

Päivi Lepistö
Lauri Kuosmanen
Airi Partanen
Juha Moring
(toim.)

Parempaan palvelun avaimia

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa

RAPORTTI



RAPORTTI 64/2012

Päivi Lepistö, Lauri Kuosmanen, Airi Partanen, Juha Moring (toim.)

Paremmen palvelun avaimia

**Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman
toimeenpano Mielen avain -hankkeessa**



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Sanna Tarkkonen

Kannen kuva: Plugi

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Suomen virallinen käännös Oy

Englanninkielinen tiivistelmä: Suomen virallinen käännös Oy

ISBN 978-952-245-753-0 (painettu)

ISBN 978-952-245-754-7 (verkko)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

ISBN:URN 978-952-245-754-7

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-754-7>

Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy

Tampere, 2012

Lukijalle/Esipuhe

Tätä raporttia viimeistellään kylmänä ja sateisena syksynä, jolloin poikkeuksellisen monilla työpaikoilla käydään yt-neuvotteluja. Väkeä vähentävät sekä julkinen sektori että huonosti menestyvät yritykset, mutta myös yritykset jotka tekevät hyvää tulosta. Vanhusten ja sairaiden hoidosta ja huolenpidosta järjestämisvastuuta kantavat kunnat ovat ahdingossa. Tässä tilanteessa kaikilla ei ole malttia nähdä mielenterveys- ja päihdepalveluita investointina joka ajan kuluessa tuottaa ja vähentää kustannuksia.

Mielenterveyden häiriöillä ja päihdeongelmilla on laajoja inhimillisiä, yhteiskunnallisia ja taloudellisia vaikutuksia. Sairastuneet elävät usein muita lyhyemmän elämän, syynä ovat tavalliset kansantaudit, tapaturmat ja itsemurhat sekä alkoholisairaudet. Sairastamiseen liittyy työkyvyttömyyttä joka näkyy sairaaloina ja ennenaikaisina eläkkeinä, ja niiden kautta paljon suurempina kustannuksina kuin asianmukainen hoito aiheuttaisi. Sairastuneista vain osa on hoidossa, ja osan hoito on riittämätöntä. Hoidon saamisen suhteen on maassamme suuria alueellisia eroja, niitä on jopa sairaanhoitopiirien sisällä eri kuntien välillä. Sairaalahoidon määrä vähenee, mutta avohoidon kasvu on hidasta, sairaaloista vapautuneita resursseja on käytetty muiden asioiden kehittämiseen. Riittämättömän hoidon seuraukset tulevat kalliiksi muilla yhteiskunnan alueilla. Tämän on havainnut myös Valtioneuvoston kanslian toimeksiannosta Pekka Himasen johdolla työskentelevä kansainvälinen tutkijaryhmä, joka raportoi juuri ilmestyneessä teoksessa *Sininen kirja. Suomen kestävä kasvun malli. Luonnos kansalliseksi tulevaisuushankkeeksi* seuraavasti:

”Mielenterveyssyistä johtuvien varhaisen työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen kustannukset ovat menetetyt työpanoksen kautta lähes 10 miljardia euroa vuodessa eli 1/5 Suomen valtion koko budjetista” (Työterveyslaitos 2010, 43).

Raportissa todetaan kestävyysvajeesta:

”Mielenterveys olisi 10 miljardin euron vastaus. Itse asiassa ei ole olemassa mitään toista terveyskysymystä kuin mielenterveys, joka olisi taloudellisilta vaikutuksiltaan 10 miljardia euroa” (2010, 48).

Näiden ongelmien korjaamiseksi on Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteena vahvistaa asiakkaan asemaa, painottaa ongelmien ennaltaehkäisyä, järjestää palvelut toimivaksi kokonaisuudeksi ja kehittää palvelujen ohjauskeinoja. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma asettaa kansalliset kehittämissuunnitelmat vuoteen 2015 saakka. Kyse on laajasta kokonaisuudesta, jonka toteuttaminen vaatii yhteistyötä lukuisten eri toimijoiden välillä. Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tarkastellaan valtakunnallisella tasolla yhtenä kokonaisuutena. Asiakkaan aseman vahvistamiseksi lisätään potilaiden ja läheisten kuulemista hoitojärjestelmän kehittämisessä ja hoidon toteuttamisessa. Samoin pyritään lisäämään turvallisuutta ja vähentämään pakon käyttöä. Ehkäisyn osalta avainasemassa ovat syrjäytymistä ja mielenterveys- ja päihdeongelmien sukupolvien yli siirtymistä estävät, sekä ongelmien varhaista tunnistamista tukevat ohjelmat. Mielenterveys- ja päihdestrategioiden luomisella pyritään mielenterveys- ja päihdeasioiden huomioon ottamiseen saamaan osaksi kuntien kaikkea toimintaa, myös Pisa-tutkimuksissa erinomaisesti menestyneiden koulujemme arkipäivää, jotta ne optimaalisesti tukisivat lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen koko elämänsäkaaren kattavaksi toimivaksi palvelukokonaisuudeksi johtaa palvelujen siirtymiseen lähelle tarvitsijoita ja sairaalapainotteisuuden vähenemiseen. Ohjauskeinoja kehittämällä pyritään vähentämään alueellisia eroja. Tavoitteisiin pääsyä edistetään hyödyntämällä tutkimuksellista ja kokemuksellista tietoa, hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja ja myös muuttamalla lainsäädäntöä.

Mieli-suunnitelman käytännön toimeenpanosta suuri osa tapahtuu Kaste-hankkeiden kautta ja kuntien ja sairaanhoitopiirien toiminnan kehittämisen yhteydessä. Lukijan kädessä oleva raportti on kuvaus siitä miten Mielen avain -hankkeessa on tehty työtä tämän hyväksi. Samalla se on kuvaus uskosta työhön ja tulevaisuuteen.

Juha Moring ja Airi Partanen

Tiivistelmä

Päivi Iepistö, Lauri Kuosmanen, Airi Partanen, Juha Moring. Parempaan palvelun avaimia – kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 64/2012. 87 sivua. Helsinki, Finland 2012. ISSN 1798-0070 (painettu), ISSN 1798-0089 (pdf)

Mielen avain -hanke syntyi syksyllä 2009 kun joukko eteläsuomalaisia kuntia päätti yhdistää voimansa ja laatia yhteisen hakemuksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankkeen saamiseksi koko Etelä-Suomen maakunnan alueelle. Mukaan lähti 35 kuntaa jotka muodostivat 13 osahanketta. Kaikki osahankkeet sitoutuivat Mielen avaimen päätavoitteisiin: 1) palvelujen käyttäjien osallisuuden vahvistaminen, 2) kynnyskettömien palvelujen kehittäminen sekä 3) henkilöstön mielenterveys- ja päihdeosaamisen lisääminen. Hanke on saanut valtionavustusta vuosille 2010–2013 yhteensä 8,7 miljoonaa euroa.

Mielen avaimen arvoiksi päätettiin heti alkuvaiheessa positiivisuus, luottamus, yhtenäisyys, läpinäkyvyys ja käyttäjälähtöisyys. Mielenterveys- ja päihdetyötä leimaa usein pessimismi ja huonojen kokemusten ja epäonnistumisten luettelointi. Hankkeessa olemme halunneet muuttaa tätä mielikuvaa ja muistuttaa siitä, että vaikeitakin asioita voi kehittää myönteisessä mielessä muistaen, että historia sisältää paljon onnistumisia, ei pelkästään virheitä ja vääriä ratkaisuja. Isossa hankkeessa verkosto on suuri ja on luotettava työkalun työhön ja ratkaisuihin. Hankkeen hallinnon on luotettava osahankkeisiin, osahankkeiden hallintoon, rahoittajan luotettava koko hankkeeseen, hanketyöntekijän toiseen hanketyöntekijään ja kaikkein tärkeimpänä, palveluja käyttävän on voitava luottaa kehittämistyöhön. Luottamus mahdollistaa hankkeen yhtenäisyyden, vaikka toimintaa tehdään kovin erilaisissa ympäristöissä ja rakenteissa. Läpinäkyvyys tarkoittaa sitä, että valtion rahoittamaa toimintaa tulee kaikkien voida tarkastella ilman esteitä ja näin muodostaa oma käsitys toiminnan tarkoituksenmukaisuudesta ja vaikuttavuudesta. Kaikki hankkeen materiaali on luettavissa ja nähtävissä Mielen avaimen kotisivuilla, joiden haluamme olevan sellaiset, joita myös palvelujen käyttäjät voivat lukea ja saada sieltä ymmärrettävää tietoa. Hanke on avoimesti myös Facebookissa, jossa hankkeen työntekijät rohkeasti omalla profiilillaan ovat mukana yhteisessä keskustelussa.

Tämä julkaisu ei ole Mielen avaimen loppuraportti. Jatkamme hankettamme kesään 2013 asti ja toivotavasti Kaste II. ohjelman tukemana vielä siitakin eteenpäin. Isossa hankkeessa on tässä raportissa kuvattujen innovaatioiden lisäksi kymmeniä muitakin esittelemisen arvoisia tuloksia. Pelkästään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämään Innokylään Mielen avain -hanke on valmistelemaan 38 kuvausta. Tähän julkaisuun valitsimme sellaiset kehittämistyön tulokset, jotka parhaiten tukevat kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa hankealueella. Osa tässä raportissa esitellyistä hanketyön tuloksista on jo juurtunut osaksi kuntien omaa toimintaa, osaa juurrutetaan vielä ja osaa tullaan jatko kehittämään niin, että ne paremmin vastaisivat kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien tarpeita.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, mielenterveyden edistäminen, ehkäisevä mielenterveystyö, päihde, ehkäisevä päihdetyö, päihdepalvelut, päihdehuolto, päihdeongelmat, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Sammandrag

Päivi Lepistö, Lauri Kuosmanen, Airi Partanen, Juha Moring. Nycklar till bättre service – implementering av den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete inom projektet Sinnets nyckel. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 64/2012. 87 sidor. Helsingfors. Finland 2012. ISSN 1798-0070 (tryckt), ISSN 1798-0089 (pdf)

Projektet Sinnets nyckel startade hösten 2009 då ett antal kommuner i södra Finland bestämde sig för att gå samman och författa en gemensam ansökan för ett utvecklingsprojekt för mentalvårds- och missbruksservice för hela landskapet Södra Finland. I projektet deltog 35 kommuner som bildade 13 tematiska helheter. Alla de tematiska helheterna förband sig till de huvudsakliga målsättningarna för Sinnets nyckel: 1) att öka deltagandet bland de som använder tjänsterna, 2) att utveckla lättillgängliga tjänster samt 3) att öka mentalvårds- och missbrukskunnandet hos personalen. Projektet har totalt erhållit 8,7 miljoner euro i statligt stöd för åren 2010–2013.

Redan inledningsvis fastslogs följande centrala värden för Sinnets nyckel: positivitet, förtroende, gemenskap, transparens och att utgå från användaren. Mentalvårds- och missbruksarbete kännetecknas ofta av pessimism, dåliga erfarenheter och uppräknande av misslyckanden. Inom projektet har vi önskat förändra denna uppfattning och påminna om att även svåra frågor kan utvecklas i positiv mening då man kommer ihåg att det även finns många saker som lyckats historiskt sett, och inte bara misstag och felaktiga lösningar. Inom ett stort projekt är nätverket omfattande och man måste ha tillit till kollegors arbete och lösningar. Inom administrationen för projektet måste man ha tillit till de tematiska helheterna, administrationen av de tematiska helheterna, finansören måste ha tillit till projektet som helhet, projektarbetarna måste känna tillit till varandra och framför allt måste den som använder tjänsterna ha förtroende för utvecklingsarbetet. Förtroende möjliggör enhet inom projektet, även om verksamheten äger rum i väldigt olika miljöer och strukturer. Transparens innebär att verksamhet som finansieras av staten fritt kan granskas och att var och en således kan bilda sig en uppfattning om dess ändamålsenlighet och effektivitet. Allt material för projektet finns till påseende på Sinnets nyckels webbsida, som vi önskar ska kunna utnyttjas även av de personer som använder tjänsterna och att ska innehålla information i lättförståelig form. Projektet deltar även öppet i Facebook, där anställda inom projektet rättfram deltar i den gemensamma diskussionen med egen profil.

Denna publikation är inte en slutrapport för Sinnets nyckel. Projektet fortsätter fram till sommaren 2013 och förhoppningsvis kommer projektet att fortsätta även efter det med stöd av Kaste II -programmet. Det stora projektet omfattar förutom de innovationer som beskrivs i denna rapport även tiotals andra resultat värda att beskrivas. Bara inom Innobys Sinnets nyckel -projekt håller man på att förbereda 38 beskrivningar. Till detta valde vi sådana resultat av utvecklingsarbetet, som bäst stöder implementeringen av den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete på det område som omfattas av projektet. En del av de resultat av arbetet inom projektet som presenteras i denna rapport har redan blivit en del av kommunernas normala praxis, en del håller fortfarande på att implementeras och en del kommer fortsättningsvis att utvecklas så att de bättre ska motsvara behoven hos kommuninvånarna och användarna av tjänsterna.

Nyckelord: mentalvård, psykiska störningar, mentalvårdstjänster, främjande av mental hälsa, förebyggande mentalvård, rusmedel, förebyggande rusmedelsvård, rusmedelstjänster, rusmedelsvård, missbruksproblem, plan för mentalvårds- och missbruksarbete

Summary

Päivi Lepistö, Lauri Kuosmanen, Airi Partanen, Juha Moring. Paremmen palvelun avaimia – kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. [Keys to Better Service: Execution of the National Mental Health and Drug Plan in the Key to the Mind Project.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 64/2012. 87 pages. Helsinki, Finland 2012. ISSN 1798-0070 (printed), ISSN 1798-0089 (PDF)

The Key to the Mind project originated in autumn 2009 when a group of municipalities in southern Finland decided to pool their resources and prepare a combined application to obtain a mental health- and drug services-based development undertaking covering the entire area of Southern Finland Province. A total of 35 municipalities embarked on the programme, which comprised 13 subprojects. All subprojects were committed to the main Key to the Mind objectives: 1) consolidation of participation by users of the services, 2) the development of threshold-free services and 3) increase in the mental health- and drug-based expertise of the personnel. The project has received State aid for the years 2010–2013 to the amount of MEUR 8.7.

A positive attitude, trust and confidence, consistency and uniformity, transparency and user-friendliness were immediately determined to be the values of the Key to the Mind project. Mental health and drug prevention work is frequently marked by pessimism and the listing of poor experiences and failures. We have wanted to change this image within the project and emphasize that even difficult matters can be affirmatively developed, remembering also that history itself includes many successes – not merely mistakes and incorrect solutions. In a big project, the network is large and it is necessary to trust in the work and solutions of colleagues. The project management must trust in the subprojects and administration of the same. The provider of funds must have confidence in the entire project, and the project workers with respect to other such workers. Most important, the users of the services must be able to trust the development effort itself. Confidence and trust enables the uniformity and consistency of the project, even if its operations are performed within highly diverse environments and structures. Transparency means that the activities funded by the State should be subject to examination without any obstacles to everyone, so that all are capable of forming their own ideas of the suitability and influence of the operations. All of the project material can be read and viewed on the Key to the Mind website. We want this material to be of the kind that the users of the services can also peruse it and obtain information that is easily understood. The project is also open to the public on Facebook, where project workers are involved in the discussion, bravely using their own profiles.

This publication is not the final report for the Key to the Mind project. We will continue this undertaking till the summer of 2013, and hopefully, as supported by the Second National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste II), farther into the future. Being a large project, dozens of other results worthy of presentation are described in this report, alongside the innovations outlined. Already with regard to Inno Village (Innokylä) alone, 38 descriptions are under preparation. For this purpose, we selected the sort of development effort results that best support the execution of the national mental health and drug plan within the project area. Some of the project work results presented in this report have already become rooted as part of the normal operations of the municipalities. Others are still seeking a foothold, and some shall be further developed so that they better respond to the needs of municipal residents and the users of the services.

Keywords: mental health, mental disorders, mental health services, promotion of mental health, preventive mental health work, drug services, substance abuse treatment, drug problems, mental health- and drug-based plan

Sisällys

Lukijalle/Esipuhe	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	5
Summary	6
1 Johdanto	8
2 Asiakkaan aseman vahvistaminen.....	10
2.1 Keitä me olemme – mitä kieltä me puhumme?.....	10
2.2 Kokemusasiantuntijakoulutus Mielen avain -hankkeessa.....	14
2.3 Osallisuuden vahvistamista kokemusasiantuntijuudella sekä matalan kynnyksen päihde- ja mielen terveyspalveluilla	17
3 Palvelut yhden oven takaa.....	22
3.1 Mielen terveys- ja päihdekioski kirjastossa – onnistumisia ja epäonnistumisia	22
3.2 Näkymätön vanhempi lastensuojelussa	25
3.3 Yhden pysäkin taktiikka: Nuorten matalankynnyksen palvelut Hyvinkäällä ja Kirkkonummella ..	27
3.4 Päihde- ja mielen terveysystöä sekä sosiaalivointia terveysasemille jalkauttamassa.....	32
3.5 Selviämisyksikkö matalan kynnyksen palveluna.....	38
3.6 Interpersoonallinen terapia masennuksen hoidon välineenä perusterveydenhuollossa.....	45
4 Mielen terveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen	49
4.1 Yhdessä asiakkaan parhaaksi – kohti asiakaslähtöisempiä palveluja moniammatillisesti	49
4.2 Strategiatyöstä voimaa mielen terveys- ja päihdetyön kehittämiseen.....	53
4.3 Aikuissosiaalivointia päihde- ja mielen terveysosaamista kehittämässä	56
4.4 Pitkäaikaismasentuneen potilaan hoitomallin kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.....	60
4.5 Nuorten kokonaisvaltaisen palvelumallin kehittäminen	65
4.6 Lapsiperheiden mielen terveys- ja päihdetyön kehittäminen.....	70
4.7 Palvelukartta avuksi järjestelmän ymmärtämiseen	75
5 Ohjaukeinojen kehittäminen	77
5.1 Kunta ja kehittäminen.....	77
5.2 Hankkeen hallinnointi – mission impossible?	81
6 Kirjoittajien ja toimituskunnan esittely.....	86

1 Johdanto

Lauri Kuosmanen

Tämä raportti alkaa sillä kaikkein tärkeimmällä eli asiakkaan äänellä. Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksesta valmistuneet ja heidän ohjaajansa ovat kirjoittaneet siitä, minkälaisia kokemuksia heillä on palveluviidakosta, mitä on aito yhteistyö palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten välillä ja miten vaativaan kokemusasiantuntijan tehtävään voi kouluttautua. Kuvaus rohkaisee meitä jatkamaan kokemusasiantuntijakoulutuksen kehittämistä. Artikkelini saa palvelujen tarjoajan, virkamiehen, nöyräksi. Meillä on vielä paljon matkaa siihen, että asiakasta todella kuullaan, ja hän pääsee mukaan päätöksentekoon asioissa, jotka koskettavat häntä itseään. Omassa artikkelissaan Mielen avaimen kokemusasiantuntijakoulutuksen suunnittelijat ja toteuttajat kuvaavat koulutuksen sisältöä, kokemuksia ja arvioivat koulutuksen tuloksia. Kyseessä on kunnianhimoinen kokeilu, jonka seurauksena yli kaksikymmentä koulutettua kokemusasiantuntijaa tälläkin hetkellä aktiivisesti tekevät omalla panoksellaan eteläsuomalaista mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää paremmin toimivaksi. Lopuksi kuvataan Itä-Uudellamaalla tehtyä asiakkaan osallisuutta vahvistavaa hanketyötä, jonka keskiössä ovat kokemusasiantuntijat, heidän tarinansa ja se miten heidän esimerkinsä toipumisesta voi auttaa muita samassa tilanteessa olevia.

Seuraavassa luvussa kuvataan hyvin monipuolisesti sitä mitä Mieli -suunnitelman yhden oven periaate voisi tarkoittaa todellisuudessa. Se ei alun perinkään varmasti tarkoittanut sitä, että fyysisessä maailmassa jossain pitäisi olla yksi ovi, josta sekä mielenterveys- että päihdeasiakkaat voisivat astua sisään niin halutessaan. Tässä hankkeessa se tarkoittaa erilaisia tapoja vastata antamaamme palvelulupaukseen. Lupasimme hankehakemuksessa, että asiakas joka itse havaitsee tai joku hänen läheisensä havaitsee avun tarpeen, saa apua kunnan tai kaupungin uudelleen viritetystä palvelujärjestelmästä ilman pompottelua ja kolmen päivän sisällä. Luvussa raportoidaan kirjastoon perustetun ”mielenterveyskioskin” onnistumisia ja epäonnistumisia, sitä miten lastensuojelussa lasten vanhempien mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoidossa on parantamisen varaa, ja sitä miten nuorille voidaan räätälöidä helposti lähestyttäviä ja rentoja avun saannin paikkoja. Lisäksi kuvataan miten terveysasemille kehitetään mielenterveys- ja päihdetyötä sekä sosiaalivointia, ja miten päivystyksen yhteydessä toimiva selviämisyksikkö palvelee matalan kynnyksen avun saamisen paikkana. Luvun lopuksi kuvataan vielä näyttöön perustuvan terapiamenetelmän käyttöönottoa perusterveydenhuollossa. Toimintaa, jota hämmästyttävän vähän on käytetty Suomessa, vaikka menetelmiä on olemassa.

Neljäs luku kuvaa sitä miten Mielen avain -hanke on ollut mukana kehittämässä kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää. Luku muistuttaa siitä, että näiden ongelmien hoito on aina oltava moniammatillista ja toiminnan on perustuttava yhdessä kaikkien osapuolten kanssa tehtyyn ja kuntapäätäjien hyväksymään mielenterveys- ja päihdestrategiaan. Luvussa kuvataan sitä miten sosiaalityön ammattilaisten mielenterveys- ja päihdeosaamista voidaan lisätä työntekijöiden uteliaisuutta ja innostumista herättelemällä. Tämän jälkeen lukijaa muistutetaan siitä, että pitkäaikaisen mielenterveysongelman hoito kuuluu muiden pitkäaikaissairauksien tapaan perusterveydenhuoltoon ja siihen on kehitetty hankkeessa toimiva malli. Lopuksi voimme lukea kaksi kuvausta siitä, miten lapsiperheiden sekä nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää voidaan kunnissa kehittää ja tehostaa asiakasnäkökulman katoamatta. Viimeisessä artikkelissa kuvataan sitä miten internetissä toimiva palvelukartta voi auttaa asiakasta palveluviidakossa suunnistamisessa.

Viidennessä ja viimeisessä luvussa kuvataan kunnan roolia kehittämistyössä. On hyvä muistaa, että palvelujen tuottajalla on velvollisuus pitää yllä hyvää laatua mielenterveys- ja päihdetyössä, ja yksi keino siihen on juuri hankkeet ja niiden tekemä kehittämistyö. Viime aikoina on paljon puhuttu hankeähkystä ja jotkut kunnat ovat kieltäytyneetkin hankkeista, koska ”helpommalla pääsee kun tekee itse”. Tämä ilmeisesti osittain liittyy lisääntyneeseen hankebyrokraatioon ja valvontaan. Näitä ja muita hankkeen hallinnoinnin haasteita kuvataankin raportin viimeisessä artikkelissa.

Tässä raportissa olemme nostaneet esille niitä Mielen avain -hankkeen innovaatioita – tai paremman palvelun avaimia – jotka tukevat kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa. Lukija

voi poimia sisällöstä itseään kiinnostavat artikkelit, lukea jonkun tietyn luvun tai vaikka koko raportin. Jos innostut tai kiinnostut, ota yhteyttä suoraan kirjoittajiin tai käy etsimässä lisätietoa Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän Innokylän verkkopalvelusta, johon kaikki keskeiset Mielen avaimen hyvät käytännöt kuvataan.

2 Asiakkaan aseman vahvistaminen

2.1 Keitä me olemme – mitä kieltä me puhumme?

Niina Sinkkonen, Päivi Rissanen ja Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijaryhmä

Kokemus hyödyksi ja voimavaraksi

"En halua että menneisyydestäni on pelkästään haittaa."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutukseen haki 58 Etelä-Suomen alueen mielenterveys- ja päihdekuntoutujaa sekä omaista. Heistä koulutukseen valittiin 23 eri-ikäistä henkilöä, joita yhdistää oma-kohtainen kokemus omasta tai läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmasta, ongelmien kanssa elämisestä sekä siitä, miten ja millä tavalla kuntoutuminen ja toipuminen on mahdollista.

Opiskelijoille on yhteistä ja heitä yhdistää halu valjastaa omat raskaatkin kokemukset voimavaraksi ja pääomaksi, jota jakamalla voi auttaa muita samankaltaisessa tilanteessa olevia.

"Hain koulutukseen omien kokemusten pohjalta, jotka ovat ohjanneet, koostaneet, särkeneet ja korjanneet elämäni...ratkaisevin osio mielestäni on, kuka tämän kärsivän/toipuvan ihmisen rinnalla kulkee, kuka kuuntelee ja tukee, jakaa ja samaistuu. Eli kokee sen ihmisen avuntarpeen ja ohjaa palvelujärjestelmien käytössä."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen opiskelijoilla on arvokasta kokemusperäistä tietoa, jonka avulla he voivat auttaa toisia mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa eläviä ja kamppailevia ihmisiä saamaan nopeammin kiinni sen langan päästä, joka johtaa kuntoutumiseen, laadukkaampaan ja tasapainoisempaan elämään.

"Kokemusasiantuntijan tulisi olla mukana jo heti ensikohtaamisesta lähtien. Hän voisi tukea juuri sairastunutta ja olla esimerkkinä siitä, että sairaudesta voi toipua. Toinen ihminen on myös käynyt läpi samanlaista ja jopa selvinnyt siitä hengissä."

Tulkkina kuntoutujan ja hoitohenkilökunnan välillä

"Joku joka kertoisi mitä lääkäri hienoilla sanoillaan tarkoittaa ja osaisi tulkata lääkärille mustan ahdistuspeikon sisältä."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen opiskelijoista moni jakaa käsityksen ja näkemyksen siitä, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujat jäävät valitettavan usein sosiaali- ja terveydenhuollon raskaiden rakenteiden alle, eivätkä saa tarvitsemaansa apua. Opiskelijoiden kokemusten mukaan on yleistä tuntoa ja kokea, ettei hoitohenkilökunta näe tai kuule heitä, tai että puhutaan eri kieltä.

"Lääkärille olen kertonut omasta masennuksestani ja omista oireistani tietysti monta kertaa, mutta vasta viime vuosina olen tullut helpommin ymmärretyksi, ihan siitä syystä etten osannut aiemmin pukea sanoiksi omia tuntemuksiani. Tästä syystä olisin itse ollut todella kokemusasiantuntijan tarpeessa jo vuosia sitten."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen opiskelijat ovat itse törmänneet palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen ja pirstaleisuuteen. He ovat huomanneet, että sen sokkeloihin voi hyvinkin helposti eksyä ja putkahtaa sieltä ulos saamatta tarvitsemaansa hoitoa tai apua tai tulematta kohdatuksi. Opiskelijoiden kokemuksen mukaan järjestelmässä ei ole ketään, joka tukisi ja neuvoisi sokkeloissa suunnistamisessa. Opiskelijat uskovat, että kokemusasiantuntijat pystyisivät auttamaan ja tukemaan toisia kuntoutujia avun saamisessa sekä oikeanlaisen hoito- tai kuntoutuspaikan löytämisessä. Ainakin kokemusasiantuntijat

voivat kertoa, etteivät ihmiset ole ongelmiansa kanssa yksin, muillakin ihmisillä on samankaltaisia kokemuksia ja vaikeuksia, ja ennen kaikkea niistä voi selvitä.

"On olemassa hienoja ohjeita ja sääntöjä, joita ei kuitenkaan noudateta, pieni ihminen kaatuu terveydenhuollon rattaisiin. Jos olisi olemassa joku joka ottaisi kädestä kiinni ja auttaisi, kun ei itse ymmärrä ja jaksa. Siinä kohtaa kun apua hakee, olisi joku joka tukee ja kannattelee. Joku joka edes kertoisi, et ole yksin, meitä on monta."

Haaveena paremmat palvelut

"Missiona halu kehittää mielenterveys- ja päihdekuntoutusta sekä henkilökunnan koulutusta ja tietoisuutta siihen, miten asiakas kokee saamansa hoidon ja mikä auttaa."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen opiskelijat haluavat olla mukana kehittämässä ja suunnittelemassa entistä paremmin toimivia mielenterveys- ja päihdepalveluita yhdessä ammattiauttajien ja päättäjien kanssa. Opiskelijat ovat havainneet ja törmänneet palvelujärjestelmämme puutteisiin ja toimimattomuuteen omakohtaisesti ja tietävät miten se vaikuttaa ihmisen elämään, kuntoutumiseen tai jopa työelämään palaamiseen. Kokemustensa perusteella he uskovat pystyvänsä tarjoamaan jotakin lisää jo olemassa oleviin rakenteisiin sekä auttamaan toimivampien sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmien kehittämisessä.

"Jos yhteiskunta tulevaisuudessa haluaa selvitä entistä paremmin mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa, pitää auttamisjärjestelmässä antaa nykyistä enemmän tilaa kokemusasiantuntijoille ja vertaistoimijoille."

Kokemusasiantuntijat ovat halukkaita ja innokkaita toimimaan rakentavassa yhteistyössä ammattiauttajien kanssa, jotta mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät saisivat tarvitsemansa avun parhaalla mahdollisella tavalla. Kokemusasiantuntijat näkevät yhteistyön mahdollisuudet asiakaslähtöisen järjestelmän kehittämisessä sekä asiakaslähtöisyyden lisäämisessä.

"Lääkäreiden, muiden ammatti-ihmisten ja kokemusasiantuntijoiden kannattaa rakentaa yhdessä kokonaisuus, jossa he luovat toisiaan tukien vahvan tieto- ja kokemuspohjan, jolle asiakkaiden auttamistyö on hyvä rakentaa. Terveysalan ammatti-ihmiset ja teoreetikot eivät yksin kykene rakentamaan sellaista asiakaslähtöistä palvelujärjestelmää, joka ottaa riittävästi huomioon sairaudesta parantuneiden omat toipumiskokemukset, vertaistoiminnan ja asiakkaiden yksilölliset erot."

Kokemusasiantuntijoiden ja ammattiauttajien yhteistyö on mahdollista, mutta vaatii kaikilta osapuolilta uudenlaista suhtautumista ja avaraa mieltä.

"Koulutettujen ammattilaisten on hyvä nöyrytyä ottamaan tasavertaisiksi työkavereiksi oman sairastumis- ja toipumiskokemuksen omaavia koulutettuja kokemusasiantuntijoita. Samankaltaista nöyryyttä edellytetään myös kokemusasiantuntijoilta."

Mihin koulutusta tarvitaan?

"Tietoa, taitoa, tukea ja vertaisia."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuneilla on paljon arvokasta tietoa ja kokemuksen tuomaa pääomaa, mutta pelkkä kokemus ei riitä eikä anna tarvittavien valmiuksia kokemusasiantuntijatehtävissä toimimiseen. Kokemuksensa rinnalle kokemusasiantuntijat tarvitsevat paljon erilaista tietoa ja monenlaisia valmiuksia.

Osa opiskelijoista on tiennyt jo pitkään miten haluaisi hyödyntää kokemuksiaan. Mielen avain -hankkeen tarjoama koulutus on ollut kauan kaivattu mahdollistaja, jonka avulla he voivat päästä askeleen lähemmäksi tavoitteitaan.

"Ensimmäisen kosketukseni kokemusasiantuntijuuteen sain opiskeluaikana, kun terveystiedon tunnilla kokemusasiantuntija kertoi oman tarinansa. Olin äärimmäisen vaikuttunut ja vakuuttunut tuosta opetustavasta. Pienen lapsen kaltaisella uteliaisuudella kyselimme häneltä ahnaasti kaikkea sitä, mitä opettaja ei ikinä aiheesta voisi tietää kirjaan perustuvan tiedon nojalla: kokemuksia, tunteita, iloa, suruja, häpeää, ylpeyttä ja onnistumisen riemua. Muistan jo silloin ajatelleeni, että tuollaista hyödyllistä ja kaikille osapuolille antoisaa työtä minäkin tahtoisin tehdä."

Koulutus antaa konkreettisen tavan ja keinon kääntää omat vaikeat kokemukset hyödyllisiksi toisten auttamisen välineiksi. Kokemusasiantuntijakoulutuksen tuomalla tiedolla ja valmiuksilla sekä kokemusasiantuntijan nimikkeellä on oma merkityksensä ihmisten elämässä. Osa opiskelijoista haluaa jatkaa opiskelua ja hyödyntää kokemuksiaan ammatillisesti.

"Koulutus on ollut minulle suureksi avuksi kääntää n. 30 v. kestänyt päihdeongelma kierre joka sisältää mm. useita vankilatuomioita, laitoshoidoja, huostaanottoja, sairaalajaksoja, melkein kuolemia ja ihan älyttömän paljon ongelmia joista en uskonut ikinä selviäväni, niin uskomattomalta kuin se kuulostaakin niin VOIMAVARAKSI. Taustallanihan ei paljon töitä saa esim. työpaikka haastattelussa kun kysytään osaamisiani niin kovin myyväähän ei ole kertoa että osaan varastaa auton nopeasti, tiirikoida suurimman osan olemassa olevista lukoista, olen kaduilla ja vankiloissa kasvanut & oppini saanut ja herätän julkista pahennusta sekä pelkoa, ja tulen muutenkin yhteiskunnalle aivan liian kalliiksi, ja teen muutenkin paljon pahaa ja parhaiten taidan asioiden mokaamisen kaikin puolin... Myyvämpäähän on kertoa että on päihde tausta ja toivun ja haluan auttaa muita saamaan elämästä kiinni. Olen käynyt jonkin verran laitoksissa pitämässä infotilaisuuksia kertomassa, että toipuminen on mahdollista ja osallistunut kokemusasiantuntijana mm. verkostopalaveriin laitoksesta vapautuvien kanssa, josta on ollut hyötyä, koska voin kertoa itse olleeni tuossa tilanteessa ja mitkä olivat minun kompastuskevenni ja mitkä asiat minua auttoivat. Mieleeni tulee palsu jossa olin ja asiakas oli täysin tietämätön aivan kaikesta tulevasta eikä tiennyt edes kenen sosiaalityöntekijän luokse mennä eikä milloin, eli kaveri oli aivan tyhjän päällä, samassa tilanteessa kuin hoitoon tullessa ainoastaan fyysinen terveys hiukan paremmassa kunnossa. Joudun kertomaan että tämä on aivan perseestä ja olisi aivan sama kirjoittaa maksusitoumus Alkoon tai lähimpään huumeuukkuun kun tulos noilla eväillä on kuitenkin tuhoisa. Saimme kuitenkin suunniteltua tähän asti toimivan tukiverkoston ja toimintaa, joka tukee päihde-elämää. Olen myös palkkatuella päihde- ja sosiaaliohjaajana sekä haen päihdetyöntekijän ammattitutkinto koulun jossa toimin luennoitsijana ainakin kunnes pääsen kouluun ja miksen koulun jälkeenkin."

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutus on pitkä ja sitoutumista vaativa prosessi, jonka on koettu vaativuudestaan huolimatta antavan paljon.

"Olen oppinut ymmärtämään asioita omakohtaisemmin – toisinaan koen hukkuvani informaation paljouuteen, mutta siinäkin on oma hyvä puolensa."

Koulutuksen monipuolisuus ja erilaiset lähestymiskulmat mielenterveys- ja päihdeasioihin on koettu rikkauttavana ja tietoisuutta laajentavana.

"Mielen avain -hankkeen 8 kuukautta kestävä koulutus takaa erityisen lähtökohdan käsitellä vastaantulevia ongelmia, esiintymisiä ja vertaistoimintaa. Koulutus on monipuolinen lähestymistapa kokemusasiantuntijuuteen."

Kokemusasiantuntijuuden voima

"Asiaa kaikki, ei pakkoa, rentoa meininkiä. Kouluttajat ei pääosassa. Me!"

Kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuneet ovat yksimielisiä siitä, että koulutuksen parasta antia on ollut itse ryhmä ja sen muodostavat ihmiset.

"Olen yksikseni lukenut vinon pinon psyykkisiä ongelmia, sairauksia, diagnooseja ja selviytymistarinoita käsitteleviä kirjoja, mutta nyt olen saanut niihin kosketuspintaa tavattuani nämä ihmiset ryhmässä."

Koulutus on koettu omaa kuntoutumisprosessia tukevaksi ja vahvistavaksi. Vertaistuki ja toisten tarinoiden kuunteleminen ja niistä keskusteleminen on nähty hyvin voimauttavana ja opettavaisena. Ymmärretyksi tuleminen ja toisten kohtaamisen merkitystä ei voi mitata, eikä aina kuvatakaan sanallisesti.

"Samaistuminen, jonka alkoholisti kokee toiseen samanlaisia elämäkokemuksia omaavaan on mystinen, hengellinen ja lähes käsittämätön kokemus. Olen kokenut sen monesti ja tunnen sen yhä luissani ja ytimissäni."

Kokemusasiantuntijana toimimisella on merkitystä kokemusasiantuntijalle itselleen omakohtaisesti. Kuulaksi ja arvostetuksi tuleminen vaikuttaa positiivisesti ihmisen itsetuntoon sekä auttaa kasvamaan ja kehittymään ihmisenä. On tärkeä kokea, että oma yksilöllinen, omakohtainen ja vaikea kokemus saa laajempaa merkitystä ja arvostusta. Kokemusasiantuntijana ihminen ei ole enää vain potilas eikä kuntoutuja vaan oman elämänsä ja kokemuksensa asiantuntija.

"Minulle kokemusasiantuntijuus on tunnustusta että kokemuksella on väliä, sitä että kokemustani arvostetaan ja ihmiset haluavat kuulla esim. tarinani. Kokemusasiantuntijuus vaikuttaa myös itsetuntooni. En ole enää reppana mielenterveyskuntoutuja, vaan voin toivotavasti auttaa muita kuntoutujia, omaisia ja mielenterveyden ammattilaisia avautumalla kokemuksestani. Olen kertonut omaa tarinaani noin. 10 vuotta. Parhaita hetkiä on kun ihmiset tulevat kiittelemään ja kättelemään. Tarinallani on merkitys muillekin. Minulle on tärkeää, että voin auttaa muita, kohdata ihmisiä ruohonjuuritasolla. Vertaisryhmän ohjaajana toimiminen on ollut mielekästä myös itsensä kehittämisen kannalta"

2.2 Kokemusasiantuntijakoulutus Mielen avain -hankkeessa

Päivi Rissanen, Niina Sinkkonen, Marjo Kurki

Tausta

Mielen avain -hankkeen tavoitteena on Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti vahvistaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asemaa, lisätä heidän osallisuuttaan sekä parantaa palvelujärjestelmän kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin (STM 2009). Mielen avain -hankkeen kaikissa osahankkeissa on sitouduttu tavoitteiden ja ehdotusten mukaisesti kehittämään mielenterveys- ja päihdepalveluja niin, että asiakkaan osallisuus vahvistuu. Kokemusasiantuntijakoulutuksella pyritään vastaamaan tavoitteisiin ja palvelujen kehittämistarpeeseen antamalla mielenterveys- ja päihdekuntoutujille valmiuksia toimia erilaisissa kokemusasiantuntijatehtävissä. Laajempaan tavoitteena on vaikuttaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviin kohdistuviin negatiivisiin asenteisiin sekä palauttaa heidän roolinsa yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä (Euroopan Komissio 2005).

Kuka on kokemusasiantuntija ja mitä he tekevät?

Mielen avain -hankkeessa määrittelemme kokemusasiantuntijan kokemusasiantuntijakoulutuksen käyneeksi henkilöksi, jolla on kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista joko niitä sairastavana, niistä toipuneena, palveluita käyttäneenä tai omaisena (STM 2009). Hänellä on kokemustietoa siitä, miltä tuntuu sairastua, sairastaa, olla hoidossa ja kuntoutuksessa sekä siitä, mikä häntä itseään on auttanut.

Koulutetut kokemusasiantuntijat voivat toimia erilaisissa palvelujen suunnittelu- ja kehittämistehtävissä, vertaisohjaajina, kokemuskouluttajina, tukihenkilöinä sekä moniammatillisten työryhmien jäseninä. Antamalla ääni kokemusasiantuntijoille voidaan lisätä tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista, niiden kanssa elämisestä sekä kuntoutumisesta (THL 2012).

Kokemusasiantuntijakoulutus ja sen toteutus

Kokemusasiantuntijakoulutuksen tavoitteena on antaa kokemusasiantuntijalle valmiuksia toimia yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa palveluiden kehittämiseksi ja asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Koulutuksen lähtökohtana on tukea asiakkaan henkilökohtaista kuntoutumisprosessia passiivisesta palveluiden vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Laajempaan tavoitteena on muuttaa mielenterveys- ja päihdeongelmiin, kuntoutujiin sekä heidän omaisiinsa kohdistuvia yhteiskunnallisia asenteita jakamalla oikeanlaista ja realistista tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista. Kokemusasiantuntijakoulutuksen arvoiksi on määritelty positiivisuus, yhteistyö, osallisuus, stigman vähentäminen, avoimuus, ymmärryksen ja tiedon lisääminen sekä innovatiivisuus. Ryhmän toimintatavat ja koulutuksen sisältö on luotun näiden arvojen pohjalta. (Mielen avain -hanke 2012.)

Mielen avain -hanke aloitti kokemusasiantuntijakoulutuksen pilotoinnin Etelä-Suomessa marraskuussa 2011 Välittäjä 2013 Pohjanmaa -hankkeen kehittämän ja pilotoiman koulutusmallin pohjalta (Pohjanmaa-hanke 2010). Kokemusasiantuntijakoulutuksen oppimismenetelminä on käytetty vuorovaikutuksellisia teorialuentoja, kokemukselliseen oppimiseen perustuvia harjoitteita, oman tarinan työstämistä sekä sähköisen oppimisalustan tarjoamaa tiedon jakamista ja kommunikointia sekä erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksiin ja tapahtumiin osallistumista. Koulutuksen teorialuennot sisälsivät tietoa ihmisen psyykkisestä kehityksestä ja elämäntapa- ja elämäntilanteesta, psyykkisistä häiriöistä ja psykiatrisista sairauksista sekä psykiatrisesta hoito- ja kuntoutusjärjestelmästä. Lisäksi koulutuksessa käsiteltiin aiheita, jotka tukivat tulevia kokemusasiantuntijoita laajempaan yhteiskunnalliseen toimintaan, kuten tietotekniikkataitoja, sosiaalilainsäädäntöä ja sosiaalisiin oikeuksiin liittyviä asioita sekä media- ja ryhmänohjaustaitoja. Teoriatiedon tarkoituksena oli antaa valmiuksia omakohtaisen kokemustiedon jäsentämiseen sekä ymmärryksen lisääminen. Kouluttajina

toimivat pääasiassa Mielen avain -hankkeen työntekijät osaamisalueidensa mukaan. Teoriatieto on viety sähköiselle oppimisalustalle, joka on opiskelijoiden käytössä vapaasti. Sähköisen oppimisalustan välityksellä opiskelijoilla on mahdollisuus keskustella toisten opiskelijoiden kanssa ja jakaa ajankohtaista tietoa.

Ilmaisu- ja vuorovaikutustaitoja, oman elämäntarinan työstämistä sekä tarinan kertomista ryhmässä harjoiteltiin kokemuksellisen oppimisen keinoin. Oman tarinan työstäminen ja jakaminen ryhmässä oli koulutettaville kokemuksellisesti merkittävää. Koulutuskerrat olivat ryhmänjäsenille, ohjaajille ja kouluttajille voimaannuttavia sekä henkilökohtaisella että kollektiivisella tasolla. Erityisen merkityksellisiksi ja antoisiksi koettiin ryhmässä käydyt keskustelut. Yksi opiskelijoista kuvasi koulutuksen vaikuttavuutta seuraavalla tavalla:

"Yllätys minulle on ollut se, kuinka voimauttavaa tämä koulutus on. Tunnen itseni taas tärkeäksi yhteiskunnan jäseneksi, jolla on vielä paljon annettavaa. Tuleva ääneni voi olla itsetunnon ja -tuntemuksen kasvamisen myötä rakentavan kriittinen."

Kokemusasiantuntijakoulutuksen aikana järjestettiin opiskelijoille mahdollisuuksia osallistua ulkopuolisiin seminaareihin sekä mielenterveys- ja päihdealan tapahtumiin. Tavoitteena oli tarjota opiskelijoille tilaisuus tutustua palveluihin ammattiauttajien näkökulmista ja oppia niistä sekä vastaavasti toisin päin. Esimerkiksi osallistuminen mielenterveys-, päihde- ja sosiaalialan ammattilaisille tarkoitettuun alkoholinkäytön varhaisen puuttumisen seminaariin lisäsi ryhmäläisten ymmärrystä ammattiauttajien työtä ja toimintaa kohtaan. Osallistumalla seminaarissa käytyihin keskusteluihin opiskelijat saivat ilmaista omia näkemyksiään. Koulutuksen aikana Mielen avain -hanke on systemaattisesti ottanut kokemusasiantuntijat mukaan tapahtumiin, joihin hanke on osallistunut. Tällaisia tapahtumia ovat olleet Sairaanhoidajapäivät, 1st European conference of Mental Health Nursing sekä Päihde- ja mielenterveysmessut.

Opiskelijat toimivat erilaisissa kokemusasiantuntijatehtävissä jo koulutuksen kestäessä. He ovat työskennelleet esimerkiksi vertaisohjaajana kuntoutusvalmennuskursseilla ammattiauttajan työparina sekä toimineet tukihenkilöinä mielenterveys- ja päihdekuntoutujille. Osa opiskelijoista on käynyt koulutustilaisuuksissa kertomassa oman tarinansa. Opiskelijoita on ollut mukana myös erilaisissa palveluiden suunnittelu- ja kehittämistehtävissä, esimerkiksi Kirkkonummen kunnan mielenterveys- ja päihdestrategian päivittämisen ohjausryhmän jäsenenä. Myös Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseen ja jalkauttamiseen tähtäävässä ohjausryhmässä on jäsenenä kaksi kokemusasiantuntijakoulutuksen opiskelijaa.

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksessa on toteutettu ja mallinnettu uusia ja innovatiivisia työtapoja. Hankkeen työntekijöiksi ja kokemusasiantuntijakoulutuksen ryhmänohjaajiksi palkattiin terveydenhuollon alan ammattilainen sekä kokemusasiantuntija, jotka toimivat yhteistyössä kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseksi ja jalkauttamiseksi. Koulutuksen myötä kokemusasiantuntijoita on otettu mukaan hanketoimintaan luontevasti ja kokemusasiantuntijoiden osaamista on hyödynnetty rohkeasti.

Yhteistyö

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutus toimii yhteistyössä muiden kokemusasiantuntijoiden ja kokemusasiantuntijuutta hyödyntävien tahojen kanssa. Välittäjä 2013 Pohjanmaa -hanke antoi suunnittelu- ja käynnistysapua, jonka lisäksi hankkeet ottivat käyttöön yhteisen sähköisen oppimisalustan Viopen helmikuussa 2012. Muita yhteistyömuotoja ovat olleet videoneuvottelut, yhteistyöpalaverit, konsultaatio sekä vierailut meneillään olevissa koulutuksissa.

Kokemusasiantuntijakoulutukseen liittyy laajempi kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan ohjausryhmän tavoitteeksi asetettiin kokemusasiantuntijuuden levittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä. Ohjausryhmään pyydettiin mukaan henkilöitä, joilla on mahdollisimman laaja-alainen kosketuspinta, kokemus ja tieto mielenterveys- ja päihdetyön kentästä, hallinnosta, päätöksenteosta sekä valmiudet ja halukkuus uuden toiminnan kehittämiseen. Tavoitteena on etsiä uusia tapoja kehittää asiakastyötä, jotta kokemusasiantuntijakoulutuksen päämäärät toteutuisivat käytännössä ja kokemusasiantuntijatoiminta jalkautuisi käytäntöön. Tämä tarkoittaa, että kokemusasiantuntijat otettaisiin mukaan palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja asiakastyöhön. Ohjausryhmätöiminnan

toisena tavoitteena on miettiä keinoja, miten mielenterveys- ja päihdeongelmiin, kuntoutujiin ja heidän omaisiinsa kohdistuvia asenteita voitaisiin muuttaa sekä vähentää asiaan liittyvää stigmaa ja leimaantumista.

Jalkauttaminen ja levittäminen

Kokemusasiatuntijakoulutuksen tavoitteena on jalkauttaa kokemusasiatuntijat laajasti mielenterveys- ja päihdesektorin kentälle. Heidän asiantuntemustaan on mahdollista hyödyntää suunnittelu-, strategia- ja arviointityössä, ryhmien ohjaamisessa sekä kolmannen sektorin toiminnassa. Uutuusarvona Mielen avain -hankkeen kokemusasiatuntijakoulutuksessa on sähköisen oppimisolun käyttäminen ja jakaminen Pohjanmaa 2013/Välittäjä -hankkeen kanssa. Tämä edesauttaa kokemusasiatuntijoiden valtakunnallista verkostoitumista ja vuoropuhelua sekä erilaisen koulutusaineiston jakamista.

Tulevaisuudessa tarvitaan valtakunnallisia laatuksiteereitä siitä, mitä tarkoittaa laadukas kokemusasiatuntijoiden hyödyntäminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä opetuksessa. Esimerkiksi Iso-Britanniassa on jo laadittu kansalliset kokemusasiatuntijatoiminnan laatu- ja arviointikriteerit, jossa määritetään kokemusasiatuntijatoiminnan rakennetta ja kokemusasiatuntijatiedon hyödyntämistä (National Institute for Health and Clinical Excellence 2012).

Kirjallisuus

Euroopan Komissio 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf.

Mielen avain -hanke 2012. Kokemusasiatuntijakoulutus. Mielen avain -hankkeen kokemusasiatuntijakoulutuspilotti. Projektisuunnitelma. <http://www.mielenavain.fi/7>.

National Institute for Health and Clinical Excellence 2012. Quality standard for service user experience in adult mental health. <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/service-user-experience-in-adult-mental-health/index.jsp>.

Pohjanmaa-hanke 2010. www.pohjamaahanke.fi.

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

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2012. Kokemusasiatuntijan avulla parempia mielenterveys- ja päihdepalveluja. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/kokemusasiatuntijan-avulla-parempia-mielenterveys-ja-paihdepalveluja.

2.3 Osallisuuden vahvistamista kokemusasiantuntijuudella sekä matalan kynnyksen päihde- ja mielenterveyspalveluilla

Marika Johansson

Porvoo, Loviisa, Sipoo sekä Askola lähtivät yhdessä kehittämistyöhön Elämä haltuun -projektin myötä. Hanke perustuu Mieli 2009 työryhmän laatimaan päihde- ja mielenterveysuunnitelmaan, jossa ehdotetaan kokemusasiantuntijoiden osallistumista päihde- ja mielenterveyspalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

Elämä haltuun - projektin keskeiset tulokset ovat kokemusasiantuntijuuden esiintuominen ja kokemusasiantuntijuuteen liittyvien ennakkokäsityksiin vaikuttaminen alueella. Lisäksi Itä-Uudellamaalla on kehitetty mielenterveys- ja päihdekuntoutujille neljä erilaista ryhmätoimintamallia, joissa kokemusasiantuntijat ovat keskeisessä roolissa toiminnan kehittämisessä, suunnittelussa ja toteutuksessa. Nämä ryhmätoimintamallit, päiväkeskus ja vertaistuelliset ryhmät, on kehitetty ja sopeutettu mukana olevien kuntien tarpeisiin ja toimintaympäristöön, ja ne ovat sisällöltään sekä toteutustavaltaan hieman toisistaan eroavia. Yhtenäisenä koko alueen ryhmätoimintana on alueelle tuotu vertaistukimalli huostaanoton kokeneille vanhemmille. Ensimmäinen kuntien yhteinen ammatillisvetoinen Voikukkia- vertaistukiryhmä huostaan otettujen lasten vanhemmille järjestetään syksyllä 2012. Toiminnan varmentamiseksi alueen kuntien välillä on luotu kumppanuusmalli. Tämä luotu malli on hyödynnettävissä muihinkin alueen yhteisiin toimintoihin.

Elämä haltuun -projektin tavoitteet ovat Mieli 2009 suunnitelman mukaisia. Tavoitteena on kehittää sellaisia matalan kynnyksen palveluita, jotka täydentävät ja tukevat jo olemassa olevaa palvelurakennetta. Se tehdään olemassa olevin resurssein yhteistyössä kolmannen sektorin sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Elämä haltuun -projektissa mukana olevissa kunnissa on suunnitelma lisätä päihde- ja mielenterveyskuntoutujien osallisuutta kuulemalla ja ottamalla heidät mukaan palveluiden suunnitteluun. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön uusien näkökulmien vahvistaminen ja heidän ennakkokäsityksiinsä vaikuttaminen on keskeinen tavoite ja edellytys kokemusasiantuntijuuden lanseeraamiseksi alueelle.

Päihde- ja mielenterveys sairauksista kärsivät kohtaavat edelleen paljon ennakkoluuloja. Tämän takia henkilöstön ja sidosryhmien asenteet ovatkin avainasemassa, kun palveluihin pyritään tuomaan uutta näkökulmaa kokemusasiantuntijuuden kautta. Esa Aromaa (2011) on väitöskirjassaan tutkinut mielenterveysongelmiin ja niistä kärsivien henkilöiden kohdistuvaa leimaamista. Hän tuo esiin kokemusasiantuntijoiden osallistamisen yhtenä tapana vaikuttaa asenteisiin. Asenteisiin vaikuttavaa työtä sekä kokemusasiantuntijuutta on projektissa viety eteenpäin neljällä eri tasolla. Tämän kautta kokemusasiantuntijuus on ollut edustettuna kaikissa projektin käytännön toiminnoissa; päiväkeskuksissa, vertaistukiryhmissä sekä jokaisessa projektin työvaiheessa.

Kokemusasiantuntijat projektin ohjausryhmässä

Projektin organisoimisen ja johtamisen kannalta uutta oli kokemusasiantuntijoiden mukanaolo projektin ohjausryhmässä. Kokemusasiantuntijoiden mukanaolo tällaisessa työskentelyssä oli alueella uraa uurtavaa. Kokemusasiantuntijoiden rooli ohjausryhmässä haki alussa muotoaan ja molemminpuolista ylikorostunutta varovaisuutta esiintyi. Alussa aistittavissa oli vaivaantuneisuutta ja jopa jonkinasteista vastakkainasettelua. Kommunikointi oli korostuneen kohteliasta ja korrektaa. Melko nopeasti ohjausryhmän työskentely kuitenkin asettui uomaansa, kun ihmiset tutustuivat toinen toisiinsa ja yhteinen sävel löytyi.

Asennemuutosprosessina koko alueelle kokemusasiantuntijoiden mukanaolo ohjausryhmässä on ollut erittäin merkityksellistä. Ohjausryhmätyöskentelyyn osallistuu kunnista sosiaalipalveluiden esimiestaso, joka on avainasemassa asennemuutosprosessissa. Projektin lähestyessä loppuaan on selkeästi nähtävissä muutoksia sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön tietoisuudessa ja suvaitsevaisuudessa kokemusasiantuntijuutta ja kokemusasiantuntijoita kohtaan. Tässä esimiestason suhtautumisella on ollut merkittävä vaikutus.

Kokemusasiantuntijat ovat tuoneet ohjausryhmän työskentelyyn sellaista asiakaslähtöistä, ruohonjuuri-tasoaista tietoa, jota muuten ei yleensä ohjausryhmissä tavoiteta. Tämä on selkeästi johtanut osapuolten lähentymiseen ja ennen kaikkia molemminpuolisen ymmärryksen lisääntymiseen.

Kokemusasiantuntijuuden mietintäryhmä

Kuka on kokemusasiantuntija? Miten hyödyntää kokemusasiantuntijuutta palveluiden kehittämisessä ja toteutuksessa? Mistä lähtökohdista yhteistyötä tulisi tehdä? Nämä kysymykset olivat ajankohtaisia projektin aloittaessa toimintansa. Tämän johdosta päätettiin perustaa kokemusasiantuntijuuden mietintäryhmä. Sosiaalisen osaamiskeskus Verson suunnittelijan, kokemusasiantuntijan sekä Elämä haltuun -projektityöntekijän muodostama ryhmä pyrki vastaamaan näihin kysymyksiin.

Mietintäryhmän tavoitteina oli tukea projektin kehittämistyötä, määrittellä yhteneväinen näkemys kokemusasiantuntijuudesta sekä tuottaa ideoita ja visioita projektille. Tärkeäksi nähtiin luoda matalan kynnyksen palveluiden kautta toimintatapoja, joissa asiakas on aidosti mukana suunnittelemassa ja vaikuttamassa käyttämiinsä palveluihin. Mietintäryhmän ajatusten ja pohdintojen kautta hahmottui erilaisia tapoja ottaa mukaan kokemusasiantuntijoita kehittämistyöhön riippumatta henkilöiden lähtökohdista.

Mietintäryhmässä nähtiin tärkeäksi, että kokemusasiantuntijuus lanseerattaisiin alueelle siten, että eri toimijat näkisivät toiminnan kautta kokemusasiantuntijuuden hyödyt. Sekä alueen asiakaskunta että ammattilaiset kokivat, että päihde- ja mielenterveyspalveluiden rakenteissa alueella sekä matalankynnyksen palveluissa oli puutteita. Tästä lähtökohdasta käsin projekti lähti rakentamaan toimintaansa ja tavoitteena oli luoda alueelle asiakaslähtöisiä matalankynnyksen päihde- ja mielenterveyspalveluita. Kokemusasiantuntijoiden mukaan ottaminen näiden palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen oli luontevaa. Tätä kautta löytyi myönteinen ja kannustava portti lanseerata kokemusasiantuntijuutta alueelle.

Kokemusasiantuntijaryhmä

Osana projektin kehittämistyötä perustettiin kokemusasiantuntijaryhmä. Kokemusasiantuntijaryhmä koostui ensimmäisen kerran helmikuussa 2011. Kokemusasiantuntijaryhmään pyydettiin seitsemän henkilöä, joilla on omakohtaista kokemusta asiakkuuksista päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Jokaisen kokemusasiantuntijan elämäntilanne oli jo selkeytynyt eikä kukaan heistä ollut kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa. Täten kokemusasiantuntijoilla oli muodostunut näkemys ja kyky tarkastella palvelurakennetta sekä kuntoutumisprosessia laaja-alaisesti omien kokemustensa kautta. Projektin tavoitteena oli kuulla heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään palvelurakenteesta ja sen sisällöstä, kuntoutumisesta ja siihen liittyvistä haasteista. Lähtökohta oli kiinnittää huomiota siihen, nousivatko tietyt teemat tai samankaltaiset kokemukset keskiöön. Toisaalta mielenkiintoista oli nähdä, mitä asioita kokemusasiantuntijat itse tuottavat ja mihin tällainen ryhmätyöskentely johtaa, varsinkin kun tällainen ryhmä oli ensimmäinen laatuaan alueella.

Ryhmän työskentely lähti hyvin käyntiin ja ryhmäläiset olivat sitoutuneita ja innostuneita työskentelyyn. Alkuinnostuksen siivittämisenä projekti järjesti yhdessä ryhmäläisten kanssa Kokemusasiantuntija ja osallisuus -seminaarin toukokuussa 2011 Porvoossa. Seminaari sai hyvän vastaanoton ja siihen osallistui yli 60 henkilöä. Suunniteltujen teemojen lisäksi nousi tarve määrittellä projektin keskiössä olevia käsitteitä osallisuus ja kokemusasiantuntijuus. Ryhmä tarkasteli käsitteitä käytännönlähtöisesti siten, että ryhmässä mietittiin miten osallisuus ja asiakaslähtöisyys näyttäytyvät projektissa toteutettujen ja kehitettyjen päiväkeskusten ja ryhmien toiminnoissa. Tätä kautta kokemusasiantuntijaryhmä osallistui projektin kehittämistyöhön.

Ryhmä tuotti paljon tietoa kuntoutumisen haasteista. Nämä olivat osittain yleisesti tiedostettuja ongelmakohtia kuten asunnottomuus, taloudelliset vaikeudet ja hoidon oikean aikaisuus suhteessa yksilön motivaatioon. Herättelevää oli ryhmäläisten vahva omakohtainen kokemus siitä, että päihde- ja mielenterveysongelmat olivat johtaneet epäoikeudenmukaiseen ja loukkaavaan kohteluun heidän hakiessaan kunnallisia palveluita. Kokemuksia oli lähinnä terveydenhuollon piiristä. Leima, jonka päihde ja mielenterveysongelmat antavat pysyy, vaikka henkilön elämäntilanne olisi muuttunut. Leima tai ennakkoluulot vaikeuttavat tai

jopa estävät yksittäisten palveluiden saannin esimerkiksi kivunlievityksen tai asianmukaisen somaattisen sairauden hoidon.

Alun innostuksen jälkeen ryhmän koko pieneni. Syksyllä 2011 ryhmässä oli enää neljä jäsentä. Tämän ydinryhmän kautta työskentely sai uuden suunnan. Ryhmä halusi pohtia konkreettisia työtehtäviä ja miten he voisivat olla mukana kehittämässä kunnallisia palveluita. Erityisen kiinnostavaksi ryhmä koki ennaltaehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön. Ideoita ja yhteistyön versoja onkin nyt lähdetty pohtimaan ja luomaan.

Kokemusasiantuntijat mukana projektin käytännön työssä

Projektiin palkattiin syksyllä 2010 kuntouttavan työtoiminnan kautta porvoalainen kokemusasiantuntija. Hänen kanssaan projektityöntekijä lähti työstämään projektin käytännön toteutusta. Ensimmäinen yhteinen työ oli kehittää ja toteuttaa Loviisan päiväkeskuksen toimintaa asiakaslähtöisesti ja luoda päiväkeskukseen yhteistä toimintaa. Vastaanotto päiväkeskuksen asiakkaiden puolelta oli uteliasta ja hyvin myönteistä. Hämmästyttävää ja jopa riemastuttavaa oli se miten kokemusasiantuntija hyväksyttiin heti päiväkeskuksen asiakkaiden puolesta osaksi heidän yhteisöään. Projektityöntekijään suhtauduttiin sen sijaan alussa varauksellisesti. Toiminta Loviisassa lähti hyvin käyntiin ja siitä rohkaistuneena palkattiin alkuvuodesta 2011 toinen kokemusasiantuntija projektiin. Työtehtäväksi muodostuivat assistentin tehtävät sekä vertaisohjaajana toimiminen Porvoon päiväkeskuksessa. Nämä molemmat kokemusasiantuntijat toimivat projektityöntekijän lähityökavereina, ja he osallistuivat työnsä kautta projektin kehittämiseen. Näiden kahden henkilön lisäksi projektin käytännön työhön on osallistunut eri tavoin kolme kokemusasiantuntijaa.

Projektissa työskennelleet kokemusasiantuntijat ovat antaneet toiminnasta myönteistä palautetta. He ovat kokeneet mukanaolon projektissa kuntouttavana. Aihetta opinnäytetyössään tutkinut Hyvärinen (2009) tuo esiin samankaltaiset tulokset. Hyvärinen on tutkinut kokemusasiantuntijuutta prosessina mielenterveyskuntoutujilla, ja hän toteaa kokemusasiantuntijaksi ryhtymiseen ja olemiseen liittyvän myönteisiä vaikutuksia henkilöön itseensä ja hänen kuntoutumiseensa. Kokemusasiantuntijoille mukanaolo projektissa on ollut myös eräänlainen tapa määritellä omaa identiteettiään uudestaan. Omaehtoisen päihde- ja mielenterveysongelman hyödyntäminen yhteisen hyvään ja rakentavaan toimintaan on ollut voimaannuttavaa. Parhaimmillaan tämä on toiminut kokemusasiantuntijan työskennellessä muualla kuin omassa toipumisympäristössä tai siinä kunnassa missä hän itse on ollut tai on palveluidenkäyttäjä.

Alueella on nähty joitakin varsin rohkeita läpimurtoja kokemusasiantuntijuuden lanseeraamisessa kunnallisessa päihde- ja mielenterveystyössä kuluneen kahden vuoden aikana. Projekti on tukenut Loviisan A-klinikalla aloitettua kokeilua, jossa kokemusasiantuntija yhdessä A-klinikan sairaanhoitajan kanssa muodostavat työparin, joka ottaa asiakkaita vastaan. Kokeilu on saanut hyvän vastaanoton niin asiakkaiden kuin henkilöstönkin taholta. Porvoon kaupunki on lähtenyt kehittämään kotiin vietäviä sosiaalipalveluita sosiaalisen isännöinnin kautta. Kaupunki itse tuottaa osaltaan palvelua ja sen lisäksi toimintaa toteutetaan ostopalveluna, jossa tehtävää hoitaa kokemusasiantuntija. Ostopalvelusopimus on verrattain tuore ja tuloksia ei vielä ole raportoitu.

Pohdintaa projektin tuloksista ja jatkokehittämisestä

Osallisuuden vahvistaminen alueella on ollut projektin keskeinen tavoite ja se on ollut koko projektin punainen lanka. Miten tavoite sitten näyttäytyy käytännössä? Minna Laitila (2011) on tehnyt väitöskirjan asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuksessaan hän tuo esiin osallisuuden tai asiakaslähtöisyyden monet muodot ja toteutumistavat. Projektityöskentelyssä osallisuuden lisääminen on ollut se näkökulma, jonka kautta koko projektia on rakennettu ja viety eteenpäin. Projekti on pyrkinyt vaikuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen lisäämiseen järjestämällä seminaareja ja tilaisuuksia, joissa osallisuutta on käsitelty. Asiakaslähtöinen työskentelytapa ja työn vaikuttavuus ovat asioita, jotka ovat olleet kunnissa kehittämistyön keskiössä. Aiheen esiin nostaminen ja projektin käytännön työn kautta tuodut toimintatavat esimerkiksi yhteistyö kokemusasiantuntijoiden sekä kolmannen sektorin kanssa ovat virittäneet kunnissa varsinkin kunnallisten päihdepalveluiden toimijoiden halua tarkastella

ja kehittää omia työmuotojaan asiakaslähtöisimmiksi. Tämä on tarpeellista ja välttämätöntä varsinkin kun Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton vuoden 2011 sosiaalibarometrissä nousi esiin puutteita sosiaali- ja terveystoimen asiakkaiden mahdollisuuksissa vaikuttaa oman kunnan palveluihin. Myös palveluiden vaikuttavuudessa oli barometriin vastanneiden mielestä puutteita.¹

Työskentely kolmannen sektorin ja kokemusasiantuntijoiden kanssa erilaisten ryhmätoimintojen parissa on nostanut arvoon vertaistoiminnan voiman ja potentiaalin. Vertaistoiminta on perinteisesti ollut järjestöjen ja kolmannen sektorin ylläpitämää toimintaa. Projektityöskentelyn kautta vertaistoiminta on tullut uutena asiana osaksi kunnallisia sosiaalipalveluita osassa kuntia esimerkiksi Voikukkia -mallin kautta. Voikukkia -toiminnan tuominen ja tämän toiminnan koordinointi sekä kumppanuustoimintamallin rakentaminen alueelle on yksi keskeinen projektin tulos. Rakennettua kumppanuusmallia voidaan hyödyntää alueella muidenkin yhteistoiminnan järjestämiseen.

Kokemusasiantuntijoiden palkkaaminen projektityöhön oli alueella ennenkuulumatonta ja uutta. Vaikka asiaan suhtauduttiin pääsääntöisesti uteliaasti ja myönteisesti, liittyi siihen kuitenkin vahvoja ennakkoluuloja. Aistittavissa oli jopa pelkoja siitä, että kokemusasiantuntijat saattaisivat kyseenalaistaa tai horjuttaa ammattilaisten asiantuntijuutta astumalla ammattilaisen alueelle.

Suhtautuminen kokemusasiantuntijuutta kohtaan on muuttunut merkittävästi viimeisen kahden vuoden aikana. Alun kielteisten ja jopa yksittäisten ylimielisten ja vähättelevien suhtautumisten kautta on siirrytty tilanteeseen, jossa kokemusasiantuntijuuteen suhtaudutaan neutraalisti ja hyväksyvästi. Tämän prosessin käynnistäminen ja eteenpäin vieminen on ollut projektin työläin, mutta merkittävin tulos.

Projektissa syntyneiden kokemusten myötä voidaan todeta, että kokemusasiantuntijat toimivat hyvin asiakastyössä esimerkiksi päiväkeskuksessa tai ryhmässä vertaisohjaajana. Parhaiten tämä toimii, kun toiminta ei sijoitu kokemusasiantuntijan omaan toimintaympäristöön. Näin toimimalla vältytään ennakkokäsityksiltä, jotka ovat muodostuneet aiempien asiakkuuskokemusten pohjalta.

Kokemusasiantuntijoiden mukanaolo projektissa ja varsinkin toteutetuissa ryhmätoiminnoissa on ollut erittäin hedelmällistä ja herättelevää. Läsnäolo, aito kuunteleminen, vuorovaikutuksellisuus sekä tasavertaisuus ovat työtapoja, joita sosiaali- ja terveysalalla tavoitellaan ja jotka kuitenkin harvemmin toteutuvat. Kuitenkin juuri nämä ominaisuudet vertaisuuden lisäksi ovat ne työkalut, joilla kokemusasiantuntijat tekevät työtään ja jonka takia heidän mukanaolonsa on niin vaikuttavaa. Projektityöntekijänä sekä sosiaalityön ammattilaisena herää kysymys – siitä onko niin, että ammattilaisen asiakaskohtamisissa kiire ja ammattilaisuus eivät anna sijaa ihmisläheiselle kohtaamiselle? Sosiaali- ja terveystuon töiden priorisointi kun tänä päivänä pitkälti perustuu nopeiden arvioiden, päätösten ja toimenpiteiden tekemiseen.

Tulevaisuudessa yhä enemmän peräänkuulutetaan kuntalaisten ja palveluidenkäyttäjien mahdollisuuksia vaikuttaa kunnan palveluihin. Itä-Uudenmaan kunnissa halutaan ottaa järjestöt mukaan kehittämistyöhön. Sipoossa aloitti keväällä 2012 kunnan sosiaali- ja terveysosaston alainen toimintakeskus Risteys, joka on matalan kynnyksen kohtaamispaikka pitkäaikaistyöttömille. Toiminnan lähtökohta on ottaa asiakas mukaan toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Elämä haltuun -projektin Sipoossa toteuttamat ryhmätoiminnot ovat nyt osa Risteyksen toimintaa. Porvoossa työstetään tällä hetkellä hyvinvointitaloa, joka mahdollisesti tulevaisuudessa antaa järjestöille ja kokemusasiantuntijoille areenan toimia. Jatkossa olisi luontevaa, että päihde- ja mielenterveysalan kehittämisprojekti olisi osaltaan mukana tässä kehittämistyössä.

Asiakaslähtöisen toiminnan lisääminen päihde- ja mielenterveysalan peruspalveluihin ei onnistu tuomalla sitä ulkoa käsin vaan jokaisen yksikön on kehitettävä työtään omista lähtökohdistaan. Kehittämis-hanke voi olla mukana koordinoimassa, tukemassa ja tuomassa uutta näkökulmaa kehittämistyöhön tuomalla palveluiden kehittämiseen mukaan palveluiden käyttäjien kokemusta ja asiantuntijuutta.

Nykyinen järjestely, jossa projekti työllistää vain yhden henkilön ja toiminta- alueen kattaessa neljä kuntaa, on projektityöntekijän kyettävä toimimaan monessa eri roolissa monella tasolla. Työ on ollut mielenkiintoista ja haastavaa, mutta resurssit ovat olleet vähäiset. Tästä huolimatta on paljon hyvää saatu aikaiseksi alueella. Nykyinen kehittämistyö on pyritty viemään mahdollisimman lähelle tai jopa olemassa ole-

¹ http://www.stkl.fi/tiedote_12.4.2011_asiakaskeskeisyys.html

viin kunnallisiin rakenteisiin. Vaikuttavuuden ja juurtumisen näkökulmasta tällainen kehittämistyö on jatkossa välttämättömyys.

Kirjallisuus

Aromaa, Esa, 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Akateeminen väitöskirja. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-245-525-3>.

Hyvärinen, Elisa, 2009. Mielenterveyskuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi – kuvaus mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden muodostumisesta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5766/Hyvarinen_Elisa.pdf?sequence=1.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Luettavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>.

Laitila, Minna, 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Luettavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf.

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Sosiaalibarometri 2011. Luettavissa: http://www.stkl.fi/tiedote_12.4.2011_asiakaskeskeisyys.html.

3 Palvelut yhden oven takaa

3.1 Mielenterveys- ja päihdekioski kirjastossa – onnistumisia ja epäonnistumisia

Anne-Katariina Pääkkönen, Lauri Kuosmanen

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (STM 2009) suosittelee helposti lähestyttäviä ja matalan kynnyksen palvelupisteitä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien kuntalaisten tukemiseksi ja auttamiseksi. Moniin kaupunkeihin perustetut ns. terveystioskit edustavat tätä samaa ajattelua. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyä edelleen häpeää, joka saattaa estää avun hakemista ja siksi erityisesti näiden palvelujen tuominen lähelle ihmisten arkea on tärkeää. Vantaalaisen hyvä mieli -hanke sitoutui omassa toiminnassaan palvelulupaukseen, jossa ongelmista kärsivä kuntalainen saa apua kolmen päivän sisällä yhden oven takaa. Lupaus oli kova, mutta samalla todelliseen tarpeeseen vastaava. Kynnyksetön Miepä (mielenterveys- ja päihde) -palvelupiste oli osa tämän lupauksen lunastamista. Ennakkoluulottomasti hanke halusi kokeilla uudenlaista tapaa auttaa omasta terveydestään huolestuneita kuntalaisia ja heidän läheisiään.

Menetelmä

Miepä -palvelupiste perustettiin Tikkurilan kirjaston ala-aulaan 26.1.2011 ja toimintaa kokeiltiin vuoden ajan 8.2.2012 asti. Palvelupiste oli auki kolmena päivänä viikossa kello 12–19. Siellä päivysti kaksi työntekijää, joista toinen oli päihdetyöhön ja toinen mielenterveystyöhön erikoistunut Vantaan kaupungin työntekijä. Palvelupisteen työntekijät olivat pääosin Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeesta, päihdepalveluista ja terveystioskista (depressiohoitajat). Työskentelymenetelmänä käytettiin lyhyttä yhden kerran arviointi- ja ohjaustapaamista, jossa strukturoituja menetelmiä käyttäen pyrittiin saamaan kuva asiakkaan tilanteesta ja tarvittavasta avusta. Tapaamiseen varattiin aikaa 30–60 minuuttia/henkilö. Asiakas sai tapaamisesta mukaansa lyhyen yhteenvedon (Miepä-kortti), johon merkittiin mahdolliset mittaustulokset sekä suositellut jatkotoimenpiteet. Kokeilun aikana kehitettiin yhdessä HUS-Psykiatrian kanssa kertakäynnin mielenterveys- ja päihdeinterventio, jota jatkokehitetään edelleen.

Tulokset

Miepä -palvelupisteessä asioi vuoden kestävä kokeilun aikana 261 asiakasta. Tämä tarkoittaa kahta asiakasta jokaista työvuoroa kohden. Asiakasta 60 % oli naisia. Asiakastyön lisäksi Miepä -palvelupisteessä järjestettiin useita teemapäiviä ja teemaviikkoja eri kohderyhmille. Järjestetyt teematapahtumat olivat tarjonnaltaan monipuolisia ja niitä toteutettiin kaikenikäisille kuntalaisille. Teematapahtumiin osallistui yhteensä lähes 500 kuntalaista.

Asiakkaat

Asiakaskuntaa arvioitiin 26.11.2011 – 15.1.2012 välisenä aikana 30 asiakkaan kyselyllä. Palvelun käyttäjät olivat Vantaan eri kaupunginosista ja vain yksi muualta kuin Vantaalta. Iältään he olivat keski-ikäisiä. Kyselyyn vastanneista vain kahdeksalla ei ollut mitään aikaisempaa kontaktia mielenterveys- tai päihdepalveluihin, joten he olivat saaneet apua muistakin palveluista ennen käyntiä palvelupisteessä. Vastanneista kuusi oli aktiivisesti työelämässä. 18 vastanneesta 1 oli kokenut Miepä -palvelupisteessä toteutetun kyselyn ja palveluohjauksen erittäin hyödylliseksi, 14 hyödylliseksi, 2 neutraaliksi ja 1 hyödyttömäksi.

Arviointi

Arvioitaessa Miepä-palvelupisteen toimintaa ja toiminnan toteutusta nousevat esiin etupäässä seuraavat toiminnan hyvät puolet ja toiminnan toteutuksen onnistumiset. Palvelupisteen käyttö ei edellyttänyt ajanvarausta, minkä ansiosta apua tarvitseva henkilö on voinut käyttää palvelua itselleen sopivana ajankohtana ja hetkellisenkin päätöksensä perusteella. Palvelupisteen sijainti kirjaston tiloissa ja muu yhteistyö kirjaston kanssa on antanut erinomaisia synergiaetuja niin palvelun käyttäjien kuin palvelua tarjoavan tahon ja palvelun rahoittajan näkökulmasta.

Palvelupisteen yhteydessä järjestetyt monipuoliset teemapäivät ja työntekijöiden moniammatillinen ote toiminnan toteutuksessa ovat myös olleet asiakkaan näkökulmasta hyviä asioita. Merkittävimmiksi palvelupisteen hyväksi puoliksi asiakkaan näkökulmasta nousevat kuitenkin palvelupisteen maksuttomuus, asiakkaalle annettu aika sekä asiakkaan mahdollisuus asioida nimettömänä. Nimettömänä asiointin mahdollisuus on madaltanut asiakkaan kynnystä ryhtyä palvelun käyttäjäksi, sillä asiakkaalle ei ole tullut käynnistä merkintää ao. asiakasta koskeviin sosiaali- ja terveysviranomaisten rekistereihin.

Miepä-palvelupisteen toiminnan ja toiminnan toteutuksen arvioinnissa nousevat esiin myös seuraavat toiminnan heikkoudet ja toiminnan toteutuksen epäonnistumiset: Alkuvaiheen suunnittelussa on ollut selviä puutteita toiminnan resurssoinnin, palvelupisteen sijainnin arvioinnin ja toimintamallin suunnittelun osalta. Myös henkilökunnan sitoutumisessa on ollut puutteita, mikä on osin johtunut käydyistä yhteistoimintaneuvotteluista, kapeasta työnkuvasta sekä (työntekijöiden esittämän näkemyksen mukaan) johdon ja ohjausryhmän riittävän tuen puutteesta. Palvelupiste jäi näkymättömäksi, eivätkä kaikki kirjastoa käyttäneet potentiaaliset avuntarvitsijat ole palvelupistettä välttämättä edes huomanneet. Näkyvyyteen olisi pitänyt varata enemmän resursseja kokeilun alkaessa. Palvelupisteen saavutettavuus vantaalaisia asiakkaita ajatellen on myös ollut rajoittunutta palvelupisteen alueellisesta sijainnista johtuen. Tikkurilassa sijaintinsa vuoksi palvelupiste on tavoittanut etupäässä itävantaalaisia, joskin Vantaan yhdyskuntarakenteesta johtuen yhden palvelupisteen sijoittaminen optimaalisella tavalla on varsin haastavaa.

Jatkosuositukset

Miepä-palvelupisteen toiminnasta saatujen kokemusten pohjalta voidaan esittää seuraavia suosituksia tulevia samanlaisia palvelupiste-hankkeita ajatellen. Vantaan hajanaisesta asutusrakenteesta johtuen sijaintipaikan kartoittaminen ja fyysinen näkyvyys ovat tärkeitä tekijöitä. Palvelun riittävän saatavuuden varmistamiseksi kiinteitä palvelupisteitä tulisi olla useampia kuin yksi, joskin vaihtoehtoisena toimintamallina voidaan ajatella myös liikkuvaa ”palvelubussia”. Palvelupiste voisi toimia terveystioskin yhteydessä, jossa tarjotaan ns. tavanomaisia terveyspalveluita kuten verenpaine- ja kolesterolimittauksia sekä kausirokotteita. Tavanomaisten terveyspalveluiden tarjonnan avulla kuntalainen saadaan myös ”mielenterveyskioskin” asiakkaaksi, jolloin terveystioskin valveutunut työntekijä saa kuntalaisen helpommin avautumaan päihde- ja mielenterveysongelmista. Uuden terveystioskin täytyy olla siellä, missä kuntalaisetkin ovat (esim. sosiaali- ja terveyskeskukset, kauppakeskukset).

Palvelupisteen toiminnasta tiedottamisen on oltava systemaattista ja tiedottamisessa on pohdittava luovien menetelmien käyttöä tavoitteena tiedon kohdentaminen suurille massoille. Sosiaalisen median hyödyntäminen ja Vantaan kaupungin sivuston kautta tiedottaminen ovat erittäin tärkeitä. Tiedottamisessa on myös siirryttävä sairauskeskeisyydestä terveyteen ja hyvinvointiin (hyvinvointipalvelujen esittäytyminen terveystioskin yhteydessä). Palvelupisteen henkilöstön joukkoon on saatava sekä somaattisen että psykiatrisen hoitotyön osaajia, sillä moniammatillinen henkilöstö koituu viime kädessä kuntalaisten hyväksi.

Palvelupisteelle tulisi antaa mahdollisuus myös sekä sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän että potilastietojärjestelmän käyttöön, mitkä voisivat tietyissä asiakaspalvelutilanteissa olla eduksi. Ulkoisessa tiedottamisessa on tärkeää tarjottavan palvelun näkyvyys, tarjottavan palvelun merkityksen korostaminen ja profiilin nostaminen sekä uusien kuntalaisten tavoittaminen. Ulkoisessa tiedottamisessa on tärkeää huomioida seuraavat asiat: tavoite ja tarve, kohderyhmät, millä resursseilla ja mitä väylää pitkin, millä työmenetelmillä sekä työntekijän ja tiimin sitouttaminen omille vastualueilleen. Palvelupisteen toteuttamassa ul-

koisessa tiedottamisessa tavoitteena pitää olla se, että tieto palvelupisteen olemassaolosta leviäisi suullisesti kuntalaisten keskuudessa. Keinona tämän tavoitteen toteuttamisessa voi olla aikuisia kuntalaisia puoleensa vetävät teemapäivät ja kuntalaisten osallisuus niihin.

Tällaisenaan Miepä-palvelupistettä ei voi pitää kovin onnistuneena hankekokeiluna. Asiakkaat eivät löytäneet palvelua ja sen hyöty jäi kuntalaisten kannalta vaatimattomaksi. Yksittäiset kohtaamiset asiakkaan ja työntekijöiden välillä ovat varmasti olleet arvokkaita, mutta julkisena palveluna sitä ei tällaisenaan kannattane kokeilla muualla. Konsepti kannattaa integroida muuhun matalan kynnyksen terveysterveystieteeseen esimerkiksi terveystieteisiin. Toinen vaihtoehto on perustaa terveysaseman yhteyteen vastaavalla tavalla toimiva kioskki, jossa on mahdollista saada nopeasti apua. Palvelupisteessä kehitetyn yhden kerran intervention kehittämistä tulee jatkaa. Sen käyttäminen sähköisenä työkaluna joka heti arvioinnin jälkeen ”hälyttää” asiakkaan keskeisistä ongelmista voisi tuoda järjestelmällisyyttä perustason mielenterveys- ja päihdetyöhön ja voisi toimia apuvälineenä niillä työntekijöillä, joilla ei ole erikoistumisopintoja mielenterveys- ja päihdetyöhön.

Kirjallisuus

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

3.2 Näkymätön vanhempi lastensuojelussa

Kirsi Riihimäki, Lauri Kuosmanen

Mielenterveys- ja päihdetyötä tehdään kunnan kaikilla sektoreilla. Aina työntekijä ei itsekään tiedä kuinka merkittävää työtä hän tekee mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyssä ja jopa niiden hoitamisessa. Tämä on mahdollista, koska nämä ongelmat nivoutuvat hyvin tiiviisti ihmisen koko muuhun elämään eikä niitä aina ole edes mielekästä erottaa siitä.

Joissakin tilanteissa on kuitenkin tärkeää pystyä tunnistamaan ja nimeämään asiakkaan elämänhallintaa haittaavista asioista ne, joihin pystytään tarjoamaan spesifiä apua. Monet mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat tällaisia. Ne pystytään luotettavasti ja melko helposti tunnistamaan ilman alan erikoisosaamista ja niistä osa pystytään hoitamaan siellä missä ne on tunnistettu ilman lähettämistä ”erikoistasolle”.

Tämä kuitenkin edellyttää sitä, että kunnan peruspalveluissa on mahdollisuus konsultoida mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaista silloin, kun tuntuu, että oma osaaminen ei ole riittävää tai kun työntekijä tuntee olevansa epävarma. Konsultaation tulee olla helposti saatavilla ja olisi hyvä jos työntekijät tuntisivat konsultaatiota antavan ammattilaisen henkilökohtaisesti jolloin molemmin puolinen luottamus lisääntyy.

Yksi alue, jossa tällaista matalan kynnyksen psykiatrinen konsultaatiota tarvitaan, on lastensuojelu. Vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat lapsen terveyteen sekä lapsuudessa että myöhemmin aikuisena. Ne ovat vahvin ennustaja lapsen omille mielenterveys- ja päihdeongelmille ja suurin syy huostaanottoihin. Masennussairaus on tavallisin mielenterveyden häiriö. Tiedetään että masentuneen vanhemman lapsista noin 40 % sairastuu ennen 20 vuoden ja noin 60 % ennen 25 vuoden ikää. Ongelmien ylisukupolvisuus on yleistä. Sen ehkäiseminen onkin nostettu yhdeksi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) päätavoitteeksi.

Lastensuojeluilmoitus tehtiin vuoden 2011 aikana noin seitsemästä prosentista Suomen kuuden suurimman kunnan lapsista. Joka toisen lastensuojelun piirissä olevan lapsen vastuuviranomainen vaihtui vuoden aikana. Lastensuojelulaki edellyttää terveydenhuollon asiantuntemuksen turvaamista paitsi lapsen myös hänen perheensä tukemiseksi. Huostaan otetulle lapselle järjestettävä erityinen tuki ja apu koskee myös lapsen vanhempia, ja se on tehtävä tarvittaessa yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kuten päihde- ja mielenterveys- ja huollon kanssa. Lastensuojelun työntekijöitä ei ole koulutettu tunnistamaan psykiatrisia häiriöitä. Heidän ei voida edellyttää arvioivan hoidon tarvetta eikä sen vaikutusta vanhemmuuteen. Lastensuojelussa tehdään kuitenkin isoja ratkaisuja koskien mm. lapsen asumista vanhempiensa luona.

Lastensuojelussa tarvitaan psykiatrinen asiantuntemusta vanhempien mielenterveyden ja päihde- ja päihtemyksen tukemiseksi, mahdollisten ongelmien tunnistamiseksi ja tarvittavan hoidon järjestämiseksi. Vantaa onkin palkannut kaksi psykiatrinen sairaanhoitaja perhekuntoutukseen vanhempien ja muun henkilökunnan tueksi. Psykiatrian erikoislääkäriin konsultaatiot on saatu Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeen psykiatrialta ja HUS Psykiatriasta. Ne ovat välttämättömiä tukemaan sairaanhoitajien asiakastyötä, työssä oppimista ja jaksamista.

Vantaan Kuuselan perhekuntoutuskeskus on Suomen ensimmäinen koko perheen kuntoutukseen rakennettu lastensuojelulaitos. Perhekuntoutuskeskukseen ohjataan pääasiassa lastensuojelun asiakasperheitä. Lisäksi perhekuntoutusta voidaan käyttää myös ennalta ehkäisevässä tarkoituksessa esim. neuvoloiden läheteellä. Perheet ovat Kuuselassa joko ympäri vuorokauden tai he käyvät siellä päivisin ryhmä- tai yksilökuntoutuksessa.

Perhekuntoutuksen psykiatriset sairaanhoitajat ovat mukana kaikkien perheiden alkuneuvottelussa. Kahden kesken he tapaavat kaikki ne vanhemmat, joilla ei ole ajankohtaista toimivaa hoitokontaktia. He selvittävät vanhemman kokemat ongelmat ja toiveet ja aiemmat hoidot. Myös asiakkaan kykyä ja edellytyksiä hoitoon kartoitetaan. Tavoitteena on vanhemman kokonaistilanteen ja ongelmien hahmottuminen, lievän oireilun kuten masennuksen hoito, asiakkaan motivoiminen jatkohoitoon ja sen järjestäminen. Vanhempien tilanne, ongelmat ja oireet ovat kuntoutusjakson päättyessä hahmottuneet ja hoitokontaktit selvillä.

Perhekuntoutuksessa vuonna 2010 olleista 141 vanhemmasta psykiatriset sairaanhoitajat tapasivat kahden kesken 98 (70 %). Vanhemmille joilla jo oli toimiva hoitokontakti, ei tarjottu tapaamista. Tavatut van-

hemmat olivat iältään 19–52-vuotiaita ja äitejä oli kaksi kolmasosaa. Valtaosa vanhemmista tapasi mielellään psykiatrisen sairaanhoitajan ja täytti masennus- ja päihdekyselyt (BDI ja AUDIT). Vain 16 % tapaminen ei onnistunut kieltäytymisen tai kuntoutusjakson keskeyttämisen takia. Lisäksi depressiokouluihin osallistui 19 vanhempaa.

Vanhemmista lähes puolet kärsi aiemmin tunnistamattomasta ja hoitamattomasta vakavasta mielenterveyden häiriöstä. Ne kattoivat psykiatrian koko kirjon mielialaoireista psykooseihin ja neuropsykiatrisiin häiriöihin. Runsaalla kahdella kolmasosalla oli mielialahäiriö. Päihdeongelmia oli selvästi vähemmän, vain noin joka kymmenennellä. Jatkohoitosuosituksia annettiin 113 yhteensä 91 vanhemmalle. Oireilun vakaavuutta kuvaa se, että lähes puolet oli erikoissairaanhoidon tarpeessa. Vailla psykiatrisen tai päihdehoidon tarvetta oli vain 7 % vanhemmista. Jo hoidossa olevia vanhempia kannustettiin jatkamaan hoitoaan. Se vaati usein myös hoitotahon motivointia, sillä monen hoitoa oltiin päättämässä epäsuunnitellisen toteutumisen takia. Uusien läheteiden kohdalla panostettiin hoitotahon informointiin ja hoitoon pääsyn helppouteen ”saattaen vaihtaan”.

Perhekuntoutuksen asiakasvanhemman hoitopolku kehitettiin yhteistyössä psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Erityistä huomiota on kiinnitettävä hoitoonohjaukseen ja motivointiin, sillä vanhempien edellytykset psykiatriseen hoitoon ovat usein puutteellisia. Psykiatrisen hoitojärjestelmän on kehitettävä toimintojaan kyetäkseen kohtaamaan nämä perheet, sillä usein vanhempien oirekuva ja kokonaistilanne poikkeaa erikoissairaanhoidossa totutusta. Psykiatriassa saatetaan ajatella, että lastensuojelu hoitaa mielen- terveydellisetkin pulmat. Toisaalta lastensuojelussa usko psykiatrian kykyyn auttaa saattaa olla epärealistisen toiveikas. Sekä sosiaalityötä että psykiatria tarvitetaan näiden perheiden auttamiseksi.

Apuja olisi tarjottava myös varhaisemmassa vaiheessa jo ennen lastensuojeluasiakkuutta. Ennaltaehkäisyä olisi avun tarjoaminen perheiden omiin elinympäristöihin: neuvoloihin, päivähoitoon, kerhoihin, kouluihin. Vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vähentämisellä voidaan vaikuttaa lasten ennusteeseen. Taloudellisten vaikutusten voidaan olettaa olevan huomattavia, jos lasten huostaanottoja ja psykiatrista sairastavuutta voidaan vähentää.

Tämän hanketyönä kehitetyn ja toteutetun toimintamallin tuloksena lastensuojelun mielenterveys- ja päihdeosaaminen on lisääntynyt ja työntekijät ovat saaneet varmuutta ongelmien puheeksi ottamiseen. Hanketyössä on tunnistettu kokonaan uusia asiakasryhmiä, joiden auttaminen on toteutettu pääosin melko kevyellä avulla. Perheitä on autettu siellä missä he muutoinkin asioivat ilman pompottelua toiselle luukulle. Tämä Mielen avaimen osahanke on vastannut koko hankkeen keskeisiin tavoitteisiin eli lisännyt palvelujen käyttäjien osallisuutta, rakentanut matalan kynnyksen palvelua ja lisännyt henkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaamista.

Kirjallisuus

Solantaus, Tytti. Vanhemman mielenterveydenhäiriö ja lapset. Suomen Lääkärilehti 2005; 38: 3765-70.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma www.thl.fi/mielijapaihde.

Suomen kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2011. Hanna Ahlgren-Leinvo. Editia Prima Oy 2012.

Erhola, Marianne, THL. Valtakunnallinen depressiofoorumi 6.9.2011 suullinen esitys.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. www.finlex.fi/FI/laki/alkup/2007/20070417.

Riihimäki, Kirsi. Psykiatrisen osaamisen lisääminen lastensuojelun perhekuntoutuksessa -raportti. Vantaan kaupunki 2011. www.vantaa.fi/hyvamieli.

3.3 Yhden pysäkin taktiikka: Nuorten matalankynnyksen palvelut Hyvinkäällä ja Kirkkonummella

Milla Bergman, Mea Hannila-Niemelä, Satu Räikkä-Laine

Nuorten matalankynnyksen avunsaanti

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi päästä joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteen mukaisesti (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012–2015; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Matalankynnyksen paikkoihin voi hakeutua ilman lähetettä, apu on nopeasti saatavilla, lähellä ja maksutonta käyttäjälle (Lönnqvist 2012) ja sen henkilökunta koostuu useimmiten moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä (Matalan kynnyksen palvelut 2012). Hyvinkäälle ja Kirkkonummelle on perustettu vuonna 2010 Kaste-rahoituksella Mielen avain -hankkeen osahankkeina matalankynnyksen nuorisoasemat, joiden toiminnan kehittämisen lähtökohdaksi on ollut nuorten tarpeet.

Nuorisoasemat toimivat matalankynnyksen periaatteiden mukaisesti, ja niissä pyritään tarjoamaan tarvittava apu yhden oven takaa. Mikä tahansa huoli riittää yhteydenottoon, ja kaikenlaisten ongelmien kanssa saa tulla vastaanotolle. Lähetettä ei tarvita, ja palvelu on käyttäjälle maksutonta. Yhteydessä voi olla kuka tahansa: nuori itse, vanhemmat, koulun henkilökunta, terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilaiset tai kaverit. Yhteydenotto on tehty mahdollisimman helpoksi ja joustavaksi: yhteydessä voi olla puhelimitse, tekstiviestillä, sähköpostilla, lomakkeella nettisivujen kautta tai nuori voi tulla käymään paikanpäällä.

Asemilla työskentelevät moniammatilliset tiimit, jotka mahdollistavat kokonaisvaltaisen arvion nuoren tilanteesta, hoidon ja palvelun tarpeen suunnittelun sekä varsinaisen hoidon tai ohjauksen yhden oven periaatteen mukaisesti. Laaja-alainen verkostotyö ja moniammatillinen yhteistyö sekä jalkautuminen nuoren arkiympäristöön ovat matalankynnyksen paikan toimintaperiaatteita. Kynnystä on pyritty madaltamaan siten, että henkilökunta on säännöllisesti esillä nuorten arkisissa ympäristöissä esimerkiksi vieraillemalla kouluissa ja järjestämällä nuorille tutustumiskäyntejä hyvinvointiasemalle.

Hyvinkään Nuorisohelpissä hoidetaan 13–19 -vuotiaita nuoria, joilla on lieviä tai keskivaikeita mielen- terveyden häiriöitä, hoitoa vaativa elämäntilannekriisi, päihteiden käyttöä tai liiallista pelaamista. Lisäksi nuorisoasemalla annetaan seksuaaliohjausta ja tarvittaessa aloitetaan ehkäisy heille, jotka ovat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ehkäisy- ja neuvonpuolella. Nuorisohelpin tiimi on moniammatillinen ja se koostuu projektipäälliköstä (sosionomi yamk), kahdesta projektityöntekijästä (terveydenhoitaja amk ja sosionomi amk). Lääkärin palvelut saadaan perusterveydenhuollosta ja konsultoivan nuorisopsykiatrin palvelut erikoissairaanhoidosta. Nuorisoaseman konsultoiva nuorisopsykiatri on käytettävissä, mikä vähentää tarvetta lähettää nuoria muualle jatkohoitoon. Lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja on mahdollisuus saada A-klinikalta. Ensisijaisesti lääkäri on konsultti, joka käy työntekijöiden kanssa läpi hoidossa olevien nuorten tapauksia miettien hoitolinjoja sekä aloittaa tarvittaessa lääkityksiä tai tekee lähetteen jatkohoitoon nuorisopsykiatrin poliklinikalle.

Kirkkonummella nuorten hyvinvointiaseman palvelut on tarkoitettu 13–25-vuotiaille nuorille, joilla on kysymyksiä mielen- terveyteen liittyen tai jotka ovat vaarassa syrjäytyä. Nuorten hyvinvointiasemalta nuori saa keskustelutukea, mielen- terveyteen liittyvää arviointia ja hoitoa sekä sosiaali- ja palveluohjausta. Hyvinvointiasemalla työskentelee moniammatillinen tiimi: psykologi, kaksi sosiaaliohjaajaa ja psykiatrisen sairaanhoitaja. Konsultoiva lääkäri on käytettävissä kaksi tuntia joka toinen viikko. Moniammatillinen tiimi takaa sen, että nuori saa tarvitsemaansa apua mahdollisimman pitkälle yhden oven -periaatteen mukaisesti ja että hänen tilanteensa otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon. Tarvittaessa henkilökunta ohjaa nuoren sopivan palvelun piiriin, esimerkiksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon, päihde- palveluihin, Kelan tuke- maan kuntoutuspsykoterapiaan, aikuissosiaalityöhön tai työllistymisyksikköön. Mikäli jatko- ohjausta ei tarvita, on nuorella mahdollisuus saada keskustelutukea ja/tai palveluohjausta Nuorten hyvinvointiasemalla tarvittava aika ja määrä. Hyvinvointiaseman henkilökunta tekee yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa,

kuten A-klinikan, koulukuraattoreiden, lastensuojelun, sosiaalityöntekijöiden tai lääkäreiden kanssa. Tapaamiset voidaan järjestää joustavasti eri ympäristöissä.

Matalankynnyksen paikat nuorille perustettiin todelliseen tarpeeseen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto- ja indikaattoripankin SOTKANetin mukaan hyvinkääläisten ja kirkkonummelaisten nuorten mielenterveysongelmat ovat hieman lisääntyneet 2000-luvulla. Vuonna 2010 hyvinkääläisistä 17 prosenttia ja kirkkonummelaisista 11,3 prosenttia kahdeksannen ja yhdeksännen luokan oppilaista kärsi keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta. Depressiolääkkeistä sai korvausta Hyvinkäällä 7,0 prosenttia ja Kirkkonummella 5,6 prosenttia 18–24-vuotiaista nuorista. Päihteiden käytössä on ollut vaihtelevuutta 2000-luvulla siten, että Hyvinkäällä laittomien huumeiden kokeilu on lisääntynyt 2000-luvulla, kun taas Kirkkonummella huumeiden kokeilussa ollut piikki 2000-luvun alussa kääntyi laskuun 2002–2008, mutta nousi taas vuoden 2010 kyselyssä. Yläasteikäisten humalahakuinen juominen on vähentynyt molemmilla paikkakunnilla 2000-luvun alusta, kun taas lukiolaisten juominen näyttäisi lisääntyneen viime vuosina olleen Kirkkonummella selkeästi runsaampaa kuin Hyvinkäällä. Viimeisimmän tilaston mukaan vuonna 2008 hyvinkääläisistä lukiolaisista ilmoitti juovansa tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa 19,7 prosenttia ja kirkkonummelaisista 29,8 prosenttia. Vuonna 2010 kahdeksannen ja yhdeksännen luokan oppilaista hyvinkääläisistä 16,3 prosenttia ja kirkkonummelaisista 16 prosenttia oli ollut humalassa vähintään kerran kuukaudessa. Hyvinkääläisistä 9,6 prosenttia ja kirkkonummelaisista 9,5 prosenttia oli kokeillut ainakin kerran huumeita. Vanhemmuuden puutetta raportoi hyvinkääläisistä nuorista 23,7 prosenttia ja kirkkonummelaisista 25,1 prosenttia.

Ensimmäisenä toimintavuonna 2011 Hyvinkään Nuorisohelpissä ja Kirkkonummen Nuorten hyvinvointiasemalla kävi molemmissa yli 100 nuorta. Enemmistö asiakkaista ohjautui nuorisosemille mielenterveysdellisistä syistä. Yleisimmät tulokset olivat masentuneisuuden tunne tai epäselvä elämäntilanne. Valtaosa Hyvinkään Nuorisohelpin asiakkaista oli 15–16-vuotiaita tyttöjä. Kirkkonummen Nuorten hyvinvointiaseman asiakkaista 35 prosenttia oli alaikäisiä ja 65 prosenttia 18–25-vuotiaita.

Nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut on toteutettu Hyvinkäällä hyvin perinteisellä tavalla: päihdepalvelut A-klinikalla ja mielenterveyspalvelut erikoissairaanhoidossa, nuorisopsykiatriassa. Molemmat ovat toimineet erillään toisistaan. Palveluita kehitettäessä oli alusta asti selvää, että nuorten pompottelu palvelusta ja paikasta toiseen pyritään minimoimaan ja päihde- ja mielenterveyspalvelut keskittämään yhden oven taakse. Nuorisohelpin asiakasprofiilia selkiytettiin toiminnan alussa yhteistyössä A-klinikan ja nuorisopsykiatrian kanssa. Lisäksi muiden nuorten kanssa työskentelevien tarpeita ja odotuksia kuultiin ennen toiminnan käynnistämistä. Tavoitteena oli, että uusi nuorisosema linkittyy paikalleen nuorten palveluverkostossa ja vastaa tarpeeseen.

Kirkkonummen mielenterveyspalvelut ovat olleet ohuet, eikä nuorille ole ollut omaa hoitotahoa. Kirkkonummen päihdepalvelut toteutetaan alaikäisten kohdalla Espoon nuorisosemalla ja täysi-ikäisten kohdalla A-klinikalla, joka sijaitsee Nuorten hyvinvointiaseman ja aikuisten mielenterveyspalveluiden kanssa samoissa tiloissa. Nuorten hyvinvointiaseman ja A-klinikan yhteiset tilat mahdollistavat saumattoman yhteistyön.

Hoitoprosessissa osallisuus, perhekeskeisyys ja verkostoyhteistyö tärkeitä

Sekä Hyvinkään Nuorisohelpin että Kirkkonummen Nuorten hyvinvointiaseman hoitoprosessissa painottuvat nuoren osallisuus, perhekeskeisyys ja verkostoyhteistyö. Toiminta perustuu avoimeen dialogiin, jonka periaatteiden mukaisesti nuori on häntä koskevissa neuvotteluissa mukana ja suunnitelmat tehdään nuoren omien tavoitteiden mukaisesti (Haarakangas 2008, 75–78; Seikkula & Arnkil 2005, 96). Hoitoprosessi etenee vaiheittain: yhteydenotto – aloitustapaaminen – kokonaistilanteen arvioiminen – työskentelyvaihe – arviointi – lopetus. Hyvinkäällä hoitoprosessin kuvaus on avoimesti perheiden nähtävillä nuorisoseman seinällä ja se on lisäksi esitelty monissa verkostotapaamisissa, joissa on ollut mukana nuorten kanssa työskenteleviä. Yhteinen hoitoprosessi yhtenäistää työntekijöiden työskentelyä ja tekee nuorisosematyöstä nuorelle ja vanhemmille avoimempaa ja läpinäkyvämpää.

Yhteydenottoviestin voi jättää sekä Nuorisohelpiin että Nuorten hyvinvointiasemalle mihin vuorokauden aikaan tahansa ja siihen vastataan 24 tunnin sisällä arkin. Kaikkien yhteydenottaneiden tilanne ja avuntarve selvitetään. Yhteydenoton jälkeen hoito pyritään aloittamaan pian; usein samalla tai viimeistään seuraavalla viikolla. Työskentely voidaan aloittaa esimerkiksi jalkautumalla kouluun tai nuoren kotiin.

Hyvinkään Nuorisohelpin hoito alkaa yhteisellä aloitustapaamisella, jossa on nuoren lisäksi mukana vanhemmat sekä mahdollisesti nuoren ohjannut verkoston edustaja. Aloitus toteutetaan perheen haluamassa paikassa. Kirkkonummen Nuorten hyvinvointiasemalla sen sijaan ei tavata systemaattisesti ensimmäisellä käynnillä vanhempia, vaan edetään tilannekohtaisesti. Ensikohtauksissa kerrotaan nuorisotasemien toiminnasta, kartoitetaan nuoren ja perheen voimavaroja sekä heidän huolenaiheitaan. Lisäksi kerrotaan tuki-toimista ja lopuksi tehdään yhteinen suunnitelma nuoren tukemiseksi. Nuoren arki ja nuoren tarpeet ovat keskiössä. Jo alkuvaiheessa pyritään orientoitumaan hyvään tulevaisuuteen ja tekoihin, niihin, jotka auttavat nuorta eteenpäin kohti tavoitteita.

Hoitoprosessin alussa nuoren elämäntilannetta ja toimintakykyä arvioidaan monipuolisesti. Alkuarvio on erittäin tärkeä vaihe hoidossa. Sen avulla saadaan nuoren elämästä ja ajatuksista kattava käsitys. Alkuarviossa nousee esille nuorta suojaavat tekijät ja riskitekijät. Arviossa ei paneuduta yksinomaan näkyvään huoleen tai oireisiin, vaan keskitytään nuoren arjen kokonaistilanteeseen. Arviointivaiheessa nuorelle tulisi antaa mahdollisuus tutustumiseen ja kahdenkeskiseen keskusteluun työntekijän kanssa, sillä usein on asioita, joista nuori ei uskalla puhua ennen kuin voi olla varma vuorovaikutussuhteen luottamuksellisuudesta. Nuori ei myöskään anna auttaa itseään ellei hän voi luottaa häntä auttavaan aikuiseen ja siksi hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää empaattinen suhtautuminen ja vastakkainasettelun välttäminen. (Lepistö ym. 2007, 10.) Hyvinkäällä arvioinnin apuna käytetään mielialaa ja päihteiden käyttöä selkiyttäviä luotettavia ja standardoituja arviointimittareita kuten BDI ja nuorten päihdemittaria. Kirkkonummella on yhteistyössä nuorisopsykiatrian kanssa päädytty seulomaan masentuneisuutta BDI-mittarilla, ahdistuneisuutta BAI-mittarilla, kaksisuuntaisen mielialahäiriön mahdollisuutta MDQ-mittarilla sekä alkoholin käyttöä Audit-mittarilla. Tarpeen mukaan käytössä on muita mittareita (esimerkiksi HS, PROD, Scoff). Nuorten hyvinvointiaseman psykologi kartoittaa asiakkaan psyykkistä tilaa ja tekee tarvittaessa psykologisia tutkimuksia.

Hyvinkäällä toiminnallisia työvälineitä on kehitetty ja muokattu hankkeen aikana. Työskentelyn apuna työntekijät käyttävät erilaisia toiminnallisia menetelmiä: tunnekortit, viikko-ohjelma, fiilispäivyri ja koti-tehtävät. Toiminnalliset työvälineet auttavat nuorta sanoittamaan elämäänsä ja tarkastelemaan sitä osissa. Myös ne nuoret, jotka eivät pysty tai halua ilmaista ajatuksiaan heti ääneen, pystyvät osallistumaan työskentelyyn. Kirkkonummella työskentelyvaihe perustuu tarpeen mukaan terapeutisiin keskusteluihin psykologilla tai psykiatrisella sairaanhoitajalla sekä käytännöllisempään tukeen ja ohjaukseen sosiaaliohjaajilla. Kaikilla hankkeen työntekijöillä on jokin terapeutin lisäkoulutus joko meneillään tai valmiina. Tärkeässä roolissa on nuorten elämänhallinnan tukeminen kokonaisvaltaisesti. Tähän voi kuulua esimerkiksi asunnon hakemisessa avustaminen tai työllistymisen tukeminen. Molemmissa paikoissa on järjestetty yksilötapaamisten lisäksi myös ryhmätoimintaa.

Nuorten yksilötapaamisten lisäksi myös vanhempia tavataan tarvittaessa. Kirkkonummella on järjestetty lisäksi kaksi vanhemmille suunnattua ryhmää sekä ostopalveluna kokeiltu perheterapiaa. Vanhemmat ovat kokeneet yhteistyön hyvänä. He pitävät tärkeänä, että ovat osallisina oman lapsensa asioissa. Nuoret ovat suhtautuneet vanhempien kanssa käytyihin keskusteluihin myönteisesti ja ovat aina tietoisia näistä. Vanhempien ohjaus, vastuullisen vanhemmuuden tukeminen ja tarvittaessa sekä perheen sisäisten vuorovaikutustaitojen kohentaminen ovat keinoja auttaa psyykkisesti oireilevaa nuorta ja hänen perhettään. (Lepistö ym. 2007, 12.) Kirkkonummella perhetyön kysyntä on ollut suurta perheneuvolan ottaessa vastaan vain alle 13-vuotiaita. Nuorten hyvinvointiasemalla ollaan päätyvässä psykoedukaatiivisen perhetyön malliin, jonka kehittäminen on vielä kesken.

Hoitoprosessin aikana tehdään yhteistyötä nuoren elämään kuuluvan viranomaisverkoston kanssa. Yhteinen aloitustapaaminen on hyvä tapa selkiyttää rooleja esimerkiksi silloin, jos nuoren tukeminen tapahtuu nuorisotasemalla lisäksi koululla. On myös tilanteita, jolloin nuori ja vanhemmat eivät halua, että heidän asiansa tulee koulussa ilmi. Jos hoidon edetessä huomataan, että nuoren mielialan lasku vaikuttaa koulukäyntiin, otetaan perheen kanssa puheeksi mahdollisuus ottaa yhteyttä koulun erityistyöntekijään. Pääasiassa nuoret ja vanhemmat suhtautuvat verkostoyhteistyöhön myönteisesti sen jälkeen, kun asia käsitellään

avoimesti heidän kanssaan. Yhteistyötä muun nuorten kanssa työskentelevän verkoston kanssa tehdään aina kuitenkin nuoren ja perheen tarpeista ja tilanteesta käsin. Tarvittaessa nuorta ja/tai koko perhettä tavataan työparin kanssa.

Arviointi

Asiakaspalautteiden mukaan nuoret ovat kokeneet matalankynnyksen avunsaannin tarpeelliseksi palveluksi ja ovat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa palveluun. Palautteiden perusteella tapaamisissa on puhuttu siitä, mistä toivottiin puhuttavan sekä koettiin saavan paljon tai erittäin paljon apua siihen, mihin sitä tultiin hakemaan. Kirkkonummella yhteistyökumppaneille tehdyn kyselyn mukaan matalankynnyksen palvelun koettiin vastaavan hyvin tarpeisiin, Nuorten hyvinvointiaseman olleen tarpeellinen tai erittäin tarpeellinen ja siihen oltiin tyytyväisiä. Yhteistyö hyvinvointiaseman henkilökunnan kanssa koettiin sujuvaksi tai jokseenkin sujuvaksi.

Avun saaminen yhden oven takaa on sekä Hyvinkäällä että Kirkkonummella tavoitteena. Se että Hyvinkään Nuorisohelpissä hoidetaan sekä päihde- että mielenterveysongelmia, ei ole nuorisoasemalle itsestäänselvyys, mutta erittäin toimiva kokonaisuus. Usealla päihdeitä käyttävällä Nuorisohelpin asiakasnuorella on myös ahdistusta tai masennusta. Samanaikaisista päihde- ja mielenterveyshäiriöstä kärsivien nuorten hoito on haaste hoitojärjestelmälle. Nykytiedon perusteella pidetään tärkeänä, että sekä päihde- että mielenterveyshäiriötä hoidetaan samanaikaisesti. (Lepistö ym. 2007, 5-7.) Kirkkonummen Nuorten hyvinvointiasemalla on saatu erittäin positiivisia kokemuksia psyykkisen tuen yhdistämisestä sosiaaliohjaukseen, jolloin asiakasta voidaan auttaa kokonaisvaltaisesti. Nuorilta saadun palautteen mukaan pitävät he sosiaaliohjaajilta saatua käytännön apua erityisen arvokkaana.

Osalla asiakkaista oli useita eri hoitokontakteja takana. Edelliset hoitokontaktit eivät välttämättä ole aina jääneet myönteisenä mieleen, joten nuoren motivaatio hoitoon saattaa alussa olla matala. On myös nuoria, jotka eivät koe huolta omasta tilanteestaan, vaikka vanhempien ja/tai verkoston huoli on suuri. Tästä johtuen erityisen suuri merkitys hoitoprosessissa on hoidon aloittamisessa ja nuoren sitouttamisessa hoitoon. Avoimuus, rehellisyys ja kiireettömyys ovat hyvän suhteen luomisessa välttämättömiä. Tärkeitä on myös nuoren huomioiminen ja kannustaminen kertomaan omista ajatuksistaan ja kokemuksistaan. Hoitoon sitoutumista tuetaan hoidon jatkuessa aktiivisesti esimerkiksi muistuttamalla tekstiviestillä nuorta seuraavasta tapaamisesta tai soittamalla hänelle. Oleellista on nuoren rinnalla kulkeminen sekä yhdessä elämän ja siihen liittyvien huolien tarkastelu. Matalankynnyksen paikassa työskenteleminen on ollut erinomainen tilaisuus tehdä asioita toisin: osallisuuden ja asiakkaan aseman vahvistaminen kuuluvat peruserätyksiin.

Matalankynnyksen paikka on usealle ensimmäinen hoitokontakti, jolloin yhtenä tehtävänä on vakavampien mielenterveysongelmien seulominen ja tarvittaessa eteenpäin ohjaaminen. Ensimmäisenä toimintavuonna Hyvinkään Nuorisohelpistä ohjattiin kaksi nuorta ja Kirkkonummen Nuorten hyvinvointiasemalta kuusi nuorta psykiatrian poliklinikoille. Matalan kynnyksen oikea-aikainen ja moniammatillinen tuki on usein riittävä interventio nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa, mutta tärkeää on huolehtia siitä, että vakavimmista oireista kärsivät nuoret pääsevät oikean avun piiriin.

Työ nuorisoasemilla on ollut mielenkiintoista ja opettavaista. ”Yhden pysäkin” taktiikka on nuorten hoidossa tärkeää. Pikkuhiljaa nuorisoasemat ovat löytäneet oman tärkeän paikkansa jo olemassa olleiden palvelujen rinnalle sekä täydentävät ja tukevat niitä. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ulkopuolella oleville nuorille nuorisoaseman tarjoamat palvelut ovat ensiarvoisen tärkeitä, heillä ei ole sitä omaa kouluterveydenhoitajaa, jonka puoleen kääntyä ongelmatilanteissa. Varhaisella avunsaamisella estetään ongelmien paheneminen. Varhaisen avun saamisen ja varhaisen puuttumisen merkitystä ei voi liikaa korostaa mielenterveys ja päihdeongelmissa.

Kirjallisuus

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Magentum Oy, Helsinki.

Lepistö, J., Strandholm, T. & Marttunen, M. 2007. Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito, tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto.

Lönnqvist, J. 2010. Mitä matala kynnyks merkitsee, ja mitä se ei merkitse? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/04A2C644-8904-4A5F-8713-051600FB6518/0/Mieli_2010_L%C3%B6nnqvist_THL.pdf [1.5.2012].

Matalankynnyksen palvelut. 2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/matalan-kynnyksen-palvelut [1.5.2012].

Mielen avain. Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. <http://www.mielenavain.fi/> [25.7.2012].

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

Seikkula, J. & Arnkil, E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf [1.5.2012].

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossi_vu?currentEvent=swap®ionCount=2&sexCount=1&eventParameter=E&setId=p85c1a784c430d6ba1fad4317b2416385d9da0c1957f0f4&indCount=11&yearCount=1 [23.7.2012].

3.4 Päihde- ja mielenterveystyötä sekä sosiaalineuvontaa terveysasemille jalkauttamassa

Auri Lyly, Ari Karppinen

Johdanto

Alkoholi on Suomessa suurin työikäisten tappaja. Alkoholinkäytön aiheuttamat välittömät ja välilliset kustannukset yhteiskunnalle mitataan miljardeissa euroissa, inhimillisestä kärsimyksestä puhumattakaan. Alkoholia käyttää suurin osa aikuisikäisistä suomalaisista, ja suuri osa suomalaisista myös katsoo sen kuuluvan normaaliin elämään. Alkoholia käyttävät tavalliset ihmiset, sosiaali- ja terveysalan työntekijät siinä missä heidän asiakkaansakin. Miltei kolmasosalla aikuisista arvioidaan olevan alkoholin liikakäyttöä (Partanen 2012.) Alkoholinkäytön yleistyttyä myös sen aiheuttamat haitat jakaantuvat entistä tasaisemmin, eli koskevat suurempaa osaa väestöstä kuin ennen. Alkoholin aiheuttamat haitat ovat moninaisia, niin terveydellisiä kuin sosiaalisiaakin. Koska ilmiö on niin laaja, on kaikilla siitä jonkinlaista kokemusta, joko oma-kohtaista tai lähipiirissä tapahtunutta. (Tilastokeskus 2011.)

Palvelujärjestelmänäkökulmasta katsoen ammattilaiset kohtaavat eniten näitä tavallisia ihmisiä peruspalveluissa – terveysasemilla, työpaikoilla, sairaaloissa, sosiaalipalveluissa, päiväkodeissa. Jos ongelmia halutaan ennaltaehkäistä, tulee asiat ottaa puheeksi siellä missä ihmisiä kohdataan. Kun päihteitä ei systemaattisesti oteta puheeksi, voidaan terveyspalveluissa hoitaa verenpainetta, diabetesta tai masennusta vuosikausia ilman, että hoitovastetta syntyy. Kun päihteiden osuutta tilanteeseen ei selvitetä, ei myöskään voida tarjota tukea tai apua. Yhteiskunnan varoja ja resursseja hukataan valtavia määriä.

A-klinikoille, psykiatrian poliklinikoille ja muihin erikoispalveluihin ohjautuu paljon sellaisia asiakkaita, joiden ongelmat olisivat olleet ehkäistävissä sillä, että niihin olisi tartuttu aikaisemmin. Ne ovat todennäköisesti tulleet jossakin muodossa esiin jo peruspalveluiden tasolla. Muutoksen toteuttaminen on aina ihmisen itsensä vastuulla, mutta työntekijöiden tehtävänä on herätellä ihmisessä tarvetta muutokseen. Tämä on kaikkien sosiaali- ja terveysalalla ihmisiä kohtaavien työntekijöiden tehtävä.

Palvelujärjestelmän pirstoutuminen on pitkän kehityksen tulos, ja keskeisenä tekijänä siinä on organisaatiolähtöinen ajattelu, jossa potilaan/asiakkaan ongelmien tulee sopia siihen, mitä kussakin organisaatiossa hoidetaan. Pitkälle erikoistuneet palvelut ovat toki tietyissä tilanteissa juuri oikeita, mutta perustasolla pitäisi pystyä kohtaamaan ihminen kokonaisvaltaisesti kuin nyt.

Hautamäen (2012) mukaan yhteiskunnan rakenteiden ja palveluiden tulee edistää ihmisten hyvää. Terveystieteiden tulee lisätä ihmisten terveyttä ja pidentää elinikää, sosiaalipalveluiden taas tukea ihmisten arjen sujumista. Palveluiden tulee tukea ihmisten voimavarojen vahvistumista ja niiden omaehtoista käyttämistä, ja niissä tulee hyödyntää vertaistukea ja ennaltaehkäisyä. Palveluiden tulee tukea ihmisiä tekemään ja pitämään hyviä päätöksiä. Niiden tulee tuupata ihmisiä hyvään.

Tässä artikkelissa kuvataan kehittämishanketta, jossa on pyritty vahvistamaan peruspalveluita jalkauttamalla sinne erityistyöntekijöitä. Kaste-rahoituksen avulla Helsingin terveysasemille (N=26) on palkattu sosiaalineuvojia (4 kpl) ja päihdetyöntekijöitä (13 kpl). Artikkelissa kuvataan hankkeen toimintaa ja kehitettyä työmallia tapausesimerkin avulla.

Pyrkimyksenä vastata sinnikkääseen ongelmaan

Seuraavassa kuvatut ongelmat eivät esiinny pelkästään Helsingissä, vaan koskevat koko alaa. Helsingissä terveys- ja päihde- sekä sosiaalipalvelut on järjestetty toisistaan erillään, eikä kuntalainen kovin helposti saa ongelmiinsa kokonaisvaltaista apua.

Terveysasemilla asioi paljon sellaisia asiakkaita, joiden päihteidenkäyttö ja/tai sosiaaliset ongelmat vaikuttavat heidän terveyteensä. Terveysaseman henkilökunta ei osaa auttaa asiakkaita sosiaalisten ongelmien kanssa, eikä päihteiden käyttöä vielä systemaattisesti oteta puheeksi. Puheeksioton hankaluus johtuu muun muassa siitä, että työntekijät kokevat tietotaitonsa päihde- ja sosiaalialueilla olevan riittämätöntä, eikä

päihdeasioiden välttämättä mielletä kuuluvan terveysaseman henkilökunnan työtehtäviin – ne hoidetaan muualla, kuten A-klinikalla.

Asenteet päihdeongelmaisia kohtaan ovat toisinaan myös melko kovia. Henkilökunta mieltää, ettei heillä ole kokemusta päihdeongelmaisten kanssa työskentelystä, vaikka todellisuudessa työskentelevät näiden kanssa päivittäin. Henkilökunnalla ei myöskään ole aikaa perehtyä syvällisesti potilaiden monimutkaisiin ongelmavyönteihin, sillä päihdeidenkäytöstä tai mielenterveysasioista kysyminen vertautuu Pandoran lipaan avaamiseen. Terveysasemien vastuulla on myös paljon muitakin tehtäviä joiden suhteen resurssit ja tarve eivät kohtaa (kuten jatko/saattohoitaa niitä potilaita, joiden hoito erikoissairaanhoidossa on päättynyt). On siis jossain määrin ymmärrettävää, että tätä työlääksi koettua kenttää ei ole myöskään omalle vastuulle haluttu ottaa.

Hyvänä kehityksenä voi nähdä sen, että mielenterveysongelmien hoidossa on edistytty huomattavan paljon. Helsingin terveysasemilla on 2000-luvun alusta työskennellyt psykiatrisia sairaanhoitajia, joiden tehtävänä on toimia lääkärin työparina mielenterveysongelmista kärsivän potilaan hoidossa. Psykiatriset sairaanhoitajat (aikaisemmin depressiohoitajat) jalkautettiin asemille alun perin hankkeen avulla. Nykyään Helsingin kaikilla terveysasemilla työskentelee psykiatrisen sairaanhoitaja, joillain terveysasemilla kaksikin.

Myös psykiatristen sairaanhoitajien asiakkaisissa on paljon sellaisia, joiden päihdeiden käyttö vaikuttaa heidän mielialaongelmiinsa. Potilaiden päihdeidenkäyttöön suhtaudutaan vaihtelevasti – toisinaan se toimii ns. poissulkukriteerinä, ja toisinaan taas päihdeiden (haitallinen) käyttö nähdään olevan osa potilaan mielenterveysongelmia. Psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvaan ei kuitenkaan varsinaisesti kuulu potilaan päihdeongelman työstäminen.

Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hankkeen tarkoituksena on ollut kartoittaa sitä, ketkä terveysasemien asiakkaista hyötyisivät moniammatillisesta työskentelystä; minkälaisissa ongelmissa heitä voidaan auttaa ja luoda heidän auttamisekseen systemaattinen toimintamalli. Mallilla halutaan tukea myös terveysaseman muuta henkilökuntaa siten, että nämä voivat keskittyä ydinosaamiseensa. Alusta asti on ollut tavoitteena se, että toiminta tulee jatkumaan myös hankkeen päättymisen jälkeen, joten ajatuksena on se, että hankkeella käynnistetään jotain pysyvää.

Miten ongelmaan on hankkeessa vastattu?

Terveysasemia on 26, päihdetyöntekijöitä 13 ja sosiaalineuvoja 4. Terveysasemat on jaettu neljään alueeseen, ja joka alueella on yksi sosiaalineuvoja. Päihdetyöntekijöitä on terveysasemille sijoitettu siten, että joillakin työntekijöillä on vastuullaan yksi terveysasema, joillakin kaksi tai kolme. Sijoittelu on riippunut toisaalta terveysasemien tarpeista, ja toisaalta niiden mahdollisuudesta tarjota työtila työntekijälle.

Sosiaalineuvojat ja päihdetyöntekijät toimivat matalan kynnyksen periaatteella siten, että asiakas voi itse hakeutua heidän vastaanotolleen. Myös terveysaseman henkilökunta voi ohjata asiakkaan vastaanotolle, jos he havaitsevat sille tarvetta. Hankkeessa on pyritty integroimaan työntekijät asemille siten, että heistä tulisi osa ”normaalihenkilökuntaa”, jotta heitä osattaisiin alkaa hyödyntää potilaiden hoidossa. Koska haluttiin matalan kynnyksen palvelua, ei haluttu sitä, että potilaat pitäisi ensin arvioida muualla, vaan arviointi on näiden työntekijöiden keskeinen tehtävä.

Alussa lähdettiin liikkeelle siitä, että työntekijöiden työnkuvat oli kuvattu lyhyesti. Niissä määriteltiin (väljästi) toiminnan kohderyhmä (päihdetyöntekijöiden kohdalla esim. ”ne potilaat, joiden päihdeidenkäyttö herättää huolta työntekijässä, potilaassa tai tämän läheisessä”, sosiaalineuvojen kohdalla ”ensisijaisesti moniongelmaiset syrjäytymisvaarassa olevat, palveluiden väliin putoajat tai palveluja vaille jääneet, esim. rahahuolien kanssa painiva asiakas, joka ei ole oikeutettu toimeentulotukeen”), työn sisältö (tilannearvio / palvelutarpeen arvio; yksilö- ja ryhmäkäynnit; opastus ja neuvonta yms.) sekä työntekijän yhteystiedot. Toiminnan aikana työnkuvista muokattiin terveysasemille paremmin sopivat prosessikuvaukset, jotta ne olisivat yhteneväisiä muiden ohjeiden kanssa.

Työntekijöiden rooli on ollut vaativa: omaa toimintaa on pitänyt markkinoida ja pitää jatkuvasti esillä terveysasemakokouksissa ja vastaavissa, ja muistuttaa siitä miten se tapahtuu. Henkilökunnalle on pitänyt perustella sitä, miksi näitä potilaita kannattaa ohjata vastaanotolle. Pitkäjänteisen työn johdosta puheeksiot-

to alkaa sujua ja potilasohjaus on suureksi osaksi sujuvaa. Toiminnan tässä vaiheessa on selvää, että työntekijöitä tarvittaisiin enemmänkin.

Hankkeen tulokset, käytännöt ja haasteet

Kun hankkeen toimintamallit ovat olleet käytössä reilun vuoden, on toiminta toden teolla alkanut juurtua terveysasemien jokapäiväiseen toimintaan. Terveysasemien työntekijöille suunnatussa kyselyssä vastanneista 91 % tiesi sosiaaliuvojan olemassaolosta ja 65 % oli ohjannut asiakkaita sosiaaliuvojan vastaanotolle. Päihdetyöntekijän olemassaolosta tiesi 99,5 % vastaajista, ja heidän vastaanotolleen oli asiakkaita ohjannut 86 % vastaajista. Vastaajista 99 % piti tärkeänä sitä, että terveysasemalla työskentelee jatkossakin sosiaaliuvoja ja päihdetyöntekijöitä. Vastaajat kommentoivat mm. että ”vihdoin täällä kehitetään jotain järkevää!”, mutta myös kritiikkiä on tullut. Osa vastaajista ulkoistaisi mielellään kaiken päihteisiin liittyvän päihdetyöntekijöille, ja pienen osan mielestä päihde- tai sosiaaliset ongelmat eivät kuulu terveysasemille lainkaan. Pääsääntöisesti toimintaan ollaan kuitenkin tyytyväisiä, sitä enemmän, mitä enemmän kokemusta kertyy.

Hankkeen aikana on järjestetty myös melko paljon koulutusta. Terveysasemille erikseen räätälöidyssä koulutuksessa aiheena oli elintapojen puheeksiotto, ja menetelmänä motivoiva haastattelu. Koulutus sai erittäin hyvän vastaanoton, sillä työntekijät kokevat toisinaan muidenkin kuin päihteiden puheeksioton hankalaksi. Lisäksi meidän näkökulmastamme päihteet ovat vain osa suurempaa kokonaisuutta, jossa oleellista on ymmärtää se, että käyttäytymisen muuttamisessa ei ole kysymys tiedon puutteesta. Ihmiset (potilaat) kyllä haluaisivat tehdä parempia valintoja ja periaatteessa tietävät miten olisi hyvä toimia, mutta siitä huolimatta epäonnistuvat usein. Henkilökunnan tehtävänä on auttaa asiakasta näkemään mitä hyvää ja huonoa tietyistä valinnoista seuraa. Tämän pohjalta asiakas voi asettaa itselleen sopivan tavoitteen, jonka toteuttamisessa työntekijä voi olla tukena. Ulkoa asetetut tavoitteet kun harvoin johtavat pitkäaikaiseen muutokseen.

Tapausselostus

Parhaiten mallin toimimista käytännössä voi kuvata tapausesimerkin avulla. Kyseessä on päihdetyöntekijälle ohjattu potilas eräältä Helsingin terveysasemalta.

Kyseessä on 28-vuotias henkilö, joka työskentelee musiikkialalla. Työhön kuuluu paljon baareissa ja klubeilla työskentelyä – ympäristössä, jossa käytetään paljon alkoholia. Hänen ystäväpiirinsä koostuu pitkälti samanhenkisistä ihmisistä, ja alkoholin käyttö kuuluu tiiviisti elämään.

Potilas on pari vuotta aikaisemmin hakeutunut lääkärille ahdistusoireiden vuoksi. Tuolloin lääkäri on aloittanut mielialalääkityksen (sitalopraami sekä tarvittaessa rauhoittava lääke, Risolid) ja ohjannut hänet psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle. Potilas koki lääkityksen auttavan, ja lopetti sen noin puolen vuoden kuluttua kun vointi oli parantunut. Psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa eivät ”kemat kohdanneet”, joten potilas tapasi tätä vain kerran.

Päivä 1: Potilas hakeutuu lääkärille akuuttiajalla kevättalvella voimakkaan ahdistuksen vuoksi. Hän on juonut alkoholia reilun viikon putkeen, eikä pysty voimakkaiden vierotusoireiden vuoksi katkaisemaan juomistaan, vaan aloittaa aamut krapularyypyllä. Potilas kuvaa itseään herkäksi. Hän kertoo masentuvansa helposti varsinkin jos ihmissuhteissa on vastoinkäymisiä ja ratkeavansa sitten juomaan. Juodessaan käyttää alkoholia rankasti ja muisti menee usein. Juomista on vaikea saada katki, ja saattaa juoda monta päivää peräkkäin. Lääkäri kirjaa potilaskertomukseen, että ovat yhteisymmärryksessä siitä, että ”jotain psyykkiselle voinnille olisi nyt tehtävä”. Lääkäri diagnosoi alkoholiriippuvuuden ja paniikkihäiriön, aloittaa avokatkaisulääkityksen sekä mielialalääkityksen. Lääkäri varaa potilaalle soittoajan seuraavalle päivälle psykiatriselle sairaanhoitajalle. Lääkäri kirjaa myös, että ”päihdetyöntekijä ei välttämättä ole potilaalle oikea osoite”, koska psyykinen vointi on päällimmäinen ongelma. Lääkäri varaa myös itselleen soittoajan samalle viikolle voinnin seuranta varten.

Päivä 2: Psykiatrisen sairaanhoitaja soittaa potilaalle seuraavana päivänä. Keskustelussa potilas kertoo haluavansa alkoholinkäyttönsä aisoihin. Kertoo, että nukahtaminen on hankalaa ja pyytää reseptiä nukah-

tamislääkkeeseen. Psykiatrinen sairaanhoitaja antaa päihdetyöntekijän yhteystiedot, ja varaa konsultaatioajan lääkärille. Varaa ajan myös omalle vastaanotolleen noin kuukauden päähän.

Päivä 2: Päihdetyöntekijä 1. käynti. Päihdetyöntekijä tapaa potilaan samana päivänä. Käy ilmi, että alkoholin käyttö onkin jatkunut edeltävät kolme viikkoa, ja juodut annosmäärät ovat olleet 10–20/vrk. Tällä kertaa juomisen oli laukaissut pieleen mennyt suhde. AUDIT-kyselyn pisteet ovat 31/40, mikä viittaa alkoholiriippuvuuteen. Myös vuonna 2010, kun potilas edellisen kerran hakeutui hoitoon ahdistusoireiden vuoksi, oli takana pitkä juomisjakso. Potilas on huolissaan omasta tilanteestaan, ja kertoo haluavansa muutoksen siihen. Vieroitusstilassa kokee muurahaisia ihon alla, ja on joskus aikaisemminkin samassa tilanteessa kokenut hallusinaatioita. On julkistanut muutospäätöksen myös perheelleen, että saisi tukea sille. Varattu uusi aika saman viikon perjantaille.

Päivä 5: Päihdetyöntekijä 2. käynti. Potilaan vointi on tasaantunut vieroitusoireiden väistyessä. Alkoholia ei ole nauttinut, ajatuskin tuntuu vastenmieliseltä. Päihdearviota jatketaan, ja potilas täyttää ADS-lomakkeen. Saa siitä 34 pistettä, mikä viittaa keskivaikeaan/vaikeaan alkoholiriippuvuuteen. Päihdetyöntekijä informoi potilasta siitä, että tämän tuloksen pohjalta suositeltavaa olisi pidättäytyä kokonaan alkoholin käytöstä jatkossa. Potilaalla on myös geneettistä alttiutta alkoholiriippuvuudelle, mistä myös keskusteltu. Potilasta informoidaan päihdelääketieteellisistä lääkehoidoista (disulfiraami ja naltreksoni, Antabus ja Revia) sekä siitä, että ahdistuskohtauksiin määrätty bentsodiatsepaami saattaa aiheuttaa riippuvuutta varsinkin yhdessä alkoholiriippuvuuden kanssa.

Päihdetyöntekijä keskustele potilaan kanssa muutoksesta ja muutoksen vaihemallista. Vastaavassa tilanteessa pari vuotta aiemmin potilas oli ollut kolme viikkoa raittiina, mutta kertoo jotenkin luisuneensa takaisin entiseen. Sosiaalinen ympäristö on päihdekeskeinen, mutta potilas on kuluneen viikon aikana onnistunut kieltäytymään alkoholista. Potilas on halukas muutokseen ja oivaltaa kognitiivisesti oman tilanteensa. Potilaan kanssa sovitaan, että hän ”tutkii tunnetilojaan” ja pohtii alkoholinkäytön hyviä ja huonoja puolia. Varataan aika seuraavalle viikolle.

Päivä 8: Päihdetyöntekijä 3. käynti. Potilas on ollut töissä ja kyennyt kieltäytymään alkoholista melkein kokonaan (juonut puolikkaan annoksen). Kokee unensa parantuneen ja mielialansa muuttuneen tasaisemmaksi sekä energiansa lisääntyneen. Vieroitusoireet ovat nyt väistyneet, ja tarkoituksena on nyt pohtia tavoitetta alkoholinkäytön suhteen jatkossa. Potilas tunnistaa ahdistusherkkyytensä ja sen, että on käyttänyt alkoholia selviytymiskeinona. Hän kokee olevansa ihminen, jonka on tärkeää miellyttää muita, ja myös sen takia on juonut enemmän – on ollut hyvä seuramies. Potilaan kanssa on keskusteltu siitä, millä muulla tavalla olisi mahdollista rentoutua. Keskusteltu myös siitä, että tämä (kriisi) on tilaisuus oivaltaa muitakin uusia asioita elämässä. Mielialalääkitys ei vielä oletettavasti ole tuottanut vastetta. Ahdistuskohtauksiin lääkitykseksi suositellaan bentsodiatsepiinien sijaan beetasalpaajaa, joka ei aiheuta riippuvuutta eikä vaikuta kognitioon. Väsyttäväksi lääkkeeksi taas suositellaan Ataraxia (väsyttävä antihistamiini) tai ketiapiinia. Potilas asettaa tavoitteekseen viisi nollapäivää viikossa (nolla alkoholiannosta). Varataan aika kuukauden päähän. Potilalle varattu aika myös psykiatriselle sairaanhoitajalle noin kolmen viikon päähän – potilas peruu sen, jos ei koe tarpeelliseksi. Potilas pohtii myös ammatinvaihtoa tai uudelleen kouluttautumista yhtenä vaihtoehtona, ettei tarvitsisi työskennellä baareissa. Päihdetyöntekijä varaa potilalle soittoajan sosiaalilinjavoijalle, joka auttaa asiakasta koulutus- ja työmahdollisuuksien kartoittamisessa.

Päivä 23: 2. käynti lääkärillä. Kertoo lääkärille, että on kokenut päihdetyöntekijän käynnit erittäin hyödyllisinä. Kertoo mielellään tapaavansa myös psykiatrisen sairaanhoitajan (jolle aika seuraavalla viikolla), koska kokee, että alkoholinkäytön taustalla on psyykkisiä tekijöitä. On käyttänyt iltaisin bentsodiatsepiiniä, nyt lääke vaihdetaan Ataraxiin. Potilas oli kaksi viikkoa kokonaan juomatta, on sen jälkeen harjoitellut kohtuukäyttöä. Ystävät tietävät alkoholiongelmasta ja tukevat raittiuteen, mutta itse kokee hankalaksi sen, että työskentelee jatkuvasti alkoholin ja alkoholia käyttävien ihmisten läheisyydessä. Hänelle tuputetaan alkoholia jatkuvasti, ja kokee kieltäytymisen hankalaksi. On koettanut pitää kotia ”alkoholivapaana”, koska ei halua juoda yksin. Yksin ollessa kuitenkin alkoholia tekee eniten mieli, sillä haluaisi silloin vaimentaa ahdistavat ajatukset juomalla. Kokee kuitenkin voivansa nyt paremmin, kun ollut juomatta. Parempi vointi motivoi.

Päivä 32: 1. arviokäynti psykiatrisella sairaanhoitajalla. Potilas kertoo keskeisen ongelmansa tällä hetkellä olevan se, että epäonnistunut suhde vaivaa häntä. Oli ihastunut ihmiseen, joka asuu kauempana, ja

olivat pitkään olleet etäsuhteessa. Kun vihdoinkin olivat tavanneet, eivät olleet saaneet juuri ollenkaan olla kahden kesken, vaan mukana oli aina ollut porukkaa. Potilas oli juonut liikaa ja ”mokannut”, eikä ihastuksen kohde ole enää halunnut olla tekemisissä. Potilas haluaisi selittää ja korjata tilanteen, mutta ei nyt saa siihen tilaisuutta, eikä oikein itsekään tiedä miksi toimi kuten toimi. Pari vuotta aiemmin juomisputken oli laukaissut loppuun palaminen työssä. BAI-pisteet ovat melko korkeat. Vastaanotolla keskustellaan ahdistuksen ja paniikin hallintakeinoista sekä lääkityksen tärkeydestä. Varataan aika parin viikon päähän.

Päivä 44: Päihdetyöntekijä 4. käynti. Potilas on sairaana, ja peruu vastaanottoajan. Pidetään puhelinvastaanotto. Potilas kertoo suurimmaksi osaksi pysyneensä tavoitteessaan viidestä nollapäivästä viikossa. On havainnut, että kuuden alkoholiannoksen jälkeen olisi helposti retkahtamassa pidempään juomiseen. On juonut tässä välissä kerralla kaksi päivää peräkkäin, ja siitä on seurannut ahdistusta ja paniikkioireita. Kuvaava juovansa psyykkisten solmujen takia, ja on keskusteltu siitä, että psykoterapian edellytyksenä on hallinnassa oleva päihteiden käyttö. Potilas jatkaa annosten ja oireiden tarkkailua, varataan uusi aika noin kuuden viikon päähän.

Päivä 45: Psykiatrinen sairaanhoitaja 2. käynti. Potilas ei saavu varatulle ajalle.

Hoito jatkuu edelleen.

Pohdintaa

Tapauksessa valottuu hienosti se, miten päihdetyöntekijän ja sosiaalineuvojan palvelut täydentävät terveysaseman palveluita. Ilman näitä potilaan hoidossa olisi mahdollisesti keskitytty psyykkiseen oireiluun ja päihteiden osuuden huomioiminen olisi jäänyt taka-alalle. Mikäli päihteiden suuri osuus olisi huomioitu, olisi todennäköisesti päädytty siihen, että potilas ohjataan A-klinikalle. Vaikka hoito siellä olisikin varmasti hyvää ja hyödyllistä, olisi sinne hakeutumisen kynnyksellä todennäköisesti niin korkea, että potilas ei sinne menisi, ainakaan vielä (tutkimustiedon perusteella sinne hakeudutaan seitsemän vuotta sen jälkeen kun ongelma on havaittu, mm. Koski-Jännes 1998). Uudelleen kouluttautumisen tai työn vaihtamisen suhteen taas potilas olisi todennäköisesti ohjattu työvoimatoimistoon. Vastuu yhteystietojen etsimisestä ja näihin paikkoihin hakeutumisesta olisi potilaalla itsellään, ja vaikka ne sinänsä olisivatkin ihan oikeita paikkoja, jätettäisiin hänet selviytymään yksin näiden asioiden kanssa. Hän tulisi oikein ohjatuksi, mutta haltuunotto puuttuisi.

Hankkeessa on nimenomaan haluttu ottaa ihmisiä haltuun sen sijaan, että heti ohjattaisiin muualle. Toki muualle ohjaamista tapahtuu, sillä kaikkia asioita terveysasemalla ei tietenkään voida hoitaa. Toiminnan myötä on asiakkaille toivottavasti kuitenkin välittynyt se tunne, että heidän huolensa otetaan vakavasti, ja että myös terveysasemalla on henkilökuntaa, joka osaa näissä asioissa auttaa – edes alkuun. Myös henkilökunta on saanut tarvitsemaansa lisätukea. He voivat ohjata toimeentulovaikeuksissa olevan potilaan tai uupuneen omaishoitajan sosiaalineuvojan vastaanotolle, joka tietää tarvittavat asiat ja tuntee tarvittavat kontaktit, että asiaa saadaan ajettua eteenpäin. Päihdetyöntekijä tietää, miten potilaat pääsevät erityispalveluihin, ja he myös tietävät mitä siellä on tarjolla. Molemmat työntekijäryhmät tuntevat palvelujärjestelmän paremmin kuin perusterveydenhuollon henkilökunta, ja siitä on suurta hyötyä kaikille. Myös erityispalveluissa työskenteleville, kun potilaat / asiakkaat tulevat sinne paremmin ”valmisteltuina”.

Kun työntekijät saavat tarvitsemansa tuen, heidän puheeksioton kynnyksensä madaltuu – vaikka vastauksessa avautuisikin pelätty Pandoran lipas, on apukin lähellä – omalla tai läheisellä terveysasemalla eikä kasvottomassa ja tuntemattomassa toisessa virastossa.

Hankkeen aikana myös muita kuin terveyskeskuksen sisäisiä hoito- ja palveluketjuja on selkiytetty. (esim. sairaalapäivystysten, kotihoidon, vanhustenpalveluiden tai selviämishoitoaseman ja terveysaseman välillä). Työntekijät ovat niveliä järjestelmässä, jossa yhteyttä ei ennen välttämättä ollut. He ovat se ”joku muu”, joka ottaa kopin tässä asiakkaan pallottelupelissä. Hankkeen aikana on opittu paljon siitä, minkälaisia ohjauskäytäntöjen pitäisi olla, että niitä todella käytettäisiin. Harjoittelun myötä on myös saatu kokemusta näiden potilaiden hoidosta, nähty miten se sujuu, miten työnjako olisi hyvä järjestää ja miten jatko-ohjaus (ja paluu takaisin) toimii. Toimijoita tässä yhtälössä on valtava määrä (terveysasemilla noin 1000 työntekijää ja sen lisäksi erityistason työntekijät), joten myös kokemuksia kertyy todella paljon. Ja mitä enemmän työntekijät havaitsevat toiminnasta olevan hyötyä, sitä enemmän sitä hyödynnetään.

Tulevaisuuden suunnitelmia

Tulevaisuudessa terveysasemat ovat toivottavasti paikkoja, joissa potilas saa terveydellisten ongelmiansa lisäksi apua myös päihde- ja mielenterveysasioissa sekä sosiaalisissa ongelmissa. Palveluketjut vastuualueelta toiselle ovat saumattomat, ja tarpeeton pallottelu jää historiaan. Itsehoidon osuus kasvaa, ja ihmisille tarjotaan siihen myös hyviä välineitä. Verkkoa hyödynnetään paljon enemmän kuin nyt, mikä myös madaltaa kynnystä avun hakemiseen. Vertaistuki on olennainen osa peruspalveluiden toimintaa siten, että sen piiriin sekä systemaattisesti ohjataan että mahdollistetaan vertaistuki myös palveluiden sisällä. Erityistason palvelut jalkautuvat enemmän tukemaan peruspalveluita, ja tämänhetkinen rakenne, jossa suurin osa työntekijöistä on erityistasolla, käännetään pääläelleen. Entistä suurempi osa potilaiden ja asiakkaiden ongelmista hoituu ilman, että potilasasiakkaan tarvitsee liikkua palvelusta toiseen. Luonnollisesti tähän liittyy se, että tietojärjestelmät ovat sellaiset, että ne tukevat potilaan ja asiakkaan kokonaisvaltaista palvelua.

”Visiona tulevaisuuden perustason palveluista on sosiaali- ja terveyskeskus, jossa toimii hoitajan ja/tai sosiaalityöntekijän matalakynnyksinen vastaanotto, johon päihde- ja mielenterveysongelmaiset voivat hakeutua suoraan ja jossa arvioidaan asiakkaan tilanne ja hänen sekä hänen läheistensä tuen tarve mahdollisimman varhain. Mielenterveys- ja päihdeongelmien rinnalla palveluita tarvitseva saa myös hyvä somaattisen hoidon.” (Partanen 2012)

Kirjallisuus

Hautamäki, Antti (2011): luento Innomarkkinoilla <http://videonet.fi/innokyla/20111214/hautamaki/#>.

Koski-Jännes, A (1998): Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki; Otava.

Partanen, Airi (2012): Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen haasteita. <http://www.huuko.fi/mielihuuko/?p=418>.

3.5 Selviämisyksikkö matalan kynnyksen palveluna

Heidi Uitto

Tausta

Alkoholi ja sen käyttö näkyy päivystyspoliklinikoilla yhä useammin. Päivystystilanteissa kohdataan päihtyneitä päivittäin, sillä suuri osa somaattisesti oireilevista niin vamma- kuin mielenterveyspotilaistakin on päivystykseen hakeutuessaan päihtymystilassa. Tämä kuormittaa merkittävästi päivystystoimintaa ja lisää henkilökunnan haastetta osaamiselle ja turvallisuudelle. Päivystyksessä ei juuri puututa päihdeasiaan eikä ongelmakäyttäjien tunnistamiseksi käytetä tunnistettuja ja vaikuttavia välineitä. Tutkimusten mukaan lyhyistä alkoholinkäytön ja tapaturmien vähentämiseen tähtäävistä interventioista päivystystilanteissa on hyötyä. (Nurmi-Lüthje, Karjalainen, Salmio, Lundell, Salminen, Pelkonen, Kajander, Lüthje 2007.)

Päihteiden käytön lisääntyminen ja siitä johtuva päihtyneenä asiointi terveydenhuollon päivystyksissä on johtanut tarpeeseen perustaa päihtyneiden hoitoon erikoistuneita selviämisasemia. Päihtyneen henkilön akuuttihoito -ohjeessa sekä lainsäädännössä veloitetaan päihteiden käyttäjän hoitoon pääsyyn. ”Päihtyneelle on annettava välittömästi tarvittava ensiapu viivytystä sekä arvioitava muun päivystyksellisen hoidon tarve, laatu ja kiireellisyys.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006)

Monet eri viranomaiset kohtaavat päihtyneitä, ja tämän vuoksi lainsäädännössä ja ohjeistuksissa on otettu kantaa viranomaisten väliseen työnjakoon. Päihtyneiden kiinniottamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti (2011) ohjeistaa, että poliisin osuutta päihtyneiden kiinnioissa, kuljettamisessa ja säilöönotoissa on perusteltua vähentää ja vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden roolia. Ko. suosituksen mukaan kansallisesti tulee jatkaa jo meneillään olevaa päihdepalvelujärjestelmän muutostyötä sijoittamalla selviämisasemat/selviämishoitoasemat joko terveydenhuollon päivystyspalveluiden yhteyteen, päihdehuollon palveluiden yhteyteen tai poliisin säilytysuojan välittömään läheisyyteen.

Lain mukaan poliisin on toimitettava kiinniotettu päihtynyt henkilö päihtyneiden selviämisasemalle tai muuhun hoitopaikkaan, jollei hänestä voida huolehtia muulla tavoin (Laki päihtyneiden käsittelystä 1973/461, Päihdehuoltoasetus 2006/653, Poliisilaki 2001/21). Terveydenhuollon päivystykseen hakeutuneen tai toimitetun päihtyneen hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa. Päihtymystila ei saa estää henkilön akuuttihoitoon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä, eikä myöskään estää saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. (STM 2006.)

Päivystyspoliklinikalle tulee usein päihtyneitä, joiden vahva päihtymistila edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön seurantaa, mutta ei edellytä sen tapahtuvan päivystysyksikössä. Päihtyneen seuranta kiireisessä päivystyksessä kuormittaa henkilökuntaa ja voi aiheuttaa pelkoa ja häiriötä esimerkiksi lapsille ja vanhuksille. Sisäasianministeriön selvityksen (2011) mukaan päihtyneet tulisi hoitaa päihtyneiden hoitamiseen erikoistuneissa yksiköissä, esimerkiksi selviämisasemilla. Selviämisasema on terveydenhuollon toimipiste, jossa päihtyneen asiakkaan terveydentila tutkitaan ja sitä arvioidaan hoidon aikana. Selviämisasema voi sijaita joko päivystyspoliklinikan, päihdepalvelujen tai poliisivankilan yhteydessä, riippuen mikä vaihtoehto toiminnallisesti, taloudellisesti ja sijainnillisesti on kunnalle järkevintä ja taloudellisinta.

Selviämisasemalla turvataan asiakkaan elintoiminnot ja motivoidaan päihtymyksestä selvinnyttä päihderiippuvuuden katkaisuhoidon. Ko. yksikössä toimiminen edellyttää osaavaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä sekä työ- ja potilasturvallisuuden edellyttämiä fyysisiä tiloja, joissa on jatkuva asiakkaiden valvontamahdollisuus. Selviämisasemia tulisi perustaa paikkakunnille, joissa toimii isoja yhteispäivystyksiä. Vastuu yksikön toiminnasta on terveysviranomaisilla, jotka toimivat yhteistyössä sosiaaliviranomaisten ja poliisin kanssa. Lisäksi päihdepotilaille tulee olla nykyistä enemmän päivystysluonteisia jatkohoitopaikkoja. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010.)

Selviämisyksikkö Kouvolassa

Kouvolassa nähtiin välttämättömäksi perustaa päihdeasiakkaiden hoitamiseen selviämisasema ja järjestää jatkohoitopalvelujen koordinoitua ministeriön suosituksen mukaisesti. Tämä ilmeni Kouvolan päihdestrategia 2009–2012 -työssä. Tarve päihdeasiakkaan hoitoketjun yksinkertaistamiseksi ja nopeuttamiseksi nousi vahvasti terveydenhuollon päivystysten ja poliisitoimen kannanotoissa. Kouvolan seutukunnan viime vuosien PYLL-indeksit osoittavat kaupungin eräiden osien asukkaiden eliniän odotteen olevan 10–30 % keskimääräistä muuta maata alhaisemmat, syynä alkoholi, mielenterveysongelmat, tapaturmat ja väkivalta. Start-keskuksen selvityksen mukaan vanhusten alkoholin ongelmakäyttö on ”hiljainen epidemia”, joka yllättää, ellei siihen varauduta, Kymenlaaksossa vanhusten määrän kasvu on tiettävästi suurinta koko maassa. (Nurmi-Lüthje et al 2007.)

Sisäasianministeriön selvityksen mukaan (2011) Suomessa päihtyneiden säilöönottomäärät pohjoismaisittain ovat korkealla tasolla. Vuonna 2009 suoritettiin 88 000 poliisin tekemä päihdeperusteista kiinniottoa, näistä noin 42 000 tehtiin henkilön itsensä suojaamiseksi vaikean päihtymystilansa vuoksi. Näissä tilanteissa henkilön jättäminen paikan päälle päihtyneenä saattoi sisältää terveysriskin tai joutumisen väkivallan kohteeksi. Kouvolan poliisiaseman päällikön arvion mukaan Kouvolan poliisiaseman tiloissa oli vuonna 2010 noin 1200 päihtymyssäilöönottoa, joista noin 250–300 katsottiin kuuluneen selviämisyksikköön hoitettavaksi. Kouvolan katukuvassa selviämisaseman puuttuminen on näkynyt ja tilastoitunut päihtyneiden poliisiasemilla putkayöpymisinä, terveyskeskuksen päivystyksessä ja erikoissairaanhoidon ensiavussa, koska Kouvolassa ei aiemmin ollut päihtyneille tarkoitettua hoitopaikkaa.

Pilottitoiminnan käynnistyminen

Näillä ongelmalähtöisillä tavoitteilla Kouvolassa käynnistyi neljäpaikkainen vuoden kestävä selviämisyksikköpilotti Kouvolan A-klinikkatoimen katkaisuhoidon yhteyteen vuoden 2011 alussa. Selviämisyksikön pilotin käynnistämistä ja toimintaa ohjasi monialainen työryhmä, joka koostui poliisin, sosiaalitoimen, päihdehuollon ja terveydenhuollon asiantuntijoista. Nähtiin tarpeellisena käynnistää lähetteetön ja ikärajan matalan kynnyksen selviämisyksikkö, jotta päihdeasiakkaalle mahdollistetaan varhaisen vaiheen väliintulo ja jatkohoidon käynnistyminen saumattomasti. Perustamisen keskeisenä lähtökohtana oli luoda täysin uudenlainen toimintamalli ja yhteistyö päihdehoitoon sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välille.

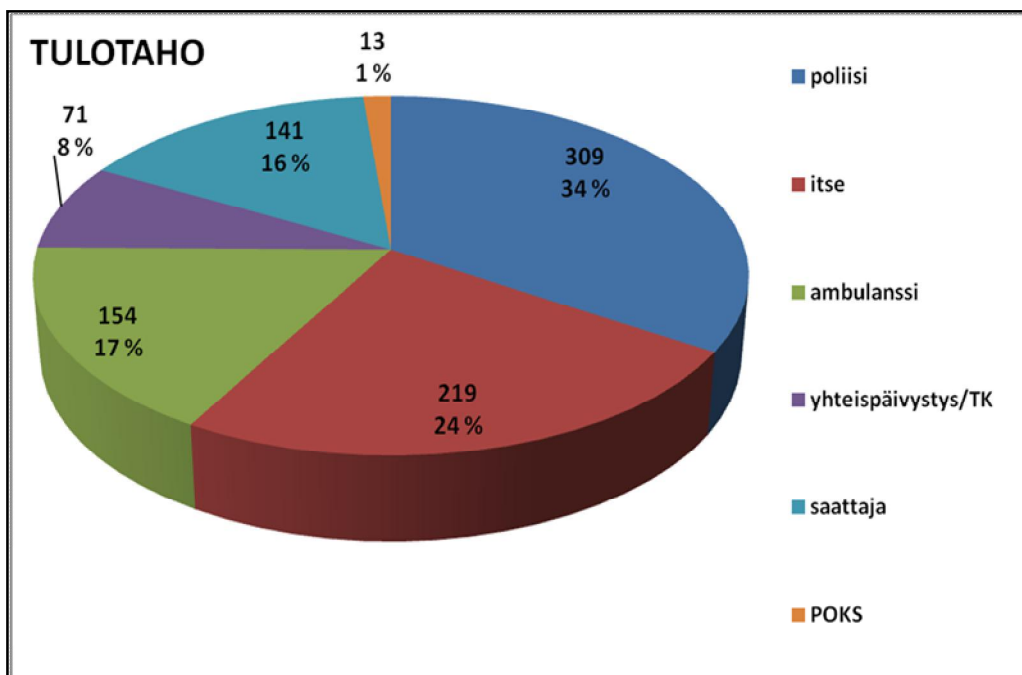
Ennen selviämisyksikön avaamista tehtiin kattava tiedottamiskierros kaikille alueen viranomaistoimijoille. Lisäksi lähetettiin sähköinen tiedote toiminnan käynnistymisestä ja toimintaohje asiakkaiden lähettämiseksi yksikköön. Vaikka yksikkö on lähetteetön, toivottiin, että ammattihenkilöstön lähettäessä asiakasta varmistetaan puhelinsoitolla vapaa paikka. Koska yksikössä ei ole lääkäripalveluja, konsultaatiokäytännöistä sovittiin Pohjois-Kymen sairaalan konservatiivisen päivystyksen kanssa, jolloin tarvittaessa hoitajat saavat lääkärin puhelimeen kaikkina vuorokauden aikoina. Lisäksi lastensuojelun kanssa tehtiin toimintaohje, mikäli alaikäisiä lapsia tai nuoria hakeutuu tai tuodaan yksikköön.

Selviämisyksikön asiakkaana on eriasteisesti päihtynyt henkilö. Yksikössä työskentelee yksi päihdetyöhön erikoistunut sairaanhoitaja vuorossaan, tavoitteenaan seurata päihtyneen asiakkaan vointia ja taata turvallinen paikka selviämiseen. Tarvittaessa sairaanhoitaja saa apua vieressä olevalta katkaisuhoidon henkilökunnalta. Potilaan tilan vaatiessa konsultoidaan Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen lääkäriä. Yksikössä voidaan hoitaa pienet vammat, kolhut ja haavat sekä hoitaa toisen yksikön aloittama nestehoito loppuun. Varustetasoon kuuluvat alkometri, verenpainemittari, verensokerimittari, pulssioksimetri ja käsi-kauppalääkkeet. Asiakkaan selvityksessä päihtymystilasta pyritään häntä motivoimaan suullisin ja kirjallisin keinoin päihteiden käytön vähentämiseen ja tukemaan jatkohoitoon hakeutumisessa.

Tuloksia ja arviointia

Selviämisyksikön toimintaa on arvioitu keräämällä tarkkaa tilastoa (käyntimäärät, tulotaho, tulosyy, hoito-aika, täysin uusien asiakkaiden määrä, lähtötahoista = mahdollinen jatkohoitopaikka ja postinumero). Lisäksi tehtiin sähköpostikysely yhteistyökumppaneille. Kysely lähetettiin Kouvolan poliisiasemalle, Kymenlaakson pelastuslaitokselle, aikuissosiaalityöhön ja terveydenhuollon yhteispäivystykseen. Kaikki yhteistyötahot vastasivat kyselyyn. Lisäksi tehtiin kysely selviämisyksikön henkilökunnalle pilottivuoden kokemuksista.

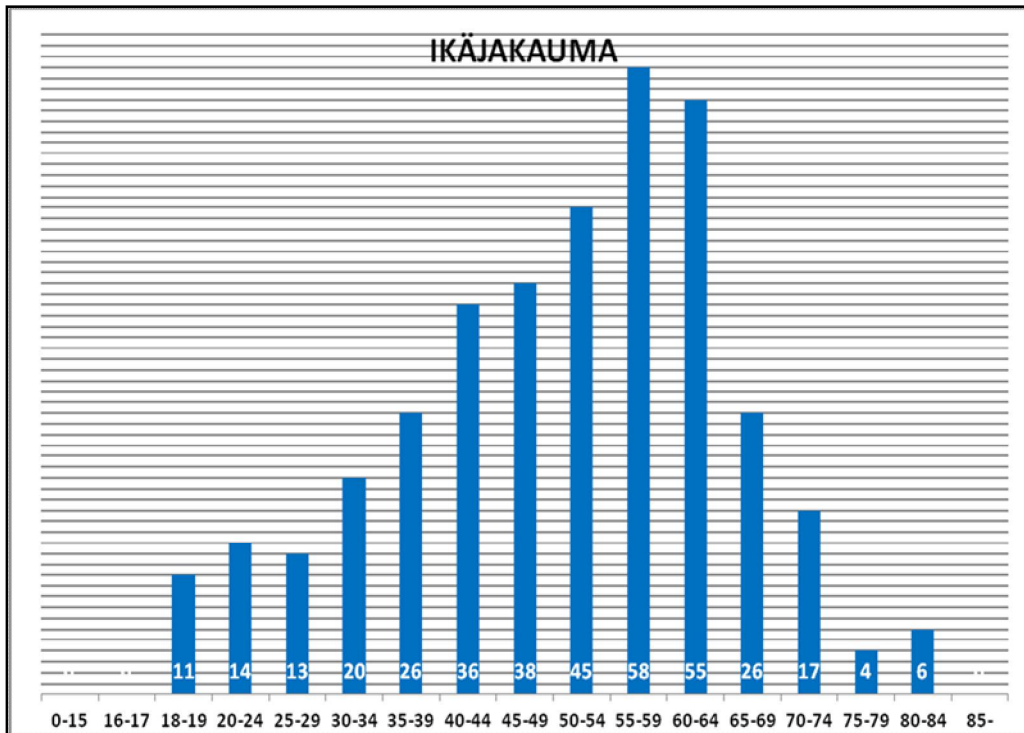
Yksikkö avattiin asiakkaille 7.1.2011. Ensimmäisen kuukauden aikana asiakkaat tulivat lähinnä poliisiin tai ambulanssin tuomana, mutta kun tietoisuus yksikön läheteettömyydestä saavutti kaupunkilaiset, alkoi jo helmikuun 2011 tilastoissa näkyä, että osa asiakkaista hakeutui itse tai omaisen / läheisen saattamana. Vuoden 2011 aikana selviämisyksikössä oli yhteensä 917 hoitajaksoa ja eri asiakkaina kävi 496 eri ihmistä. Kesäkuun 2011 alussa aloitetun seurannan mukaan täysin uusia asiakkaita ajalla 1.6.2011–31.12.2011, joilla ei ollut aiempaa päihdepalvelujen käyttöä, oli 158 eli 52,6 %. Yksikössä hoidettiin vuoden aikana keskimäärin 2,5 asiakasta vuorokaudessa.



Kuva 1. Selviämisyksikköön saapuneet asiakkaat 7.1.2011 – 31.12.2011

Seuranta-ajalla asiakkaista saapui selviämisyksikköön poliisin saattamana 309 henkilöä, itse kävelen 219 ja ambulanssin tuomana 154. Terveyskeskuksen päivä- ja yhteispäivystyksen kautta tuli 71 asiakasta (20.6.2011 saakka, jonka jälkeen päivystystoiminnot yhdistyivät) ja läheisen tai omaisen saattamana 141 asiakasta ja Pohjois-Kymen sairaalasta saapui ainoastaan 13 asiakasta. (Kuva 1.) Selviämisyksikköön saapuneen asiakkaan keskimäärin alkometriin puhaltama tulos oli 2,23 promillea.

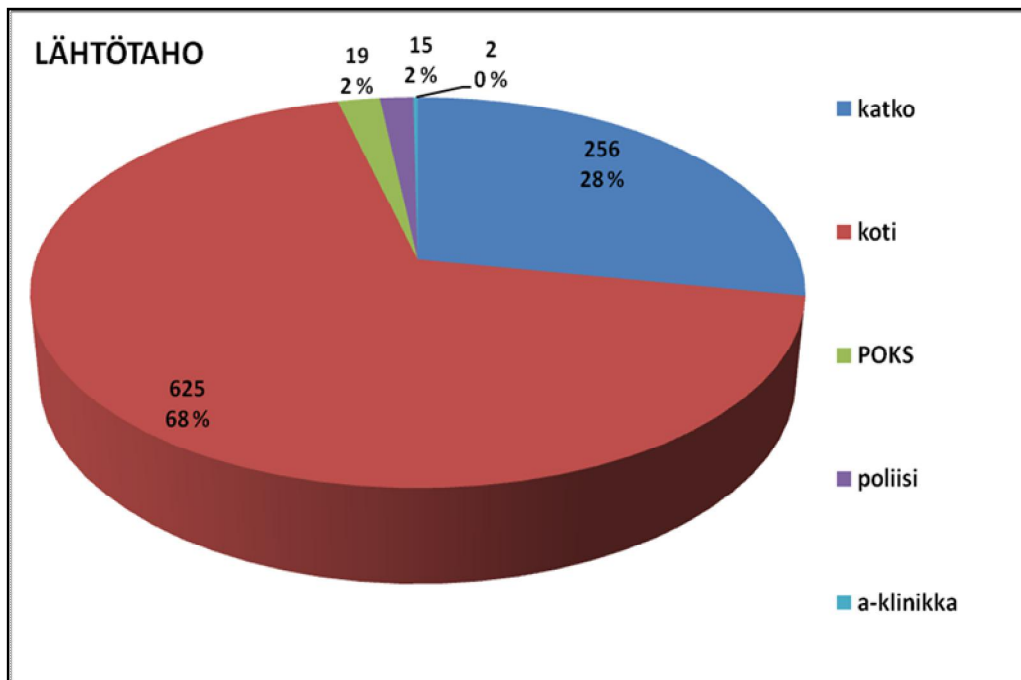
Asiakkaita on tullut kaikkina vuorokaudenaikoina hoidettavaksi, eniten iltpäivisin (417 asiakasta) ja iltaisin (249 asiakasta). Yllättävää on ollut se, että yöaikana on tullut vähiten asiakkaita hoitoon, ainoastaan 94 asiakasta. Viikonpäivien välillä ei ole ollut erityistä merkitystä hoitoon hakeutumisessa, koska ero arkipäivän ja viikonlopun välillä on marginaalinen. Asiakkaita on tullut kaikkina viikonpäivinä tasaisesti.



Kuva 2. Selviämisyksikössä hoidettujen asiakkaiden ikäjakauma 7.1.2011 – 31.12.2011

Selviämisyksikön kävijöistä 80 % on miehiä. Iän karttuessa käyttäjämäärä lisääntyy aina ikäryhmiin 55–59 saakka, pysyttelee melko korkeana ikäryhmässä 60–64-vuotiaat, mutta tämän jälkeen alkaa tapahtua laskua. (Kuva 2.) Naisia kävijöistä oli noin 20 %. Yhtään alaikäistä lasta ei tullut tai tuotu yksikköön pilottitoiminnan aikana.

Asiakkaan keskimääräinen hoitoaika yksikössä on ollut noin 6,5 tuntia. Asiakkaan hoidossa korostuu ja ensisijainen huomio kiinnittyy turvalliseen selviämiseen. Päihtymystilasta selvittyään henkilökunta ottaa puheeksi päihteiden käytön ja mahdollistaa näin nopean väliintulon jo ensimmäisellä käynnillä yksikköön. Motivoiva haastattelu pyritään tekemään kaikille niille asiakkaille, jotka pystyvät keskusteluun. Erityinen huomio kiinnitetään ns. ensikertalaisiin, heidän tarkkaan haastatteluun ja jatkohoidon suunnitteluun. Kaikkia yksikön asiakkaita kannustetaan jatkohoidon piiriin.



Kuva 3. Selviämisyksiköstä lähtevien asiakkaiden jatkohoitotaho 7.1.2011 – 31.12.2011

Suurin osa selviämisyksikön asiakkaista lähtee päihtymyksestä selvittyään kotiin. Asiakkaista 28 % siirtyi suoraan katkaisuhuoltoasemalle jatkohoitoon. Kesäkuussa 2011 aloitetun laskennan mukaan asiakkaita, joilla ei ole aikaisempia päihdehoidon hoitajaksoja hoidettiin yksikössä 158 ja heistä siirtyi 56 suoraan katkaisuhuoltoon eli noin kolmasosa. (Kuva 3.)

Tilastoitaessa asiakkaiden postinumerotietoja on saatu vuoden aikana selkeää dataa siitä, mistä kaupunginosista selviämisyksikön asiakkaita tulee eniten. Saatua tietoa voidaan hyödyntää ja jatkossa suunnata korjaavaa työtä ja ehkäiseviä toimenpiteitä näille kaupunginalueille. Yhteistyökumppaneiden vastauksissa nousi esiin akuuttiin päihdehoitoon erikoistuneen yksikön tarpeellisuus alueella. Selviämisyksikkö on helpottanut ja selkeyttänyt päihdeasiakkaan hoitopolkua Kouvolassa. Selviämisyksikön pilottitoiminnan nähtiin mahdollistavan varhaisen vaiheen päihdetyön käynnistymisen sekä toiminnan jatkuminen nähtiin ehdottoman tarpeellisena ja tärkeänä myös tulevaisuudessa, jotta päihdeasiakkaan välittömään hoidontarpeeseen vastataan akuuttitilanteessa ja vaikuttavan jatkohoidon piiriin pääsee mahdollisimman nopeasti.

Selviämisyksikkö on vähentänyt terveydenhuollon päivystykseen tulevien päihtyneiden potilaiden määrää ja rauhoittanut työskentelyolosuhteita. Päivystyksen näkökannalta päihtyneiden asiakkaiden hoitoketju on selkeytynyt, selviämisyksikön toimiessa potilaat ovat tarkoituksenmukaisissa hoitopaikoissaan. Palautteen mukaan osa päihtyneistä jää suunnitellusti terveydenhuollon päivystyksen seurantaan, koska selviämisyksikössä ei ole mahdollisuutta esim. monitoriseurantaan, eikä vielä osata arvioida commootiopotilaan seurantamahdollisuuksia uuden yksikön osalta. Päivystyksellä on ollut haasteellista saada virka-ajan ulkopuolella rahaton päihtynyt hoidettavaksi selviämisyksikköön, kun kuljetus ei ole kuulunut ensihoidolle ja sosiaalityöntekijä ei ole ollut käytettävissä. Pelastuslaitoksen palautteessa huomioitiin, että ensihoitajien ammattitaidolla voidaan päihtyneen tilanne arvioida ja potilas kuljettaa suoraan tarkoituksenmukaiseen hoitoyksikköön. Sekä terveydenhuollon että pelastuslaitoksen mielestä selviämisyksikön toiminta on ollut myönteistä ja toivovat ehdottomasti toiminnan jatkumista. Kouvolan poliisiaseman henkilökunnan mukaan uudesta selviämisyksiköstä on vain positiivisia kokemuksia. Selviämisyksikkö on helpottanut poliisin työtä, lähinnä vartijoiden osalta, mutta myös siltä osin, että tiedetään heti mihin asiakas kuljetetaan. Aggressiiviset asiakkaat jäävät edelleen poliisille hoidettavaksi. Aikuissoosiaalityössä selviämisyksikön pilottitoiminta on ollut myös myönteistä. Asiakkaita ohjataan selviämisyksikön kautta katkaisuhuoltoon ja sieltä asiakkaat ohjataan sosiaalipalveluihin nopeasti ja joustavasti.

Saadun palautteen mukaan selviämisyksikön pilottitoiminta on ollut onnistunutta, ja se on tuonut Kouvolan päihdeasiakkaan hoitopolkuun täysin uudenlaisen toimintamallin ja tarpeellisen matalan kynnyksen palvelun, joka on puuttunut. Kaikki toiminnan arviointiin osallistuneet viranomaistahot näkivät myönteisenä sen, että ei tarvitse miettiä mihin päihtynyt henkilö toimitetaan päihtymystilassa hoitoon, vaan reitti on selvä, eikä eri viranomaisten tarvitse tehdä päällekkäistä työtä. Asiakkaat eivät enää ohjaudu päämäärättömästi hoitotahon puuttuessa terveydenhuollon päivystykseen tai poliisiaseman putkaan, vaan johdonmukaisesti ammattilaisten arvioimana ambulanssit ja poliisit toimittavat asiakkaat suoraan päihdeyksikköön hoidettavaksi, jossa voidaan moniammatillisesti yhdessä miettiä asiakkaan tilannetta. Lisäksi selviämisyksiköstä suora lähetteen pääsy myös katkaisuhuoltoon ja muille jatkohoitotahoille on osoittautunut hyväksi ja toimivaksi käytännöksi.

Selviämisyksikön henkilökunnan mukaan yksin työskenteleminen vaativan asiakasryhmän kanssa asettaa haasteita, ja henkilöstö on tuonut esiin joitakin ongelmakohtia: Kouvolan kaupungin perusturvalla ja A-klinikkatoimella on erilaiset tietojärjestelmät, ja sähköinen tiedon siirto ei ole mahdollista. Yksikköön saapuvien asiakkaiden tuojatahosta tai asiakkaan kunnosta riippuu hoitotietojen saaminen. Usein asiakkaat saapuvat itse ja tällöin hoitajan on luotettava asiakkaan antamiin tietoihin. Hoidon turvallisuuden kannalta olisi järkevää olla yhteinen hoitorekisteri, josta näkyy asiakkaan perussairaudet ja lääkehoito. Keskimääräisesti asiakkaita on yksikössä 2,5 vuorokaudessa, mutta käytännössä ajoittain jokaisella neljällä asiakaspaikalla on asiakas samanaikaisesti. Tällöin työntekijän on kyettävä vastaamaan kaikkien asiakkaiden hyvin eriin eriin, vaihteleviin ja vaativiin tarpeisiin tasapuolisesti. Tulevaisuudessa nähtiin tärkeänä saada työpari yksikköön, koska myös katkaisuhuoltoasemalla tilanteet ja asiakasmäärät vaihtuvat nopeasti, ja selviämisyksikössä on ollut vaikeita tilanteita ilta- ja yöaikaan, jolloin työntekijän on ollut pärjättävä erittäin vaikeissa tilanteissa yksin.

Pohdinta

Vuoden pilottitoiminta sujui odotettua paremmin. Viranomaiset löysivät uuden palvelun lähes heti ja yhteistyö terveydenhuollon päivystyksen, poliisitoimen, ensihoidon ja sosiaalitoimen kanssa käynnistyi joustavasti ja sujui koko pilottiajan sekä sen jälkeenkin saumattomasti. Positiivinen havainto oli nähdä miten nopeasti ja helposti kaupunkilaiset oppivat käyttämään selviämisyksikköä, asiakkaat itse hakeutuvat tai omaiset ja läheiset saattavat heitä yksikköön.

Rajan vetäminen siihen, ketä selviämisyksikössä hoidetaan, on osoittautunut hieman haasteelliseksi. Muutamia kroonisesti päihkeitä käyttäviä asiakkaita hoidetaan toistuvasti, usein nämä käyttävät yksikköä yöpymiseen. Tämän tyyppiset tilanteet eivät ole yksinkertaisia ja vaativat usein ongelmallisuutensa vuoksi asiakkaan ottamista hoidettavaksi sosiaalisin perustein, vaikka päihtymystila ei sitä edellyttäisikään. Kouvolassa ei ole kroonisesti päihkeitä käyttäville asiakkaille omaa hoitopaikkaa, joten toistaiseksi näitä muutamia henkilöitä hoidetaan jatkossakin selviämisyksikössä.

Selviämisyksikössä työskentelee yksi terveydenhuollon ammattilainen yksin työvuorossa, ja tarvittaessa hän on saanut apua vieressä olevan katkaisuhuoltoaseman henkilökunnasta. Etukäteinen huoli yksintyöskentelystä ja mahdollisista häiriökäyttäytyjistä yksikössä osoittautui turhaksi. Häiriökäyttäytyviä asiakkaita on pilottiaikana ollut todella vähän, ja useimmiten henkilökunnan ottaessa esiin putkan mahdollisena seuraavana hoitotahona, henkilö on rauhoittunut. Ammattilaisten työskentelyotteessa näkyy hyvin, että häiriökäyttäytyjät rauhoittuvat useimmiten puhuttamalla ja asettuvat hoitoon. Ne jotka eivät rauhoitu ja sitoudu yksikön käytäntöihin päätyvät putkaan. Yhteistyö poliisin kanssa näissä tapauksissa on ollut erittäin hyvää. Henkilökunnan mukaan päihtyneitä asiakkaita kohtaan on esiintynyt jonkin verran asenneongelmaa muun muassa ensihoidon henkilöstön kohdalla. Se on vaikeuttanut selviämisyksikön henkilöstön työtä, koska epäasiallisesta kohtelusta kärsineet asiakkaat eivät asettaudu hoitoon yhtä myönteisesti.

Terveydenhuollon päivystyksestä on selviämisyksikköön välimatkaa noin 7,5 kilometriä ja asiakkaat tarvitsevat kuljetuksen matkalle. Varattomille asiakkaille, jotka eivät tarvitse ambulanssisiirtoa, on vaikeaa päästä selviämisyksikköön, vaikka itse sinne haluaisivatkin. Asia on noussut useita kertoja esiin pilottiaikana Pohjois-Kymen sairaalan henkilökunnan sekä selviämisyksikön henkilökunnan yhteydenotoissa ja myös loppuarviossa. Pulma koskee melko pientä asiakasmäärää, mutta heitä on viikoittain. Asiaa on pyritty rat-

kaisemaan terveydenhuollon päivystyksen ja sosiaalityön kanssa käydyin neuvotteluihin. Asiaan löydettiin ratkaisu kevään 2012 aikana ja ongelma poistuu kokonaan, kun terveydenhuollon yhteispäivystyksen yhteyteen käynnistyy uusi sosiaali- ja kriisipäivystys syyskuussa 2012.

Selviämisyksikön pilottiaikana on saatu uusia kokemuksia täysin kynnyksettömän päihdepalvelun kehittämistoiminnasta ja järjestämisestä. Selviämisyksikön myötä Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen tilanne on rauhoittunut ja päivystyksen kuormitus päihtyneiden osalta on vähentynyt selvästi. Viranomaistoimijoille on muodostunut selkeä uusi toimintamalli ja päihtyneet saavat akuuttitilanteessa yksilöllistä hoitoa ja pääsevät jonottamatta jatkohoitoon viiveettä. Yhteistyö eri toimijoiden kesken on hyvin saumatonta, vaikka toimitaankin eri organisaatioissa ja eri johdon alaisuudessa.

Jatkossa nähdään hyvänä jatkaa yhteistyötahojen välisiä säännöllisiä palaverreja ja edelleen kehittää yhteisiä käytäntöjä päihtyneen asiakkaan hoitopolun yksinkertaistamiseksi ja selkiyttämiseksi. Tavoitteena on tulevaisuudessa edelleen syventää yhteistyötä toimijoiden kesken sekä lisätä henkilöstön mielenterveys- ja päihdetietoutta, ja tätä kautta pyrkiä entistä varhaisempaan päihtyneiden käytön havaitsemiseen. Vain varhaisen ja vaikuttavien toimenpiteiden kautta päästään siirtämään painopistettä varhaiseen tukeen ja ennaltaehkäisevään työhön.

Selviämisyksikön pilottitoiminnasta saadun palautteen perusteella Kouvolan kaupunki on päättänyt jatkaa toimintaa hankkeen jälkeen. Selviämisyksikkötoiminta tulee olemaan osa Kouvolan kaupungin uutta sosiaali- ja terveydenhuollon keskusta (Ratamo) sen valmistuttua.

Kirjallisuus

Nurmi-Lüthje Ilona, Karjalainen Kalevi, Hinkkurinen Jari, Salmio Kimmo, Lundell Lasse, Salminen Martti, Pelkonen Janne, Kajander Anne, Lüthje Peter. Suomen Lääkärilehti 38/2007 vsk 62. Tapaturmien ensikäynnit Kuusankosken aluesairaалassa kahden vuoden aikana – tutkimus Päijät-Hämeen keskussairaalan ja Kuusankosken aluesairaalan vastuualueella. Suomen Ortopedia ja Traumatologia Vol. 30. 2007.

Sisäasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen työryhmä. Päihtyneiden kiinniotamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti. Sisäasiainministeriön Julkaisuja 5/2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihtyneen henkilön akuuttihoito – Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.

Suojasalmi Juhani. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa – esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. 2010.

Laki päihtyneiden käsittelystä 8.6.1973/461. Poliisilaki 19.1.2001/21. Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

3.6 Interpersoonallinen terapia masennuksen hoidon välineenä perusterveydenhuollossa

Merja Koponen

Tausta

Masennusta esiintyy Suomessa paljon. Suomessa depressiota sairastaa 4,1 % miehistä ja 7,7 % naisista (Terveys 2000, 2002). Masennus on kehittynyt Suomessa kansantaudiksi, jonka takia eläkkeelle päädyttäin yhä useammin.

Käypä hoito- suosituksessa todetaan, että arviolta 10 % perusterveydenhuollon asiakkaista on masentuneita, mutta kuitenkin vain osa hakee siihen hoitoa. Moni perusterveydenhuollossa asioiva masennuspotilas valittaa ensisijaisesti somaattisia vaivoja ja perusterveydenhuollon haasteena onkin näiden potilaiden tunnistaminen. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2010.)

Käypä hoito suosittelee masennuksen hoidoksi lääkitystä ja psykoterapioita. Psykoterapeuttista hoitoa perusterveydenhuollossa on saatavilla vielä melko vähän, pääasiassa hoito on lääkehoito, keskustelut psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa sekä näiden yhdistelmät. Käypä hoito suosittelee julkiselle sektorille pääasiassa lyhytkestoisia terapioita. Masennuksen hoidon esteenä perusterveydenhuollossa ovat olleet henkilöstön koulutuksen ja ajan puute. (Depressio: Käypä hoito 2010.)

KOHO-hankealueeseen kuuluvat Lohja ja sen lähikunnat (Karjalohja, Inkoo, Siuntio), Karviaisen perusturvakuntayhtymä (Vihti, Karkkila, Nummi-Pusula) ja HUS Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikkö, joka palvelee sekä Lohjan että Karviaisen alueen kuntia. Pienen väestöpohjan vuoksi ei depressiohoitajamalli sellaisenaan alueella toimi, vaan jokainen hoitaja hoitaa myös muita potilaita; tarve masennuksen hoidon tehostamiselle kuitenkin alueella on.

Lyhytterapia

KOHO-hankkeessa käytettäväksi lyhytterapiamuodoksi valittiin Interpersoonallinen terapia (IPT). IPT kehitettiin 1970-luvun lopulla yksisuuntaisen, ei psykoottisen masennuksen hoitoon. IPT:aa on tutkittu laajasti ja näyttöä on siitä, että se auttaa hyvin masennukseen ilman lääkehoitoa, mutta tehokkaammin lääkehoitoon yhdistettynä. (Duodecim, terveyskirjasto, Karlsson 2009.)

Terapian tavoitteena on vähentää potilaan masennusoireita ja parantaa kommunikaatitaitoja. Tavoitteeseen päästään tunnistamalla potilaan interpersoonalliset ongelma-alueet, löytää toimivia kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutekniikoita näille ongelma-alueille ja harjoitella niiden käyttöä käytännössä. (Kontunen 2007.)

IPT jakaa masennuksen syntymisen neljään ongelma-alueeseen, fokukseen. Ongelma-alueet ovat: suru (varattu ainoastaan tärkeän ihmisen kuolemalle, sillä erotuksella, että normaali suruprosessi ei ole masennusta), rooliristiriidat (tilanne, jossa potilaalla ja hänelle tärkeällä ihmisellä on eriävät odotukset suhteesta), roolimutokset (esim. sairastuminen, työttömyys, eläkkeelle jääminen) ja interpersoonallinen arkuus (fokukseen sisältyy joukko ongelmia, kuten eristäytyminen, vaikeudet luoda pysyviä ihmissuhteita, vaikeuksia toisten kanssa kanssakäymisessä). (Kontunen 2007.)

Toimeenpano

Käyttöönotto

Hankkeen näyttöön perustuvien hoitojen käytön lisäämistä perusterveydenhuollossa – tavoitteessa työskentelee kokopäiväisesti kaksi työntekijää: konsultoiva psykiatri ja palvelukoordinaattori. Konsultoiva psykiatri on sekä hoitajien että lääkärin käytössä. Konsultoiva psykiatri pyydettyä tapaa potilaan ja on apuna hoidon suunnittelussa. Palvelukoordinaattori vastaa kaikista tavoitteeseen liittyvistä käytännön asioista, kuten koulutusten ja projektikonsultaatioiden järjestämisestä. Palvelukoordinaattori on yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja on hoitajien saatavilla ongelmatilanteissa.

Helmikuussa 2012 alkoi psykiatrisille sairaanhoitajille koulutus Perusterveydenhuollon psykiatria ja interventiot. Koulutus sisälsi kertausta psykiatrisesta haastattelusta, päivitettyä tietoa masennuksesta ja ahdistuksesta ja niiden hoidosta, tietoa diagnostiikasta ja erotusdiagnoosiin, työ- ja toimintakyvystä, strukturoitujen haastattelujen ja arviointiasteikkojen harjoittelua ja lisäksi interpersoonallisen terapian teorian. Koulutus kesti yhteensä 36 tuntia.

Heti IPT-teoriaosuuden jälkeen aloitettiin koulutuksen ohelle projektikonsultaatiotapahtumat ja kannustettiin aloittamaan IPT:n tekeminen asiakkaiden kanssa. Projektikonsultaatioissa pienryhmissä käytiin läpi potilastapauksia, ja opittiin lisää terapian läpiviemisestä IPT:n keinoin. Alueella sovittiin, että IPT-jakson pituus olisi 10 kertaa ja että hoidon aloitusvaiheessa diagnoosi varmistetaan strukturoidulla haastattelulla. Interpersoonallisen terapian käyttöönoton myötä alueella järjestetään harvakseltaan tapaamisia IPT:aa tekevien hoitajien kesken. Tämä auttaa hoitajia saamaan apua ja vinkkejä toisiltaan ja luomaan IPT-hoitajien verkoston.

Potilaista, jotka ovat olleet IPT-terapian piirissä, kerätään anonymisti tietoja tilastointia varten. Tilastoinnilla seurataan ikäjakaamaa, diagnoosia, lääkitystä, sairaslomaa, konsultointien käyttöä ja muita hoitajan havaintoja. Potilaiden vointia seurataan BDI-mittauksella sekä hoidon alussa että lopussa. Myös potilaspalautetta kerätään.

Vuoden 2012 alussa järjestettiin uusi, lyhyempi koulutus, jossa käytiin lyhyesti läpi samoja asioita kuin ensimmäisessä koulutuksessa. Koulutukseen osallistui terveydenhoitoalan työntekijöitä, jotka halusivat aloittaa IPT:n omassa työpisteessään. Koulutuksen jälkeen osallistujat liittyivät jo käynnissä oleviin projektikonsultaatioryhmiin ja aloittivat potilastyön tekemisen.

Hoitoprosessi

Potilastyö lähti käyntiin keväällä 2011 hyvin hitaasti. Potilas voi etsiä hoitoon joko hoitajan tai lääkärin vastaanoton kautta. Lääkäri voi lähettää potilaan suoraan IP:aan sairaanhoitajien vastaanotolle. Hoitoon lähettämisprosessissa haluttiin minimoida riski siitä, että potilas tippuisi pois, koska ei jaksa soittaa aikaa psykiatriselle sairaanhoitajalle. Tässä vastaanottohoitajat kytkettiin mukaan prosessiin ajanvaraustarkoituksessa.

Lääkärin osuus IP:n prosessissa on vastata potilaan hoidosta, todeta masennus, määrätä mahdollinen lääkitys ja sairausloma. Lääkäri tapaa tarvittaessa potilasta hoitajakson aikana ja tekee hoitajakson jälkeen potilaalle lopputarkastuksen ja tarvittaessa lähettää potilaan eteenpäin erikoissairaanhoidon. Lääkäreille pidettiin tiedotustilaisuuksia IPT:n käyttöönotosta terveyskeskuksissa pienissä ryhmissä.

Hoitajat tekivät IP:aa oman yksikkönsä mahdollisuuksien ja oman motivaationsa mukaan. Esimerkiksi päihdekliniikan potilaista harva pystyy sitoutumaan IPT:aan. Vaihtelu eri hoitajien hoidettujen potilasmäärien välillä oli suurta aikavälillä 1.4.2011–1.4.2012. Enimmillään hoidettuja potilaita hoitajalla oli 25, vähimmillään yksi. Huhtikuuhun 2012 mennessä potilaita IPT:n piirissä oli ollut yhteensä 93. Karviaisen alueella potilaita hoidettiin enemmän kuin Lohjalla. Lohjan ja Karviaisen eroavaisuuksia potilasmäärissä selittää osaltaan se, että Karviainen on suhteellisen uusi perusturvakuntayhtymä ja monet asiat ovat vielä vakiintumatta. Uusi hoitomenetelmä otettiin melko positiivisesti vastaan, etenkin kun sen huomattiin selkiyttävän työtä. Karviaisessa myös esimiesten tuki potilastyölle ja hankkeelle oli vankkaa.

Tulokset

Potilastyön tulokset

Keväällä 2012 hoidon loppuun käyneitä potilaita oli 42, keskeytyneitä hoitoja oli 16 ja käynnissä hoitoprosesseja oli 25. Keskeytymisen syyt olivat muun muassa potilaan vaikeus sitoutua ja IPT:n sopimattomuus potilaalle esimerkiksi väärän diagnoosin tai vaikeamman masennuksen takia. Keväällä 2012 hankkeen tietoon tuli neljä potilasta, joille oli suunniteltu IPT:aa, mutta hoitajan tilaamien laboratoriotestien jälkeen selvisi, että kyseessä olikin kilpirauhasen vajaatoiminnasta johtuneet oireet.

Terapiassa käyneistä potilaista pidettiin tilastoa. Keväällä 2012 tilastoa oli kerätty 39 potilaasta. Suurin osa potilaista oli työikäisiä. Lääkärit tekivät potilaille eniten masennusdiagnooseja. Myös pelkällä ahdistusdiagnoosilla sai hoitoa. Kuitenkin melko suuri osa jäi lääkäreiltä diagnosoimatta. Näiden potilaiden taudinmääritys jäi lähes kokonaan hoitajan vastuulle.

Suurimmalla osalla potilaista oli lääkitys terapian rinnalla. Sairausloma oli yhdeksällä potilaalla. Vaikka sairauslomaa oli melko harvalla, ne olivat melko pitkiä, pituisuuksien keskiarvo oli 152,6 vuorokautta. Sairauslomalta neljä potilasta palasi takaisin työ- tai opiskeluelämäänsä hoidon aikana. Potilaista 21 oli saanut psykiatrin konsultaation ja 18 potilastapausta käsiteltiin projektikonsultaatioissa. Hoitoon tulo BDI -keskiarvo potilaiden kesken oli 22,2. Hoidon päättyessä BDI -keskiarvo oli 13,5. Tässä päätöskeskiaarvossa ovat mukana myös keskeyttäneet ja erikoissairaanhoidon lähteneet potilaat. IPT jakson jälkeen erikoissairaanhoidon lähetettiin kaksi potilasta.

Lokakuusta 2011 lähtien kerättiin IPT:ssä olleilta potilailta palautetta hoidosta. Kevääseen 2012 mennessä palautteita oli tullut 19 kappaletta. Hoidon osalta kaikki palautteet olivat hyvin positiivisia, ainoastaan lääkärin seuranta sai huonompaa palautetta. Potilaat kokivat, ettei lääkärin seuranta ollut riittävää ja että ajan saaminen lääkärille oli vaikeaa.

Henkilöstötulokset

Hankkeen aikana pidettiin Karviaisen terveyskeskuslääkäreille masennuskoulutusta ja keskustelua masennuksen hoidosta pidettiin yllä. Konsultoiva psykiatri oli lääkärin saatavilla myös muissa, kuin IPT:aan liittyvissä asioissa. Hoitajien tyytyväisyys työmenetelmään kasvoi sitä mukaa, mitä enemmän potilaita menetelmällä oli hoidettu. Alkuvaiheessa osa hoitajista koki struktuurissa pysymisen raskaaksi, mutta kun sen sisäisti, helpotti se saamaan paremman kokonaiskuvan hoitoprosessista. Hoitajat kokivat IPT:an menetelmän tehokkaana. Lääkärin ja hoitajan yhteistyöhön ei vielä keväällä 2012 ole saatu huomattavia parannuksia. Lääkärin vaihtuvuus ja ajanpuute vaikeuttavat yhteistyötä.

Pohdinta ja johtopäätökset

Terapeuttisen hoidon järjestäminen terveyskeskuksessa on hyvää, matalalla kynnyksellä saatua palvelua masennuspotilaiden hyväksi. Masennus on Suomessa jo kansantauti ja aiheuttaa huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Masennukseen puuttuminen varhaisessa vaiheessa, vähentää inhimillisen kärsimyksen ohella myös yhteiskunnan kuluja.

Lyhytterapeuttisen hoidon käyttöönotossa olisi hyvä huomioida, että esimiehet ovat hyvin toiminnan tukena, koska muutos on usein vaikea. Työntekijöillä saattaa olla vaikeuksia päästää irti aiemmasta työtavasta. Tästä syystä hoitajien riittävästä ohjauksesta ja tuesta tulisi huolehtia. Koulutus kutistui 36 tunnista 8 tuntiin, paljon yleistä tietoa jäi käsittelemättä ja strukturoituja haastatteluja ei ehditty harjoitella. Koulutusten järjestämisissä olisi hyvä huomioida, että psykiatrisen tiedon osuus olisi riittävän suuri.

Potilaiden hoidossa olisi hyvä, että sama lääkäri tekisi alku- ja lopputarkastuksen ja ottaisi vastuun hoidosta. Hankkeen aikana vakituksia lääkäreitä oli melko vähän ja uudet lääkärit tiesivät tulevansa töihin muutaman kuukauden pyrähdykselle. Potilaat kokivat lääkärin osuuden hoidossa ajoittain melko vajavaiheiseksi. Hankkeen aikana konsultoivan psykiatrin saatavuus on ollut keskeistä onnistumisen kannalta. IPT:n käyttöönoton aikana hankealueella tuli muutamia keskeytyksiä potilaiden hoitoprosesseissa. Huomattiin,

että riittävän hyvä diagnosointi ja alkukartoitus vähensivät keskeytyksiä. Hoitajien innostus hoitomuodosta välittyi potilaisiin niin, että hoitoon sitoutuminen parani.

IPT on strukturoitu hoitomuoto ja tämä takaa tasalaatuisen hoidon hoitajasta ja toimipaikasta riippumatta. Tämä voi myös toimia uusien hoitajien apuna siinä, että hoitaja pääsee kiinni oikeanlaiseen terapeuttiin ja tavoitteelliseen työtapaan. Hoitajat kokivat helpottavana sen, että he työtavan avulla tiesivät, miten toimia. Tämä vähensi epävarmuuden tunnetta hoitajien työssä.

Tärkein tulos kuitenkin on se, että potilaiden vointi parani hoidon aikana. Terapian jälkeen suurin osa selvisi pelkällä harvaksen tapahtuvalla terveystarkkailulla. Hankkeen aikana tehtiin mahdolliseksi lähettää potilaita jatkohoitoon mielenterveysseuran järjestämään hyvinvointiryhmään.

Mikäli terapeutin työtapa laajenee muuallekin Suomeen jo perusterveydenhuollossa saatavaksi, on mahdollista, että masennuksen yhteiskunnalliset kustannukset kääntyisivät laskuun. Hankkeen aikana tilastoidusta tiedosta päätellen näyttäisi siltä, että erikoissairaanhoidon ruuhkaa saataisiin tällä tavalla helpotettua. Näin erikoissairaanhoidossa vapautuisi aikaa hoitaa tehokkaammin vaikeammin sairaita.

Kirjallisuus

Depressio (online) Käypähoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.

Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2010 (viitattu 15.5.2012) www.kaypahoito.fi.

Duodecim Terveyskirjasto. (online) Karlsson, Hasse: Interpersonallinen psykoterapia, 2007. Artikkelin tunnus: trp 00002, 2012 Kustannus

Oy Duodecim. www.terveyskirjasto.fi.

Kontunen, Jarmo, Karlsson, Hasse, Larmo, Anneli: Interpersonallinen psykoterapia, Depression fokusoitu hoitomenetelmä. Edita. 2007.

Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Pirkola, Sami, Lönnqvist, Jouko ja mielenterveyden työryhmä: Psykykinen oireilu ja mielenter-

veyden häiriöt. Helsinki, Kansanterveyslaitos 2002. www.terveys2000.fi.

4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

4.1 Yhdessä asiakkaan parhaaksi – kohti asiakaslähtöisempiä palveluja moniammatillisesti

Marikki Forell

Kerava on noin 35 000 asukkaan kaupunki Keski-Uudellamaalla. Pinta-alan mukaan Kerava on Suomen seitsemänneksi pienin kaupunki. Kaupungin slogan kuuluu: "pieni suuri kaupunki - metropolialueen kaupunki - asukkaitansa varten". Kaupungin strategiassa todetaan, että Kerava on kaupunki, joka tuntee asukkaansa ja ymmärtää heidän tarpeensa ja ohjaa toimintaansa kokonaisvaltaisella tavalla asukaslähtöisesti. Keravan sosiaali- ja terveysvirasto toimii yhdessä. Sosiaali- ja erityispalveluja johtaa sosiaalijohtaja, jonka alaisuudessa toimii myös kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistyminen sektoraalisesti tapahtui 1.4.2011 ja palveluja johtaa palvelupäällikkö.

Hankehenkilöstöön kuuluvat projektikoordinaattori, palveluohjaaja, toiminnanohjaaja sekä puolipäiväinen lääkäri. Keravan hanke on nimeltään Sauma, joka kuvaa saumattomien, matalankynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä. Ennen muutostyötä Keravalla toimi erillään mielenterveysyksikkö, A-klinikka ja päihdekuntoutujille suunnattu hoitokoti. Kehittämistyön tavoitteena on ollut yhdistää mielenterveys- ja päihdepalvelut, luoda asiakaslähtöinen palveluohjausmalli sekä uudelleen organisoida päivätoiminnan ja kotikuntoutuksen palvelukokonaisuus. Tärkeä kehittämistyön tavoite on ollut vahvistaa henkilöstön osaamista sekä kehittää moniammatillista työtettä. Keravan hankesuunnitelmaan on kirjattu tavoitteeksi asiakkaiden osallisuuden ja palvelujen vaikuttavuuden vahvistaminen moniammatillisen yhteistyön avulla. Tämän artikkelin pyrkimyksenä on kuvata moniammatillisen työn piirteitä sekä pyrkiä kuvaamaan Sauma-hankkeen aikana tehtyjä toimenpiteitä ja havaintoja moniammatillisen työotteen saavuttamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksen mukaisesti Keravan mielenterveys- ja päihdepalvelut tullaan yhdistämään. Ennen meneillään olevaa muutosta Keravalla toimi mielenterveysyksikkö terveystoimen alaisuudessa ja A-klinikka sekä päihdekuntoutujien hoitokoti sosiaalitoimen alaisuudessa.

Asiakasyhteistyö yksiköiden välillä on ollut säännöllistä, mutta osittain hyvin sattumanvaraista. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitaminen yksiköiden välisenä yhteistyönä on niin ikään ollut hyvin vähäistä. Yksiköissä työskentelee eri tehtävänimikkeillä sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisia. Jokainen hanke ja muutos muodostuu aina omanlaisekseen, jonka reunaehdot säätelee hanketta hallinnoiva organisaatio. Keravalla yhdistymisen konkreettisena hidasteena on ollut yhteisten toimitilojen puuttuminen. Uudet tilat käyttöön otetaan alkukesällä 2012. Näin ollen Sauma-hanke on toiminut ja kehittänyt tulevia toimintoja lähinnä teoreettiselta pohjalta, tarjoten erilaisia foorumeita sisällönsuunnittelu- ja kehittämistyölle sekä osaamisen lisäämiselle.



Kuva 1. Sauma -hankkeen suunnittelufoorumit

Kolmen toisistaan melko paljon poikkeavan yksikön yhdistäminen tarjoaa omat haasteensa. Lähtökohtaisesti voidaan todeta, että työntekijöiden sitoutuminen muutostyöhön korreloi suoraan muutoksen valmisteluvaiheeseen käytetyn ajan ja perustelujen kanssa. Mitä selkeämmin ja johdonmukaisemmin muutos perustellaan organisaation omista tarpeista lähteviksi, sen paremmin työntekijät siihen myös sitoutuvat. Muutos, vaikkakin se ymmärrettäisiin positiivisesti, aiheuttaa myös pelkoja ja luopumisvastarintaa. Konkreettisten asioiden ja prosessien muuttaminen tapahtuu yleensä helpommin, kuin itse työn sisällön ja ammatillisten raja-aitojen madaltaminen sekä yhteistyön opettelu.

Keravan mielenterveys- ja päihdepalveluissa on pitkät perinteet yksilötyöskentelystä, ja siirtyminen moniammatilliseen ajatteluun ja asiakkaiden yhdenvertaiseen kohtaamiseen osoittautui kehittämistyön yhdeksi haasteeksi. Tämän muutostyön tueksi hanke aloitti vuoden mittaisen muutostyöpaja työskentelyn. Työskentelyyn osallistuivat koko mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilökunta, hanketyöntekijät sekä aloitus- ja lopetuskerroilla myös sosiaalijohtaja. Työskentelyn tavoitteena oli vahvistaa työryhmien yhteistä näkemystä ja vastuuta moniammatillisen sekä asiakaslähtöisen työotteen vahvistumisesta. Työskentelyssä korostui työryhmän yhteisen vastuun näkeminen ja ottaminen, riippumatta asiakkaan ongelman luonteesta. (Kuva 1.)

Moniammatillisuudesta on puhuttu ja kirjoitettu paljon. Tiivistetysti voidaan sanoa, että moniammatillisuus on joustavaa yhdessä työskentelyä, yhteistyötä. Siinä eri ammattiryhmien tiedot, taidot ja kokemukset yhdistetään, jotta asiakkaiden ongelmat voidaan ratkaista. Yhteistyöhön perustuvan uuden toimintakulttuurin tavoitteena on tehostaa ja parantaa palvelujen laatua (Lammi-Taskula 2011.) Yhteistyö on pohjimmiltaan aina yksilöiden välinen prosessi, ja lopulta vain yksilöt päättävät, toteutuuko yhteistyö vai ei (Mäkisalo 2003).

Mäkisalo (2003) määrittelee yhteistyövalmiudet seuraavasti:

- Oman mielipiteen avoin esittäminen, verbalisoiminen ja perusteleminen
- Toisten kuunteleminen
- Kyky avoimeen vuorovaikutukseen ja keskusteluun eli demokraattinen dialogi
- Kyky ja halu sitoutua
- Eri tieteiden diskurssin ymmärtäminen (moniammatillisessa yhteistyössä)
- Kollegiaalisuus
- Luottamus ja kunnioitus toisia kohtaan

Marita Paunonen-Ilmonen (2005) toteaa, että sujuva moniammatillinen yhteistyö edellyttää hierarkkisten ja byrokraattisten rakennelmien purkamista tarkoituksenmukaisesti. Hänen mukaansa moniammatillinen työyhteisö ei toimi tehokkaasti ilman toisen työn tuntemista ja arvostamista sekä perustehtävän yhteisiin tavoitteisiin suuntaamista.

Muutostyöpajatyöskentely toteutui Keravalla suunnitellusti, tapaamiskertoja oli kerran kuukaudessa ja työntekijöiden sitoutuminen niihin oli hyvää. Työntekijöille annettiin mahdollisuus antaa kirjallinen palaute työskentelyn lopussa. Neljästätoista osallistujasta vastauksia antoivat viisi henkilöä. Niistä kävi ilmi, että työskentely oli parantanut työryhmien yhdistymistä sekä omaa ammatillista kehittymistä. Seuraavassa poimintoja vastauksista:

- "työskentely oli yhdistymistä tukevaa"
- "työyhteisön tuki työnteossa on erityisen tärkeää omalle jaksamiselle"
- "tärkeintä henkilökunnalle on tulla toimeen toistensa kanssa"
- "välineitä asiastyöhön, ja yhteistyöhön muiden ammattilaisten kanssa"
- "tarjosi mahdollisuuden tutustumiseen ja keskusteluun"
- "antoi mahdollisuuden arvioida omaa osaamista rohkeasti kaikkien läsnä ollessa"

Kyselyssä kartoitettiin myös mahdollisia esteitä tai ongelmia työryhmän yhtenäistymiselle ja moniammatillisen työskentelyn toteutumiselle. Seuraavassa esimerkkejä tämän tyyppisistä vastauksista:

- "enemmän työryhmien välistä vuoropuhelua"
- "työryhmissä ja yksittäisillä työntekijöillä paljon puhumattomia jännitteitä, joista ei uskalleta puhua/haluta puhua"
- "johtoporras useammin mukaan työskentelyyn"
- "enemmän suorita vastauksia ja ennakkoluulojen perusteluja"
- "jos työyhteisön asiat olisivat olleet kunnossa ennen yhdistymiseen valmistumista, olisi koulutus vastannut enemmän tarpeita"

Viimeisessä työpajassa käytiin arviointikeskustelu liittyen yhdistymiseen ja sen toteutumiseen. Keskustelussa korostui yhdessä tekemisen ja kehittämisen tärkeys. Esiin nousi myös seikka, jossa työntekijöiden asema oli ajoittain jäänyt asiakaslähtöisen kehittämistyön varjoon.

Työryhmän tarpeiden huomioiminen koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Toisaalta nähtiin, että myös asiakailta voidaan oppia jotain sellaista, mitä ammattilaiset eivät kehittämistyössään osaa nähdä.

Yhteenvetona muutostyöpajatyöskentelystä voidaan todeta, että yhteisen ajan, foorumin ja organisaation ulkopuolelta tulevan henkilön ohjaus edesauttoivat Keravan mielenterveys- ja päihdeyksikön muodostumista. Yksikön yhteinen visio "jokainen asiakas on yhteinen" sai vahvistusta työskentelyn tuella. Kuten Väisänen pro gradu -tutkielmassaan toteaa, tarvitaan aitoa dialogia, jotta erilaista osaamista ja ammattitaitoa omaavat henkilöt hyödyntävät toistensa osaamista työssään (Väisänen 2007). Uuden, yhdistyneen yksikön toiminnan käynnistyttyä, tulee seurata ja arvioida, millaiseksi uuden yksikön toiminta käytännössä muotoutuu ja miten moniammatillinen työote näkyy lopulta asiakas- ja työryhmätyössä. Selvää on, että jokaisen

työntekijän sitoutumisella on suuri merkitys lopputuloksen onnistumisen kannalta. Toivotaan, että hanke-työn parasta antia olisi juuri yksilön, yhteisön ja koko organisaation sitoutumisen vahvistuminen kohti entistä asiakaslähtöisempiä mielenterveys- ja päihdepalveluja Keravalla.

Kirjallisuus

Keravan kaupungin strategia 2009-2012.

Lammi-Taskula Johanna: Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Helsinki: WSOY, 2011.

Mäkisalo Merja: Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Helsinki: Tammi, 2003.

Paunonen-Ilmonen Marita: Työnohjaus. Toiminnan laadunhallinnan varmistajana. Helsinki: WSOY, 2005.

Väisänen Timo: Moniammatillinen tiimityö ja johtaminen, pro gradu tutkielma, Tampereen Yliopisto 2007.

Internetsivut: www.kerava.fi, www.stm.fi.

4.2 Strategiatyöstä voimaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen

Tia Sohlman

Etelä-Kymenlaaksoon on rakennettu vuosille 2012–2016 Haminan, Kotkan, Miehikkälän, Pyhtään ja Virolahden kuntien mielenterveys- ja päihdestrategia. Yhteisen suunnitelman tarkoitus on vahvistaa mielenterveys- ja päihdetyötä seudullamme sekä kehittää ennaltaehkäisevää työtä. Strategian laatimisen taustalla ovat lait, asetukset, kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, kuntakumppanuus sekä strategiaa kannattelevat arvot: asiakaslähtöisyys, osallisuus, ammatillisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Strategia pohjaa alueelliseen nykytilaan ja on Etelä-Kymenlaakson ensimmäinen yhdistetty mielenterveys- ja päihdestrategia. Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mietippä on yhtenä neljästä tavoitteestaan toteuttanut strategian.

Työn taustaa

Pitkäjänteistä kehittämistyötä linjaavan mielenterveys- ja päihdestrategian visio on: Etelä-Kymenlaakson asukkaiden mielenterveyden edistäminen ja päihteiden käytön vähentäminen sekä haittojen ehkäisy pohjautuvat laadukkaaseen, asukkaiden osallisuutta edistävään seudulliseen yhteistyöhön.

Strategian luonnos valmistui syyskuussa 2012, jolloin se toimitettiin kuntiin hyväksyttäväksi. Valmistelu on ollut monta vaihetta sisältävä prosessi. Yhteisen rakennetun suunnitelman on tarkoitus vahvistaa ennalta ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä seudullamme. Strategiassa on pyritty löytämään alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen haasteita sekä vahvistettavia ja levitettäviä hyvin toimivia käytäntöjä. Etelä-Kymenlaakso on rakennemuutosaluetta, lisäksi maantieteellinen sijainti ja rajan läheisyys ovat alueen erityispiirteitä. Tilastot osoittavat että päihteiden käyttö ja siitä johtuvat haitat ovat kasvaneet alueella viimeisten vuosien aikana.

Strategiassa painotetaan ennalta ehkäisyä ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen vahvistamista sekä yhteistyön lisäämistä, jotka valittiin kehittämiskohteiksi. Varhaisen tuen keinoja halutaan vahvistaa sekä palvelujen saatavuutta kehittää yhteisesti painottaen peruspalveluja. Strategian avulla pyritään vastaamaan tämänhetkiseen tarpeeseen, jotta kuntalainen saisi tarvitessaan avun mielenterveys- ja päihdekysymyksiin. Mielenterveys- ja päihdeongelmat kietoutuvat yhä useammin yhteen ja palvelut ovat pääsääntöisesti alueella erillään, joten yhteinen suunnittelutyö on välttämätöntä.

Työskentelyprosessin luominen ja strategian kokoaminen

Työskentelyprosessi aloitettiin loppuvuodesta 2010 taustatyöllä ja verkostojen kokoamisella. Mietippä-hankkeessa suunniteltiin työskentelyn runko ja kuntien edustajat nimesivät yhteyshenkilöt työryhmiin. Työryhmien jäseniksi kutsuttiin laajasti sosiaali- ja terveyspalvelujen, sivistystoimen, järjestöjen sekä kokemusasiantuntijoiden edustajia koko hankealueelta, yhteensä 48 henkilöä. Työskentely aloitettiin yhteisellä seminaarilla ja perehdytyksellä sekä keskustelulla. Neljä fasilitaattorikoulutuksen saanutta henkilöä perusterveydenhuollosta, mielenterveyspalveluista ja päihdehuollosta toteuttivat hanketyöntekijöiden kanssa ryhmätyöskentelyn sekä kirjaamisen. Prosessia ohjasi kuntien edustajista koottu hankkeen ohjausryhmä ja myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen tuki -hanke oli prosessin tukena.

Työryhmiä oli neljä: lapset ja lapsiperheet, nuoret, aikuiset ja ikääntyvät. Eri elämänvaiheet huomioitiin elämänkulkumallin mukaisesti. Elämänvaiheet tuovat mukanaan erilaisia siirtymiä, kehityshaasteita sekä joskus myös muospaineita ja ulkopuolisen tuen tarvetta. Näin ollen ne nousivat esille strategian rakentamisessa ja kaikki ikäryhmät haluttiin huomioida. Alueella tehtyjen kyselyjen, selvitysten ja kuntien toimijoiden tapaamisten lisäksi strategian rakentamisen tueksi koottiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoi-toyksikön kokemus- ja vertaisryhmän näkemyksiä. Nuorten näkemyksistä saatiin arvokasta tietoa strategian sisältöön mielenterveys- ja päihdeongelmien ennalta ehkäisyyn liittyvän kyselyn avulla. Lisäksi työryhmissä kuultiin tarpeenmukaisesti eri asiantuntijoita tavoitteiden konkretisoimiseksi.

Taustatyön ja tavoitteiden tueksi hanke järjesti kuntalaisille avoimen seminaari- ja paneelikeskustelutalaisuuden, yhteistyössä alueen mielenterveys- ja päihdetyön 2D-verkostokoulutusta sekä mielenterveys- ja päihdetyön integraatiota käsitteleviä avoimia seminaareja. Tilaisuudet olivat onnistuneita ja osallistuminen aktiivista. Myös järjestöjen edustajia ja kuntalaisia saatiin mukaan keskusteluun mikä toi laajempaa tarvittavaa näkökulmaa suunnitteluun. Yhteistyökumppaneiden kanssa järjestettiin alueen potilas- ja omaisjärjestöjen tapaamisia, joihin kutsuttiin laajemmin päihde- ja mielenterveystyön edustajia mukaan. Tapaamisissa lähtökohtana oli luoda yhdessä säännöllisiä käytäntöjä myös jatkoon.

Mielenterveys- ja päihdestrategiaan valittujen kehittämiskohteiden kautta työryhmissä muodostuivat ikäryhmäkohtaiset tavoitteet sekä niihin valitut menetelmät, joissa konkretisoitiin tarkemmin tavoitetta. Valituille menetelmille suunniteltiin vastuutahot sekä myös aikataulu seurannan ja kuntakohtaisen toteuttamisen lisäksi. Nämä koottiin yhteen taulukkoon, jota voidaan hyödyntää työvälineenä myös jatkossa. Työskentely oli antoisaa ja värikästäkin monitahoisella kokoonpanolla.

Hankkeessa koottiin strategia työryhmätyöskentelyn pohjalta muodostaen kaikkien ikäryhmien yhteiset tavoitteet sekä seuraaville vuosille valitut painopisteet. Työn koontivaiheessa järjestettiin yhteinen seminaari ja hyödynnettiin myös aiheeseen suunnattuja opinnäytetöitä. Strategian tavoitteena on, että kuntalaiset saavat apua mielenterveys- ja päihdehoidon tarpeeseen sieltä mistä apua haetaan ja luukulta toiselle ponnottelu vähenisi. Henkilöstön mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen, koulutus suunnittelu ja verkostoituminen on vahvaa ja suunnitelmallista. Peruspalvelujen tehostaminen siirtämällä mielenterveys- ja päihdetyöstä osa-aikaresursseja perusterveydenhuoltoon on esimerkki valituista konkreettisista menetelmistä. Tavoitteena on myös tulevina vuosina yleiseen asenneilmapiiriin vaikuttaminen seutukunnallisen tiedottamisen ja mediavaikuttamisen suunnitelman avulla. Tällä pyritään vaikuttamaan siihen, että kuntalaisilla ja ammattilaisilla on tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista, kohtaamisesta ja sen merkityksestä.

Lasten, lapsiperheiden, nuorten, aikuisten ja ikääntyvien tiedon ja avunsaantia parannetaan mielenterveys- ja päihdeasioissa sekä palvelujärjestelmästä tippumista ehkäistään alueella eri keinoin. Ylisukupolvaisia ongelmia vähennetään vertaistoiminnan kehittämisen ja tukemisen sekä riskiryhmien tavoittamisen myötä. Tästä esimerkkinä ovat varamummila-toiminnan käynnistäminen ja eroperheille perustettavat ryhmät. Vanhemmuuden tukemista eri keinoin, ja yli sektoreiden tapahtuvan yhteistyön tehostamista painotettiin. Lasten ja nuorten kohdalla kohtaaminen ja kuuleminen sekä kouluympäristössä tiedon ja aikuisen tuen tavoittaminen korostuivat erityisesti. Ikääntyvien avun saantia mielenterveys- ja päihdekysymyksissä parannetaan alueella. Strategialuonnokseen kirjattiin keinoja mielenterveys- ja päihdekysymyksiin liittyvästä palveluohjauksesta sekä ikääntyvien hyvinvointia tukevista hoito- ja palvelusuunnitelmista.

Paperilta käytäntöön

Strategiatyö luo pohjaa Mieli-suunnitelman tavoitteiden etenemiselle alueella. Mielenterveys- ja päihdestrategia julkaistaan internetissä hyväksymisprosessin jälkeen. Tavoitteiden laadinnassa seuraaville vuosille pyrittiin huomioimaan niiden realismi sekä menetelmien valinnassa konkreettisuus. Seurantamittareiksi valittiin lyhyen aikavälin tarkasti tavoitetta ja menetelmiä mittaavia asioita. Strategiatyö on pitkäjänteistä ja kahden vuoden hankkeessa aika väistämättä loppuu kesken. Strategiaa tarkistetaan, arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti perustettavan seurantaryhmän toimesta, joka tukee osaltaan yhteisten sekä myös kuntakohtaisten toimenpiteiden toteutumista.

Kuntien edustajista kootulla seurantaryhmällä on tärkeä rooli strategian levittämisessä, sitouttamisessa ja johtamisessa. Matriiseissa mainitut vastuutahot raportoivat seurantaryhmälle puolivuositain. Toimeenpanoa tukee myös terveyden edistämisen työryhmä. Alueen kunnat ovat erikokoisia ja erilaisia, eikä palvelujen järjestäminen ole yhdenmukaista, joten myös kuntakohtaiselle toteuttamiselle alueellisten tavoitteiden lisäksi jätettiin tilaa.

Suunnittelutyön lisäksi strategian toimeenpanoa ja jatkuvuutta on tuettu aloittamalla tavoitteiden mukainen käytännön toteutustyö mahdollisimman monelta osin jo hankkeen aikana. Mietippä-hankkeessa mukana olleet mielenterveys- ja päihdetyön toimijat ovat käytännössä toteuttaneet suunnitelmia ja tavoitteita koulutusyhteistyössä, arviointi- ja kuntoutumisyksikkö Nepparissa sekä Mietippä-osaamisyksikössä.

Erilaiset työkalut ja hyvät käytännöt ovat tulleet aiempaa tutummiksi ja yhteistyö on lisääntynyt eri toimijoiden kesken. Tämä on arvokasta myös jatkossa.

Strategiatyö on ollut kannustavaa ja toteutunut suunnitellusti. Verkostoja on rakennettu, mutta myös olemassa olevia käytäntöjä on vahvistettu laajentamalla yhteistyöverkosta mielenterveys- ja päihdeyhdyshenkilöverkostoksi sekä myös vahvistamalla yhteistä rajapinnat ylittävää työtä. Yhteisen työskentelyn toivottiin jatkuvan osin strategiatyöskentelyn tyypisesti eri toimijoiden kesken. Tätä toteutetaan Mietippä-foorumien avulla, joissa seurataan ja tuetaan tavoitteiden etenemistä sekä tuetaan osaamista suunnitelmallisesti vaihtuvien teemojen avulla. Foorumien järjestäminen ja koulutus tapahtuvat rakennetun mallin mukaisesti strategiassa mukana olevien tahojen toimesta.

Strategian kautta alueella on tehty suunnitelmia olemassa olevien resurssien hyödyntämisestä ja niiden painopisteistä seuraaville vuosille. Eri toimijoiden välisten yhteistyösopimusten päivittämisen ja palautekanavan kehittämisen myötä tavoitellaan tarkoituksenmukaisempaa yhteistyötä ja toimivampaa palvelukonaisuutta. Avoin vuoropuhelu, yhteisen työn tarkastelu sekä kuntalaisten palautekanavan sekä osallisuuden huomioiminen tuovat esille palvelujen haasteita sekä mahdollisuutta kehittää toimivampia palveluprosesseja. Tärkeänä yhteisenä tavoitteena on, että asiakkaiden, omaisten ja järjestöjen ääni saadaan järjestelmällisemmin kuuluviin palvelujen kehittämisessä, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Vertaisryhmien ja järjestöjen voimavara tulisi jatkossa hyödyntää alueella paremmin. Toimeenpanon toteuttamiseen paperilta käytäntöön tarvitaan kaikkia. Erityisesti johtotason tuki korostuu muutosten toteuttamisessa ja käytäntöjen vakiintumisessa aidosti toiminnan tasolle.

4.3 Aikuissosiaalityön päihde- ja mielenterveysosaamista kehittämässä

Outi Hietala

Avomieli-hanke on viiden Keski-Uudenmaan Kuuma-kunnan yhteinen hanke. Hankkeen avulla Hyvinkää, Järvenpää, Kerava, Nurmijärvi ja Tuusula pyrkivät kehittämään aikuissosiaalityön mahdollisuuksia vastata entistä paremmin asukkaiden päihde- ja mielenterveysongelmiin. Hankkeen tavoitteiden asettamista ovat ohjanneet Mielen avain -kokonaishankkeen ja Kaste-ohjelman tavoitteiden ohella Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset sekä Kuuma-kuntien alueelliset erityistarpeet. Kehittämistyö toteutuu sosiaalialan osaamiskeskus Sosiaalitaidon sekä hankekuntien yhteistyönä, ja se kiinnittyy osaksi sosiaalipalveluiden pitkäjänteisempää, kuntien peruspalveluissa tapahtuvaa kehittämistyötä.

Avomieli-hankkeen keskeisin tavoite on ollut vahvistaa asiakastyötä tekevien sosiaaliohjaajien ja työntekijöiden valmiuksia päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden kohtaamiseen ja heidän palvelutarpeensa arviointiin, jotta asiakas ohjautuisi oikeisiin palveluihin. Asiakastyössä ja vuorovaikutuksessa tapahtuva muutos on aina hidaskäyttöinen. Se edellyttää sekä työssä tarvittavan tietoperustan vahvistamista että perustehtävästä lähtevää kehittämisprosessia. Laajassa mielessä kyse on palveluiden laadun ja saatavuuden parantamisesta, mutta myös aikuissosiaalityön kuormittavuuden vähentämisestä. Jos asiakkaiden selviytymistä vaikeuttavat ongelmat helpottuvat, työntekijöiden mahdollisuudet vastata asiakkaiden tarpeisiin vahvistuvat. Avomieli-hankkeen henkilöresurssit asettivat omat rajansa tavoitteiden saavuttamiselle: hankkeessa työskenteli kokoaikaisesti yksi suunnittelija.

Aluksi hankkeessa kartoitettiin päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyviä aikuissosiaalityön kehittämis- ja koulutustarpeita. Aikuissosiaalityön työntekijöille tehdyn kyselyn sekä aloitusseminaarin tarvekartoituksen pohjalta toteutettiin ensin peliriippuvuuden tunnistamista, syitä ja hoitoa koskeva kaksipäiväinen koulutuskokonaisuus. Myöhemmin toteutui päihdeongelman puheeksi ottamista, motivoivaa työtettä ja kognitiivisen terapian hyödyntämistä käsittelevä kolmen koulutuspäivän kokonaisuus yhteistyössä A-klinikkasäätiön kanssa (Koski-Jännes ym. 2008). Viimeisen hankevuoden aikana on jalkauduttu kuntien aikuissosiaalityön yksiköihin tukemaan motivoivan työotteen soveltamista asiakastyössä. Hanke on myös tarjonnut kunnille tukea päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämiseen, syksyllä 2012 käynnistyy päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen PäMi-ryhmien ohjaajakoulutus ammattilaisille ja vertaisohjaajiksi aikoville asiakkaille (Sininauhaliitto 2012). Tätä kirjoitettaessa kehittämisprosessi on kunnissa kiivaimmillaan käynnissä ja päättyy lokakuussa 2012. Keskityn seuraavassa tarkastelemaan tuon prosessin lähtökoh- tia sekä kuntien ja aikuissosiaalityön todellisuutta, jossa kehittämistyö toteutuu.

Päihde- ja mielenterveysongelmia kohtaamassa

Aikuissosiaalityössä kohdataan elämän koko kirjo, toimeentulo-ongelmista ja köyhyydestä elämän keinotomuuteen sekä monien ongelmien yhteen kietoutumiseen. Juuri tämän kokonaisvaltaisuuden ansiosta sosiaalityöntekijöillä ja -ohjaajilla on mahdollisuus tunnistaa asiakkaiden päihde- ja mielenterveysongelmat jo siinä vaiheessa, kun ajatus avun hakemisesta ja erityispalveluiden käytöstä on asiakkaalle vielä vieras. Kuuma-kunnissa on luotu yhteinen, uuden asiakkaan tilanteen arviointiin tarkoitettu lomake, jossa kysytään myös päihteiden käytöstä ja mielenterveydestä. Asia tulee siis puheeksi jo aivan asiakkuuden alkuvaiheessa. Ihannetapauksessa asiakkaan tarpeet tulevat tunnistetuksi, ja hänelle voidaan antaa ajantasaista tietoa oman kunnan alueella tarjotuista päihde- ja mielenterveyspalveluista sekä varata aika niihin. Tällöin toteutuu matalan kynnyksen periaatteen mukainen, asiakkaan omiin tarpeisiin perustuva palveluun pääsy.

Sosiaalihuollon normatiivisuus, sen historialliseen taustaan perustuva ajatus huoltotyöstä asettaa päihde- ja mielenterveysongelmien kohtaamiselle omat ehtonsa (esim. Mäntysaari & Kotirinta 2011). Aikuissosiaalityön asiakastyössä korostuvat usein toimeentulotuen määrittämät työroolit, jotka saattavat vaikeuttaa päihde- ja mielenterveysongelmien rakentavaa puheeksi ottamista sekä hoitoon ohjaamista. Uuden asiakkaan tilanteen arviointikin tapahtuu usein järjestelmän näkökulmasta ja ennalta annetuilla kriteereillä, mikä

voi nousta esteeksi päihde- ja mielenterveysongelmien hedelmälliselle kohtaamiselle. Järjestelmän kannalta asiakas on yksilö, jonka tilanne on onnistuttu tulkitsemaan ja luokittelemaan järjestelmän kriteerien ja keinovalikoiman pohjalta (Pohjola 1993, 83–84).

Työntekijä taas tuottaa järjestelmälle asiakasta koskevaa tietoa, määrittelee ja luokittelee ongelmia. Sosiaaliryöön asiakkuus voikin näyttäytyä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivälle paitsi mahdollisuutena saada apua ja asianmukaisia palveluita, myös kohteeksi joutumisen uhkana. Asiakkaan käsitys tilanteesta ja ratkaisuksista ei esimerkiksi aina välttämättä vastaa työntekijän käsitystä tai järjestelmän määritelmiä. Asiakkaan päihdeongelma voi olla työntekijän näkökulmasta jo todennettu tosiasia, kun taas hän itse ei välttämättä jaa tätä käsitystä tai koe tarvitsevänsa siihen apua. Pääasiallinen tulosy aikuissosiaalityöön asiakkaaksi on usein köyhyys, toimeentulo-ongelmat sekä muut arkielämässä selviytymisen haasteet, vaikeus huolehtia esimerkiksi asumiseen liittyvistä tai viranomaisten asettamista velvoitteista. Päihteiden käyttöön tai mielenterveyteen liittyviä ongelmia ei asiakkaiden maailmassa välttämättä nähdä tähän palveluun liittyvinä.

Myös aikuissosiaalityöön oma valmius vastata näihin usein moraalisesti latautuneisiin ongelmiin on melko tarkkaan rajattu. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitamisen katsotaan edellyttävän erityisasiantuntemusta, joka sijaitsee aikuissosiaalityöön ulkopuolella, erityispalveluissa. Asiakas siis saa tähän liittyvää ohjausta ja tukea päästäkseen kyseiseen palveluun. Pyrkimys johdonmukaisuuteen työnjaossa voi toisaalta sekin kääntyä asiakasta kohteistavaksi toiminnaksi, koska asiakas saattaa kokea aikuissosiaalityöön tarjoaman, palveluihin liittyvän ohjauksen joko pakkona tai muuten perusteiltaan epäselvänä. Asiakaskeskeyshän korostaa asiakasta toiminnan kohteena, kun taas asiakaslähtöisyys viittaa toimintaan asiakkaan rinnalla, hänen lähtökohdistaan käsin (Kokko 2003, 27).

Kannattelusta omavastuisuuteen

Avomieli-hankkeen aikana on myös havaittu, että asiakkaiden päihde- ja mielenterveysongelmat voivat heikentää sosiaalityöön ammatillista hallintaa. Asiakkaan päihteiden käyttö tai hoitamaton mielenterveysongelma synnyttää epävarmuutta palvelusuunnitelmien tai aivan yksinkertaisten arkisten asioidenkin sujumisesta. Siksi asiakkaan kontrollointi, asioiden sujumista varmistava tukeminen voi näyttäytyä niin työntekijälle kuin asiakkaalle ainoana keinona tilanteen säilyttämiseksi edes kohtuullisena. Millaisia mahdollisuuksia aikuissosiaalityössä sitten on toimia päihde- ja mielenterveysongelmissa asiakaslähtöisesti, asiakkaan omavastuisuutta ja toisaalta avun vastaanottamisen kykyä tukien?

Asiakkuuden alkuvaiheessa osaavat työntekijät voivat keskittyä ulkokohtaisen tilanearvioinnin sijasta asiakkaan omien tarpeiden ja toiveiden kuulemiseen sekä hyvän yhteistyösuhteen luomiseen, mikä on avain myös päihde- ja mielenterveysongelmien tarkasteluun osana asiakkaan maailmaa. Päihteiden käyttöön tai mielenterveyteen liittyvän vaikeuden esiin nostaminen aikuissosiaalityöön asetelmassa voi kyseenalaistaa asiakkaan selviytymiskykyä, mikä puolestaan tuottaa häpeää. Ongelmat, olotilat ja oireet voidaan toisaalta nähdä tavallisina, arkisina haasteina, joihin aikuissosiaalityö vastaa asiakkaan maailmaa kunnioittavilla keinoilla. Toisaalta arkijärjellä on myös taipumus tavallistaa ongelmia, mikä voi tuottaa niin sanottua ongelman kieltämistä ja vaikeuttaa niiden puheeksi ottamista. Varsinkin pitkittyvässä ja rutinoituneessa sosiaalityöön asiakkuudessa esimerkiksi päihdeongelma on yleensä tiedossa, jolloin työntekijä keskittyy asiakkaansa tilanteen vakaana pitämiseen ja kannatteluun, tukemiseen ja kontrollointiin. Kannattelun ja seurannan vuoksi asiakkaan omavastuisuus voi kuitenkin heiketä entisestään, jolloin halu ja kyky oman toiminnan muuttamiseen tai vaikkapa hoitoon lähtemiseen vaikeutuu.

Ilkeitä ongelmia ratkomassa

Sosiaalialan projektikehittämisen ongelmat liittyvät vahvasti niitä suuntaavaan ajatukseen kehityksestä kertaluonteisena muutoksena vakiintuneesta käytännöstä tavoitteeksi asetettuun tilaan. Muutoksen ajatellaan tapahtuvan siis johdon ja asiantuntijoiden valmiiksi suunnitteleminen ratkaisujen täytäntöönpanona (Virkkunen 2007). Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat kuitenkin vain harvoin niin sanottuja ”kesyjä” ongelmia, jotka pystytään määrittelemään tarkasti ja joiden ratkomiseksi voidaan tehdä tarkkoja, syiden ja

seurausten erottamiseen perustuvia suunnitelmia. ”Ilkeällä” ongelmalla ei ole alkua eikä loppua, siihen ei löydy yhtä syytä tai sille löytyy monia eri määrittelyitä riippuen siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan (Rittel & Webber 1973, ks. myös Möttönen 2002, 116–117). Päihde- ja mielenterveysongelmia on varsin vaikeaa ratkaista lopullisesti tai yhteen näkökulmaan perustuvan tavoite-keino -ajattelun avulla. Usein on haastavaa edes osoittaa yksiselitteisesti tahoja, jonka tehtäväksi ongelman ratkaiseminen kuuluu. Ongelmien syyt ja seuraukset kietoutuvat yhteen ja näyttävät esimerkiksi aikuissosiaalityössä asiakkaiden elämän yleisenä vaikeutena, joka samalla heikentää mahdollisuuksia järkipäiseen työn hallintaan.

Usein aikuissosiaalityöntekijä päätyykin hallitsemaan päihde- ja mielenterveysongelman asiakkaansa tilannetta ulkoapäin siksi, että näkee tämän kyvyn omaan sisäiseen hallintaan heikentyneen. Asiakkaan oma tahto ja halu ovat kuitenkin se lähtökohta, jonka varassa voidaan synnyttää pysyvämpiä muutoksia hänen omissa ajattelu- ja toimintatavoissaan sekä kiinnostus esimerkiksi hoitoon lähtemiseen. Aikuissosiaalityössä päihde- ja mielenterveysongelmien kohtaaminen, niistä puhuminen ja vaikkapa hoitoon ohjaus edellyttääkin kykyä motivoida asiakasta hänen maailmastaan käsin, ei järjestelmän tai työntekijän ehdoilla. Avomieli-hanke onkin keskittynyt luomaan edellytyksiä aikuissosiaalityölle ja työotteelle, jossa ”ilkeitä” ongelmia ei yritetä ratkoa vain hallitusti, tavoite-keino -logiikan pohjalta. Pyrkimyksenä on ollut vahvistaa ohjaavaa, asiakasta hänen omista lähtökohdistaan käsin motivoivaa työtettä, jossa työntekijä on tietoisempi myös omista vaikuttimistaan ja perusoletuksistaan.

Hanke onkin jo lähtökohdiltaan tullut tekemisiin niiden haasteiden kanssa, joita erillisinä hankkeina toteutettava kehittämistyö kohtaa vasta niin sanotussa juurruttamisvaiheessa. Käytännössä näitä haasteita on ratkottu muun muassa yhdistämällä motivoivan työotteen koulutusta asiakastyön käytäntöjen ja vuorovaikutuksen tutkimiseen. Kunnasta on koottu ryhmä muutosagentteja, joille tarjotaan noin kuukauden välein kokoontuvissa työpajoissa mahdollisuus työstää asiakastyössä koottuja havaintoja ja motivointiin liittyviä kysymyksiä. Tässä prosessissa he ovat alkaneet katsoa asiakastyötään uudelta näkökulmasta ja etsiä toimivampia ratkaisuja asiakkaidensa päihde- sekä mielenterveysongelmien kohtaamiseen, puheeksi ottamiseen ja muutoksen virittelyyn.

Parhaimmillaan kyse onkin uudelleen kehittämistyön mukaisesta prosessista, jossa asiantuntijoiden suunnitteleman ratkaisun täytäntöönpanon sijasta painotetaan monitahoiseen vuoropuheluun perustuvaa oppimista (Virkkunen 2007). Työntekijät ovat motivoivan työotteen kriitikkittömän toteuttamisen sijasta alkaneet tunnistaa sellaisia vuorovaikutukseen liittyviä motivoitumisen perusehtoja, jotka koskevat myös päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita. Motivaatio syntyy vain pakottomassa ja moraalisesti neutraalissa asetelmassa, jossa työntekijä on aidosti kiinnostunut asiakkaan ajattelutavasta sekä maailmasta sen sijaan että keskittyisi tämän ongelmien todentamiseen, nimeämiseen ja korjaamiseen. Kehittämisprosessi tarkoittaa yksittäisen työntekijän kohdalla siirtymistä tutulta ja hallitulta mukavuusalueelta vieraampaan, mutta työn mielekkyyden kannalta kiinnostavampaan toimintatapaan.

Myös Avomieli -hankkeessa on pyritty ulkoa annettujen tavoitteiden ja periaatteiden juurruttamisen sijasta luomaan edellytyksiä työntekijöiden uteliaisuudelle ja uudelleinnostukselle suhteessa omaan asiakastyöhön. Myöskään työpajoja ohjaava hankkeen suunnittelija ei tällöin ”tiedä paremmin” tai kerro työntekijöille etukäteen, mihin aikuissosiaalityön tulisi suuntautua tai millaisia päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvien keinojen tulisi olla. Ne löytyvät uudelta lähestymistapaa synnyttävien arkisten keinojen avulla, jolloin ne myös varmemmin juurtuvat osaksi aikuissosiaalityötä.

Kirjallisuus

Koski-Jännes, Anja, Riittinen, Liisa ja Saarnio, Pekka (toim.): Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin.

Helsinki: Tammi, 2008.

Mäntysaari, Mikko ja Kotiranta, Tuija: Sosiaalinen sosiaalipolitiikan historiassa. Teoksessa: Tuija Kotiranta, Petteri Niemi ja Raili Haaki

(toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 2011.

Möttönen, Sakari: Kunnat, järjestöt ja paikalliset verkostot. Teoksessa: Petri Ruuskanen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi:

näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Jyväskylä: PS-kustannus, 2002, 112-135.

Pohjola, Anneli: Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Riitta Granfelt & Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies ja Anneli Pohjola: Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 1993, 53-95.

Rittel, Horst ja Webber, Melvin: Dilemmas in a General Theory of Planning. Policy Sciences 4 (1973): 155-169.

Sininauhaliitto 2012: Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden avokuntoutuksen kehittämishanke (PäMi)

http://www.sininauhaliitto.fi/sininauhaliitto/tutkimusja_kehityso/paattyneet_hankkeet/pami-hanke/ [luettu 15.5.2012].

Virkkunen, Jaakko: Kehittämistyön murros sosiaalialalla: hankekehittämisestä rajat ylittävään konseptikehittämiseen. Konsepti –

toimintakonseptin uudistajien verkkolehti 4 (1) Helsingin yliopisto, toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, 2007.

<http://www.muutoslaboratorio.fi/konsepti>. [luettu 2.5.2012].

4.4 Pitkäaikaismasentuneen potilaan hoitomallin kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä

Tarja Melartin, Hanna-Mari Heino

Depressio kansanterveysongelmana

Depressio eli masennustila (F32/F33) on yleinen sairaus, josta ajankohtaisesti vuosittain kärsii noin 5 % suomalaisista eli noin 200 000 suomalaista (Pirkola ym. 2005). Depressio on luonteeltaan herkästi uusiutuva ja usein pitkäaikaiseen vaillinaiseen toipumiseen johtava sairaus, joka johtaa noin viidenneksellä potilaista kroonistumiseen (Keller & Boland 1998; Keller ym., 1992; Mueller ym., 1996, 1999; Solomon ym., 1997). Pitkäaikaisella, kroonisella, vakavalla masennustilalla tarkoitetaan vakavaa masennustilaa, joka on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden vuoden ajan (Isometsä 2007).

Suomessa masennusdiagnoosilla myönnettyjen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden (mukaan lukien kuntoutustuet) suhteellinen osuus on noin kaksinkertaistunut viimeisten noin 20 vuoden aikana (Lehto ym. 2005). Työkyvyttömyyseläkkeelle depression vuoksi siirtyy vuosittain noin 5000 suomalaista ja sairauden on arvioitu johtavan vuosittain noin 600–700 itsemurhaan maassamme (Melartin & Isometsä 2009). Elämänsä aikana sairastuu joka viides, ja naiset miehiä noin kaksi kertaa useammin (Melartin, Kuosmanen & Riihimäki 2010). Terveyskeskukseen hakeutuvista asiakkaista noin joka kahdeksas on vakavasti masentunut (Vuorilehto, Melartin & Isometsä, 2005). Monilla masentuneista on myös muita samanaikaisia fyysisiä tai psykiatrisia sairauksia kuten päihde-, persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä (Melartin ym. 2002; Vuorilehto ym. 2005). Tuoreiden suomalaisten, valikoitumattomien masennuspotilaiden kohorttitutkimusten mukaan perusterveydenhuollossa vain joka kymmenes ja erikoissairaanhoidossa vain joka viides potilaista on ainoastaan masentunut (Melartin ym. 2002; Vuorilehto ym. 2005). Samanaikaiset sairaudet heikentävät depression ennustetta sekä altistaen uusiutumislle että toipumisen pitkittymiselle. Myös osittainen depressiosta toipuminen jättää potilaan alttiiksi saamaan uuden depressioepisodin sekä kroonistumiselle. Mikäli tyydytään osittaiseen toipumiseen, sekä sairauden uusiutumisriski että potilaan toimintakyvyn menetysriski ovat suuria (Keller 2003).

Maailman terveysjärjestön (WHO) tutkimuksissa depression on ennustettu nousevan maailmanlaajuiseksi merkittävimmäksi toimintakyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairaudeksi vuoteen 2030 mennessä (WHO global report 2004). Depressio on keskeinen kansanterveysongelma ja painopistealuetta sekä perusterveydenhuollon että psykiatrisen erikoissairaanhoidon työssä (Depression käypä hoito -suositus 2009). Käytännössä Suomessa depressiopotilaan hoitopolku alkaa aina perusterveydenhuollosta (sisältää työterveyshuollon). Sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän hoidon kriteerien mukaan perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa lievä ja keskivaikea masennustila (F32/F33) ilman psykiatrin konsultaatiota, jos hoito vaikuttaa ja työkyky palautuu kolmessa kuukaudessa.

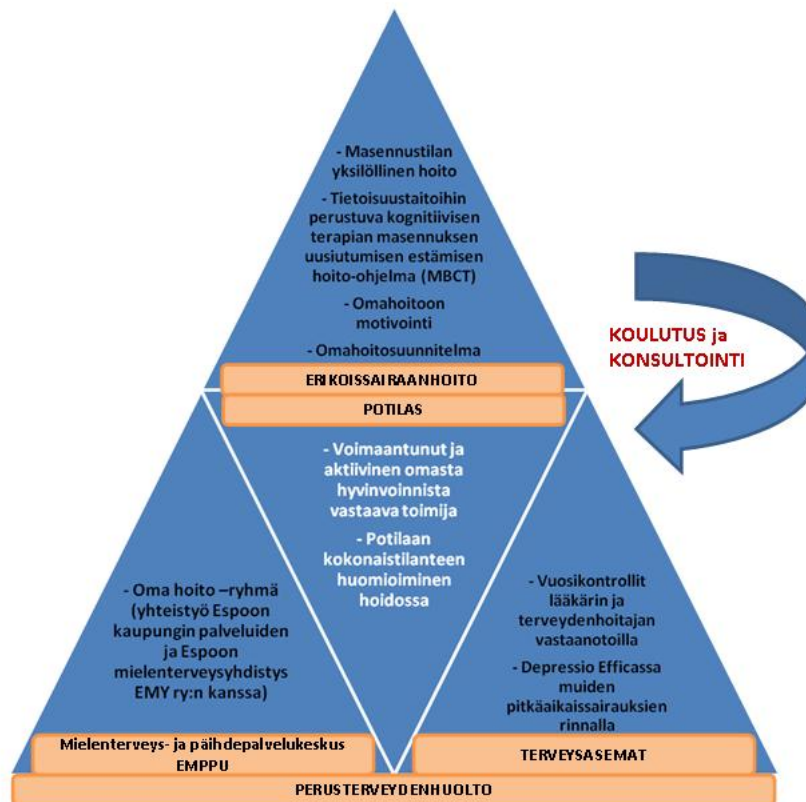
Yhtenä depression hoidon haasteista on potilaiden hoitoon hakeutuvuuden ja hoidon saatavuuden helpottaminen. Tutkimusten mukaan masennuksesta kärsivistä vain alle puolet etsii hoitoa ja tätäkin harvempi saa ammattimaista apua masennukseen (Andrews ym. 2009). Depression aiheuttaman inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi ja depression kroonistumisen ehkäisemiseksi terveydenhuollon organisaatioiden tulee pitää huolta siitä, että terveydenhuollon ammattilaisilla on riittävästi osaamista masennuksesta kärsivien potilaiden tunnistamiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi. Tehokkaiden hoitomuotojen lisäksi on kehitettävä hoitopolkuja ja -ketjuja, jotka huomioivat jokaisen potilaan yksilöllisen tilanteen.

Pitkäaikaismasennuksen hoitomallin tavoitteet

Espoossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä toteutettavassa hankkeessa on tavoitteena luoda pitkäaikaismasennuksesta kärsiville potilaille hoitomalli, joka huomioi masennuksen yhtenä pitkäaikaisena muiden pitkäaikaisairauksien (esim. diabetes, sydän- ja verisuonitaudit) rinnalla ja tavoittaa kaikki pitkäaikaisesta masennustilasta kärsivät potilaat sekä perusterveydenhuollosta että erikois-

sairaanhoidosta. Depression yleisten esiintymislukujen perusteella Espoossa on arviolta 12 000 masennuksesta kärsivää potilasta, joista noin 1/5 eli noin 2500 potilasta kärsii jatkuvasta, kroonisesta masennuksesta. Pyrkimyksenä on, että perusterveydenhuollossa tunnistetaan somaattisten sairauksien ohella potilaan mahdollinen pitkäaikainen masennustila ja tuetaan potilasta sairautensa asiantuntijuuteen ja aktiiviseksi oman hyvinvoinnin ylläpitäjäksi.

Tavoitteiden saavuttamiseksi erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kokemusasiantuntijoiden yhteistyössä luotiin hoitomalli, joka koostuu 1) masennuspotilaan hoidosta erikoissairaanhoidossa ja 2) aktiivisesta omahoidosta sekä 3) seurantatapaamisista perusterveydenhuollossa (kuva 1). Potilas ja moniammatillinen hoitoryhmä laativat yhteistyössä potilaalle yksilöllisen suunnitelman masennuksen hoitamiseksi ja uusien masennusjaksojen estämiseksi. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan kokonaistilanne ja mahdolliset muut pitkäaikaissairaudet depression lisäksi. Potilas saa potilasohjausta (psykoedukaatiota) pitkäaikaismasennuksesta ja sen hoitomahdollisuuksista. Lisäksi laaditaan kullekin potilaalle yksilölliset omahoidon tavoitteet. Hoitomallin taustalla on Wagnerin kroonisten sairauksien hoitomalli (chronic care model), joka perustuu omahoidon tukeen, suunnitelmalliseen pitkäaikaispotilaan hoitoon suunniteltuun palvelukonseptiin sekä näitä tukeviin päätöksenteko- ja potilastietojärjestelmiin (Wagner ym. 2001).



Kuva 1. Pitkäaikaismasennuspotilaan hoitomalli

Pitkäaikaismasennuksen hoito ja masennuksen uusiutumisen ennaltaehkäisy erikoissairaanhoidossa

Pitkäaikaisesta masennuksesta kärsivälle masennuspotilaalle tarjotaan erikoissairaanhoidossa tavanomaisen yksilöllisen hoidon lisäksi mahdollisuutta osallistua tietoisuustaitoihin perustuvaan ryhmämuotoiseen 8–9 kerran kognitiivisen terapian hoito-ohjelmaan (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT). MBCT-ohjelma perustuu Jon Kabat-Zinnin 1970-luvulla kehittämään tietoisuustaitoihin pohjautuvaan stressinhallintamenetelmään (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR), jolla on saatu positiivisia tuloksia esimerkiksi kivun ja ahdistuneisuuden hoidossa (Segal, Williams & Teasdale 2002). Kabat-Zinnin tutkimusten pohjalta Mark Williams, John Teasdale ja Zindel Segal kehittivät 1990-luvulla manualisoidun MBCT-ohjelman, joka on suunniteltu auttamaan toistuvista, vakavista masennusjaksoista kärsiviä henkilöitä (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Williams & Penman 2011). MBCT yhdistää tiedonkäsittelyteoriat, kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaisen masennuksen hoidon sekä Kabat-Zinnin stressinhallintamenetelmän (MBSR). MBCT-ohjelman keskeisimpinä tavoitteina on oppia erilainen, läsnä oleva ja hyväksyvä tapa olla yhteydessä ajatuksiin, tunteisiin ja kehon tuntemuksiin sekä tulla niistä tietoisemmaksi. Näiden taitojen oppiminen auttaa potilasta tunnistamaan masennuksen varhaiset varomerkit, toimimaan varomerkkien ilmaantuessa tietoisesti taitavasti automaattisen reagoinnin sijaan, hallitsemaan stressiä ja vähentämään näin masennuksen uusiutumisriskiä.

Tutkimustulokset MBCT-ohjelman vaikuttavuudesta psykiatristen häiriöiden hoidossa ovat myönteisiä. Chiesan ja Serretin (2010) meta-analyysissä oli mukana 4 tutkimusta, joissa MBCT-ohjelman tehokkuutta tutkittiin psykiatristen sairauksien hoidossa. Tutkimusten mukaan MBCT-ohjelman lisääminen tavanmukaiseen hoitoon vähensi merkittävästi relapseja verrattuna pelkästään tavanmukaista hoitoa saaneeseen ryhmään potilailla, joilla oli ollut kolme tai useampia masennusjaksoja. MBCT-ohjelman avulla on saatu hyviä tuloksia myös muissa psykiatrisissa häiriöissä kuten bipolaaripotilaiden ahdistuksen vähentämisessä, hoitoresistentissä masennuksessa sekä unettomuudessa (Chiesa & Serretti 2010).

Pitkäaikaismasentunut potilas perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa potilaalla on mahdollisuus ylläpitää hyvinvointiaan Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus EMPUSSA masennuksen omahoitoryhmän tuella. Omahoitoryhmän tavoitteena on tukea potilasta omahoitoon ja tarjota tietoa elämänlaatua ja hyvinvointia tukevista teemoista, kuten liikunnan ja kulttuurin vaikutuksesta mielenterveyteen. Omahoitoryhmässä esitellään myös kolmannen sektorin tarjoamat mielenterveyspalvelut ja alueen vertaistukiryhmät.

Lisäksi potilaan pitkäaikaismasennuksen hoitoon kuuluu vuosittainen seurantatapaaminen terveysasemalla sekä sairaan- tai terveydenhoitajan että lääkärin vastaanotoilla. Mikäli potilaan hoidon seuranta jatkuu erikoissairaanhoidossa toteutetun hoitojakson jälkeen perusterveydenhuollossa, niin potilaan omahoitaja ja erikoissairaanhoidosta voi myös osallistua ensimmäiseen tapaamiseen perusterveydenhuollossa. Pyrkimyksenä on varmistaa potilaan hoitoon liittyvän tiedon siirtyminen perusterveydenhuoltoon ja lievittää potilaan mahdollista hylätyksi tulemisen kokemusta hoidon siirtymävaiheessa.

Terveysasemilla toteutettavissa vuosikontrollitapaamisissa hoitaja käy omahoitolomakkeen avulla potilaan kanssa läpi elintapa-asiat, arvioi omahoidon toteutumista, vertaa tautikohtaisia seurantakohteita hoitosuunnitelmaan, antaa alustavat kommentit laboratoriotutkimuksista, tarjoaa tarvittaessa elintapaohjausta, täyttää mittarit (esim. BDI), kirjaa havainnot potilastietojärjestelmään ja tekee ajanvarauksen lääkärille. Lääkäri tutustuu hoitajan merkintöihin, täydentää tarpeellisilta osilta anamneesia ja statusta, tekee hoidon ja lääkityksen kokonaisarvion sekä tarkistaa ja päivittää yksilöllisen erikoissairaanhoidossa laaditun hoitosuunnitelman tai laatii hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan kanssa hoitajan merkinnät huomioiden. Hoitosuunnitelmaan kirjataan omahoidon ja muun hoidon tavoitteet sekä keinot, joilla niihin pyritään, lääkitystiedot, tarvittavat seurantatutkimukset sekä seuraavien laboratorio-, hoitaja- ja lääkärikäyntien aikatauluttaminen.

Tavoitteiden saavuttamiseksi perusterveydenhuollon sähköiseen tietojärjestelmään luotiin ohjeet pitkäaikaismasentuneen potilaan kohtaamisesta lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla sisältäen ohjeistuksen vuosi-

kontrollikäynnillä läpikäytävistä asioista. Lisäksi perusterveydenhuollossa koulutettiin henkilökuntaa kohtaamaan masennuspotilas. Vuosikontrollikäyntien toteutumiseksi henkilökunta perehdytetään hoitomalliin ja vuosikontrollikäyntien sisältöön.

Kokemukset hoitomallista

Alustavat kokemukset mallista ovat myönteiset. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla on lisääntynyt ja potilaiden antama palaute on ollut positiivista. Tiedon lisääntymistä masennuksesta sekä kansalaisten että terveydenhuollon henkilökunnan keskuudessa pidetään tärkeänä stigman poistamiseksi. Potilaan kokonaistilanteen huomioiminen vähentää juoksuttamista ”luukulta luukulle” ja vastaanottokäyntien määrää, kun samalla käynnillä huomioidaan kaikki potilaan hyvinvointiin vaikuttavat tekijät.

Mallin käyttöönottoon liittyy kuitenkin myös useita haasteita. Terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen masennuspotilaan kohtaamiseen ja hoitomallin sisältöön edellyttää eri organisaatioiden johdon sitoutumista ja on jatkuva pitkäjänteinen prosessi. Masennukseen liittyvän tiedon lisäksi tarvitaan osaamista potilaan motivoimisesta omahoitoon, mikä on haaste, koska toiminta- ja aloitekyky ovat depressiossa usein alentuneet. Lisäksi masennuksen kroonistumisen ehkäisemiseksi kustannustehokkaita ryhmämuotoisia hoito-ohjelmia (esim. Mindfulness Based Cognitive Therapy MBCT tai Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP) tulisi olla helposti saatavilla niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin työterveyshuollossakin.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön jatkuva lujittaminen mahdollistaa tehokkaiden toimintatapojen ja hoitomallien kehittämisen. Joustava tiedonkulku terveydenhuollon organisaatioiden välillä edellyttää yhtenäisiä, potilastietoturvasuunnitelmien huomioivia potilastietojärjestelmiä. Erikoissairaanhoidon konsultaation saatavuuden helpottaminen esimerkiksi videokonsultaatiotekniikan avulla on tärkeä kehittämiskohde. Myös omahoidon seuranta voisi tulevaisuudessa tehostaa tietotekniikan ja mobiilisovellusten tarjoamien mahdollisuuksien avulla.

Tulevaisuudessa pitkäaikaismasennuksen hoitomallin toimivuutta ja sen kustannusvaikutuksia tulee seurata sekä tarvittaessa päivittää mallia käytännön kokemusten, potilailta saadun palautteen ja uusimman tutkimustiedon pohjalta. Ennen kaikkea hoitomallin toteutuminen edellyttää sitä, että terveydenhuollon organisaatioissa kuten myös kansalaisten keskuudessa masennus tunnustetaan pitkäaikaista hoitoa ja seuranta edellyttäväksi pitkäaikaissairaudeksi.

Kirjallisuus

- Andrews, G., Titov, N. & Schwenke, G. Untreated depression in the community. *Psychiatric Bulletin* (2009): 33, 407-408.
- Chiesa A. & Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* (2011): 30, 187(3), 441-53.
- Isometsä E. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.), *Psykiatria* (2007): 5., uudistettu painos (s. 157-195). Helsinki: Duodecim.
- Isometsä E., Jousilahti P., Lindfors O., Luutonen S., Marttunen M., Pirkola S., Salminen J.K., Kinnunen E., Pasternack I., Syvälahti E. & Vuorilehto M. (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä). *Depression käypä hoito – suositus*. 2009.
- Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J., Coryell W., Hirschfeld RM & Shea T. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Arch Gen Psychiatry* (1992): 49, 809–816.
- Keller MB & Boland RJ. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol Psychiatry* (1998): 44, 348–360.

- Lehto M., Lindström K., Lönnqvist J., Parikko O., Riihinen O., Suksi I. & Uusitalo H. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia* (2005): 1, 1236-2115.
- Melartin T. & Isometsä E. Miksi ihminen masentuu? *Duodecim* (2009):125, 1771-9.
- Melartin T, Kuosmanen L & Riihimäki K. Tosi mies ei masennu? *Suomen Lääkärilehti* (2010): 65:169-173.
- Melartin TK, Rytysälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP & Isometsä ET. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* (2004): 65, 810-9.
- Mueller TI, Keller MB, Leon AC, Solomon DA, Shea MT, Coryell W. & Endicott J. Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* (1996): 53, 794–799.
- Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J., Coryell W., Warshaw M. & Maser JD. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* (1999):156, 1000–1006.
- Pirkola SP, Isometsä E., Suvisaari J., Aro H., Joukamaa M., Poikolainen K., Koskinen S., Aromaa A., Lönnqvist JK. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population – results from the Helath 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2005): 40, 1-10.
- Segal Z., Williams M. & Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. The New York: Guilford Press. 2002.
- Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Warshaw M., Maser JD, Coryell W. & Endicott J. Recovery from major depression: a 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Arch Gen Psychiatry* (1997): 54, 1001–1006.
- Vuorilehto M., Melartin T. & Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med* (2005): 35, 673-82.
- Wagner EH, Austin BT, Davis C., Hindmarsh M., Schaefer J., Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* (2001): 20, 6, 64-78.
- Williams M. & Penman D. *Tietoinen läsnäolo*. Helsinki: Basam Books. (2012).WHO. The Global Burden of Disease. [updated 2004; cited 2011]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. (Teksti: PSM Hannamari Heino ja LT, psykiatrian dosentti Tarja Melartin).

4.5 Nuorten kokonaisvaltaisen palvelumallin kehittäminen

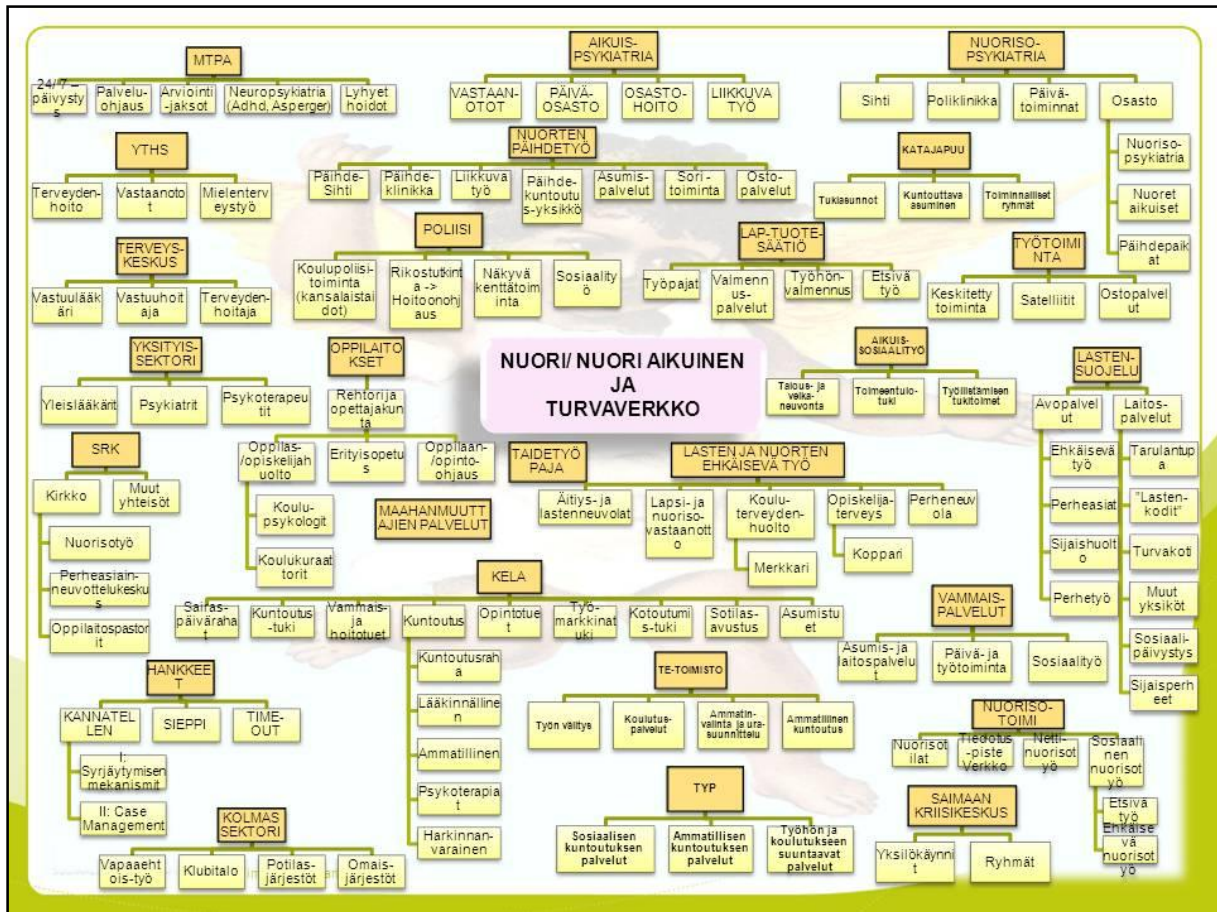
Hannu Hakalisto, Timo Salmisaari

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote 1.1.2010 alkaen) tehtävänä on tuottaa terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistäviä terveys-, perhe- ja sosiaali- sekä vanhustenpalveluja. Sosiaali- ja terveystieteiden tekee kuntien kanssa palvelusopimukset, jotka perustuvat väestön palvelutarpeeseen. Eksote on kuntayhtymä, johon kuuluu yhdeksän kuntaa: Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahdi, Savitaipale ja Taipalsaari. Imatra on mukana Eksotessa vain erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon osalta. Asukkaita Eksoten alueella on noin 133 000. Palveluihin kuuluvat avoterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuolto, kuntoutuskeskus, sairaalapaalvelut, perhepalvelut, aikuisten sosiaalipalvelut ja vammaispalvelut sekä väestön palvelutarpeeseen ja ikärakenteeseen joustavasti mukautuvat vanhustenpalvelut. (www.eksote.fi)

Kannatellen I -hanke (1.9.2010 – 31.10.2012) toimi mielenterveys- ja päihdepalvelujen alueella ja kehittää nuoriin kohdistuvia palveluja. Kohderyhmänä olivat 13–24-vuotiaat nuoret. Tutkivana ja havainnoivana hankkeena Kannatellen teki laajan kartoituksen, johon osallistui työntekijöitä ja esimiehiä (n=95) sekä huoltajia (n=32) ja nuoria (n=64). Kyselyiden ja haastatteluiden sisältöinä olivat: mielenterveys- ja/tai päihdeongelman sekä saadun hoidon-/palvelun kuvaus, yhteistyö toimijoiden kesken, solmukohtat palvelu- ja hoitotoimintajauksessa/hoidossa sekä onnistunut palvelu- ja hoitotoiminta/hoito. Kartoitukseen osallistuvia toimialoja olivat lastensuojelu, aikuissosiaalityö, nuorisopsykiatria, nuorten päihdepalvelut, 17 Eksoten alueen yläkoulujen oppilashuoltoryhmää, Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskus sekä kolmannen sektorin toimijana Laptuote -säätiö. Lisäksi hanke teki interventioita, joiden kohteena olivat lasten ja nuorten vastaanottokoti Tarulantupa, kolme Eksoten alueen yläkouluja sekä Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskus. Interventioiden tarkoituksena oli saada syvempää tietoa nuorten palvelu- ja hoitotoimintajauksesta sekä saada lisäinformaatiota kartoitustulosten tueksi. Kokonaisuus toi esille, että Eksoten alueella tarvitaan monitasoisesti:

1. yhteistyön ja luottamuksellisen suhteen rakentamista ja ylläpitämistä,
2. kuuntelemista ja kuulemista,
3. kunnioittavaa suhtautumista, ei syyllistämistä,
4. selkeitä palvelu- ja hoitopolkuja,
5. nuorille paikka, jossa hoidetaan sekä mielenterveys- että päihdeongelmia,
6. kokonaisvastuun ottajia,
7. enemmän yhteistyötä viranomaisten kesken nuorta koskevissa asioissa (esim. tiedon kulku),
8. alle 18 -vuotiaalle nuorille päihdekatko ja -kuntoutus,
9. jalkautuvia työtapoja
10. uusia auttamiskeinoja

Tulokset toivat esille, että nuorten ympärillä on monia auttajia: selkeästi oireileva nuori saa pääsääntöisesti tarvitsemansa avun mutta palvelu- ja hoitojärjestelmä syrjäyttää liian helposti moniongelmaisen nuoren tai nuori syrjäytyy itse. Toimijoiden runsaus ja yhteistyön vähäinen koordinointi edesauttavat moniongelmaisen nuoren syrjäytymistä. Nuorten palveluorganisaatiossa tarvitaan kokonaisnäkemystä ja vastuunottamista nuoresta. Seuraava kuva (Kuva 1.) tuo näkyväksi nuorten turvaverkon moninaisuuden: kokonaisuuteen liittyvien systeemisten ja organisaatiodynaamisten ilmiöiden runsauden sekä kysymyksen kuka pitää langat käsissään?



Kuva 1. Nuori/nuori aikuinen ja turvaverkko, Timo Salmisaari 2012

Nuorten kokonaisvaltaisen palvelumallin luomisen viitekehykseksi sopii Gregory Batesonin systeminen ajattelu. Jan-Christer Wahlbeck (2009) kiteyttää Gregory Batesonin systemisen ajattelun neljään teesiin:

1. Sosiaalisia ilmiöitä on tarkasteltava toisiinsa kytkeytyneinä vuorovaikutusprosesseina.
2. Sosiaaliset ilmiöt eivät ole joko–tai -asioita vaan sekä–että -asioita ja aika monimutkaisella tavalla rakentuneita.
3. Sosiaaliset ilmiöt näyttävät erilaisina riippuen siitä, millä tasolla niitä katsoo.
4. Mitä useammasta näkökulmasta sosiaalisia ilmiöitä pohtii, sitä enemmän informaatiota niistä saa.

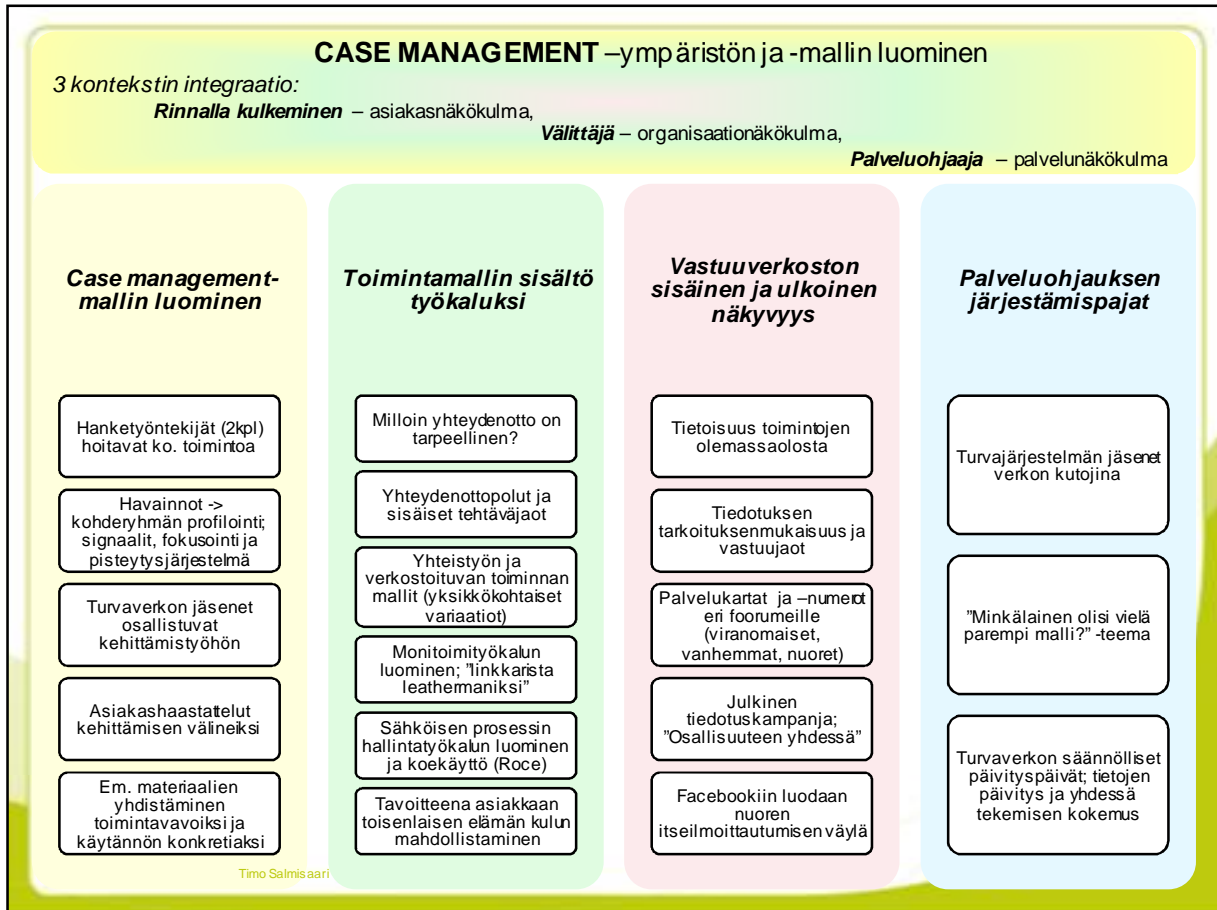
Kannatellen I -hankkeen tuloksena syntyi Case management -toimintamalli, joka pyrkii löytämään keinoja moniongelmaisten nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Mallia testataan ja muokataan Kannatellen II –hankkeen aikana alkaen 1.8.2012. Mallissa ovat sisällä Batesonin neljä teesiä:

1. Nuorten syrjäytyminen tai organisaation syrjäytyminen nuorista on summa katkenneita vuorovaikutusprosesseja,
2. Joko-tai -ajattelu näyttää not me -ajatteluna auttajaverkostossa ja lisää nuorten ”luokuttamista”,
3. Sekä–että -ajattelulle ei jää tilaa,
4. Nuorten syrjäytyminen nähdään liian suppeasta näkökulmasta, jolloin auttamiskeinotkin kapeutuvat ja syrjäytyvät toisistaan.

Case management -ympäristön ja -mallin luominen tapahtuu kolmen kontekstin integraationa (Kuva 2.):

- rinnalla kulkeminen – asiakasnäkökulma,
- välittäjä – organisaationäkökulma ja
- palveluohjaaja – palvelunäkökulma.

Kontekstien kautta näkökulmat ja auttamiskeinot lisääntyvät: tapahtuu kohtaamista, kuulemista ja välittämistä. Vuorovaikutusprosessit kytkeytyvät toisiinsa ja monimutkaisuuteen löytyy uutta ymmärrystä.



Kuva 2. Case management -ympäristön ja -mallin luominen, Timo Salmisaari 2012

- Case management -mallin luominen
Mukana ovat Kannatellen II -hankkeen kaksi työntekijää, turvaverkon työntekijät, nuoret itse ja heidän huoltajansa. Kohderyhmänä ovat 13 – 25 -vuotiaat moniongelmaiset nuoret.
- Toimintamallin sisältö työkaluksi
Laaja-alainen näkökulma nuorten syrjäytymiseen syntyy sähköisen prosessinhallintatyökalun (Oy Roce Partners) kehittämisen ja käyttöönoton kautta. Kokonaisvastuun ottaminen helpottuu työkalun käytön kautta, koska nuoreen liittyvä tieto on koottu yhteen, se on helposti jaettavissa ja järjestelmä ilmoittaa, mitä on tekemättä.
- Vastuuverkoston ulkoinen ja sisäinen näkyvyys
Tieto turvaverkon olemassaolosta, tehtävistä ja vastuista on yhteinen.
- Palveluohjauksen järjestämispajat
Nuorten turvaverkon toimijat löytävät toisensa.

Seuraavassa kuvassa kuvataan (Kuva 3.) sähköisen prosessinhallintatyökalun sisältöä. Sen pohjana on syrjäytymisvaarassa oleva nuori, jolla on vakavia puutteita ainakin jossain syrjäytymisen/huono-osaisuuden kategoriassa:

1. Taloudellinen syrjäytyminen
esimerkiksi toimeentulotukien varassa eläminen
2. Sosiaalinen huono-osaisuus
esimerkiksi puutteellinen vanhemmuus
3. Vallankäytöstä ja osallisuudesta syrjäytyminen
esimerkiksi huostaanotto, edunvalvonta
4. Huono-osaisuus terveyden suhteen
esimerkiksi fyysinen tai psyykinen sairaus joka vaikeuttaa työntekoa, työllistämistä tai opiskelua
5. Työmarkkinoilta syrjäytyminen
esimerkiksi pitkäaikaistyöttömyys
6. Asuntomarkkinoilta syrjäytyminen
esimerkiksi ei vakituista asuinpaikkaa, vaikeus saada vuokra-asunto
7. Koulutuksesta syrjäytyminen
esimerkiksi ei peruskoulun jälkeistä tutkintoa eikä opiskelupaikkaa
(Rauhala 1988)

SYRJÄYTYMINEN JA PROSESSIN OHJAUSTYÖKALU				
TEEMA	SISÄLTÖ	KANSION NIMI	MITTARISTO	KÄYTÄNNÖN TOIMENPIDE
Taloudellinen syrjäytyminen	esim. toimeentulotukien varassa eläminen, tulojen muodostus, hyväksikäyttö, velkaantuminen	TALOUS	Kuukausitulot, Velkaantuminen, Omaisuuden määrä	Sosiaalityöntekijän kartoitus
Sosiaalinen huono-osaisuus	esim. puutteellinen vanhemmuus, sosiaaliset suhteet, tukiverkoston tila	PERHESUHTEET JA VERKOSTO	Samassa taloudessa asuvat henkilöt, Suhde omaisiin, Ystävien määrä	Case managerin kartoitus
Vallankäytöstä ja osallistumisesta syrjäytyminen	esim. huostaanotto, edunvalvonta, poliisiasiat, rikosoikeudelliset prosessit	JURIDISET PROSESSIT	Huostaanotto on/ei, Edunvalvonta on/ei Poliisiasiat, Rikosrekisteri, Rikosnimikkeet ja tuomioiden määrä ja laatu	Sosiaalityöntekijän kartoitus
Huono-osaisuus terveyden suhteen	esim. fyysinen tai psyykinen sairaus joka vaikeuttaa työntekoa, työllistämistä tai opiskelua	TERVEYDENTILA (Psyykinen ja somaattinen)	Psykiatrin mittaristo, terveydenhoitajan konsultaatio	Psykiatrin arvio, Terveydenhoitajan suorittama terveystarkastus
Työmarkkinoilta syrjäytyminen	- esim. pitkäaikaistyöttömyys, työhistoria	TYÖHISTORIA	Työpaikkojen määrä, Työsuhteiden keskimääräinen kesto	Typin kartoitus
Asuntomarkkinoilta syrjäytyminen	esim. ei vakituista asuinpaikkaa, vaikeus saada vuokra-asuntoa, peräkammari	ASUMINEN	Asumisen status	Sosiaalityöntekijän kartoitus
Koulutuksesta syrjäytyminen	esim. ei peruskoulun jälkeistä tutkintoa eikä opiskelupaikkaa	KOULUTUS	Peruskoulu suoritettu?, Oppimisvaikeudet (HOJKS) Jatko-opinnot, mitä? Keskeytyneet opinnot	Sosiaalityöntekijän kartoitus

Kuva 3. Syrjäytyminen ja prosessien ohjaustyökalun kaavio, Timo Salmisaari 2012

Kokonaisvaltaisessa palvelumallissa toteutuu selkeyden hakeminen monimutkaisuuteen, toimijoiden välinen ymmärrys, nuorten ja huoltajien osallisuus, sosiaalisten ilmiöiden tunnistaminen sekä yhteyksien rakentaminen.

Kirjallisuus

Rauhala U:Huono-osaisen muotokuva. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitteluosasto, 1988.

Wahlbeck Jan-Christer: Systeminen ajattelu ja työelämän vuorovaikutuskuviot. Teoksessa Heikkilä Jukka-Pekka, Hyypä Harri, Puutio Risto (toim.) Yhteisön lumo. Vihanti: Metanoia Instituutti, 2009.

4.6 Lapsiperheiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen

Minna Asplund, Kaisa Humaljoki, Pirjo Kotkamo, Sirpa Kumpuniemi

Johdanto

Vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmien tiedetään vaikuttavan lapsen terveyteen lapsuudessa ja myöhemmin aikuisena. Ne ovat vahvin ennustaja lapsen omille mielenterveys- ja päihdeongelmille ja suurin syy huostaanottoihin. Masennussairaus on tavallisin mielenterveyden häiriö. Masentuneen vanhemman lapsista noin 40 prosenttia sairastuu ennen 20:tä ikävuottaan ja noin 60 prosenttia ennen 25:tä vuotta (Solantaus 2005.). Synnytyksen jälkeistä masennusta esiintyy 10–15 %:lla kaikista synnyttäneistä (Tammentie, Tarkka, Åstedt-Kurki, Paavilainen & Laippala 2004). Kansainvälisessä meta-analyysitutkimuksessa (Paulson & Bazemore 2010) keskimäärin 10 %:lla isistä oli masennusta kumppanin raskauden aikana tai lapsen synnytyksen jälkeen.

Noin joka neljännessä lapsiperheessä on mielenterveys- tai päihdeongelmia, joita lapsen kasvuympäristössä ei ole riittävästi valmiuksia tunnistaa, ottaa puheeksi ja ohjata avun piiriin. (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear & Crase 2005). Tiedetään, että noin joka kolmannella suomalaisella psykiatrisella potilaalla on alaikäisiä lapsia (Leijala, Nordling & Rauhala 2001). Suurin osa (90 %) suomalaisista käyttää alkoholia. A-klinikkasäätiön Lasinen lapsuus -kyselyssä (2009) joka neljännessä kodissa käytettiin liikaa päihteitä lapsen näkökulmasta.

Otso tallusti Vantaalle

Hankkeen aikana on kehitetty lapsen kehitys- ja kasvuympäristössä uusi perhekeskeinen toimintamalli, joka tehostaa pikkulapsiperheiden (3–6-vuotiaat) lapsiperheiden varhaista tukea ja vanhempien hoitoon ohjausta mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Tätä hanketta on kutsuttu Otsoksi. Hanke on tehnyt yhteistyötä jalkautumalla päivähoidon, neuvolan ja Tikkurilan seurakunnan lapsityön toimipisteisiin Keski-Vantaalla Pakkalan, Tammiston ja Kartanonkosken alueilla. Tiivistä yhteistyötä on tehty myös alueen lapsiperheiden kotipalvelun, perheneuvolan, lastensuojelun, päihdepalveluiden, depressiohoitajien sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Hankkeen työntekijät edustavat eri ammattiryhmiä sosiaali- ja terveydenhuollosta, joten työtä on voitu jakaa asiakasperheiden tarpeiden mukaan.

Otson toiminta alkoi Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon lapsiperhetoimijoiden kuulemistilaisuudella vantaalaisten lapsiperheiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteista ja -haasteista. Kuulemistilaisuuden yhteenvedosta hanketyöntekijöille tarkentui, että matakynnyksinen, varhainen tuki tulee kohdistua lapsiperheiden vanhempien mielenterveyden tukemiseen ja mahdollisen syrjäytymisen ehkäisemiseen.

Hankkeen tavoitteeksi muodostuivat työntekijöiden osaamisen lisääminen ja asenteiden muuttaminen myönteisemmäksi mielenterveys- ja päihdeongelmia kohtaan, yhteistyön tiivistäminen eri toimijoiden välillä sekä tavoite siitä, että asiakkaan kontakti työntekijän kanssa johtaa tarpeenmukaisen tuen ja hoidon piiriin kolmen päivän sisällä. Työmenetelminä hankkeessa ovat olleet asiakastapaamiset Lapset puheeksi ja neuvonpito -työmenetelmän avulla sekä tarvittava palveluohjaus, henkilökunnan tarpeisiin perustuvat koulutus ja konsultointi sekä asiakkaille suunnattu ryhmätoiminta.

Otetaan perheet puheeksi

Otso-hanke on tuonut mukanaan uuden ja laajemman perhekeskeisemmän näkökulman lapsityöhön työskennellessään lasten kehitysympäristössä. Päivähoidon ja seurakunnan lapsityön keskeisin tehtävä on lapsen kasvun ja kehityksen tukeminen. Hankkeen aikana näkökulmaa on laajennettu huomioimaan koko perheen hyvinvointi, vanhempien voimavarojen tukeminen haasteellisissa elämäntilanteissa sekä lapsen mahdollisen oireilun taustalla olevat ilmiöt perheessä.

Asiakkaat ovat ohjautuneet Otso-työn piiriin joko omalla yhteydenotolla tai työntekijöiden ohjaamana. Yleisimmät yhteydenoton syyt ovat olleet parisuhdeongelmat ja erot sekä vanhempien uupumus ja väsymys. Vanhemmat, joilla on päihdeongelma, edustavat pientä vähemmistöä Otso-asiakkuuksissa. Ei ole selvää johtuuko tämä yleisestä ja sallivasta asenteesta alkoholin käyttöä kohtaan vai siitä, että liiallinen alkoholinkäyttö on edelleen yhteiskunnassamme asia, josta on vaikea puhua ja johon on vaikea hakea apua.

Ennaltaehkäisevä perhetyö päivähoidossa

Ennaltaehkäisevän perhetyön tavoitteena on ylläpitää perheen hyvinvointia ja ennaltaehkäistä elämänmuutostilanteissa mahdollisesti esiin tulevia riskejä. Työskentelyssä painottuu perheiden varhainen tukeminen. Ennaltaehkäisevän työn asiakasperheinä ovat usein juuri ne perheet, joissa on alle kouluikäisiä lapsia. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä, Virolainen 2007).

Kunnissa on vähennetty lapsiperheille suunnattuja ennaltaehkäiseviä palveluita, jolloin lasten ja perheiden mahdollisia ongelmia ei pystytä samalla tavalla havaitsemaan, eikä niihin pystytä puuttumaan riittävän ajoissa. Lasten hyvinvoinnin ja vanhemmuuden välillä nähdään kuitenkin vahva yhteys. Perheitä ja vanhemmuutta tukemalla on mahdollista vaikuttaa ennaltaehkäisevästi suurempien ongelmien syntyyn. Päivähoidon työntekijät kohtaavat vanhemmat päivittäin ja se mahdollistaa hyvän avoimen yhteistyön vanhempien sekä työntekijöiden välillä. Päivähoito tulisikin nähdä lapsiperheitä tukevana palveluna. Päivähoidossa tehdään tärkeää ennaltaehkäisevää lastensuojelutyötä päivittäin. Lastensuojelulaki velvoittaa viranomaisia toimimaan yhdessä perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

Henkilökunnan konsultoinneissa korostuvat mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksioton vaikeus, huolen puheeksioton haasteet sekä tiedonpuute vantaalaisesta palveluverkostosta. Hankkeen neljällä työntekijällä asiakkuuksia on ollut 1.11.2010–31.5.2012 välisenä toiminta-aikana 125 perhettä ja 629 henkilökunnan konsultaatioita. Asiakkuuksien ja konsultointien määrät ovat lisääntyneet Otso-hankkeen etenemisen ja tutuksi tulemisen myötä. Kontaktien määrät ovat suuria ja siitä voidaan päätellä, että tarve varhaiselle tuelle on ilmeinen. Asiakaspalautteen ja henkilökunnalta saadun kannustavan palautteen mukaan hankkeen tarjoama varhainen, nopea ja matalakynnyksinen apu lapsen kehitysympäristössä on koettu hyvin tärkeäksi ja tarpeelliseksi tukimuodoksi perheille.

Minä toimin – ei joku muu!

Otso-hankkeen alussa pilottialueen työntekijöille tehdyn koulutuskyselyn mukaan työntekijät toivoivat lisäkoulutusta huolen puheeksiotosta, mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisesta ja puheeksiotosta, ongelmien vaikutuksesta lapsen kehitykseen, Vantaan tarjoamista mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä muista kuntalaisille tarjottavista tukipalveluista. Koulutukset ovat toteutuneet pilottialueella sekä laajemmin koko Vantaan alueella. Koulutustilaisuuksissa osallistujia on ollut 345 henkilöä. Koulutuksiin on sisällytynyt koulutuskokonaisuuksia esimerkiksi psykiatrisista häiriöistä, lapsiperheiden palveluverkostoista sekä siitä miten lapsi kokee vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelman. Koulutuksissa käytyjen keskustelujen, saadun palautteen sekä käytännön kokemuksen pohjalta voimme todeta, että peruspalveluissa on tarvetta sosiaalialan, päihdetyön, terapeuttisen lähestymistavan sekä psykiatrian osaamiselle.

Masentunut isä neuvolan asiakkaana

Vantaalla on aiemman Sateenvarjo -hankkeen aikana kehitetty toimiva äitien masennuksen hoitomalli (Vuorilehto, Kuosmanen & Kumpuniemi 2010). Isien tuen tarve jää usein tunnistamatta neuvolakäynnillä eikä isien masennusta ole tutkittu tai selvitetty järjestelmällisesti Suomessa. Isien sekä kumppanin raskauden aikaisen että lapsen syntymän jälkeisen masennuksen esiintyvyyden keskiarvo oli meta-analyysitutkimuksen (Paulson & Bazemore 2010) mukaan noin 10 prosenttia. Lisäksi äidin masennus lisää isän riskiä sairastua sekä ennen että jälkeen synnytystä (Condon, Boyce & Corkindale 2004). Tutkimuksissa on myös todettu, että raskauden aikaisen masennuksen jatkuminen synnytyksen jälkeen on tavallista molemmilla vanhemmilla (Deater-Deckard, Pickering, Dunn & Golding, 1998; Perren, von Wyl, Burgin,

Simoni & von Klitzing 2005) Äitien synnytyksen jälkeinen masennus lisää lasten riskiä sairastua masennukseen, kun taas isien sairastaminen lisää käytös- ja uhmakkuushäiriöiden sekä sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä erityisesti pojilla 3 1/2 vuoden iässä sekä psykiatrisen diagnoosin todennäköisyyttä 7 vuoden iässä (Ramanchandani, O'Connor, Evans, Heron, Murray & Stein 2008). Suomessa syntyy vuosittain noin 60 000 lasta, joista noin 40 % syntyy ensisynnyttäjille (THL 2011). Raskauden aikainen masennus koskettaa siis vuositasolla arviolta 6000:ta isää perheineen. Kysymyksessä on siis merkittävä ylisukupolvinen terveysongelma.

Uusi neuvola-asetus (380/2009) velvoittaa tarjoamaan laajoja terveystarkastuksia kerran raskauden aikana ja lapsen ollessa 4 kk, 18 kk ja 4 v. Käynnille kutsutaan koko perhe ja käynnin fokus on vanhemmuudessa ja parisuhteessa painottaen isän roolia ja vastuuta. Neuvolatyössä on kiinnitetty jo pitkään huomiota vanhemmuuden tukemiseen. Isien osuus on kuitenkin jäänyt vähemmälle tarkastelulle ja osa isistä on kokenut itsensä neuvolassa enemmän sivustaseuraajaksi kuin aktiiviseksi osallistujaksi. Osa neuvolan henkilökunnasta on pitänyt miesten kohtaamista neuvolassa haasteellisena ja toivonut lisää koulutusta kohdatakseen isät miehinä ja erillisinä vanhempina. Miesten sitoutumista entistä enemmän lapseen ja vanhemmuuteen osoittaa isien lisääntyneet käynnit lapsen kanssa neuvolassa. (STM 2008.)

Hankkeen päämääränä on ollut vaikuttaa vantaalaisten isien hyvinvointia lisäävästi tehostamalla mielen-terveys- ja päihde-ongelmien ennaltaehkäisyä, puheeksi ottamista ja hoitoon ohjausta äitiys- ja lastenneuvoloissa, kotipalvelussa, sosiaalitoimessa, päivähoidossa sekä seurakunnan diakonia- ja lapsityössä. Tavoitteena oli kehittää isien masennuksen hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolaan isätyön ja tutkimuksen pohjalta yhteistyössä Vantaan kaupungin toimijoiden kanssa. Malli on valmis syksyllä 2012.

Isätyöntekijä neuvolassa

Hankkeen tuotoksina alkoi isätyöntekijän (psykiatrian erikoissairaanhoitaja) matalan kynnyksen vastaanotto toiminta itäisen neuvola-alueen isille. Isillä oli mahdollisuus varata keskusteluaika ilman lähetettä, seurantaa tai tiettyä syytä. Ainoa kriteeri ajanvarauksessa oli isän oma motivaatio keskusteluun. Tarpeen mukaan isille tarjottiin 1–6 kertaa kognitiivis- ja lyhytterapiapainotteisia yksilö-, pari-, perhe- tai verkostotaapaamisia, joihin sisältyi hoidon tarpeen arvio, tukea antavat keskustelut, tarvittaessa sähköisesti toteutettava mielen-terveys- ja päihdeongelmia kartoittava kertakäynnin kysely ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaus.

Tarkoituksena oli tavoittaa isä, jotka eivät olleet hoidon piirissä. Toiminnan pääpaino oli ennaltaehkäisyssä, jotta perheet saisivat apua ennen kuin lapset oireilevat ja isän tai äidin ongelmat vaikeutuvat. Isätyöntekijä teki myös kotikäyntejä ja oli käytettävissä yhteistyökumppaneiden kouluttajana, konsulttina ja työnohjaajana isien mielen-terveys- ja päihdeongelmiin liittyen. Ensimmäisten kahdeksan kuukauden aikana isätyöntekijä tapasi 38 isää yhteensä 107 kertaa ja soitti 32 sovittua hoidon seurantapuhelua. Pääsääntöisesti isät halusivat yksilökäyntejä ja valitsivat useimmiten mielen-terveys- ja päihdekeskuksen tapaamispaikaksi, kun vaihtoehtoina olivat oma neuvola tai kotikäynti. Yleisin yhteydenoton syy oli parisuhdeongelma tai avo- tai avioero. Ikävänä piirteenä ilmeni järjestelmällistä lapsen vieraannuttamista isästään ja tähän liittyvää huolta isä-lapsisuhteen tulevaisuudesta. Muita syitä olivat etävanhemmuuden haasteet, väkivallan uhka, vaikea raskaus sekä masennusoireet. Vain neljä isää ohjattiin jatkohoitoon ja heistäkin vain yksi erikoissairaanhoitoon. Osa isistä tarvitsi terveydenhoitajan, perhetyöntekijän tai kumppanin tukea ajanvaraukseen. Isätyöntekijä otti yhteyttä isään isän luvalla. Isä-hankkeesta tiedotettiin neuvoloiden lisäksi pilottialueen päiväkodeissa, sosiaalitoimessa, kotipalvelussa sekä Korson ja Hakunilan seurakuntien lapsikerhoissa. Neuvoloiden, kotipalvelun sekä sosiaalitoimiston työntekijät konsultoivat isätyöntekijää isien masennukseen sekä hoitoonohjaukseen liittyvissä asioissa aktiivisesti.

Kuuntele isän tarina

Isä-hankkeen kynnyksetön ja joustava toimintatapa koettiin hyväksi niin henkilökunnan kuin perheitten taholta. Isille oli tärkeää mahdollisuus keskustella luottamuksellisesti ja kiireettömästi. Työntekijän sukupuolella ei ollut väliä. Vain neljä isää tarvitsi jatkohoitoa, kolme heistä ohjautui depressiohoitajalle ja yksi isä psykiatriseen erikoissairaanhoitoon. Palautteena vanhemmat ehdottivat neuvolan käytäntöön lisättäväk-

si isälle oma yksilökäynti vauvan syntymän jälkeen tai tarvittaessa aiemminkin. Isät tarvitsevat tukea stressaavassa elämäntilanteessa. Apua on tärkeää saada nopeasti ja helposti. Kuuntelemalla isän tarina tuetaan isyyttä ja isän jaksamista. Psykiatrisen hoitajan työ neuvoloissa on joustavaa ja painottuu ennaltaehkäisyyn. Perheen tulisi saada apua ennen kuin lapset oireilevat ja vanhempien ongelmat vaikeutuvat.

Yhteistyön voima

Hankkeen aikana psykiatri tai psykiatriset sairaanhoitajat ovat kukin vuorollaan osallistuneet Vantaalla viikoittain kokoontuvaan lastensuojelun asiantuntijatyöryhmään ainoana aikuispsykiatrian edustajana. Asiantuntijatyöryhmässä lastensuojelun työntekijät tuovat käsittelyyn asiakastapauksia, joissa mietitään mahdollista huostaanottoa tai lastensuojelutyön lopettamista. Aikuispsykiatrian asiantuntemusta hyödynnetään pohdittaessa vanhempien mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeellisuutta ja mahdollisuuksia sekä arvioitaessa käytettyjen palveluiden riittävyttä ja tuloksellisuutta. Lastensuojelun työntekijöille on tarjottu myös mahdollisuutta psykiatriseen konsultaatioon. Nuorten jälkihuoltoyksikkö on sitä säännöllisesti pyytänyt.

Lapsiperheiden vanhemmilla on monenlaisia psyykkisesti kuormittavia elämäntilanteita ja erilaista psyykkistä oireilua, jotka kaipaavat nopeaa ja oikea-aikaista arviota. Aina vanhemman psyykinen huonovointisuus ei täytä kriteereitä erikoissairaanhoidon eikä depressiohoitajan hoitoon. Nämä vanhemmat jäävät helposti väliinpuotoajiksi ja ongelmat vain pahenevat ajan mittaan. Perheelle tai vanhemmille tarjotaan apua ehkä ensimmäisen kerran vasta, kun lapsi jo oireilee päiväkodissa tai koulussa. Lapsiperheiden palveluihin tarvitaan varhaista, matalakynnysistä vanhempien auttamista, ilman lähetettä ja lyhyen ajan sisällä. Tarkoituksena on tavoittaa vanhempia, jotka eivät ole psykiatrisen hoidon piirissä. Toiminnan pääpaino on preventiossa. Psykiatriset sairaanhoitajat voivat tehdä myös kotikäyntejä ja ovat käytettävissä yhteistyökumppaneiden konsulttina, kouluttajina ja työnohjaajina vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyen. Lapsiperheille tarjotaan oikea-aikaista apua ongelmiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ettei tilanne kriisiydy ja ettei lasten tarvitse pitkään kärsiä vaikeassa perhetilanteessa esimerkiksi vanhempien mielenterveys- tai päihdeongelmien jäädessä hoitamatta. Jos huoli herää pikkulapsiperheiden vanhemmista neuvolassa, päiväkodissa tai sosiaalitoimessa, paikalle voidaan pyytää psykiatrisen sairaanhoitaja joko antamaan psykiatrista konsultaatiota työntekijöille tai tapaamaan mahdollisesti yhdessä työntekijän kanssa vanhempaa. Vanhempien kynnyksen ottaa apua vastaan on matala, kun psykiatrisen sairaanhoitajan voi tavata tutussa neuvolassa tai päiväkodissa. Tällä toiminnalla psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä lastensuojelun kustannukset laskevat. Tällä hetkellä perustasolla perheiden palveluissa ei ole psykiatrisia asiantuntijoita arvioimassa vanhempien psyykkistä vointia ja asiakkaat joutuvat hakeutumaan erikoissairaanhoidon tai eivät saa hoitoa lainkaan.

Lopuksi

Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeen aikana syntyneiden kokemusten ja saadun palautteen mukaan lapsiperheiden mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisevää ja varhaista tukea sekä avunsaantia tulee tehostaa. Henkilökunta tarvitsee tuekseen työntekijöitä, joilla on sosiaalityön tuntemusta sekä psykiatrista ja päihdetyön erityisosaamista.

Koulutus ja konsultointi on koettu erittäin merkittäväksi avuksi työskennellessä lapsiperheiden kanssa. Koulutuksien ja konsultoinnin avulla työntekijät ovat saaneet valmiuksia kohdata ja ymmärtää erilaisten perheiden erilaisia tarpeita sekä keinoja työntekijöiden omaan työssä jaksamiseen. Henkilökunta on rohkaistunut kysymään, kuinka vanhemmat voivat ja ovat osanneet tarvittaessa ohjata heidät oikeanlaisen avun piiriin. Tässä hankkeessa moniammatillinen työote ja hanketyöntekijöiden jalkautuminen päiväkoteihin, seurakunnan lapsityöhön sekä neuvolaan on mahdollistanut matalan kynnyksen avun tarjoamisen vanhemmille.

Kirjallisuus

<http://www.vantaa.fi/hyvamieli>

Järvinen, R, Lankinen, A, Taajamo, T, Veistilä, M, Virolainen, A. Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea. Wsoy. 2007.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. (Viitattu 30.5.2012) Saatavissa <http://www.finlex.fi/FI/laki/alkup/2007/20070417>.

Maybery D, Reupert A, Patrick K, Goodyear M, Crase L. VicHealth Research Report on Children at Risk in Families affected by Parental Mental Illness. Victorian Health Promotion Foundation: Melbourne 2005. www.vichealth.vic.gov.au website.

Laajasalo T., Pirkola S. Ennen kuin on liian myöhäistä - Ehkäisevän mielenterveystyön käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Raportti 47/2012, 21,-51-52.

Paulson, J.F. & Bazemore, S.D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA. 303(19):1961-9.

Riihimäki, Kirsi. Psykiatrisen osaamisen lisääminen lastensuojelun perhekuntoutuksessa, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke. Vantaan kaupunki 2011.

Solantaus, Tytti. Vanhemman mielenterveydenhäiriö ja lapset. Suomen Lääkärilehti 2005; 38: 37 65-70.

Tammentie, T., Tarkka, M.-I., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Laippala, P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. Journal of Psychiatric and Health Nursing, 11, 141-149.

Vuorilehto, M, Kuosmanen, L, & Kumpuniemi, S. Psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva neuvolassa. Teoksesta: Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä. Kokemuksia Pohjanmaa -hankeesta, Sateenvarjo -projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005-2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

4.7 Palvelukartta avuksi järjestelmän ymmärtämiseen

Petra Baarman

Kun Pohja, Karjaa ja Tammisaari yhdistyivät vuonna 2009 Raaseporin kaupungiksi, kokivat niin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat kuin niiden käyttäjät olevansa ison muutoksen edessä. Yhteenliittymisen ajatuksena oli, että kuntalaisille pystyttäisiin tulevaisuudessa tarjoamaan yhä parempia ja kustannustehokkaampia palveluja. Yhdistyneiden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat olivat luoneet aikoinaan omia sisäisiä tapoja toimia ja nyt oli aika yhdistää toimintakulttuureita rajoja ylittävästi.

Myös muutokset alueen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kiihtyivät vuoden 2011 aikana. Samaan aikaan kun Raasepori, Hanko ja HUS/Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulostulosyksikkö ryhtyivät yhä aktiivisemmin kehittämään mielenterveys- ja päihdepalveluita MOSAIK-hankkeen nimissä. MOSAIK–mosaiikki–kuvaava juuri alueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden pirstaloituneisuutta, toimintakulttuurien moninaisuutta ja palveluiden tuottajien rooliepäselvyyttä.

Hanketyöllä liikkeelle

MOSAIK-hanke kartoitti keväällä 2011 kaikki Hangon ja Raaseporin alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut. Kartoituksen yhteydessä toimijoiden kanssa tehtiin myös SWOT-analyysi. Analyysin mukaan alueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden vahvuutena on matalankynnyksen palvelut, ja se, että hoitoon pääsee melko nopeasti. Palveluita tarjotaan niin ruotsiksi kuin suomeksi, henkilökunta on osaavaa ja työyhteisöt toimivat hyvin. Toisaalta heikkoutena koettiin muun muassa kuntien mielenterveys- ja päihdestrategioiden puuttuminen. Myös huoli henkilökunnan jaksamisesta ja henkilöstön resurssien riittämättömyydestä sekä nuorten päihdepalveluiden puuttumisesta asettavat toimijoiden mukaan uhkapilviä tulevaisuudelle. Lisäksi toimijoiden välistä vastuunjaon selkeyttämistä peräänkuulutettiin. Mahdollisuutena puolestaan nähtiin muun muassa sektoreita ylittävä yhteistyö ja sitä kautta toimijoiden välisen yhteistyön vahvistuminen.

Kartoituksen ja analyysin jälkeen syksyllä 2011 aloitettiin hoitoketjutyöskentely: MOSAIK-hankkeen tavoitteiden mukaisesti perustettiin viisi eri työryhmää (lapset, nuoriso, geropsykiatria, mieliala ja psykoosi), joiden tehtävänä oli selkeyttää alueen toimijoiden välistä työn- ja vastuunjakoa. Tukena käytettiin käypähoito-suosituksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja ja asetuksia. MOSAIK-hankkeen tavoitteiden mukaisesti myös henkilöstön osaamista vahvistettiin järjestämällä koulutuksia sekä tarjoamalla mahdollisuutta osallistua muiden osahankkeiden koulutuksiin.

Tiedot kartoitettu ja jäsennetty, mitä seuraavaksi?

Mitä sitten tulisi tehdä alkukartoituksessa kerätyn tiedon kanssa? Miten palveluiden selkeyttäminen kuntalaisille ja toimijoille tukisi Mieli 2009-ohjelmaa asiakkaiden osallisuuden lisäämisestä sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden rinnakkain kulkemisesta? Kysymys oli haastava, mutta ajan henkeen kuuluva. Hangon ja Raaseporin alueella asiakkaiden osallisuus palveluiden kehittämiseen oli ennen MOSAIK-hanketta rajoittunut pääsääntöisesti osallistumiseen asiakaskyselyihin, ja kokemusasiantuntijuus on lähinnä näkynyt alueen kolmannen sektorin toiminnassa.

MOSAIK-hankkeen osatavoitteena pirstaloituneiden hoitoketjujen eheyttämistä oli tuoda tietoisuuteen niin kuntalaisille kuin toimijoille kaikki ne palvelut, joita alueella on. Tähän tarvittaisiin kartta, mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelukartta. Kartta rakennettaisiin yhdessä kokemusasiantuntijoiden ja kolmannen sektorin kanssa niin Raaseporin kuin Hangon kaupunkien kotisivuille. Palvelukartta jäsennettäisiin elämäntien mukaan siksi, että palvelut olisi näin selkeästi löydettävissä.

Palvelukarttaa tekemässä - kokemusasiantuntijat mukana

MOSAIK-hanke sai kehittämistyöhön mukaan kaksi Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevaa henkilöä, joilla oli kokemusta alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista, ja joilla oli ennen kaikkea kiinnostusta olla mukana julkisen sektorin kehittämistyössä. Lisäksi haastateltiin erikseen yhtä kuntalaista, palveluiden käyttäjää. Yhdessä kokemusasiantuntijoiden kanssa käytiin läpi heidän kokemuksiaan palveluihin ohjautumisesta: mistä, miten ja milloin he olivat hakeneet apua, mikä oli apua saadessa merkittävää, mikä olisi pitänyt mennä toisin. Näin päästiin kosketuksiin sen todellisuuden kanssa, joka koskettaa palveluiden käyttäjää.

Kokemusasiantuntijoiden kanssa tarkasteltiin kaupungin sen hetkisiä kotisivuja; vahvuuksia ja heikkouksia löydettiin. Koska kotisivuilta palvelut ovat hankalasti löydettävissä, sai tuleva palvelukartta kokemusasiantuntijoilta yhtä positiivisen vastaanoton kuin toimijoilta. Kokemusasiantuntijoille esitettiin kaupungin kotisivujen ylläpitäjän tekemä graafinen suunnitelma palvelukartasta. Otsikoita ja sisältöä pohdittiin yhdessä ja esitettiin ohjausryhmälle kommentoitavaksi ja muokattavaksi. Se myös esitettiin alueen kolmannelle sektorille, Klubitalo Fontanalle, jonka kanssa tarkasteltiin sisältöä lisää sekä tehtiin käännöstyötä. MOSAIK-hankkeen mielenterveys- ja päihdepalvelukartta sai rakennusapua myös Mielen avain-hankehallinnolta, hankehallinnon tietotekniikka-osaaja toimi tärkeänä mahdollistajana, jotta itse tietojen syöttäminen ei kuluttaisi liiaksi MOSAIK-hankkeen niukkoja resursseja.

Kehittämistyön tuotoksen jalkauttaminen

Jalkauttamista suoritettiin jatkuvasti kehittämistyön aikana. Palvelukartasta kerrottiin eri työyhteisöjen tapaamisissa. Tavoitteena hankkeella on vielä tehdä palvelukartasta käyntikortti, jonka toimijat voivat antaa asiakkaille. Käyntikortteja on tarkoitus olla esillä lisäksi esimerkiksi alueen kirjastoissa. MOSAIK-hankkeen päättymisen jälkeen syyskuussa 2012, palvelukartan päivittäminen on kunnan mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksiköiden vastuulla.

On todettava, että palvelukartta on yksi tapa jäsentää ja ymmärtää palveluita palveluverkostossa, erityisesti silloin, kun toiminnan hallinnassa on tapahtunut muutoksia. Näin esimerkiksi silloin, kun kuntaliitoksia syntyy, eivätkä alueet ole kunnolla tietoisia toistensa palveluiden tarjonnasta. Se, miten palvelut rakentuvat toistensa ympärille, vaatii toimijoiden välistä yhteistyötä. Kehittämistyötä tulee kuitenkin tehdä niin toimijoiden kuin palveluiden käyttäjien kanssa. Myös ylempien virkamiesten ja poliitikkojen tulee tarttua haasteeseen, jotta palvelut olisivat tulevaisuudessakin korkeatasoisia.

Sellainen palveluja tuottava taho, joka haluaa menestyä, ottaa asiakaslähtöisyyden osaksi strategiaansa. Toimintamallien luomisen sekä asennemuutoksien kautta on mahdollista luoda sellainen palveluita tuottava taho, jossa myös johto löytää suhteensa asiakkaisiin, ja näin osoittaa arvostustaan. (Mattila & Ollikainen 2008.)

Kirjallisuus

Mattila, P. & Ollikainen, A. 2008. Asiakaslähtöisyys on sydämen asia. 19.9.2008. Talouselämä.

5 Ohjauskeinojen kehittäminen

5.1 Kunta ja kehittäminen

Niina Korpelainen

Yleistä

Kunta hoitaa kuntalain 2 §:n mukaan itsehallinnon nojalla ottamansa ja sille säädetty tehtävät. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä tehtäviä on säädetty kunnille sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa sekä lukuisissa erillislaeissa. Kuntakenttä sekä sosiaali- ja terveystoimi osana kuntarakennetta on suuren murroksen keskeillä. Kuntarakenteita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistetaan lainsäädäntöteitse tulevina vuosina.

Kunnat kehittävät samanaikaisesti organisaatioitaan. Kouvolan kaupungilla on meneillään organisaatiouudistus, jossa valmistellaan kaupungille prosessiorganisaatiota. Hyvinvointipalvelujen toimiala, joka sisältää perusturvan palvelut sekä sivistyksen palvelut, kuten varhaiskasvatukseen ja opetukseen liittyvät palvelut, kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut, jakautuu kolmeen palveluketjuun. Ne ovat kasvun ja oppimisen sekä lapsiperheiden tukeminen, aikuisväestön toimintaedellytysten vahvistaminen sekä ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen. Uudessa organisaatiossa kaikki esimiehet eivät voi olla johtamansa substanssin asiantuntijoita. Kuitenkin heidän tulee ottaa paikkansa johtajina ja osata johtaa palvelukokonaisuuttaan kaupungin strategian mukaisesti. Muutosta tulee osata johtaa sekä jalkauttaa kaupungin strategia aina asiakaspinnassa työskentelevien toimintaan saakka. Poikkihallinnollisen uudistustyön yhteydessä kuntien on erityisen tärkeää kehittää muutosjohtamista, mutta myös strategista, talous- ja henkilöstöjohtamista.

Suomen Kuntaliiton strategian (2011) mukaan kuntalaisten arjen hyvinvoinnin turvaaminen on kuntien yksi keskeisiä tulevaisuuden haasteita. Kuntien taloudellisten voimavarojen rajallisuus edellyttää, että kuntien järjestämät palvelut ovat tuottavia ja kustannusvaikuttavia. Palvelujen järjestämistä ja oman tuotannon osalta palvelujen tuottamista tulee johtaa kuntien strategioiden, hyvän hallintotavan sekä hyvän henkilöstöpolitiikan mukaisesti. Asiakkaiden kannalta on tärkeää, että palvelut vastaavat heidän tarpeitaan ja ovat laadukkaita. Kunnan palveluista suurimman kokonaisuuden muodostavat sosiaali- ja terveystoimen palvelut. Keskityn tässä artikkelissa juuri niiden palvelujen kehittämiseen, joiden parissa itekin työskentelen.

Kehittäminen sosiaali- ja terveystoimessa

Väestön ikääntyminen ja sen mukana palvelutarpeen lisääntyminen edellyttää väistämättä palvelujen kehittämistä raskaasta laitoshoidosta monimuotoisiin ja ennalta ehkäiseviin sekä kotiin annettaviin palveluihin. Väestön huoltosuhteen heikkeneminen edellyttää, että nuorten ikäluokat tulevat täysimääräisesti työelämään mukaan yhteiskunnan rakentamiseen. Työkyvyttömyyttä aiheuttavia alkoholiehtoisia sairauksia sekä mielen sairauksia ei ole pystytty viime vuosina riittävän tehokkaasti hoitamaan, vaan ne ovat aiheuttaneet lisääntyvässä määrin työkyvyttömyyttä (THL, Tilastoindikaattoripankki SOTKANet 2005–2011). Tämä edellyttää päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämistä. Edellä olevat maininnat riittänevät todistamaan, että kuntien palvelujen sisällöllinen ja rakenteellinen kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää.

Palvelujen kehittämisen tulisi pohjautua sekä tieteellisen tutkimustiedon että kokemukseräisen tiedon varaan, jotta kehittämisen voidaan odottaa tuottavan positiivista ja kestävää muutosta palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta kuntien panostukset tutkimukseen lienevät kuitenkin verraten vähäisiä, mikä varmasti osaltaan häiritsee kunnallisten peruspalvelujen kehittymistä.

Palvelujen kehittämisen tulee olla tavoitteellista, pitkäjänteistä sekä niin henkilöstöä kuin asukkaita ja asiakkaita osallistavaa, jotta pysyviä muutoksia saavutetaan. Palvelujen käyttäjille tulee antaa mahdollisuus tulla mukaan kehittämiseen. Tähän opastaa myös Kuntaliiton edellä mainittu strategia, jonka mukaan kun-

tapalveluja kehitetään innovatiivisesti ja käyttäjälähtöisesti yhdessä kumppaneiden kanssa. Kunnan yhteistyökumppaneita ovat kolmas sektori, yritykset ja palveluja käyttävät kuntalaiset. Kehittämisen lähtökohtana on kokonaisvaikutusten tarkastelu. (Suomen kuntaliiton strategia 2011.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden laadusta Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontavirasto Valvira on viime vuosina antanut omia ohjeitaan, jotka palvelujen kehittämisessä tulee ottaa huomioon. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen kunnissa tapahtuu usein erilaisina hankkeina. Hanketoiminta vaatii projektijohtamisen osaamista. Sitä tulee kunnissa kehittää systemaattisesti, jotta hankkeita voidaan tuottavasti hyödyntää.

Kehittämisellä lakimääräinen perusta

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on lakiin perustuvat säädöksensä palvelujen kehittämisestä. Toukokuun alussa 2011 voimaan astuneen uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) pykälässä 35 säädetään sairaanhoidopiiriin kuntayhtymään perustettavasta perusterveydenhuollon yksiköstä, joka muun muassa sovittaa asiantuntijana alueellaan tehtävän perusterveydenhuollon tutkimusta ja kehittämistä. Samaisen lain (1326/2010) 37 §:n mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla sen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 12 § velvoittaa antamaan valtuustolle kerran valtuustokaudella hyvinvointikertomuksen, jonka perusteella on löydettävissä kohteet, joita esimerkiksi seuraavalla valtuustokaudella tulee kehittää. Toivottavaa on, että myös uuteen sosiaalihuoltolakiin sisällytetään vastaavat säädökset.

Alueellisessa sosiaalialan kehittämisessä laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta (1230/2001) on keskeisessä asemassa. Osaamiskeskuksen tehtävänä on lain 2 §:n mukaan toimialueellaan turvata muun muassa sosiaalialalla tarvittavan asiantuntemuksen kehittyminen ja välittyminen, peruspalvelujen kehittyminen sekä erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen kehittäminen sekä sosiaalialan tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan toteutuminen. Maan kaikki kunnat kuuluvat sosiaalialan osaamiskeskuksiin. Kunnat kehittävät sosiaali- ja terveyspalvelujaan pitkälti sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) puitteissa ja sosiaalialan osaamiskeskukset ovat mukana tässä kehittämistyössä. (STM 2007.)

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992), sen 5 §:ssä, säädetään valtioneuvoston velvollisuudesta vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE), jossa määritellään ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset.

Kunta hankeverkostossa ja alueellisen johtoryhmän ohjauksessa

Kuntien ja kuntayhtymien KASTE-ohjelmaan esittämät hankkeet ja valtionavustuksen hakeminen niihin käsitellään ohjelman toteuttamista varten asetetuissa sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisissa johtoryhmissä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa (Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista 2012).

Aluejohtoryhmien tehtävänä on laatia kansallisen kehittämisohjelman alueelliset toimeenpanosuunnitelmat, joissa sovitetaan yhteen valtakunnalliset kehittämistyön linjaukset ja johtoryhmän toimialueen kehittämistarpeet (Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä 913/2011). Aluejohtoryhmät on koottu siten, että niissä ovat suurimpien kuntien ja kuntayhtymien edustajat mukana, jolloin alueelliset tarpeet tulevat huomioiduiksi hankehakemuksissa.

Etelä-Suomen alueellinen johtoryhmä on KASTE -ohjelman ensimmäisellä kaudella valinnut kehittämistyön painopistealueiksi:

- Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen
- Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittäminen
- Terveyserojen kaventaminen
- Uudet palvelurakenteet ja -kokonaisuudet

(KASTE-OHJELMA, Alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelma 2008–2011, Etelä-Suomi)

Kaikkeen kehittämistyöhön kunnat eivät suinkaan hae valtionavustusta KASTE-ohjelman kautta. Myös muita rahoituskanavia käytetään hyväksi ja osa kehittämistyöstä toteutetaan kuntien omana toimintana, oleellisena osana kunnan strategista toimintaa. KASTE-ohjelma on kuitenkin hyvä väline verkostoitua kehittämistyössä sekä jakaa innovaatioita ja saada vertaistukea. KASTE-hankkeisiin kunnat ja kuntayhtymät saavat tukea myös Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselta, jossa kullekin hankekokonaisuudelle on nimetty vastuuhenkilö. Näin hankkeen tueksi saadaan myös tutkimuksellista tietoa sekä strategista ohjausta, jolloin kehittämistyö on linjassa valtakunnallisten erityisalakohtaisten sisällöllisten kehittämislinjausten kanssa.

Hankkeiden raskas ohjausprosessi

Kunnan kannalta katsottuna edellä kuvattu kehittämisjärjestelmä ja -työ on mielenkiintoista, mutta organisoinniltaan jäykkää ja raskasta toteuttaa. Kuntien ollessa parhaillaan monentasoisen kehittämistyön keskiössä alkaa KASTE-ohjelman mukaiseen kehittämistyöhön osallistuminen puuduttaa. Etenkin määrämutoinen ja aluehallintoviraston kautta tapahtuva raportointi monta kertaa hankkeen aikana sekä hankemuutoshakemusten laatiminen tai ulkomaille suuntautuvien opintomatkojen lupien hakeminen vievät kohtuuttoman paljon aikaa varsinaiselta kehittämistyöltä. Toisaalta tavoitteellisessa kehittämistyössä on aina säännöllisin väliajoin peilattava toteutettuja toimenpiteitä tavoitteisiin ja arvioitava sekä hankkeen aikana että sen jälkeen tavoitteiden toteutumista. Hankevaltionavustusten jakoon pitäisi löytää pidemmän päälle kevyempi organisointitapa.

Uudenlaista kehittämistä

Vapaamuotoisempi kehittämistyö yhteistyössä asukkaiden ja asiakkaiden kanssa on valtaamassa alaa esimerkiksi Kouvolassa. Asiakasraadit ja -forumit ovat uudenaikaisia asiakkaiden kehittämisideoita hyödyntäviä toimintamuotoja. Kokemusasiantuntijoiden kouluttaminen ja mukaan ottaminen palvelujen kehittämistyöhön tuo virkistävää muutosta työn rutiineihin, mutta vaatii henkilöstöltä uudenlaista asennetta asiakkaiden kohtaamiseen. Tämä tulee ottaa huomioon henkilöstön kouluttamisessa. Oman työn kehittämisen tulisi mielestäni kuulua jokaisen työntekijän tehtäväkuvaan, jolloin kehittäminen tulee luontaiseksi osaksi työtä ja suuntaa yhteistyöhön niin asiakkaiden kuin heidän yhteisöjensä ja yleensä niin sanotun kolmannen sektorin kanssa. Myös palvelujen tuottajat olisi syytä saada uudenlaisella kumppanuusmallilla mukaan palvelujen kehittämistyöhön. Niukkojen taloudellisten reunaehtojen vallitessa nämä toistaiseksi hyödyntämättömät voimavarat on syytä ottaa käyttöön kuntien palvelujen kehittämistyössä. Samalla se antaa mahdollisuuden sosiaalisen pääoman kasvuun, josta hyötyvät kaikki osapuolet.

Kirjallisuus

KASTE -OHJELMA, alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelma 2008 – 2011, Etelä-Suomi, 2008.

Sosiaalialan kehittämistoiminnan arviointi, STM, 2007.

Suomen Kuntaliiton strategia, Suomen Kuntaliitto, 2011.

THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011.

Kuntalaki (365/1995) FINLEX –Valtion säädöstietopankki (www.finlex.fi/lainsaadanto).

Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta (1230/2001) FINLEX – Valtion säädöstietopankki (www.finlex.fi/lainsaadanto).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (33/1992) FINLEX – Valtion säädöstietopankki (www.finlex.fi/lainsaadanto).

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) FINLEX – Valtion säädöstietopankki (www.finlex.fi/lainsaadanto).

Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista (183/2012) FINLEX – Valtion säädöstietopankki (www.finlex.fi/lainsaadanto).

Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä (913/2011) FINLEX – Valtion säädöstietopankki (www.finlex.fi/lainsaadanto).

5.2 Hankkeen hallinnointi - mission impossible?

Päivi Lepistö, Lauri Kuosmanen

Mielen avain -hanketta hallinnoi Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala. Käytännössä hanke asemoituu terveyspalveluiden tulosalueelle. Hankkeen hallinnointi koskettaa terveyspalveluiden lisäksi erityisesti talous- ja hallintopalveluita, joka koordinoi hankkeen 10 miljoonan euron kokonaiskustannuksia rahoittajan, Vantaan ja hankkeen 13 osahankkeen välillä. Hankehallinnossa työskentelee hankejohtaja ja hankekoordinaattori, jotka vastaavat hankkeen sisällöstä sekä hankesuunnittelija, jonka työajasta noin 70 % kuluu hankkeen talouden hoitoon. Hankesuunnittelija koordinoi hankkeen talouteen liittyvää yhteistyötä hankehallinnon ja osahankkeiden välillä, toimii linkkinä rahoittajan ja osahankkeiden välillä, valvoo osahankkeiden valtionavustuksen oikeellista käyttöä, tekee hankkeen maksatushakemukset, siirtää osahankkeiden kustannukset hankehallinnoijan kirjanpitoon ja hoitaa kuntien välisen laskutuksen. Lisäksi hankesuunnittelija ohjeistaa osahankkeita hankkeen talouteen liittyvissä asioissa sekä tiedottaa Vantaan kaupungin talouspalveluja hankkeeseen liittyvissä asioissa.

Vantaalla on pitkä kokemus valtion rahoittamien hankkeiden toteuttamisesta. Vuodesta 2005 alkaen kaupunki on ollut mukana sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamissa kehittämishankkeissa. Sateenvarjo-projektissa 2005–2009 kehitettiin ja testattiin monia valtakunnallisestikin merkittäviä innovaatioita ja samalla harjoiteltiin hankkeen hallinnointia (Kuosmanen ym. 2010). Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla on ennakkoluulottomuutta ja ketteryyttä sovittaa hankemaailma osaksi toimialan strategiaa, ja talous- ja hallintopalvelut pystyvät käsittelemään monimutkaista rahaliikennettä oman työn ohella.

Hankehallinnoinnin haasteita

Mielen avain -hanke on rahoittajan (ja myös hankehallinnon) näkökulmasta katsoen yksi hanke. Valtionavustus on myönnetty yhdelle hankkeelle, jota hallinnoi Vantaan kaupunki. Hankkeen hallinnoija vastaa siitä, että valtionavustusta käytetään sosiaali- ja terveysministeriön ja Lounais-Suomen aluehallintoviraston ohjeiden mukaisesti. Kuitenkin hankehallinnolla on rajalliset mahdollisuudet saada tietää miten osahankkeet valtionavustusta käyttävät. Hankehallinto tutkii maksatushakemusten yhteydessä osahankkeiden pääkirjat ja muut selvitykset, ja yrittää selvittää niistä onko valtionavustusta käytetty rahoittajan ohjeiden mukaisesti. Käytännössä hankehallinnon ja osahankkeiden välinen toiminta perustuu luottamukseen toimijoiden välillä.

Erityisen haasteen hankehallinnointiin muodostavat erilaiset ostopalvelusopimukset ja hankintojen toteuttaminen. On epäselvää miten hallinnoija pystyy vaikuttamaan niihin kymmeneen sopimukseen, joita osahankkeissa tehdään ja varmistumaan niiden oikeellisuudesta suhteessa valtionavustuksen käyttöön. Hankkeen sisällöllinen ohjaaminen on paljon helpompaa kuin sopimukseen, kilpailutukseen ja ostopalveluihin vaikuttaminen. Erityisen vaikeaa se on tilanteissa, joissa osahanke ei ole näyttäneenkään sopimusta hankkeen hallinnolle. Hankehallinnossa ei työskentele sopimukseen tai hankinta-asioihin perehtynyttä lakimiestä, joka voisi ottaa kantaa eri kuntien sopimukseen tai hankintoihin. Käytännössä tämä työ on hankesuunnittelijan vastuulla, jolla ei ole lainopillista koulutusta. Vantaan kaupungin lakimiehillä ei ole mahdollisuutta ottaa kantaa toisten kuntien tekemiin hankintoihin tai sopimukseen. Tämä aiheuttaa ristiriitaa rahoittajan, hankehallinnon ja osahankkeiden välillä. Kun osahanke lähettää esimerkiksi ostopalvelusopimuksensa hankehallinnolle nähtäväksi, osahankkeessa oletetaan, että asia on kunnossa, jos hankehallinnosta ei muuta tietoa tule. Hankehallinnolla ei ole sellaisia sopimukseen ja hankintoihin liittyviä resursseja, joilla varmistettaisiin osahankkeiden tekemien sopimusten ja hankintojen lainmukaisuus. Rahoittajan näkökulmasta taas hankkeen hallinnoija on vastuussa siitä, että sopimukset ja hankinnat on tehty oikealla tavalla ja näin varmistetaan valtionavustuksen oikeanlainen ja ohjeiden mukainen käyttö. Rahoittajalla ei ole myöskään resursseja näitä sopimuksia etukäteen tutkia.

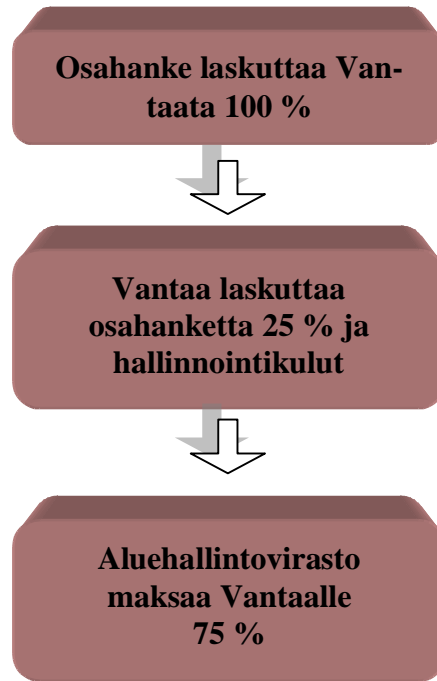
Maailman monimutkaistuessa ja erilaisten toimijoiden tullessa osaksi julkista palvelukenttää on vaarana se, että hankehallinto juridisoituu valvomaan erilaisia ostopalvelusopimuksia, kilpailutuksia ja yhteistyökumppanuuksia. Hankehallintoon ei ole järkevää palkata juristien armeijaa, koska perustehtävä on mielen-terveys- ja päihdetyön kehittäminen.

Kuntien sitouttaminen hankkeeseen

Tärkeää on sitouttaa osahankkeista vastaavien kuntien taloushallinto osaksi koko hanketta. Erityisesti osahankkeen taloushenkilön toimialan, joka on usein eri kuin sisällöstä vastaava toimiala, tulee ymmärtää hankkeen taustat, keskeiset tavoitteet, osahankkeen tavoitteet ja se mitä hyvää hankkeen ja osahankkeen avulla voidaan saavuttaa kuntalaisille. Jokaisessa osahankkeessa on nimetty taloushenkilö, joka tekee osahankkeen maksatushakemukset hankehallinnon hankkeen alussa antaman maksatushakemusaikataulun mukaisesti. Osahankkeiden taloushenkilöt tekevät hankkeeseen liittyvät työt yleensä oman työnsä ohella. Hankkeen sisällöllisen päällikön (usein nimikkeellä projektipäällikkö tai hankekoordinaattori) esimies on yleensä eri kuin hankkeen taloushenkilön. Taloushenkilöiden esimiehet eivät aina ymmärrä maksatusaikataulujen tärkeyttä, ja näin he voivat myöntää esimerkiksi lomaa hankkeen taloushenkilölle maksatusaikana. Tämä aiheuttaa painetta sekä osahankkeelle että hankehallinnolle. Ratkaisematta on kuinka taloushenkilön toimiala saadaan sitoutetuksi hankkeeseen siten, että ymmärrys maksatuksiin liittyvistä aikatauluista ja säännöistä lisääntyy. Hankehallinnossa on huomattu, että mitä toimivampi ohjausryhmä osahankkeella on ja mitä sitoutuneempi kunnan johto osahankkeeseen on, sitä toimivampaa yhteistyö on ollut myös talouteen liittyvissä kysymyksissä.

Laskutus

Seuraavassa kuvassa havainnollistetaan rahaliikennettä hankkeessa (Kuva 1.). Osahankkeet laskuttavat kokonaiskustannuksensa hankehallinnolta ja hankehallinto maksaa 100 %:n kokonaiskustannukset osahankkeelle. Tämän jälkeen hankehallinto laskuttaa osahankkeelta 25 %: omarahoitusosuuden sekä hallinnointikulut hankehallinnon toteutuneiden kustannusten mukaan suhteessa osahankkeen saamaan valtionavustukseen. Maksatushakemuksen käsittelyn jälkeen Lounais-Suomen aluehallintovirasto maksaa hankehallinnoijalle 75 %:a hankkeen kokonaiskustannuksista.



Kuva 1. Laskutus

Rahaliikenteen hoitaminen on hankkeen alusta lähtien teettänyt paljon työtä sekä hankehallinnolle että osahankkeille. Rahan edestakainen siirtely ja osahankkeiden kustannusten kirjaaminen hankkeen hallinnoijan kirjanpitoon annettujen aikataulujen puitteissa on välillä ollut haastavaa. Onneksi rahoittaja on muuttanut maksatuskäytäntöä paremmin tarkoitustaan vastaavaksi (STM 2012) ja Mielen avain -hanke siirtyi uuteen käytäntöön lokakuussa 2012 viimeisen maksatushakemuksen yhteydessä.

Osahankkeiden välistä yhteistyötä tulee tiivistää

Osahankkeilla on paineita tehdä niitä toimintoja, jotka liittyvät oman alueen kehittämiseen ja omiin suunnitelmiin. Suuressa hankkeessa on kuitenkin yhteiset tavoitteet ja velvollisuus tuottaa yhteistä hyvää koko hankealueelle. Yksikään osahanke ei voi poteroitua vain omaan toimintaansa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hyviä käytäntöjä levitetään naapuriin, huonoja estetään leviämässä ja omaa osaamista jaetaan muille osahankkeille. Haasteellista osahankkeiden yhteistyössä on se, että kunnat laittavat hankkeeseen omaa rahaansa 25 %:a. Tästä syystä kunnilla on halu tuottaa käytäntöjä vain oman kunnan käyttöön. Hankehallinnolla onkin suuri vastuu luoda tahtoa yhteistyöhön yli kuntarajojen.

Hankkeet toimivat monien ristipaineiden välissä. Kuntien oma kehittämistarve ja mahdolliset puutteet palveluissa saattavat aiheuttaa painetta paikata kunnan palveluja hankerahalla. Toisaalta myös rahoittaja edellyttää kunnan todellisuuteen perustuvaa kehittämistyötä. Kaste-ohjelma asettaa omat tavoitteensa kehittämistyölle. Suurissa hankkeissa tavoitteiden tulee olla jonkinlainen yhdistelmä Kaste-ohjelman ja mukana olevien kuntien intressien välillä. Tavoitteiden täytyy olla riittävästi ylätasolla, mutta samalla riittävän konkreettisia. Yhteisen tahtotilan luominen ja ns. yhden hankkeen strategia vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä hankkeen hallinnoijalta. Osahankkeiden ja hankehallinnon välisen tuttuuden ja luottamuksen syntymiseen on panostettava ja sille on annettava aikaa. Mielen avain -hankkeessa tähän panostettiin paljon hankkeen alkuvaiheessa ja yhteisten tapaamisten, verkostoitumisen ja tutustumisen kautta hankkeesta pikku hiljaa muodostui yksi hanke. Tähän meni 1,5 vuotta, joka hankkeen elinkaareissa saattaa olla liian pitkä aika. Tämän vuoksi isojen kehittämishankkeiden jatkuvuuden turvaaminen Kaste -ohjelmasta onkin erityisen tärkeää, jotta hankkeen jatkuessa voidaan panostaa esimerkiksi sisällölliseen yhtenäisyyteen.

Vallan kolmijako – rahoittaja, hankehallinto ja osahanke

Yhtenä haasteena hankehallinnon ja osahankkeiden välillä on kysymys vallasta. Vaikka hankkeen hallinnoijalla onkin mahdollisuus evätä osahanketta laskuttamasta jotakin toimintaansa liittyvää kustannusta, ei se välttämättä ole hankkeen tavoitteiden saavuttamisen ja luottamuksen syntymisen kannalta järkevää. Tästä syystä onkin hyvä, että esimerkiksi talousseuranta perustuu jälkikäteisvalvontaan, jossa sosiaali- ja terveysministeriö ja Lounais-Suomen aluehallintovirasto lopulta päättää onko valtionavustusta käytetty oikein. Hankaluutena tässä jälkikäteisvalvonnassa on se, että joskus vääjäämättä syntyy isompi tai pienempi konflikti rahoittajan ja osahankkeen välillä. Tässä hankehallinto on hankalassa roolissa. Muutoksenhakuoikeus on hanketta hallinnoivalla kaupungilla, ei osahankkeella. Hanketta hallinnoiva kaupunki on asianomainen, vaikka ei ole ollut aina tietoinen osahankkeen virheellisestä toiminnasta. Myös osahankkeen, hankehallinnon ja hankkeen hallinnoijan välillä voi tulla erimielisyyttä siitä, halutaanko jostakin päätöksestä valittaa. Osahanke voi olla sitä mieltä, että valittaminen on järkevää, hankehallinto taas ei. Hankehallintokaan ei voi itsenäisesti päättää valittamiseen ryhtymisestä. Hankkeen hallinnoinnin toimiessa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan alla, Vantaan kaupungin apulaiskaupunginjohtajalla on oikeus päättää valitetaanko päätöksestä vai ei, myös vastoin hankehallinnon toivetta.

Tulevaisuuden toiveita ja haasteita

Kun suuri Kaste-hanke aloittaa, tulisi heti alkuvaiheessa järjestää yhteistapaaminen sosiaali- ja terveysministeriön, aluehallintoviraston ja hankkeen hallinnoijakunnan välillä. Tässä tapaamisessa yhteistyökumppanit tutustuisivat toisiinsa ja saisivat tietoa toisten työtehtävistä, vastuista ja mahdollisista ajankohtaisista haasteista kunkin organisaatiossa. Luottamuksen ja tuttuuden avulla eri toimijat voisivat ymmärtää, että edustavat itse asiassa kaikki samaa asiaa: Mielen avaimen tapauksessa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien kansalaisten palvelujen kehittämistä ja parempaa saatavuutta.

Kaste-ohjelman tulee myös varustautua siihen, että kunnissa sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajakenttä monimutkaistuu. Emme saa päätyä tilanteeseen, jossa kunta saa kehittää valtionavustuksella itse pyörittämänsä terveysasemaa, mutta ei naapurikaupunginosassa toista, ulkoistettua terveysasemaa. Rahoittajan olisi hyvä ottaa huomioon tämä tuottajakentän monimutkaistuminen, ja ohjeistaa hankkeita hallinnoivia kuntia selkeästi siitä kuinka kunnan ulkoistettujen palvelujen kanssa tulisi toimia.

Hankkeen hallinnointi on keskeinen osa koko Kaste-organisaatiota. Sillä on tärkeä rooli nykykäytännön mukaisten isojen alueellisten hankkeiden ohjaamisessa tavoitteiden mukaiseen toimintaan. Hallinnoijaksi kannattaa hakeutua organisaation, jolla on osaamista ja kokemusta hankkeiden tukemisesta ja ohjaamisesta. Usein hanketta hallinnoivalla kunnalla on myös omaa substanssin kehittämistä hankkeessa. Tämä onkin järkevää, koska näin kunta paremmin näkee hankkeen konkreettisia saavutuksia ja se edesauttaa sitoutumista myös ison hankkeen hallinnointiin. Hankehallinnolla on vastuu välittää tietoa aktiivisesti oman kuntansa päättäjille ja työntekijöille hankkeen tavoitteista ja tuloksista. Hankkeen hallinnointi syö hallinnoivalta kunnalta resursseja esimerkiksi talous- ja hallintopalveluista. Tästä syystä on tärkeää tiedottaa oman kunnan työntekijöille hankkeen tuloksista ja vaikuttavuudesta. Näin hallinnoivaa kuntaa saadaan sitoutettua hankkeen hallinnointiin tehokkaammin.

Hanke voi myös toimia eri toimialoja yhdistävänä linkkinä. Hankkeen avulla on mahdollista nähdä konkreettisia tuloksia ja joskus omaa kuntaa nopeammassa tahdissa. Kunnan tulee saada myös myönteistä näkyvyyttä ja julkisuutta omasta roolistaan. Tämä on muistettava hankkeen viestinnässä alusta lähtien. Hankeviestintä onkin yksi hankehallinnon tärkeistä tehtävistä. Hankkeen tuloksista on raportoitava laajasti ja tiedotettava sidosryhmille ja kuntalaisille aktiivisesti, jotta hankkeen hyvät käytännöt tulevat näkyviksi. Hyvä työ on tehtävä näkyväksi.

Mielen avain -hankehallinto on oppinut matkan varrella. Osa virheistä olisi pitänyt huomata aikaisemmin ja jotkut asiat olisi voinut tehdä pienemmälläkin vaivalla. Menemme eteenpäin seuraavilla periaatteilla:

- luottamus osahankkeisiin ja rahoittajaan
- suunnitelmallisuus
- avoimuus

Ison hankkeen hallinnointi on haastava ja välillä mahdottomaltakin tuntuva tehtävä. Kuitenkaan se ei sitä ole. Hankehallinto on oppinut tällä hankematalla paljon, samoin osahankkeet ja uskoisimme, että rahoittajakin. Monet monimutkaiset tapaukset ovat selvinneet hyvässä yhteistyössä, ja yhteistyö on pääosin toiminnut osahankkeiden sekä rahoittajan suuntaan rakentavassa hengessä. Hankkeen hallinnointi on haasteellista työtä, jossa yhteistyön rakentamisella, ohjeiden noudattamisella ja antamisella on kaikilla ollut oma tärkeä roolinsa. Ison hankkeen hallinnoinnissa suunnitelmallisuus ja ohjeiden oikea-aikaisuus ovat erityisen tärkeitä asioita. Innolla jatkamme tätä työtä yhteistyössä osahankkeiden ja rahoittajan kanssa myös jatkossa.

Kirjallisuus

Kuosmanen L, Vuorilehto M, Voipio-Pulkki M, Laitila M, Posio J, Partanen A. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä - kokemuksia Pohjanmaa –hankkeesta, Sateenvarjo –projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005-2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 5/2010. Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d>.

STM Kirje 30.5 2012. Kaste-hankkeiden kustannusten ja avustusten kirjaamisen menettelyt.

6 Kirjoittajien ja toimituskunnan esittely

Asplund, Minna. Sosionomi (AMK). Hanketyöntekijä, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke.

Baarman, Petra. Sairaanhoidaja (YAMK), Perheterapeutti, Hallintotieteiden maisteriopiskelija. Hankekoordinaattori, MOSAIK -hanke.

Bergman, Milla. Sairaanhoidaja (AMK), TtM-opiskelija. Hankevastaava, Huoli haltuun -hanke.

Forell, Marikki. Psh, työnohjaaja. Projektikoordinaattori, Sauma -hanke.

Hakalisto, Hannu. KM, työnohjaaja. Hankekoordinaattori, Kannatellen -hanke.

Hannila-Niemelä, Mea. Sosionomi (Yamk), Projektipäällikkö, Miepäs -hanke.

Heino, Hannamari. PsM. Psykologi, Pitkäaikaismasentuneen potilaan hoitomallin kehittäminen HYKS/Jorvin psykiatria/Matinkylän psykiatrian poliklinikat.

Hietala, Outi. VTM. Suunnittelija, Sosiaalitalo Oy, Avomieli -hanke.

Humaljoki, Kaisa. Terveystenhoitaja, psykoterapeutti. Hankesuunnittelija, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke.

Johansson, Marika. Sosiaalityöntekijä. Projektityöntekijä, Elämä haltuun -projekti.

Karppinen, Ari. Päihdetyöntekijä, psykiatrinen sairaanhoidaja. Hankekoordinaattori, Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hanke.

Koponen, Merja. Sairaanhoidaja (AMK), psykoterapeutti. Palvelukoordinaattori, KOHO -hanke.

Korpelainen, Niina. YTM. Sosiaalipalvelujen tilaajapäällikkö, Kouvolan yhteispäivystys- ja kriisikeskushanke.

Kotkamo, Pirjo. Psykiatrian erikoissairanhoidaja, psykoterapeutti, Ttm -opiskelija. Hanketyöntekijä, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke.

Kumpuniemi, Sirpa. Psykiatrinen sairaanhoidaja, psykoterapeutti. Hankesuunnittelija, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke.

Kuosmanen, Lauri. TtT. Hankejohtaja, Mielen avain -hanke.

Kurki, Marjo. TtM. Hankekoordinaattori, Mielen avain -hanke.

Lepistö, Päivi. YTM. Hankesuunnittelija, Mielen avain -hanke.

Lyly, Auri. VTM, sosiaalipsykologi, sosiaalityöntekijä. Hankekoordinaattori, Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hanke.

Melartin, Tarja. LT, psyk.dos, psyk.el. Erikoistutkija HUS/HYKS psykiatria ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Moring, Juha. Psykiatrian erikoislääkäri, dosentti. Ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Partanen, Airi. Esh, THM. Kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pääkkönen, Anne-Katariina. Kulttuurituottaja (AMK), sosionomi (AMK), sosiaalikasvattaja. Hanketyöntekijä, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke.

Riihimäki, Kirsi. Psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti, hallinnon pätevyys. Ylilääkäri, Vantaalaisen hyvä mieli -hanke.

Rissanen, Päivi. VTL. Kokemusasiantuntija, kouluttaja, Mielen avain -hanke.

Räikkä-Laine, Satu. Lääketieteen lisensiaatti, laillistettu lääkäri. Terveyskeskuslääkäri, Nuorisoaseman lääkäri, Miepäs -hanke.

Salmisaari, Timo. Psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti. Mielenterveyspalveluiden johtaja, Kannattelun -hanke, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri.

Sinkkonen, Niina. Lähihoitaja, sairaanhoitaja -opiskelija. Kokemusasiantuntijakoulutuksen vastaava ryhmänohjaaja, Mielen avain -hanke.

Sohlman, Tia. Sosionomi (YAMK). Projektipäällikkö. Mietippä -hanke.

Uitto, Heidi. Sairaanhoitaja (YAMK). Projektipäällikkö, Kouvolan yhteispäivystys- ja kriisikeskushanke.