja psykiatristen potilaiden asumisongelma. Näiden ryhmien asuminen on ongelma usein sen vuoksi, että he vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden aiheuttaman toimintakyvyn alenemisen vuoksi tarvitsevat erityisjärjestelyjä ja tukea asumiseensa. Kyseessä ei siis ole pelkkä asunnottomuusongelma, vaan tuetun hoidollisen asumisen järjestäminen sitä tarvitseville yhteiskunnan jäsenille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992a.)

Erityisryhmät ovat varmasti kärsineet eniten myös yleisestä asunnottomuudesta 1980-luvun lopulla, mutta heidän ongelmansa ei ratkea useinkaan pelkällä asunnon saamisella. Esimerkiksi 1990-luvun alkupuolella Helsingissä oli reilusti vapaita asuntoja, joita mielenterveystoimisto olisi voinut välivuokrata asiakkailleen, mutta niihin ei ollut sopivia asukkaita tarjolla: psykiatriset potilaat tarvitsevat tuettua (ja valvottua) asumista. (Vrt. Vesänen 1992). Myös Vantaalla tehdyssä tutkimuksessa (Huvinen 2001, 49–55) tuli esille, että kaikkien potilaiden tarvetta ei riitä tyydyttämään pelkkä kohtuuhintaisen vuokra-asunnon saanti, vaan tarvitaan hyvinkin tuettua ja valvottua palveluasumismuotoa, joka toisaalta ei vaadi asukkaalta suuria. Potilaan asuttaminen oli mielestäni usein hyvin haasteellista työskennellessäni psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijänä 1980-luvun lopulla sekä 1990-luvulla. Asia tuntui yleensä myös ”jäävän” tiimissä sosiaalityöntekijän ongelmaksi.

Tutkimukseni alkutaipaleella arvioin asunnottomuuden olevan keskeinen este hyvän avohoidon toteuttamiselle. Mutta jo tuolloin vuonna 1994 tekemieni selvitysten ja haastattelujen perusteella sain tietää, että Helsingin kaupunki oli yrittänyt ratkaista vaikeasti asutettavien ongelmaa ainakin jonkin verran. Tuolloin oli juuri perustettu muutamia asuntoloita, joissa ei edellytetä tiukkaa yhteisöllisyyttä tai kuntouttamisideologiaa. Niissä oli kuitenkin tarjolla valvontaa ja tukea erityisesti niille psykiatrisista ongelmista kärsiville, jotka eivät olleet pärjänneet missään muissa hoito-, kuntoutus- tai asumisyksiköissä. (Haastattelut: vastaava stt Kirsimarja Villman, Hesperian sairaala, 15.2.1994 ja projektipäällikkö Tapio Moilasheimo, HELMI ry, 3.5.1994). Nämä uudenlaiset asuntolat tulivat esille myös aineistoksi keräämissäni haastatteluissa.

Erittäin hankalat, mihinkään kuntoutus- tai asumisjärjestelmään sopeutumattomat psykiatriset potilaat, kuten moniongelmaiset, usein päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttäjät ovat oman työkokemukseni perusteella keskeinen osa vaikeasti ratkaistavaa asunnottomuusongelmaa Helsingissä. Tämä on todettu myös myöhemmissä tutkimuksissa ja selvityksissä (esim. Tainio 2008; Pitkänen & Kaakinen 2004; vrt. Huvinen ym. 2002). Jo tutkimustani aloittaessani uskoin, että ns. "katuskitsofreenikkoja" löytyy, vaikka Karjalainen toisin väittikin tutkimuksessaan asunnottomuudesta (1993, 13). He ovat juuri näitä moniongelmaisia sekakäyttäjiä, jotka ovat jo kauan sitten ajautuneet ulos yhteiskunnallisista turvaverkostoista, kuten perhe- ja työelämästä. Niinpä he kiertävät milloin kadulla, milloin laitoksesta tai asuntolasta toiseen. Mikään hoito- tai huoltojärjestelmä ei katso heitä omakseen: Psykiatriaan piiriin he kuuluvat vain ollessaan psykoottisia – pitempään he eivät tähän järjestelmään kiinnity; Päihdehuolto haluaa vain puhtaita alkoholiongelmaisia hoidettavakseen. Psykiatriset tapaukset erottuvat alkoholinkäyttäjistäkin alimpana kastina kuin myös rikollisten joukosta kriminaalihuollossa; Viimesijaiset yleiset asuntolatkin pitävät häiriöntuottajista mustaa listaa, josta löytyy usein nämä monia organisaatioita kiertäneet väliinputoajat. Tässäkin joukossa hierarkian pohjimmaisena on luonnollisesti nainen. (vrt. Mt, 59–60.) Asunnottomien naisten ongelmista ja tilanteesta on tehty useita tutkimuksia (esim. Tainio 2008; Tervonen 2004; Granfelt 1998).

Ollessani työssä psykiatrisessa sairaalassa mielestäni sinne joutuneet potilaat olivat usein varsin huonossa kunnossa kaikin puolin. Heidän sosiaalinen tilanteensa vaati usein pikaista ensiapua: asunto häätöuhan alla, työpaikalla irtisanomisen vaara ja lukuisat laskut erääntymässä tai ylipäättään ylivelkaantunut talous painoi jo päälle. Sairaalaan tuloa edeltäviä vaiheita näkevät toki omaiset, jotka usein ovatkin tehneet jo paljon tai kaikkensa potilaan auttamiseksi, mutta valitettavan usein tietämättöminä ja ilman hoito-organisaation tukea (ks esim.. Stengård 2005; Salokangas ym.1991; Arhovaara & Rinne 1989). Sosiaalityöntekijänä mietin monta kertaa, että kunpa tilanteeseen olisi voitu puuttua aikaisemmin, kunpa potilas olisi osannut hakea apua aiemmin, kunpa avohoidosta olisi tehty kotikäynti silloin, kun potilas oli jättänyt jo pitkään tulematta säännölliselle injektioilleen vastaanotolle. Psykiatrinen sairaalahoido ensisijaisesti lääkehoitona poistaa kyllä psykoosin, mutta potilaan sosiaalisen tilanteen ennalleen palauttaminen onkin sitten hankalampaa, monesti mahdotonta. Tässä on mielestäni sairaalan ja avohoidon yhteistyön koetinkivi ja samalla kuntouttavan työn kivijalka.

Tavallaan toivoin tuolloin, että avohoito voisi olla tukevampaa ja valvotumpaa, jotta potilaat eivät ajautuisi liian huonoon kuntoon. Tänäpäin tiedän, että potilaat menevät joskus huonoon kuntoon ja joutuvat sairaalahoidon tehtiinpä avohoidossa mitä tahansa. Toisaalta avohoidon palvelujen käyttö

on vapaehtoista: tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan järjestää vain sairaalassa. Mutta avohoitoon ulotettu kontrolli, jota tiiviimpi tuki – esimerkiksi kotikäyntien lisääntymisenä – edustaisi, voisi samalla vähentää pakkohoitojen tarvetta – tähänhän kyllä nykyään aktiivisesti pyritään erityisesti varhaiskuntoutustyöryhmissä.

Sairaaloissa laitospaikkojen vähentäminen ja hoidon muuttunut luonne on vaikuttanut siihen, että hoitoajat ovat lyhyempiä kuin ennen. Tämä muutos oli tapahtunut jo 1990-luvun alkupuolella. Sairaansijojen karsiminen ja säästöt henkilökuntakuluissa tuntuivat oudolta samaan aikaan, kun potilaita oli jopa ylipaikoilla vastaanotto-osastoilla. Muistan itsekin tuon vaiheen 1990-luvulla, mutta jossain vaiheessa ylipaikoille ottaminen yksinkertaisesti kiellettiin. Mielenterveystoimiston vastaanotoille oli jatkuvaa jonoa. Tällaisessa tilanteessa sairaalahoido saattoi jäädä pakostakin liian lyhyeksi ja jatkohoito huonosti valmistelluksi. Avohoitoon siirtyminen ei onnistukaan potilaalta välttämättä omin avuin, varsinkin jos hän on ensikertalainen ja tottumaton psykiatristen palveluiden käyttäjä. Sama koskee yhtä lailla huonosti hoitoonsa motivoituneen, "sairaudentunnottoman" monesti jo aiemminkin sairaalahoidossa olleen potilaan tilannetta. Näin potilaat palaavat pian uudelleen sairaalaan entistä huonommassa kunnossa. Puhutaan myös "pyöröovisyndroomasta" (esim. Salokangas 2000, 185-187). Myös omaiset kärsivät usein tiedon puutteesta potilaan sairauden, hoidon ja saatavissa olevien palveluiden ja sosiaalietuuksien suhteen (Salokangas 1991, 66).

Kroonistuneen ja laitostuneen potilaan avohoitoon kuntouttaminen on työläs ja kärsivällisyyttä vaativa pitkä prosessi niin potilaalle itselle kuin häntä siinä tukeville hoitajille sekä mahdollisille omaisille. Toisaalta juuri tämän tyyppinen potilasaines on kiitollista kuntouttavan työn tulosten kannalta, koska sairastumiseen ja sen alkuvaiheisiin liittyvä levottomuus sekä hoitoa ja kuntoutusta vastustava asenne on laantunut. Tämän ryhmän kuntouttaminen onnistuikin erittäin hyvin jo 1980-luvulta alkaen, kun psykiatrisia sairaalapaikkoja alettiin systemaattisesti vähentää. Mutta moneen kertaan on pohdittu, mitä hoito- ja kuntoutusjärjestelmillä on tarjottavana nuorelle akuutisti oireilevalle psykiatriselle potilaalle. Kun sairastuu psyykkisesti, näköpiirissä ei yleensä ole mitään askelmia, joita edetä vaiheittain tilan huonontuessa, vaan lopulta mennään suoraan sairaalaan joko itse tahtoen tai tahdosta riippumatta. (Vrt. Lääkintöhallitus 1988.)

Ensimmäistä kertaa sairaalaan joutuneet psykoosiin sairastuneet eivät yleensä ole motivoituneita jatkohoitoihin, vielä vähemmän mihinkään kuntoutusportaikoihin, jotka oli kehitelty kroonikoita silmällä pitäen. Tämä on luonnollista, sillä he uskovat, että "häiriö" jää siihen yhteen kertaan. Usein

näin käykin, mutta yhtä usein häiriö toistuu ja seuraa uusi sairaalahoito. Näille uusijoille olisi voitava tarjota jotakin toisen tyyppistä kuntouttavaa hoitoa. Eiväthän etenkin nuoret ja ensi kertaa psykoosiin sairastuneet halua samaistua vanhoihin kroonikoihin ja sopeutua näiden kansoittamiin suojatyo- ja päivätoimintakeskuksiin. Mikä olisi heille sopivaa ja mielekästä työtoimintaa? Yleinen työttömyys ja lama vaikeuttavat sen löytämistä entisestään. Lisäksi nuorena sairastuneen eläketurva jää minimiin, jolloin toimeentulovaikeudet tulevat jatkuvan sairauden sivutuotteena.

Edellä kuvattuja silloisia ajatuksiani ja yleisestikin esitettyjä huolia ovat myöhemmät tutkimukset osoittaneet paikkansa pitäviksi. 1990-luvun lama loi rajoitteensa psykiatriselle avohoidolle ja useille hyvälle suunnitelmille. Korkeilan (1996, 21) mukaan psykiatrisen avohoidon kehittäminen oli riittämätöntä jo ennen laman alkua, ja tästä huolimatta siihen kohdistettiin leikkauksia. Hän kirjoittaa, että laman vuoksi muutokset hoitojärjestelmässä eivät tapahtuneet hallittuna kokonaisuutena, vaan toteutettiin säästökohtia etsien ja suunniteltua selvästi nopeammin (Korkeila 1998, 11).

2.2 Psykiatrisen hoidon rakennemuutosta koskevat tutkimukset

Psykiatrisen hoitojärjestelmän suurta muutosta on tutkittu ja siitä löytyy tietoa varsin paljon erityisesti sen jälkeen, kun itse olin jo jättänyt oman tutkielmani teon kesken. Erilaisia mielenterveystyötä ja -palveluja koskevia selvityksiä ja raportteja sekä kehittämissuosituksia on tehty runsaasti (STM:n julkaisuja 2007:13, 2000:4; STM:n monisteita 2002:7, 1998:32 ; STM:n työryhmämuistioita 1996:20), mutta on ehkä totta, kuten Kärkkäinen (2004, 194) väittää, että psykiatrista hoitojärjestelmää ja siinä tapahtunutta suurta muutosprosessia on edelleen tutkittu liian vähän. Wahlbeck (2005) toteaa, että arvioiva tutkimus on ollut psykiatrisessa terveydenhuoltotutkimuksessa dramaattisista muutoksista huolimatta vähäistä. Dramaattisilla muutoksilla Wahlbeck viittaa juuri mielenterveyspalveluissa viime vuosikymmenien aikana tapahtuneeseen osaksi hallitsemattomaan rakennemuutokseen, joka on pirstonut palvelujen tarjontaa ja jäytännyt taloudellisia voimavaroja. Salo (1996) korosti, että asiasta kaivataan myös nimenomaan yhteiskuntatieteellisesti orientoitunutta tutkimusta.

Lähdemateriaalini on pitkälti psykiatrista tieteenalaa, mutta myös yhteiskuntatieteellinen tutkimus on tärkeällä sijalla. Pohdinkin psykiatrian hoitojärjestelmän muutosta sosiaalisena instituutiona sekä osana sosiaalipalvelujärjestelmää. Salokankaan ym. (2000, 35) mukaan ”laitosten purku ja laitostumisen vähentäminen olivat alun perin yhteiskuntapoliittinen ratkaisu eivätkä perustuneet niinkään kliinisiin päämääriin, vaikkakin sosiaalipsykiatrisen tutkimus jo varhain painotti

laitostumisen haitallisia puolia”. Mielisairaiden hoito on kulkenut keinottomuuden ja eristämisen kauden, sitä seuranneen lääketieteen kehittymisen ja medikalisaation kautta osaksi kaikkien kansalaisten käytettävissä olevia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Tässä kohtaa näkyy mielestäni selkeimmin myös yhteys sosiaalityöhön niin tieteenalana kuin ammattikäytäntönä. Sosiaalityöntekijä on jo perinteisesti ollut psykiatrisissa sairaaloissa potilaan linkki sairaalan ulkopuolelle, kontaktihenkilö perheenjäseniin, yhteiskunnan tarjoamien sosiaaliturva-, kuntoutus-, asumis- ynnä muiden palveluiden asiantuntija ja koordinoija sekä tämän tiedon välittäjä myös suhteessa muuhun hoito-organisaatioon.

STAKESilla ja STM:llä on hyvin paljon aiheeseen liittyviä tutkimuksia, raportteja, selvityksiä, suosituksia ja ohjeistuksia. Näitä olen käyttänyt tässä tutkielmassa aika paljon, sillä samaan aikaan, kun itse kiinnostuin tästä aiheesta 1993, aihe oli myös julkisen keskustelun ja huolen aiheena. Tähän huoleen oli myös alan asiantuntijoiden vastattava. Itse asiassa monet selvitykset ja tutkimukset osoittivat paikkansapitäväksi sen oletuksen, mikä itsellenikin oli tutkimuksen lähtökohta: suomalaisen psykiatrian suuri rakennemuutos, sairaalahoidon alasajo, oli 1990-luvun alkupuolelle tullessa ollut jo liian rajua ja hallitsematonta eikä avohoidon resursseja oltu lisätty ja hoitoa kehitetty vastaavassa suhteessa – vaikka kehitystä tietenkin oli monessa asiassa toki tapahtunut (esim. STM 2000; Korkeila 1998 ja 1996; Taipale 1996; Tuori 1994).

Lehtikirjoituksissa oli huolestuneeseen sävyyn viitattu jopa potilaiden heitteille jättöön, kun mielisairaalat karsivat toimintojaan, lyhentävät hoitoaikojaan ja sulkevat osastojaan (esim. HS pääkirjoitus 1/1993, Finne-Elonen 1994; Lindberg 1994; Utria 1996; Nykänen 1997 ja eräät omaisten ja mielenterveysyhdistysten näkemykset mielipidepalstoilla). Vaikka resursseja olikin ollut tarkoitus siirtää avohoidon puolelle, talouden lama katkaisi hyviltäkin suunnitelmilta terän. Kirjoitettiin myös, kuinka psykiatriset potilaat saattoivat jäädä jalkoihin yleisten asuntoloiden elintila- ja valtakamppailuissa (esim. Ilta-Sanomat 1993). Sairautensa vuoksi heillä ei aina ole kykyä ja kapasiteettia puolustaa itseänsä tilanteessa, jossa muut asukkaat tai henkilökunta hyväksikäyttävät tai laiminlyövät heitä (vrt. Tainio 2007, 25–26). Kunta ei välttämättä valvo yksityisten asuntoloiden toimintaa ja henkilökunnan pätevyyttä, vaikka saattaakin sijoittaa niihin asunnottomiaan (vrt. Karjalainen 1993, 44–45). Psykiatrisesta sairaalasta uloskirjoitetut potilaat tarvitsisivat nimenomaan hoidollista tuettua asumista, jota terveydenhuolto-organisaatio heille kyllä tarjoaakin jonkin verran, mutta ei riittävästi (ks. myös mt, 65).

Psykiatri Jyrki Korkeila (1996) tutki suomalaista mielenterveyspalvelujen tilaa sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Taustalla oli mielenterveydellisistä häiriöistä kärsivien

ihmisten tilanteesta ja asemasta edeltäneiden vuosien aikana noussut lisääntynyt huoli, joka ilmeni myös lukuisina huolestuneina lehtikirjoitteluinoina vuosina. Tämän vuoksi Korkeilan (1996, 51) selvityksen oletukset painottuvat luonnollisesti sisällöltään negatiivisiksi. Hän totesikin mielenterveyspalvelujen järjestelmän ongelmana olevan, että laitosvaltaisuutta purettaessa avohoitoon ei satsattu riittävästi eikä siihen jatkossa tulisi olemaan resursseja. Esimerkkinä tästä hän mainitsee asumispalvelut: kaikille tarvitsijoille ei ole voitu osoittaa asuntoa (mt., 62). Tutkimuksen tulokset tukevat selvästi oletuksia psykiatrian resurssien vähentymisestä ja järjestelmän hajanaisuudesta 1990-luvulla, sekä jossain määrin oletuksia palvelujen saatavuuden ongelmista. Sen sijaan oletukset, jotka koskivat palvelujen laadun heikkoutta ja palvelurakenteen sairaalapainotteisuutta eivät saaneet tukea (mt., 84). Raportti listaa myös palvelujärjestelmää koskevia suosituksia (mt., 90–95). Saman tutkimuksen tuloksia on kuitenkin myös se, että psykiatrinen erikoissairaanhoito ja mielenterveyspalvelut ovat hyvinkin erilaisia eri osissa maataamme. Tähän päätyi myös Jukka Kärkkäinen (2004) tutkimuksessaan sekä monet muut (Harjajärvi ym. 2006; Wahlbeck 2005; Wahlbeck 2007).

Korkeila kirjoittaa myös myöhemmässä psykiatrian deinstitutionalisaatiota koskevassa, vuosien 1993-1997 tietojia yhdistelevässä väitöstutkimuksessaan, että laman vuoksi muutokset hoitojärjestelmässä eivät tapahtuneet hallittuna kokonaisuutena, vaan toteutettiin säästökohtia etsien ja suunniteltua selvästi nopeammin (Korkeila 1998, 11). Kuitenkin tekemiensä raportin (Korkeila 1996) ja tutkimuksensa (Korkeila 1998, 12) perusteella Korkeila toteaa, että ”kokonaisuutena julkisten erikoissairaanhoidon palvelujen tilaa voi pitää kohtuullisena ja julkisuuskuvaansa parempana”.

Vuonna 1996 mielenterveyspalvelujen tilasta teki selvityksen myös Vappu Taipale (1996). Tämänkin selvityksen teetti sosiaali- ja terveysministeriö ja taustalla olivat samaiset huolet ja lehtikirjoittelut mielenterveydellisistä ongelmista kärsivien tilanteesta ja mahdollisesta heitteille jäämisestä. Taipaleen raportin (1996) mukaan vastuu moniongelmaisista tai hankalista asiakkaista on usein katkennut tai hajonnut epäselvällä tavalla sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon välille. Ympäri vuorokautisesti tuettujen asumispalvelujen tarve tuli esille ja toisaalta nähtiin tarve yksityisten palvelukotien yhtenäisille laatuvaatimuksille. Psykiatrisissa sairaaloissa oltiin akuuttiosastoilla ylipaikoilla. Osa psykiatrian pitkäaikaissairaista oli jäänyt kunnan harvajaksoisen kotipalvelun tms. varaan, suurimmissa kaupungeissa oli nähty merkkejä mielisairaiden joutumisesta asunnottomiksi. Toisaalta jo silloin todettiin psykoosiryhmien työn alkaneen kantaa hedelmää ja näkymään uusien psykoosipotilaiden kroonistumisen ehkäisyä.

Timo Tuori (1994) teki raportin skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarvioinnista. Skitsofreenikot ovat juuri se potilasryhmä, joka aikanaan täytti mielisairaalat ja joiden kuntouttamisella ja hoidon kehittämisellä psykiatrista sairaalahoitoa voitiin lähteä määrällisesti vähentämään sekä myös lyhentämään yksittäisiä hoitajaksoja. Tuon valtakunnallisen kehittämisohjelman osina, pääprojekteina oli uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen, USP-projekti, ja pitkäaikaishoidon ja kuntoutuksen kehittäminen, PSP-projekti, sekä näihin liittyvät suositukset ja hoitomallit (Lääkintöhallitus 1985, 1987 ja 1988). Kehittämisohjelman jatkoprojekteina Tuori (1994) esittelee SKS- ja API-projektit. Raportin mukaan kaikkialla maassa kehittämisohjelman myötä saatiin aikaan merkittäviä pitkäaikaisten skitsofreniaa sairastavien sairaalapotilaiden lukumäärän vähenemistä. Tosin valtakunnalliset alue-erot määrissä suhteessa väestöön olivat suuria.

SKS-projektissa tutkittiin sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden selviytymistä, kliinistä ja toiminnallista tilaa aluksi kolmen eri vuoden, myöhemmin vielä neljännessä seurantaotoksessa. Tämä projekti oli kahden ensimmäisen pääprojektin jatko projekti, jossa professori Salokangas oli johtajana. Projektin eri vaiheista on tehty useita julkaisuja. Itse olen lähinnä käyttänyt lähteenä näistä viimeisimmän neljännessä seurantaotoksen jälkeen tehtyä tutkimusta ”Sairaalasta yhteiskuntaan” Salokangas ym. (2000) sekä omaisten näkökulmasta kertovaa ”Omaisen arkipäivää” Salokangas ym. (1991).

Salokangas ynnä muut (2000) kokosivat laajan aikatrenditutkimuksen vuosina 1982, 1986, 1990 ja 1994 kotiutettujen skitsofreniapotilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista. Tietoja kerättiin sekä takautuvasti että kotiuttamisen jälkeen kolmen vuoden ajalta. Tutkimus antaa selvän tuloksen skitsofreniapotilaiden aseman heikentymisestä 1990-luvulla eli 1990-luvulla kotiutettujen potilaiden yleiset lähtökohdat yhteiskunnassa selviytymiselle olivat huomattavasti heikommat kuin tarkastelujakson alkupuolella. 1990-luvulla sairaalasta kotiutetuilla potilailla oli aiempaa useammin ”suhteellisen vaikeita oireita” ja he ”olivat psykososiaaliselta toimintakyvyltään aiempaa laaja-alaisemmin vammautuneita” (Salokangas ym. 2000, 195). Potilaiden laaja-alainen ja lisääntyvä yksinäisyys todetaan yhdeksi suurimmista sairaalasta avohoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden ongelmista. (Vrt. Nikkonen 1996.) Ehkä hälyttävien muutosten kotiutettujen potilaiden tilanteessa koski kuitenkin jokapäiväisen elämisen perustoimintoihin liittyviä toimintakyvyn rajoituksia eli potilaiden kyvyt huolehtia omasta ja kotinsa hygieniasta, päivittäisestä ruokailusta ostoksineen, rahankäytöstä ylipäättään jne. olivat usein hyvin rajalliset. Tutkijat käyttivätkin ilmaisua ’monirajoitteisuus’. Vaativan kuntoutustoiminnan jatkuminen myös avo-hoidossa nähtiin erittäin tärkeänä. Yhteistyö potilaan

sosiaalisen verkoston kanssa nähtiin merkittäväksi. Miesten tilanne todettiin kaikin puolin heikommaksi kuin naisten. Miehillä on harvemmin läheistä verkostoa tai perhettä ympärillään. (Salokangas ym. 2000, 175, 178, 195–196.)

Kärkkäinen (2004) tutki psykiatrian ja somatiikan 1990-luvun alussa tapahtuneen yhdentymisen onnistumista ja kävi samalla läpi psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitystä Suomessa. Hän ottaa myös ansiokkaasti yhteiskunnalliset muutostekijät huomioon tarkastellessaan psykiatrisen hoitojärjestelmän muutosprosessia. Monien psykiatrian edustajien mukaan psykiatria jäi somatiikan jalkoihin 1990-luvun alun laman aikana; psykiatrian piirissä koettiin sairaanhoitopiirien säästöjen ja leikkausten kohdistuvan enemmän psykiatriaan kuin somaattiseen erikoissairaanhoidon. Samaan aikaan psykiatrian kenttä ja sen palvelut hajautuivat muutenkin laajalle eri organisaatioihin, kuten perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin sekä toisaalta joitakin tehtäviä siirtyi yksityisille palveluntuottajille. Tämän vuoksi luotettavien tilastotietojen ja arvioiden saaminen siitä, kuinka psykiatrian resurssit lopulta koko palvelurakenteen muuttuessa jakautuivat, muodostui hyvin hankalaksi. Tämän totesi myös Korkeila jo edellä esitellyssä selvityksessään (1996).

Se on selvää, että psykiatrinen laitoshoido väheni radikaalisti, mutta siitä kertyneiden säästöjen uskotaan myös hajautuneen eri tahoille (esim. Kärkkäinen 2004, 39). Kärkkäinen (2004, 37) kuten monet muut 1990-luvun psykiatrisen palvelurakenteen muutosta selvittäneet ovat todenneet avohoidon olleen tuolloin riittämätöntä. Tämä oli kantava lähtöajatus myös omalle tutkimukselleni vuonna 1994 ja halusin kuulla, mitkä ovat kokemukset kentällä – siellä, missä niukkenevia palveluja tarjotaan.

Juha Immonen (2000) tutki Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen sosiaalityön pro gradu -työssään Helsingin mielenterveyspalvelujärjestelmää vuonna 2000. Hänen näkökulmanaan oli enemmänkin kartoittaa potilaiden eli palvelujärjestelmän käyttäjien kokemuksia. Tosin hänenkin haastateltavina oli myös potilaiden sekä näiden omaisten lisäksi joitakin kentän työntekijöitä. Jo silloin nähtiin samantyyppisiä huolia ja uhkakuvia kuin mitä viime vuosien tilanne on osoittanut: avohoidon palvelut ovat riittämättömiä. Avohoito tarvitsee tuekseen myös parempia asumispalveluita. Vielä silloinkin (vrt. Taipale 1996) todettiin, että Helsingissä on pulaa etenkin ympärivuorokautisesti valvotuista palveluasunnoista (Immonen 2000). Näitä oli kuitenkin alettu perustamaan psykiatrisista sairaaloista kotiutetuille pitkään sairastaneille kroonikoille jo 1990-luvulla. Niemikotiyhdistys, jolla oli kiinteät kontaktit Helsingin kaupunkiin oli tässä tuottajatahona. Yhdistyksen nimi muutettiin vuonna 2004 Lilinkotisäätiöksi (www.lilinkoti.fi).

Myös Kaisa Perko (2004) tiedusteli omassa pro gradu -tutkielmassaan psykiatristen kuntoutujien omaa kokemusta avohoidon riittävydestä tai riittämättömyydestä. Mutta ensisijaisena tarkastelun kohteena hänellä oli mielenterveyskuntoutujien yhteiskuntasuhteet eli kysymys siitä, ovatko asenteet psyyken ongelmia tai sairauksia kohtaan muuttuneet. Samoin Johanna Kumpulainen (1999) kartoitti hoitotieteen pro gradu -tutkielmassaan mielenterveystoimistojen palvelujen laatua asiakkaiden arvioimana.

Nämä (Perko 2004; Immonen 2000; Kumpulainen 1999) olivatkin ne harvat löytämäni omaa aihetta lähelle tulevat pro gradu -tutkielmat sosiaalitieteiden sekä hoitotieteen alalta – ja nekin lähinnä sen jälkeiseltä ajalta, kun olin itse jo aloittanut aiheesta. Väitöskirjoja mielisairaalalaitoksen purkamisesta ja reformista on tehnyt Salo (1996), psykiatrian deinstitutionalisaatiosta Korkeila (1998), paikallisen psykiatrisen palvelujärjestelmän murroksesta Kostamo-Pääkkö (2001) ja psykiatrian yhdentymisestä somaattiseen hoitojärjestelmään Kärkkäinen (2004).

Markku Salo (1996) tarkastelee sosiologian väitöstutkimuksessaan mielisairaalajärjestelmän syntyä ja kehitystä kohti laitosten radikaalia purkamista, erityisesti Italiassa, mutta toivoo myös Suomessa päädyttävän radikaaliin solidaarisuuteen mielenterveysongelmaisten hoidossa. Hän tutkii kehitystä kahden hyvin erilaisen valtion, Suomen ja Italian, muutosprosessien kautta. Hänen tekstissään ja utopioissaan kuultaa mielestäni idealistisen sosiologin epärealistiset näkemykset, hän ei esimerkiksi ymmärrä, miksi työntekijän on hyvä pitää ammatillinen ote potilaiden kanssa vuorovaikutuksessa ollessaan. Salo ja hänen haastattelemansa potilaat kaipasivat työntekijää ”olemaan rinnalla kulkeva ihminen” – hoidollinen asenne koettiin loukkaavana (Salo 1996, 279–291). Nikkonen (1996) kuvaa, kuinka potilaiden avohoitovalmennuksessa tietoisesti pyrittiin kuromaan umpeen potilaiden ja henkilökunnan jyrkkää rajaa mielisairaalassa. Kuitenkin potilaiden arjen kuvauksissa tuli sitten esille, että ihmisten välinen tasavertaisuus, jota ”perhehenkisillä” valmennusosastoilla oli rakennettu, murtui yhteiskunnassa mielisairaalan ulkopuolella, varsinkin, jos potilas paljasti elämänsähistoriansa. Vaikka en ole kaikesta samaa mieltä Salon kanssa, mielelläni asetan oman tutkimusorientaationi tälle psykiatrian kriittisen tarkastelun kentälle. Salon tutkimuksessa mielestäni on tärkeää juuri psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutoksen yhteiskunnallinen analyysi, joka kuitenkin useimmissa psykiatrian alaan kuuluvissa tutkimuksissa jää vähemmälle huomiolle. Toki Nikkonenkin (1996) suhteutti tutkimiansa potilaiden elämäntapaa suomalaisen sosiologian 1980-luvun elämäntapatutkimuksen ”klassikoihin” (esim. Kortteinen 1982, Roos 1987).

Kaisa Kostamo-Pääkkö analysoi väitöstutkimuksessaan (2001) paikallisen palvelujärjestelmän muuttumista haastatteleamalla mielenterveyssektorilla toimivia ammattilaisia. Lisäksi hänellä oli

tutkimuksessaan tapaustutkimusosuus, jossa hän keskittyi seuraamaan uuden kuntoutuskodin perustamista. Tutkimuksen orientaatio oli asiakaslähtöinen ja siitä välittyi kuva mielenterveyspotilaiden huonosta asemasta: heidän nähtiin olevan vailla oikeuksia, riittäviä tukitoimia ja kohtuullisia palveluja. Näin ollen heidän oli vaikea selvitä laitoshoidon ulkopuolella.

Omaisen näkökulma on usein myös huolien ja uhkakuvien täyttämä. Omaisten näkökulmasta psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutoksen vaikutuksia on selvitetty tutkimuksilla (esim. Salokangas ym. 1991; Stengård 2005). Avohoitopainotteisessa palvelujärjestelmässä omaisten vastuu mielenterveyskuntoutujien arkipäivän selviytymisestä korostuu ja avopalveluiden puutteet lisäävät omaisten kuormittuneisuutta. Noin viidesosan omaisista on todettu elävän siinä määrin vaikeassa tilanteessa, että heidän oma hyvinvointinsa vaarantuu. Omaisten jaksamiseen tulisi kiinnittää aiempaa enempiä huomiota ja tarjota perheille monipuolisia tukitoimia. (Stengård 2005.) Omaiset olivat kokeneet varsin monenlaisia ongelmia potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyen: asunnon saaminen, avun saaminen kotiin, potilaan saaminen sairaalahoitoon tai kuntoutukseen, tiedon saaminen potilaan sairaudesta ja hoidosta (Salokangas ym. 1991, 66).

Omaisten huoli palvelujen riittämättömyydestä ja avohoidon kapea-alaisuudesta tulivat esille myös Eija Hintsasen tekemässä selvityksessä ”Mielenterveystyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä” (1994; ref. Kilku & Koskinen 2003, 18). Samaa huolta kantoivat tuon selvityksen mukaan toki myös palvelujen käyttäjät sekä ammattihenkilöstö: otettiin kantaa, että sairaalapaikkoja ei saisi enää vähentää. Nämä seikat ovat tulleet vastaan hyvin usein myös omassa työkokemuksessani. Tietämättömyyden potilasta koskevissa asioissa ja myös sairauden suhteen omaiset kokevat suureksi ongelmaksi (ks. myös Arhovaara & Rinne 1989). Toisaalta omaisnäkökulman huomioiminen ja verkoston kanssa yhteistyön tärkeys tulee esiin lähes kaikissa tutkimuksissa (esim. Stengård 2005; Salokangas ym. 2000; Aaltonen ym. 2000; Korkeila 1996; Tuori 1994).

Ennen oman tutkielmani aloittamista löysin tärkeää lähdeaineistoa, joihin myöhemmissä mielenterveyspalveluja ja niiden muuttumista käsittelevissä tutkimuksissa tai selvityksissä aina viitataan. Sen vuoksi tulen näihin edelleenkin usein viittaamaan, vaikka ne ovatkin osin jo 20 vuoden takaa. Näissä määriteltiin keskeiset suuntaviivat sairaalahoidon vähentämiselle ja avohoidon kehittämiselle, mitä kohti vielä tänä päivänäkin paikoin kuljetaan: Mielenterveystyön komiteamietintö 1984; Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio (STM 1992b); palvelurakennetyöryhmän muistio (STM 1992a); Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (STM 1986); Skitsofreniaprojektin väli- ja loppuraportit sekä hoitomalli (Lääkintöhallitus 1985; 1987; 1988);

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön kehitysnäkymät 1990-luvulla (Lääkintöhallitus 1991); Väestövastuinen psykiatria 1990-luvulla: sairaanhoitopiirit ja mielenterveystyön kehittämisohjelmat (Sosiaali- ja terveyshallitus 1991). Muun muassa näiden lähteiden pohjalta tulen seuraavaksi kuvaamaan psykiatrisen hoito-organisaation vaiheita, muutosta ja siihen johtaneita periaatteita 1990-luvulla ennen aineistoni keräämistä ja täydennän kuvausta rakennemuutoksesta tutkimustiedolla myös sen jälkeen. Sitä ennen luvussa 3 luon katsauksen suomalaiseen laitoshoitopainotteisuuteen yleisemmällä tasolla.

3 LAITOSHUOLTOPAINOTTEISUUS JA LAITOSHUOLLON KRITIIKKI

3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshuoltopainotteisuus

Suomi on ollut laitoshuollon luvattu maa. Niin sosiaali- kuin terveydenhuoltopolitiikkammekin on perustunut laitoskeskeisyyteen kaikilla lohkoillaan. Vuonna 1968 sosiaalihuollossa oli yhteensä 40691 laitospaikkaa, eikä määrä ollut juurikaan muuttunut 20 vuoteen (Savio 1990, 18). Näistä suurin osa kuului vanhustenhuoltoon. Annikki Savio (1990) tarkastelee suomalaisen laitoshuollon hajauttamisen edellytyksiä raportissaan Purkamisen paineet ja potentiaalit. Hän keskittyy lähinnä lastensuojeluun, vanhusten, vammaisten ja päihdeongelmaisten huoltoon. Siispä edellä mainituista luvuista puuttuu vankiloiden ja mielisairaaloiden paikkaluvut. Voin kuvitella, että ne noudattaisivat samaa linjaa. Savion raportin mukaan laitostoiminnasta syntyi tuolloin lähes kolmannes sosiaalihuollon käyttömenoista ja laitoksissa työskenteli myös lähes kolmannes sosiaalihuollon työntekijöistä (Savio 1990, 63). Laitosvolyyymi on siis ollut suuri.

Suomalaisen laitoshuollon juuret ovat köyhäinhoito- ja työvoimapoliittisissa ratkaisuissa, jotka kokosivat saman katon alle työhön ja itsensä elättämiseen kykenemättömän sekalaisen, irtolaisväestön. 1800-luvun lopun vaivaistaloihin mahtuivat "luontevasti vammaiset ja vanhuuttaan heikot, hullut, pitkällistä tautia potevat, äpärälapset ja naimattomat lapsensynnyttäjät". Lisäksi oli vielä vankiloita ja mielisairaaloita sekä joitakin lastenkoteja. Laitoshuollon avulla tuottamattomasta väestöosasta koituneet pakolliset yhteiskunnalliset kustannukset, jotka haluttiin tiukasti pitää kurissa, olivat helposti kontrolloitavissa. Taloudellisen aspektin rinnalla kulki myös moraalinen painotus sekä yleisen järjestyksen ylläpito ja valvonta, johon laitos antoi erinomaiset puitteet: laitosten kuri oli korkea ja taso alhainen. (Savio 1990, 1–3.)

Tarkasteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toteutumista kyse on aina kunkin ajan politiikasta ja vallitsevista ideologioista, siitä, mitä kulloinkin pidetään oikeana ja hyvänä. Taloudellisuus on valttia oleva perustelu näiden legitimoimiseksi – joskus myös ideologian hämärtämiseksi. Laitoshuoltoa kehiteltäessä sitä perusteltiin taloudellisuudella; laitoshuoltoa purettaessa sitä perustellaan jälleen taloudellisuudella. Ajatellaan avohuollon olevan edullisempaa. Mutta hyvin hoidettu ja riittävä avohuolto ei välttämättä tule kovinkaan paljon laitoshuoltoa halvemmaksi. Kattavaan avohuoltoon kuuluu monia tahoja ja yhteistyöverkostoja kuten sosiaalitoimistot, työvoimapalvelut, suojatyö- ja päivätoimintakeskukset, mielenterveys- ja kriisikeskukset, turvatalot yms. (Karjalainen 1993, 18–19.)

Uudistuvassa sosiaali- ja terveyshuollossa myös työntekijät voisivat irtautua laitoksista ja mennä kentälle, sinne missä apua tarvitaan. Suomalaiselle sosiaalihuollolle onkin tyypillistä, että työntekijät asiakkaidensa ohella ovat laitostuneet ja istuvat mieluummin työhuoneissaan kuin menevät kentälle ihmisten ja näiden ongelmien pariin (Karjalainen 1993, 49–51). Tässä mielessä voi sanoa, että Tampereella oltiin edelläkävijöitä, kun lastensuojelulaitokset muutettiin vuonna 1990 perhetukikeskuksiksi: laitoksen työntekijä muuttui avotyöntekijäksi, joka menee ongelmaiseen perheeseen ja antaa sille tukea sen sijaan, että veisi lapsen sieltä laitokseen. Tällainen muutos ei ole työntekijöille itsestään selvästi helppo. Se vaatii toisenlaisia resursseja kuin laitoksessa pysyminen. (Tuurala 1992.) Yhteiskunnallekin taloudellinen hyöty voi tulla vasta pitkällä viiveellä. Tosin Tuuralan (1992) mukaan Tampereen kaupungille oli kertynyt säästöjä jo pian.

Innovaatiohenkeä löytyi Tampereelta jo aiemminkin, kun Sopimusvuori ry perustettiin 1970-luvun alussa (esim. Anttinen & Ojanen 1984; Salo 1996, 226–230, ks. myös www.sopimusvuori.fi). Se oli ensiaskel psykiatristen potilaiden sairaalan ulkopuolisen monipuolisen, portaittaisen kuntoutusjärjestelmän kehittämiseksi, joka nivoutui pian yhteistyöhön virallisen hoito-organisaation kanssa täydentäen sen aukkoja. Helsingissä vastaavan tyyppistä toimintaa ja palveluja tarjoaa Helsingin kaupungin psykiatrisen hoidon kanssa tiiviisti yhteistyötä tekevä Niemikotisäätiö (www.niemikoti.fi).

3.2 Laitoskritiikki ja deinstitutionalisaatiokeskustelu

Yhteiskuntatieteissä on jo kauan kritisoitu ns. totaalisia laitoksia, joita ovat esimerkiksi vankilat, mielisairaalat, suuret koulut ynnä muut kasvatus- ja sosialisaatiolaitokset. Kuuluisimpia kriittisiä tutkijoita ovat olleet muun muassa Erving Goffman ja Michel Foucault (ks. lisää Jones & Fowles 1984). Goffman on tutkinut mielisairaalapotilaan uraa juuri laitostumisen ja sen kielteisten seurausten näkökulmasta. Hänen teoksensa *Asylums* (1961) on elävä etnografinen kuvaus tästä. Asukkien laitostuminen, kroonistuminen parantumisen sijasta tulee hyvin esiin, samoin kuin heidän alistettu asemansa suhteessa autoritaarisesti vallasta nauttivaan hoitohenkilökuntaan. Heidän ainoaksi mahdollisuudeksi oman elämänsä hallintaan jää kehittää mielisairaalapotilaan rooli ja ura. Yhteisönä he muodostavat oman alakulttuurinsa. Tosin myös hoitajat opettavat heille, kuinka potilaan tulee käyttäytyä.

1960-luvulla virinnyt arvokeskustelu nosti esiin laitosten epäinhimilliset puolet ja sai aikaan eri

maissa suoranaisen deinstitutionalisaatioliikehdinnän (Savio 1990, 5). Laitoshoidon kritiikki ulottui myös psykiatrian piiriin. Italiassa toteutettiin kuuluisa psykiatrian reformi vuonna 1978 sulkemalla mielisairaalat kokonaan (esim. Salo 1996, 131–137). Alku oli varmaan ollut kaottista, mutta vuodesta 1983 lähtien uudistuksen vaikutuksia alettiin seurata systemaattisesti. Yhdysvalloissa supistettiin mielisairaalalaitosta humanistisista lähtökohdista 1970-luvulla. Seurauksena oli kuitenkin, että pitkäaikaispotilaat joutuivat alkeellisempiin oloihin mm. lepokoteihin, täyshoitoloihin, kadulle ja oman onnensa nojaan. (esim. Savio 1989, 19.) Löysin useita amerikkalaisia aikakauslehtiartikkeleita, jotka käsitelivät deinstitutionalisaatiosta seurannutta entisten psykiatristen potilaiden kodittomuutta. Hesperian sairaalan entinen ylilääkäri Esko Orma (1986) kuvaa tutustumismatkojensa antina amerikkalaisen mielisairaalajärjestelmän purkamista 1970-luvulla ja pohtii, mitä siitä voidaan soveltaa meille.

Toisin kuin Suomessa, monissa muissa maissa mielisairaalapaikkojen vähentäminen alkoi jo uusien hoitomuotojen tulon ja psykoosien lääkehoidon uudistumisen myötä 1950-luvulla. Vielä 1980-luvulle tultaessa Suomessa oli yhdessä Irlannin kanssa (huolimatta siitä, että Irlanti oli jo 1960-luvulta lähtien puolittanut psykiatriset sairaansijansa) eniten erityisesti pitkäaikaispotilaiden psykiatrisia sairaansijoja (Kärkkäinen 2004, 30.) Suomessa siirtyminen avohoitokeskeiseen ajatteluun löi vihdoinkin itsensä läpi 1990-luvulla, vaikka ideoita siitä oli esitetty jo 1970-luvun lopulta lähtien. Sairaalahoitoa vähennettiin hallitusti 1980-luvulla, mutta jo liian rajusti 1990-luvulla. Seuraavassa luvussa tulen kuvaamaan tarkemmin psykiatrisen sairaanhoidon kehittämistä.

4 PSYKIATRISEN SAIRAANHOIDON KEHITTÄMINEN JA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄT

4.1 Kuntoutusjärjestelmien luominen ja psykiatrisen sairaanhoidon vähentäminen

Kuntoutusjärjestelmiä, yhteiskuntaan palaamisen portaikkoja alettiin kehittää Suomessa jo 1970-luvulla. Psykiatriisiin sairaaloihin järjestettiin kuntoutusosastoja, jotka valmensivat potilaita edelleen asumaan sairaalan yhteyteen perustettaviin kuntoutuskoteihin ja niistä kohti itsenäisempää asumista ja mahdollista yhteiskuntaan integroitumista (esim. Nikkonen 1996; Nojonen 1990). Tässä yhteydessä kehiteltiin ja kokeiltiin myös ns. terapeutin yhteisohoidon menetelmiä (esim. Tuori 1994, 51–73; Lääkintöhallitus 1988, 25–60). Tarkoituksena oli mitä ilmeisimmin inhimillistää psykiatrista sairaanhoitoa ja luoda sille jopa vaihtoehtoja. Joka tapauksessa psykiatrisista potilaista haluttiin tehdä jälleen yhteiskuntakelpoisia, ajateltiin asiaa sitten heidän itsensä näkökulmasta tai sairaaloita ylläpitävän yhteiskunnan kannalta. Kun mielisairaanhoidossa siirrytään laitospainotteisesta avohoitopainotteisuuteen, siinä voidaan nähdä yhdistyvän kahdenlaisten intressien: hoidon inhimillistämisen ja taloudellisten säästöjen.

Salo kertoo kirjassaan Luonnosta laitoksiin (1992, 50–59) englantilaisesta York Retreatista esimerkkinä humanistisen mielisairaanhoidon synnystä sekä psykiatrisen vallankäytön kehittymisestä. York Retreatin toimintaperiaatteissa on havaittavissa yhtäläisyyksiä suomalaisiin terapeutisiin yhteisohoidon muotoihin (vrt. esim. Lääkintöhallitus 1988; Ojanen & Sariola 1986; Anttinen & Ojanen 1984):

Ensinnäkin York Retreatissa oli selvä kuntouttamistavoite: ”uskottiin hullujen paranevan”. Aikaa arvioitiin tarvittavan tähän noin vuosi. Meillä esimerkiksi Hesperian sairaalan sosiaalisen kuntouttamisen osasto tuli 1980-luvulla tunnetuksi Esa Sariolan johdolla alullepannun vaiheittaisen pitkäjänteisen kuntouttamisohjelman ansiosta (ja myös sen saamasta kritiikistä: kutsuttiinpa sitä ”koirakouluksikin” siinä esiintyvien oppimisterapeuttien periaatteiden vuoksi) (ks. lisää Ojanen & Sariola 1997; Ojanen & Sariola 1986).

Toinen York Retreatin kantava periaate oli potilaan sosiaalinen arvostaminen: heitä kohdeltiin perheenomaisen yhteisön jäsenenä, ja heidän tuli osallistua yhteisöä ylläpitävään toimintaan. Meilläkin terapeuttien yhteisöjen keskeisenä ajatuksena on ollut, että kaikki tekevät vuorollaan yhteisiä askareita kykyjensä mukaan. Parhaiten tämä toimii tietysti mahdollisimman vähän laitosta muistuttavissa yksiköissä kuten pienissä kuntoutuskodeissa tai päivätoimintakeskuksissa. Näitä

loivat jo 1970-luvulla Tampereella Sopimusvuori ry ja 1980-luvulta lähtien Helsingissä Niemikotisäätiö, ja toiminta on tämänkaltaista yhteisöllistä kuntoutusta vielä tänä päivänäkin. Näissä on eri ammattinimikkeillä olevia työntekijöitä, joiden toimenkuva ei ole sidottu ankarasti ammattiin vaan he osallistuvat yhteisön toimintaan mahdollisimman pitkälle jäsenenä tarvittaessa ohjaajan roolia apuna käyttäen. Salo tosin vertasi York Retreatia patriarkaaliseen perheeseen, jossa potilaat olivat lapsia, moraalisen kasvatuksen kohteita ja hoitajat vanhemman auktoriteettiasemassa olevia patriarkaalisia kasvattajia (Salo 1992, 54–55).

Kolmanneksi jo York Retreat edellytti potilaalta jonkinlaista yhteistyökykyä, käyttäytymisensä hallitsemista ja itsekuria. Nämä vaatimukset tulevat hyvin esille siinä, kuinka potilaat voivat edetä kuntoutusjärjestelmässä. Kullakin portaalla oleva terapeutin yhteisö asettaa omat ehtonsa siitä, millaiset pääsyvaatimukset uuden jäsenen tulee täyttää ja milloin joku joutuu ulos yhteisöstä. Yhteisön kuri ja kontrolli voi olla joskus hyvinkin tiukkaa. Esa Sariolan ideoima sosiaalisen kuntoutuksen osasto Hesperian sairaalassa toteutti jämäkkää yksiselitteistä palkitsemis- ja rankaisemismenetelmää, jonka periaatteista jokaisen osaston potilaan ja henkilökunnan jäsenen oli oltava tietoinen. Kuvioihin kuului viikoittaisia yhteisökokouksia, joissa voitiin käsitellä esimerkiksi sääntöjen rikkomisia ja niistä seuranneita lupien tai etuuksien menettämisiä. (Ojanen & Sariola 1997; Ojanen & Sariola 1986). Portaittaisen kuntouttamisen kuvausta löytyy myös Nojososen (1990) väitöskirjasta.

Sairaalan ulkopuoliset kuntoutus- ja pienkodit myös edellyttävät aikamoista säännönmukaisuutta jäseniltään jo yhteisön toimivuuden kannalta. Lisäksi ne toimivat usein yhteistyössä sairaalan kanssa (vrt. Salo 1996, 229–231). Potilaiden liikkuminen molempiin suuntiin kuntoutusjärjestelmäportaikossa pyritään saamaan kitkattomaksi ja yhteistyö joustavaksi.

Suomalaisen psykiatrian hoitoideologia on kehittynyt avohoitopainotteisemmaksi 1980-luvulta lähtien kansainvälisen kehityssuuntauksen mukaisesti. Laajat valtakunnalliset psykiatrisen hoidon kehittämissuunnitelmat ovat luoneet uusia hoitokäytäntöjä. Suomalaisen skitsofrenian ja muiden psykoosien *psykososiaalisen* hoidon kehittäminen voidaan katsoa alkaneeksi 1960-luvun lopulla Turun skitsofreniaprojektista (Alanen 1993). 1980-luvulla toteutettiin laaja valtakunnallinen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämissuunnitelma. Tämän skitsofreniaprojektin aikana vuosina 1981–1987 tehtiin lisäksi useita osatutkimuksia, kuten uusien skitsofreniapotilaiden ja toisaalta pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntouttamisen kehittäminen (ks. lisää Lääkintöhallituksen ja Sairaaliiton julkaisuja -sarja).

Pitkäaikaishoitoa ja kuntoutusta tarvitseva potilas tarjoaa toisentyypiset haasteet hoitojärjestelmälle kuin kriisihoitoa tarvitseva psykoosipotilas. Akuuttihoitossa korostuu vuorovaikutusmalliin perustuva työskentely, kun taas pitkäaikaishoidossa ja kuntoutuksessa on pitkälti kyse potilaan elämän laadun parantamisesta toimintakeskeisillä hoito- ja kuntoutusmenetelmillä. Vuosia sairaalahoidossa olleelle tai huonoissa kotioloissa elävälle potilaalle kuntoutuminen on pitkä prosessi. Tällöin hoito-organisaation on luotava monipuolisia vaihtoehtoja tarjoava portaittainen kuntoutusjärjestelmä, jossa potilas voi joustavasti siirtyä portaalta toiselle. (Lääkintöhallitus 1988.)

Valtakunnalliseen skitsofreniaprojektiin (1981–1987) sisältyi uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämisprojekti, USP-projekti. Siinä tavoitteena oli kehittää skitsofrenian hoitoa psykoterapeuttisesti suuntautuvalla otteella ja sitä oli tarkoitus voida soveltaa myös laajemmin julkisessa psykiatrisessa terveydenhuollossa (esim. Tuori 1994, 37–51; Lääkintöhallitus 1988). USP-projektin tulokset ja suositukset johtivat uuden valtakunnallisen projektin syntyyn: akuutin psykoosin integroitu hoito-projekti (API) toteutettiin vuosina 1992–1998 kuudessa psykiatrian hoitokeskuksessa. Keskeisiä projektin myötä syntyneitä hoidon periaatteita olivat potilaan ottaminen mukaan häntä koskeviin tilanteisiin, perheiden ja muiden potilaalle tärkeiden ihmisten säännöllinen tapaaminen heti alkuselvittelystä lähtien. (Aaltonen ym. 2000, 25–30).

4.2 Mielenterveystyön kehittäminen 1980- ja 1990-luvulla

1980-luku oli mielenterveystyön kehittämisen aikaa. Perustettiin mielenterveystyön komitea sekä erilaisia työryhmiä pohtimaan suomalaisen psykiatrisen hoidon tilaa ja sen muutosalueita. Lääkintöhallituksen pääjohtajat suorittivat vuosina 1981 ja 1987 valtakunnalliset psykiatrian ja mielenterveystyön tarkastuskierrokset, joissa keskusteltiin asianomaisten viranomaisten kanssa alueellisista ongelmista ja kehittämistarpeista. Näiden pohjalta laadittiin lukuisia alueellisia kehittämisohjelmia. Myös lainsäädäntöä muutettiin 1990-luvulle tultaessa. Mielenterveyslakia uudistettiin mielenterveystyön komitean (1984) suositusten pohjalta. Samalla uusittiin myös erikoissairaanhoitolaki ja kansanterveyslaki. (Esim. Sosiaali- ja terveyshallitus 1991, 1).

Psykiatrinen erikoissairaanhoito oli ollut hallinnollisesti eriarvoisessa asemassa muuhun erikoissairaanhoitoon nähden: se muodostui itsenäisistä mielisairaanhoitopiireistä, kunnes vuonna 1991 voimaan tulleella uudella erikoissairaanhoitolailla (1062/1989) psykiatriasta tuli erikoisala muiden erikoisalojen rinnalle ja mielisairaanhoitopiirit yhdistyivät sairaanhoitopiireihin (esim.

Kärkkäinen 2004, Tuori 1994). Samana vuonna voimaan tullut mielenterveyslaki (1116/1990) painotti puolestaan entistä voimakkaammin avohoidon ensisijaisuutta mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Mielenterveyslaki laajensi psykiatrisen hoidon **mielenterveystyöksi**, joka on myös osa kaikkien peruspalveluja antavien työntekijöiden toimintaa. Samalla psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimialue selkiytyi osaksi muuta erikoissairaanhoidoa, koska erikoissairaanhoidolaki kokosi somaattisten ja psyykkisten sairauksien hoidon yhdeksi omaksi kokonaisuudeksi. (Esim. Tuori ym. 2000, 4533).

Valtioneuvosto asetti vuonna 1981 komitean selvittämään suomalaisen mielenterveystyön tilaa ja sen ongelmia. **Mielenterveystyön komiteamietintö** valmistui vuonna 1984. Siinä keskeisiä esiintuotuja periaatteita ovat: 1) avohoidon ensisijaisuus 2) laitoshoidon vähentäminen 3) alueellinen väestövastuuperiaate 4) yhteistyön kehittäminen ja 5) työnjaon koordinoiminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaali- ja terveysministeriön välillä. Erityisesti avohuollon porrastamiseen tulisi kiinnittää huomiota. Juuri avohoidon toteuttamisessa nähtiin epäkohtia ja yhteistyöongelmia psykiatrisen sairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ja sosiaali- ja terveysministeriön välillä. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi olla ensisijaisessa asemassa myös mielenterveyspalveluja järjestettäessä. (Komiteamietintö 1984; Sosiaali- ja terveysministeriö 1992a ja 1992b.)

Mielenterveystyön komitea esitti mietinnössään myös ehdotuksen uudeksi mielenterveyslaiksi. **Uuden mielenterveyslain** (1116/1990) mukaan kunnilla on velvollisuus järjestää mielenterveyspalveluja osana kansanterveystyötä ja sosiaalihoitoa sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisena kuin kunnallinen tarve edellyttää. Laki velvoittaa siis sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen sovittamiseen psykiatristen erityispalvelujen kanssa. Näin mielenterveyslaki siis laajensi psykiatrisen hoidon mielenterveystyöksi, joka on myös osa kaikkien peruspalveluiden työntekijöitten toimintaa (Ks. myös Kärkkäinen 2004, 35–36; Tuori ym 2000.)

Vuonna 1991 voimaan astuneen **erikoissairaanhoidolain** (1062/1989) perusteella maa on jaettu 21 sairaanhoitopiiriin, lähinnä aikaisemman keskussairaala- ja piiri- jaon mukaisesti. Nämä vastaavat psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellisesti. Erikoissairaanhoidolain uudistus yhdisti psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon hallinnollisesti. Näin pyrittiin vähentämään hoidon hajanaisuutta, selkiyttämään työnjakoa ja porrastamaan palveluja toimivalla tavalla. Tavoitteena oli myös yksinkertaistaa psykiatriseen hoitoon hakeutumista ja vähentää siten potilaiden leimautumista. (Esim. Kärkkäinen 2004, 35, 54; Sosiaali- ja terveysministeriö 1991, 8–9, 20).

Esimerkiksi tutkimuskohteenani olleella alueella perustettiin psykiatrinen avo-osasto terveyskeskussairaalan yhteyteen tietylle väestövastuualueelle, kun tämäntyyppiset osastot aiemmin sijaitsivat kaikki keskitetysti yhdessä isossa psykiatrisessa sairaalassa, Helsingissä Hesperian sairaalassa. Hesperian osastot oli jaettu kaupungin suurpiirijaon mukaisesti eri alueittain, joita oli seitsemän. 1980- ja 90-lukujen vaihteessa kullakin suurpiirillä oli Hesperiasa oma suljettu akuuttiosasto, suljettu kuntoutusosasto sekä avo-osasto. Päiväosastot sen sijaan sijaitsivat alueittain ja kuuluivatkin avohoitoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita selvittänyt työryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992a) esitti seuraavanlaisia toimenpiteitä palvelurakenteen parantamiseksi:

1. Sairaala- ja laitoshoidon vähennetään asteittain
2. Avohuoltoa sekä hoiva- ja palveluasumista ja muuta ns. välimuotoista palvelua kehitetään.
3. Edistetään ratkaisuja, jotka ohjaavat asiakkaat tarkoituksenmukaisille hoitopaikoille
4. Kehitetään asuntopolitiikkaa siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille turvataan asunto ja järjestetään tarvittavat palvelut

Sairaanhoitopiirit vastaavat psykiatrisen hoidon, kuntoutuksen ja tutkimuksen järjestämisestä väestövastuuperiaatteen mukaisesti alueellaan. Se voi olla laitoshoidon psykiatrisessa erikoissairaalassa ja yleissairaalan psykiatrisella osastolla tai avohoitoa kunnallisesti tai yksityisesti järjestettynä. Aluepsykiatriseen työhön kuuluu myös ehkäisevä mielenterveystyö. (Sosiaali- ja terveyshallitus 1991.)

Psykiatriassa sairaala- ja avohoidon raja ei ole aina yksiselitteinen. Sairaalahoidon voi olla paitsi ympärivuorokautista, myös rajoitettu vain päivä- tai yöaikaan, jolloin potilas voi käydä hoidosta käsin esimerkiksi työssä, tai nukkua yönsä kotonaan ja osallistua sairaalan päivärutiineihin. Myös kokonaan avohoidossa kirjoilla olevat potilaat voivat joskus käyttää sairaalan polikliinisiä palveluja, toiminta- tai muita terapioiden. (Sosiaali- ja terveyshallitus 1991, 13.)

Nykyään näen kuitenkin rajan sairaala- ja avohoidon välillä toisaalta myös tiukentuneen, koska sairaalahoidojaksot pyritään saamaan mahdollisimman lyhyiksi ja tavoitteena on potilaan pikainen saaminen avohoitokuntoon. Niinpä psykiatristen osastojen luonne on muuttunut karummaksi, sisältö pelkistetyimmäksi ja akuuttiluonteiseksi; päiväohjelmaan ei kuulu enää samalla tavalla

erilaisia ohjattuja toimintoja kuin vielä 1980- ja 90-luvulla. Samaa kehitystä mielestäni on avo-osastojen lakkauttaminen. Vielä 1990-luvulla niitä oli jokaisella Helsingin 7 suurpiirillä omansa ja nyt viimeisen parin vuoden ajan koko kaupungin tarvetta on saanut vastata yksi akuutti psykiatrinen avo-osasto.

Psykiatrian laitospaikkoja oli vähennetty runsaalla 40 %:lla vuosina 1980–1990. Huomattava osa tästä vähennyksestä saatiin aikaan poistamalla mielisairaaloista sellaisia iäkkäitä pitkäaikaissairaita, jotka eivät edes olleet varsinaisen psykiatrisen hoidon tarpeessa. Heitä voitiin siirtää lähinnä vanhainkoteihin tai terveyskeskusten vuodeosastoille. Joukossa oli myös dementikkoja ja kehitysvammaisia, joille etsittiin sopivimmat (myös yhteiskunnalle halvemmat) hoitopaikat. Myös erilaisten kuntoutuskotien ja muiden tuettujen asumismuotojen kehittäminen mahdollisti laitoksista avohoitoon siirtymistä nuorempienkin pitkäaikaissairaiden kohdalla. (Esim. Kärkkäinen 2004, 37; Sosiaali- ja terveysministeriö 1992b, 8.) Sairaansijatilastoja on kaunistanut juuri kroonikoiden onnistunut kuntouttamistyö (kuntoutumistyö) – akuuttien psykoosien määrä tuskin lienee oleellisesti vähentynyt. Tosin niitä pyritään hoitamaan nykyään yhä enemmän myös avohoidossa (vrt. Aaltonen ym. 2000). Useissa tutkimuksissa on todettu skitsofrenian esiintyvyyden pysyvän vuodesta toiseen suhteellisen vakiona eli vuosittain ilmaantuu noin 16–19 uutta potilasta väestön 100 000 asukasta kohti (Tuori 1994, 43).

Vaikka sairaalahoito on merkittävästi vähentynyt, sitä tullaan siis aina silti tarvitsemaan myös psykiatriassa. Lähinnä sen rooli ja tehtävä on muuttunut. Sairaalahoito ei ole enää säilövää turvan ja kontrollin tarjontaa, vaan lähinnä lyhytaikaista hoitoa ja tutkimusta oikeantyyppisen jatkohoidon löytämiseksi. Vaikka potilas palaisi sairaalahoidon jälkeen kotiinsa ja työhönkin, jonkinlaisen jatkohoidon turvaaminen on nähty tärkeäksi, sillä sairaalaan joutuminen kertoo usein häiriön vakavuudesta. Joskin aikaisemmin vielä 1980- ja 1990-luvulla se saattoi kertoa myös palvelurakenteen puutteellisuudesta tai vinoutuneisuudesta raskaisiin rakenteisiin.

4.3 Psykiatrinen avohoito kehittyi sairaalahoidon varjossa

Psykiatrasta avohoitoa lähdettiin rakentamaan hitaasti vuoden 1952 mielisairaslain perusteella. Ajattelutapa oli kuitenkin edelleen sairaalakeskeistä ja sairaaloiden rakentaminen vei psykiatrian valtionavuista suuren osan. Suomen ensimmäinen psykiatrinen huoltotoimisto oli perustettu Helsinkiin jo vuonna 1927 yhteistyössä Sielunterveysseuran, nykyisin Suomen Mielenterveysseura, kanssa. Kuitenkin vasta vuodesta 1957 lähtien perustettiin lakisääteisiä huoltotoimistoja ja vasta

1970-luvulla niiden määrä lisääntyi merkittävästi yltyen lukumäärältään yli sadan koko maassa. (Kärkkäinen 2004, 31; Salo 1996, 204, 210, 238; Arhovaara & Rinne 1989, 12).

Ns. jälkihuoltotoimistot olivat avohoidon kantamuoto. Ne toimivat sairaalasta kotiutuvien potilaiden tuki- ja valvontapisteinä ja heitä pyrittiin auttamaan sairaalan ulkopuolella elämisen sopeutumisessa. Työntekijöinä olivat lähinnä lääkäri ja sosiaalihoitaja, työotteena oli jalkautuva työ, kotikäynnit jne. Piirit olivat laajoja, lääkärin alueellinen ja määrällinen vastuualue oli todella suuri. Psykiatrian erikoislääkäreistä oli pula – kuten on tänäkin päivänä (vrt. STM 2004). Jälkihuoltotoimistot kuuluivat vielä 1960-luvun mielisairaanhoidon. 1970-luvulla nimi muutettiin mielenterveystoimistoksi, henkilökunnan määrää sekä ammattiryhmiä lisättiin ja tuli moniammatilliset tiimit. (Esim. Salo 1996, 210, 238–239.) Nykyisin Helsingissä mielenterveystoimiston nimi on psykiatrian poliklinikka.

1970-luvulta lähtien avohoidon asiakkaat eivät olleet enää pelkästään entisiä sairaalapotilaita. Psykoosipotilaiden lisäksi alkoi tulla myös muista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä, esimerkiksi suuicidaalisia, masentuneita ja ahdistuneita potilaita. Ei kuitenkaan siinä määrin mitä heitä on asiakaskunnassa tänä päivänä. 1990-luvun talouden lama toi tähän asiakasryhmään selkeän piikin. Valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojekti 1986–91 ja masennuksen hoidon käypä hoito -mallin luominen edesauttoivat masennuksen tunnistamista perusterveydenhuollon tasolla ja masennus- ja ahdistusoireisten potilaiden määrä lisääntyi. Helsingin kaupungilla oli vuosina 2002–2003 oma Mielenterveyspalveluprojekti, ”MIPRO”, jonka yhtenä osa-alueena oli luoda toimenpide- ja hoitosuositukset erityisesti masennuksen hoidon ja tunnistamisen osalta (Mielenterveysasiakkaiden... 2004a).

Avohoitoa ovat tänään psykiatriset poliklinikat ja mielenterveystoimistot, joissa käydään hoitavan henkilön vastaanotoilla virka-aikoina. Kyseessä voi olla lääkehoidon valvonta ja seuranta tai (nykyään enää harvemmin) pelkkä terapiasuhde, jossa voidaan selvittää arkielämän kuulumisia tai sairautta ja ongelmia syvemminkin (vrt. Wahlberg & Sohlman 1993, 21). Tämän tyyppistä palvelua on tarjolla myös yksityisellä sektorilla, erityisesti terapeuttisia palveluita. Yhteiskunta tukee yksityisiä mielenterveyspalvelujen, lähinnä psykoterapiapalvelujen, tuottajia antamalla niiden käyttäjille kuntoutusvaroja KELA:n kautta, tai kunnat voivat tehdä ostopalvelusopimuksia. Valtio on osoittanut varoja kunnille tähän tarkoitukseen (ns. VALTAVA -rahoitus lääkinnälliseen kuntoutukseen).

Julkiseen avohoitoon katsotaan kuuluvan polikliinisen työn ohella hoidollinen työ- ja

askartelutoiminta sekä muu ryhmätoiminta ja sosiaaliset kerhot. Lisäksi kuntoutus- ja pienkodit sekä asuntolatoiminta ovat osa avohoitoa. Näihin voidaan kytkeä kotipalvelu sekä kotisairaanhoido. (Esim. Sosiaali- ja terveyshallitus 1991, 13.) Yhdistykset ja järjestöt voivat tuottaa samoja palveluja itsenäisesti tai kiinteässä yhteistyössä kunnan kanssa kuten Tampereella Sopimusvuori ry ja Helsingissä Niemikotisäätiö tekevät. Yhä monimuotoisemmat limittäiset toiminnot sairaalahoidon kanssa ovat oleellinen osa kehittyvää avohoitoa. Tässä yhteydessä puhutaan monesti myös kuntoutusportaikosta tai -järjestelmästä. Erityisesti vaiheittaista kuntoutusta läpikäyvälle potilaalle joustavat siirtymät kuntoutusportaalta toiselle – myös edestakaisin sairaala- ja avohoidon välillä – ovat tärkeitä. (Esim. Nojonen 1990; Lääkintöhallitus 1988.) Kuntoutusportaikosta ja terapeuttisesta yhteisohidosta kerroinkin jo edellä.

Uusiin, avohoitoon valmentaviin kuntoutusohjelmiin sopeutuivat parhaiten laitostuneet pitkäaikaispotilaat, joiden sairauden levottomin terä oli jo talttunut. Itse asiassa portaittaisia kuntoutusjärjestelmiä alettiin kehittää juuri tästä laitoshoidon purkamisen näkökulmasta. Näitä kuntoutusportaita kroonistuneiden potilaiden odotettiin kulkevan vähitellen takaisin yhteiskuntaan omatoimisemman ja itsenäisemmän elämän piiriin harvoin kuitenkaan enää tuottavaksi kansalaiseksi. Niinpä erilaisten päivätoimintojen ja suojatöiden kehittäminen oli tälle potilasryhmälle yhtä tärkeää kuin itsenäiseen asumiseen valmentaminen.

Skitsofreniaprojektin osana luotiin hoitomalli sekä akuuteille psykoosipotilaille että laitoksista takaisin yhteiskuntaan kuntoutettaville kroonikoille (Lääkintöhallitus 1988). Käytännössä kuntoutustyö on tuottanut eniten tulosta, jonka ansiosta laitoshoidon volyymi on vähentynyt ratkaisevasti. Tämä osoittaa mielestäni sen, kuinka turhaan ihmisiä onkaan virunut mielisairaaloissa vuosikymmenien ajan. Tämä huomio oli myös osa laitoshoidon kritiikkiä, joka alkoi jo 1960-luvulla ja jonka tavoitteena oli psykiatrisen hoidon inhimillistäminen. Sen sijaan akuutin psykoosin hoidon mahdollisuudet avohoidossa ovat usein riittämättömät edelleen, vaikka sitä on kovasti kehitetty ja kehitetään edelleen. Varhaisen psykoosin tunnistaminen ja hoito ovat olleet viime vuosina Helsingissä psykiatrisen hoidon kehittämisen keskiössä ja jokaiselle viidelle (vrt. ennen oli 7 suurpiiriä) alueelle on perustettu ns. varhaiskuntoutusryhmät, jotka panostavat uusien nuorien skitsofreniapotilaiden hoitoon mahdollisimman avo-hoitokeskeisesti ja aktiivisesti. Näiden voidaan ajatella olevan jatkoa sille kehitykselle, kun skitsofreniaprojektin aikana 1980-luvulla luotiin malli psykoosityöryhmistä.

Laitoshoitoa pyrittiin 1990-luvulla vähentämään myös perustamalla ns. psykoosi- tai kriisiryhmiä, jotka pystyvät tarjoamaan nopeaa, välitöntä, tiivistäkin apua avohoitona (esim.

Aaltonen ym. 2000; Lääkintöhallitus 1988, 27–33). Tämä oli tutkimustani aloittaessani 1994 kuitenkin vielä monissa paikoissa kokeiluluontoista, täysin riittämätöntä tarpeeseen nähden, usein vielä sidottu virka-aikaan, jota ihmisen hätä harvoin noudattaa. Eräs helsinkiläinen mielenterveystoimisto oli kokeillut akuuttien psykoosien hoitamista antamalla kriisiluonteisesti tiheitä aikoja, ja uskottiin sairaalaan joutumista voitavan näin ehkäistä. Mutta virka-ajan ulkopuolella oli hakeuduttava Hesperian sairaalaan päivystykseen (nykyisin Auroran sairaalassa).

Helsingin omaisyhdistys (Omaiset Mielenterveyden tukena ry.) ajoi vuonna 1994 hanketta sellaisesta ambulanssista, jonka voisi hälyttää kotiin milloin vain ja jonka työryhmä voisi antaa välitöntä apua paikan päällä ilman välttämätöntä sairaalaan viemistä. Käsittääkseni Tampereella oli jo tuolloin kriisityöryhmä, joka teki kotikäyntejä, mutta vain virka-aikana. Erikseen on Suomen Mielenterveysseuran perustamia kriisikeskuksia ympäri maata, jotka ovat ketä tahansa elämisen ongelmien kanssa kamppailevia varten ns. matalan kynnyksen palvelupisteitä. Arvelen, että nämä voivat olla näköalapaikkoja psykiatrisen palvelujärjestelmän aukkoihin. Esimerkiksi Tampereen kriisikeskus Osviittaaan kerrottiin tulevan jonkin verran sellaisia yhteydenottoja, joissa valitetaan mielenterveystoimiston pitkiä jonoja ja harvoja, liian vähäisiä vastaanottoaikoja (työntekijän haastattelu kriisikeskus Osviitassa 29.11.1993).

4.4 Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut osana mielenterveyspalveluja

Avohoidossa mielenterveyspalveluista tulisi muodostaa toiminnallinen kokonaisuus mielenterveydellisistä häiriöistä kärsiville. Tämä määriteltiin jo vuoden 1991 mielenterveyslaissa (1116/90 5§) ja esisuunnitelmat luotiin jo vuonna 1984 valmistuneessa mielenterveystyön komiteamietinnössä (1984). Velvoite palvelujen yhteensovittamiseen kirjattiin mielenterveyslain lisäksi kansanterveys- (66/72 27§) ja erikoissairaanhoidon lakiin (1062/89 10§). Mielenterveyslain uudistuksen yhtenä keskeisenä tehtävänä oli täsmentää sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnallista kokonaisuutta ja perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon merkitystä mielenterveyspalveluissa korostettiin erityisesti (esim. STM 2004, 17).

4.4.1 Perusterveydenhuolto

Mielenterveyden hoitoon perusterveydenhuollossa kuuluvat varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja ehkäisevä mielenterveystyö, akuuttiin kriisiin joutuneiden ja psyykkisesti sairastuneiden ensiapu, hoito ja hoitoonohjaus, lievistä mielenterveyden häiriöistä kärsivien hoito, osa psykiatristen

pitkäaikaispotilaiden hoidosta, somaattisesti sairastuneiden psyykkisistä ongelmista kärsivien hoito sekä psykosomaattisista häiriöistä kärsivien hoito. Samoin perusterveydenhuollon tulee koordinoita hoitovastuullaan olevien asiakkaiden hoito- ja kuntoutusverkostoja. Toimintaan kuuluu potilaskohtainen yhteistyö asianomaisten toimijoiden kanssa. (STM 2004, 42.)

Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto perustivat vuonna 2002 kaupunginhallituksen päätöksen mukaisesti yhteisen mielenterveyspalveluprojektin kaupungin oman mielenterveysohjelman toimeenpanon tukemiseksi. Tämän MIPRO -projektin keskeisenä tehtävänä oli linjata virastojen yhteistyötä, työnjakoa ja kustannusvastuita mielenterveyspalveluja järjestettäessä. Projektin tuotoksena muun muassa selkeytettiin mielenterveyspalvelujen porrasteista hoitomallia perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä. Mielenterveysohjelmassa eräänä keskeisenä tavoitteena oli lisätä ja vahvistaa terveysasemilla annettavia mielenterveyspalveluja sijoittamalla terveysasemille mielenterveysalan ammattilaisia. Tavoitteena oli saada yksi psykiatrinen sairaanhoitaja 20 000 asukkaan väestöpohjaa kohden. Odotuksena oli, että jatkolähtäminen psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluihin vähentyisi ja osa mielenterveyden ongelmista, esimerkiksi elämäntilanteeseen liittyvät kriisit voitaisiin hoitaa terveysasemilla. Mielenterveyspalveluprojektissa kokeiltiin myös masennuksen oireenhallintaryhmien soveltuvuutta perusterveydenhuollon käyttöön. Myös sosiaalitoimen työntekijöitä koulutettiin vetämään näitä ryhmiä. (Helsingin... 2004.)

Yksi projektin keskeisiä toiminta-alueita oli masennuksen hoidon kehittäminen. Depression hyvän hoidon mallin tavoitteena on tehostaa masennuksen varhaista tunnistamista ja asianmukaista hoitoa sekä selkeyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa masennuspotilaiden hoidossa. Helsingin kaupungin depression hoitomalli kehitettiin vuoden 2002 aikana muiden paikallisten hoitomallien sekä koko maahan kehitteillä olevan valtakunnallisen depression käypä hoito -suosituksen mukaan. Mallin keskeinen sisältö liittyy sovittuun depressionhoidon porrastukseen. (Helsingin... 2004.)

Sen lisäksi, että osa masennuksen hoitoa on siirretty perusterveydenhuollon tehtäväksi, on terveysasemaosaston hoidettavaksi ohjattu hyvin paljon kroonisia skitsofreenikoita, joiden tila on vakaa eikä heidän vointinsa seuranta edellytä välttämättä psykiatrian erikoissairaanhoidoa. He harvemmin hyötyvät psykiatrian poliklinikalla tarjotusta keskusteluhoidosta, mutta erilaiset toiminnalliset ryhmämuotoiset hoidot sopivat heille mainiosti. Myös kotihoidon mielenterveystiimien palvelut voivat sopia heille hyvin. Mielenterveystiimit aloittivat toimintansa osana Helsingin terveysasemaosaston kotihoitoa vuoden 2005 alussa ja pohjasuunnitelmat näille

luotiin mielenterveyspalveluprojektissa (Terveyskeskuksen toimintakertomus 2005). Yksi sen suosituksista oli, että kotihoitoa kehitetään ensisijaiseksi avohoidon kuntoutuspalveluita järjestettäessä ja että vuoden 2005 alusta käynnistyvän kotihoito-osaston suunnitteluun liitetään työryhmä valmistelemaan edelleen psykiatristen asiakkaiden kotihoitoa.

4.4.2 Sosiaalihuollon palvelut

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen jakautuu sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Haasteena on toimivan palvelukokonaisuuden luominen, koska toimijoita on paljon. Lisäksi yksittäisen palveluprosessin käynnistäjä ja lopullisen järjestämismääräyksen kantaja voivat olla eri tahoja, esimerkiksi tilanteessa, jossa siirtyminen palvelujen piiriin tapahtuu mielenterveyspotilaan kotiutuessa sairaalasta. Sairaalahoidon loppuvaiheessa erikoissairaanhoidon usein aloittaa palvelujen tarjonnan kartoituksen, mutta sairaalahoidon päättyessä vastuu niiden järjestämisestä siirtyy sosiaalitoimeen ja perusterveydenhuoltoon. (STM 2007.)

Mielenterveyspotilaat voivat tarvita monenlaisia sosiaalihuollon palveluja, mutta tarkastelen tässä yhteydessä lähinnä asumispalvelujen järjestämistä Helsingissä ja siihen liittyvää yhteistyötä, jossa on ollut paljon muutoksia etenkin sen jälkeen, kun keräsin aineistoni. Mielenterveyskuntoutujan asumisesta ja kuntouttavista palveluista tulisi muodostua toiminnallinen kokonaisuus, joka tukee kuntoutujan itsenäistä suoriutumista eri elämäntoiminnoissa. Monimuotoiset kuntoutuspalvelut edistävät kuntoutujan siirtymistä palveluasumisesta ja tehostetusta palveluasumisesta itsenäisempiin asumisen muotoihin. Järjestettäessä asumispalveluja ja kuntouttavia palveluja mielenterveyskuntoutujalle tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn säilyminen tai paraneminen ja sen myötä kuntoutujan siirtyminen itsenäisempään asumiseen. Aina lähtökohtana on kuitenkin se, että mielenterveyskuntoutuja asuu itsenäisesti omassa kodissaan. Eriasteiset tukimuodot astuvat kuvaan palvelun tarpeen mukaan. (STM 2007.)

Koko maassa asiakasmäärät psykiatrian asumispalveluissa ovat yli kaksi ja puolikertaistuneet 1995–2003 (taulukko 2). Tänä aikana yksityisten palveluntuottajien asiakasmäärät ovat yli nelinkertaistuneet, kun taas kuntien ja sairaanhoitopiirien tuottamat palvelut ovat hieman vähentyneet. Yritykset ja järjestöt tuottavat nykyään 86 prosenttia psykiatrian asumispalveluista. Psykiatrian asumispalvelujen asiakkaista on tehty asiakaslaskenta vuoden lopussa vuodesta 1995 lähtien. (Pirkola & Sohlman 2005).

TAULUKKO 2. Asiakkaita psykiatrian asumispalveluissa vuoden lopussa 1994–2003

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sosiaalitoimen itse tuottamat	569	523	577	631	188	231	354	356	449	384
Terveystieteiden itse tuottamat	404	468	522	530	202	214	169	152	163	261
Yksityisten palveluntuottajien	863	889	1 075	1 172	1 701	2 512	2 567	3 131	3 567	4 090
Yhteensä	1 836	1 880	2 174	2 333	2 091	2 957	3 090	3 639	4 179	4 735

Lähteet: v. 1994–1997 Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto ja Suomen Kuntaliiton terveydenhuollon toimintatilasto, vuodesta 1998 lähtien Stakesin sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri. (Pirkola & Sohlman 2005, 19).

Mielenterveysongelmaisten asumispalveluiden tarve on lisääntynyt, kun aiempina vuosikymmeninä tyypillisesti pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olleet ovat nykyisin siirtyneet väliaikaisten kuntouttavien asumispalveluiden asiakkaiksi. Suomen Mielenterveysseura teki vuonna 2004 selvityksen pääkaupunkiseudun mielenterveyskuntoutujien asumista tukevista palveluista. Selvityshanke on osa Suomen Mielenterveysseuran Keinot Käyttöön Arjen Areenoille -projektia ja sen tavoitteena on tuottaa tietoa asumista tukevista palveluista, kartoittaa erilaisten vapaaehtoistoiminnan tukimuotojen liittymistä palvelutuotantoon sekä tuoda esille palvelujen katvealueita. (Pitkänen & Kaakinen 2004, 23.)

Kuvaan seuraavissa kappaleissa helsinkiläisten mielenterveysongelmaisten käytettävissä olevia tuetun asumisen eri mahdollisuuksia ja näiden eri vaihtoehtojen tarjoajia, joita onkin nykyään jo melkoinen kirjo. Pitkään psykiatrian parissa työskennelleelle sosiaalityön ammattilaiselle tästäkin palveluvalikosta ja -järjestelmästä tulee ajan myötä ja kokemuksen karttuessa arjen elävä työväline, josta luontevasti poimitaan eri vaihtoehtoja juuri kunkin asiakkaan tilanteeseen ja tarpeeseen yksilöllisesti suunnitellen. Itse olen työssäni pitänyt erittäin tärkeänä, ettei asiakastilanteen ratkaisua määritä mitkään yleiset kaaviot, vaan aina tarpeenmukainen, yksilöllinen räätälintyö yhdessä asiakkaan kanssa. Vaikka asiat ovat itselleni kokeneena työntekijänä mielessä kuin työpöydän laatikossa, seuraavassa olen nyt tutkijan roolissa pohjannut pitkälti ympäristöministeriön teettämään esiselvitykseen, joka on tehty pääkaupunkiseudun asunnottomien tuki- ja palveluasumisen kehittämissuunnitelmaa vuosia 2005–2007 varten (Pitkänen & Kaakinen 2004).

Helsingissä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden vastuunjako on ollut jaettu sosiaali- ja terveystoimen kanssa siten, että *kuntouttavia* asumispalveluita järjestetään terveystieteiden kuntoutuskodeissa ja Niemikotisäätiön eritasoisesti tuetuissa asumispalveluissa. Kuitenkin

terveysvirasto on viime vuosien aikana lakkauttanut omia kuntoutuskotejaan ja nykyään näitä tarjoaa lähinnä Niemikotisäätiö yksin. Esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla, jolla itse olen työskennellyt viimeiset neljä vuotta, oli muutama oma kuntoutus- ja pienkoti alueellamme, mutta ne on tänä aikana lakkautettu tai siirretty Niemikotisäätiön tai sosiaaliviraston hallintaan. Jonkun verran sosiaalivirasto ostaa myös kuntoutuskotityyppistä asumispalvelua yksityiseltä sektorilta, mutta enimmäkseen ostopalveluina ostetaan *palveluasumista* sellaisille mielenterveyspotilaille, jotka eivät enää ole kuntoutettavissa ikänsä tai muuten vaikeasti kroonistuneen sairautensa puolesta. Yksityisten palveluasumispaikkojen käyttö on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina.

Helsingissä mielenterveysohjelman tukemiseksi käynnistetyssä sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä vuosina 2002–2003 toteutetussa Mielenterveyspalveluprojektissa (MIPRO) yhtenä osaluueena oli mielenterveyspotilaiden asumisen, kotikuntoutuksen ja avohoidon tukipalveluiden kehittäminen. Hankkeessa kehitettiin ns. SAP/SAS -toimintamallia (selvitys-, arviointi-, palveluohjaus- ja sijoitustoiminta) sekä tuotettiin mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen laatuksiteerit. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin ohjaututaan tänä päivänä Helsingissä keskitetysti SAS-toiminnan avulla, jossa sosiaali- ja terveystoimi tekevät yhteistyötä. Mielenterveyskuntoutujien palveluohjausta toteutetaan alueellisissa SAP-ryhmissä, joissa voi olla mukana esimerkiksi psykiatrian poliklinikan kotikuntoutustyöntekijä, sosiaalitoimen kotipalveluohjaaja, sosiaalityöntekijät sekä terveys- että sosiaalitoimesta, sekä kuntoutuspsykiatriaa edustava tai muu hoitava lääkäri. (Mielenterveysasiakkaiden...2004, 18; Pitkänen & Kaakinen 2004, 28, 47.)

Vuonna 2004 Helsingissä oli mielenterveyskuntoutujien asumispalvelupaikkoja yhteensä 1813, joista asunnottomien mielenterveyskuntoutujien asumispalvelupaikkoja on ollut noin 1300. Kuntoutuspalveluita tarvitseville mielenterveyskuntoutujille oli terveysvirastolla ja Niemikotisäätiöllä yhteensä noin 430 paikkaa. Vuonna 2003 erityissosiaalitoimiston (ESTO) 199 mielenterveysongelmaisesta asiakkaasta 143 henkilöä oli tuetussa palveluasumisessa ja 29 henkilöä tehostetussa palveluasumisessa. Sosiaalivirastolla on mielenterveyskuntoutujille 30 tukiasuntopaikkaa, minkä lisäksi palveluita ostetaan nykyisin noin 38 yksityiseltä palveluiden tuottajalta. (Mielenterveysasiakkaiden... 2004, 18; Ref. Pitkänen & Kaakinen 2004, 27.)

Niemikotisäätiö on vuonna 1983 perustettu voittoa tavoittelematon yhteisö, jonka hallituksen jäsenet nimeävät Helsingin kaupunki, Helsingin Diakonissalaitos, Suomen Mielenterveysseura, Y-säätiö ja Omaiset Mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. Niemikotisäätiö tarjoaa kuntouttavaa asumista terveysviraston avustamana ja Niemikotiyhdistys (vuodesta 2004

Lilinkotisäätiö) sosiaaliviraston kustantamaa palveluasumista. Niemikotisäätiön pääpaino on asumiskuntoutuksessa, jota tuetaan päivä- ja työkeskusten toiminnalla. Niemikotisäätiöllä oli vuonna 2003 yli 1300 kuntoutuspaikkaa noin 30 yksikössä. Eniten tukea tarjoaa kuntoutumiskoti, jota asumisenportaikossa seuraavat tuetut pienasunnot sekä jälleenvuokrausasunnot. Kuntoutuskodit voivat olla ympärivuorokautisesti valvottuja tai niihin on järjestetty yöpäivystys. Kuntoutuskotipaikkoja säätiöllä oli vuonna 2003 yhteensä noin 120 ja pienasuntoja noin 70. Kuntoutuskotipaikoista Eiran kuntoutuskoti on osoitettu yksinomaan miehille ja Otsonpolku erityisesti nuorille 18–30-vuotiaille. Vuonna 2003 säätiöllä oli 848 jälleenvuokrausasuntoa, joista 776 oli yksittäisiä ja 72 soluasuntoja. Jälleenvuokrauksessa toimii työryhmä, jossa työskentelee isännöitsijän lisäksi asuntovastaava, ohjaajia ja sosiaalityöntekijöitä, jotka tekevät kotikäyntejä asukkaan luona yksilöllisen tarpeen mukaan. Asukkailla on virka-ajan jälkeen mahdollisuus ottaa yhteyttä yöpäivystykseen. Niemikotisäätiön on myös ns. AKKU-yksikkö, jossa toteutetaan asumismahdollisuuksien arviointia asumistaidoistaan epävarmoille (yleensä hoitava työryhmä on enemmän epävarma asiasta kuin itse potilas – tutkijan oma kokemus) helsinkiläisille mielenterveyskuntoutujille. (Pitkänen & Kaakinen 2004, 92–93.)

Sosiaalivirasto tarjoaa asumispalveluita niille mielenterveysasiakkaille, joilla ei ole kuntouttavan asumisen tarvetta, vaan palveluiden ja tuen tarve liittyy päivittäiseen selviytymiseen. Sosiaalitoimen vastuualueella olevien mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden koordinointi on keskitetty asunnottomien sosiaalipalvelutoimistoon, ASSO. Vielä vuonna 2004 nimi oli ESTO ja silloin ESTO:n kymmenestä tukikodista kaksi oli osoitettu mielenterveysongelmallisille ja niistä toinen, Lauttasaaren tukikoti, oli ja on edelleen varattu naisille. Tukiasunnot ovat soluasuntoja, jotka toimivat asuntola-asumisen ja itsenäisen asumisen väliportaana. ASSO:n palveluasuntoihin tarjotaan tukea päivittäin tai ympärivuorokautisesti. Tukikodeissa ohjaaja voi olla paikalla koko ajan tai arkipäivisin, minkä lisäksi jossakin tapauksissa tukipalveluita hankitaan ostopalveluina. Sekä tukikodeissa että tukiasunnoissa yhtenä tukimuotona ovat sosiaalityöntekijän säännölliset käynnit paikan päällä. Itsenäisiin pienasuntoihin tarjotaan tukea sekä ennalta ehkäisevästi että tilanteen mukaan sosiaaliohjaajien kotikäynneillä ja erityisesti häiriö seurantaan keskittyvän sosiaalityöntekijän avulla. Lisäksi asumismuotojen siirtymävaiheisiin tarjotaan tiiviimpää tukea. Asumisen portaikossa ylimpänä ovat pienasunnot, joihin pääsemiseksi edellytetään itsenäistä selviytymistä arjen asumisesta. Näihin asuntoihin tukea tarjotaan satunnaisemmin kunkin asiakkaan tarpeen mukaan. (Pitkänen & Kaakinen 2004, 26.)

Helsinki hankkii mielenterveyskuntoutujien asumista nykyään pääasiassa ostopalveluina yksityisistä hoitokodeista, joita on ollut käytössä esimerkiksi vuoden 2003 lopussa noin 340

paikkaa. Näissä maksajana on yleensä sosiaalitoimi. Sijoituksen suunnittelu ja päätös tehdään yhteistyössä terveydenhuollon kanssa SAS-toiminnan puitteissa. Toiseksi merkittävin mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita järjestävä taho on Niemikotisäätiö, joka tarjoaa asumispalveluita kuntoutuskotien lisäksi pienkodeissa sekä noin tuhannessa jälleenvuokrausasunnossa. Niemikotiyhdistyksen (nykyään Lilinkotisäätiö) palvelutaloissa on 150 paikkaa niille vaikeasti mielenterveysongelmallisille henkilöille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista tai muutoin vahvasti tukea tarjoavaa miltei laitostasoista asumispalvelua. Uusin Lilinkotisäätiön palvelutalo mielenterveyskuntoutujille, Suutarinkoti avattiin juuri lokakuun 2008 lopussa Suutarilaan. Ostopalveluita hankitaan lisäksi järjestötoimijoilta muun muassa Alvi ry:ltä, joka järjestää asumispalveluita myös espoolaisille kaksoisdiagnoosi-asiakkaille Kartanoyhteisössä sekä Mielenterveysyhdistys Etapista, jonka ympärivuorokautisesti tukea tarjoava yksikkö on avoin myös ulkopaikkakuntalaisille. Myös Human Care Network, HCN -yritysverkoston palvelukodeissa tuotetaan asumispalveluita noin 40–50 asiakkaalle. (Pitkänen & Kaakinen 2004, 27.)

Kuntoutuskotien kaltaiset laitos- ja itsenäisen asumisen välivaiheen asunnot toimivat lähinnä niiden mielenterveyskuntoutujien koteina, jotka tarvitsevat tukea ja ohjausta arkipäiväisessä elämässä selviytymiseen ja ovat edes jossain määrin motivoituneita kuntoutumiseen. Näihin siirrytään yleensä suunnitellen yhteistyössä hoitavan tahon, usein sairaalan kanssa. Suurin osa palveluasumiseen ohjautuvista asiakkaista on vailla asuntoa. Osa asiakkaista on ollut vuosikausia psykiatrisessa laitoshoidossa, mikä tosin on harvinaistunut laitoshoidon systemaattisen vähentämisen myötä. Osa mielenterveysongelmallisista asiakkaista ei ole soveltunut jatkohoitopaikkoihin, vaan on saanut useita porttikieltoja ja joutunut elämänsä aikana moneen otteeseen asunnottomaksi (ks. esim. Huvinen ym. 2002, 43). Lisäksi osa asunnottomista mielenterveysongelmallisista on jäänyt mielenterveyspuolen kautta hakeuduttavien asumispalveluiden ulkopuolelle sairautentunnottomuuden tai vaikeiden toimintakykyä heikentäneiden ongelmiansa vuoksi. Nämä ihmiset eivät ole osanneet tai halunneet hakeutua palveluihin tai eivät ole saaneet riittävää ohjausta tarvittavien hoito- ja tukipalveluiden piiriin hakeutumiseksi. (Esim. Tervonen 2004, 10; Ref. Pitkänen & Kaakinen 2004, 26.)

Palvelujärjestelmästä syrjäyttämisen lisäksi asunnottomat voivat itse jättäytyä palvelujärjestelmien ulkopuolelle. Useissa aiemmin tehdyissä selvityksissä on todettu vaikeimmin syrjäytyneiden asunnottomien olevan tyypillisimmin hoitoon ja elämäntavan muutokseen motivoitumattomia ja sitoutumattomia. He eivät hae asuntoa kaupungin asuntojonojen kautta eivätkä hakeudu mielenterveys-, huume- tai päihdehoidon palveluihin. (Korhonen 2002, 2004; Haapanen 2004; ref. Pitkänen & Kaakinen 2004, 52)

Mielenterveyskuntoutujille sekä muille tuetummasta asumispalvelusta itsenäiseen asumiseen siirtyville tukimuotoja on ollut saatavilla toistaiseksi liian vähän. Palveluita ei ole joko ollut lainkaan tarjolla tai avohuollossa toteutetut tukimuodot kuten sosiaalityöntekijöiden kotikäynnit tai asiakaskäynnit psykiatrisella poliklinikalla eivät ole olleet riittäviä (Pitkänen & Kaakinen 2004, 52.)

Jokaisessa pääkaupunkiseudun kunnassa kaksoisdiagnoosiasiakkaat on todettu ryhmäksi, jolle kohdennettu asumispalveluiden tarjonta on riittämätöntä ja asiakaskunnan tarpeisiin soveltumatonta. Tämän ryhmän erityistarpeiden laiminlyöminen lisää osaltaan asunnottomuutta. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asumispalveluiden kehittäminen edellyttää palvelutarjonnan kasvattamisen lisäksi myös päihde- ja mielenterveyshuollon työnjaosta käytävää keskustelua sekä eri sektoreiden välisen yhteistyön lisäämistä (Pitkänen & Kaakinen 2004, 54–55).

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Olen edellä kartoittanut aiemman tutkimuksen ja muiden erilaisten dokumenttien kautta suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän suurta ja kansainvälisesti varsin nopeana nähtyä rakennemuutosta, psykiatrisen hoidon deinstitutionalisaatiota. Oma empiirinen tutkimusaineistoni voidaan nähdä tämän 20–30 vuotta kestäneen prosessin keskeltä otettuna “näytepalana” ja sinänsä mielenkiintoisena erään ajankohdan ja tietyn paikallisuuden ilmentymänä, kuin kurkistusaukkona elettyyn elämään arkisen työn tasolla siinä missä lait, asetukset, suositukset, kehittämissuunnitelmat ynnä muut puhuvat omaa kieltään ja melkein väitän: elävät omaa todellisuuttaan.

Empiirisessä osassa menemme siis vuoteen 1994 ja Helsingin mielenterveystyön kentälle, jossa asioita tarkastellaan yhden suurpiirin mielenterveyspalveluja tuottavan järjestelmän eri toimipisteiden työntekijöiden näkökulmista (tulosluvut 6, 7, 8 ja 9). Tässä luvussa kerron, kuinka tein tutkimustani, kuinka päädyin valitsemaan tutkimuskohteeseen ja aineistoon. Kuvaan myös laadullisen tutkimusperinteen mukaisesti käyttämäni metodia mahdollisimman tarkasti, jotta lukijakin voi saada käsityksen siitä, kuinka olen saamiini tuloksiin päässyt.

5.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykseni ovat

1. Kuinka psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on vaikuttanut potilaiden hoitoon?
2. Millaisia avohoitopalveluja laitoshoitopalvelujen tilalle on tullut ja missä määrin?
3. Kuinka erilaiset sosiaalipalvelut ovat pystyneet vastaamaan laajenevan ja tietyssä mielessä uuden asiakasryhmän tarpeisiin?
4. Kuinka yhteistyö eri toimijatahojen välillä on sujunut?

Mielenterveystyötä Suomessa selvittänyt komitea toteaa mietinnössään (1984:17) mielenterveystyötä tehtävän hyvin useilla muillakin sektoreilla kuin pelkästään psykiatrian piirissä. Sitä tehdään muun muassa koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, yleensä perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollon eri lohkoilla kuten lastensuojelussa, perhe- ja kasvatusneuvonnassa, vanhusten-, vammaisten ja päihdehuollossa ja vankeinhoidossa. Halusin rajata tutkimukseni erityisesti *aikuisiin palvelujenkäyttäjiin, jotka saavat palveluita tai hoitoa psykiatrisin perustein*. Tällöin muut sosiaali-

ja terveystalvet tulevat heille normaalitalveluina ja yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Samalla palvelunjärjestäjien tulisi etsiä toimivaa työnjakoa ja kullekin asiakkaalle sopivinta toimipistettä palvelujen tuottajien välillä (esim. mt; Sosiaali- ja terveystministeriö 1992a).

Koska palvelujen tarve vaihtelee kohderyhmän mukaan, mietin tulisiko minun rajautua johonkin tiettyyn kohderyhmään vai voinko haarukoida tutkimuksellani koko mielenterveystalvelujen kenttää? Lisäksi kaikki edellä mainitut palvelujen käyttäjät eivät ole psykoottisia lainkaan eikä edes skitsofreenikoita. Kuitenkin mielenterveyden häiriöistä skitsofrenia on kuormittanut selvästi eniten sekä terveydenhoitojärjestelmäämme että sosiaaliturvaan liittyviä laitoksia ja toimintoja. Siihen sairastuneet olivat miehittäneet vielä 1980-luvun alussa 1/7 kaikista maamme sairaansijoista ja hieman yli puolet psykiatrisista sairaansijoista. (Lääkintöhallitus 1988, 1). Päädyin käsittelemään tutkimuksessani sitä palvelujärjestelmää, joka on suunnattu yleensä psykiatrisen diagnoosin saaneille potilaille.

Uskoin, että kunnallista avohoitoa ja sosiaalitalveluja ei ollut lisätty vastaavassa suhteessa kuin laitospaikkoja on vähennetty ja epäilin, että mielenterveystalvilaiden tuki ja auttaminen jää tulevaisuudessa epävirallisen sektorin – omaiset, järjestöt, vapaaehtoistyö – varaan (vrt. Anttonen & Sipilä 1992; Matthies 1991). Sosiaalipolitiikassa alettiin puhua paljon kolmannen sektorin käytettävyyden puolesta. Toivoin saavani selvyyttä siihen myös, mitä vaikutuksia mielisairaalahjärjestelmän purkamisella ja avohoitoideologialla on ollut psykiatristen palvelujen käyttäjien elämään. Mietin, aiheuttaako palvelujärjestelmä syrjäytymistä joillekin ryhmille tai ketkä nykyisestä järjestelmästä hyötyvät parhaiten. Tulevatko mielenterveystalan järjestöt ja yhdistykset sairaalasta uloskirjoitettua potilasta vastaan vai jääkö hän omaisten harteille tai mahdollisesti heitteille, pahimmassa tapauksessa yksin kadulle taskussaan resepti lääkkeisiin, joihin ei ehkä ole rahaakaan (vrt. Salmela 1993)?

Tutkimustehtäväkseni muotoutui mielenterveystalvelujen järjestelmän tarkastelu ja sen kuvaus tietyllä väestövastuualueella. Edelleen minua kiinnosti alan työntekijöiden tekemä yhteistyö ja eri organisaatioiden ja toimijoiden välinen työnjako. Oli siis selvitettävä, mitä kaikkea mielenterveystalveluihin kuuluu jollakin tietyllä alueella. Pohdin, haluanko tutkia kaikkia mahdollisia mielenterveystalveluja – julkisia, yksityisiä, epävirallisia – vai onko tutkimuskohde suppeampi, jos puhun vain psykiatrisista palveluista. Toisaalta mielenterveystalvelut määritellään laissa mielenterveystyöhön kuuluvina sosiaali- ja terveydenhuollon palveluina, joita annetaan mielisairauksia tai muita mielenterveydellisiä häiriöitä poteville heidän lääketieteellisin (=psykiatrisin) perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi (Mielenterveystlaki 1116/90).

5.2 Tutkimusaineisto

Halusin tutkimuskohteeni olevan mahdollisimman lähellä omaa käytännön työtäni ja näin ollen halusin edelleen pitää tutkimusalueena Helsingin kaupunkia, joka ainoana yhtenä kuntana muodostaa yksin yhden maamme 21 sairaanhoitopiiristä. Puolen miljoonan väestöllään se on lisäksi yksi suurimmista sairaanhoitopiireistä. Päädyin jo aikanaan rajaamaan tutkittavan aineiston vielä tarkemmin johonkin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon seitsemästä suurpiiristä, jotka vastaavat asukasmäärältään hyvinkin keskikokoista suomalaista pikkukaupunkia. Esimerkiksi koillisessa suurpiirissä oli tuolloin noin 80 000 asukasta, ja se oli alati kasvava alue lukuisine lapsiperheineen ja ongelmallisine lähiöineen, samoin oli itäinen suurpiiri. Tutkittavan sairaanhoitopiirin erityispiirteet vaikuttavatkin siten, ettei se ole suoraan vertailukelpoinen jonkin toisen sairaanhoitopiirin kanssa, eikä yksi ison kaupungin suurpiiri ole verrattavissa välttämättä jonkin pienen kunnan kanssa: suuren kaupungin osa-alueenkin sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut eroavat ratkaisevasti pienen kunnan palveluista, jotka voivat monesti olla yhteisiä useamman kunnan kesken. Periaatteessa yhden väestövastuualueen suuruus on noin 20 000 - 50 000 asukasta (esim. Sosiaali- ja terveyshallitus 1991, 16, 20–21).

Aineistoa valitessani pohdin seuraavia vaihtoehtoja: potilaat eli palvelujen käyttäjät itse, heidän omaisensa, palvelujentuottajat eli mielenterveysalan työntekijät. Potilaat palvelujen käyttäjinä – heitä löytyy tietysti hoito-organisaatioista ehkä myös potilasyhdistyksistä tms. Mietin, kuinka kattavan otoksen voi saada, ja miten tieto valikoituu. Ajattelin, että en ehkä tavoita niitä, jotka jäävät palvelujen ulkopuolelle tai heitteille. Heillä saattaisi olla omaisia, jotka voisivat kertoa jotakin tilanteesta. Mutta tällöin näkökulma olisi omaisen, ei välttämättä potilaan.

Samaan aikaan Tampereella mielenterveyskeskuksen johtava sosiaalityöntekijä Eija Hintsanen teki haastatteluja heidän potilaille ja hänen selvityksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Hoito mielenterveyskeskuksessa on yleensä lääkehoidon seuranta ja keskusteluterapiaa. Vastanneet olivat mielenterveystoimiston vanhoja asiakkaita tai potilasyhdistyksen jäsenistöä. Tämä joukko voi olla keskimääräistä aktiivisempaa ja pärjäävämpää – sellaista, joka on hyväksynyt sairausajattelun ja huolehtii hoidostaan. (Eija Hintsasen haastattelu 25.11.1993.)

Omais- ja potilasyhdistysten näkökulma: Potilas- ja omaisyhdistykset ovat antaneet kunnalle yhteisiä lausuntoja, jotka tuovat esiin erityisesti avohoitopalvelujen puutteellisuutta ja

väliinpuotoajien asemaa em. tyhjiössä. Kuitenkin mainittujen yhdistysten näkemykset siitä, miten asioihin tulisi puuttua ja millaisia palveluja kunnan tulisi kehittää, menevät monesti ristiin, onhan heidän edunvalvontaan liittyvät lähtökohtansa eriävät. Potilaan etu ei välttämättä ole sama kuin omaisen etu, vaikka ideaalitulanteessa näin on ja potilas saa omaiseltaan parasta mahdollista tukea.

Kävin syksyllä 1994 kaksi kertaa Helsingin psyyken potilaiden omaisyhdistyksen illoissa kuuntelemassa luentoja ja havainnoimassa itse omaisia ja seurasin erityisesti heidän kommenttejaan käsiteltävistä aiheista, jotka koskivat juuri avohoidon järjestämistä. Ensimmäisessä illassa oli esillä viralliset suunnitelmat, joista esitelmöi hallinnollinen ylilääkäri Sinikka Metsä-Simola. Toisessa illassa kerrottiin psykiatrisille potilaille tarkoitetusta uudesta tukikodista, joka aloitti samana syksynä toimintaansa Helsingissä. Sen perustajana on ALVI ry, asuntoloiden asukkaiden omaisten ja työntekijöiden yhdistys, joka on ollut erityisen huolissaan psyykkisesti sairaiden asemasta yleisissä asuntoloissa. Kummallakin kerralla omaisten puheista tuli korostetusti esiin avohoidon puutteellisuus, hoitovastuun jääminen omaisille yksin ilman kunnan yhteistyötä hoitavan tahon – niin sairaala- kuin avohoidon – kanssa tai pahimmassa tapauksessa potilas jäi heidän mielestä yksin ja heitteille. Erityisesti toivottiin enemmän kontrollia ja seurantaa avohoitoon esimerkiksi lääkkeiden käytön sekä päivärutiinien osalta. Mutta mitä haluavat potilaat itse? Suostuvatko he kotiin asti ulottuvaan valvontaan? Missä kulkee yksilön vapauden ja itsemääräämisoikeuden raja psykiatrisesti sairaan kohdalla?

Aineistoa kerätessäni kävin myös puhumassa aiheestani potilasyhdistyksessä, mielenterveysyhdistys HELMI ry:n erään työntekijän kanssa, joka oli tuolloin itsekkin tekemässä tutkimusta sairaalasta uloskirjoitettujen potilaiden jatkohoidosta ja heidän selviämisestään avohoidossa. Myös potilasyhdistys oli ja on edelleen selvästi oppositioasemassa viralliseen hoito-organisaatioon nähden. Omaisyhdistyksen keralla hekin jakavat näkemyksen, että laitos- ja avohoidon välillä vallitsee tyhjiö. Tätä HELMI ry on pyrkinyt omalta osaltaan täyttämään erilaisin projektein (HELMI ry:n toimintakertomus v.1993). Katso lisää www.helmi.fi

Edelleen pohdin, jos aineistona olisi palvelun tuottajat, hoitava taho ja sosiaalisektori. Kyselisinkö työntekijöiltä suoraan, miten heidän roolinsa ja tehtävänsä ovat muuttuneet. He voisivat kertoa heidän näkemyksensä mahdollisesta potilaiden pallottelusta ja kiertämisestä paikasta toiseen, yhteistyön ja työnjaon onnistumisesta tai sujumattomuudesta viranomaisten kesken. Yksi tärkeä tutkimuskysymys oli, miten psykiatriset potilaat näkyvät sosiaalitoimen arjessa, sillä kattavaan avohoitoon kuuluu mielestäni oleellisena osana myös sosiaalipalvelut. Mitä asiasta kertoisivat lukumäärät ja tilastot? Käyttäisinkö menetelmänä kyselylomaketta vai haastattelua? Olisiko

havainnointi mahdollista?

Laadullisen tutkimuksen ensisijainen tavoite on usein tutkimuksen kohteena olevien toimijoiden omien tulkintojen esille nostamisessa (Aaltola & Valli 2001, 17). Kyselylomake ei anna tähän samalla tavalla mahdollisuuksia kuin esimerkiksi teemahaastattelu, johon sitten päädyin. Tuomi ja Sarajärvi (2002) pitävät haastattelun etuna kyselyyn verrattuna juuri joustavuutta, jolloin haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75.) Haastattelujen lisäksi menin myös suoraan tutustumaan joihinkin paikkoihin paikan päälle, kuten Lauttasaaren tukikotiin, potilasyhdistykseen ja omaisten iltaan. Mutta systemaattista havainnointia aineistonkeruumenetelmänä en pitänyt omaan tarkoitukseeni sopivana.

Lopulta toteutin aineistonkeruun haastattelemalla mielenterveysalan eri työntekijöitä selvittäen heidän avullaan, mitä palveluja tietyllä alueella on tarjolla ja kuinka viranomaisten yhteistyö sekä työnjako eri asiakkaiden kohdalla toimii. Pidin kentän työntekijöiden omia kokemuksia ja näkemyksiä ensisijaisina ja toivoin, että he tuovat myös ongelmakohdat avoimesti esille. Näin toivoin myös saavani tietoa muutoksesta, johon edellä kuvatuilla tavoiteohjelmilla ja kehittämisprojekteilla on pyritty. Halusin haastatteluaineistoa keräämällä saada kuuluviin nimenomaan kentän toimijoiden, mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelevien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, kuinka tässä suuressa muutosprosessissa on käytännön tasolla menty eteenpäin (Hirsjärvi & Hurme 2000). Oma epäilyni oli, että käytäntö ei olisi ihan samaa kuin papereissa, toimintakertomuksissa ja suunnitelmissa esitetään.

Aivan aluksi olin ollut yhteydessä sekä terveyskeskuksen että sosiaaliviraston johtoon ja kertonut suunnittelemani tutkimuksesta opinnäytetyönä. Varsinaista tutkimuslupaa en tarvinnut, koska en haastatellut potilaita tai asiakkaita. Sitten otin yhteyttä suoraan alueen mielenterveystoimistoon, sosiaalitoimistoon, perheneuvolaan ja A-klinikkaan ja kysyin mahdollisia halukkaita haastateltavia. Sain mielestäni sopivia henkilöitä helposti, yleensä ottaen kukaan ei kieltäytynyt, saattoi ehkä kohteliaasti ehdottaa jotakuta sopivampaa. Monet haastateltavat olivat pitkään omassa toimipaikassaan toimineita, hyvin työhönsä sitoutuneita ja myös minun asiaani paneutuvia. Haastatteluista syntyikin tavallaan monien kanssa antoisia keskusteluja. Haastattelut tein yleensä kunkin haastateltavan omalla työpaikalla hänen omassa työhuoneessa, mikä tuntui heti luontevimmalta ratkaisulta. Mielestäni haastateltavat suhtautuivat nauhurin käyttöön rennosti. Ainoastaan muutaman kerran jouduin korjaamaan äänensäätöjä. Vaikutelmani oli, ettei nauhuriin sen koommin kiinnitetty huomiota paitsi, jos haastattelu kesti yli 45 minuuttia ja piti kääntää

kasetista toinen puoli. Nämä tilanteet olivat kieltämättä joskus kömpelöitä – eivätkä enää kuulu digiajan pulmatilanteisiin.

Keskimääräinen haastattelun pituus oli noin tunti, jonkun kanssa vain puoli tuntia, jonkun kanssa puolitoista tuntia. Hyvin pian haastattelut saavuttivat myös niin sanotun saturaatiopisteen eli tilanne, jossa uudet haastattelut eivät enää anna uutta oleellista informaatiota tarkasteltavasta aiheesta, varsinkin mielenterveystoimiston työntekijöiden kohdalla, joita oli selvästi eniten (4/14). Toisaalta joistakin organisaatioista (A-klinikka, perheneuvola, Niemikotisäätiö) valitsin aiheesta puhumaan ja edustamaan vain toiminnanjohtajan tai johtavan työntekijän, jotta pysyisin aiheeni kanssa kohtuullisessa rajauksessa. Yleensä tein vain yhden haastattelun päivässä, mutta joskus poimin samasta toimistosta kaksikin haastateltavaa. Haastattelut keräsin ajalla 5.8.–8.9.1994.

Aineistonani oli yhteensä 14 haastattelua, joita tein kesällä 1994 mielenterveyspalvelujen kentän toimijoille mielenterveystoimistossa (nykyään psykiatrian poliklinikka), terveys- ja sosiaaliasemalla (silloin oli uutena kokeiluna eräällä alueella näiden yhdistyminen ja toiminta samassa toimistossa, nyt toimitaan taas eri organisaatioissa) sekä asunnottomien erityissosiaalitoimistossa (ESTO, nyk. ASSO). Kaikki haastateltavat edustivat siis avohoitoa tai avohuollon palveluita. Haasteltaviksi pyysin eri ammattiryhmien edustajia: terveyskeskuslääkärin (1), psykiatrin (1), psykiatrian erikoissairaanhoitajia (3), sosiaalityöntekijöitä (9), kotipalvelunohjaajan (1). Yksi haastatteluista toteutui parihaastatteluna; molemmat työntekijät edustivat samaa mielenterveyskeskuksen yksikköä. Haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi en kerro tarkemmin, mistä Helsingin suurpiiristä aineistossani on kyse.

Teemat olivat:

- 1) palvelujen tarjonta – mitä on?
- 2) sopivuus – saavatko asiakkaat niitä palveluja mitä tarvitsevat?
- 3) kattavuus – vastaako tarjonta tarvetta? Onko palveluja riittävästi?
- 4) saatavuus – jääkö tarvitsijoita palvelujen ulkopuolelle? onko välinpitoajia?
- 5) muutokset viime vuosina / viimeisten 10 vuoden aikana?
- 6) palvelujen tuottajien välinen työnjako ja yhteistyö, asiakasvalikoituminen ja porrasteisuus?

Haastattelukysymykset vaihtelivat jonkun verran sen mukaan, missä organisaatiossa tai toimipisteessä haastateltava työntekijä työskenteli. Kentän työntekijöille kohdistin haastattelukysymyksiä hieman eri näkökulmista:

- 1) psykiatrisen erikoissairaanhoidon näkökulma: onko sairaalan ja avohoidon välillä eriäviä näkemyksiä, jännitteitä ja ristiriitoja?
- 2) perusterveydenhuollon näkökulma: terveyskeskus ja kotisairaanhoido - pystyvätkö vastaamaan riittävästi yhteistyövelvoitteeseen psykiatrian kanssa?
- 3) sosiaalitoimen näkökulma: missä määrin kohdejoukko kuormittaa sen eri lohkoja ja vastataanko mahdollisesti lisääntyneeseen tarpeeseen ja kuinka?

Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä samoin kuin merkitysten syntyminen haastattelun vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48, 66). Niinpä annoin haastattelujen kulkea myös aika paljon haastateltavan ja välillemme syntyneen vuorovaikutuksen ehdoilla pitäen kuitenkin paljolti kiinni teemoistani ja haastattelukysymysten listasta, jotka toimivat siis tukenani, erityisesti silloin, jos haastateltava oli hyvin niukkasnainen ja vähän ilmaiseva, tai toisaalta hyvinkin sinne tänne rönsyilevä. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2000). Useimmissa haastatteluissa vuorovaikutus olikin toimivaa ja haastattelutilanteesta muodostui antoisa. Olen huomannut myöhemmin työssä toimivani jokseenkin teemahaastattelun tapaan kohdatessani asiakkaita.

Halusin edelleen kuulla nyt jo tiettyssä mielessä vanhaakin aineistoani 14 vuoden takaa vastapainona eri organisaatioiden toimintakertomuksille ja -suunnitelmille ynnä muille dokumenteille, joiden käyttämistä aineistona myös harkitsin. Nyt tutkielmassani nuo dokumentit ja myös aineiston keruun jälkeen tullut tutkimustieto ei ole varsinaisesti aineistona, vaan pyrin suodattamaan haastateltavien kuvauksia ja tarinaa näiden kautta. Lisäksi halusin, että voin myös hyödyntää omaa psykiatrian kentän tuntemustani ja sitä pyrin myös ”kutomaan neulokseni väliin”. Satka (1998, 197–198) peräänkuuluttaa sosiaalityön oman tietämisen tavan logiikan luomista:

”Se edellyttää monen muun ohella uudella tavalla vastavuoroista, arvioivaa ja keskustelevaa suhdetta tietämisen tapojen ja tiedon välille. Nopeasti muuttuvassa maailmassa sosiaalityön toimintatapa luodaan, ei teoriassa tai oppikirjoissa, vaan ajallisesti ja paikallisesti käytännön toiminnassa. Se merkitsee, etteivät ammatillinen ja tieteellinen asiantuntijuus enää voi olla erillisiä saarekkeita. Sen sijaan ne ovat toisiinsa kietoutuvia ja toisiaan tukevia toiminnan resursseja. Sosiaalityön lähtökohdasta riippuen jompikumpi asiantuntijuuden puoli voi painottua toista enemmän, mutta kumpikaan puolikas ei toteudu tai elä nykymaailmassa toisesta irrallaan.”

5.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoidessa ensimmäinen tehtävä oli C-kasetille nauhoitettujen haastattelujen purkaminen teksteiksi eli litteroiminen, mitä en kuitenkaan tehnyt sanan tiukimmassa mielessä kuten esimerkiksi diskursseja tutkittaessa tehdään. Tekstiä syntyi 1,5 rivivälillä 184 A4 -liuskaa. Luin niitä huolella moneen kertaan, ja jo haastatteluja kuunnellessa (useaan kertaan) niistä alkoi jossain määrin ”nousta” vastauksia tutkimuskysymyksiini. Sitten siirryin systemaattisempaan aineiston luentaan ja kopioin erilliseen ”Analyysi” -tiedostoon kunkin tutkimuskysymyksen alle sitä koskevia tekstikohtia myöhempää analyysiä varten. Analyysissä etsin yleensä vastauksia kuhunkin tutkimuskysymykseen ja sitten etsin, olivatko vastaukset samansuuntaisia vai oliko niissä joitain eriäviä näkemyksiä ja jos oli, niin olivatko ne eri ammattiryhmien välillä tai eri organisaatioiden välillä. Kiinnitin myös aineistoa lukiessani huomiota muihin mahdollisiin kiinnostaviin kohtiin tekstissä – oliko mahdollisia muita teemoja, joita en ollut tullut ajatelleeksikaan. Muu mahdollinen kiinnostavuus suodattuu luonnollisesti oman tulkintani ja tutkimusintressini kautta, mutta toki myös suhteessa esimerkiksi käyttämäni taustakirjallisuuteen. Ilman yleiskuvaa aineistosta vaarana olisi voinut olla, että olisin analyysissä nostanut esiin vain itse sosiaalityössä tärkeinä kokemiani teemoja. (Esim. Eskola & Suoranta 1998.)

Koodasin haastattelut vain sen mukaan, minkä toimipisteen tai organisaation edustaja haastateltava oli. M = mielenterveystoimisto (4), S = sosiaalitoimisto (4), E= erityissosiaalitoimisto (2), T = terveysasema (1), A= A-klinikka (1), P = perheneuvola (1), N = Niemikotisäätiö (1). En pitänyt niinkään tärkeänä erotella ja koodata haastateltavia ammattiryhmien mukaan, vaan pidin oleellisempana organisaatiota ja sen tuomaa viitekehystä tai näkökulmaa, joka työntekijällä on – varsinkin, jos hän on pitkään työskennellyt samassa työpaikassa. Ammattiryhmien jakauma oli: 9 sosiaalityöntekijää, 3 psykiatrista sairaanhoitajaa (kaikki osastonhoitajia), joista 1 oli Niemikotisäätiön edustaja, 2 lääkäriä, 1 kotipalvelunohjaaja.

Kyseessä on aineistolähtöinen analyysi ja teemapohjainen luokittelu eli luin (ja kuuntelin) haastatteluja yhä uudelleen ja uudelleen ikään kuin ”annoin aineiston puhua”. Koodaamalla erilaisin värein eri teemoja etsin ja merkitsin haastatteluista vastauksia kuhunkin tutkimuskysymykseeni, minkä jälkeen vertailin näitä vastauksia toisiinsa. Alasuutari (1999) puhuu laadullisen tutkimuksen kohdalla havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Havaintoja on pidettävä johtolankoina eikä otettava asioita heti sellaisina, miltä ne aluksi näyttävät. Tutkija pyrkii tulkinnallaan sekä käyttämällä teoreettista viitekehystään hyväksi pääsemään havaintojen ”taakse”, merkityksenantoon. Näitä löydettyjä merkityksiä verrataan muihin tutkimuksiin ja aineiston

tarkastelua ohjaa tutkijan valitsema teoreettis-metodologinen näkökulma. Huomio kiinnittyy tutkimusasetelman kannalta olennaiseen. Aineiston laadullinen analyysi paljastaakin aineistosta vain valitun tutkimustehtävän kannalta relevanttia tietoa, ei mitään objektiivista totuutta, yhtä ja ainoata oikeaa selitystä maailmasta. Laadullista tutkimusta tekevä tutkija ei pidä tutkimustuloksia ajattomina ja paikattomina vaan historiallisesti muuttuvina ja paikallisina (Eskola & Suoranta 1998, 16).

Analyysissä ja raportissani käytän paljon suoria sitaatteja haastatteluistani kuvaamaan tekemääni tulkintaa, tekemään päätelmiäni myös mahdollisimman avoimeksi muille lukijoille. Luettavuuden kannalta olen jossain määrin korjailnut kieliasua pyrkien luonnollisesti säilyttämään asiasisällön, mutta toisaalta olen halunnut myös jättää joitakin värikkäitä ja mielestäni asiayhteyttä erityisesti kuvaavia puhekielen ilmaisuja jäljelle.

6 PSYKIATRISTEN SAIRAALAPAIKKOJEN VÄHENTÄMISEN VAIKUTUS POTILAIDEN HOITOON

Kuten sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden selviytymistä yhteiskunnassa selvittävä laaja tutkimusprojekti (SKS-projekti) osoitti, mitä pitemmälle psykiatrian laitoshoidon purkaminen 1990-luvulla eteni, sitä huonokuntoisempia kotiutetut potilaat olivat ja heidän psykososiaalinen toimintakykynsä oli selkeästi 1980-luvulla kotiutettuihin verrattuna heikompi. Yksinäisyys korostui. (Salokangas 2000; ks. myös Korkeila 2006, 12.) Omassa aineistossani tämä näkyi erityisesti kotipalveluohjaajan näkemyksissä ja hänen alaistensa kokemuksina:

”kyllä nää lisääntyneet on, nää ihmiset, joilla on ihan fyysistä toimintakykyä, mutta ei henkistä toimintakykyä...”

”Sanotaanko, että tässä mitä 10 vuotta mä ajattelen, niin avopalvelut on... sanotaanko vähän niinku heitteillä. Eli ihmisiä on laitettu... Tällä alueella on paljon tämmösiä soluasuntoja mielenterveyspotilaille ja kuitenkin heidän tukeminen siellä on pelkästään avopalveluiden varassa, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun varassa.” (S4)

Nämä entiset, monesti pitkään psykiatrisessa laitoshoidossa olleet ihmiset eivät juuri olekaan mielenterveystoimiston asiakkaina, vaan usein heidän hoito on siirretty kokonaan terveyskeskukseen. Hämmästyttävää oli, että nämä pitivät terveys- ja sosiaaliasemaa jopa tukikohtanaan. Kuvastaako se juuri edellä todettua yksinäisyyttä? Tämä tuli esille useammassa terveys- ja sosiaaliaseman työntekijän haastattelussa:

”Tulee ne tänne, tää on niinku tukikohta kuitenkin. Just näillä ihmisillä ei ole paljon muuta... Tietysti jotain ihmisiä voi olla, mutta ei ole paikkaa, mihin mennä... Joku menee tohon kapakkaan, mut ei niillä ole rahaa tai sitten... Tää on sitten semmonen, mihin tullaan kertomaan, että mitä kuuluu...” (T1)

Osassa haastatteluja tuli esille, että tietyllä tapaa kroonistuneet mielenterveyspotilaat pitivät terveys- ja sosiaaliasemaa kuin kohtauspaikkana. He saattoivat todellakin tulla asemalle vaan ”hengailemaan” ja omien kuulumisten kertominen edes jollekin tuntui olevan tärkeää. He olivat tyypillisesti aktiivisen hoitokontaktin ulkopuolella, varsinaiseen psykiatriseen hoitoon motivoitumattomia ja joutuivat ajoittain myös toimitetuksi sairaalaan. Kuitenkin he olivat kyseisellä terveys- ja sosiaaliasemalla tunnettuja. Seuraavasta sitaatista käy ilmi näitä omia ”kylähulluja” kohtaan välittävä, ymmärtävä asenne ja kaikesta huolimatta myönteinen suhtautuminen:

”Joo, saattaa käydä ihan hyvin (täällä ’morjestamassa’ – PH) joo, ne on kiikun kaakun

eli esimerkiksi ne ei ota lääkkeitään. Ne ei ole kuitenkaan siinä kunnossa, että ne sairautensa vuoksi voisi laittaa pakkohoitoon eli ne ei ole itselle vaarallisia, kun ne pystyy huolehtimaan itsestään, tai ne ei ole muille vaarallisia, joten nämä (tahdonvastaiseen hoitoon lähettämisen – PH) ehdot eivät täyty. Sit ne käy... vilahtaa tohon vastaanotolle, kertoo jonkun ihme jutun, sit ne taas lähtee... Sitä mieltii, mitä toi nyt oli...

Tai ne tuo jotain. Onhan tänne tuotu kaikenmoista, esimerkiksi semmonen iso kassallinen jotain rikkinäisiä vanhoja sukkahousuja... Se kertomus meni näin, että yksi meidän lääkäri on pistänyt housujen läpi ne pistokset, häneen jotain lääkkeitä – että jos ihminen kertoo jotain tällasii, ei häntä voida laittaa väkisin hoitoon, eikä häntä otetakaan – se on semmosta. Täällä on muutama sellainen niinku kylähullu. Sit ne saattaa kirjoittaa sivutolkulla jotain kirjeitä... Ne on semmosii, että suurin osa tosta toimistosta, terveydenhoitajat ja lääkärit tuntee ne... mutta niitten kans tulee toimeen.” (T1)

Korkeila (2006) kirjoittaa psykoosipotilaiden haitallisen päihteidenkäytön, syrjäytymisen ja muiden psykososiaalisten ongelmien lisääntyneen, mikä asettaa myös uudenlaisia haasteita avo- ja sairaalahoidolle, sillä näiden potilaiden häiriökäyttäytymisen riski on suurentunut. Vaikea sanoa, onko samasta ilmiöstä kysymys, kun sosiaalipalvelutoimiston työntekijät olivat panneet merkille asiakaskunnan lisääntyneen aggressiivisuuden, ainakin joissakin haastatteluissa he yhdistivät tämän juuri psykiatrisista sairaaloista uloskirjoitettuihin potilaisiin:

”...semmoset todelliset vaaratilanteet, kun asiakas hyvin aggressiivisesti käyttäytyy, sellaisia arvaamattomia tilanteita, niitä on tullut enemmän. Kuinka paljon se sitten heijastelee sitä mielenterveyspalvelujen siirtymistä avohuoltoon, ja kuinka paljon yleistä yhteiskunnallista tilannetta, se jää arvailujen varaan. Mutta tämä näkyy, että uhkaavia tilanteita on enemmän.” (S1)

1980-luvulla mielenterveyspalvelujen rakennemuutosta sairaalapainotteisesta hoidosta kohti avohoitoa suunniteltiin ja toteutettiin hallitusti. 1990-luvulla tapahtuneet muutokset; valtionosuusjärjestelmän muuttuminen ja taloudellisen laman vaikutuksesta sairaalapaikkojen väheneminen tapahtuivat hyvin nopeasti ilman, että avohoito olisi samanaikaisesti kehittynyt nopeasti syntyneen tarpeen mukaan. (esim. Lehtinen & Taipale 2000; Kilku & Koskinen 2003,15.) Tätä kuvaa aineistostani seuraava sitaatti:

“Sanotaan, että tää avohoito on niin nuorta, ja nyt on kuorittu kerma päältä pois, ja nyt sieltä tulee ne kipeimmät ihmiset, ja kipeämmät ja kipeämmät tänne avohoitoon, ja sellaiset ihmiset, jotka ei edes nauti eikä halua tulla tänne... Mutta väkisin tuodaan...

80-luvulla sieltä tuli nää helpot, laitostuneet, ja helposti kuntoutettavissa olevat ihmiset. Ne, joilla skitsofrenia oli taantunut jo, selkä taittunut. Ne on aika hyvin pärjänneet.” (N1)

Moni haastateltava kertoo, että 1980-luvulla laitoksista avohoitoon siirtyi "helppo aines", helposti kuntoutettavat ja 1990-luvulla on sitten siirretty niitä kipeimpiä, jotka eivät edes halunneet pois Nikkilän sairaalasta tai jotka ehkä eivät todellakaan pärjää ilman laitoshoidtoa. Onko niin, että inhimilliset laitoshoidon purkamisen ideat toteutuivat vielä prosessin alkuvaiheessa, mutta myöhemmin 1990-luvun alun lamankin myötä tahti vain kiristyi taloudellisten intressien myötä ja unohtui itse potilas ja hänen "paras", se mistä potilas viime kädessä eniten hyötyy. 1990-luvun puolivälissä monet asiantuntijat olivat tästä varsin huolestuneita (Esim. Salokangas 1994).

Myöhemmät tutkimukset (esim. Immonen 2000; Taipale 1996) ovat osoittaneet tuetun asumisen ja palveluasuntojen tarpeen avohoitoon siirretyillä potilailla sekä myös ns. avohoidon kroonikoilla.

"...sithän on nämä avohoidon kroonikot, joilla ei oo yhtään sairaalahoitoa ikinä ollut, avohoidossa koko elämänsä pyörineet... Nehän on eri asia sitten, ja niitä on paljon, jotka on vaan poliklinikalla käyny, ne kuitenkin ovat myös pitkäaikaissairaita. Näitä poliklinikalla käyntejä ja yhden päivän hoitoja voi olla Hesperiasa vaikka 50 vuodessa." (N1)

Erityisesti vaikeahoitoisten, hoitoon motivoitumattomien ja moniongelmaisten muun muassa kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla on todettu matalan kynnyksen palveluasumisen tarve ilman kuntoutumiseen liittyviä ehtoja (Esim. Huvinen ym. 2002, 49). Näitä Niemikotisäätiö oli juuri perustanut pari paikkaa ja ne tulivatkin esille muutamissa haastatteluissa.

"Niemikotisäätiö on perustanut 2 uutta paikkaa – tämmöstä asuntolatyypistä – just tämmösille ihmisille, jotka ei pysty olemaan tämmösessä aika paljon motivaatiota vaativassa kuntoutuksessa. Siellä ihmisillä ei ole mitään motivaatiota kuntoutua, eikä heitä yritetäkään väkisin pakottaa. He (Niemikotisäätiön työntekijät – PH) yrittää vaan tarjota sen katon ja ruoan ja vaatteet ja antaa heidän asua. --- Kyllä ne siellä lääkityksestä huolen pitää." (M2)

Hoidot psykiatrisissa sairaaloissa ovat entistä lyhyempiä ja tämä aiheutti jossain määrin huolta yhteistyötahoissa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimiston puolella.

"...välillä voi tulla vähän semmonen... että esimerkiksi asiakas on just ollut Hesperian sairaalassa... että se hoito olisi voinut jatkua vähän pitempään... että tulee sellainen olo, että se potilas ei ehkä ihan pärjää vielä, että hoito on jollain tavalla jäänyt kesken..." (S3)

"Siitä (Hesperian sairaalasta – PH) on semmonen kuva, että siellä on aikamoinen paine, että ne pistävät ulos hirveän äkkiä, kun potilas on jotenkin tolkuissaan, vähintään lomalle... että tulee vähän turhan aikaseen joskus..." (T1)

Keskimääräinen hoitoaika psykiatrisissa sairaaloissa on lyhentynyt vuodesta 1996 lähtien

jatkuvasti. Vuonna 1996 se oli 67 päivää ja vuonna 2003 enää 37 päivää. Tähän on vaikuttanut etenkin hyvin pitkien hoitoaikojen (3–10 vuotta tai yli 10 vuotta) väheneminen. Diagnooseittain tarkasteltuna skitsofreniaa sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika on vuodesta 1996 vuoteen 2003 lyhentynyt merkittävästi (168 päivästä 66 päivään). Masennustilan vuoksi hoidettujen potilaiden keskimääräinen hoitoaika on pysynyt lähes samana (28 päivää vuonna 2003). (Niemi 2005.)

1990-luvulla alettiin puhua ns. pyöröovisyndroomasta, jolla tarkoitettiin erityisesti skitsofreniaa sairastavien potilaiden toistuvaa ja aika tiheääkin sairaalaan palaamista. Tämän nähtiin liittyvän potilaan psyykkisestä tilasta riippumattomiin tekijöihin ja hyvinkin juuri sairaansijojen vähenemiseen ja hoitoaikojen lyhenemiseen, potilaiden nopeaan kotiuttamiseen ja lopputuloksena hoitajaksojen lisääntymiseen. Samansuuntaista kehitystä oli Salokankaan (2000, 185) mukaan myös ulkomailla. Toisaalta kotiutettujen potilaiden asumispalveluissa ja muutenkin avohoidossa pärjäämisen tukemiseksi saatettiin sopia etukäteen suunniteltuja intervallihoitoja tutulle osastolle. Näitä ei Salokankaan tutkimuksessa voitu eritellä lisääntyneistä hoitajaksoista (mt., 186).

Palveluasumisen yksiköt vastaavat nykyään kroonistuneiden skitsofreniaa sairastavien hoidosta ja asumisesta. Niistä käydään paljon periodihoitajaksoilla tietyillä osastoilla. Tämä on aivan viime vuosien uusi muutos psykiatrisessa sairaanhoitojärjestelmässä Helsingissä. Auroran tietyt osastot muutettiin toimintaidealtaan sellaisiksi, että ne ottavat vastaan palvelukotien, myös yksityisten, joiden kanssa Helsingin kaupungilla on ostopalvelusopimus, kriisiytyneisiin tilanteisiin ajautuneita asukkaita. Aikaisemmin nämä ihmiset tulivat potilaiksi aluejaon mukaisesti eri osastoille; nyt tietyt osastot hoitavat näitä tilanteita ja ongelmia keskitetysti.

7 PSYKIATRISET AVOHOITOPALVELUT

Tutkimusalueella psykiatrian avohoidon palvelujen määrä oli toki kasvanut samaan aikaan, kun sairaalahoidon kapasiteettia oli vähennetty, mutta ei samassa suhteessa eikä riittävästi. Varsinkin muut yhteistyötahot, esimerkiksi sosiaalitoimistossa ja perheneuvolassa, näkivät tarvetta akuutin hoidon järjestämiselle erilaisissa elämän kriisitilanteissa oleville ihmisille. On tietysti eri asia, tulisiko näiden akuuttien kriisihoitopalvelujen olla saatavissa psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiristä vai voidaanko niitä tarjota peruspalveluina. Kuitenkin psykiatrisen avohoidon uutuuksia olivat psykoosityöryhmät, jotka olivat kokeiluasteella aineistoa kerätessäni.

”...esimerkiksi meidän keskisessä suurpiirissä on – ja ympäri Suomea on – erilaisia tällaisia psykoosityöryhmiä, jotka pystyvät hyvin lyhyellä aikavälillä jopa sitten menemään kotiin arvioimaan tilannetta. Samaten Espoossa on toteutettu tämmöstä. Nää on yleistymässä.” (M1)

Valtakunnan tasolla tehtyjen tutkimusten (esim. Kärkkäinen 2004, 39) mukaan psykiatrian laitoshoidon vähentämisestä syntyneet säästöt eivät kohdentuneet avohoidon kehittämiseen vaan menivät laajemmalle myös somaattisen sairaanhoidon hyväksi tiukassa taloudellisessa tilanteessa. Tätä osasivat epäillä haastatteleman mielensterveys-alan ammattilaisetkin.

”...eikä niitä käytettäviä varoja siirretä avohoitoon. Osa niistä ehkä siirtyy terveyskeskuksen kroonikkohoitajärjestelmään eli terveyskeskussairaalaan, näitten vanhusten hoitoon. Kyllä mulla on tää käsitys, että – en tiedä, kuinka oikea tämä on – mutta ei ne kaikki resurssit, jotka periaatteessa sairaalasta olisi vapautuneet, kun Nikkilän alasajo on jostain pitkälti toista tuhatta olevasta potilasmäärästä pudonnut jonnekin 300-400:aan, niin ei ne resurssit ole tänne avohoitoon tulleet. Osa niistä on sidottu tähän kuntoutukseen, mutta että kyllä osa on kadonnut jonnekin muualle. En tiedä, onko tää mun paranoiaa, mutta kyllä se näin on. On avohoitokin saanut lisää resursseja. Sitä ei voi kiistää. ---

Kyllä me osittain on saatu myös Nikkilänkin... että sieltä on siirtynyt, mutta että onko kaikki siirtynyt Helsingin avohoitoon, sitä en tiedä.” (M1)

Haastatteluissani tuli esille, että tutkimuskohteena olevan alueen mielensterveysyksikön toinen omista 4-paikkaisista kuntoutuskodeista oli juuri lopetettu, koska sinne ei ollut tarjolla sopivia asukkaita, kuntoutumiseen motivoituneita psykiatrisia potilaita. Tarvetta oli nimenomaan sellaisista paikoista, joissa ei edellytä kuntoutusmotivaatiota, vaan huolehditaan asukkaan perustarpeista ja seurataan säännöllisen lääkityksen toteutuminen – mahdollisesti jopa siedetään alkoholin käyttöäkin, mikäli juominen ei tapahdu kuntoutuskodissa. Tällaisen paikan oli Niemikotisäätiö juuri avannut hiljattain.

Aineistossani tulee esille keskenään ristiriitaisiakin näkemyksiä siitä, kuinka helppo ihmisten on hakeutua asiakkaaksi mielenterveystoimistoon. Mielenterveystoimistossa nähdään kysynnän kasvaneen heillä suuremmaksi koko ajan – jopa liian suureksi. On jouduttu rajaamaan asiakas-kuntaa ja siirretty lähetekäytäntöön. Kun vielä 1970–80-luvulla mielenterveystoimistoon tuli enimmäkseen psykiatrisista sairaaloista jatkohoitoon tulevia pitkäaikaissairaita psykoosipotilaita, niin tänä päivänä näiden osuus on – ja jo 1990-luvulla oli – yhä hupeneva uuden kasvavan potilasryhmän rinnalla. Eli kuten mielenterveystoimiston lääkäri asian ilmaisee:

”...samalla muukin kysyntä kuin pitkäaikaishoito on lisääntynyt eli tavallaan psykoottisten potilaiden osuus on pienentynyt meidän klienteelistä koko ajan ja muita on tullut tilalle, kuten erilaisia elämän kriisejä, depressiopotilaita, ehkä sitten just tämmösten persoonallisuushäiriöongelmaisten osuus on voinut kasvaa jonkun verran näitten psykoottisten kustannuksella...”

Ja tähän oli juuri toimenpideohjelmien ja suositusten mukaista. Pitkäaikaissairaita psykoosipotilaita varten oli luotu oma kuntoutusjärjestelmänsä välimuotoisine kuntoutus- ja asumis-palveluineen ja näistä Helsingissä lähinnä vastaa Niemikotisäätiö. Kuitenkin mielenterveys-toimistossa alettiin nähdä heille hakeutumisen kynnyksen laskeneen jo kovin matalalle:

”Sitä mä oon monta kertaa ihmetellyt, että missä ne ihmiset on aikaisemmin käyneet, onko ne puhuneet omaisilleen... Nykyisin ainakin se kynnyks hakeutua mielenterveyspalveluihin on madaltunut – onko ihmiset tulleet neuvottomammiksi omien ongelmiansa kanssa, onko se mielenterveystoimisto se paikka, missä ihmisten pitäisi asioida...” (M4)

Nähtiin ihmisten jopa yrittävän käyttää hyväkseen psykiatrista hoitopaikkaa:

”...että jos ennen oli se, että psykiatria oli ‘paha peikko’, että se oli se viimeinen etappi, ja häpeä ja mitä kaikkia tunteita, ajatuksia, pelkoja siihen liittyi... niin on myös sitten toinen trendi, että sitaateissa ‘kun kirppu puree, niin mennäänpä mielenterveystoimistoon’, on jopa tällainenkin näkemys, joidenkin osalta, että kun rahat loppuu, niin se on mielenterveystoimisto, ja kun menee asunto alta, niin se on mielenterveystoimisto ja...”

...kun Suomessa tää hoitosysteemi myös täällä mielenterveystoimistossa, on aika paljon tällaisten sosiaalisten asioiden selvittelyä, niin tätä psykiatrista hoitoa käytetään jossain mielessä joidenkin etujen saamiseksi, niin kuin hyväksi.” (M3)

Yhteistyökumppaneitten kokemukset sosiaalitoimen puolella olivat täysin vastakkaisia näille mielenterveystoimiston työntekijäin näkemyksille. Siellä taas asiakkaiden pääseminen ja ylipäätään hakeutuminen mielenterveystoimistoon nähtiin usein aika hankalana ja kynnyksen hakeutumiseen arveltiin edelleen huolimatta yleisestä asenneilmaston muutoksesta olevan suhteellisen korkealla – varsinkin, jos asiakas oli ihan uusi ja pyrkimässä mielenterveystoimiston asiakkaaksi.

”On se kynnyks vähän korkee mennä sinne. Se on kyllä vähän monimutkaistakin, kun ei voi vaan suoraan mennä sinne, vaan pitää olla se lähete.” (S3)

Mielenterveystoimistossa oli juuri opittu rajaamaan omaa työtä ja korostamaan erikoissairaanhoidon luonnetta ja muistettiin hyvin mielenterveyspalveluiden porrasteisuuden ajatus: perusterveydenhuollon tulisi hoitaa lievempiä mielenterveyden häiriöitä. Erityisesti A-klinikalla nähtiin välillä asiakkaiden pääseminen mielenterveystoimistoon hyvin vaikeaksi ja heillä suhtautuminen ihmisen hätään ja avuntarpeeseen oli matalalla eikä niin sektoroitunut. Heillä on tuki myös päivystysvastaanotto joka aamupäivä.

”Tää järjestelmä on tehty semmoseksi oirekeskeiseksi, et ennen kuin ihmiselle tarjoutuu mahdollisuus hakeutua hoitoon, niin täytyy olla joku selkee taudinkuva tai oirekuva, niin sitten se menee kivasti. Mutta jos, niin kuin aika moni asiakkaista tai kansalaisista, kun ne on syystä tai toisesta hädissään, niin ne oireet on kans mitä monimutkaisimpia, niin sitten ei oikein löydy mitään paikkaa.” (A1)

Myöhemmissäkin tutkimuksissa on nähty, että nykyisten yhteiskunnallisten muutosten aikakautena väestölle kehittyvä epämääräinen oireilu, arkielämästä selviytymättömyys ja henkinen pahoinvointi ei mahdu tai ei kuulu nykyisen palvelujärjestelmän tukimuotojen piiriin. Nykyinen palvelujärjestelmä ei riitä tai ei ole tarkoituksenmukainen vastaamaan kasvavaan palveluiden kysyntään. Osa kasvavasta palveluiden kysyntää aiheuttavasta henkisestä pahoinvoinnista edellyttää uudenlaisten palveluiden kehittämistä. (STM 2004, 30.)

”...meillä on 2 kohdetta, joissa tehdään kolmivuorotyötä ja joka työvuorossa on vähintään 2 työntekijää, että siellä on aika raskas miehitys – ne ottaa näitä Hesperian moniongelmaisista, joilla mielenterveysongelman lisäksi on alkoholi- tai päihdeongelma. Eihän me niitä raittiiksi saada eikä alkoholin käyttö ole kiellettyä, mutta kiellettyä on kuntoutuskodissa ryypääminen. ---
Ja tää on siis meillä ihan uusi toimintamuoto, ja ehkä tulevaisuuden painopistealue: Kyllä ne niin lisääntyy... Ennenhän näillä Nikkilän (sairaalan – PH) potilailla ei ollut tämmöstä päihdeongelmaa, mutta nykyään on.” (N1)

Toisaalta avohoitopainotteisuuden myötä myös ns. perinteisten psykiatristen potilaiden päihteiden käyttö on lisääntynyt, jolloin kaksoisdiagnoosien (samanaikainen päihdehäiriö ja muu psykiatrinen häiriö) ja kolmoisdiagnoosien (kaksoisdiagnoosin lisäksi potilaalla on somaattinen sairaus) merkitys on kasvanut (Korkeila 2006, 13). Lisääntynyt päihteiden käyttö on vaikeuttanut mielenterveyspotilaiden hoitoa. Asiakkaiden ja potilaiden ongelmat eivät useinkaan rajoitu palveluissa olevien rakenteiden ja osaamisen mukaisesti, jolloin sujuvien hoitokokonaisuuksien kehittämisessä syntyy rakenteellisia ja näkemyksellisiä ristiriitoja. (STM 2004, 58–59.)

Kuitenkaan nuo aineistossani esiintyneet eriävät näkemykset eivät tarkoittaneet sitä, että sosiaalitoimen ja mielenterveyspuolen välinen keskinäinen yhteistyö olisi koettu puolin tai toisin huonoksi – päinvastoin, sitä pidettiin hyvänä ja toimivana ja sen kehittämiseen oli uutta vireillä ja suunnitteilla, varsinkin, kun alueen sosiaali- ja terveysasema olivat juuri hiljattain muuttaneet saman katon alle ja olivat nyt ikään kuin samaa yksikköä. Näen, että kyseessä on nimenomaan niin kovin eri näkökulmat samaan ihmiseen/ asiakkaaseen/ potilaaseen ja tämän tilanteeseen. Kukin toimipaikka ja organisaatio lähestyy asiaa omista toiminnan lähtökohdistaan ja myös tieteiden eri aloilta ja viitekehyksistä. Tässä jälleen näen terveydenhuollon – tässä tapauksessa psykiatrian sisällä toimivan – sosiaalityöntekijän roolin ja paikan linkkinä ja tulkkina. Työnjaosta ja eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä kerron vielä tarkemmin omassa luvussaan.

Tutkimuksellista näyttöä mielenterveyden häiriöiden lisääntymisestä Suomessa ei ole (esim. Wahlbeck 2007, 92; 2004). Kuitenkin mielenterveyspalveluiden kysyntä on jatkuvasti kasvanut. Kasvavan kysynnän syyt Wahlbeck liittääkin enemmän yhteiskunnallisiin muutoksiin kuin epidemiologisiin muutoksiin. Perhe- ja sukulaissiteiden löystyminen, elämään kuuluvien normaali-ilmioiden medikalisaatio ja mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman ja häpeän lieventyminen ovat lisänneet ammatillisen mielenterveysavun hakemista.

Väestön koetun ammattiavun tarpeen lisääntymistä kuvaa myös valtavasti nousseet lääkekulutusluvut. Masennus- ja unilääkkeiden kulutus on viimeisen kymmenvuotiskauden aikana moninkertaistunut. Vuonna 2005 Suomessa kulutettiin 1 000 asukasta kohti 52 määriteltyä vuorokausiannosta masennuslääkkeitä ja 54 vuorokausiannosta unilääkkeitä (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2006; Ref Wahlbeck 2007, 92). Kymmenessä vuodessa masennuslääkkeiden kulutus vuorokausiannoksina mitattuna on lähes kolminkertaistunut ja unilääkkeiden kulutus on lähes puolitoistakertainen. Ilmeistä on, jatkaa Wahlbeck (mt.), että kulutuksen kasvu ei pelkästään selity aikaisemmin hoitamatta jääneiden mielenterveyden häiriöiden siirtymisellä lääkehoidon piiriin, vaan myös kuvastaa muutosta väestön ja lääkärikunnan suhtautumisessa psyyken lääkehoitoon.

Lääketieteellisesti diagnosoitavien mielenterveyden häiriöiden määrässä ei ole kahden vuosikymmenen kuluessa tapahtunut määrällisiä muutoksia, mutta monien lähteiden perusteella väestön muu henkinen pahoinvointi on kasvussa. Monet yhteiskunnalliset muutokset, arvojen koventuminen, lainsäädännölliset muutokset ja talouden korostuminen ovat merkinneet etenkin lapsiperheille lisääntyvää eriarvoisuutta, köyhtymistä ja työn ja perheen yhteensovittamisen

vaikeutta. Myös erilaisen pähteiden käytön nähdään lisääntyneen. Muuttunut yhteiskunnallinen tilanne tuottaa uudenlaista pahoinvointia ja siten kasvavaa palveluiden kysyntää mielenterveyspalveluihin. Niistä kuitenkin puuttuvat sekä resurssit että valmiudet vastata esille tulleisiin uusiin haasteisiin. (STM 2004, 31.)

8 SOSIAALIPALVELUJEN VASTAAVUUS MIELENTERVEYSPOTILAIDEN TARPEISIIN

Aineistoni näyttää antavan aika vähän varsinaisia vastauksia siihen, miten sosiaalipalvelut vastaavat tietyllä tapaa uuden asiakasryhmän tarpeisiin. Ne, jotka ennen saivat kaiken heidän sairautensa vaatiman hoidon ja huollon laitoksessa, psykiatrisessa sairaalassa, ovat tänä päivänä yleisten peruspalveluiden käyttäjiä siinä, missä me kaikki muutkin (Mielenterveyslaki 1116/90 5 § 1). Myös uusille mielenterveyspalveluiden käyttäjillekin tulisi räätälöidä toimiva palvelukokonaisuus, jossa yhdistyisi monimuotoisuus ja moniammatillisuus. Suunnitelmia kyllä oli, mutta ne eivät vielä eläneet käytännön työssä. Itse asiassa uudella kokeilualueella, jossa terveys- ja sosiaaliasemat oli yhdistetty, oltiin varsin toiveikkaita uuden yhteistyön suhteen; saman katon alla olemista pidettiin selvänä synergiaetuna.

8.1 Kotipalvelu

Kotivastajat joutuivat paljon tekemisiin mielenterveyspotilaiden kanssa. Itse asiassa olin siitä hyvin hämmästynyt, kuinka hyvää palvelua tällä alueella kotipalvelu saattoi mielenterveysongelmallisille antaa. Toisaalta kotipalveluohjaajan mukaan näillä ihmisillä ei sitten juuri muuta hoitokontaktia ollutkaan, että tavallaan hän näki näiden ihmisten myös olevan jossain määrin heitteillä. Tilanteisiin löytyi hyvin persoonallisia, yksilöllisiä ratkaisuja, joissa selvästi jonkun mielenterveydellisiä ongelmia omaavan henkilön kanssa asia saatiin hoitumaan olemalla joustava. Tällaiset tapaukset olivat lähinnä niitä, jotka eivät olleet mielenterveystoimiston asiakkaina. Näissä tuli esille myös tiivis yhteistyö esimerkiksi terveyskeskuslääkärin kanssa. Asiaan ehkä vaikutti myös kotipalveluohjaajan oma persoona. Hän oli työskennellyt tällä alueella jo yli 10 vuotta. Hänestä välittyi syvä ymmärrys ja myötätunto mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Hän pystyi soveltamaan ennaltaehkäisevää otetta ja näki asioiden edelle, mitä tiukasti pelkästään virkaohjesääntöön tukeutuva byrokraatti ei olisi ehkä tehnyt.

”...mä oon pitänyt jonkinlaista niinku varallisuusharkintaa kotipalvelun antamisessa, että jos on tällainen 14 000 mk kuukaudessa saava vanhus, joka tarvitsee vaan ruoanlaitto- tai siivousapua, ja kaupassakäyntiapua, niin hänellä on tänä päivänä esimerkiksi Helsingissä mahdollisuus ostaa palvelut monesta paikasta ja halvemmallakin kuin kunnallinen palvelu, mutta esimerkiksi tämmönen mielenterveystoimiston asiakas tai joku vanhus, jolla on pelkkä kansaneläke, saattaa olla tämmönen 3000 mk kuukaudessa, niin hänellehän meidän pitää taata palvelut, koska hän ei niitä pysty ostamaan.” (S4)

Vaikka tutkimusalueen kotipalvelussa pidettiin hyvää huolta mielenterveysasiakkaista ja heihin panostettiin, myös ongelmia nähtiin. Kodinhoitajat saattoivat tuntea itsensä keinottomiksi kohtaamaan avohoidossa olevia vakavasti psyykkisesti sairaita, joiden kokonaisvaltaisesta perushuollosta vastasi ennen sairaalaosasto. Mielenterveysyksiköltä kaivattiin koulutusta ja työhönohjausta siihen, kuinka kohdataan psyyken potilaita.

”Niitä ‘eväitä’ tarttee esimerkiksi sellaiseen, että miten suhtautuu, kun joillakin on kauhee itsetuhovietti, semmonen, että puhuu koko ajan, että “nyt mä lopetan itteni... tai nyt mä vedän noi kaikki lääkkeet, että seuraavalla kerralla mä en oookkaan täällä, hähä hää – vai hyppäänkö tuolta partsilta alas, et mitäs tykkää...?”

Meillä on suurin osa asiakkaista vanhuksia, jotka sanovat, että he odottavat kuolemaa, tai “nyt heidät on unohdettu tänne”.---

Näitä kuoleman löytämisä on aika harvoin, mutta kun se tapahtuu jonkun tämmösen kohdalla, joka on puhunut itsemurhastaan... Tämän kymmenen vuoden aikana, mitä mä olen ollut tällä alueella töissä, niin on kolme tämmöstä tapausta. Sitä, että puhuu itsemurhasta, niitä on aina yks, joskus on kaks, kolmekin yhtäikää – mutta niitä on aina yks, joka aiheuttaa aika paljon ahdistusta työntekijöissä.” (S4)

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa henkilökunta on koulutettu kohtaamaan ihmisten äärimmäistäkin hätää, kuten suuicidaalisuutta, toisin kuin perushoidollisissa tehtävissä toimivat kotiavustajat. Mielenterveyspalveluiden uusissa tuottamisen strategioissa (Esim. MIPRO) korostetaan juuri psykiatrisen erikoissairaanhoidon antamaa työhönohjausta ja konsultaatiota porrasteisen hoidon toteutuksen tukena. Aineiston keruun jälkeen tässä, kuten monissa muissakin asioissa on tullut kehitystä ja uusia palveluja.

Sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveyskeskuksen kotisairaanhoido yhdistettiin uudeksi kotihoito-osastoksi 1.1.2005. Terveyskeskuksen hallinnoiman osaston toiminta oli vuodet 2005–2008 kestävä kokeilu (Terveyskeskuksen toimintakertomus 2005). Jokaiseen viiteen kotihoitoyksikköön on tullut erilliset mielenterveystiimit, jotka ovat suunnattu antamaan kotipalvelua juuri psyykkisesti sairaille. Asiakkaat tulevat heille usein psykiatrisen erikoissairaanhoidon lähettäminä. Usein järjestetään yhteinen hoitoneuvottelu, jossa kartoitetaan potilaan avun tarve ja sovitaan yhteiset tavoitteet määräaikaikaiselle kuntoutusjaksolle. Mielenterveystiimi voi siis toimia muun hoidon lisänä ja rinnalla. Kotihoito-osastolla ei ole psykiatrian erikoislääkäreitä, vaan lääkäripalvelut tulevat akuuttisairaalaosastolta.

8.2 Muut sosiaalihuollon peruspalvelut

Sosiaalihuollon peruspalvelut osana mielenterveysasiakkaan hoitoa ja palveluiden valikoimaa tulevat aineistossani esille todella vähän. Varsinkin maininnat vammaispalvelulain soveltamisesta uupuvat lähes täysin. Ainoastaan toinen asunnottomien erityissosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöistä mainitsee sen kerran, että lain käytännön soveltamisesta on erittäin vähän kokemusta. Toisaalta on myös totta, että en ole itsekään tuota palvelua juuri kenellekään ollut järjestämässä. Vammaispalvelulain soveltamisesta mielenterveyspotilaiden tarpeisiin on kyllä potilas- ja omaisjärjestöt peräänkuuluttaneet kaiken aikaa. Toisaalta vammaispalvelulain mukaiset järjestelyt tulevat kuvaan viimesijaisena, jos tarvittavat palvelut eivät muun lain perusteella ole järjestyneet. Mielenterveyslaki, kansanterveyslaki sekä sosiaalihuoltolaki luovatkin ainakin periaatteessa laajat puitteet ja ohjeet mielenterveysasiakkaan hoidon ja arjen sujumisen turvaamiseksi.

Haastateltavat sosiaalitoimen työntekijät kertoivat, että moni mielenterveydellisistä ongelmista kärsivä voi asioida toimeentulotuen hakijana tai olla jopa lastensuojelun asiakkaana ilman, että kertoo psyykkisistä ongelmistaan tai että on myös mielenterveystoimiston asiakkaana. Toki pitkään jatkuvassa hyvässä vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa nämäkin puolet asiakkaan elämästä voivat tulla esille ja vakavammat ongelmat tapaavat kriisiytyä ennen pitkää. Lastensuojelun sosiaalityöntekijä sanookin monesti näkevänsä tällaisen tilanteen ja vaan odottavansa kärsivällisesti:

”Se on usein silloin kyllä se tilanne, että se lapsi tavallaan oirehtii tai sen kehitys on häiriintynyt, viivästynyt, pysähtynyt, että kyllä se aina jossain sitten näkyy, jolloin se lapsi tulee siihen auttamisen kohteeksi, että... ----
...olla mukana prosesissa, kunnes se ratkee aikanaan, miten milloinkin... Siinä vaiheessa voi ainakin luoda suhdetta, ja tutustua ihmisiin ja yrittää ymmärtää sitä elämäntilannetta. Kyllä se siitä sitten on aina lähtenyt...” (S2)

Monet psykiatrian kroonikot olivat ns. välitystiliasiakkaita sosiaalitoimistossa, mikä tarkoittaa sitä, että heidän eläkkeensä tulevat ensin sosiaalitoimen tilille ja sieltä sitten välitetään joko suoraan asiakkaiden pankkitileille kuukausittain tai muulla sovitulla tavalla. Jos heidän varansa eivät olisi välityksessä, he joutuisivat helposti toimeentulotuen tarpeeseen vain siitä syystä, että he eivät osaa vähitellen varoja käyttää, vaan ne menisivät kerralla kaikki. Se on siis ennaltaehkäisevää työtä. Tämä käytäntö on myös erittäin yleistä asunnottomien erityissosiaalitoimiston asiakaskunnassa, josta kerron seuraavassa alaluvussa.

8.3 Asunnottomien sosiaalipalvelutoimisto

”...kotiutettiin meidän aulaan hakemaan asuntolapaikkaa – ja kyllähän sitä vieläkin tehdään. Nyhän meillä tehdään kartoitus just siitä, että kerätään tiedot kaikista niistä mielenterveysongelmaisista potilaista, jotka tulevat hakemaan asuntolapaikkaa.

Nyt se on tosiaan kääntynyt sit siihen, että enää ei yritetä epätoivoisesti sitä, että saatais mielenterveyspuoli hoitamaan ne omat hommansa, vaan on kertakaikkiaan otettu nää ihmiset, et okei, hoidetaan niitten ihmisten asiat täällä! Sit pyritään tätä kautta lähtee miettimään, mikä niitten paikka on ja minkälaista hoitoo niille pitäisi järjestää, ja siitä seurauksena on toi Lauttasaaren tukikoti ja Sahaajankadun asuntola.” (E2)

Aineistoni kriittisimmät näkemykset kaikkia tutkimuskysymyksiäni kohtaan ja lähinnä suhteessa palvelujen riittävyteen, kattavuuteen, saatavuuteen, sopivuuteen ja yhteistyöhön mielenterveyspuolen kanssa tulivat ESTO:sta, asunnottomien erityissosiaalitoimistosta (nykyisin ASSO). Heiltä löytyi myös useita eläviä esimerkkejä palvelujen väliinpuotoajista, myös niistä julkisuudessa ja eri kirjallisuudessa paljon väitellyistä ”katuskitsofreenikoista”. Heidän keskeisin yhteistyökumppani mielenterveysongelmaisten asiakkaiden kanssa oli Hesperian sairaala (nykyään vastaavat toiminnot sijaitsevat Auroran sairaalassa). Mielenterveystoimistoihin (nykyisiin psykiatrian poliklinikoihin) ei kontakteja ollut juuri lainkaan. Se kuvasti asiakkaiden psykiatristen avohoidon palveluiden piiriin pääsemisen ongelmallisuutta: kun ei ollut osoitetta, oli vaikea päästä hoitoon sekä myös kiinnittyä yhtään mihinkään.

Sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista yleisimmin käytettyjä psykiatrisilla potilailla oli välitystilien hoito ja toimeentulotuki, päihdehoito jossain tapauksissa. Vammaispalvelulain soveltaminen oli hyvin harvinaista. Asuttamispäätökset kuuluvat asiaan, mutta molemmat haastatelluista ESTO:n sosiaalityöntekijöistä olivat erityisen huolissaan sellaisista – heidän näkemyksen mukaan – mielenterveysongelmaisista asiakkaista, joiden paikka ei missään tapauksessa kuuluisi olla yleisessä asuntolassa.

”Asuntoloissa on vahtimestareita, nehän on vaan siellä järjestyksen ylläpitäjinä. Se on vähän semmonen henkilökysymys siellä, että onko joku niin kiinnostunut niistä asukkaista, että se katsoo, miten se asukas voi siellä, et aika harvassa asuntolassa... Monesti asuntoloissa nää psyken potilaat hukkuu sinne; siellä on niin paljon näitä juopuneita ´örväkkeitä härläämässä`, että joku tämmönen hiljaisempi psyken potilas, se jää sinne – jos se on hiljaisella tavalla psykoosissa, niin se voi olla siellä vaikka kuinka pitkään eikä kukaan huomaa yhtään mitään. --- Sitä tapahtuu aika paljon, että kun ne on eläkkeellä, niin niillä on rahaa aina eläkepäivinä, niin sitten käytetään hyväksi.” (E2)

Näillä ihmisillä ei siis ollut mitään kontaktia psykiatrian hoitojärjestelmään – ehkä koskaan

ollutkaan tai sitten ainoa oli, että heidät aina ajoittain toimitettiin tahdonvastaiseen hoitoon psykiatriselle osastolle joksikin aikaa ja kuvaan kuului, että jatkohoidosta nämä eivät olleet yhtään kiinnostuneita. Naisten tukikodissa oli tuohon aikaan hyvin vanhoja asukkaita, jotka todellakin olisivat jo ikänsä puolesta tarvinneet vanhustenhuollon palveluasumista, mutta olivat erittäin hankalia. Vanhin oli syntynyt 1909.

”Mä en niitä diagnooseja tiedä, koska nää on semmosia, jotka ei ole hoitoa tarvinnut, ehkä joskus nuorena, mutta ei varmaan vanhempana. Ne on hyvin epäluuloisia, pelokkaita, itsepäisiä ja sit just sellaisia, jotka kerää sitä tavaraa, sillä lailla hyvin epäluuloisesti suhtautuvat, niinku tietyllä tavalla paranoidisia. Näillä vanhimmilla ei ole ollenkaan päihdeongelmaa – en mä nyt kovin pitkää aikaa tiedä taaksepäin, mutta tämän kuuden vuoden aikana ei ole ollut mitään.” (E2)

Asunottomien erityissosiaalitoimistosta asiakkaiden saaminen mihinkään psykiatristen palveluiden piiriin oli haastateltavien sosiaalityöntekijöiden mukaan varsin hankalaa.

”Meidän asiakkaat, ne on niin kipeitä ihmisiä, että... ainoa on se, että ne viettää jonkun jakson sairaalassa, että taas pystyy olemaan poissa sairaalasta... Tosi vähän on semmosii, joista voisi ajatella, että ne hyötyykin jostain kuntoutuksesta. Jotenkin tuntuu, että jos ei mahdu niihin kriteereihin, mitä esimerkiksi sairaalassa osastolla katsottais, et tää hyötyy jostain kuntoutuksesta... useimmiten kyllä tuntuu, että nää meidän on jollain tavalla sairaalankin mielestä niin hankalia, että ei niille tehdä mitään erityisiä suunnitelmia... tai sitten vaan käy se, että vaikka on suunnitelmat tehtykin, niin eihän nämä pidä niitä. Aika monet on semmosii, että 99 %:sesti ne laiminlyö hoitonsa, ne kiertää sitä rataa: ne on sairaalassa jakson, ne pääsee sieltä pois, ne jättää lääkityksen, eikä se riitä... Siellä on melkein kaikki niin, että ne käy piikillä, ja se ei riitä, eihän sitä kukaan kovin hyvin pysty valvomaan, sit taas menee joku aika siihen, että joudutaan taas soittamaan auto, että takaisin Hesperiaan, että joudutaan aloittamaan alusta tää...” (E2)

Joitakin saatiin sijoitettua asumaan Niemikotisäätiön uusiin kuntoutuskoteihin, joissa ei edellytetä kuntoutusmotivaatiota ja niissä voitiin sietää myös esiintymistä päihtyneenä – mutta sieltäkin oli joku joutunut jo palaamaan takaisin yleiseen asuntolaan, kun ei pärjännyt.

Reilussa 10 vuodessa mielenterveysongelmaisten asuttamisessa on tapahtunut paljon muutosta. Sosiaalitoimiston rooli vaikeiden mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien asuttamisessa on tullut huomattavan keskeiseksi 2000-luvulla (Ks. myös Pitkänen & Kaakinen 2004). Helsingin kaupungin mielenterveyspalveluprojektin, MIPRO:n yhtenä osa-alueena oli määritellä terveyskeskuksen ja sosiaalihuollon työnjako ja yhteistyö mielenterveysasiakkaiden asumisen järjestämisessä. Asumispalveluihin sijoittuminen tehdään yhteistyönä sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen SAS-toiminnassa, jossa tavoitteena on löytää mahdollisimman tarkoituksenmukaisen asumispalvelu

asiakkaalle. Tänä päivänä sosiaalipalvelutoimisto ostaa paljon asumispalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. (Mielenterveysasiakkaiden...2004a.) Päättävä toimielin on ns. SAS-työpari, jossa on sosiaalitoimen (ASSO) ja terveyskeskuksen psykiatrian edustus. Nämä eivät vielä juurikaan tule esille aineistossani, yksityiset palveluntuottajat eivät esiinny edes yhteistyökumppaneina. Tämä toiminta on kehittynyt ennen kaikkea sen jälkeen.

9 TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ

Työnjakoa ja yhteistyötä koskevat kommentit ja vastaukset nousivat aineistossa ensimmäisenä ja selkeimpinä esille. Se vaikutti myös olevan paljon puhuttava aihe. Liittyen kaikille haastattelun alussa esittämäni kysymykseen, mitä mielenterveyspalveluita haastateltava tietää alueella olevan, kaikki tuntuivat tietävän aika hyvin, mitä palveluja mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät voivat alueella käyttää. Kaikki eri toimijatahot tulivat nimetyiksi toistensa yhteistyökumppaneina enemmän tai vähemmän ainakin periaatteellisella tasolla.

Hyvin monissa haastatteluissa tulee esiin yhteistyöstä puhuttaessa se, että toisen toimipisteen tai organisaation työntekijöiden tunteminen on tärkeää ja tekee yhteistyön ja yhteyden ottamisen huomattavasti helpommaksi. Myös työntekijöiden pysyvyys ja pitkäaikaisuus korostuu: silloin asiakaskunta tulee tutuksi, työntekijät oppivat tuntemaan toisensa sekä ehkä itselle vieraankin organisaation toimintatapoja. Jos toisen organisaation työntekijät eivät olleet ollenkaan tuttuja, niin yhteistyötä oli vähemmän. Yleensä yhteistyö koettiin hyvin toimivaksi ja joustavaksi. Monet haastatelluista olivat olleet pitkään työssä alueella ja omassa toimipaikassaan. Oli myös oman yksikön sisällä tultu tutuiksi myös henkilökohtaisella tasolla, mikä edelleen teki yhteydenottamisen helpommaksi ja rennommaksi. Uskottiin asiakkaiden selkeästi hyötyvän tästä. Näin oli erityisesti mielenterveysyksikön sisällä, johon kuului vastaanottotyöryhmiä, päiväosasto, toimintaterapia, sekä sairaalassa sijaitsevia osastoja. Näistäkin se osasto, joka oli lähempänä samalla alueella, koettiin helpommaksi lähestyä ja olla tekemisissä. Tosi asia on, että Helsingin laidoilta on pitkä matka Hesperiaan tai nykyään Auroraan, jossa kaikkien alueiden keskitetty psykiatrinen sairaalahoido sijaitsee. Myös sosiaalitoimen puolella koettiin yhteistyön olevan sujuvampaa oman hallintokunnan sisällä. Eräs haastatelluista kuvasi sosiaali- ja terveystalouden eron olevan hyvinkin jyrkkää:

”... sanotaanko näin, että Helsingin kaupungissahan on hirveen sisäänlämpiävä systeemi, että sosiaalipuoli on ollu pitkään niinku omaa ja terveydenhoitupuoli on ollu omaa, ja vähän semmonen... tavallaan niinku omat reviirit.” (S4)

Sosiaalityöntekijöitten haastatteluissa tuli selviä työntekijäkohtaisia eroja siinä, kuinka paljon he tekevät yhteistyötä psykiatrisen puolen kanssa tai ylipäättään siinä, kuinka hyvin he tuntevat näitä toisen toimipisteen tai vieraan organisaation työntekijöitä. Johtavan sosiaalityöntekijän puheessa tulee selvästi esille enemmän ns. viranomaispuhe eli paljon niitä suuntaviivoja, joita toimintakertomuksissa ja -suunnitelmissa löytyy, siis eri organisaatioiden välisen yhteistyön tärkeys ja korostaminen, kun taas rivityöntekijöiden haastatteluissa kuultaa myös arki ja käytännön pulmat.

”Se (yhteydenotto puhelimitse – PH) on kyllä aika hankalaa. Kerrankin mä yritin 3-4 päivää, kun siellä on se tunti päivässä, mutta se oli aina vaan varattu! Sit mä soitinkin suoraan yhdelle työntekijälle... Sekään ei ollut ilmeisesti ihan hyvä... Olisi pitänyt soittaa siihen neuvontanumeroon... Kun ei ole niinkään, että voisi jättää puhelinvastaajaan viestin, jotta saadaan yhteyttä... Että jos on vaan se tunti päivässä kaikille tarkoitettu...” (S3)

Edellä siteeratulla sosiaalityöntekijällä viranomaisyhteistyö mielenterveysasiakkaiden kohdalla tuntui olevan todella vähäistä, kun taas jollakin toisella sosiaalityöntekijällä yhteistyö tuntui olevan luontevaa ja sujuvaa. Oma tulkintani tästä onkin se, että mitä pitempään työntekijä on ollut omassa työssään, sitä helpommaksi myös yhteistyöverkoston löytäminen ja tutuksi käyminen tulee – asiakaskontaktien kautta luontevimmin. Tätä puolta myös joku pitkään alueella työskennellyt työntekijä toikin esille: että hän on ”ihan henkilöitynyt monellekin – muhun on varmaan helpompi ottaa yhteyttä, kuin se, että on joku nimi listassa”.

”Niin, jos nyt olisi jotain säännöllistä tai edes... mutta kun mä en edes tiedä tällä hetkellä, ketkä kaikki tai minkä näköisiä ne työntekijät on... Mä tunnen jonkun, kenen kanssa on ollut jotain yhteistyötä... Ainahan se on helpompaa, jos... Kun sielläkin on vaihtuneet ne työntekijät... Kyllähän se... Olisi edes joku semmonen yhteinen kokous...” (S3)

”Meillähän on täällä alueella aika tiivis ja hyvä yhteistyö, meillähän on yhteisiä palavereja ja... Täällä on työryhmät, joissa on eri hallintokuntien yhteisiä kokouksia pyritty pitämään, siinähän on nyt aika pitkälle tällaisista alueen yhteisistä ongelmista ehkä yleisellä tasolla keskusteltu ja se on ehkä enemmän mennyt tämmösen prevention, ennaltaehkäisevän mielenterveystyön piikkiin.” (M3)

Mielenterveystoimiston puolella nähtiin yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa olevan ehkä enemmän kuin mitä sosiaalihuollon puolella koettiin. Sosiaalitoimen taholla pikemminkin nähtiin tarvetta enemmän yhteistyölle. Arvelen, että siinä mahdollisesti näkyy jotenkin heille tulleiden uudenlaisten asiakkaitten tuoma epävarmuus ja konsultaation tarve. Toisaalta pitkään alueella työskennelleet sosiaalityöntekijät usein korostivat saavansa helposti konsultaatiota mielen-terveystoimistosta yksittäisissä asiakaskohtaisissa tilanteissa.

”Kyllä sieltä saa tapauskonsultaatioajan muutaman päivän sisään tai vaikka hetikin, että jos on akuutti kriisi, kun vaan soittaa sinne, niin saa jo puhelimesta jotakin tukea, kyllä sieltä aina joku lääkäri löytyy tai sosiaalityöntekijä...” (S2)

Sektoroitunut hoito- ja palvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tarpeisiin. Jos potilas ohjautuu päihdehuollon erityispalveluihin voi käydä niin, että psykiatrisen

hoidon tarvetta vähätellään tai siltä ummistetaan silmät, kun taas psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä päihdeongelman luonnetta paisutellaan ja korostetaan sen ensisijaisuutta (Mäkelä 2003, 188–189; Kärkkäinen 2005, 302; Ref. Tainio 2007, 38.) Tämä on vanha tuttu ongelma, joka tuli hyvin selkeästi esille omassa tutkimusaineistossanikin, erityisesti A-klinikan työntekijäin huolena.

A-klinikan, sekä myös Perheneuvolan työntekijä, pyöritteli vastauksissaan useaan otteeseen kuin kuumaa perunaa tätä sektoroituneeseen palvelutarjontaan liittyvää ongelmaa, kun hekin näkivät asiakkaillaan olevan kyse niin monenlaisesta problematiikasta yhtäikaa; kaivattiin ja nähtiin tarvetta sellaiselle matalan kynnyksen paikalle, jossa ihmisen hätää ja asiakkaan ongelmaa ei heti diagnosoida. Jossain määrin A-klinikan työntekijä koki oman toimipisteensä olevankin tällainen ”kaatopaikka”. Toisaalta hän korosti kuinka lama oli vaikuttanut siten, että nykyään tehdään heti hoitosuunnitelma ja pohditaan tarkemmin asiakkaan tilanne vieläpä asiakkaan kanssa yhdessä, kiteytetään hoitoon lähettämisen idea ja hoitoajatus. Ikään kuin aikaisemmin olisi otettu asiakkaaksi löyhemmin perustein ”tietämättä, jostain täysin määrittelemättömästä syystä”. Asiakaslähtöisyys korostui vahvasti haastateltavan puheessa.

Myöhemmätkin tutkimukset ovat todenneet, että perheneuvolatoiminnan, päihdepalvelujen sekä muun mielenterveyspalveluna toteutettavan sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon muodostamaa kokonaisuutta ei ole hahmotettu tavoitteiltaan yhtenäiseksi mielenterveyspalveluiden toimintakokonaisuudeksi. Toiminnoissa on osittain päällekkäisyyttä ja osaamisen hukkakäyttöä, osittain palvelujen tarvitsijat, esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat, jäävät ilman palveluita. (STM 2004,39.) Koko palvelujärjestelmän hajautuneisuus tulee näkyväksi päihteiden käyttäjien saaman avun sattumanvaraisuutena ja potilaiden pallotteluna hoitopaikasta toiseen. Lainsäädäntöön perustuva yhteistoimintavelvoite ei vielääkään toteudu riittävän tehokkaasti käytännön toiminnassa, vaikka päihdepalveluissa asioivilla on varsin usein myös mielenterveydellisiä pulmia, ja heidän tulisi saada joustavasti ja asiakaslähtöisesti itselleen räätälöityä apua myös muilta hallinnonaloilta. (STM 2004, 25–26.)

10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa tarkastelen sitä, kuinka psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on vaikuttanut potilaiden hoitoon ja onko niiden tilalle tullut riittävästi avohoitopalveluja sekä kuinka sosiaalipalvelut vastaavat laajenevan ja tietyssä mielessä uuden asiakasryhmän tarpeisiin. Myös eri toimijoiden välinen työnjako ja keskinäinen yhteistyö oli keskeinen tutkimuskysymys.

Teoreettisina lähtökohtina tutkimukselleni olivat yleinen laitoskritiikki, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen järjeistäminen ja psykiatrisen hoidon kehittäminen: mielisairaalajärjestelmän purkaminen sekä siihen liittyvä kuntoutusoptimismi ja avohoitoideologia. Suomalaisen psykiatrian deinstitutionalisaatio ja desentralisaatio alkoivat vähitellen 1980-luvulla ja kehitys kiihtyi jopa hallitsemattomaksi 1990-luvun alun laman myötä (Esim. Korkeila 2006, 1998, 1996; Taipale 1996). Tutkimuksen alussa käsittelen suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittämistä, rakennemuutoksen taustoja ja kantavia periaatteita avohoitoideologiaa suunniteltaessa ja laitoshoidoa purettaessa.

Empiirisenä aineistona olen käyttänyt vuonna 1994 tekemiäni 14 haastattelua Helsingin tietyn alueellisen suurpiirin mielenterveystoimiston sekä terveys- ja sosiaaliaseman työntekijöille. Tarkastelen vanhaa aineistoani myös sen jälkeen ilmestyneiden tutkimusten sekä oman työkokemukseni pohjalta sekä arvioin ja pohdin aineiston keruun jälkeen tapahtuneiden muutosten merkitystä. ”Vanhentuneen” aineistoni määrittelin ikään kuin kurkistusaukoksi elettyyn elämään arkisen työn tasolla keskellä suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän suurta rakennemuutosta.

Laadullisen tutkimuksen ensisijainen tavoite on usein tutkimuksen kohteena olevien toimijoiden omien tulkintojen esille nostamisessa (Aaltola & Valli 2001, 17). Halusin haastatteluaineistoa keräämällä saada kuuluviin nimenomaan kentän toimijoiden, mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelevien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, kuinka tässä suuressa muutosprosessissa on käytännön tasolla menty eteenpäin. Oma epäilyni oli, että käytäntö ei olisi ihan samaa kuin papereissa, toimintakertomuksissa ja suunnitelmissa esitetään. Koska minulla on pitkä käytännön työkokemus tutkimusaiheeni parissa, pyrin jatkuvasti tutkimusta tehdessäni olemaan mahdollisimman tietoinen omasta esiymmärryksestäni aiheen suhteen.

Tutkimuksen alkuosassa käyn läpi suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän suurta ja kansainvälisessä mittakaavassa erittäin nopeaa rakennemuutosta, deinstitutionalisaatiota ja

desentralisaatiota. 1980-luvulla mielenterveyspalvelujen rakennemuutosta sairaalainotteisesta hoidosta kohti avohoitoa suunniteltiin ja toteutettiin hallitusti. 1990-luvulla tapahtuneet muutokset, valtionosuusjärjestelmän muuttuminen ja taloudellisen laman vaikutuksesta sairaalapaikkojen väheneminen tapahtuivat hyvin nopeasti ilman, että avohoito olisi samanaikaisesti kehittynyt nopeasti syntyneen tarpeen mukana. (Lehtinen & Taipale 2000). Psykiatrisen sairaalahoidon mittava vähentäminen oli pitkälti hallitsematonta eikä avohoitoa kehitetty samassa suhteessa (esim. Wahlbeck 2007; Pylkkänen 2000; Korkeila 1998 ja 1996; Taipale 1996).

Psykiatrinen laitoshoido väheni radikaalisti, mutta siitä kertyneiden säästöjen uskotaan myös hajautuneen eri tahoille (Kärkkäinen 2004, 37). Tutkimukset osoittivat myös, että psykiatrinen erikoissairaanhoito ja mielenterveyspalvelut ovat hyvinkin erilaisia eri osissa maata (Harjajärvi ym. 2006, 66; Kärkkäinen 2004; Korkeila 1996). Koko psykiatrian hallinnon hajauttaminen eri tahoille mutkisti palvelujärjestelmän myöhempää tutkimusta ja vertailua (Kärkkäinen 2004, 38–43). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hallinto jäi sairaanhoitopiireille, jotka muodostettiin entisten mielisairaanhoitopiirien tilalle, ja avohoidon hallinto ja tuotanto siirtyivät vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen yhä useammin kunnille terveyskeskuksiin, ja mielenterveystyöhön ajateltiin uuden mielenterveyslain (1116/90) mukaan sisältyvän myös perusterveydenhuollon peruspalvelut sekä sosiaalipalvelut, joista kansalaisen mielenterveyttä tukemaan tuli rakentaa toiminnallinen kokonaisuus.

Mielenterveyspalvelut ovat hajautuneet nopeassa tahdissa monien eri tuottajien vastuulle. Tätä tarkoitetaan puhuttaessa psykiatrian palveluiden desentralisaatiosta. Palveluiden asiakas- ja potilaslähtöisestä toimintakokonaisuudesta ei kukaan ole kokonaisuutena vastuussa. Lisäksi toiminnasta puuttuvat rakenteet ja mallit siitä, miten tavoitetaan ne asiakkaat, joiden auttaminen on poikkeuksellisen haastavaa, joiden hoitomotiivatio ja yhteistyöhalu on vähäinen, jotka ovat ajautuneet joko kokonaan tai satunnaisesti hoidollisen avun ulkopuolelle tai joilla on aivan uudenlaisia pulmia. (STM 2004, 26.) Helsingissä varhaiskuntoutustyöryhmät pyrkivät tavoittamaan kaikki uudet psykoosipotilaat ja saamaan heidät sitoutumaan ja motivoitumaan hoitoon. Mutta esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat jäävät usein hoidon ulkopuolelle tai satunnaisen avun varaan.

10.1 Yhteenveto tuloksista

Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisen vaikutus psyyken potilaiden hoitoon ei ole pelkästään positiivinen, kuten avohoitoideologian ja kuntoutusoptimismin mukaisesti 1980-luvulla ajateltiin.

Avohoitopalveluja ei tähän päivään mennessäkään ole tullut riittävästi vastaamaan tarvetta, joka syntyi laitospaikkojen vähentämisestä. Osan pitkäaikaisista psykiatrisista potilaista nähtiin aineistoni mukaan olevan heitteillä, mikä vastaa myös mediassa esitettyjä huolia (Esim. Ojansivu 1999; Nykänen 1997). Lisäksi mielenterveyspalveluiden kysyntä on kasvanut ja laajentunut kattamaan monipuolisemmin mielenterveyden häiriöiden kirjoa. Masennuksen tunnistamiseen on panostettu paljon perusterveydenhuollossa ja niinpä sitä diagnosoidaan yhä enemmän. Varsinkin sosiaalitoimen puolella nähtiin tarvetta akuutin hoidon järjestämiselle erilaisissa elämänkriisitilanteissa oleville ihmisille. Mielenterveystoimiston työntekijät taas näkivät heille hakeutumisen kynnyksen laskeneen jo kovinkin matalalle.

Myöhemmissäkin tutkimuksissa on nähty, että nykyisten yhteiskunnallisten muutosten aikakautena väestölle kehittyvä epämääräinen oireilu, arkielämästä selviytymättömyys ja henkinen pahoinvointi ei mahdu tai ei kuulu nykyisen palvelujärjestelmän tukimuotojen piiriin. Osa kasvavasta palveluiden kysyntää aiheuttavasta henkisestä pahoinvoinnista edellyttää uudenlaisten palveluiden kehittämistä. (STM 2004, 30.) Erityisesti vaikeahoitoisten, hoitoon motivoitumattomien ja moniongelmaisten muun muassa kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla on todettu matalan kynnyksen palveluasumisen tarve ilman kuntoutumiseen liittyviä ehtoja. (esim. Huvinen ym. 2002, 49).

Tutkimukseni antaa myös sen kuvan, että perinteinen psykiatrian potilasaines ei enää välttämättä kuulukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin, vaan heitä hoidetaan perusterveydenhuollossa ja osa heistä asuu sosiaaliviraston kustantamissa psykiatrisen palveluasumisen yksiköissä. Aluksi 1980-luvulla kroonistuneiden potilaiden kuntoutus sujui hienosti: laitostuneet, helposti kuntoutettavissa olevat pitkäaikaispotilaat etenivät kuntoutusportaikkoa pitkin kohti itsenäisempää asumista ja vankalla valmennuksella ja ohjauksella tulivat omatoimisemmiksi. Kuitenkin he olivat lopulta hyvin yksinäisiä ja hakivat turvaa esimerkiksi tavanomaisista peruspalveluista esimerkiksi asioimalla tuon tuosta terveyst- ja sosiaaliasemalla (vrt. Nikkonen 1996). 1990-luvulle tultaessa kotiutettavat potilaat olivat entistä huonokuntoisempia ja heidän psykososiaalinen toimintakykynsä oli selkeästi heikompi. Samaa totesi Salokangas (2000) tutkimusprojektissaan. Psykoosipotilaiden haitallisen pähteidenkäytön ja syrjäytymisen nähtiin lisääntyneen. Siitä kirjoitti myös Korkeila (2006). Häiriökäyttäytyminen näkyi sosiaalihuollon palveluissa, vähemmän terveydenhuollossa. Sosiaalitoimen puolella koettiin asiakaskunnan aggressiivisuuden lisääntyneen ja se liitettiin herkästi, ainakin osittain psykiatrian laitoshoidon purkamiseen.

1990-luvulla alettiin puhua ns. pyörövisyndroomasta, jolla tarkoitettiin erityisesti skitsofreniaa

sairastavien potilaiden toistuvaa sairaalaan palaamista. Tämän nähtiin liittyvän hyvinkin juuri sairaansijojen vähenemiseen, hoitoaikojen lyhenemiseen ja potilaiden nopeaan kotiuttamiseen. Haastatteluissa varsinkin terveydenhuollon ulkopuolella yhteistyökumppanit hämmästelivät, kuinka pian potilaat uloskirjoitettiin sairaalasta ja usein vielä heidän mielestään huonokuntoisina.

Aineistoni antaa vähän vastauksia siihen, miten sosiaalipalvelut vastaavat uuden asiakasryhmän tarpeisiin. Ne, jotka ennen saivat kaiken heidän sairautensa vaatiman hoidon ja huollon laitoksessa, psykiatrisessa sairaalassa, ovat tänä päivänä yleisten peruspalveluiden käyttäjiä. Sosiaalihuollon peruspalvelut osana mielenterveysasiakkaan hoitoa ja palveluiden valikoimaa tulevat aineistossani esille todella vähän, vaikka 1991 uudistettu Mielenterveyslaki, sekä Kansanterveyslaki ja Sosiaalihuoltolaki luovatkin ainakin periaatteessa laajat puitteet ja ohjeet mielenterveysasiakkaan hoidon ja arjen sujumisen turvaamiseksi. Haastateltavat sosiaalitoimen työntekijät kertoivat, että moni mielenterveydellisistä ongelmista kärsivä voi asioida toimeentulotuen hakijana tai olla jopa lastensuojelun asiakkaana ilman, että kertoo psyykkisistä ongelmistaan tai siitä, että on myös mielenterveystoimiston asiakkaana. Toisaalta monet kuntoutetut kroonikkopotilaat olivat ns. välitystiliasiakkaita sosiaalitoimistossa. Sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista yleisimmin käytettyjä psykiatrisilla potilailla oli juuri välitystilien hoito ja toimeentulotuki, päihdehoito joissakin tapauksissa, samoin asuttaminen. Vammaispalvelulain soveltaminen oli hyvin harvinaista. Kotipalvelua pystyttiin antamaan mielenterveyspotilaille tutkimusalueellani mielestäni yllättävän hyvin. Kuitenkin kotipalvelun työntekijät ilmaisivat olevansa aika yksin vaikeiden mielenterveysongelmaisten kanssa. Työnohjausta kaivattiin. Toki tähän on kiinnitetty huomiota jo Gunnevi Bergbomin (1987) tekemässä työnohjausta koskevassa tutkimuksessa.

Sosiaalipalvelutoimisto ostaa asumispalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Alustavat suunnitelmat ja mahdolliset esitykset tehdään alueellisissa ja asiakaskohtaisissa SAP-ryhmissä ja lopulliset päätökset tulevat keskitetyn SAS-toiminnan kautta. Päättävä toimielin on ns. SAS-työpari, jossa on sosiaalitoimen (ASSO) ja terveyskeskuksen psykiatrian edustus. Nämä eivät vielä juurikaan tule esille aineistossani, yksityiset palveluntuottajat edes yhteistyökumppaneina. Tämä toiminta on kehittynyt ennen kaikkea sen jälkeen lähinnä 2000-luvulla. Sosiaalitoimiston rooli vaikeiden mielenterveyspotilaiden/ -kuntoutujien asuttamisessa on tullut huomattavan keskeiseksi 2000-luvulla. MIPRO:n suosituksia oli, että SAP/SAS -toiminnan organisaatio vakiinnutetaan ja toimintaa kehitetään edelleen liittämällä toiminnan piiriin myös kuntouttavat Niemikotisäätiön ja terveyskeskuksen asumispalvelut. Niemikotisäätiön kuntoutus- ja pienkoteihin hakeutuminen liitettiin osaksi SAS-toimintaa noin vuosi sitten ja Niemikotisäätiön jälleenvuokrausasuntoihin hakeutuminen on mahdollisesti myös siirtymässä SAS-toiminnan piiriin.

Yksityiset palveluntuottajat eivät vielä juurikaan tule esille aineistossani. Ne eivät esiinny edes yhteistyökumppaneina. Tänä päivänä sosiaalipalvelutoimisto ostaa paljon asumispalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. (ks. myös Mielenterveysasiakkaiden...2004a.) Tämä toiminta on kehittynyt ennen kaikkea aineistonkeruuni jälkeen. Nykyään asumispalveluihin sijoittuminen tehdään yhteistyönä sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen SAS-toiminnassa, jossa tavoitteena on löytää mahdollisimman tarkoituksenmukaisen asumispalvelu asiakkaalle (Helsingin... 2004). Sosiaalitoimiston rooli vaikeiden mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien asuttamisessa on tullut huomattavan keskeiseksi 2000-luvulla (ks. myös Pitkänen & Kaakinen 2004).

Aineistoni kriittisimmät näkemykset kaikkia tutkimuskysymyksiäni kohtaan ja lähinnä suhteessa palvelujen riittävyteen, kattavuuteen, saatavuuteen, sopivuuteen ja yhteistyöhön mielen-terveyspuolen kanssa tulivat asunnottomien erityissosiaalitoimistosta (nykyisin ASSO). Heiltä löytyi myös useita esimerkkejä palvelujen väliinputoajista, myös niistä julkisuudessa ja eri kirjallisuudessa paljon väitellyistä ”katuskitsofreenikoista”. Heidän keskeisin yhteistyökumppani mielenterveysongelmaisten asiakkaiden kanssa 1990-luvun alkupuolella oli Hesperian sairaala. Mielenterveystoimistoihin ei kontakteja ollut juuri lainkaan. Se kuvasti asiakkaiden psykiatristen avohoidon palveluiden piiriin pääsemisen ongelmallisuutta: kun ei ollut osoitetta, oli vaikea päästä hoitoon sekä kiinnittyä yhtään mihinkään.

Hyvin monissa haastatteluissa tulee yhteistyöstä puhuttaessa esiin se, että toisen toimipisteen tai organisaation työntekijöiden tunteminen on tärkeää ja tekee yhteistyön ja yhteyden ottamisen huomattavasti helpommaksi. Myös työntekijöiden pysyvyys ja pitkäaikaisuus korostuu: silloin asiakaskunta tulee tutuksi, työntekijät oppivat tuntemaan toisensa sekä ehkä itselle vieraankin organisaation toimintatapoja. Jos toisen organisaation työntekijät eivät olleet ollenkaan tuttuja, niin yhteistyötä oli vähemmän. Yleensä yhteistyö koettiin hyvin toimivaksi ja joustavaksi. Mielenterveystoimiston puolella nähtiin yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa olevan ehkä enemmän kuin mitä sosiaalihuollon puolella koettiin.

A-klinikalla nähtiin päihkeitä käyttävien mielenterveyspalvelut jossain määrin puutteellisina ja sattumanvaraisina. Koettiin, että päihkeitä käyttäviä potilaita herkästi pallotellaan hoitopaikasta toiseen. Tosin myös yhteistyötä oman alueen mielenterveystoimiston kanssa pidettiin silti hyvänä. Ongelma nähtiin enemmänkin rakenteellisena ja yleisellä tasolla hoitodeologisena. Erilaisia yhteistyöfoorumeita kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämiseksi on yritetty luoda useaan otteeseen ja omankin kokemukseni mukaan kysymys on edelleen enemmän tai vähemmän

ratkaisematon ja pulpahtaa esille ajankohtaisena aina tuon tuosta. Lainsäädäntöön perustuva yhteistoimintavelvoite ei vielä kukaan toteudu riittävän tehokkaasti käytännön toiminnassa, vaikka päihdepalveluissa asioivilla on erittäin usein myös mielenterveydellisiä pulmia, ja heidän tulisi saada joustavasti ja asiakaslähtöisesti itselleen räätälöityä apua myös muilta hallinnonaloilta (STM 2004, 25–26).

Työ mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidon yhteensovittamiseksi jatkuu. Peruspalveluministeri Paula Risikko puhui 19.2.09 YLE:n Aamu-TV -lähetysessä psykiatrisen hoidon viimeisimmistä suunnitelmista: Viimeisetkin psykiatriset erikoissairaalat pitäisi lakkauttaa ja yhdistää psyyken hoito yleissairaaloiden yhteyteen. Tällä pyritään leimaavuuden vähentämiseen ja hoitoon tulojen kynnyksen madaltamiseen (vrt. Kärkkäinen 2004). Koska yhä useammin mielenterveysongelmaisella on myös päihdeongelmaa ja päinvastoin, on suunniteltu, että mielenterveys- ja päihdehoito saataisiin ”samalta luukulta”. Vuonna 2008 perustettiin työryhmä pohtimaan ja luomaan kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ”Mieli 2009”. Sen tarkoitus on paitsi parantaa potilaan asemaa, myös lisätä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistoimintaa. Työryhmä sai juuri valmiiksi ensimmäisen ehdotuksensa (STM 2009) 10.2.2009 ja luovutti sen ministeri Risikolle. Työryhmän arvion mukaan vahvistamalla ja monipuolistamalla avohoidon mielenterveyspalveluita ja resursseja voidaan psykiatrian laitospaikkoja vähentää nykyisestä 4600 sairaansijasta 3000 sairaansijaan vuoteen 2015 mennessä (mt., 33). Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää mielenterveys- ja päihdehuoltolakien päivittämisen ja samalla selvitetään näiden lakien yhdistämisen mahdollisuudet (mt., 42).

10.2 Tulosten merkitys

Tuloksia, joita aineistoni antaa, ovat vahvistaneet aineiston keruun jälkeen julkaistut myöhemmät tutkimukset, selvitykset, raportit sekä myös lehtikirjoitukset ynnä muu media. Psykiatrisen avohoidon vahvistamisessa ei varsinkaan 1990-luvulla onnistuttu (esim. Wahlbeck 2007, 2005) Psykiatrisen avohoidon henkilöstön määrä, kuntien omana toimintana toteuttama avohoito mukaan lukien, oli koko maassa vuonna 1999 pienempi kuin vuonna 1992 (Lehtinen 2001). Suomen kunnissa oli vuonna 1999 keskimäärin 4,6 psykiatrista avohoitohenkilöä 10 000 asukasta kohti (Tuori ym. 2000; Lehtinen 2001).

Pitkään jatkuneista avohoidon kehittämisspyrkimyksistä huolimatta tilanne on monissa kunnissa mielenterveyspalveluiden monimuotoisuuden suhteen edelleen epätydyttävä. Laitoshoido-

painotteisuutta esiintyy paikoitellen edelleen, eivätkä avopalvelut ole kehittyneet riittävän monipuolisiksi. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on vielä kesken, ja niin mielenterveystyön kuin mielenterveyspalvelujenkin kehittäminen tulee pysymään kuntien suurena haasteena myös vastaisuudessa. (Harjajärvi ym. 2006.)

Työnjakoa ja yhteistyötä koskevat kommentit ja vastaukset nousivat aineistossa ensimmäisenä ja selkeimpinä esille. Se vaikutti myös olevan paljon puhuttava aihe. Tähän voin itse yhtyä tänäkin päivänä, samoin kuin lukuisat nykyiset ja entiset työtoverini. Heitä haastatteleamalla olisin voinut hyvin muodostaa tutkimukseeni vertailuaineiston tämän päivän tilanteesta. Mutta tämän tutkielman tarkoitusta varten se olisi ollut tähän tilanteeseen liian iso työ. Se voisi hyvin olla jatkotutkimuksen aihe: verrata samoja tutkimusteemoja tämän päivän kentän toimijoille vaikkapa samalla väestövastuualueella kuin vuoden 1994 haastattelut tein. Niin paljon samat kysymykset elävät tämän päivän mielenterveystyön kentällä, vaikka monia organisatorisia muutoksia on tullutkin ja koko ajan tulee lisää. Psykiatrisen hoidon ja laajemmin mielenterveystyön kehittäminen loppuu tuskin koskaan, mutta työntekijät toivovat myös työrauhaa perustehtävän toteuttamiselle, mihin kaikissa tutkimukseni organisaatioissa ja toimipisteissä oltiin kussakin omalla tavallaan erittäin vahvasti sitoutuneita. Eli, vaikka en haastatellut potilaita, niin työntekijät tuntuivat olevan vahvasti potilaan ”puolella”.

En usko, että virallisen tukiverkoston tarve vähenisi mielenterveyspalvelujen tuottamisessa. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tulisi kattaa psykiatrisen laitoshoidon karsimisesta syntyvät uudet tarpeet. Ei mielenterveyskuntoutujia voi jättää järjestöjen tai vapaaehtoistyön varaan, puhumattakaan sukulaisten suojiin. Perheet haluttiin vapauttaa taakastaan ja järjestää "hulluille" yhteiskunnan tukemaa hoitoa jo 1700-luvun lopun Englannissa, kun argumentoitiin laitoksen perustamisen puolesta (Salo 1992, 45). Omaishoiva on usein pulmallista psykiatristen potilaiden tapauksessa; joidenkin teorioiden mukaan patologinen perhesysteemi voi olla sairauden aiheuttaja. Toisaalta auttamaan ja hoitamaan halukkaat sekä kykenevät omaiset voivat olla lopen väsyneitä toistuvasti sairastelemaan ja hankalaan omaiseensa. Kuitenkin perheterapialla sekä laajemmalla verkostotyöllä on voitu tällaisia tilanteita helpottaa. Onpa esimerkkejä koko oireen poistumisesta ja perhesuhteiden normalisoitumisesta. (Esim. Hoffman 1985; Furman 1986; Haarakangas & Seikkula 1999.) Omaisten tukemisen tulisikin olla tärkeä osa kaikkea mielenterveystyötä. Tämä huomioitiin jo skitsofreniaprojektin yhtenä kehittämissuosituksena. (Tuori 1994; Salokangas 2000; Stengård 2005)

Erityisesti vaikeahoitoisten, hoitoon motivoitumattomien ja moniongelmaisten muun muassa

kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla on todettu matalan kynnyksen palveluasumisen tarve ilman kuntoutumiseen liittyviä ehtoja (Esim. Huvinen ym. 2002, 49). Keskeinen kehittämiskohde onkin tällä hetkellä nuorten hoitoon sitoutumattomien asiakkaiden asumispalvelujen kehittäminen sekä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden asumispalvelujen sisällöllinen kehittäminen (www.niemikoti.fi). Näille asiakkaille tarkoitetuissa asumispalveluissa on tärkeää sekä psykiatrisen että päihdehuollon kuntoutuksen yhteensovittaminen. (Vrt. STM 2009).

Se, että mielenterveyspotilaat näkyvät ja kuuluvat nykyään keskuudessamme, ei kerro välttämättä siitä, että he olisivat heitteillä ja vailla asuntoa ja huolenpitoa (ks. esim. Jokinen 2004). Vaikka sellaisiakin tapauksia joitakin saattaa löytyä, esimerkiksi asunnottomien sosiaalipalvelutoimiston (ASSO) työntekijöitten mukaan, on kyseessä kuitenkin suuri joukko sellaisia psykiatrisia potilaita, usein skitsofreenikkoja, jotka asuvat esimerkiksi palvelutalossa, käyvät työ- tai toimintakeskuksissa ja liikkuvat yhteiskunnan eri foorumeilla aivan kuten muutkin kansalaiset. Tämänäyttävät potilaat oli vielä 1970 – 80-luvulla pitkälti eristetty senaikaisiin B-mielisairaaloihin kauas taajamista, mutta nyky-yhteiskunnan henkeen kuuluu suvaitsevaisuus siten, että psyykkisesti sairaat, erilaiset, ovat keskuudessamme – vai kuuluuko? (Vrt. Salo 1996)

Suomalaista psykiatrista hoitojärjestelmää kehitettäessä on kohdistettava huomio siihen, että tapahtuu todellista siirtymistä kohti mielenterveyspalveluiden käyttäjien sosiaalista osallisuutta. Uudistus ei saa merkitä pelkästään pitkäaikaisen sairaalahoidon korvautumista toisella laitoshoidolla. (Wahlbeck & Pirkola 2008; vrt. Salo 1996.)

LÄHTEET

Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) (2001) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Jyväskylä.

Aaltonen, Jukka & Koffert, Tarja & Ahonen Juha & Lehtinen Ville (2000) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista. STAKES. Raportteja 257, Helsinki.

Alanen, Yrjö (1993) Skitsofrenia, syyt ja tarpeenmukainen hoito. WSOY. Juva.

Alasuutari, Pertti (1999) 3. uudistettu painos. Vastapaino. Tampere.

Anttinen, Erik & Ojanen, Markku (1984) Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemisen ja tutkimisen perusteella. Tampere.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (1992) Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa. Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa: Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY. Porvoo.

Arhovaara, Sinikka & Rinne, Raili (1989) Omaisen ääni. Omaisnäkökulma hoito- ja auttamistyöhön. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki.

Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) (2008) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, Helsinki.

Bergbom, Gunnevi (1987) Sosiaalitoimen uudet haasteet, Osa I. Tutkimus sosiaalitoimen mahdollisuuksista työnohjauksen ja konsultaation avulla ehkäistä mielenterveyden häiriöitä ja tukea työntekijöiden ammatillista kasvua. Sosiaaliviraston julkaisusarja A 1/87.

Erikoissairaanhoitolaki (1989) 1.12.1989/1062

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Foucault, Michel (1982) *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason.* London.

Furman, Ben (1986) *Lyhyterapia ja perheterapia. Psykiatrian uudet hoitomuodot.* Keuruu.

Goffman, Erwing (1961) *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates.* New York.

Granfelt, Riitta (1998): *Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Toimituksia 702.* Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Helsinki.

Haapanen, Anu (2004). *Vähemmän häätöjä. Kontulan Kiinteistöt Oy:n asumisneuvojaprojekti 1999–2002. Tutkimuskatsauksia 1/2004.* Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.

Haarakangas, Kauko & Seikkula, Jaakko (1999) (toim.) *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön.* Kirjayhtymä. Helsinki.

Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006). *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta Nro 187.* Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Helsinki.

Heikkilä, Matti & Roos, Milla (2005) (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005.* Stakes. Helsinki.

HELMI ry:n toimintakertomus v. 1993.

Helsingin mielenterveysohjelma (2003) *Mielenterveysohjelmatyöryhmä.* Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, *Selvityksiä 2003:1.* Helsingin kaupungin terveystyöryhmä, *Raportteja 2003:3.* Helsingin kaupunki. Helsinki.

Helsingin mielenterveyspalveluprojekti. *Raportti projektin toiminnasta (2004) Mipron projektiryhmä.* Sosiaalivirasto ja terveystyöryhmä. Helsingin kaupunki.

Hintsanen, Eija (1994) *Mielenterveyspalvelujen saavutettavuus Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä syksyllä 1993.* Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Mielenterveyspalvelujen saavutettavuus

-projekti. Tampere.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (1997) Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hoffman, Lynn (1985) Perheterapia – Systeminen näkemys. Prisma -tietokirjasto. Psykiatria -sarja. Espoo.

Huttunen, Matti O. (1999) Ihmiseksi. Kirjoituksia kolmannelta linjalta. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Huvinen, Kirsti & Juvonen, Liisa & Sovijärvi, Ilkka & Karppinen, Päivi & Vaaramo, Anna-Maija (2002) Asunnottomat asiakkaat terveydenhuollon sosiaalityön haasteena. Sosiaalinen raportointi asunnottomuudesta Peijaksen sairaalassa ja alueen psykiatrian klinikoilla vuonna 2000. Aiheita 1/2002. Stakes, Helsinki.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) (2005) Toinen tieto – kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Gummerus. Vaajakoski. s. 293–315.

Immonen, Juha (2000) Kokemuksia Helsingin mielenterveyspalveluista. Pro Gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Helsingin yliopisto.

Isohanni, Matti & Moring, Juha (1993) Muuttuva psykiatrinen sairaanhoito. Pääkirjoitus. Duodecim 109(21):1887–1889.

Jokinen, Pertti (2004) Vaikeille psyykenpotilaille tarvittaisiin erityispoliklinikka. 15.9.2004. Socius-lehti. 4/2004. <http://stm.teamware.com/Resource.phx/socius/socius-42004/sivu3.htx>. Katsottu 16.4.2009

Jones, Kathleen & Fowles, A. (1984) Ideas of Institutions. Analysing the literature on long-term care and custody. London.

Kallio, Anu & Lähteenmäki, Liisa (2004) Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakasohjaus ja tuotteistus. Hankkeen loppuraportti. Sosiaalikehitys Oy.

Kansanterveyslaki (1972) 28.1.1972/66

Karjalainen, Jouko (1993) Mitä silmä ei näe, sitä sydän ei sure. Asunnottomuus, asumispalvelut ja sosiaalityö. STAKES. Raportteja 110. Jyväskylä.

Kilkku, Nina & Koskinen, Marita (2003) Pirkanmaan mielenterveystyön palvelukartoitus. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 20/2003. Tampere.

Korhonen, Erkki (2002). Asunnottomuus Helsingissä. Tutkimuksia 4/2002. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.

Korhonen, Erkki (2004). Asumisviihtyvyyden Helsingin kaupungin vuokratiloissa. Tutkimuksia 1/2004. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.

Korkeila, Jyrki (1996) Julkiset mielenterveyspalvelut. Luottamus kriisissä? STAKES, Aiheita 17/1996.

Korkeila, Jyrki (1998) Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland. Evaluating the Deinstitutionalisation Process. STAKES, Research Report / Tutkimuksia 93. Helsinki.

Korkeila, Jyrki (2006) Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/pr1150191441569/passthru.pdf>

Katsottu 20.2.2009

Koskinen, Sari (1997) Mielenterveyden häiriöiden hoito 1990-luvulla – mitä tilastot kertovat? Stakes.

Kostamo-Pääkkö, Kaisa (2001) Puheet avohoitopainotteisia, toimenpiteet laitoseskeisiä – analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Acta Universitatis Lapponiensis 39. Lapin Yliopisto. Rovaniemi.

Kumpulainen, Johanna (1999) Mielenterveystoimistojen palvelujen laatu asiakkaiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma.

Kärkkäinen, Jukka (2004) Onnistuiko psykiatrian yhdyntyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. STAKES. Tutkimuksia 138/2004. Helsinki.

Kärkkäinen, M-L & Päätaalo, M (2002) Mielenterveyspotilaiden asumispalvelut. Valtakunnallinen yhteenveto läänien peruspalvelujen arviointiraporteista vuodelta 2001. Oulun lääninhallitus.

Kärkkäinen, Sirkka-Liisa (2005) Minne häviää asunoton mielenterveysongelmainen? Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (2005) toim. Toinen tieto – kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Gummerus. Vaajakoski. s. 293–315.

Lehtinen, Ville (2001) Psykiatrisen avohoidon kehittäminen. Käytännön Lääkäri 44 (2), 53 - 57.

Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu (2000) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. STAKES, Raportteja 250, Helsinki. s. 99–119.

Lehtinen, Ville & Alanen, Yrjö & Anttinen, Erik & Eerola, Kaija & Lönnqvist, Jouko & Pylkkänen, Kari & Taipale, Vappu (1989) Sosiaalipsykiatria. Tammi. Helsinki.

Leskinen, Anne (1999) Muutoksen merkit. Tapaustutkimus vanhusten, vammaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelujen rakennemuutoksesta kolmessa kunnassa. Suomen kuntaliitto.

Luomahaara, Jaakko & Vuorinen, Marja & Naarala, Mikko (2000) Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. STAKES, Aiheita 7/2000.

Lääkintöhallitus (1985) Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Selostus vuosien 1981-1984 toiminasta. Väliraportti. Lääkintöhallituksen julkaisuja 69/1985. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Lääkintöhallitus (1987) Skitsofreniaan sairastuneen hoito ja kuntoutus. Hoitomalli. Lääkintöhallituksen julkaisuja 103/1987. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Lääkintöhallitus (1988) Skitsofreniaprojekti 1981–1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Lääkintöhallituksen opassarja no 4. Lääkintöhallitus – Mielisairaalan liitto – Sairaallaliitto. Helsinki.

Lääkintöhallitus (1991) Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön kehitysnäkymät 1990-luvulla. Helsinki.

Matthies, Aila-Leena (1991) Julkisen palvelujärjestelmän avautuminen epäviralliseen - hyppy pimeään? Teoksessa Matthies, Aila-Leena (toim.) Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki

Mattila, Eija (2002) Miten ohjata mielen kuntoutujaa. Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179. Yliopistopaino. Helsinki.

Mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen, kuntoutuksen ja avohoitoa tukevien palvelujen kehittämissuunnitelman loppuraportti (2004a) Mielenterveyspalveluprojekti. Sosiaalivirasto ja terveysvirasto. Helsingin kaupunki.

Mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen laatuvaatimukset (2004b) Mielenterveyspalveluprojekti. Sosiaalivirasto ja terveysvirasto. Helsingin kaupunki.

Mielenterveyslaki 1116/90.

Mielenterveystyön komiteamietintö (1984) Komiteamietintö 1984:17. Osat I ja II. Helsinki.

Niemi, Marja (2005). Psykiatrian erikoisalalan laitoshoidon 2003 = Institutionsvård inom specialiteten psykiatri 2003 / Marja Niemi, Simo Pelanteri. Helsinki.

Nikkonen, Merja (1996) Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaishoidettujen avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen hoitettujen elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 381. Oulun yliopisto. Oulu.

Nojonen, Kaija (1990) Psykiatrisen pitkäaikaishoidettujen kuntoutuminen. Acta Universitatis

Tamperensis ser A vol 283. Tampereen yliopisto. Tampere.

Orma, Esko (1986) Huoli ihmisestä. Uudistuvaa psykiatria. Therapie -säätio. Helsinki.

Ojanen, Markku & Sariola, Esa (1986) Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Otava. Helsinki.

Ojanen, Markku & Sariola, Esa (1997) Hoito vai pakkohoito. Otava. Helsinki.

Perko, Kaisa (2004) "Hulluina pitävät" – psykiatristen kuntoutujien yhteiskuntasuhteesta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos / Sosiologia. Jyväskylän yliopisto.

Pekkarinen, Taito (1997) Psykiatriset potilaat eivät ole heitteillä. Pääkirjoitus, Suomen Lääkärilehti 27/1997, 3051–3052.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (toim.) (2005) Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Stakes Helsinki. Katsottu 16.4.2009 <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>

Pitkänen, Sari & Kaakinen, Juha (2004). Rajattomat mahdollisuudet – Esiselvitys pääkaupunkiseudun asunnottomien tuki- ja palveluasumisen kehittämissuunnitelmaa (2005–2007) varten. Ympäristöministeriön moniste 141. Helsinki.

<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=27698&lan=fi> Katsottu 16.4.2009

Pylkkänen, Kari (2000) Psykiatrian rakennemuutos epäonnistui – on korjaavan jälkihoidon aika. Pääkirjoitus, Suomen Lääkärilehti 44/2000, 4479.

Rauhala, Lauri (1983) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gaudeamus. Helsinki.

Rauhala, Lauri (1988) Holistinen ihmiskäsitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 25, 190–201.

Rauhala, Lauri (1989) Ihmisen ykseys ja moninaisuus. SHKS. Helsinki.

Rauhala, Lauri (1990) Humanistinen psykologia. Yliopistopaino Helsinki.

Riikonen, Eero & Nummelin, Tarja & Järvikoski, Aila (1996) Mielenterveyskuntoutuksen

kehitystarpeet. STAKES. Aiheita 16/1996. Helsinki.

Riikonen, Eero & Järvikoski, Aila (2001) Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Jyväskylä.

Sairaalaliitto (1988) Skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaipotilaiden kuntouttaminen avohoitoon. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Sairaalaliitto. Helsinki.

Salaspuro, Mikko & Kiiänmaa, Kalevi & Seppä, Katja (2003) toim. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus.

Salmela, Tuula (1993) "Mielenterveysyhdistykset osaksi hoidon portaikkoa", Sosiaaliturva 1993/16.

Salo, Markku (1993) Kumous avohoidossa. Puhe. Avohoidon mahdollisuudet -seminaari 23.11.1993. Helsinki.

Salo, Markku (1996) Sietämisestä solidaarisuuteen: mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Tampere. Vastapaino.

Salo, Markku (1992) Luonnosta laitoksiin. Hulluuden muodonmuutokset ja mielisairaalaitoksen vakiintuminen. Tapaustutkimus julkisen mielisairaanhoidon synnystä ja vakiintumisesta Englannissa. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 19/1992. Helsinki.

Salokangas, Raimo K.R. & Stengård, Eija & Honkonen, Teija & Koivisto, Anna-Maija & Saarinen, Soile (2000) Sairaalaista yhteiskuntaan. Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986, 1990 ja 1994 kotiutettujen skitsofreniapotilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista.

Salokangas, Raimo K. R. & Saarinen, Soile & Honkanen, Teija (1997a) Psykiatristen sairaansijojen väheneminen ja skitsofreniapotilaiden selviytyminen I. Kotiutettujen skitsofreniapotilaiden hoito. Suomen lääkirilehti 24/1997, 2659–2666.

Salokangas, Raimo K. R. & Honkonen, Teija & Saarinen, Soile (1997b) Psykiatristen sairaansijojen väheneminen ja skitsofreniapotilaiden selviytyminen II. Kotiutettujen skitsofreniapotilaiden

psykososiaalinen selviytyminen. Suomen lääkärilehti 25/1997, 2811–2818.

Salokangas, Raimo K. R. (1994) Psykiatria sukeltamassa katastrofiin? Suomen lääkärilehti 20–21/1994, 2129–2130.

Salokangas, Raimo K.R. & Stengård, Eija & Perälä, Keijo (1991) Omaisen arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaisista ja heidän kokemuksistaan. Mielenterveystutkimusyksikkö. Kansanterveystieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Satka, Mirja (1998) Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön uudelleenorganisointuvista suhteista. Janus 6 (2), 192–199.

Savio, Annikki (1990) Purkamisen paineet ja potentiaalit. Laitoshoidon hajauttamisen edellytyksiä. Laitoshoidon hajauttamisprojektin I osaraportti. Sosiaalihallituksen julkaisuja 13/1989. Helsinki.

Scheff, Thomas (toim.) (1967) Mental Illness and Social Processes. Sarja: Readers in Social Problems. New York.

Sohlman, Britta & Lehtinen, Ville (1997) Mielisairaaloista poistettujen potilaiden kuolleisuus. Duodecim 113:1997, s.1535–1542.

Sopimusvuori ry:n toimintakertomus vuodelta 2002. Sopimusvuori ry, Tampere.

Sosiaali- ja terveyshallitus (1991) Väestövastuinen psykiatria 1990-luvulla: sairaanhoitopiirit ja mielenterveystyön kehittämissuunnitelmat. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja. 34/1991. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1992a) Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1992:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1992b) Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1992:10. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998) Yksityisten sosiaalipalvelujen toimintaedellytyksiä pohtineen työryhmän muistio. (SOSPA-työryhmä). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1998:17. STM:n Julkaisuja 1998:17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2000) Mielekäs elämä. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002) Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004) Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:5. Helsinki.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1080888826849/passthru.pdf> Katsottu 29.3.2009

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13 Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Stengård, Eija (2005) Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder. Acta Universitatis Tamperensis, 1066, Tampereen yliopisto, Tampere.

Tainio, Hannele (2007) Päivästä päivään elämistä. Pääkaupunkiseudun asunnottomien asumispalvelut ja muuttuvat palvelutarpeet. Pääkaupunkiseudun asunnottomien palvelujen kehittämysyksikkö -hanke. Työpapereita 2/2007. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA. Heikki Waris -instituutti. Helsinki. Katsottu 16.4.2009

http://www.socca.fi/aineistot/Pk-seudun_asunnottomien_asumis_palvelutarpeet.pdf

Taipale, Ilkka (1998) Mielen sairaut ja palveluasunnot. Arviointiraportti palveluasuntojen tarpeesta Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:32. Helsinki.

Taipale, Vappu (1996) Mielekäs elämä. Raportti mielenterveyspalvelujen tilasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:20. Helsinki.

Terveyttä helsinkiläisille. Terveyskeskuksen toimintakertomus 2005. Helsingin kaupunki. Terveyskeskus.

Tervonen, Heidi (2004) Moninaiset. Selvitys asunnottomien, moniongelmaisten naisten asumispalvelutarpeista Helsingissä. Asumispalvelusäätiö ASPA, Helsinki.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Tuori, Timo (1994) Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarvioinnista. STAKES. Raportteja 143. Gummerus. Jyväskylä.

Tuori, Timo & Kiikkala, Irma & Lehtinen, Ville (2000) Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen Lääkärilehti 44/2000, 4533–4538.

Tuurala, Timo (1992) Avautuva laitos: Lastensuojelun porrasteisen palvelujärjestelmän kehittymisen ensimmäinen vuosi. Suomen kaupunkiliitto. Helsinki.

Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.) (2000) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. STAKES. Raportteja 250. Helsinki.

Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.) (1996) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. STM/ STAKES – Raportteja 192. Jyväskylä.

Wahlbeck, Kristian (2007) Mielenterveyspalvelut. Kirjassa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.) (2007) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007, STAKES. Helsinki. s. 87–101.

Wahlbeck, Kristian (2005) Mielenterveyspalvelut. Kirjassa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. STAKES. Helsinki. ss. 60–75.

Wahlbeck, Kristian & Pirkola, Sami (2008) Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Kirjassa:

Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. STAKES. Helsinki. ss. 131–145.

Wahlberg, Henrik & Sohlman, Britta (1993) Minne mielisairaalapotilaat ovat kadonneet? STAKES. Aiheita 51/1993.

LEHTIARTIKKELIT

Finne-Elonen, L. (1994) Avohoitoon heitteille. Helsingin Sanomat 10.9.1994.

Lindberg, M. (1994) Avohoitoon sysätyt psyykepotilaat jäivät heitteille. Helsingin Sanomat 16.9.1994.

Nykänen, Anna-Stina (1997) Hulluus ei vähene, vaikka hoito vähenee. Helsingin Sanomat 4.5.1997

Ojansivu, Merja (1999) Mieleltään järkkynyttä omaista on vaikea saada hoitoon. Helsingin Sanomat 4.6.1999

Pylkkänen, Kari (1997) Masennuksen hoito on unohdettu. Helsingin Sanomat 4.7.1997

Repo, P. (1995) Kunnat ovat purkaneet laitoshoidon eri tahdissa. Potilaan siirto laitoksesta avohuoltoon tuo hitaasti säästöjä. Helsingin Sanomat 31.10.1995

Utria, S. (1996) Puolustuskyvyttömiä ei saa jättää avohoidon nimissä heitteille. Helsingin Sanomat, mielipide, 22.4.1996.

VERKKOLÄHTEITÄ:

<http://www.mielenterveyshelmi.fi>

<http://www.niemikoti.fi>

<http://www.socca.fi/asunnottomuus/liitteet/nimiovessa.pdf>

<http://www.sopimusvuori.fi>

<http://info.stakes.fi/mielekasselama>

<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/MielenterveysAtlas2005.pdf>