

## Mieli 2008

Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit

## Psykisk hälsa 2008

Nationella dagar för mental hälsa:  
bakgrundsmaterial, föreläsningar och postrar



Suomen Mielenterveysseura

järjestää Mieli 2008 -päivät yhteistyössä



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus



*Järjestelytoimikunta*  
*Arrangörskommitté*

Eila Okkonen, Suomen Mielenterveysseura  
Sirpa Kaakinen, Stakes  
Lauri Kuosmanen, Sateenvarjo-projekti  
Liisa Saaristo, Suomen Mielenterveysseura

Mieli 2008. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Työpapereita 6/2008. 76 sivua, hinta 18 €. Helsinki 2008.

Psykisk hälsa 2008. Nationella dagar för mental hälsa: bakgrundsmaterial, föreläsningar och postrar. Diskussionsunderlag 6/2008. 76 sidor, pris 18 €. Helsingfors 2008.

© Kirjoittajat ja Stakes  
© Författarna och Stakes

Tekninen toimittaja/Teknisk redaktör: Suvi Vaarla  
Taitto/Layout: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2099-7 (nid.)  
ISSN 1795-8091 (nid.)  
ISBN 978-951-33-2100-0 (PDF)  
ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy  
Helsinki/Helsingfors 2008

# Esipuhe

## Mielenterveys ja hyvä elämä

Hyvä elämä, onni, mielenterveys, henkinen hyvinvointi – myönteisiä sanoja ja tavoiteltavia tiloja.

Onni on subjektiivinen kokemus. Se merkitsee erilaisia asioita eri ihmisille ja erilaisia asioita ihmisen elämän eri vaiheissa. Onnea ei voi yhteiskunnan päätöksin rakentaa eikä säädellä.

Hyvän elämän edellytyksiä sen sijaan voi ja pitää yhdessä rakentaa. Hyvän elämän perustana ovat yhteiskunnassa vallitsevat arvot: ihmisarvo, yhdenvertaisuus, turvallisuus ja hyväntahtoisuus. Turvattu perustoimeentulo riskitilanteiden, kuten sairauden tai työttömyyden, kohdatessa on tärkeä asia. Ihminen tarvitsee osallisuutta, kuulumista yhteisöön ja tukea antavia, hyvää tarkoittavia ihmissuhteita. Asuin- ja työympäristömme vaikuttaa olennaisesti toimintakykyymme, samoin palvelujen saatavuus ja laatu.

Meille kaikille on tärkeätä pystyä tekemään omia valintoja. Eläminen yhteisöissä – perheessä, koulussa, työssä ja muilla osallisuuden areenoilla – asettaa rajoituksia ja edellyttää kompromisseja. Hyvän elämän kannalta olennaista on itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden tasapaino.

Miten hyvän elämän kokonaisuus toteutuu tämän päivän Suomessa? Yhteiskunnan rakenteiden ja palvelujen osalta ”kaikki pallot ovat ilmassa”, kuten Vappu Taipale on tilannetta kuvannut. Meneillään on monia kansallisia ohjelmia, joilla on pitkäjänteisiä vaikutuksia kuntien toimintaan ja peruspalveluihin. Elämme erikoista aikaa. Ohjelmia ja suunnitelmia on enemmän kuin kenties koskaan aiemmin. Kysymys asettuikin: miten kaikki tämä viisaus muuttuu teoiksi.

Mielenterveys on varanto, jota kartutetaan kulutettavaksi silloin kun kriisit kohtaavat meitä. Sitä varantoa kartutamme kukin omilla teoillamme, reunaehdot rakennetaan yhteisillä valinnoilla ja päätöksillä.

Marita Ruohonen  
Toiminnanjohtaja  
Suomen Mielenterveysseura

# Förord

## Psykisk hälsa och ett gott liv

Ett gott liv, lycka, psykisk hälsa, välbefinnande – positiva ord och eftersträvansvärda tillstånd.

Lycka är en subjektiv upplevelse. Lycka betyder olika saker för olika människor och olika saker i olika livsskeden. Lycka kan inte skapas med samhälleliga beslut och kan inte regleras.

Däremot kan, och bör, förutsättningarna för ett gott liv byggas tillsammans. Grunden för ett gott liv läggs av de värden som råder i samhället: människovärdet, jämlikhet, trygghet och välvilja. En tryggad utkomst i risksituationer, såsom sjukdom eller arbetslöshet, är en viktig sak. Människan behöver delaktighet, tillhörighet och stödande, goda kontakter. Vår boende- och arbetsmiljö, liksom även tillgången på och kvalitén i samhällstjänster, inverkar på ett betydande sätt på vår funktionsförmåga.

Det är viktigt för alla att kunna göra egna val. Ett liv i ett sammanhang – i familjen, skolan, arbetet, och på andra gemensamma arenor – begränsar och förutsätter kompromisser. Balansen mellan autonomi och delaktighet är fundamental för ett gott liv.

Hur förverkligas det goda livets helhet i dagens Finland? När det gäller samhällets strukturer och service är ”alla bollar i luften”, så som situationen beskrivits av Vappu Taipale. Flera nationella program som långsiktigt kommer att påverka kommunernas verksamhet och basservice är på gång. Vi lever i en särartad tid. Program och planer finns det mera av än kanske någonsin tidigare. Frågan blir: hur skall all denna visdom övergå i handling?

Den psykiska hälsan är ett kapital, som samlas för att användas när vi står inför en kris. Det kapitalet förkovrar vi var och en genom våra handlingar, men villkoren skapas genom gemensamma val och beslut.

Marita Ruohonen  
Verksamhetsledare  
Föreningen för Mental Hälsa i Finland

# Ohjelma

## Mieli 2008 – kansalliset mielenterveyspäivät

6.–7.2. 2008

Laurea-ammattikorkeakoulu, Ratatie 22, Vantaa

Tavoitteena on koota yhteen päättäjiä, poliitikkoja, alan ammattilaisia, järjestöjen edustajia ja tutkijoita keskustelemaan ajankohtaisista mielenterveyskysymyksistä ja verkostoitumaan.

### Keskiviikko 6.2.

*Puheenjohtaja Liisa Saaristo, Suomen Mielenterveysseura*

- 9.00 Ilmoittautuminen, posterinäyttelyyn tutustuminen ja aamukahvi
- 10.00 Avauspuhe ministeri Liisa Hyssälä
- Tervehdykset
- Suomen Mielenterveysseura, valtuuston puheenjohtaja Jouko Lönnqvist
  - Vantaan kaupunki, apulaiskaupunginjohtaja Jukka T. Salminen
- 11.00–12.45 Politiikkaohjelmat ja suunnitelmat – miten mielenterveyskysymykset otetaan huomioon? – reflektiivinen keskustelu, puheenjohtaja Marita Ruohonen, Suomen Mielenterveysseura
- Terveystyön edistämisen ohjelma, ohjelmajohtaja Maija Perho, STM
  - Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi, ohjelmajohtaja Georg Henrik Wrede, OPM
  - Työ, yrittäminen ja työelämä, ohjelmajohtaja Rauno Vanhanen, KTM
  - Mielenterveys ja päihdesuunnitelma, apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen, STM
  - Professori Paul Lillrank, Teknillinen korkeakoulu
  - Terveyspalvelujen johtaja Timo Aronkytö, Vantaan kaupunki
  - Toiminnanjohtaja Kristiina Aminoff, Omaiset mielenterveystyön tukena ry.
- 12.45–14.15 Lounas – Posteriesitykset ja näyttelyyn tutustuminen
- 14.15–16.15 Rinnakkaissessiot

Vastuullinen yhteiskunta, vanhemmuus ja päihteiden käyttö, puheenjohtaja Sirpa Kaakinen, Stakes

- Yhteiskunta vastuun kantajana ja vanhemmuuden tukijana, Minna Salmi, Stakes
- Päihteet ja vanhemmuus, Arja Ruisniemi, Kankaanpään A-koti
- Perhe elämään -projekti, Kirsi-Maria Iskandar ja Matti Rajamäki, Kalliola

Utsjoki–Hanko: tarpeet ja palveluiden saatavuus, puheenjohtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Kuntaliitto

- Lapissa palvelut OTO? Timo Peisa, Ranuan terveyskeskus
- Kainuun hallintokokeilu ja mielenterveyspalvelut: organisaatorakenne toiminnan kehittämisen tukena, Mauno Saari, Kainuun maakunta
- Vantaalainen näkökulma mielenterveyspalvelujen järjestämiseen, Maria Vuorilehto, Vantaan Sateenvarjo-projekti

Tutkimukseen ja näyttöön perustuva työ – miksi ei toteudu? Puheenjohtaja Kristian Wahlbeck, Stakes

- Selvitys mielenterveystyön koulutuksista, Jyrki Korkeila, Turun yliopisto
- Mielenterveyden edistämisen erikoistumisopintojen kehittäminen ammattikorkeakouluissa, Aliisa Kiiltomäki, Laurea amk
- Päihdetyön koulutus, Marjaliisa Havio, Stakes

16.30–18.00 Iltapäivän vastaanotto ja matinea, isäntinä Vantaan kaupunki ja Sateenvarjo-hanke  
Tervehdys, rehtori Pentti Rauhala Laurea-ammattikorkeakoulu  
Musiikkia ja kevyttä tarjottavaa

## **Torstai 7.2.**

*Puheenjohtaja Lauri Kuosmanen, Vantaan Sateenvarjo-hanke*

9.15–10.00 Tarttuvien diagnoosien sairastuttamat, FT Petteri Pietikäinen, Helsingin yliopisto

10.00–12.15 Rinnakkaissessiot

Työelämän haasteet ja vaatimukset, puheenjohtaja Matti Tuusa, Kuntoutussäätiö

- Jaksaaako yrittäjä yrittää, Outi Tähtinen, Suomen Yrittäjät
- Sairauden jälkeen työelämään, Mika Vuorela, MTKL
- Päihdetyö ja esimieskoulutus, Tuula Löf, Pohjanmaa-hanke

Mielenterveyden ensiapu kansalaistaidoksi, puheenjohtaja Eila Okkonen, Suomen Mielenterveysseura

- MTEA 1 – kokemuksia kansalaiskouluista, Sinikka Björn, Suomen Mielenterveysseura
- MTEA 2 – häiriöt ja koulutuksen vaikuttavuuden arviointia, Mikko Häikiö, Lapin sairaanhoitopiiri
- Koulutuksen anti ja hyöty lasten kanssa työskennellessä, Juuso Karjalainen, Päiväkoti Gan Jeladin

Stigma – aina marginaalissa? puheenjohtaja Timo Peltovuori, MTKL

- Skitsofreniasta kuntoutuminen, hoito ja vertaistuki, Päivi Rissanen, MTKL
- Pohjanmaalaisten asenteet ja masennus, Esa Aromaa, Pohjanmaa-hanke
- Terveystalan ammattilaisten asenteet, Paula Ranne ePsychNurse.Net-hanke

Förebyggande mentalvårdsarbete, ordförande Bodil Viitanen, Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund

- Barn och ungdomars psykiska hälsa - vad kan man göra för att förebygga suicidhandlingar, Britta Alin Åkerman, Lärarhögskolan Stockholm
- Att främja hälsa genom att fokusera på resurser - Salutogenes och känslan av sammanhang, Monica Eriksson, Folkhälsans Forskningscentrum
- Att leva och överleva, Carola Timper, författare

12.15–13.30 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

13.30–14.45 Puheenjohtajien yhteenvedot sessioista

Mieli 2008:n anti ja keskeiset haasteet tulevaan,  
tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck, Stakes

14.45–15.30 Kahvitarjoilu ja vapaata keskustelua

# Program

## Psykisk hälsa 2008 – nationella dagar för mental hälsa

6.–7.2. 2008

Yrkeshögskolan Laurea, Banvägen 22, Vanda

### Onsdag 6.2.

*Ordförande: Liisa Saaristo, Föreningen för Mental Hälsa i Finland*

9.00 Anmälning, posterutställning och morgonkaffe

10.00 Öppningsanförande, minister Liisa Hyssälä

Hälsningar

- Föreningen för Mental Hälsa i Finland, fullmäktiges ordförande Jouko Lönnqvist
- Vanda stad, biträdande stadsdirektör Jukka T. Salminen

11.00–12.45 Politiikkaohjelmat ja suunnitelmat – miten mielenterveyskysymykset otetaan huomioon? – reflektiivinen keskustelu, ordförande Marita Ruohonen, Föreningen för Mental Hälsa i Finland

- Terveysten edistämisen ohjelma, programdirektör Maija Perho, social- och hälsovårdsministeriet
- Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi, programdirektör Georg Henrik Wrede, undervisningsministeriet
- Työ, yrittäminen ja työelämä, programdirektör Rauno Vanhanen, arbets- och näringsministeriet
- Mielenterveys ja päihdesuunnitelma, biträdande avdelningschef Marja-Liisa Partanen, social- och hälsovårdsministeriet
- Professor Paul Lillrank, Tekniska högskolan
- Hälsovårdsdirektör Timo Aronkytö, Vanda stad
- Verksamhetsledare Kristiina Aminoff, Omaisetsielenterveystyön tukena ry.

12.45–14.15 Lunch och utställning

14.15–16.15 Parallellsessioner

Vastuullinen yhteiskunta, vanhemmuus ja päihteiden käyttö, ordförande Sirpa Kaakinen, Stakes

- Yhteiskunta vastuun kantajana ja vanhemmuuden tukijana, Minna Salmi, Stakes
- Päihteet ja vanhemmuus, Arja Ruisniemi, Kankaanpään A-koti
- Perhe elämään -projekti, Kirsi-Maria Iskandar och Matti Rajamäki, Kalliola

Utsjoki–Hanko: tarpeet ja palveluiden saatavuus, ordförande Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Kommunförbundet

- Lapissa palvelut OTO? Timo Peisa, Ranua hälsovårdscentral
- Kainuun hallintokokeilu ja mielenterveyspalvelut: organisaationrakenne toiminnan kehittämisen tukena, Mauno Saari, Kainuun maakunta
- Vantaalainen näkökulma mielenterveyspalvelujen järjestämiseen, Maria Vuorilehto, Paraplyprojektet i Vanda

Tutkimukseen ja näyttöön perustuva työ – miksi ei toteudu? Ordförande Kristian Wahlbeck, Stakes

- Selvitys mielenterveystyön koulutuksista, Jyrki Korkeila, Åbo universitetet
- Mielenterveyden edistämisen erikoistumisopintojen kehittäminen ammattikorkeakouluissa, Aliisa Kiiltomäki, Yrkehögskolan Laurea
- Päihdetyön koulutus, Marjaliisa Havio, Stakes

16.30–18.00 Kvällsmottagning och matiné, värdar Vanda stad och Paraply-projektet  
Hälsning, rektor Pentti Rauhala, Yrkeshögskolan Laurea  
Musik och lätt servering

## **Torsdag 7.2.**

*Ordförande Lauri Kuosmanen, Paraply-projektet i Vanda*

9.15–10.00 Tarttuvien diagnosoien sairastuttamat, Petteri Pietikäinen, Helsingfors universitetet

10.00–12.15 Parallellsessioner

Työelämän haasteet ja vaatimukset, ordförande Matti Tuusa, Stiftelsen för Rehabilitering

- Jaksaaako yrittäjä yrittää, Outi Tähtinen, Företagarna i Finland
- Sairauden jälkeen työelämään, Mika Vuorela, Centralförbundet för Mental Hälsa
- Päihdetyö ja esimieskoulutus, Tuula Löf, Österbotten-projektet

Mielenterveyden ensiapu kansalaistaidoksi, ordförande Eila Okkonen, Föreningen för Mental Hälsa i Finland

- MTEA 1 – kokemuksiä kansalaiskouluista, Sinikka Björn, Föreningen för Mental Hälsa i Finland
- MTEA 2 – häiriöt ja koulutuksen vaikuttavuuden arviointia, Mikko Häikiö, Lapin sairaanhoitopiiri
- Koulutuksen anti ja hyöty lasten kanssa työskennellessä, Juuso Karjalainen, Daghemmet Gan Jeladin

Stigma – utanförskap alltid? ordförande Timo Peltovuori, Centralförbundet för Mental Hälsa

- Skitsofreniasta kuntoutuminen, hoito ja vertaistuki, Päivi Rissanen, Centralförbundet för Mental Hälsa
- Pohjanmaalaisten asenteet ja masennus, Esa Aromaa, Österbotten-projektet
- Terveysalan ammattilaisten asenteet, Paula Ranne, ePsychNurse.Net-projektet

Förebyggande mentalvårdsarbete, ordförande Bodil Viitanen, Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund

- Barn och ungdomars psykiska hälsa – vad kan man göra för att förebygga suicidhandlingar, Britta Alin Åkerman, Lärarhögskolan Stockholm
- Att främja hälsa genom att fokusera på resurser – Salutogenes och känslan av sammanhang, Monica Eriksson, Folkhälsans Forskningscentrum
- Att leva och överleva, Carola Timper, författare

12.15–13.30 Lunch och utställning

13.30–14.45 Ordförandenas sammandrag av sessionerna

Mieli 2008:n anti ja keskeiset haasteet tulevaan,  
forskningsprofessor Kristian Wahlbeck, Stakes

14.45–15.30 Kaffe och fri samvaro



# Sisälllys – Innehåll

Esipuhe  
Förord  
Ohjelma  
Program

Taustamateriaalit ja luentolyhennelmät.....	11
Bakgrundmaterial och föreläsningssammandrag.....	11
<i>Politiikkaohjelmat ja suunnitelmat</i> .....	11
<i>Politikprogram och planer</i> .....	11
<i>Vastuullinen yhteiskunta, vanhemmuus ja päihteiden käyttö</i> .....	14
<i>Ansvarsfullt samhälle, föräldraskap och alkohol- och drogbruk</i> .....	14
Sirpa Kaakinen: VASTUULLINEN YHTEISKUNTA, VANHEMMUUS JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ.....	14
Arja Ruisniemi: PÄIHTEET JA VANHEMMUUS .....	15
Kirsi-Marja Iskandar: PERHE ELÄMÄÄN -PROJEKTI: "VANHEMMUUTTA VOIDAAN TUKEA PÄIHDEONGELMASTA HUOLIMATTA" .....	16
<i>Utsjoki–Hanko: tarpeet ja palveluiden saatavuus</i> .....	17
<i>Utsjoki–Hangö: behov av och tillgång till tjänster</i> .....	17
Timo Peisa: TOIMIVATKO PALVELUT LAPIN ERITYISOLOSUHTEISSA?.....	17
Mauno Saari: KAINUUN HALLINTOKOKEILU JA MIELENTERVEYSPALVELUT: ORGANISAATORAKENNE TOIMINNAN KEHITTÄMISEN TUKENA .....	19
Marja Vuorilehto: VANTAALAINEN NÄKÖKULMA MIELENTERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISEEN .....	20
<i>Tutkimukseen ja näyttöön perustuva työ – miksi ei toteudu?</i> .....	21
<i>Evidensbaserat arbete för psykisk hälsa – varför förverkligas det inte?</i> .....	21
Kristian Wahlbeck: TUTKIMUKSEEN JA NÄYTTÖN PERUSTUVA TYÖ – MIKSI EI TOTEUDU? .....	21
Kristian Wahlbeck: EVIDENSBASERAT ARBETE FÖR PSYKISK HÄLSA – VARFÖR FÖRVERKLIGAS DET INTE?.....	24
Jyrki Korkeila: SELVITYS PSYKIATRIAN OPETUKSEN KEHITTÄMISTARPEISTA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA .....	27
Aliisa Kiiltomäki: VALTAKUNNALLINEN MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN ERIKOISTUMISOPINTOJEN KEHITTÄMISHANKE.....	28
Marja-Liisa Havio: PÄIHDETYÖN KOULUTUKSEN KEHITTÄMINEN -HANKE .....	29
<i>Tarttuvien diagnoosien sairastuttamat</i> .....	31
<i>Drabbade av smittsamma diagnoser</i> .....	31
Petteri Pietikäinen: TARTTUVIEN DIAGNOOSIEN SAIRASTUTTAMAT .....	31
<i>Työelämän haasteet ja vaatimukset</i> .....	32
<i>Arbetslivets utmaningar och krav</i> .....	32
Outi Tähtinen: JAKSAAKO YRITTÄJÄ YRITTÄÄ?.....	32
Tuula Löf: PÄIHDETYÖ JA ESIMIESKOULUTUS .....	33

<i>Mielenterveyden ensiapu kansalaistaidoksi</i> .....	34
<i>Psykiska förstahjälpen som en medborgarfärdighet</i> .....	34
Eila Okkonen: MIELENTERVEYDEN ENSIAPU KANSALAISTAIDOKSI.....	34
Sinikka Björn & Eila Okkonen: MTEA 1 – KOKEMUKSIA KANSALAISKOULUISTA.....	36
Mikko Häikiö: MTEA 2 – HÄIRIÖT JA KOULUTUKSEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA.....	37
<i>Stigma – aina marginaalissa?</i> .....	38
<i>Stigma – utanförskap alltid?</i> .....	38
Esa Aromaa: POHJALAISTEN ASENTEET JA MASENNUS.....	38
Paula Ranne: TERVEYSALAN AMMATTILAISTEN ASENTEET MIELENTERVEYS- POTILAITA KOHTAAN – HAASTE TERVEYDENHUOLLOLLE.....	39
<i>Ehkäisevä mielenterveystyö</i> .....	40
<i>Förebyggande mentalvårdsarbete</i> .....	40
Bodil Viitanen: FÖREBYGGANDE MENTALVÅRDSARBETE.....	40
Britta Alin Åkerman: SUICIDPREVENTION BLAND BARN OCH UNGDOMAR.....	42
Monica Eriksson: ATT FRÄMJA HÄLSA GENOM ATT FOKUSERA PÅ RESURSER – SALUTOGENES OCH KÄNSLA AV SAMMANHANG.....	43
Carola Timper: ATT LEVA OCH ÖVERLEVA.....	44
Posteritiivistelmät.....	45
Postersammandrag.....	45
Posterinäyttelyyn osallistujat.....	74

# Taustamateriaalit ja luentolyhennelmät

## Bakgrundsmaterial och föreläsningssammandrag

### *Politiikkaohjelmat ja suunnitelmat*

#### *Politikprogram och planer*

### Terveyden edistämisen politiikkaohjelma

Terveyden edistämällä ja ehkäisevällä työllä voidaan saavuttaa monia hyötyjä sekä yhteiskunnassa että yksilötasolla. Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteina ovat väestön terveyden-tilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Politiikkaohjelmalla pyritään vahvistamaan ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelua ja jatkamaan Kansallisen terveyshankkeen aloittamaa terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämistä.

Hallituksen toimikauden mittaisen politiikkaohjelman aikana pyritään terveyden edistämisen rakenteiden ja niitä turvaavan lainsäädännön kehittämiseen. Ohjelmalla edistetään lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia, työikäisten työ- ja toimintakykyä ja työhyvinvointia sekä ikääntyvien terveyttä ja toimintakykyä.

Lisäksi kiinnitetään huomiota terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn vastuiden jakoon ja resursointiin, liikunnan ja kulttuurin merkitykseen hyvinvoinnin edellytyksenä sekä fyysisen ympäristön terveellisyyteen.

### Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2007–2008

Valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma laaditaan vuosien 2007–2008 aikana sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa Mieli 2009 -työryhmässä. Suunnitelman valmisteluvaiheessa kuullaan laajasti mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntija- ja toimijatahoja sekä kansalaisia.

Suunnitelman tavoitteet:

- Tuetaan kuntalaisten hyvinvointia ja mielenterveyttä.
- Tuetaan päihde- ja mielenterveysongelmien hoidon ja kuntoutuksen alueellista kehittämistä.
- Edistetään yhteistyötä kuntien perus- ja erityispalvelujen, eri palvelujen tuottajien sekä ammattiryhmien välillä.

#### *Suunnitelman tausta*

Keväällä 2005 STM:ä pyydettiin laatimaan kansallinen mielenterveysohjelma. Toimenpideoitteen esitti 106 kansanedustajaa. STM sitoutui ohjelman tekemiseen käynnissä olevien suurten mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeiden kokemusten pohjalta. Suunnitelma sisältyy Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiaan 2015.

## Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma on yksi hallituksen kolmesta poik-kihallinnollisesta politiikkaohjelmasta.

Politiikkaohjelmat ovat hallitusohjelmassa määriteltyjä laajoja tehtäväkokonaisuuksia hallituksen keskeisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Ne koostuvat eri ministeriöiden toimialoihin kuuluvista toimenpiteistä, hankkeista ja määrärahoista. Politiikkaohjelmien tarkemmat sisällöt ja suunnitelmat vahvistetaan hallituksen strategia-asiakirjassa syksyllä 2007.

Politiikkaohjelmia johtavia ministereitä avustavat vastuuministeriöihin sijoitetut ohjelma-johtajat. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman koordinoinnista vastaa kulttuuri- ja urheiluministeri Stefan Wallin. Ohjelmajohtaja Georg Henrik Wrede työskentelee opetusministeriössä.

Ohjelmien suunnittelua ja toteutuksen seurantaan varten on ministeriryhmät, jotka käsittelevät kaikki politiikkaohjelmaan liittyvät linjaukset ja valmistelevat keskeiset päätökset.

## Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma

Tavoitteena on hyvinvoinnin rahoituspohjan turvaaminen.

Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman taustalla on huoli hyvinvoinnin rahoituspohjan kestämisestä, kun työikäinen väestö alkaa ensimmäistä kertaa historiamme aikana pienentyä. Politiikkaohjelman tavoitteena on ehkäistä työpanoksen pienentymistä siitä huolimatta, että työikäisten lukumäärä vähenee. Samalla tuottavuuden merkitys talouskasvun ja hyvinvoinnin perustana korostuu.

Politiikkaohjelman sisältö on jaettu kolmeen osaan.

1. Ensimmäinen osa muodostuu keinoista, joiden avulla kansalaisten työpanos saataisiin mahdollisimman täysimääräisesti käyttöön ja osaavan työvoiman tarpeet täytettyä lisäämällä myös ulkomaisen työvoiman määrää.
2. Politiikkaohjelman toinen osa käsittää toimia, joilla yrittäjä- ja yritysten kasvuhaluutta voitaisiin lisätä ja kehittää yritysten toimintaympäristöä Suomessa mahdollisimman kilpailukyiseksi.
3. Ohjelman kolmannen osan tavoitteena on työelämän laadun ja työn tuottavuuden samanaikainen kohottaminen.

Työikäisen väestön määrän alkavasta vähenemisestä seuraavaa työvoiman niukkuutta pyritään torjumaan mm. nopeuttamalla työhön siirtymistä opinnoista, kannustamalla ikääntyneitä työntöön jatkamiseen entistä pidempään, kartoittamalla seikkaperäisesti olemassa olevat kotimaiset työvoimareservit ja hakemalla keinoja näiden siirtymiseksi työmarkkinoille. Työpanoksen määrää pyritään lisäämään myös sillä, että keskeytykset työuran aikana niin terveydellisistä syistä kuin työttömyyden johdosta jäisivät mahdollisimman vähäisiksi. Työikäisten määrän pienentyessä entistä tärkeämmäksi muodostuu huolehtiminen aikuisväestön osaamisen säilyttämisestä mahdollisimman korkealla tasolla läpi työuran.

Yrittäjäyshalukkuuden ja yritysten kasvuhakuisuuden parantamiseen pyritään vaikuttamaan mm. yrittäjäyyskasvatuksella, verotuksen ja julkisen rahoituksen keinoin, yrittäjien sosiaaliturvaa kehittämällä sekä yritysten hallinnollista taakkaa vähentämällä. Suomalaisten yritysten kasvuhaluus on matalalla tasolla, minkä vuoksi ohjelmalla pyritään hakemaan kannusteita kasvuun. Ohjelma sisältää useita toimia myös maa- ja metsätalousyrittäjyyden kehittämiseksi pyrittäessä säilyttämään maaseutu asuttuna ja elävänä.

Sen lisäksi, että tuottavuuden kohottaminen on läpileikkaavana tavoitteena koko ohjelmassa, politiikkaohjelmalle on asetettu erityiseksi tehtäväksi työn tuottavuuden kohottaminen kehittämällä työorganisaatioita, parantamalla työelämän laatua ja tämän myötä myös työyhteisöjen innovaatiokyvykkyyttä. Työntekijöiden tyytyväisyys työssään ja työelämän hyvä laatu vaikuttavat myönteisesti yrityksen tai työyhteisön tuottavuuteen.

Ohjelman sisällön laatimisessa on ollut mukana etujärjestöistä koostuva politiikkaohjelman neuvottelukunta. Ohjelman sisältöä on käsitelty myös ohjelmaa varten perustetussa ministeriryhmässä. Ministeriryhmää johtaa elinkeinoministeri Mauri Pekkarinen, joka valtioneuvoston jäsenenä vastaa ohjelman toteutuksesta.

## Lähteet

Valtioneuvosto (2007). Hallituksen politiikkaohjelmat. <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/fi.jsp> [Viitattu 22.1.2008.]

Stakes (2008). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. <http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/index.htm>. [Viitattu 22.1.2008.]

## *Vastuullinen yhteiskunta, vanhemmuus ja päihteiden käyttö* *Ansvarsfullt samhälle, föräldraskap och alkohol- och drogbruk*

### VASTUULLINEN YHTEISKUNTA, VANHEMMUUS JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

SIRPA KAAKINEN

Vanhemman ja lapsen välinen suhde on sekä aikuisen että lapsen mielen muokkautumisen maaperää. Lapsi saa parhaimmillaan ennakoitavaa ja välittävää huolenpitoa. Hänen onnistumisistaan iloitaan ja pettymyksiään jaetaan. Vuorovaikutuksessa vanhemman ja lapsen välillä syntyy ymmärrystä itsestä ja toisesta. Lapsi saa sanoja kokemalleen, tulee kuulluksi ja hyväksytyksi sekä tarinoineen että tunteineen. Vanhemman avulla lapsen on mahdollista myös sitoutua muihin kehitysympäristöihinsä ja kasvaa niissä: sisarusten ja ikätovereiden kanssa toimiessa, päivähoitossa ja koulussa, harrastusten parissa. Aikuisen kokemusmaailmaan vanhemmuus tuo vastuullisuuden ja sitoutumisen tuomaa tyydytystä. Vanhemmuus vahvistaa aikuisen kokemusta omasta merkityksellisyydestään ja elämisen tarkoituksesta. Vanhempana on mahdollista nähdä maailmaa myös lapsen tuoreiden ja yllätyksellisten havaintojen kautta.

Lapsen ja aikuisen välinen suhde ei synny ja elä tyhjiössä. Sekä lapsen että aikuisen perheen ulkopuolinen kokemusmaailma ja toimintaympäristöt vaikuttavat suhteen laatuun. Yhteisöt ja yhteiskunta, missä lapset ja aikuiset elävät, voivat sekä tukea että estää suhteen kukoistusta ja aikuisen ja lapsen vastavuoroista kehittymistä. Taloudelliset paineet, työelämän järjestelyt, sosiaalinen tasa- tai epätasa-arvo heijastuvat väistämättä siihen, miten vanhemmuuden on mahdollista toteutua perheissä. Päivähoidon järjestelyt ja koulujen tilanne vaikuttavat sekä lapsen että aikuisen tapaan olla toistensa kanssa perheen kesken. Vanhemmuuteen liittyvät yhteisölliset arvot ja asenteet, odotukset, vaateet ja velvoitteet voivat johtaa leimaantumiseen ja eristäytymiseen erityisesti tilanteissa, joissa joko vanhemmalla tai lapsella on ongelmia.

Vanhemman ongelmat – esimerkiksi päihde- ja mielenterveydenongelmat – ovat lapsen psyykkisen kasvun ja kehityksen kannalta riski. Ongelmien siirtyminen sukupolvesta toiseen ja niihin liittyvä syrjäytyminen muusta yhteisöstä ovat tuttuja ilmiöitä sekä tutkijoille että perheiden kanssa työskenteleville. Mielenterveys- tai päihdeongelma perheessä ei kuitenkaan vaikuta olevan lapsen kehitystä estävää, mikäli perheessä ei ole muita, vanhemman ongelmaan kytkeytyviä tekijöitä. Leimaantuminen, eristäytyminen, vaikutusmahdollisuuksien kapeutuminen, taloudelliset ongelmat ja merkityksellisten roolien niukkeneminen vievät entisestään vanhemmalta voimia. Oma syyllisyyden ja häpeän kokemus voi lamaannuttaa, jopa katkaista lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen.

Lasta ja vanhemmuutta voidaan kuitenkin myös suojata tilanteissa, joissa vanhemmalla on erityisiä paineita tai ongelmia. Yhteiskunnassa ja yhteisöissä voidaan vaikuttaa ongelmiin kytkeytyviin paineisiin. Perheitä tuetaan vaikuttamalla sosiaaliseen tasa-arvoisuuteen ja taloudellisiin elämän edellytyksiin paineista huolimatta. Lasta suojaavat myös ymmärrys perheen tilanteesta, oman syyllisyyden ja häpeän tunteen purkamisen sekä mahdollisuus olla osallisena perheen ulkopuolisessa, ikätasoisessa maailmassa. Vanhempi voi auttaa lastaan paineistaan huolimatta auttamalla häntä jäsentämään lapsen omaa kokemusta vanhemman ja perheen ongelmista ja tukemalla muiden aikuisten kanssa lapsen elämää monimuotoisissa kehitysympäristöissä.

Voimme muokata yleistä asenneilmapiiriä siten, että yhteisöllisessä tietoisuudessamme vanhemmuuden mahdollisuudet ja lasta suojaavat tekijät sekä jaetun vanhemmuuden voima ongelmista huolimatta nousevat riskien tarinoiden rinnalle. Näin autamme paineisessa tilanteessa elävää vanhempaa toimimaan ja tukemaan lastaan yhdessä muiden aikuisten kanssa.

#### **Yhteystiedot**

Sirpa Kaakinen, sirpa.kaakinen@stakes.fi

Toimiva lapsi&perhe -hanke, Stakes

## PÄIHTEET JA VANHEMMUUS

ARJA RUISNIEMI

Vanhemmuus on merkittävä voimavara päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tämä tuli esiin väitöskirjassani, joka käsitteli minäkuvan muutosta päihderiippuvuudesta toipumisessa. Haastattelin kymmenen asiakasta kolmeen kertaan kolmen vuoden ajanjaksolla: laituskuntoutuksen alussa ja päättyessä sekä 1–2 vuotta kuntoutuksesta lähdön jälkeen. Toipumisprosessissa vanhemmuuden identiteetin muutos on osa minäkuvan muutosta. Lapset saattavat olla ainut motivoiva tekijä hakeutua avun piiriin. Kankaanpään A-kodissa on koko perheen mahdollista opetella arjen elämistä yhdessä yhteisössä ja vanhemmat saavat tukea oman muutosprosessinsa eteenpäin viemiseen. Tutkimuksessa mukana olevien perheiden lapset olivat huostaan otettuja ja sijoitettu vanhemman kanssa laitokseen. Vanhemmat olivat tilanteessa, jossa heidän tuli todistaa viranomaisille kyvykkyytensä toimia vanhempana. Samaan aikaan heidän haasteenaan oli muuttaa omaa addiktin identiteettiään.

Vanhemmat puhuivat paljon vastuusta osana vanhemmuutta. He näyttivät saavuttavan tasapainoa suhteessa vastuuseen. Vanhemmat pohtivat myös sitä, että heidän lastensa täytyy oppia uudelleen luottamaan heihin. Lapset pitävät vanhempansa kiinni arjessa ja vanhemmuus tarjoaa haasteen toipumisprosessiin. Kuntoutusjakson aikana vanhemmat huomasivat, että heidän oma hyvinvointinsa on edellytys lasten hyvinvoinnille. Vanhemmat myös näyttivät oppivan nauttimaan vanhemmuudesta kuntoutuksen aikana. Kuntoutuksen alussa tehdyissä haastatteluissa he puhuivat niistä hankaluuksista, joita lasten kanssa mahdollisesti tulee. Kuntoutuksen päättyessä tehdyissä haastatteluissa he puhuivat paljon siitä, kuinka he olivat nauttineet lastensa kanssa vietetystä ajasta. Vuorovaikutuksen oppiminen ja mahdollisuus elää yhdessä perheenä on lähtökohtana perheen tilanteen muutokselle ja antaa mahdollisuuden perheen sisäisten kiintymyssuhteiden vahvistumiselle.

1–2 vuotta kuntoutuksen jälkeen vanhemmat olivat saaneet takaisin lastensa huoltajuuden ja he tunsivat, että olivat kuin kuka tahansa perhe. Vanhemmuus näyttäytyi tasapainoiluna erilaisten arkipäivän vaatimusten keskellä. Lapset saattoivat purkaa omaa pahaa oloaan, koska he kokivat olonsa turvalliseksi ja kokivat vanhempien olevan tarpeeksi vahvoja kestämään heidän reaktionsa. Vaikka lapset antavat merkityksen ja sisällön elämälle, tuli haastatteluissa esiin myös vaikeus elää yksinhuoltajavanhempana. Vanhemmat tarvitsevat paljon tukea kuntoutuksen jälkeen. Vanhemmat kokivat itsensä kuitenkin pääsääntöisesti riittävän hyviksi vanhemmiksi. Esiin tuli myös koettua ristiriitaa entisen ja nykyisen elämäntavan välillä. Pienten lasten isän ajatuksiin tunkeva menneisyys aiheutti ahdistusta ja kysymyksiä, joiden kautta isä prosessoi omaa muutostaan.

Perhekuntoutus on haaste työntekijöille. Perheen kanssa työskenneltäessä on otettava huomioon hyvin eritasoisia tekijöitä ja pidettävä huoli siitä, että lapsen ääni tulee kuuluviin. Perusajatuksena Kankaanpään A-kodissa on, että lapset tarvitsevat ennen kaikkea turvallisen ympäristön, jossa he voivat olla lapsia. Vanhemmilla on mahdollisuus oppia kuuntelemaan ja pitämään huolta lapsistaan. Elämäntavan ja ajattelun muutokset vievät kuitenkin aikaa, eikä niitä ole mahdollista nopeuttaa ulkoisilla tekijöillä. Arkielämän harjoittelu yhdessä perheenä on valmentautumista kuntoutuksen jälkeiseen elämään.

### Yhteystiedot

Arja Ruisniemi, arja.ruisniemi@vakry.fi

## PERHE ELÄMÄÄN -PROJEKTI: "VANHEMMUUTTA VOIDAAN TUKEA PÄIHDEONGELMASTA HUOLIMATTA"

KIRSI-MARJA ISKANDAR

Perhe elämään -projekti on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama ja Kalliolan Setlementin kehittämisyksikön hallinnoima kolmevuotinen kehittämishanke vuosille 2006–2009 ja se toteutetaan Kalliolan Setlementin eri toimialojen yhteistyönä. Hankkeen tavoitteena on ehkäistä päihdeiden käytön aiheuttamia haittoja perheissä ja kehittää uusia tukimuotoja ja yhteistyöverkostoja, jotka huomioivat eri perheenjäsenten avun ja tuen tarpeet. Projektin perhetyön tavoitteena on edistää päihdeongelmaisten perheenjäsenten sosiaalisia taitoja ja tukea uusien ongelmaratkaisutaitojen löytymistä vaikeissa elämäntilanteissa. Lisäksi projektin konkreettisena tavoitteena on kehittää toimintamalli, jonka avulla tuetaan päihdeidenkäytön vuoksi vaikeuksissa olevia perheitä. Mallin avulla on tarkoitus yhdistää päihdetyön, lastensuojelutyön, sosiaalisen nuorisotyön sekä vapaaehtoistyön osaaminen päihdeongelmaisten perheiden tukemiseksi.

Hankkeen kohderyhmänä ovat päihdeiden käytön vuoksi vaikeuksissa olevat pääkaupunki-seudulla asuvat lapsiperheet. Lastensuojelutyössä on erityisesti lisääntyvää tarvetta saada tietoa siitä, miten työskennellä silloin kun perheessä on päihdeongelma. Tavallisin alle 12-vuotiaiden lasten huostaanoton tarvetta aiheuttava tekijä on vanhempien päihdeiden käyttö ja mielenterveysongelmat. Nykyinen päihdehuollon järjestelmä ei kykene vastaamaan kuin osittain siihen avuntarpeeseen, jota lisääntynyt päihdeiden käyttö perheille aiheuttaa. Päihdeiden käytön haittoja on perinteisesti hoidettu sektorikohtaisesti ja näin ollen koko perheen hoito on jäänyt vähemmälle huomiolle. Uuden lastensuojelulain tavoitteena on turvata koko perheen tarvitsemat tukitoimet ja -palvelut, parantaa viranomaisten välistä yhteistyötä sekä mahdollistaa entistä varhaisempi ongelmiin puuttuminen. Perhe elämään -projektin työskentelyssä pyritään tuomaan lapsinäkökulmaa päihdetyöhön ja päihdetyön näkökulmaa lastensuojelutyöhön.

Kalliolan Setlementin Perhe elämään -projekti on suunniteltu ja toteuttanut yhteistyössä Stakesin Toimiva lapsi ja perhe -hankkeen kanssa Beardsleen-perheinterventiomenetelmäkoulutuksen. Koulutukseen osallistui 16 Kalliolan työntekijää ja perheinterventiotyötä on toteutettu yhteistyössä Kalliolan eri toimialojen työntekijöiden välisenä yhteistyönä.

Beardsleen-perheinterventiomenetelmä on alun perin kehitetty lasten hyvinvoinnin huomioimiseen silloin, kun isä tai äiti on sairastunut psyykkisesti. Sittemmin menetelmän käyttö on laajentunut siten, että sitä voidaan käyttää monenlaisissa vanhemmuuteen ja perhetilanteeseen vaikuttavissa tilanteissa. Perhe elämään -projektissa Beardsleen-perheinterventiomenetelmää käytetään työskenneltäessä päihdeongelmaisten perheiden kanssa. Perheinterventiossa tarkastellaan yhdessä vanhempien kanssa lasten tilannetta vanhemmuutta kunnioittaen. Beardsleen-perheinterventio on prosessityöskentelyä perheen kanssa. Työskentelyn aikana vanhempia, lapsia ja koko perhettä tavataan 6–8 kertaa. Perheintervention periaatteista ja kulusta on manuaali ja ohjeistus kullekin tapaamiselle. Työskentelyn tavoitteena on auttaa vanhempia auttamaan omia lapsiaan. Työskentelyssä tuetaan perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta ja ongelmanratkaisua sekä vahvistetaan lasta suojaavia tekijöitä. Vanhemmuus ei ehkä suju kuten ennen, ja päihdeiden käyttö syrjäyttää ja estää kyvyn toimia sellaisena vanhempana kuin toivoisi. Vanhempia saattaa askarruttaa myös se, mitä lapset näkevät vanhemman päihdeongelmasta ja miten lapset sen kokevat.

Perhe elämään -projekti edustaa Kalliolan Setlementtiä toimien yhteistyössä Helsingin kaupungin lapsiperheiden päihdepalvelujen kehittämishankkeen kanssa, jonka tavoitteena on kehittää avohoidollisia tukitoimenpiteitä päihdeongelmista kärsiville perheille.

### Yhteystiedot

Kirsi-Marja Iskandar, kirsi-marja.iskandar@kalliola.fi



## *Utsjoki–Hanko: tarpeet ja palveluiden saatavuus* *Utsjoki–Hangö: behov av och tillgång till tjänster*

### TOIMIVATKO PALVELUT LAPIN ERITYISOLOSUHTEISSA?

TIMO PEISA

Lapin sairaanhoitopiiriin kuuluu 16 kuntaa ja alueella asuu 120 000 asukasta. Alue kattaa neljäsosan Suomen pinta-alasta. Väestöstä puolet asuu laajassa Rovaniemen kaupungissa. Muut kunnat ovat väestöpohjaltaan 2 000–10 000 asukasta. Etäisyydet kuntakeskuksien välillä ovat tyypillisesti 100 kilometrin luokkaa.

Alueen suurimmat terveys- ja sosiaalitoimen haasteet ovat vaikeasta työttömyydestä ja aktiiviväestön poismuutosta kärsivissä syrjäkunnissa. Työpaikkojen kato on entisestään korostanut kuntien riippuvuutta valtionosuuksista. Haja-asutusalueilla peruspalveluitten turvaaminen on nojautunut lähes täysin kunnalliseen palveluun. Kuntien kasvava taloudellinen ahdinko on johdannut huonosti hallittuihin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen säästöihin. PARAS-hanke ei sinällään ole tuomassa toimivia ratkaisuja Lapin haja-asutusalueen palveluitten saatavuuteen. Epäsely tilanne on kohdentanut kehitystyön vähätkin ponnistelut hallinnollisten ratkaisujen hakemiseen. Kokemukset lähipalveluitten saatavuuden turvaamisesta keskitetyissä ratkaisuisa eivät toistaiseksi ole olleet rohkaisevia.

Psyykkiset ongelmat ja sairastavuus ovat kansanterveydellisiä haasteita, joiden aiheuttamaan palvelutarpeeseen ei pystytä vastaamaan erityisosaamisen menetelmin ja saatavuuksin. Lapin olosuhteissa peruspalveluitten keskeisyyttä korostaa myös mielenterveyspalveluissa erikoisosaamisen huonon saatavuuden takia pitkälle viety erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako. Kuntien pienuus ja pitkät etäisyydet aiheuttavat luonnostaan henkilöstölle moniosaamisen ja tiiviin sektorirajat ylittävän yhteistyön vaateet. Mielenterveystoimistojen liittäminen osaksi terveyskeskustoimintaa on onnistuneesti tukenut palveluitten saatavuutta ja suuntautumista vastaamaan paremmin väestön kokonaistarpeita.

Käytännön työn kautta olen oppinut lisääntyvästi arvostamaan hyvän perusterveydenhuollon merkitystä. Meillä on edelleen yhden oven palvelujärjestelmän veloitteet. Vahvuutena löytyy syvää osaamista oman väestön suhteen että paikallisiin olosuhteisiin ja toisaalta aitoa kokonaisvaltaista vastuun kantamista. Laadukkaan avun tuottamiseen näyttää riittävän useimmiten ongelmien tunnistaminen ja määrätietoinen hoito riippumatta käytettävistä lääketieteellisistä hoitomenetelmistä tai työntekijöitten ammatillisesta viitekehyksestä. Lapin mielenterveydenhankkeissa 2004–2009 on onnistuneesti tuettu perustason työntekijöitten osaamista, verkostoitumista sekä uusien toimintamallien käyttöönottamista. Jatkossa pääpaino hankkeissa tulee olemaan erityispalveluitten seudullisessa/alueellisessa järjestämisessä sekä uuden teknologian laajassa hyödyntämisessä asiakastyössä ja työntekijöitten tukemisessa.

Lapissa suurimmat uhat väestön mielenterveydelle liittyvät syvenevään syrjäytymisketjyyn ja jatkuvasti kasvavaan alkoholinkäyttöön. Palvelujärjestelmän kannalta tilanne on erittäin haastava ja vaikeasti vaikutettavissa. Syrjäseutujen väestön riippuvuus kunnallisesta peruspalveluista säilyy edelleen voimakkaana. Perusterveydenhuollon palvelut ovat edelleen vahvassa rapautumisketjyyn vaarassa henkilöstön saatavuuden ja kuntien perusrahoituksen ongelmien takia. Lisäksi kuntien ohjausmekanismit palvelukokonaisuuksien hallintaan vaikuttavat jatkossakin huonoilta. Nykyinen ohjelmajohtaminen tuottaa helposti runsaasti uusia tavoitteita ja veloitteita kuntien sosiaali- ja terveystoimeen suhteellisen irrallaan arjen resursseista ja toisaalta paikallisten tarpeitten huomioimisesta.

Alueellinen eriarvoisuus ja erimuotoisuus tulevat edelleen vääjäämättä lisääntymään. Haasteet nousevat korostettuina taantuvilla syrjäseuduilla. Etenkin lääkäreiden saaminen tulee olemaan haaste. Arvojen muutos vaikuttanee aikanaan, jotta arvostus löytyy myös tärkeälle, vaikuttavalle ja haastavalle työlle. Lapissa palveluitten saatavuutta ja laatua tulevat turvaamaan muitten työntekijöitten lisääntynyt osaaminen ja verkostoituminen, mikä mahdollistaa työnjaon ja uusien toimintatapojen edelleen kehittämisen.

**Yhteystiedot**

Timo Peisa, timo.peisa@ranua.fi

www.lshp.fi > kehittäminen, koulutus ja tutkimus (Lapin mielenterveyshanke)

## KAINUUN HALLINTOKOKEILU JA MIELENTERVEYSPALVELUT: ORGANISAATORAKENNE TOIMINNAN KEHITTÄMISEN TUKENA

MAUNO SAARI

Kainuun sairaanhoitopiirin alueella aloitettiin 1980–1990-lukujen taitteessa niin sanotun tarpeenmukaisen hoitomallin pohjalta vaikeiden mielenterveyshäiriöiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen alueellisen hoitomallin kehittämistyö. Korjaavan toiminnan keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin tuolloin mielenterveyshäiriöiden kroonistumisen ehkäisy. Alueen pitkäaikaisesti sairaiden suhteellinen osuus oli tuolloin yksi maan korkeimmista. Palvelujärjestelmä oli laitospainotteinen ja erityisosaajia oli alueen käytettävissä vähän. Tarpeenmukaisen hoitomallin valintaa alueelliseksi kehittämiskohteeksi tuki valtakunnallisen skitsofreniaprojekin tuottama suositus ja alueellisen korjaavan toiminnan tarpeiden kohdistuminen vaikeisiin mielenterveydenhäiriöihin. Lääkärityövoiman ja koulutettujen psykoterapeuttien vähäisyys tukivat niin ikään sellaisen hoitomallin valintaa, jonka painopiste on eri hoitomuotojen keskinäisessä integraatiossa eikä biologisissa tai yksilöpsykoterapeuttisissa interventioissa.

Henkilöstön koulutuksessa panostettiin aluksi useiden vuosien ajan erityisesti perhe- ja verkostotyön valmiuksien laaja-alaiseen kohentamiseen. Tarpeenmukaista hoitomallia on Kainuussa kehitetty edelleen sekä alueen oman että valtakunnallisen tutkimuksen ja käytännön kokemusten pohjalta. Tämä työ on tuottanut hoitomallin, jonka perustana on niin sanottujen tapauskohtaisten työryhmien varaan rakentuva jatkuva hoitovastuu vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien kainuulaisten ja heidän lähimmän sosiaalisen verkostonsa tueksi.

Käytännön toiminnassa on havaittu, että palveluorganisaation rakenne ja sen pohjalta määrittyvät talouden ja toimivallan realiteetit saattavat olennaisesti joko tukea tai olla esteenä toimintamallin laaja-alaiselle alueelliselle implementaatiolle. Erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön sekä riippuvuushoito- ja palveluiden sijoittuminen eri organisaatioihin näytti Kainuun hallintokokeilua edeltäen muodostavan erääksi keskeiseksi implementaation esteeksi.

Kainuun hallintokokeilun suunnittelun yhteydessä mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelusta vastasi yhteinen työryhmä, joka tuotti sekä mielenterveys- että päihdepalveluille yhteisen maakunnallisen toimintasuunnitelman. Hallinnollisesti po. palvelut kuuluvat samaan tulosalueeseen muun terveydenhuollon kanssa ja ne muodostavat yhteisen vastuualuekokonaisuuden.

Tapauskohtaisen työryhmätyön hoitomallia sovelletaan laaja-alaisesti kaikessa mielenterveys- ja päihdeongelmien tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Erityisesti aiemmat päihde- ja mielenterveystyön organisaatioiden ja mielenterveysongelmien avo- ja laitospalveluiden väliset raja-aidat on pystytty pääosin poistamaan ja vuoden 2005 alussa toimintansa aloittaneen organisaation rakenne on muodostettu aiemmat organisaatorajat ylittävää horisontaalista yhteistyötä ja alueellista hoitomallia tukevaksi.

### **Yhteystiedot**

Mauno Saari, mauno.saari@kainuu.fi

## VANTAALAINEN NÄKÖKULMA MIELENTERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISEEN

MARJA VUORILEHTO

Vantaalla vuonna 2005 käynnistynyt Sateenvarjo-projekti on seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Projekti toteutetaan Vantaan kaupungin sekä HYKS-sairaanhoidon alueen yhteistyönä. Kehittämisen perustana ovat yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen kanssa tehdyt tutkimukset vantaalaisten terveyskeskuksen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden sekä nuorten depressiosta sekä muut alueella aikaisemmin toteutetut kehittämis- ja tutkimusprojektit. Rahoitus on saatu sosiaali- ja terveysministeriöstä ja projektia hallinnoi Vantaan kaupunki.

Projektin tavoitteena on vuoteen 2009 mennessä kehittää linjassa päihde- ja mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen ja Mieli 2009 -ohjelman kanssa seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaismalli, jossa palvelukokonaisuuden painopiste on peruspalveluissa, ja ongelmien tunnistaminen ja matalan kynnyksen hoidon aloittaminen kaikissa ikäryhmissä toteutuu nykyistä aikaisemmin.

Sateenvarjo-projektissa on kehitetty ja mallinnettu uudenlaisia työtapoja perustason mielenterveys- ja päihdetyöhön. Keskeiset toimintatavat alaprojekteissa ovat perustuneet: 1) projektityöntekijän fasilitoimiin uudenlaisiin, mutta kansainvälisten tutkimusten perusteella tehokkaisiin perusterveydenhuollon toimintamalleihin, joissa keskeistä on moniammatillisuus, riskiryhmien depression ja alkoholin suurkulutuksen seulominen ja ryhmämuotoiset interventiot, 2) toimijoiden yhteen saattamiseen ja avustamiseen mielekkäiden hoitoprosessien luomiseksi ja ylläpitämiseksi organisaatioiden rajoista riippumatta sekä 3) näitä päälinjoja tukeviin toimiin: Vantaan Mielenterveysohjelman laatimisen aloittaminen, antistigmatoiminta, koulutus, tutkimus, verkostoituminen sekä seudullinen ja valtakunnallinen yhteistyö.

Sateenvarjo-projektin alaprojekteissa kehitetään ja testataan vuosina 2005–2009 kuutta erilaista työnkuvaa ja toimintaa:

1. Lapsiperheiden depression tunnistaminen ja hoito neuvolatyössä
2. Nuorten vakavan masennuksen ennaltaehkäisy kouluterveydenhuollossa
3. Depression hoidon kolmikantamalli (depressiohoitajamalli) terveyskeskuksessa
4. Perustasoa konsultoivan psykiatrin työnkuva
5. Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio terveysasemalla (päihdehoitajamalli)
6. Kotihoidon tehostettu mielenterveys- ja päihdetyö.

### **Yhteystiedot**

Maria Vuorilehto, maria.vuorilehto@vantaa.fi

www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti

## *Tutkimukseen ja näyttöön perustuva työ – miksi ei toteudu?* *Evidensbaserat arbete för psykisk hälsa – varför förverkligas det inte?*

### TUTKIMUKSEEN JA NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TYÖ – MIKSI EI TOTEUDU?

KRISTIAN WAHLBECK

”Vapaa ajatus on suuri, mutta oikea ajatus on suurempi”  
 Thomas Thorild 1759–1808

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishaasteita ovat hoidon saatavuus sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Hoidon laatu muodostuu useista osioista. Tärkeitä ovat asiakaslähtöisyys, yksilön kunnioitus ja avoin vuorovaikutus, mutta hoidon vaikuttavuuteen vaikuttaa voimakkaasti myös hoidon sisältö. Näyttöön perustuvassa mielenterveystyössä (Drake et al. 2005) hoitotoimet nojautuvat tutkittuun tietoon hoidon ja palvelujärjestelmän vaikuttavuudesta.

Meillä on paljon tietoa mielenterveys- ja päihdetyön vaikuttavuudesta. Korkealaatuisia satunnaisesti tutkittuja vaikuttavuustutkimuksia on alalla tehty yli 20 000. Vaikuttavuustutkimus nojautuu kokemuksellisen tiedon muodostumisen perinteeseen, mutta hoitotulokseen vievien prosessien ymmärtämisessä tukeudutaan myös laadulliseen tutkimusperinteeseen. Rikkaista tietovarannoista huolimatta siirtyminen kohti vaikuttavia, näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ja -järjestelmiä on ollut luvattoman hidasta. Pullonkaulana on usein uusien työmenetelmien käyttöönotto mielenterveys- ja päihdealan ammattilaisten parissa.

Terveystieteiden tutkimuksen näkökulmasta mielenterveys- ja päihdetyön käytännöissä on useita ongelmia. Ensimmäinen ongelma on uusien heikkotehoisten hoitomuotojen käyttöönotto ilman riittävää näyttöä. Tämä on Suomessakin tuttu ilmiö; esimerkkinä toimikoon psykologinen jälki-puinti eli debriefing, joka otettiin laajasti käyttöön, ennen kuin sen vaikuttavuutta oli kunnolla arvioitu. Toinen ongelma on resurssien hukkakäyttö eli tehottomien hoitomuotojen jatkuva käyttö uudesta näytöstä huolimatta. Nämä perusongelmat juontavat juurensa terveydenhuollon ammattilaisten halusta tehdä hyvää potilaille silloinkin kun varmuutta hoidon vaikutuksista ei ole olemassa. Itse asiassa terveydenhuollossa tehdään joskus asioita, joiden on todettu olevan jopa haitallisia potilaille. Näissä tapauksissa on usein kyse hoitomuodoista, jotka intuitiivisesti tuntuvat hyödyllisiltä ja järkeviltä, mutta jotka kriittisesti tarkasteltaessa ovat tehottomia ja joskus jopa haitallisia. Kliinikoilla saattaa olla vankka usko hoidon tehokkuuteen, vaikka sitä ei ole osoitettu. Ei ole itsestään selvää, etteivät psykoterapiat tai muut vuorovaikutukselliset hoidot kuuluisi tähän kriittisesti tarkasteltavaan joukkoon, jossa saattaa piileskellä haitallisiakin vaikutuksia. Kolmantena ongelmana on konservatiivisuus ja jäähmeys hoitojärjestelmässä, jonka takia uusia vaikuttavia hoitomuotoja otetaan luvattoman hitaasti käyttöön. Tietopohja uudistuu nopeammin kuin työkäytännöt.

Tärkeitä apuvälineitä näyttöön perustuvassa mielenterveystyössä ovat uutta tutkimustietoa suodattavat ja jalostavat kansainväliset tietokannat, kuten PsiTri-tietokanta ([psitri.stakes.fi](http://psitri.stakes.fi)) ja Cochrane-kirjasto ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) sekä kotimaiset näyttöön perustuvat mielenterveysalan Käypä hoito -hoitosuosituksukset ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)). Hoitosuosituksia on tällä hetkellä alkoholi-ongelmista, huumeongelmista, masennuksesta, skitsofreniasta sekä lasten ja nuorten ADHD:sta, seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja syömishäiriöistä. Käypä hoito -suositukset traumaperäisistä häiriöistä ja epävakasta persoonallisuushäiriöstä ovat työn alla.

Lääketieteellinen kokemuksellinen tutkimusperinne alkaa potilastapausselostuksista, mutta jo valitusajankana kuvailtiin potilasjoukkoja ja käytettiin keskiarvoa kuvaamaan potilaiden keskimääräistä tilaa. Ensimmäinen kaltaistettu kontrolloitu koeeasetelma on vuodelta 1747, kun

James Lind Englannin laivastossa suoritti ruokavaliokokeen keripukkia vastaan (Lind 1753). Osalle merimiehistä annettiin lime-mehua, osalle toisenlaista ruokavaliota. Kokeen tuloksena löydettiin tehokas hoito keripukkiin. Lindin koetta menetelmällisesti vahvempia satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia on lääketieteessä tehty noin 50 vuoden ajan.

Cochrane-verkosto on merkittävällä tavalla uudistanut terveydenhuollon kokemuksellista tutkimusperinnettä. Sisarekseen se on saanut näyttöön perustuvaa sosiaali- ja kasvatustyötä kehittävän Campbell-verkoston ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)). Vuonna 1993 syntyneen, kansainvälisen Cochrane-verkoston tavoitteena on tuottaa ja levittää tietoa terveydenhuollon interventioiden vaikuttavuudesta (Wahlbeck ja Tuunainen 2000). Cochrane-verkosto nivoutuu tiukasti yhteen näyttöön perustuvan terveydenhuollon eli EBM (evidence-based medicine) -periaatteen kanssa. Archie Cochrane oli brittiläinen epidemiologi ja kliinisten kokeiden kehittäjä, joka vuonna 1979 lausui tulevan Cochrane-verkoston syntysanat peräänkuuluttaessaan kriittistä arviointia terveydenhuollon interventioiden vaikuttavuudesta.

Archie Cochranen ajattelu ja koko näyttöön perustuva terveydenhuolto lähtevät hyvin antiautoritäärisistä lähtökohdista. Tietoisena tavoitteena on pyrkiä pois tilanteesta, jossa auktoriteettien mielipiteet johtavat kliinistä päätöksentekoa ja hoitomenetelmien valintaa. Johtonuurana on pyrkimys kriittiseen tarkasteluun ja näyttöön perustuvaan päätöksentekoon. Jos näyttöön perustuva lääketiede on Suomessa tulkittu autoritääriseksi, niin kyseessä on väärä tulkinta. Näyttöön perustuvan liikkeen kuningasajatus on, että enää ei ole tärkeää se mitä mieltä kukin professori on tietystä hoidosta, vaan tärkeintä on se, mitä tieteellinen tutkimus kertoo hoidon vaikuttavuudesta.

Cochrane-verkoston keulakuva on Cochrane-kirjasto (<http://www.thecochranelibrary.com>), jossa vaikuttavuustutkimukset ovat aiheittain kerätty systemaattisiin, järjestelmällisiin katsauksiin (Wahlbeck 2007), joita on tällä hetkellä yli 5000. Mielenterveys- ja päihdealan toimien vaikuttavuudesta on Cochrane-kirjastossa olemassa satoja katsauksia.

Systemaattinen katsaus eroaa tavanomaisesta kirjallisuuskatsauksesta kattavan, objektiivisyyteen pyrkivän, kirjallisuudenhaun ja tutkimusten sisäänottokriteerien käytön myötä (Wahlbeck 1999, Petticrew 2001). Katsaukseen otetaan mukaan tutkimuksia tiettyjen ennalta sovittujen kriteerien mukaan, eikä sen takia että tutkimukset tukevat katsauksen tekijän henkilökohtaista näkemystä tai ovat hänen tutkijajäviensä tekemiä. Tällä tavalla varmistamalla katsaukseen mukaan otettujen satunnaistettujen alkuperäistutkimusten sisäinen validiteetti, sama laatu myös säilyy systemoidussa katsauksessa. Jos menetelmällisesti on mahdollista, eli jos tutkimukset ovat riittävän homogeenisiä potilasaineistoltaan ja käytettyjen hoitojen suhteen, Cochrane-verkosto pyrkii tekemään myös meta-analyysin aiheesta. Meta-analyysi on taitolaji, johon liittyy paljon sudenkuoppia. Huomiota tulee kiinnittää paitsi tutkimusten sisäiseen pätevytyteen, myös niiden yhdistettävyyteen.

Systemoitu katsaus on linkki tiedonsiirtoketjussa, joka on näyttöön perustuvan terveydenhuollon keskeinen osa. Ketju muodostuu pätevistä alkuperäistutkimuksista, niihin perustuvista hyvälaatuisista systemoiduista katsauksista, näiden perusteella laadituista kokoavista kansallisista hoitosuosituksista, paikallisista hoitosuosituksista ja sokerina pohjalla näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä. Katkeamaton ketju tutkijoista käytäntöihin näyttää nyt kuitenkin pettävän viimeisen lenkin kohdalla, eli käytettävään muotoon jalostetun tiedon käyttöön otossa.

Näyttöön perustuvan terveydenhuollon pyrkimyksenä on tukea laadukkaan hoidon toteutumista terveydenhuollon vaikuttavuuden parantamiseksi käyttäen hyvälaatuisia tutkimuksia päätöksenteon tukena. Tällä hetkellä terveydenhuollolta peräänkuulutetaan vaikuttavuutta ja EBM-suuntaus on voimissaan. On pelättävissä, että selän kääntäminen vaatimuksille hyvätaoisesta tieteellisestä näytöstä päätöksenteon tueksi haittaisi mielenterveys- ja päihdetyön resursointia ja kehittämistä maassamme. Haluttomuus perustaa toimintaa tutkittuun tietoon johtaa uskotavuuden menetykseen ainakin lääketieteen yhteisön ja poliittisten päättäjien silmissä. Näinkin

ison laivan kääntäminen kohti näyttöön perustuvaa toimintatapaa ei tule olemaan helppoa, mutta suunnankorjaus on tarpeellinen ja väistämätön.

## Lähteet

- Drake, R. E., Merrens, M. R. & Lynde, D. (toim.) (2005). Evidence-based mental health practice. A textbook. New York, NY: W.W. Norton.
- Lind, J. (1753). Treatise on the Scurvy. London: Millar.
- Petticrew, M. (2001). Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ* 2001; 322; 98–101.
- Wahlbeck, K. (1999). Ideasta julkaisuksi – Cochrane-katsauksen tie. Kirjassa: Varonen, H., Semberg, V. & Teikari, M. (toim.): Tieteestä käytäntöön. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollossa. FinOHTAN raportti 11. Helsinki: Stakes.
- Wahlbeck, K. & Tuunainen, A. (2000). The Cochrane Collaboration in psychiatry: from evidence to practice. *Psychiatrica Fennica* 31; 41–45.
- Wahlbeck, K. (2007). Cochrane-katsausten pätevyys. Kliinikolle tarjolla laadukasta ja tarkkaa putkinnäköä? *Duodecim* 2007; 123: 245–247.

## Yhteystiedot

Kristian Wahlbeck, kristian.wahlbeck@stakes.fi

## EVIDENSBASERAT ARBETE FÖR PSYKISK HÄLSA – VARFÖR FÖRVERKLIGAS DET INTE?

KRISTIAN WAHLBEC

”Att tänka fritt är stort, att tänka rätt är större”  
Thomas Thorild 1759–1808

Utmaningar för utvecklingen av mental- och missbrukarvården är såväl att förbättra tillgången till vård som att förbättra behandlingskvaliteten. Behandlingskvalitetens komponenter är klientcentrering, respekt för individen och öppen kommunikation, men även behandlingens innehåll, som har en stor betydelse för behandlingsutfallet. Vid evidensbaserad mentalvård (Drake et al. 2005) vilar behandlingsbesluten på forskning om effekterna av behandling och vårdsystem.

Det finns mycket information om effekterna av arbete för psykisk hälsa, bland annat över 20 000 högklassiga randomiserade utvärderingsstudier. Den utvärderande behandlingsforskningen baserar sig på den empiriska forskningstraditionen, men även ett kvalitativt forskningsgrepp kan användas för analys av de processer som leder till det slutliga behandlingsresultatet. Trots den rikliga kunskapsbasen har skiftet mot verksamma evidensbaserade behandlingsåtgärder och -system varit mer än lovligt långsam. Flaskhalsen är ofta bristande upptag av nya arbetsmetoder bland yrkespersoner inom mental- och missbrukarvården. Kunskapsbasen förnyas snabbare än arbetsmetoderna.

Ur hälsovårdsforskarens synvinkel finns det flera problem i upptaget av nya arbetssätt i mental- och missbrukarvården. För det första upptas nya metoder, som kan sakna effekt, okritiskt utan tillräcklig utvärdering. Ett exempel är psykologisk debriefing (eftersnack), som i Finland togs i omfattande bruk före metodens effekter hade utvärderats ordentligt. Ett annat problem är felaktig styrning av tillgängliga resurser, dvs. fortsatt användning av metoder som ny forskning visat sakna effekt. Dessa problem har sin grund i personalens vilja att göra något gott för klienten, även när visshet om åtgärdens effekter saknas. I själva verket vidtar man ibland t.o.m. åtgärder som i forskning visats vara mera till skada än nytta för patienten. I dessa fall är det ofta fråga om behandlingsmetoder som intuitivt känns vettiga och nyttiga, men som vid kritisk utvärdering visar sig sakna effekt och i vissa fall vara skadliga. Klinikern kan vara övertygad om åtgärdens effekt, även om evidens saknas. Det är inte självklart, att inte psykoterapier och andra samtalsbehandlingar skulle höra till denna grupp av interventioner, som kan ha skadliga effekter och som bör utvärderas kritiskt. Ett tredje problem är konservatism och förstelning i vårdsektorn, vilket leder till olovligt långsamt upptag av nya effektiva behandlingsmetoder.

Viktiga hjälpmedel i det evidensbaserade arbetet för psykisk hälsa är databaser som sällar och förädlar forskningsinformation. Sådana är PsiTri-databasen ([psitri.stakes.fi](http://psitri.stakes.fi)) och Cochrane-biblioteket ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)), samt de evidensbaserade inhemska kliniska riktlinjerna ”Gångse vård” ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)). För tillfället har det utkommit riktlinjer för alkoholproblem, drogproblem, depression och schizofreni samt för ADHD, sexuella övergrepp och ådstörningar hos barn och unga. Gångse vård-riktlinjer för posttraumatiska syndrom och för instabil personlighetsstörning är under arbete.

Den empiriska forskningstraditionen inom medicinen har sin upprinnelse i enskilda fallbeskrivningar, men redan under upplysningstiden övergick man till att beskriva grupper av patienter och använda medeltal för att beskriva utfallet i gruppen. Den första kontrollerade studien utfördes år 1747, när James Lind i den brittiska flottan genomförde en dietstudie för prevention av skörbjugg (Lind 1753). En del av sjömännen fick lime-saft, medan andra fick en annorlunda diet. Studien resulterade i att en effektiv prevention av skörbjugg kunde identifieras. Randomiserade kontrollerade studier, som är metodologiskt mera avancerade än Linds experiment, har inom medicinen gjorts under de senaste 50 åren.



Cochrane-samarbetet, som startades 1993, har förnyat den empiriska forskningstraditionen inom hälsovården. En systerorganisation, Campbell-nätverket, har stärkt den empiriska utvärderingstraditionen inom socialvården och pedagogiken ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)). Det internationella Cochrane-samarbetet har som mål att producera och sprida information om effekten av hälsovårdsinterventioner (Wahlbeck ja Tuunainen 2000). Cochrane-samarbetet är nära anknytt till utvecklingen av evidensbaserad hälsovård enligt principerna för evidensbaserad medicin (EBM). Archie Cochrane var en brittisk epidemiolog och utvecklare av kliniska prövningar, som år 1979 uttalade tanken på en samlad kritisk utvärdering av effekten av hälsovårdens interventioner.

Archie Cochranes tanke och hela den evidensbaserade hälsovårdens grundidé är antiauktoritär. Det är en medveten strävan bort från den vardagliga situationen där klinisk beslutstagning och val av behandlingsmetoder styrs av en klinisk auktoritet. Den grundläggande tanken är att alla beslut skall fattas utgående från kritisk utvärdering av tillgänglig evidens. Om EBM i Finland har tolkats vara auktoritär, så är det fråga om en feltolkning. Kungstanken inom den evidensbaserade hälsovårdsideologin är det viktiga inte vad en professor anser om en viss behandling, utan viktigt är vad den samlade vetenskapliga utvärderingen berättar om behandlingens effekter.

Cochrane-samarbetets galjonsfigur är Cochrane-biblioteket (<http://www.thecochranelibrary.com>), som är en samling av fler än 5000 systematiska översikter om kliniska prövningar (Wahlbeck 2007). Biblioteket innehåller hundratals systematiska översikter av relevans för mental- och missbrukarvården.

En systematisk översikt skiljer sig från en traditionell översiktsartikel genom att den baserar sig på heltäckande och möjligast objektiv sökning av världslitteraturen och användningen av inklusionskriterier (Wahlbeck 1999, Petticrew 2001). På förhand bestämda inklusionskriterier används för att försäkra sig om att urvalet av studier inte bygger på personliga preferenser. Kriterierna säkrar att de inkluderade kliniska prövningarna är valida, och att samma validitet även bibehålls i själva översikten. Om det metodmässigt är möjligt, dvs. om prövningarna är tillräckligt homogena vad gäller deltagare och behandlingar, strävar Cochrane-samarbetet till att göra en meta-analys för att mäta behandlingens effekter. Meta-analyser är metodmässigt krävande med många fallgröpar, eftersom de kräver att prövningarna inte bara är valida, utan även i övrigt kombinerbara.

Den systematiska översikten är en länk i informationskedjan för en evidensbaserad hälsovård. Kedjan består av valida kliniska prövningar, som samlas till kritiska systematiska översikter, som i sin tur ligger till grund för nationella kliniska riktlinjer, på vilka lokala kliniska riktlinjer baseras. Som socker i botten finns evidensbaserad praxis, baserad på de evidensbaserade riktlinjerna. Tyvärr brister kedjan alltför ofta vid den sista länken, dvs vid det praktiska verkställandet av den samlade och förädlade kunskapen.

Den evidensbaserade hälsovården strävar till att, med stöd av god utvärderande forskning, förverkliga en behandling av hög kvalitet för att förbättra hälsovårdens effektivitet. Idag efterlyses effektivitet av hälsovårdens aktörer och EBM-ideologin har vunnit fotfäste. Det vore inte klokt av mental- och missbrukarvården att negligera kraven på solid vetenskaplig evidens som grund för beslutstagningen. En ovilja att basera verksamheten på evidens kan leda till en förlust av trovärdighet i medicinens krets och bland beslutsfattarna. Att svänga ett så stort skepp som mental- och missbrukarvården utgör i en mera evidensbaserad riktning är inte lätt, men en kurskorrigering är både nödvändig och oundviklig.

## Litteratur

- Drake, R. E., Merrens, M. R. & Lynde, D. (red.) (2005). Evidence-based mental health practice. A textbook. New York, NY: W.W. Norton.
- Lind, J. (1753). Treatise on the Scurvy. London: Millar.
- Petticrew, M. (2001). Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ* 2001; 322; 98–101.
- Wahlbeck, K. (1999). Ideasta julkaisuksi – Cochrane-katsauksen tie. I boken: Varonen, H., Semberg, V. & Teikari, M. (red.): Tieteestä käytäntöön. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollossa. FinOHTAn raportti 11. Helsingfors: Stakes.
- Wahlbeck, K. & Tuunainen, A. (2000). The Cochrane Collaboration in psychiatry: from evidence to practice. *Psychiatrica Fennica* 2000; 31; 41–45.
- Wahlbeck, K. (2007). Cochrane-katsausten pätevyys. Kliinikolle tarjolla laadukasta ja tarkkaa putkinnäköä? *Duodecim* 2007; 123: 245–247.

## Kontaktuppgifter

Kristian Wahlbeck, kristian.wahlbeck@stakes.fi

## SELVITYS PSYKIATRIAN OPETUKSEN KEHITTÄMISTARPEISTA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

JYRKI KORKEILA

Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittänyt työryhmä totesi uusien toimintamallien kehittämisen sekä mielenterveyden, mielenterveystyön ja psykiatrian opintojen riittävyden varmistamisen hyvin tärkeäksi. Luennossa esiteltävän selvitystyön tavoitteena oli laatia ehdotus niistä perus-, jatko-, täydennys-, lisä- ja erikoistumiskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä, joiden avulla erityisesti peruspalveluissa ja mielenterveystyössä työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista hoitaa mielenterveydellisiä ongelmia, häiriöitä ja sairauksia voidaan parantaa.

Keskeisimmät haasteet liittyvät mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja hoidon tehostamiseen, päihdeongelmista kärsivien ja vanhenevan väestön psykiatristen ongelmien tunnistamisen ja hoidon kehittämiseen sekä hoidon laadun parantamiseen. Hoidon laajentaminen ilman työtapojen muutosta ei johda välttämättä merkittävään terveysvaikutuksen kasvuun, sillä kohdentamaton lisääntyminen tyydyttää enenevästi vähäisempää hoidon tarvetta. Hoidon laadun kehittäminen on ensisijaista ja se edellyttää hoidon porrastuksen, saumattomien hoitoketjujen ja palveluverkoston tuoman edun tehokasta hyödyntämistä. Riittävä osaaminen porrastuksen eri tasoilla edistää hoidon asianmukaista kohdentumista ja laajan menetelmävalikon kattavaa soveltamista.

Perusterveydenhuollon psykiatrinen osaaminen on huomioitava nykyistä paremmin jo ammattiryhmien peruskoulutuksessa lisäämällä sekä teoreettista että käytännön opetusta. Koulutuksen kehittämisen tulee toteutua erikoislääkäriyhdistysten, hoitajien tavanomaisen täydennyskoulutuksen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen yhteistyönä. Täydennyskoulutuksessa tulisi hyödyntää lisääntyvästi uutta teknologiaa esimerkiksi ottamalla käyttöön verkko-opettamista.

Perusterveydenhuollon psykoterapeuttiset hoitomuodot, vanhuspsykiatria ja päihdehäiriöt tulee ottaa täydennyskoulutusten painoalueeksi. Vanhuspsykiatrian täydennyskoulutuksen tulee kattaa kaikki ammattiryhmät. Päihdehäiriöitten hoitamisen osaamista tulee lisätä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuolto hyötyisi merkittävästi depressiohoitajamallin laajasta käyttöönotosta. Masennuksen ja ahdistuksen hoitoon vihkiytynyt sairaanhoitaja voisi toteuttaa potilaille annettavaa informaatiota ja tukea ryhmissä sekä antaa samalla neuvontaa. Täydennyskoulutusta on syytä suunnata myös asenteiden muokkaamiseen, joskin osaamisen lisääminen tulee lieventämään kielteisiä asenteita. Perusterveydenhuollon vastuualueena on toteuttaa mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyä. Euroopan unionin hankkeissa on kuvattu menestyksellisiä strategioita, joiden osaamista ja soveltamista tulee laajentaa.

### Lähteet

Korkeila, J. (2006). Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. STM Selvityksiä 2006: 32.

### Yhteystiedot

Jyrki Korkeila, jyrki.korkeila@pp.inet.fi

## VALTAKUNNALLINEN MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN ERIKOISTUMISOPINTOJEN KEHITTÄMISHANKE

ALIISA KIILTOMÄKI

Ammattikorkeakoulutuksessa mielenterveystyön opintojen edistäminen on nähty merkitykselliseksi. Vuodesta 2006 lähtien on kymmenen ammattikorkeakoulun asiantuntijaryhmä koontunut ja luonut *Mielenterveyden edistämisen erikoistumisopintojen* opetussuunnitelman. Hankkeen ydintavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettavan mielenterveystyön yhä näkyvämmäksi tekeminen ja koulutuksen kehittäminen.

Hankkeen tavoitteet ja tarkoitus:

- 1) Kehittää terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten mielenterveystyön osaamista.
- 2) Lujittaa ja kehittää eri ammattikorkeakoulujen välistä yhteistyötä suomalaisessa ammattikorkeakoulujärjestelmässä.
- 3) Kehittää ja vahvistaa opinnoissa yhteisiä kansainvälisiä mielenterveyden edistämiseen liittyviä teemoja ja kontakteja, sekä vastata kansainvälisiin mielenterveystyön haasteisiin.
- 4) Kehittää 30 opintopisteen laajuista valtakunnallista opetussuunnitelmaa *Mielenterveystyön edistämisen erikoistumisopinnot*.
- 5) Toteuttaa pilottiopinnot, arvioida ne ja hyödyntää saatu palaute *Mielenterveyden edistämisen erikoistumisopintojen* jatkosuunnittelussa. Opinnot pilotoidaan Mikkelin, Pirkanmaan ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakouluissa lukuvuonna 2007–2008.
- 6) Järjestää yhteinen valtakunnallinen seminaaripäivä vuonna 2008 Mikkelin ammattikorkeakoulussa.

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on pedagogisen tehtävän lisäksi aluekehitys sekä tutkimus- ja kehitystoiminta. Erikoistumisopinnot antavat oivan mahdollisuuden vastata eri alueiden mielenterveystyön kehittämistarpeisiin erilaisten projektien ja kehittämistehtävien avulla.

Hanke on saanut taloudellista tukea opetusministeriöltä.

Hankkeen puheenjohtajana toimii Aliisa Kiiltomäki Laurea-ammattikorkeakoulu, sihteerinä Marja Ylitalo Keski-Pohjanmaan amk, muina asiantuntijajäseninä ryhmässä ovat Sirkka Huhtakangas Keski-Pohjanmaan amk, Merja Laitoniemi Kymenlaakson amk, Riitta Kuismin Mikkelin amk, Kaisa Koivisto Oulun seudun amk, Pirjo Linnainmaa Pirkanmaan amk, Tapio Myllymaa Satakunnan amk, Anna Saari Seinäjoen amk, Ritva Väyrynen Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu, Erja Halmesmäki-Hansson Svenska Yrkeshögskolan.

”Yhteistyöllä enemmän mielenterveyden edistämisen hyväksi!”

### **Yhteystiedot**

Aliisa Kiiltomäki, aliisa.kiiltomaki@laurea.fi

Puh. (09) 8868 7717

## PÄIHDETYÖN KOULUTUKSEN KEHITTÄMINEN -HANKE

MARJA-LIISA HAVIO

Päihdetyön koulutuksen kehittämisen hanke toteuttaa yhteistyössä laajan toimijakentän kanssa Päihdeongelmien ehkäisy- ja hoidon koulutuksen työryhmän mietinnön suosituksia.

### *Päihdetyön koulutuksen kehittämisen keskeiset tavoitteet*

#### *Perustutkinnot*

Päihdetyön koulutusvelvoite koskee kaikkia koulutusaloja, joista valmistutaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöiksi, koulutusohjelmasta tai tutkinnosta riippumatta (ammattilliset perustutkinnot, ammatti- ja erikoisammattitutkinnot, ammattikorkeakoulu- ja yliopistotutkinnot). Laaja-alaisen päihdetyön toteutumisen kannalta on tärkeää, että kaikki nuorisoalan, kasvatusalan, opetusalan, diakonian ja poliisin työtehtäviin valmistuvat saavat koulutuksessaan päihdetyön perusvalmiudet.

Työryhmän laatima päihdetyön koulutuksen minimisisältöä koskeva suositus (ks. tarkemmin mietinnön luku 3) tulee huomioida kaikille opiskelijoille yhteisten opintojen suunnittelussa ja toteutuksessa kaikilla koulutusasteilla (ammattilliset perustutkinnot, ammatti- ja erikoisammattitutkinnot, ammattikorkeakoulu- ja yliopistotutkinnot) ja kaikilla soveltuvilla koulutusaloilla (erityisesti sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, diakonia, nuorisoala, kasvatusala, poliisi) tarvittaessa alakohtaisin painotuksin.

Päihdetyön opetuksessa tulee painottaa verkostomaisia, monialaisia, -ammattillisia ja -tieteisiä oppimis- ja työmenetelmiä. Oppilaitoksilla tulee olla ajantasainen päihdestrategia, jotta oppilaitosten oma päihdetoimintakulttuuri kehittyi rinnan päihdetyön opetuksen kanssa. Päihdestrategian voi luoda esimerkiksi osaksi hyvinvointistrategiaa.

#### *Päihdetyön koulutuksen tuki*

Jokaisessa päihdetyön opintoja tarjoavassa oppilaitoksessa tulee olla nimettynä päihdetyön opetuksesta vastaava opettaja ja hänelle tulee taata riittävät resurssit tämän tehtävän hoitamiseen.

Päihdetyön koulutuksen kehittäminen edellyttää kouluttajien verkostoitumista päihdetyön eri tahojen kanssa sekä tämän työn ja tarpeellisen täydennyskoulutuksen vaatimat resurssit, jotka tulee taata päihdetyön opetuksesta vastaaville opettajille.

OPM ja STM tukevat tahollaan päihdetyön tietovarannon ja alan koulutuksen rakenteiden kehittymistä siten, että peruspalveluiden henkilöstö saa perustutkintojensa yhteydessä riittävän osaamisen päihdetyössä. Rakenteet koskevat paitsi perustutkintoa ja riittävää kattavuutta maan laajuisesti päihdetyön osaamisen kannalta, myös alan jatko-tutkintojen järjestämistä.

#### *Täydennyskoulutus*

Kuntien sosiaalipalveluiden, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tulee henkilöstön täydennyskoulutustarpeita arvioidessaan ja koulutussuunnitelmia laatiessaan kiinnittää erityistä huomiota päihdetyön osaamisen kehittämistarpeisiin. Työterveyshuollon täydennyskoulutus on työikäisten suhteen keskeisin täydennyskoulutuksen kohde, minkä järjestämisestä STM on antanut erikseen ohjeet (STM oppaita 2004:10).

Ammattikorkeakouluverkostossa tulee valtakunnallisesti huolehtia siitä, että ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön pitkäkestoisen erikoistumis- ja täydennyskoulutuksen tarjonta kattaa koko maan ja että sen sisällöissä on työelämän tarpeiden mukaista suuntautumista. Verkostomainen yhteistoiminta oppilaitosten välillä mahdollistaa koulutuksen kehittämisen ja hyvien käytänteiden levittämisen.

Järjestöjen tarjoaman koulutuksen asemaa ammatillisen koulutuksen jälkeisenä lisä- ja täydennyskoulutuksena tai sen osana on mahdollista vahvistaa kehittämällä oppilaitosyhteistyötä. Kehittämishankkeiden rahoittajien tulee osaltaan varmentaa hankkeiden oppilaitoksille, työnantajille tai yksityisille opiskelijoille tarjoaman päihdetyön koulutuksen laatu.

Päihdetyön lisä- ja täydennyskoulutuksen laadun varmistamiseksi tulee luoda kriteeristö ja arviointi- ja laadunvarmennusmenetelmä järjestöjen yhteistyönä järjestöjen tarjoamaan päihdetyön koulutukseen rajoittavana. STM:n, OPM:n ja koulutuksen edustajien yhteistyönä tulee luoda laadunvarmistusjärjestelmä päihdetyön lisä- ja täydennyskoulutukseen.

## **Lähde**

Opetusministeriö (2007). Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17. Opetusministeriö, koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.

## **Yhteystiedot**

Marjaliisa Havio, marjaliisa.havio@stakes.fi  
STAKES/Kuntapalvelut/Päihdetyö-ryhmä  
Puh. 040 512 4466

## *Tarttuvien diagnoosien sairastuttamat Drabbade av smittsamma diagnoser*

### TARTTUVIEN DIAGNOOSIEN SAIRASTUTTAMAT

PETTERI PIETIKÄINEN

Lääketieteessä on ilmiöitä, joita kohtaan on mielestäni perusteltua olla skeptinen tai jopa kriittinen. Itse olen joidenkin muiden skeptikkojen kanssa julkaissut teoksen, jossa arvioimme kriittisesti psykologian, psykiatrian, terapian ja lääkehoidon eräitä piirteitä. Olen myös lanseerannut termin ”tarttuvat diagnoosit”. Viittaen termillä diagnooseihin, jotka kiinnittyvät vahvasti kunkin aikakauden arvoihin, ihmiskuvaan ja mentaliteettiin eli usein artikuloimattomiin perusoletuksiin. Ne leviävät lyhyessä ajassa ensin lääketieteeseen ja sen jälkeen yhä laajempien väestönosien puheeseen ja sairausselityksiin. Erityisesti subjektiivisten oireiden tulkintoihin perustuvat sairausnimitykset ovat tarttuvia diagnooseja. Niiden synty ja levinneisyys ovat sidoksissa sairauden käsitteellisen nimeämisen eli diagnoosin kykyyn ”tartuttaa” tarpeeksi monta lääketieteellistä mielipidevaikuttajaa, vaikkei diagnoosi sinänsä selittäisikään sairauden luonnetta (kuten diagnoosi ”diabetes” selittää diabeteksen luonnetta). Eri aikakausina tällaisia tarttuvia diagnooseja ovat olleet mm. hysteria, neurastenia ja paniikkihäiriö. Tämän ajan ylivoimaisesti tarttuvin diagnoosi on masennus.

Masennuksen tarkastelu tarttuvana diagnoosina ei tarkoita, että kyseenalaistaisin masennuksen sairautena tai että haluaisin esittää provokatorisia ”antipsykiatrisia” teesejä. Olen vain sitä mieltä, että historialliseen ja yhteiskunnalliseen analyysiin pohjautuva tulkinta masennuksesta rikastuttaa keskustelua tämän sairauden olemuksesta ja ”käyttäytymisestä”. Historioitsijana olen erityisen kiinnostunut uudelleenarvioimaan diagnostisen kulttuurin muuttumista, ja depression voimakas diagnostinen nousu kaipaa selityksiä. En väitä, etteivätkö lääkkeet tai terapia auttaisivat, mutta väitän kyllä, että 1) lääkehoitoon liittyy myös ongelmia; että 2) potilaan hoitaminen psykoterapialla ei aina riitä, jos potilaan olosuhteet ovat vaikeat; että 3) diagnoosien alkuperäisillä rajoilla on taipumus levitä kattamaan yhä lievempiä tapauksia, ja että 4) historialliset tutkimukset osoittavat vakuuttavasti, että lääkärit ovat kunakin aikakautena kuvitelleet olevansa edistyksellisempiä ja tieteellisempiä kuin aikaisemmat sukupolvet, ja että ”nyt” asiat ovat paremmin kaikin mahdollisin tavoin.

Lääketieteen historian tutkimus kuitenkin osoittaa, että teoriat ja menetelmät, joita lääkärit ovat pitäneet ongelmattomina tai jopa edistyksellisinä, saattavat osoittautua myöhemmin virheellisiksi tai jopa vaarallisiksi. Lobotomian aikoinaan laaja ja yleisesti hyväksytty käyttö psykiatrisena hoitomenetelmänä, autismin ja skitsofrenian selittäminen emotionaalisesti kylmien äitien teorialla tai homoseksualismin ja masturboinnin leimaaminen sairaudeksi ovat esimerkkejä menetelmistä ja teorioista, jotka olivat aikoinaan yleisesti hyväksytyjä, mutta jotka on sittemmin hylätty tieteellisesti ja/tai moraalisesti väärinä. Kuka takaa, ettei samoin käy joillekin nykyisistä lääketieteen menetelmistä ja teorioista? Esimerkiksi depression välittäjäaineteoriaa kritisoivia näkemyksiä on jo noussut esille, samoin tutkimuksia, jotka suhtautuvat kriittisesti ihmisen luonteenpiirteiden (esim. ujous tai vilkkaus), biologisten prosessien (vanheneminen) ja käyttäytymistapojen (uhmakkuus) patologisointiin.

Terveiden ja sairauden välisen harmaan vyöhykkeen väliin jäävien elämänongelmien ja tukalien tilojen medikalisointi on hyvin tavallista. Onko perusteltua diagnostisoida tähän harmaaseen vyöhykkeeseen sisältyviä ihmiselämän kolhuja, vastoinkäymisiä ja ongelmia? Tästä kysymyksestä täytyy keskustella, ja keskustelun soisi johtavan uudenlaisiin lähestymistapoihin nyt esillä oleviin tarttuviin diagnooseihin.

#### **Yhteystiedot**

Petteri Pietikäinen, petteri.pietikainen@helsinki.fi

## *Työelämän haasteet ja vaatimukset Arbetslivets utmaningar och krav*

### JAKSAAKO YRITTÄJÄ YRITTÄÄ?

OUTI TÄHTINEN

#### *Yrittäjät Suomessa*

Yritysten määrä on viime vuosina kasvanut. Suomessa oli vuonna 2006 yrityksiä yhteensä 250 378 kappaletta. Näistä yrityksistä suuria yrityksiä, eli yli 250 henkilöä työllistäviä, oli 612 eli 0,2 prosenttia. Alle 250 henkilöä työllistäviä pk-yrityksiä oli siten 99,8 prosenttia kaikista yrityksistä.

Yrittäjien määrä vuosina 2006–2007 on ollut noin 230 000. Näistä työnantajayrittäjiä on 90 000 ja yksinyrittäjiä 140 000. Yrittäjyysaste eli yrittäjien osuus työllisistä on koko maassa noin 9,4 prosenttia. Suurin osa yrityksistä sijaitsee Uudellamaalla.

Pk-yritykset ovat merkittäviä työllistäjiä. Yrityssektorin työvoimasta 62 prosenttia on pk-yritysten palveluksessa. Uusista yrityksiin syntyneistä työpaikoista lähes 80 prosenttia syntyy pk-yrityksiin. Pienempien yritysten merkitys uusien työpaikkojen syntymisessä on hyvin merkittävä ja korostuu entisestään tulevaisuudessa. Pienemmissä yrityksissä on myös tutkimusten mukaan hyvä työilmapiiri.

#### *Kuinka yrittäjä jaksaa tänään*

Yrittäjät ovat muita tyytyväisempiä omaan työhönsä ja myös optimistisempia työn tulevaisuuden suhteen. Yrittäjät kokevat positiivisia tunteita työstään useammin kuin muut työntekijät. Toisaalta yrittäjillä on enemmän riskejä suhteessa palkansaajiin, kuten toimeentulon epävarmuus, riski työn tai sijoitetun pääoman menettämisestä ja riski henkilökohtaisesta vastuusta. Riskien kohdentaminen yhteiskunnan toimin on yksi tärkeimmistä toimenpiteistä yrittäjyyden ja yritysten kasvuhaluukkuuden lisäämisessä.

Yrittäjät, mukaan lukien myös yksinyrittäjät, käyttävät keskimäärin selvästi enemmän aikaa työhönsä kuin palkansaajat.

Yrittäjä ei kiinnitä tarpeeksi huomiota omaan hyvinvointiinsa. Yrittäjien työterveyshuollossa on puutteita eivätkä yrittäjät ota riittävästi huomioon omaa jaksamistaan. Hyvinvoinnista huolehtiminen olisi kuitenkin äärettömän tärkeää. Yrittäjän hyvinvointi vaikuttaa myös hänen työntekijöidensä hyvinvointiin, joten yrittäjän hyvinvoinnilla on laajat seuraukset.

#### *Yrittäjän sosiaaliturva*

Yrittäjän ja palkansaaja sosiaaliturvassa on ollut huomattavia eroja. Eroja on viime aikoina kavennettu mm. lyhentämällä sairausvakuutuksen päivärahan maksamisen karenssiaikaa ja sisällyttämällä yrittäjälle oikeus saada sairaanhoitoa työterveyshuollon yhteydessä. Eroja on kuitenkin edelleen, kuten esimerkiksi vuorotteluvapaan, työttömyysturvan ja sairaan lapsen hoitajan palkkaamisen suhteen. Nämä erot kokonaisuutena merkitsevät sosiaaliturvariskin ottamista palkansaajasta yrittäjäksi ryhdyttäessä. Lisäksi yksinyrittäjän mahdollisuudet sosiaaliturvan käyttämiseen ovat usein rajoitetut. Jos yrittäjä esimerkiksi sairastuu, työt jäävät useimmiten kokonaan tekemättä ja ansio syntymättä.

#### **Yhteystiedot**

Outi Tähtinen, outi.tahtinen@yrittajat.fi



## PÄIHDETYÖ JA ESIMIESKOULUTUS

TUULA LÖF

Pohjanmaa-hankkeen työelämäkorin ja työhyvinvointi-teeman puitteissa keskitytään tulevana kaksivuotiskautena mm. esimiestyön kehittämiseen yhteistyössä työterveysluotojen kanssa. Yritysten esimiehille suunnataan koulutusta Muutokseen motivoiva keskustelu -aiheen kautta. Päihdehaittojen ehkäisy, varhainen puuttuminen, kuntoutukseen ja hoitoon ohjaaminen sekä työyhteisöjen tukeminen ovat jatkuvasti ajankohtaisia asioita.

Työelämän vakiintunut käytäntö on, ettei päihteiden käyttöä tai päihtyneenä esiintymistä hyväksytä työpaikalla eikä työaikana. Vapaa-aikana tapahtuva lisääntynyt päihteiden käyttö heijastuu monina haittoina myös työelämään. Esimies vastaa siitä, että työpaikalla olevat työntekijät ovat työkuunnossa. Hänen tehtävänsä on havainnoida henkilöstön päihteiden käyttöä ja puuttua siihen mahdollisimman varhain haittojen ilmetessä. Esimies vastaa päihdeohjelman toimintamallin mukaisesta puheeksiotosta ja hoitoonohjauksesta. Esimiehen tehtäviin kuuluu myös keskustella henkilön suhteesta päihteisiin kehityskeskustelussa.

Puheeksiottaminen on tärkeä osa päihteiden käytön ehkäisyä työyhteisössä. Yhteispeli vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja, sosiaalista osaamista ja tunneälyä. Tiedämme paljon, mutta osaammeko kommunikoida toistemme kanssa? Näemmekö hälytysmerkit, kun työtoverimme menettää otteensa työssä ja alkaa voida huonommin? Työtoverit havaitsevat yleensä ensimmäisenä ongelmat päihteiden käytössä. Puheeksioton peruste on sekä työtoverista välittäminen että haittojen näkyminen työssä. Esimiehen rooli korostuu keskustelun avaamisessa ja motivaation tukemisessa.

Muutokseen motivoiva keskustelu on hyvä työväline päihteiden käytön puheeksiottomenetelyssä. Motivaation ja muutosvalmiuden kaksi pääkomponenttia ovat 1) miten tärkeä muutos on yksilölle ja 2) mitä yksilö odottaa ja millainen usko hänellä on omaan kykyynsä selvitä muutoksen läpiviemisessä. Motivoivassa keskustelussa esimiehen tehtävä on kaikkein ensimmäiseksi kohdata henkilö, etsiä olemassa oleva motivaatio ja aloittaa siitä. Päätehtäväksi muodostuu tarkka kuuntelu, esiin nostaminen, vahvistaminen ja asteittainen uuden rakentaminen yhdessä työntekijän kanssa.

Henkilöstöjohtaminen vaatii sekä kognitiivisia että motivointiin perustuvia ominaisuuksia ja muita taitoja. Esimieheltä odotetaan informaatioon liittyen puhemiehen, tiedottajan ja valvojan roolia. Päätöksentekoon liittyen odotetaan ongelmien ratkaisijaa, neuvottelijaa ja resurssien jakajaa. Yhteispuelissä odotukset kohdistuvat johtajuuteen ja keulakuvana olemiseen. Esimiestyössä onnistuminen vaatii jatkuvaa harjoittelua. Tietoinen viestintävalmiuksien käyttäminen on siten keskeisellä sijalla. Näin voidaan luoda hyvä työsuhte ja vaikuttaa muutokseen. Työyhteisön päihdetyö ja päihdehaittoja ehkäisevä toiminta on kehityshaaste, johon kannattaa tarttua ajoissa.

### Yhteystiedot

Tuula Löf, tuula.lof@kpshp.fi

## *Mielenterveyden ensiapu kansalaistaidoksi* *Psykiska förstahjälpen som en medborgarfärdighet*

### MIELENTERVEYDEN ENSIAPU KANSALAISTAIDOKSI

EILA OKKONEN

Suomen Mielenterveysseura on lähtenyt yhdessä Pohjanmaa-hankkeen ja Stakesin kanssa vahvistamaan kansalaisten mielenterveysosaamista. Koulutuksessa osallistujan tiedot syvenevät, omat voimavarat ja selviytymiskeinot vahvistuvat. Osallistuja harjaantuu puhumaan mielenterveyskysymyksistä, hän rohkaistuu ottamaan asioita puheeksi ja auttamaan. Lisäksi osallistuja saa valmiuksia arvioida, milloin omat voimavarat eivät riitä vaan tarvitaan ammattilaisten apua.

Mielenterveys nähdään myönteisenä elämäntaidollisena voimavarana ja elämän perustana. Mielenterveyden määrittely on vuosien varrella muuttunut positiivisista yksilön ominaisuuksista yhä enemmän vuorovaikutustaitojen ja hyvän sopeutumisen painottamisen suuntaan. Mieleltään terve ihminen on elämänmyönteinen, tyytyväinen, muita ihmisiä ymmärtämään kykenevä, joustava ja sopeutuva (Lönnqvist 2006). Vieläkin liian usein arkiajattelussa mielenterveys kääntyy pelkästään miensairaudeksi tai ongelmiksi, mikä vaikuttaa asenteisiin mielenterveystyötä kohtaan. Ihmisiä pelottavat nämä mielen ongelmat, ehkä niistä ei vielääkään tiedetä tarpeeksi. Terveystieteiden uranuurtaja Antonovski (1982) painottaa patogeneesille vastakkaista prosessia salutogeneesiä, jossa korostuvat terveyden ylläpitämisen ja terveyden edistämisen voimavarat. Ei etsitä sairauden tai terveyden syitä vaan yleisiä terveyden resursseja, ja stressitekijät nähdään haasteina. Suomalaiset tutkijat (Suominen ym. 1994 ja 1996) ovat täydentäneet Antonovskin käsitteistöä elämään tyytyväisyydellä sekä elämän hallinnan tunteella. Suomen Mielenterveysseurassa tehdään terveyttä edistävää ja mielenterveysongelmia ehkäisevää työtä muun muassa kouluttamalla asiantuntijoita ja kansalaisia.

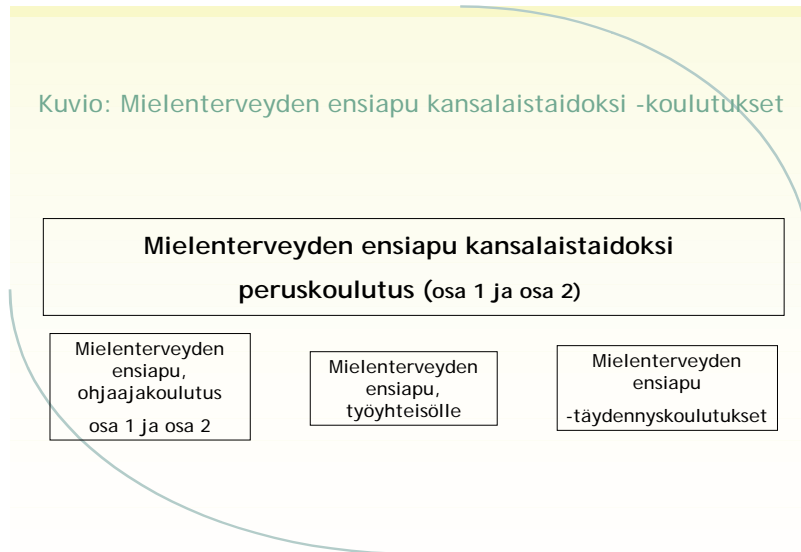
Mielenterveyskysymyksiin liittyvät kansalaistaidot muuttuvat yhä tärkeämmäksi sitä mukaa kun suomalainen yhteiskunta muuttuu. Tilastot kertovat karua kieltään.

- Työkyvyttömyyseläkettä saavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät ovat suurin ryhmä, vuoden 2006 tilaston mukaan yli kolmasosa työkyvyttömyyseläkeläisistä kuuluu tähän ryhmään.
- Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi saadut sairauspäivärahopäivät olivat vuonna 2006 toiseksi suurin sairauspäiväryhmänä tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksien jälkeen.

Nämä ovat esimerkkejä aikuisten maailmasta. Tiedämme, että myös lasten ja nuorten tilanne on varsin hälyttävä.

Terveyden edistämisen tulisi olla itsestänselvyys, sillä se on yksilöille, perheille, työyhteisöille ja yhteiskunnalle halvempaa, vähemmän resursseja vievää kuin sairauden hoitaminen, parantaminen ja ongelmakasaumien purkaminen. Terveyden edistäminen ei kuitenkaan yleensä herätä intohimoja tai vilkasta keskustelua. Vastuuta terveyden edistämisestä on kansalaisilla itsellään. Osa ongelmista voidaan ehkäistä omin toimin ja läheisten tuella, omilla valinnoilla. Toimien ja valintojen tueksi tarvitaan luotettavaa tietoa, luotettavia keskustelu- ja pohdintakumppaneita - tarvitaan taitoa ottaa puheeksi mielenterveyskysymyksiä, ottaa puheeksi hienovaraisesti ja avoimesti, tarvitaan kansalaiskoulutusta, jossa syvennyttään mielenterveyskysymyksiin. Entisenä terveydenhuollon opettajana tiedän, miten vaikeaa terveysvalistus ja asenteiden muuttuminen voi olla, joten koulutuksessa uusien menetelmien ja osallistavan otteen vahvistamisen on välttämätöntä.

Vuosina 2006 ja 2007 seura pilotoi Mielenterveyden ensiapu osa 1:n (MTEA 1) ja Pohjanmaa-hanke Mielenterveyden ensiapu osa 2:n (MTEA 2). Kehittämistyössä on tiiviisti ollut mukana myös Stakes. Vuonna 2008 seuran Koulutuskeskus järjestää MTEA 1 ja 2 -koulutuksia itsenäisesti ja yhteistyössä Pohjanmaa-hankkeen, paikallisten mielenterveysseurojen, kriisikeskusten ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa (kuvio). Osan 1 ja 2 peruskoulutus (kummassakin osassa 16 tuntia lähiopiskelua ja aihetta syventäviä tehtäviä) on tarkoitettu kaikille, jotka ovat kiinnostuneet ylläpitämään ja kehittämään omaa ja läheistensä henkistä hyvinvointia ja jaksamista sekä oppimaan mielenterveyden ensiavun viisi perusaskelta. Peruskoulutusta järjestetään räätälöitynä myös työyhteisöjen tarpeisiin. Ohjaajakoulutusta on järjestetty siten, että ohjaajia alkaa olla jo maan eri osissa. Täydennyskoulutusta aletaan suunnitella vuoden 2008 aikana.



Mielenterveyden ensiapu -koulutukset syventävät yleissivistykseen kuuluvaa kansalaistaitoa. Kukin meistä tarvitsee tätä osaamista, sillä suuri osa mielenterveystyöstä tehdään arjessa kotona, työssä ja koulussa. MTEA-koulutukset tarjoavat yhden mahdollisuuden vahvistaa osaamista ja vähentää negatiivisia asenteita mielenterveyskysymyksiä kohtaan. Turhat pelot ja arkailu voivat vähitellen muuttua myönteiseksi mielenterveyskysymysten pohdinnaksi ja arkipäivän asiaksi, itsestä huolehtimiseksi ja läheisten tukemiseksi.

## Lähteet

- Antonovski, A. (1982). Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. (2005). Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta, Suomen Mielenterveysseura.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. (2006). Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen Mielenterveysseura.
- Lönnqvist, J. (2006). Mihin menee mielenterveys? Lääkäripäivät, luento 5.1.2006.
- Suominen, S., Blomberg, H., Bäckman, G., Helenius, H. & Koskenvuo, M. (1994). Koettu terveys ja elämän hallinta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31:54–63.
- Suominen, S., Helenius, H. & Blomberg, H. (1996). Koherenssintunne koetun terveydentilan ennustajana. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33:7–15.

## Yhteystiedot

Eila Okkonen, eila.okkonen@mielenterveysseura.fi  
[www.mielenterveysseura.fi/koulutuskeskus](http://www.mielenterveysseura.fi/koulutuskeskus) > koulutus  
[www.mielenterveydenensiapu.fi](http://www.mielenterveydenensiapu.fi)

## MTEA 1 – KOKEMUKSIA KANSALAISKOULUISTA

SINIKKA BJÖRN & EILA OKKONEN

Mielenterveyden ensiapu osa 1, MTEA 1 -*peruskoulutus* perustuu ajatukseen, että jokainen voi vahvistaa omaa mielenterveysosaamistaan ja avartaa asennoitumistaan mielenterveyskysymyksiin. Mielenterveys nähdään voimavarana, johon vaikuttavat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen vuorovaikutuskehys, yhteiskunnan rakenteet, resurssit ja arvot.

Elämän haasteet kuluttavat ihmisten voimia ja moni vastaa haasteisiin venyttämällä omaa jaksamistaan. Tämän vuoksi tarvitsemme tietoa ja taitoa, osaamista

- tunnistaa mielenterveyttä tukevia tekijöitä ja vahvistaa niiden vaikutusta elämässä
- tunnistaa mielenterveyden riskitekijöitä ja lievittää niiden vaikutusta
- oman ja lähimmäisten hyvinvoinnin lisäämiseen ja kriiseistä selviytymiseen.

Koulutuksessa saadaan rohkeutta välittää ja tukea muita ihmisiä, saadaan voimia selviytyä elämään kuuluvista ongelmista, kriiseistä ja muista vaikeuksista. Osallistuja

- vahvistaa omia voimavarojaan
- rohkaistuu huolehtimaan omasta ja läheisten mielenterveydestä
- syventää tietoaan mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä
- saa välineitä mielenterveydestä huolehtimiseen.

Tavoitteena on myös vaikuttaa asenteisiin ja vähentää leimaamista.

Koulutuksen aluksi pohditaan, mitä hyvä mielenterveys on ja miten huolehdiin omasta henkisestä hyvinvoinnistani ja miten voin tukea muita. Jokaisen elämään liittyviä kriisejä käsitellään selviytymisen näkökulmasta. Keskustellaan siitä, miten asioita voi ottaa puheeksi, miten tukea kriisissä olevia ja heidän läheisiään ja milloin tarvitaan ammattiauttajaa. Pohdittavina voivat olla itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsemurha, yksinäisyys, menetykset ja suru, seksuaalisuus, työhyvinvointi ja mielenterveyden häiriöt. (Heiskanen ym. 2006.) Teemat valitaan osallistujaryhmän toiveiden perusteella.

*Ohjaajakoulutus* (24 tuntia lähiopiskelua, ohjaajajarjoittelu ja syventäviä tehtäviä) on tarkoitettu sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattilaisille ja niille, joilla on pitkäaikaista kokemusta vapaaehtois- ja vertaistukityöstä. Pääsyedellytyksenä koulutukseen on voimassa oleva Mielenterveyden ensiavun peruskoulutuksen todistus. Ohjaajakoulutuksessa osallistuja omaksuu pedagogisia perustietoja ja syventää peruskoulutuksen teemoihin liittyvää mielenterveysosaamista.

### Lähde

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. (2006). Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen Mielenterveysseura. SMS-Tuotanto Oy.

### Yhteystiedot

Sinikka Björn, sinikka.bjorn@mielenterveysseura.fi

Eila Okkonen, eila.okkonen@mielenterveysseura.fi

Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskus, Ratamestarinkatu 9, 00520 Helsinki

Puh. (09) 4150 3600 tai koulutussihteeri@mielenterveysseura.fi

## MTEA 2 – HÄIRIÖT JA KOULUTUKSEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA

MIKKO HÄIKIÖ

Australiasta lähtöisin oleva<sup>1</sup> ja Pohjanmaa-hankkeen toimesta Suomen oloihin soveltama mielenterveyden ensiapukoulutuksen tarkoituksena on antaa ihmisille konkreettinen työväline, jolla auttaa mielenterveys- ja päihdeongelmaista<sup>2</sup>. Koulutuksen tavoitteena on 1) lisätä ihmisten tietoisuutta mielenterveys- ja päihdeongelmista, 2) madaltaa kynnystä puuttua kanssaihmissien ongelmiin, 3) poistaa mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvää leimautumista, 4) kurssin käynyt osaa auttaa mielenterveys- ja päihdeongelmaista ja 5) kurssin käynyt tunnistaa osaamisensa rajat.

### *Mielenterveyden ensiavun vaikuttavuus*

Menetelmän vaikuttavuuden arvioimiseksi Suomessa laadittiin strukturoitu kyselylomake, jonka koulutuksen pilottivaiheeseen osallistuneet täyttivät. Vaikuttavuusarviointiin käytetyn lomakkeen laadinnassa huomioitiin Australiassa<sup>3,4</sup> ja Skotlannissa tehdyt vaikuttavuustutkimukset. Tutkimusaineisto kerättiin kaksivaiheisesti ennen kurssia ja kurssin jälkeen.

Suomessa mielenterveyden ensiapukoulutuksen pilottivaiheeseen osallistui yhteensä 284 osanottajaa, joista 239 palautti molemmat kyselylomakkeet. Vastausprosentiksi muodostui näin ollen 84. Kyselyyn vastanneet olivat pääsääntöisesti naisia ja suurin ikäryhmä oli 40–49-vuotiaat. Lähes 90 prosentilla vastaajista oli vähintään toisen asteen koulutus ja lähes kaksi kolmas osaa oli vastaushetkellä kokopäivätyössä. Vastaajista 42 prosentilla oli perhepiirissään ja 44 prosentilla ystäväpiirissään mielenterveysongelmainen. Päihdeongelmaisia vastaajilla oli lähipiirissään vähemmän, perhepiirissä 28 prosentilla ja ystäväpiirissä 38 prosentilla.

Kansainvälisesti kurssin vaikuttavuus on ollut lähes varauksetta positiivista, sillä 1) kurssi on vaikuttanut positiivisesti ihmisten asenteisiin, 2) tietoisuus mielenterveyden ongelmista on lisääntynyt, 3) kurssin käyneet kokevat saaneensa työkalun auttaa mielenterveysongelmaista ja 4) kurssin käyneet kokevat kykenevänsä auttamaan paremmin kanssaihmissiään. Suomen mielenterveyden ensiapukurssin vaikuttavuustutkimuksen tulokset ovat yhteneviä kansainvälisten tulosten kanssa, sillä kurssin jälkeen asenne mielenterveys- ja päihdeongelmia kohtaan oli muuttunut positiivisemmaksi. Myös tietoisuus mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä luottamus omiin kykyihin auttaa parantuivat kurssin aikana. Kurssin vaikuttavuus Suomessa on tutkimuksen perusteella samankaltainen ikään, sukupuoleen ja koulutustaustaan katsomatta.

### **Yhteystiedot**

Mikko Häikiö, mikko.haikio@lshp.fi

www.pohjanmaahanke.fi

www.mielenterveydenensiapu.fi

1 Kitchener, B. & Jorm, A. (2002). Mental Health First Aid Manual.

2 Häikiö, M. (2007). Mielenterveyden ensiapu. Teoksessa: Mieli 2007. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Työpapereita 4/2007.

3 Kitchener, B. A. & Jorm, A. F. (2002). Mental health training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behaviour. *BioMed Psychiatry* 2002, 2:10.

4 Kitchener, B. A. & Jorm, A. F. (2004). Mental health training in a workplace setting: A randomized trial. *BioMed Central Psychiatry* 2004, 4: 33.

*Stigma – aina marginaalissa?**Stigma – utanförskap alltid?*

## POHJALAISTEN ASEENTEET JA MASENNUS

ESA AROMAA

Viime vuosina on monissa maissa pyritty lisäämään väestön tietämystä mielenterveydestä, siihen liittyvistä tekijöistä sekä käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. Lisääntyvän tiedon on toivottu vähentävän mielenterveysongelmista kärsiviin kohdistuvia leimaavia asenteita ja syrjivää käyttäytymistä. On myös epäilty kielteisten asenteiden jarruttavan ammatilliseen hoitoon hakeutumista sekä heikentävän sitoutumista vaikuttaviksi osoitettuihin lääketieteellisiin hoitoihin.

Vaikka yksittäisiä rohkaisevia esimerkkejä asenteiden lieventymisestä on saatu, on laajempien antistigma-kampanjoiden vaikuttavuus toistaiseksi jäänyt laihaaksi. Kansalaiset eivät miellä mielenterveyden häiriöitä yhtä lailla sairauksiksi kuin fyysisiä sairauksia. Leimautuminen ja itsensä leimaaminen heikentävät sairastuneiden elämänlaatua monin tavoin. Mielenterveysongelmien ilmituonti saattaa yhä johtaa syrjintään, holhoamiseen, heikompiin palveluihin ja sosiaaliseen eristykseen.

Stigma-tutkimuksissa ja stigman vastaisessa työssä on pääasiassa keskitytty skitsofreniapotilaisiin kohdistuviin asenteisiin, mutta viime aikoina on enenevästi kiinnostuttu myös masennuksesta kärsiviin henkilöihin kohdistuvista asenteista.

Juuri päättynyt Pohjalaiset masennustalkoot -hanke ([www.masennustalkoot.fi](http://www.masennustalkoot.fi)) ja laaja-alaisesti mielenterveys- ja päihdetyötä kehittävä Pohjanmaa-hanke ([www.pohjanmaahanke.fi](http://www.pohjanmaahanke.fi)) tekivät keväällä 2005 väestötutkimuksen lähtömittaukseksi tulevina vuosina toteutettaville interventioille. Kysely lähetettiin 5 000 satunnaisesti valitulle 15–80-vuotiaalle kolmen pohjalaisen maakunnan asukkaalle. Kysymykset mittasivat mm. hyvinvointia, oireilua, palveluiden käyttöä, käsityksiä hyvästä hoidosta ja asenteita mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan.

Tulosten perusteella 80 prosenttia pohjalaisista mieltää masennuksen sairaudeksi ja vain viisi prosenttia ajattelee, ettei sitä voi hoitaa. Toisaalta lähes 60 prosenttia ajattelee, että masentuneen pitää ottaa itseään niskasta kiinni. Harva (15 %) uskoo masentuneiden itse aiheuttaneen ongelmansa, mutta joka neljännen mielestä masennus kertoo epäonnistumisesta ja 40 prosentin mielestä masennus on heikkouden ja yliherkkyyden merkki. 60 prosenttia vastaajista arvelee masennusta pidettävän häpeällisenä ja leimaavana.

Masennuslääkkeitä pitää erittäin sopivana hoitomuotona 19 prosenttia vastanneista ja 55 prosenttia jokseenkin sopivina. Lääkkeiden käytössä epäilyttää niihin liittyvät sivuoireet ja pelko riippuvuuden syntymisestä. Liikunta, lomailu, rentoutuminen ja itsensä hemmottelu koettiin koululääketieteen keinoja sopivammiksi hoitokeinoiksi.

Vaikka valtaosa pohjalaisista pitää masennusta sairautena, joka aiheutuu ulkoisista kuorimitustekijöistä ja vastoinkäymisistä, niin yleinen käsitys masennuksen kytköksestä henkilön tahdonvoiman puutteeseen ja herkkyyteen on huolestuttava. Kun tämä käsitys yhdistyy koettuun suureen leimautumisen riskiin ja epäilyyn lääkehoidon ongelmallisuudesta, saattaa tästä löytyä ainakin osaselitys siihen, että viimeksi kuluneen vuoden aikana CIDI-SF:n mukaan masennuksesta kärsineistä pohjalaista ainoastaan 35 prosenttia oli hakenut jotakin ammatillista apua oireisiinsa.

**Yhteystiedot**Esa Aromaa, [esa.aromaa@vshp.fi](mailto:esa.aromaa@vshp.fi)

## TERVEYSALAN AMMATTILAISTEN ASEENTEET MIELENTERVEYS- POTILAITA KOHTAAN – HAASTE TERVEYDENHUOLLOLLE

PAULA RANNE

Mielisairauksiin ja mielenterveyspotilaisiin kohdistuu negatiivisia asenteita, eivätkä nämä asenteet ole muuttuneet oleellisesti viimeisten vuosikymmenten aikana. Negatiivisiin asenteisiin liittyy stigma, jolla tarkoitetaan ei-toivottua häpäisevää ominaisuutta. Stigma vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen hyväksyntään, se on eräänlainen häpeäleima. Mielisairaus on altis stigmatisoitumiselle, koska sairaus ilmenee käyttäytymisen, kokemuksen ja tunne-elämän alueilla, joita on lähes mahdoton erottaa henkilöstä itsestään tai hänen persoonallisuudestaan. Stigmatisoivat ja syrjivät asenteet aiheuttavat lisää kärsimystä sairastuneille.

Sairauksiin ja hoitoihin liittyvää stigmaa ja häpeää ei pidä vähätellä. Yhteisön tasolla stigmatisoitumisen vähentämiseksi on terveydenhuollossa annettava oikeaa tietoa. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät itsekään ole vapaita stigmatisoivista asenteista ja toimintamalleista. Niiden tunnistaminen ja muuttaminen terveydenhuollossa ja alan koulutuksessa on tärkeä haaste. Stigman vähentämiseksi on käynnistetty erilaisia ohjelmia, jotka yleisesti keskittyvät tiedon lisäämiseen ja levittämiseen. Pelkän tiedon on kuitenkin todettu vaikuttavan vain vähän asenteisiin, saati sitten käyttäytymiseen.

Stigman ja negatiivisten asenteiden ymmärtämisestä huolimatta terveysalan ammattilaisten asenteista on tehty vain vähän tutkimusta. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että monet tekijät kuten ikä, sukupuoli, kokemus psykiatrisista potilaista ja yleiset uskomukset vaikuttavat terveysalan ammattilaisten asenteisiin stigmatisoituneeseen ryhmään kuuluvia potilaita kohtaan. Koulutuksella liittyen sairauksiin, sen syihin, oireisiin ja hoitomahdollisuuksiin, on aiempien tutkimusten perusteella vaikutusta terveysalan ammattilaisten asenteisiin. Hoitajien negatiiviset asenteet voivat olla uhka potilaiden hoidolle ja kuntoutukselle, ja terveysalan ammattilaisten asenteet vaikuttavat siihen, millaista hoitoa potilaat saavat.

Mielenterveystyössä toimivien hoitajien ammatillinen pätevyys on nostettu keskeiseksi kehittämiskohteeksi Euroopassa. Leonardo da Vinci on Euroopan unionin koulutusohjelma, jonka tavoitteena on kehittää ammatillista koulutusta Euroopassa. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen johtaman ePsychNurse.Net-hankkeen avulla halutaan vahvistaa hoitajien ammattitaitoa toimia eettisesti haastavissa tilanteissa. Hankkeessa ovat mukana Suomen lisäksi Englanti, Irlanti, Italia, Liettua ja Portugali. Hankkeen puitteissa toteutettiin kyselytutkimus siitä, mitkä ovat hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Suomessa tutkimus toteutettiin viiden sairaalan kahdellatoista akuuttipsykiatrian osastolla. Tulosten mukaan akuuttipsykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien asenteet eivät olleet autoritaarisia. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan olivat hyväntahtoisia ja perustuivat potilaan ymmärtämiseen ja hyväksymiseen. Mielenterveyspotilaita ei koettu uhkana yhteiskunnassa. Yleisellä tasolla hoitajien asenteet mielenterveyden ideologiaan liittyen olivat myönteisiä. Taustamuuttujista hoitajien asenteisiin vaikuttivat ikä, sukupuoli ja merkittävänä tekijänä henkilökohtainen kontakti psykiatriseen sairauteen lähiomaisen kautta. Terveydenhuoltohenkilöstöstä suurin osa on sairaanhoitajia ja he ovat haasteen edessä pyrkiessään vähentämään stigmaa terveydenhuollossa.

### **Yhteystiedot**

Paula Ranne, paula.ranne@satshp.fi



## *Ehkäisevä mielenterveystyö* *Förebyggande mentalvårdsarbete*

### FÖREBYGGANDE MENTALVÅRDSARBETE

BODIL VIITANEN

#### *Att förebygga psykisk ohälsa*

Nittioalets lågkonjunktur gallrade effektivt bort förebyggande insatser inom kommunernas social- och hälsovårdssektorer och skolsektorer, för att inte tala om den öppna mentalvården. Personalresurserna minskade, skolklasserna blev större och budgeterna stramades åt. Förebyggande verksamhet rymdes inte med i planeringen längre eftersom det inte ansågs kostnadseffektivt. Ett typiskt exempel på verksamhet som ströks under lågkonjunkturen i kommunerna var eftermiddagsvården för första och andraklassister i lågstadierna. Senare har frivilligorganisationer på många håll försökt återuppta denna uppgift. Arbetslösheten ökade och medförde att också de sociala problemen ökade. Allt mera började samhällsinsatserna rikta in sig på att reparera och åtgärda problem.

Vi lever idag i ett projektsamhälle, där kortsiktiga försöks- och utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården och mentalvården ganska sällan leder till bestående och långsiktiga arbetssätt och verksamhetsformer. Samhället av idag riktar in sig på resultatbetoning på alla branscher och samhällsnivåer. Den mänskliga faktorn glöms lätt bort. Att människan är en social varelse med olika långsiktiga behov av mänskliga relationer och stöd i hemmet, i lekåldern, i skolåldern, i arbetslivet och på ålderns höst noteras inte nämnvärt då de mätbara värdena styr.

#### *Förebyggande av självmord*

Ett nationellt projekt för självmordsprevention 1987-1996 visade att man kan få ner självmordsstatistiken genom sektoröverskridande samarbete, utbildning och kristjänster

(Psychological autopsy, Lönnqvist Jouko 1987-1989, Självmord kan förebyggas 1989-1991, Implementering, Stakes 1992-1996). Finland har varit känd för att ha en hög självmordsstatistik. Andelen av unga mäns självmord i Finland har varit speciellt hög. De baltiska länderna och forna öststater toppar statistiken över självmord, men Finland låg ändå år 2002 på femte plats i den statistik som EU samlade in (Mental Health Economics European Network 2004).

Krisarbetet, som är en utarbetad verksamhetsmodell i Finland idag, kan vid första åtanke ses som endast en reparerande, första hjälps åtgärd vid plötsliga olycksfall. Det har dock en viktig långsiktig funktion vid förebyggande av framtida psykiska problem för de drabbade.

Tidig interaktion mellan barn och föräldrar har i Finland varit i fokus vid forskning och utarbetande av program för att utbilda, handleda personal som arbetar med barn (Puura K et al. *Infant Mental Health J*, 2002). Stödgrupper har varit ett sätt att arbeta med kommunikation och samspel i barngrupp (Tytti Solantaus, Stakes). Eftersom forskning har visat att barn som växer upp i familjer med psykisk ohälsa löper stor risk att senare insjukna eller få psykosociala problem är dylika insatser och program ytterst betydelsefulla i förebyggande syfte, inte bara ur individens synvinkel utan också ur hela samhällets synvinkel.



## Definitionen av psykisk hälsa

Psykisk hälsa är enligt WHO ett tillstånd av välbefinnande där individen är

1. medveten om sin förmåga
2. kan hantera livets påfrestningar
3. kan utföra ett produktivt och fruktbart arbete

Vidare innefattar definitionen på psykisk ohälsa psykiska hälsoproblem och påfrestningar, nedsatt funktionsförmåga i samband med sorg, symptom och diagnosticerbara psykiska sjukdomar som schizofreni och depression (Grönbok, Förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen, 2006).

Vård och rehabilitering som insatser för att åtgärda symptom är väldigt sjukdomsrelaterade idag. Tillfrisknande och återhämtning kan också ses som ett resultat, inte enbart av yttre faktorer såsom vårdinsatser och rehabiliteringsåtgärder, utan också av individens egen vilja att ta kontroll över sitt liv och sin sjukdom, livsmiljöns och den totala hälsans inverkan.

## Tillfrisknande eller återhämtning

Erfarenheter av tillfrisknande och återhämtning inger hopp för dem som drabbats av psykisk ohälsa. För närstående och vårdpersonal kan det vara viktigt att få information om sådana erfarenheter. Det råder en pessimism ännu idag om individens förmåga att tillfriskna och återhämta sig. Förebyggandet av psykisk ohälsa med hänsyn till dessa erfarenheter är viktigt. (Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem, Alain Topor, 2004).

Eftersom psykisk ohälsa är ett växande problem är all sektoröverskridande samarbete och åtgärder av högsta prioritet i alla EU-stater, även Finland. Det finns ett starkt samband mellan fysisk och psykisk hälsa vilket ställer vårt vårdssystem inför utmaningar. Stigmatisering av psykisk ohälsa är fortfarande ett problem idag. En holistisk människosyn behövs i mentalvårdsarbetet.

Stakes har utarbetat idéer för kommunala planer för mentalvården (Vägvisare, Idéer för kommunala planer för mentalvården Stakes, 2000), men ändå har planeringen varit långsam i många kommuner. Kommuninvånarna har rätt att kräva att den egna kommunen har en fungerande mentalvårdsplan. Det ligger på ledningens ansvar att åta sig uppgiften med stort ansvar genom sektoröverskridande samarbete och förhoppningsvis den holistiska människosynen som vision.

*Citat: Ett villkor för att mentalvårdsarbetet ska ge resultat är att människans psykiska hälsa vägs in i ett samhälleligt beslutsfattande. Det är lättare att bedriva mentalvårdsarbete om samhället kan tillhandahålla enhetlig, varierad, smidig och klientorienterad service. Det är viktigt att servicen ser till den enskildes utgångsläge, till människors livssituation och behov. Social interaktion karaktäriseras av respekt och förtroende för människan, av öppenhet och uppmuntran (Vägvisare, idéer för kommunala planer för mentalvården, Stakes 2000).*

### Kontaktuppgifter

Bodil Viitanen, bodil.viitanen@fspc.fi  
 Finlands svenska Psykosociala Centralförbund rf  
 Östanpävägen 32, 68660 Jakobstad

## SUICIDPREVENTION BLAND BARN OCH UNGDOMAR

BRITTA ALIN ÅKERMAN

Många ungdomar tar sitt liv varje år och många har svåra självmordstankar. Det finns därför ett stort behov av hjälp från såväl skola som hem. Att tänka på självmord och andra existentiella frågor kan sägas vara normalt under tonårsperioden. Men att omsätta dessa tankar i handlingar är aldrig en normal företeelse utan extremt allvarligt. Det kan tyda på känslomässigt kaos, hjälplöshet, utsatthet, orkeslöshet och känslan av meningslöshet i tillvaron. Om tonåringen har dåliga erfarenheter av bärande relationer under uppväxtåren blir det svårt att skapa en mognare identitet och hämta kraft inför framtiden.

För att försöka hjälpa ungdomar i svåra situationer i livet och som hjälp att förhindra självmord har NASP (Swedish National Centre for Suicide Prevention and Prevention of Mental Ill-Health) initierat tillkomsten av videofilmen ”Kärleken är den bästa kicken” som handlar om unga människors kriser och livssituation. Syftet med filmen och tillhörande elevhäfte och handledning för personal, är att få igång diskussioner med elever om existentiella frågor och frågor kring liv och död. En utvärdering av elevers upplevelser och reaktioner på filmen har genomförts vid två olika tillfällen i syfte att se om filmen och efterföljande diskussioner på ett positivt sätt kan påverka ungdomars självkännet, identitet och relationer med kamrater och vuxna.

Några av de resultat som framkommit i utvärderingarna med elever som har haft allvarliga självmordshandlingar är att nästan alla av dessa tidigare har varit utsatta för mobbning eller annan kränkande behandling. Ett dåligt socialt nätverk finns med i bilden och ofta en dålig kontakt med föräldrar som inte har kunnat se hur deras ungdomar mår.

Ökad sårbarhet har också visat sig när det har varit mycket bråk i familjen eller skilsmässa där ungdomar har kommit i kläm. I sådana fall har lojalitetskonflikter uppstått hos den unge som känt sig tvingad att ställa upp på båda föräldrarna. När det har stridit mot deras egen vilja har det resulterat i självdestruktiva tankar/handlingar.

Filmen har bidragit till att ge eleverna en öppning att tänka på sin egen elevroll och kamratroll och därmed göra det lättare för dem att både förstå sin egen livssituation som att vara mer förstående för sina kamraters situation. Skolans roll måste vara att stödja och även lugna elever som har alltför höga krav på sig själva. I klassrummet måste frågor kring självmord lyftas fram och vara en naturlig del i undervisning kring livsfrågor och övriga frågor som har med elevers psykiska hälsa. Både elever, lärare och föräldrar måste göras medvetna om självmordssignaler och snarast ta kontakt med elevvårdspersonal vid upptäckten att någon mår dåligt; att lära sig be om hjälp och söka hjälp för en kamrat innan det är för sent.

### Kontaktuppgifter

Britta Alin Åkerman, [britta.alin-akerman@ki.se](mailto:britta.alin-akerman@ki.se)

Verksam vid NASP (Swedish National Centre for Suicide Prevention and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institutet)

P.O. Box 230

SE -171 77 Stockholm, Sweden

## ATT FRÄMJA HÄLSA GENOM ATT FOKUSERA PÅ RESURSER – SALUTOGENES OCH KÄNSLA AV SAMMANHANG

MONICA ERIKSSON

Den mentala hälsan kan främjas genom att fokusera på människors hälsoresurser (*salutogenes*) istället för på risker för sjukdom (*patogenes*). Stress betraktas allmänt som någonting negativt som ökar risken för människor att insjukna. Ett annat synsätt (Antonovsky) betraktar stress som en naturlig del av vår vardag. I en värld som präglas av snabba förändringar i samhället, förändrade relationer och familjestrukturer, snabba möten inom olika livsarenor, blir vår förmåga att skapa sammanhang livsviktig. Nyckelbegrepp inom Salutogenes är *känslan av sammanhang* och *generella motståndsresurser*. Känslan av sammanhang är ett sätt att se på livet, en livsorientering som anger riktningen. Det är ett sätt att tänka, vara, handla och bemöta människor. En person med stark känsla av sammanhang upplever världen som strukturerad, hanterbar och meningsfull (koherent). De generella motståndsresurserna är av biologisk, materiell och psykosocial karaktär. Motståndsresurserna skapar förutsättningar för sammanhängande livserfarenheter som i sin tur bygger upp känslan av sammanhang. Det är en förmåga att kunna identifiera resurserna och använda dem till sin egen fördel beroende på vilken livssituation man är i. Det är en tillit till att livet ordnar sig trots kaos.

Folkhälsans Forskningscentrum, Programmet för forskning i hälsofrämjande, har nyligen färdigställt en omfattande internationell forskningsöversikt över den salutogena forskningen.<sup>1)</sup> Översikten, som tillika är en doktorsavhandling, har granskat, analyserat och sammanfattat resultat från omkring 500 vetenskapliga artiklar. Det är den mest omfattande forskningsöversikten som finns tillgänglig idag. Doktorsavhandlingen omfattar tiden 1992-2003, Folkhälsan fortsätter dock att sammanfatta resultat även efter 2003.

Resultatet från översikten visar att känsla av sammanhang har ett starkt samband med upplevd god hälsa, särskilt mental hälsa. Känslan av sammanhang har en direkt positiv effekt på den upplevda hälsan och reducerar även stress. Koherenskänslan har förmåga att reducera ångest, oro, hopplöshet och depression. Sambandet mellan en stark känsla av sammanhang och positiva känslor som optimism, hopp, självkänsla, hårdighet, välbefinnande och livskvalitet är starkt. Sammanfattningsvis kan man säga att känslan av sammanhang har betydelse för vår mentala hälsa och livskvalitet. Det salutogena perspektivet, fokus på människors resurser istället för brister och hinder, blir betydelsefullt för all verksamhet, vars mål är att främja människors hälsa och skapa samhällen där människor kan upprätthålla sin hälsa så länge som möjligt. Vidare har det salutogena perspektivet betydelse för hur vi kan hantera den stress som det innebär att ha en kronisk sjukdom, svåra livshotande sjukdomar eller olika livshändelser. En sund samhällspolitik innebär att alla samhällsverksamheter intar ett resursperspektiv tillika som vi naturligtvis alltid skall behandla, om möjligt bota och alltid lindra sjukdom.

<sup>1)</sup> Eriksson M. (2007). Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Doctoral thesis. Åbo Akademi University Vasa. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme, Research Report 2007:1. Turku.

### Kontaktuppgifter

Monica Eriksson, monica.eriksson@folkhalsan.fi

## ATT LEVA OCH ÖVERLEVA

CAROLA TIMPER

När jag läser igenom programmet för seminariet, blir jag på samma gång både mycket glad och otroligt sorgsen. I dag kan man tala om mentala problem, om stöd till familjerna och till barnen, om förebyggande arbete. I dag är mental sjukdom och mentala problem 'rumsrena' eller åtminstone nästan.

En gång för ganska länge sedan skulle jag ha behövt stöd och hjälp, men på 1950-talet var mentala problem sinnessjukdom, något som måste gömmas undan. En stor skam för både familjen och släktingarna. Så länge sedan? Jag tycker inte att jag är så lastgammal, men när jag tänker tillbaka på mitt liv känns det som om jag levt i hundratals år...

- - - - -

Jag var ett efterlängtat barn som föddes våren 1945. Kriget var slut och alla hoppades på en bättre framtid. Min barndom var mycket lycklig ända tills jag var 11 år gammal. Då insjuknade pappa i djup depression och efter ett halvår tog han livet av sig. Mamma orkade inte med skam och skuld utan togs också in på Centralsinnessjukhuset i Ekenäs som det hette på 1950-talet. Efter tre år dog hon i min famn på morsdagen 1960. I Vasa dit vi hade 'flyttats' efter pappas död. Vi var en skam för släkten.

En ensam tonåring som var duktig och klarade sig bra i skolan. Ingen visste egentligen något om min familj, om min bakgrund. Och ingen frågade någonting. Terapi? Det ordet hade man väl inte ens uppfunnit på den tiden. Inte en endaste en människa nämnde det som varit, frågade om det som hänt. Jag var ensam med mamma när hon dog i min famn. Var det mitt fel? Pappa hade jag inte hjälpt när han allra mest skulle ha behövt mig – låt vara att jag då bara var 11 år gammal. Skam och skuld, rädsla och ensamhet. Det var mitt liv, ett liv som inte fick synas utåt. Det var bara att fortsätta leva. Med ett leende.

Studier, förälskelser, familj och barn. Hela tiden var jag förföljd av mitt förflutna. Jag måste visa att jag duger, att det inte är något fel på mig. Måste bara kunna mera, orka mera. Och jag klättrade uppför karriärstegen som man kallar det. Jag blev ingen direktör men ändå sekreterare för högsta ledningen i en storkoncern. Jag dög.

Men en vacker höstdag 1988 sitter jag vid mitt arbetsbord och allt är slut. Tårarna rinner nerför mina kinder. Mina arbetskamrater är skuggor omkring mig. Hela mitt liv hade blivit ett måste, måste. Det var min sista arbetsdag.

Först gick jag privat hos en psykiater men blev bara sämre. Han var min enda fasta punkt i ett liv som var ett enda kaos. Efter ett år försökte jag första gången ta livet av mig och hamnade in på Lappvikens sjukhus, där jag var i 1½ år, för det mesta på den slutna avdelningen. Våren 1991 blev jag utskriven i öppna vården. Rädsla och osäkerhet. Terapi. Skilsmässa. Ett liv i spillror. Men inom mig hade den sista livsgnistan inte slocknat.

Åren har gått. Det har inte varit lätt och stormvågorna har ibland gått höga. Jag har känt bitterhet, hat. Frågat varför, varför? Vägen tillbaka till livet har varit lång och svår, men jag är inte längre rädd för skuggorna i mitt liv. Recept på överlevnadsmedicin kan jag inte skriva ut, men min erfarenhet är en rikedom som jag kan dela med mig av.

### Kontaktuppgifter

Carola Timper, ipa.finland@elisanet.fi

# Posteritiivistelmät

## Postersammandrag

### *Mielenterveyden edistäminen ja psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisy* *Främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa*

#### FRIENDS – AHDISTUSTA JA MASENNUSTA ENNALTAEHKÄISEVÄ OHJELMA KOULUISSA

MINTTU OINONEN

FRIENDS on hyviä tuloksia maailmalla saavuttanut, kouluissa toteutettava ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevä ohjelma. Oppitunneilla pohditaan harjoituskirjan tehtäviä, joissa etsitään konkreettisia keinoja selviytyä huolta ja pelkoa aiheuttavista arkielämän tilanteista. Ohjelma perustuu ennen kaikkea vertaisoppimiseen, oman koululuokan hyödyntämiseen. Tavoitteena on innostaa myös perheet mukaan tunteita ja kehittämään. Ohjelman avulla lapset ja nuoret oppivat tunnistamaan ja käsittelemään erilaisia tunteitaan, kuuntelemaan oman kehon vihteitä sekä kiinnittämään huomiota omiin selviytymiskeinoihinsa. Näin esimerkiksi pelkojen ja huolien käsittely helpottuu. FRIENDS tarjoaa tärkeitä työkaluja tasapainoiseen elämänhallintaan, vahvistaa minäkuvaa ja omanarvontunnetta sekä lisää uskoa omaan kyvykkyyteen.

Ohjelmaa toteuttavat tehtävään koulutetut opettajat, joiden tukena ovat mahdollisuuksien mukaan koulupsykologit, -terveydenhoitajat ja -kuraattorit. Suomessa kouluttajaorganisaationa toimii Aseman Lapset ry, joka myös tuottaa ohjelmassa käytettävän materiaalin.

Ohjelmaa toteutetaan osana opetussuunnitelmaa sekä ala- että yläkoulussa. Ohjelma rakentuu kymmenestä oppitunnista sekä kahdesta kertausoppitunnista. Jokainen oppilas saa oman FRIENDS-oppikirjan, jota voidaan hyödyntää tunneilla ja kotona. Ryhmän ohjaajille järjestetään koulutuspäivä, jossa perehdytään ohjelman käytännön toteutukseen. He saavat myös käyttöönsä oppaan, jossa tuntien kulku on valmiiksi rakennettu. Tarkoituksena on, että jokainen voi poimia kirjasta omalle luokalleen hyödyllisimmät tehtävät ja soveltaa sisältöjä myös muilla oppitunneilla.

Vanhempien rooli on ohjelmassa opittavien taitojen yleistymisen kannalta keskeinen ja vanhemmille järjestetäänkin omia vanhempainiltoja, joiden tarkoituksena on tutustuttaa heitä ohjelman sisältöihin sekä tarjota tietoa lapsen mielenterveyden tukemisesta. Tavoitteena on, että ohjelman sisältöjä käsitellään kodeissa koko perheen voimin.

FRIENDS on alun perin kehitetty Australiassa ja sitä käytetään eri puolilla maailmaa. Ohjelman sisällöt perustuvat vuosien tieteelliseen tutkimukseen, arviointiin ja käytännön kokemukseen. Myös Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) tukee ja suosittelee FRIENDS-ohjelmaa.

Suomessa alakouluikäisille suunnattu FRIENDS aloitettiin syksyllä 2006 viidennellä luokalla, kolmessa helsinkiläisessä peruskoulussa. Lapsilta, opettajilta ja vanhemmilta saadun positiivisen palautteen innoittamana syksyllä 2007 mukaan osallistui 12 luokkaa viidessä eri koulussa. Vuoden 2008 aikana FRIENDS laajenee muun muassa Jyväskylään, Jämsän seudulle, Vaasaan, Kokkolaan ja Seinäjoelle. Alakouluikäisille tarkoitettua ohjelman lisäksi myös yläkouluikäisille suunnattua ohjelmaa pilotoidaan Helsingissä ja Raisiossa.

Kansanterveyslaitos on tutkinut FRIENDS-ohjelman soveltuvuutta suomalaiseen peruskouluun. Raportti on nähtävillä internetissä osoitteessa [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2007/2007b23.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b23.pdf)

**Yhteystiedot**

Minttu Oinonen, [minttu.oinonen@asemanlapset.fi](mailto:minttu.oinonen@asemanlapset.fi)

Aseman Lapset ry, [www.asemanlapset.fi](http://www.asemanlapset.fi)

Puh. 040 582 3856

## TIMEOUT! – AIKALISÄ! ELÄMÄ RAITEILLEEN -TUKIOHJELMA NUORTEN MIESTEN SYRJÄYTYMISEN EHKÄISEMISEKSI

EIJA STENGÅRD, KAIJA APPELQVIST-SCHMIDLECHNER & MAILA UPANNE

Noin viidennes Suomen asevelvollisuusikäisistä miehistä ei suorita varusmiespalvelusta. Heistä noin puolet vapautetaan palveluksesta mielenterveydellisten syiden perusteella. Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneet ja palveluksen keskeyttäneet nuoret miehet muodostavat riskiryhmän, jonka tukemiseksi käynnistettiin Time out! – Aikalisä! Elämä raiteilleen -hanke. Hankkeessa kehitettiin interventio nuorten miesten psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi sekä toimintamalli palvelun organisoimiseksi. Intervention vaikuttavuutta tutkittiin satunnaisesti vertailuasetelmalla.

Hankkeen vaikuttavuustutkimukseen osallistui yhteensä 356 varusmiespalveluksen tai siviilipalvelun ulkopuolelle jäänyttä helsinkiläistä tai vantaalaista miestä. Interventioryhmään kuuluneille (n=182) tarjottiin henkilökohtainen Aikalisä-ohjaaja, joka oli tehtävään koulutettu sosiaali- tai terveysalan ammattilainen. Ohjaajan kanssa miehellä oli mahdollisuus käydä läpi ajankohtaisia esim. mielenterveyteen, päihteiden käyttöön ja yleiseen hyvinvointiin liittyviä asioita sekä saada tukea ja rohkaisua asioiden hoitamiseen. Tarvittaessa ohjaaja auttoi sopivien palveluiden löytämisessä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, miehiä haastatteleamalla ja rekisteritietoja keräämällä. Tukiohjelman toteuttamiseen liittyvää tietoa kerättiin tukiohjelman toteuttamisen eri vaiheissa. Seurantakysely toteutettiin vuoden kuluttua tutkimukseen mukaan-tulosta.

Interventioryhmään kuuluvista miehistä 52 (29 %) kiinnittyi tukiohjelmaan. Tukiohjelma tavoitti erityisesti psyykkisesti oireilevia nuoria miehiä. Tukisuhteet kestivät keskimäärin kuusi kuukautta. Tukiohjelmalla oli vaikutusta miesten psykososiaaliseen hyvinvointiin. Interventioryhmään kuuluvien miesten psyykkinen kuormittuneisuus väheni ja tyytyväisyys ihmissuhteisiin koheni enemmän kuin vertailuryhmään kuuluvilla miehillä. Tukiohjelmaan kiinnittyneistä 67 prosenttia arvioi, että tukiohjelmasta oli ollut vähintään jonkin verran hyötyä ja 58 prosenttia arvioi elämäntilanteensa parantuneen tukiohjelman ansiosta.

Hankkeessa kehitetty toimintamalli mahdollistaa aktiivisen tuen tarjoamisen nuorille miehille kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä. Toiminnassa hyödynnetään kutsuntojen tarjoamaa mahdollisuutta tavoittaa miesten koko ikäluokka. Toimintamalli on otettu käyttöön yli 50 kunnassa pääkaupunkiseudulla, Kainuussa, Pohjanmaalla ja Itä-Suomessa. Interventio todettiin vaikuttavaksi ja toimintamallista saadut kokemukset ovat myönteisiä. Pienelläkin tuella ja avulla voidaan ehkäistä nuorten miesten ongelmien vaikeutumista ja kasautumista ja näin ollen saavuttaa kauaskantoisia vaikutuksia suotuisan elämänculun kannalta.

### **Yhteystiedot**

Eija Stengård, eija.stengard@stakes.fi  
 WHO Mielenterveysalan yhteistyökeskus, STAKES  
 PL 220, 00531 Helsinki  
 Puh. (09) 3967 2460, 040 518 8959

## OVI – MAAHANMUUTTAJIEN KANSALAISTOIMINNAN KEHITTÄMINEN

SARI NYHOLM & JOUNI SAARELAINEN

Suomen Mielenterveysseuran **OVI – Maahanmuuttajien kansalaistoiminnan kehittäminen (2007–2011)** vahvistaa maahanmuuttajajärjestöjen valmiuksia ja toimintaedellytyksiä tukea toimintaansa osallistuvia ihmisiä ja siten ennaltaehkäistä mielenterveysongelmia.

### *Miksi OVI?*

Liian moni maahanmuuttaja jää edelleen suomalaisen yhteiskunnan ja sen tarjoamien mahdollisuuksien ulkopuolelle. Tämän vuoksi Suomen Mielenterveysseura ja helsinkiläiset maahanmuuttajajärjestöt haluavat kehittää kansalaistoimintaa, joka edistää maahanmuuttajien kiinnittymistä suomalaiseen yhteiskuntaan.

Jotta maahanmuuttajajärjestöt voivat omalta osaltaan tukea toimintaansa osallistuvien maahanmuuttajien arjessa selviytymistä uudessa kotimaassa, niillä tulee olla käytössään hyväksi havaittuja ja soveltuvia työvälineitä sekä yhteistyöverkostoja, joissa on edustettuina sekä kanta-väestö että maahanmuuttajia.

OVI – Maahanmuuttajien kansalaistoiminnan kehittäminen toteutetaan yhdessä neljän kumppaniyhdistyksen kanssa Itä-Helsingissä ajanjaksolla 1.9.2007–31.12.2011.

### Kumppaniyhdistykset

- Afganistanin Kehitys- ja Yhteistyöjärjestö ry
- Irakin Työllistämisyhdistys IRTY ry
- Monika-Naiset liitto ry
- Sonpet ry - Somali nuorten ja perheiden tuki brothers

### Tavoitteet

- tuottaa tietoa maahanmuuttajien mielenterveyteen, mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja arjessa selviytymiseen liittyvistä näkemyksistä ja kokemuksista
- kehittää maahanmuuttajajärjestöjen toimintaa ja toimintaedellytyksiä erilaisin aineistoin ja koulutuksin
- tukea maahanmuuttajajärjestöjen verkostoitumista keskenään ja kantaväestön kanssa
- lisätä kulttuurien välistä tuntemusta ja ymmärrystä
- toimivien yhteistyökäytäntöjen ja työvälineiden juurruttaminen kumppaniyhdistykseen
- kertyneen tiedon, kokemusten ja kehitettyjen toimintamallien levittäminen myös muiden hyödyksi.

Hanke pohjautuu kokemuksiin, joita Mielenterveysseuralla on vuosien varrella kertynyt tukihenkilötoiminnasta, vertaisryhmistä, työllisyyteen ja järjestöjen kansalaistoiminnan tukemiseen liittyneistä hankkeista sekä ulkomaalaisille suunnatusta kriisityöstä.

Projekti toteutetaan Raha-automaattiyhdistyksen tuella.

### **Yhteystiedot**

Sari Nyholm, sari.nyholm@mielenterveysseura.fi

Puh. (09) 6155 1747, 040 744 0374

Jouni Saarelainen, jouni.saarelainen@mielenterveysseura.fi

Puh. (09) 6155 1721, 040 821 1011

<http://hankkeet.mielenterveysseura.fi/ovi>



## OK – OSAAN JA KEHITYN

### LASTEN JA NUORTEN ARKINEN MIELENTERVEYSOSAAMINEN -HANKE (2006–2009)

MARJO HANNUKKALA

Suomen Mielenterveysseurassa käynnistyi keväällä 2006 nelivuotinen lasten ja nuorten arkiseen mielenterveysosaamiseen keskittyvä OK-hanke. Hankkeessa kehitetään toimintamalli ja tuotetaan opetuskokonaisuus ja -materiaali mielen hyvinvoinnista 7–9-luokille osaksi terveystiedon opetusta. Lisäksi tuotetaan peruskoulun päättävälle nuorelle opaskirjanen Mielen hyvinvoinnista voimavarana.

Terveystiedon oppiaineessa on mahdollista avata ja käsitellä ikätason mukaisesti monella tavalla hyvään mieleen ja hyvinvointiin liittyviä asioita yläkouluikäisten kanssa. Hankkeen päämääränä on tukea yläkouluikäisen kasvua, kehitystä ja mielen hyvinvointia. Tavoitteena on tukea lapsen omia vahvuuksia ja voimavaroja sekä vahvistaa hänen turvaverkostojaan. OK-hankkeen tarkoituksena on kääntää katsetta ongelmakeskeisyydestä jaksamisen tukemiseen. Mielenterveys on luova voimavara, joka tukee elämää nuoren arjessa, koulutyössä ja ihmissuhteissa. Siihen kuuluu muun muassa itsetunto, kyky tunnistaa ja ilmaista tunteita sekä luottamus elämään. Pettymykset ja vaikeatkin elämäntilanteet ovat osa elämää, mutta niistä voi selviytyä. Tarkoitus on auttaa kohtaamaan ja käsittelemään elämässä vastaan tulevia vaikeuksia sekä selviytymään niistä. Tärkeää on, että kukaan ei jää yksin. Mielen hyvinvointi onkin elämäntaitoa, jota keräämme ja käytämme koko elämämme ajan ja jota voi oppia ja opettaa.

*Hankkeessa vahvistetaan opettajien ammatillista osaamista mielen hyvinvoinnista* sekä tuetaan työssä oppimista koulutuksella, vertaistuellalla ja työnohjauksellisin menetelmin. Hankkeessa kehitetään koulutuksellinen malli mielen hyvinvoinnista osaksi opettajan ammatillista osaamista.

*Tärkeä osa hanketta on yhteistyö vanhempien kanssa.* Yhteistyötä toteutetaan muun muassa vuorovaikutteisilla koululaisen ja vanhemman välisillä kotitehtävillä sekä teemailtoina ja vanhempien keskusteluryhminä.

Kouluverkostosta mukana on hankkeeseen valittujen koulujen rehtorit, terveystiedonopettajat ja oppilashuoltohenkilöstö, mutta kohderyhmänä on jokainen osallistuva kouluyhteisö kokonaisuutena. OK-hanke pilotoidaan Vantaalla Hakunilan, Peltolan ja Ruusuvuoren kouluissa. Mukana ovat kolmen lukuvuoden ajan oppilaat, jotka elokuussa 2006 aloittivat pilottikoulujen seitsemännellä luokalla (noin 480 oppilasta). Syksyllä 2007 hankkeen verkostoon tuli mukaan 12 uutta koulua, noin 20 uutta terveystiedon opettajaa ja lähes 1400 seitsemäsluokkalaista Vantaalta. Lisäksi mukana on yksi erityiskoulu Helsingistä.

Pilottikoulujen opettajien ja oppilaiden arviointipalaute samoin kuin ohjausryhmän ja asiantuntijahenkilöiden arviointi koko hankkeen ajan ovat merkittävä osa hanketta. Yhteistyötä rakennetaan myös Helsingin ja Jyväskylän yliopistojen kanssa. Opinnäytetöiden toteutuminen osana hanketta on käynnistynyt ja ne tuottavat tietoa arviointiin.

Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman nelivuotisen hankkeen kantavia voimia Suomen Mielenterveysseuran lisäksi ovat Vantaan sivistysvirasto ja vanhempainyhdistys, Opetushallitus, opettajien ainejärjestöt, Suomen vanhempainliitto sekä Helsingin ja Jyväskylän yliopistot.

Hankkeen laajana tavoitteena on levittää mielen hyvinvointiin liittyvä opetus- ja sisältöosaaminen valtakunnallisesti osaksi perusopetuksen tietoa ja taitoa.

#### **Yhteystiedot**

Marjo Hannukkala, marjo.hannukkala@mielenterveysseura.fi

Puh. (09) 6155 1742, 040 581 1068

www.mielenterveysseura.fi > hankkeet

## TOIMIVA LAPSI & PERHE: TYÖKALUJA LASTEN KEHITYKSEN TUEKSI PERHEEN VAIKEUKSISTA HUOLIMATTA

SIRPA KAAKINEN

Vanhemman mielenterveysongelma, vakava somaattinen sairaus tai päihdeongelma heijastuu monella tavalla perheen elämään. Perheen lasten riski sairastua psyykkisesti voi kohota. Lasta ja perhettä voidaan kuitenkin auttaa. Vanhempien ja koko perheen kanssa työskennellen voidaan vahvistaa lapsen kehitystä suojaavia tekijöitä. Lapsen kehitystä suojaa tutkimusten mukaan perheenjäsenten keskinäinen ymmärrys, toimivat ihmissuhteet ja lapsen mahdollisuudet ikätasoiisiin, perheen ulkopuolisiin ihmissuhteisiin ja toimintaan.

Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa kehitetään, tutkitaan ja juurrutetaan osaksi palveluiden käytäntöjä työmenetelmiä, joiden avulla voidaan tukea lapsen kasvua ja kehitystä, kun perheessä on joku vanhemmuuteen vaikuttava paine.

Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmien perheeseen kuuluvat tällä hetkellä Perheinterventio, Lapset puheeksi -interventio, Vertti-ryhmät lapsille ja vanhemmille, oppaat sekä vanhempien että kouluikäisten nuorten käyttöön sekä Lapsiperheneuvonpito-verkostotyön menetelmä.

Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa on kehitetty laajuudeltaan eritasoisia koulutuskokonaisuuksia ja -materiaalia, joiden avulla kouluttajat ympäri Suomea voivat toteuttaa alueellisesti tarkoituksenmukaisia koulutuksia. Tammikuussa 2007 Suomessa on noin tuhat Toimiva lapsi & perhe -menetelmiin koulutettua terveydenhuollon, sosiaalitoimen, päihdehuollon ja kolmannen sektorin työntekijää 19 sairaanhoitopiirin alueella. Toimiva lapsi & perhe -kouluttajia on noin 80 neljäntoista sairaanhoitopiirin alueella. Kouluttajien yhteystiedot on saatavissa hankkeen nettisivuilta.

Toimiva perhe -tutkimuksessa on selvitetty työntekijöiden, vanhempien ja lasten kokemuksia menetelmistä. Työntekijöiden kokemuksista on jo julkaistu kaksi artikkelia (Toikka & Solantaus, 2006). Valtaosa (90 %) ilmoitti työnilonsa lisääntyneen ja työmotivaationsa (80 %) kohentuneen. Alustavien tulosten mukaan myös lapset ja vanhemmat kokevat menetelmät mielekkäinä ja vaikuttavina sekä perheenjäsenten keskinäistä ymmärrystä lisäävinä.

Lisätietoja menetelmien periaatteista, käytännöstä, koulutuskokonaisuuksista ja kirjallisuudesta sekä kouluttajien yhteystiedot: <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI>

### **Yhteystiedot**

Sirpa Kaakinen, [sirpa.kaakinen@stakes.fi](mailto:sirpa.kaakinen@stakes.fi)

# ELÄMÄNI EVÄÄT

PÄIVI ERKKO & AINO SANTALÄHDE

Elämän eväät on ehkäisevän mielenterveystyön koulutusohjelma, mielenterveystietoa 7–9-luokalaisille. Tavoitteena on oppilaiden omien voimavarojen, itsetuntemuksen, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin sekä aikuistumisen tukeminen, mielenterveystietouden lisääminen ja ongelmien ehkäiseminen. Samat oppilaat saavat opetusta kolmena peräkkäisenä vuonna: 7-, 8- ja 9-luokilla.

Koulutusmateriaalikansiot ovat työvälineitä opettajien, terveydenhoitajien ja koulukuraattorien käyttöön nuorten kasvun ja kehittymisen tukemiseen. Kansiot sisältävät valmiita tuntuun- nitelmia ja tehtävähdotuksia erilaisista teemoista. Mielenterveys nähdään arkipäiväisenä asiana ja tärkeänä voimavarana, jota käsitellään materiaalin avulla normaalin koulutyön puitteissa.

Käsiteltävät aiheet:

**7-luokalla: ”Minä ja lähipiirini”**

tutustuminen, itsetuntemus, tunteet ja niiden ilmaiseminen, terveet elämäntavat, luokan ilmapiiri, ystävyys, ihastuminen ja rakastuminen

**8-luokalla: ”Mitä on mielenterveys?”**

mielenterveys, kriisit ja niistä selviytyminen, omat voimavarat

**9-luokalla: ”Tulevaisuus ja sen tuomat haasteet”**

tulevaisuuden haaveet, tavoitteiden saavuttaminen, stressi ja rentoutuminen

Terveyden edistämisen keskus on arvioinut (2007) valmiin koulutusmateriaalin ja suosittanut sen sisällyttämistä Terveysaineistot-tietokantaan [www.health.fi](http://www.health.fi). Arviointilauseke tuotteesta: ”Erinomainen apuväline kouluille opetuksen tueksi.”

Koulutusmateriaali on syntynyt Porin Mielenterveysseura ry:n toteuttamassa ja RAY:n rahoittamassa Elämäni Eväät -hankkeessa (2003–2007) yhteistyössä porilaisten peruskoulujen 7–9-luokkien kanssa (8 koulua).

**Yhteystiedot**

Päivi Erkko, [paivi.erkko@dnainternet.net](mailto:paivi.erkko@dnainternet.net)

Puh. 040 835 9189

Aino Santalähde, [aino.santalahde@dnainternet.net](mailto:aino.santalahde@dnainternet.net)

Puh. 040 835 9239

Elämäni Eväät, Porin Mielenterveysseura ry,

Itsenäisyydenkatu 41 A, 28100 PORI

[www.porinmielenterveysseura.net](http://www.porinmielenterveysseura.net)

## VALTAKUNNALLINEN NUORTEN EHKÄISEVÄN KRIISITYÖN HANKE 2007–2011 – PULINAPAJA

KIRSI LUOMANPERÄ

Valtakunnallinen PULINAPAJA-hanke kehittää nuorten parissa tehtävää ehkäisevää kriisityötä yhteistyössä kouluilla ja nuorten vapaa-ajassa toimivien ammattilaisten kanssa. Keskeiseksi kohderyhmäksi on projektin alussa valittu perusopetuksen 7–9-luokat. Kehittämisen lähtökohtana on Kuopiossa rakennettu Pulinapaja-malli, jota sovelletaan ja edelleen kehitetään paikkakunta-kohtaisesti.

Hanke tuottaa uusia toimintamalleja sekä tutkimustietoa, joita voidaan hyödyntää nuorten parissa tehtävän työn kehittämiseksi valtakunnallisesti.

Paikalliset osaprojektit käynnistyivät syksyllä 2007 Lahdessa, Mikkelissä, Oulussa ja Raumalla.

### *Kriisi ja ehkäisevä kriisityö*

Pulinapaja-hankkeessa kriisillä tarkoitetaan sitä, että nuori itse kokee jonkun tilanteen kriisinä ja kaipaa siitä selviytymiseen aikuisen tukea.

Ehkäisevä kriisityö tarkoittaa tuen tarjoamista nuoren arjessa. Kriisit ja vastoinkäymiset, nähdään elämään kuuluvina asioina, joissa on kasvun ja kehityksen mahdollisuus. Nuorelle tarjotaan työvälineitä, joiden avulla hän voi pitää huolta omasta mielenterveydestään ja vähentää kriisien aiheuttamaa kuormitusta.

Pulinapaja toiminnan periaatteita koululla ovat muun muassa:

- voimavarakeskeisyys
  - nuori nähdään aktiivisena toimijana ja oman elämänsä asiantuntijana
  - työtapana käytetään kuulemistä, keskustelua ja ratkaisujen etsimistä
- vaitiolovelvollisuus
- vapaaehtoisuus
  - nuoren osallistuminen toimintaan on vapaaehtoista
- moniammatillinen yhteistyö
  - työnjaosta ja koulukohtaisista toimintatavoista sovitaan yhteistyössä kunkin koulun rehtorin ja oppilashuoltoryhmän kanssa

#### **Yhteystiedot**

Kirsi Luomanperä, [kirsi.luomanpera@mielenterveysseura.fi](mailto:kirsi.luomanpera@mielenterveysseura.fi)

Maistraatinportti 4 A, 7.krs.

00240 HELSINKI

Puh. (09) 61 551 724, 040 534 5600

[www.mielenterveysseura.fi](http://www.mielenterveysseura.fi)

## LIIKU MIELI HYVÄKSI -HANKE (2006–2009)

SATU TURHALA

Liiku Mieli Hyväksi -hankkeessa kehitetään mielenterveyskuntoutujien liikuntatoimintaa laajan yhteistyöverkoston avulla noin kahdessakymmenessä pilottikunnassa ympäri Suomea. Hanke on mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishankkeen jatkohanke.

Hankkeen pilottikuntia ovat: Vantaa, Kotka, Miehikkälä, Iisalmi, Juuka, Turku, Pori, Loimaa, Laukaa, Ilmajoki, Kurikka, Vaasa, Kajaani, Paltamo, Ristijärvi, Kemi, Pudasjärvi, Ranua ja Posio.

Hankkeen tavoitteita ovat

- mielenterveyskuntoutujien liikunnan kuntakohtaisten kehittämissuunnitelmien ja/tai vuosikohtaisten toimintasuunnitelmien laatiminen
- uuden liikuntatoiminnan käynnistäminen ja toiminnan vakiinnuttaminen osaksi kuntien toimintaa
- terveyslääkinnän sisällyttäminen osaksi kuntien hyvinvointiohjelmaa
- hankkeen toteuttaminen laajempaan kuntien ja järjestöjen välisenä yhteistyönä
- yhteistyökeinojen kehittäminen psykiatrisesta hoidosta avohoitoon siirtyvän asiakkaan liikuntatottumusten jatkuvuuden turvaamiseksi
- mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan mallien rakentaminen erikokoisten kuntien tarpeisiin
- koulutuksen ja liikuntatoiminnan käytäntöihin liittyvän tiedon ja toimintamallien tuottaminen
- hankkeeseen soveltuvan aineiston ja ammattikorkeakoulutasoisen oppimateriaalin tuottaminen.

### **Yhteystiedot**

Suomen Mielenterveysseura

Satu Turhala, satu.turhala@mielenterveysseura.fi

Maistraatinportti 4 A, 7 krs.

00240 Helsinki

Puh. (09) 6155 1741

www.mielenterveysseura.fi

## *Hoito ja korjaavat palvelut* *Behandling och mentalvårdstjänster*

### MIELENTERVEYSPOTILAIEN SUUN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

LAURI KUOSMANEN, MARJA-LIISA HAAVIO, HEIKKI MURTOMAA, KIRSI PELTOLA-HAAVISTO, JORMA SUNI & JUHANI SOLANTAUS

#### *Tausta*

Mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuollon järjestelyistä ja suun terveydentilasta tiedetään Suomessa vähän eikä aihepiiristä ole annettu suosituksia. Kansainvälisten raporttien mukaan mielenterveyspotilaat saavat tai käyttävät suunhoitopalveluja vähemmän kuin väestö keskimäärin ja heidän suun terveystensä on huonompi ja suun hygienian tasonsa heikompi kuin väestöllä keskimäärin.

#### *Tavoitteet*

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Vantaan, Keravan ja HYKS-sairaanhoitoalueen rahoittaman Suun terveydenhuolto Sateenvarjo -hankkeen päätavoitteena on

- kehittää mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuoltoa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa Vantaalla ja Keravalla.

Hankkeen alatavoitteina on

- tuottaa uutta tietoa mielenterveyspotilaiden suun terveydestä ja kehitettävien uusien käytäntöjen vaikuttavuudesta.
- rakentaa lähetekäytäntö mielenterveyspotilaita hoitavien yksiköiden ja kunnallisen suunhoidon välille.
- lisätä henkilökunnan, potilaiden ja omaisten tietoa suun terveydestä.
- mallintaa mielenterveyspotilaita hoitavien yksiköiden käytössä olevien suuhygienistien toimenkuva.

#### *Menetelmät*

Systemaattisen kartoituksen avulla selvitetään, missä määrin mielenterveyspotilaat käyttävät palveluja, mitä ongelmia palveluun hakeutumisessa on ja mitä erityiskysymyksiä mielenterveyspotilaiden suun terveyden edistämisessä on otettava huomioon. Suun hoitoon laaditaan lähetepohja, testataan sen käytettävyys ja ohjeistetaan käyttö. Kliinisellä tutkimuksella kartoitetaan nuorten mielenterveyspotilaiden suun terveydentilaa. Interventiotutkimuksen avulla kartoitetaan henkilökunnan suun terveyteen liittyvät tiedot, taidot ja asenteet, laaditaan tulosten pohjalta koulutusohjelma ja testataan sen vaikuttavuus. Yhdessä palvelujen käyttäjien kanssa laaditaan mielenterveyspotilaiden suun terveyttä koskeva opas. Lisäksi pilotoidaan malli, jossa suuhygienisti käy säännöllisesti mielenterveyspotilaiden hoitopaikoissa kouluttamassa, konsultoimassa ja hoitamassa potilaita.

## *Odottetut tulokset*

Hanke tuo esille mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuollon ongelmakohtat ja kehittää niihin ratkaisuja. Hanke edistää mielenterveyspotilaiden suun terveyttä parantamalla hoitoon ohjautumista, lisäämällä potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja sekä tuottamalla uutta tietoa aiheesta.

### **Yhteystiedot**

[www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti](http://www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti)

## KUN LÄHEISEN JUOMINEN AHDISTAA, AL-ANON ON TUKENASI

### AL-ANON

*”Take home message”*

*Al-Anonissa on jo yli puolen vuosisadan ajan ymmärretty, että vertaistuki on parasta hoitoa läheisen juomisesta kärsivälle ihmiselle.*

Alkoholistin perheenjäsenet elävät usein kovan henkisen paineen alla. Heidän kärsimyksensä ilmentyvät pääosin masentuneisuutena, unettomuutena, ärtyvyytenä, jopa erikoisena käytöksensä.

He ovat yksinäisiä ja pelokkaita, ja he unohtavat usein omasta itsestään huolehtimisen. Niinpä monet heistä joutuvat tukeutumaan lääkäri- ja mielenterveyspalveluihin. Onkin sanottu, että alkoholiperheen ongelma näkyy usein selvimmin juuri läheisten käytöksessä.

Al-Anonissa on jo yli 50 vuoden ajan ymmärretty, että vertaistuki on parhaita tapoja auttaa läheisen alkoholiongelmista kärsiviä ihmisiä. Nykyään ryhmiä on noin 24 000, 115 eri maassa. Suomessa on noin 140 Al-Anon -ryhmää sadalla eri paikkakunnalla.

Ryhmät kokoontuvat kerran viikossa. Kokous alkaa Al-Anon -ohjelmaan tai -kirjallisuuteen perustuvalla alustuksella. Sen pohjalta osallistujat käyttävät vuorotellen oman puheenvuoronsa. Muut kuuntelevat, mutta eivät kommentoi eivätkä ota esitettyyn kantaa. Periaate on: ”Ota mitä haluat ja jätä loput.” Näin jokaisella on mahdollisuus oppia toisten puheenvuoroista omalla tavallaan ja omassa tahdissaan ja ottaa sen, minkä tarvitsee ja kokee itselleen sopivaksi.

Al-Anon -ryhmään on helppo tulla. Ryhmiin ei tarvitse ilmoittautua. Ne toimivat nimettömyysperiaatteella ja luottamuksellisesti. Kävijöitä ei rekisteröidä.

Al-Anonissa keskitytään omiin tarpeisiin ja toiveisiin ja annetaan alkoholistin itse päättää, mitä hän elämältään haluaa. Näin alkoholistin läheisistä tulee oman elämänsä subjekteja, kun he tähän asti ovat jättäytyneet olosuhteiden uhrin osaan ja tunteneet olevansa elämässään epäonnistuneita. Alkoholistia ei siis yritetä raitistaa. Toki niin usein käy, kun läheinen oppii pitämään näppinsä irti alkoholistin asioista ja antaa tämän kokea juomisen seuraukset kaikessa kaameudessaan.

Al-Anon -ryhmässä toipuessaan läheisten itsetunto kohenee ja he oppivat ilmaisemaan ajatuksiaan ja tunteitaan. He oppivat toimimaan ryhmässä jäsenenä, puheenjohtajana, rahastonhoitajana ja muissa vaativissa palvelutehtävissä. Aikaa myöten he uskaltavat puhua valtakunnallisissa Al-Anonin ja AA:n kokouksissa satapäisen yleisön edessä ja ottaa vastuuta koko yhteisön asioista. Näitä taitoja he osaavat myöhemmin käyttää Al-Anonin ulkopuolellakin koko yhteiskunnan hyödyksi.

#### **Yhteystiedot**

Al-Anon keskuspalvelu, al-anon@al-anon.fi

Temppelikatu 10B, 11100 RIIHIMÄKI

Puh. (019) 739 679 klo10–15,

www.al-anon.fi



## OULUN KRIISIKESKUKSEN TOIMINTAMALLI

SIRKKA VIITALA

Oulun kriisikeskus on kehittänyt matalan kynnyksen kriisiapumallin. Kriisikeskuksen toiminnan tarkoituksena on edistää kriiseistä selviytymistä yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla. Tämä toiminta on seutukunnallista palvelua. Oulun Kriisikeskuksen on perustanut Oulun seudun Mielenterveysseura ry. Kriisikeskustoimintaa tukevat Raha-automaattiyhdistys ry ja Oulun kaupunki.

Kriisikeskus on auki ma–pe klo 10–18 (muina aikoina sopimuksen mukaan).

Kriisikeskuksen työntekijät ovat sosiaali- ja terveystieteiden ammattihenkilöitä, joilla on lisäksi kriisiityön koulutusta. Työntekijät toimivat moniammatillisesti vastaten ihmisten kriisiavun tarpeisiin ja tilanteisiin. Teoreettisia tietoja ja metodeja (mm jälkipuinti, emdr) yhdistetään inhimilliseen välittämiseen. Suurimmat asiakasryhmät ovat parisuhdekriisissä olevat henkilöt ja pariskunnat sekä erilaisiin traumatilanteisiin joutuneet henkilöt, perheet ja yhteisöt.

Kriisiityö on psykososiaalista tukea, mielenterveyden edistämistä, varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä estäen vakavampien ongelmien syntymistä ja vähentäen esim. masennuksen ja muun sairastumisen riskiä traumaattisissa tilanteissa ja elämänsä kriiseissä. Keskeisiä arvolähtökohtia ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, yhdenvertaisuus, riippumattomuus ja kuuleminen. Asiakastyössä toimitaan voimavaroja tunnistaen ja tukien.

Kriisiityössä korostuvat periaatteina asiakaslähtöisyys (asiakas määrittää kriisin ja avun tarpeensa), vaitiolovelvollisuus, matala kynnyks, maksuttomuus, nimettömyys (asiakasrekisteriä ei pidetä), nopea ja joustava apu, 1-5 tapaamista, arviointi ja tarvittaessa ohjaus julkisiin palveluihin sekä vapaaehtoistyö (tukihenkilötoiminta). Toimintamuotoina ovat puhelinauttaminen, yksilö-, pari- ja perhetapaamiset kriisikeskuksessa, kotikäynnit, ryhmätoiminta, työyhteisöjen työnohjaus, verkosto- ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa sekä työharjoittelupaikan tarjoaminen sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoille.

Oulun kriisikeskus oli kriisiityön kokeilu- ja kehittämishanke 2004–2006. Toiminta jatkuu ja mallia kehitetään edelleen. Hankkeesta on tehty opinnäytetyöt (Diakonia-amk) 2006, asiakkaiden kirjallisista palautteista ”Suunnaton apu – asiakkaiden kokemuksia Oulun kriisikeskuksen toiminnasta” ja nettikyselytutkimus julkisen sektorin yhteistyökumppaneille ”Oulun kriisikeskuksen palvelujen ja yhteistyön kehittäminen” sekä Kemi-Tornio amk:n opinnäytetyö 2006, nuorten asiakkaiden haastattelu ”Nuorten kokemat kriisit ja matalan kynnyksen kriisikeskus”.

### **Yhteystiedot**

Oulun kriisikeskus  
Tuirantie 1, 90500 Oulu  
Puh. (08) 312 0611  
Sirkka Viitala, sirkka.viitala@oulunkriisikeskus.suomi.net  
Puh. 044 369 0966

## DEPRESSIOHOITAJAN TYÖ TULOKSELLISTA TERVEYSKESKUKSESSA

JYRKI TUULARI & ESA AROMAA

### Depression hoidon malli

Käypä hoito -suosituksen mukaan lieviä ja keskivaikeista depressio-oireista kärsivät ihmiset tulisi hoitaa pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa. Pohjalaiset masennustalkoot -hankkeen ([www.masennustalkoot.fi](http://www.masennustalkoot.fi)) aikana Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakunnissa kahdeksan depressiohoitajaa on aloittanut työnsä terveyskeskuksissa. Heillä kaikilla on psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus ja vankka työkokemus. Psykoterapeuttisena työorientaationaan he ovat käyttäneet interpersoonallista psykoterapiaa, johon he ovat saaneet 4-päiväisen koulutuksen ja siihen kuuluvan 24 tunnin työnohjauksen. Lisäksi heillä on ryhmätyönohjaus kerran kuukaudessa.

### *Pilottitutkimus Pohjanmaalla*

Pohjanmaan tutkimusaineiston keräsivät viisi alueella työskentelevää depressiohoitajaa osana normaalia vastaanotto toimintaansa. Lääkärit ohjasivat potilaat depressiohoitajien vastaanotoille vahvan masennusepäilyn vuoksi. Aineisto kerättiin aikavälillä lokakuu 2005 – joulukuu 2006. Aineiston koko oli 182 potilasta.

Depressiohoitajien Pohjanmaalla toteuttama interventio on lyhyt, depression akuutin hoidon vaiheeseen rajoittuva hoito, jonka ohjeellinen kesto on kolme kuukautta. Tällöin viikottaisia käyntejä kertyy maksimissaan kaksitoista. Tavoitteena on 1–2 seurantakäyntiä myös omalääkärillä hoidon aikana. Tarvittava psykiatrin konsultaatio järjestyy alueen psykiatriselta poliklinikalta.

Masennusoireita mitattiin Beckin depressioasteikolla (BDI) ja toimintakykyä arvioitiin DSM-IV:ään sisältyvällä SOFAS-asteikolla hoidon alussa ja lopussa sekä 3–6 kuukauden kuluessa hoidon loppumisesta seurantakäynnillä. Otoksemme alkumittauksen BDI-keskiarvo oli 20.1 ja loppumittauksen keskiarvo 10.95 (n = 126). Muutos oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. BDI:n alku-, loppu- ja seurantamittaus oli käytettävissä 68 henkilöllä. Keskiarvot näissä kolmessa mittauksessa olivat: 20.46, 10.66 ja 7.21. Alku- ja loppupistemäärien tilastollinen ero oli erittäin merkitsevä, samoin loppu- ja seurantamittauksen.

SOFAS-keskiarvo oli hoidon alussa 6.44 ja hoidon lopussa 7.77 (n = 108). Toimintakyvyn paraneminen oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Henkilöitä, joilla oli SOFAS-arvio hoidon alussa, lopussa ja seurannassa oli kaiken kaikkiaan 53. SOFAS-keskiarvot olivat: 6.68, 7.94 ja 8.61. Toimintakyvyn muutos hoidon alun ja lopun välillä, aivan kuten toimintakyvyn muutos lopun ja seurantakäynnin välillä, olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä.

Tutkimuksemme perusteella depressiohoitaja-mallimme käytännön toteutus toimii pohjalaisessa terveyskeskusarjessa. Hoito kohdistuu useimmiten ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuviin ja käynnistyy ilman viivettä. Potilaista 80 prosentilla hoito sisältää kaksi vaikuttavaksi osoitettua elementtiä: hyvän hoitosuhteen ja lääkityksen.

### *Tehoa ja tyytyväisyyttä*

Depressiohoitajien työ on kustannustehokasta. Lyhytterapia vähentää depressio-oireita ja lisää toimintakykyä merkittävästi. Suotuisa kehitys jatkuu viimeisen terapiaistunnon ja seurantakäynnin välillä. Potilaat ovat hyvin tyytyväisiä toimintamalliin. Depressiohoitajamalli voidaan organisoida terveyskeskuksiin ja työterveysasemille hoidon porrastusta ja työnjakoa tarkentamalla. Hyvä alku olisi yksi hoitaja 20 000 väestöpohjalle.

#### **Yhteystiedot:**

[jyrki.tuulari@epshp.fi](mailto:jyrki.tuulari@epshp.fi)

[esa.aromaa@vshp.fi](mailto:esa.aromaa@vshp.fi)

## SELVIITYMIS- JA STRESSINHALLINTAKURSSIT NUORILLE

RIITTA PELKONEN, MARIA VUORILEHTO, TARJA MELARTIN & LAURI KUOSMANEN

Suomessa perusopetuksen vuosiluokilla 7–9 opiskelee vuonna 2006 yhteensä 194 000 nuorta. Lukion ensimmäisen vuoden opiskelun aloittaa 36 000 opiskelijaa. On arvioitu, että nuorista 15–25 prosenttia kärsii sellaisesta mielenterveyteen liittyvästä oireilusta, että he hyötyisivät hoidosta. Eri-tyisesti nuoruusikäisten depressio on kasvava kansanterveydellinen ongelma. Tällä hetkellä nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon ei monilla paikkakunnilla pysty vastaamaan lisääntyneeseen hoidon tarpeeseen. Tilanne on haasteellinen myös perusterveydenhuollon ja koulujärjestelmän näkökulmasta. Masennusoireet ja sille altistavat tekijät olisi tunnistettava nykyistä varhemmin ja olisi luotava uusia masennuksen hoitointerventioita ja uudenlaisia toimintamalleja.

Sateenvarjo-projektin nuorille suunnatussa Martsari-hankkeessa yhtenä työmuotona kokeillaan masennuksen ennaltaehkäisyyn kehitettyä Stressinhallintakurssi-menetelmää. Kohderyhmänä ovat ne yläaste- ja lukioikäiset nuoret, joilla havaitaan masennukseen sairastumisen riski. Kahdeksannen luokan terveystarkastuksessa kaikki nuoret täyttävät BDI-13 -masennusoirekyselyn. Jos kyselyn pistemäärä on viisi pistettä tai enemmän eikä nuori täytä poissulkukriteerejä (akuutti itsetuhoisuus tai psykoottinen oireilu, vakava päihdeongelma), kouluterveydenhoitaja suosittelee stressinhallintakurssia.

Nuorille, joille kurssia on suositeltu, järjestetään kurssi-informaatiotilaisuus, jossa selvitetään nuoren kiinnostus, kerrotaan kurssista, kartoitetaan mahdolliset esteet ja sovitaan aikatauluista. Vanhempia informoidaan kirjallisesti. Yhdelle kurssille valitaan 5–6 oppilasta, tyttöjä ja poikia, ja se kokoontuu viikoittain kahdeksan viikon ajan. Jokainen istunto kestää 90 minuuttia. Kurssin ohjaa kouluterveydenhoitaja ja Sateenvarjo-projektin projektityöntekijä. Menetelmä on erittäin strukturoitu, joten ohjaajan on tunnettava kurssin sisältö hyvin. Kurssi etenee alkututustumisen ja jokaiselle tapaamiselle sovitujen teemojen kautta. Jokaiselle nuorelle rakennetaan oma stressinhallinnan selviytymisstrategia eli ”pelastautumissuunnitelma”. Kahdeksan istunnon jälkeen siirrytään tapaamisiin kerran kuukaudessa puolen vuoden ajaksi. Näillä tapaamisilla mahdollisia yksilöllisiä ongelma-alueita voidaan vielä kerrata. Kurssin alussa ja lopussa sekä 1/2 ja 1 vuotta kurssin päättymisestä teetetään BDI-13, BAI (ahdistusoirekysely) ja DSQ (toimintatapakysely).

Tällä kokeilulla halutaan testata erityisesti nuorille suunnattua ja masennuksen ennaltaehkäisyyn tarkoitettua ryhmäinterventioita. Toiminnan tavoitteena on löytää menetelmä, jolla masennusriskissä oleva nuori huomioitaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tämä on tärkeää, koska on selvästi osoitettu, että mitä varhemmin masennuksen hoito voidaan aloittaa, sen parempi on paranemisennuste. Kokeilussa saadaan arvokasta tietoa myös siitä, miten nuorisopsykiatrisen osaamisen tuominen osaksi koulun arkipäivää onnistuu.

### Yhteystiedot

[www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti](http://www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti)

## SANASTA MIESTÄ

JUSSI PULLI

### *Miesten keskus*

Ensi- ja turvakotien liiton Miesten keskus kehittää miesten ja perheiden psykososiaalista auttamista yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Osallistuu alan tutkimukseen ja tuottaa tietoa. Kouluttaa alan työntekijöitä ja opiskelijoita. Nostaa esiin ilmiöitä ja vaikuttaa yhteiskunnassa. Tekee asiakastyötä.

### *Kohderyhmä*

Miesten keskus on tarkoitettu miehille erilaisissa elämäntilannekriiseissä. Tulositynä palveluun ovat korostuneet avioeroon, parisuhteeseen, isyyteen ja väkivaltaan liittyvät kriisitilanteet. Iältään asiakkaat ovat suurimmaksi osaksi 26–49-vuotiaita.

### *Miehen kriisi koskettaa koko perhettä*

Miesten kriisit ovat koko perheen kriisejä, sillä selvä enemmistö apua hakeneista on perheellisiä. Vaikeimpiin kriisitilanteisiin on haettu apua muistakin palvelupaikoista, joista tavallisimpia ovat avopsykiatrian tahot, sosiaalitoimi, perhetyön palveluyksiköt, perusterveydenhuolto ja kriisiapu. Ongelmallisissa perhetilanteissa miesten kriisityö tukee selvästi koko perheen selviytymistä ja ongelmanratkaisua osin ehkäisevässä, mutta myös korjaavassa mielessä.

Toistuvat kriisit lisäävät miehen epätoivoisuutta ja niillä on pitkittyessään taipumus muuttua ja altistaa mielenterveydellisiin ongelmiin. Masennusoireiston vaikutus mieheen sekä läheisiin saa aikaan monenlaisia ongelmaryppäitä ja pahimmillaan johtavat itsetuhoon.

Miesten keskuksen tutkitun tiedon perusteella lyhyillä interventioilla on mahdollista saavuttaa mielenterveyttä tukevia ja ennaltaehkäiseviä vaikutuksia. Miehet kokevat lukkiutuneiden tilanteiden avautuvan, tilanteen helpottavan sekä auttavan keskustelun antaneen lisää ongelmanratkaisumalleja omaan selviytymiseen. Ikäjakauma kertoo siitä, että parisuhdekriisit ovat yleisimpiä 26–35-vuotiaiden ikäluokassa ja eron jälkeiset kriisit painottuvat 36–49-vuotiaiden ikäluokassa. Matalan kynnyksen ja oikea-aikaisen avun saannin merkitys on korostunut miesten turvautumisessa ammattiapuun. Mahdollisuus tulla miehenä yksilönä, vanhempana ja avo- tai aviopuolisona keskustelemaan luottamuksellisesti ulkopuolisen kanssa omista tunteista ja kokemuksista on todettu miehille merkitykselliseksi.

### **Yhteystiedot**

Miesten keskus

Asemamiehenkatu 4B, 7.krs, 00520 Helsinki

Puh. (09) 61293750

[www.miestenkeskus.fi](http://www.miestenkeskus.fi)

## MIELI MYLLERTÄÄ -PROJEKTI 2005–2008

VIRPI HONGISTO, AILA KANTOJÄRVI & ANNE REPO

### *Projektityön taustaa*

Mielenterveystyön pirstaloituminen näkyy kehitysvammaisten ja heidän perheidensä arjessa. Projektityöhön liittyvän esiselvityksen mukaan mielenterveyteen liittyvää tukea on vaikea saada. Perheiden saama tuki ja hoitomuodot ovat sattumanvaraisia eikä kukaan vastaa kokonaisuudesta.

Myös kehitysvammaisten ihmisten parissa työskentelevät työntekijät tarvitsevat työssään enemmän tukea. Joissakin kunnissa kehitysvamma palvelujen henkilöstöllä ei ollut kertomansa mukaan juuri lainkaan mielenterveysalan koulutusta. Koulutuksen puuttumisesta huolimatta suurin osa mielenterveyden tukemiseen liittyvästä työstä jää päivittäiseen arkeen. Ohjaajilta vaaditaan ja odotetaan mielenterveysalan tietoa ja osaamista. Valmiuksia heikentää myös säännöllisen yhteydenpidon ja konsultoivan työtavan vähäisyys mielenterveyspalvelujen ja kehitysvammahuollon kesken.

### *Projektin tavoitteet ja toimintamuodot*

Kehitysvammaisten Tukiliiton hallinnoiman ja Ray:n rahoittaman Mieli myllertää -projektin tarkoituksena on tukea aikuisikäisiä kehitysvammaisia henkilöitä, joilla on mielenterveyteen liittyvää tuen tarvetta sekä heidän perheitään ja lähiyhteisöään. Projektitoimintaa on yhteensä viidellä eri paikkakunnalla.

Projektiin sisältyy neljä eri toimintamuotoa, jotka kaikki ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Kuntoutuskurssitoiminnan tarkoituksena on kehittää kehitysvammaisille henkilöille soveltuvia toiminnallisia mielenterveyskuntoutuksen menetelmiä. Kuntoutuskurssien yhteydessä tarjotaan aina myös vanhemmille tai kurssilaisten lähihenkilöille mahdollisuus tutustua kurssityöhön, toiminnan tavoitteisiin ja tuloksiin sekä tuoda esiin omia näkemyksiään. Verkostotyön tarkoituksena on tukea paikallisten yhteistyöverkostojen kehittymistä ja jakaa työntekijöille tietoa kehitysvammaisten mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä. Tukihenkilötoiminnan avulla pyritään laajentamaan kehitysvammaisten ihmisten sosiaalisia suhteita. Projektiin liittyvässä tutkimuksessa tarkastellaan projektissa mukana olevien kehitysvammaisten henkilöiden omia kokemuksia ja käsityksiä tilanteestaan ja tuen tarpeesta. Tutkimusaineisto pohjautuu kurssilaisten kerrontaan.

Projektissa on meneillään viimeinen toimintavuosi. Vuoden 2008 aikana raportoidaan työn ja tutkimuksen tuloksista sekä järjestetään koulutustilaisuuksia eri puolilla Suomea.

#### **Yhteystiedot:**

Virpi Hongisto, Aila Kantojärvi ja Anne Repo, etunimi.sukunimi@kvtl.fi

Kehitysvammaisten Tukiliitto

Pinninkatu 51, 33100 Tampere

www.kvtl.fi

Puh. (03) 230 3111

## Kuntoutus Rehabilitering

### DEPRESSIOKUNTOUTUKSEN ALUEELLINEN YHTEISTYÖ

MERJA KURKI

#### Johdanto

Kuntoutushankkeen tavoitteena oli tukea työikäisten masennuspotilaiden arkielämästä selviytymistä ja työhön palaamista. Lisäksi hankkeen tavoitteena oli luoda yhteistyömalli, jossa avoterveydenhuollon rinnalle tuodaan kuntoutumiskeskuksen asiantuntijuutta ja toimintamuotoja.

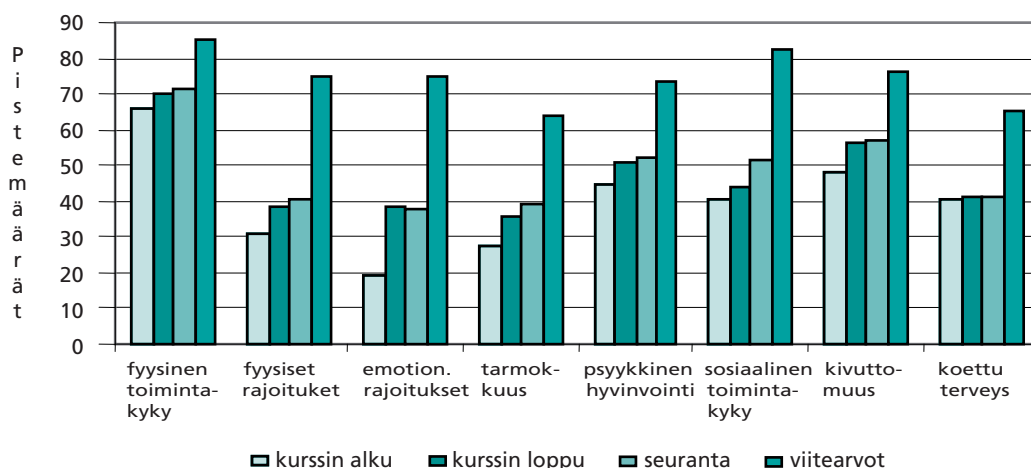
Hanke toteutettiin Kelan, Jorvin ja Lohjan sairaalan psykiatrian poliklinikoiden sekä Siuntion Hyvinvointikeskuksen yhteistyönä vuosina 2004–2007. Kohderyhmänä olivat Jorvin ja Lohjan sairaaloiden psykiatrian poliklinikoiden työikäiset 25–55-vuotiaat depressiopotilaat.

#### Menetelmät

Kurssit toteutettiin kahdeksan hengen ryhmäkuntoutuksena. Kursseille osallistui 62 henkilöä. Kuntoutusprosessin kesto oli vuoden pituinen jaksottuen kuuteen avohoidon ryhmätapaamiseen ja neljään kuntoutuskeskusjaksoon. Kurssin ohjaus toteutettiin psykoterapeutin ja kehoterapioihin perehtyneen fysioterapeutin parityöskentelynä, jossa käytettiin rinnakkain ja kokonaisvaltaisesti oman kehon ja mielen toiminnan havainnointia ja uusien toimintamallein harjoittelua.

#### Tulokset

Kurssilaiset vastasivat kyselyihin kurssin alussa ja lopussa sekä puoli vuotta kurssin päättymisestä. Kurssilaiset arvioivat depression oirekuvaa Beckin depressioasteikolla, DAS-asteikolla (minäskema) sekä Rand-36 (terveyteen liittyvän elämänlaadun) -mittarilla. Arviot parantuivat Beck- ja DAS-mittareissa kuntoutuksen aikana, mutta palautuivat lähelle lähtötasoa seurannassa.



KUVIO. Terveeseen liittyvä elämänlaatu

Kurssilaisten arviot olivat kaikilla terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueilla muuta väestöä huomattavasti matalammat kaikissa mittauksissa. Arviot paranivat kuntoutusprosessissa ja seurannassa.

### *Johtopäätökset*

Alueellinen yhteistyö mahdollistaa uudenlaisen kehittämisen, jossa voitaisiin porrastaa depression hoitoa. Tällöin huomioitaisiin varhaisen vaiheen ja pidempään sairastaneiden erilaiset tavoitteet, tarpeet ja mahdollisuudet. Kokeiluhankkeessa rakennettiin uudenlaista yhteistyötä, opittiin uusia menetelmiä ja erityisesti ryhmämuotoisen kuntoutuksen mahdollisuudet todettiin lupaaviksi. Ryhmäkuntoutus kuntoutuskeskuksessa nähtiin hyvänä tukena avohoidon rinnalla.

#### **Yhteystiedot**

Merja Kurki, merja.kurki@siuntionhyvinvointikeskus.fi

# VUOROKUUNTELUOHJAUS ASIAKKAAN OHJAUKSEN LAATUTEKIJÄNÄ

EIJA MATTILA

## *Mitä vuorokuunteluohjaus on?*

Vuorokuunteluohjaus on ohjaajan taitoa kutsua ohjattava dialogiseen yhteyteen ohjausvuorovai-  
kutuksessa. Aidon yhteyden saaminen toiseen ihmiseen edellyttää ohjaajalta responsiivisuutta eli  
vastaanottamisen herkkyyttä, kykyä tarttua ohjattavan ydinsanomaan eli ns. ”kuumaan puheeseen”.  
Responsiivisuus tekee kuuntelemisesta tutkivaa. Se saa tiedustelemaan. Ohjattava voi kokea, että  
hän on saanut kutsun jakaa omaa asiantuntijuuttaan.

Responsiivisuus kehittää uutta yhteistä ymmärrystä progressiivisena diskurssina, jolloin  
vuorovaikutuksessa kuunnellaan ”todellisuksia” arkiajattelua syvemmällä tasolla. Siinä kuullaan  
enemmän kuin pelkkää puhetta tavanomaisessa keskustelussa. Sisäinen vastuuntunne ja varauk-  
seton kunnioitus puhujan ja kuuntelijan välillä vahvistuvat. (mukaellen Aarnio & Enqvist 2001  
ja Aarnio, Enqvist & Helenius 2002.)

## *Miksi vuorokuunteluohjausta?*

Vuorokuunteluohjauksen tarve liittyy yhteiskunnan monimutkaistumiseen ja fragmentoitumiseen,  
kohtaamisten strukturoitumiseen, teknistymiseen ja nopeutumiseen sekä merkitysten hämär-  
tymiseen. Työelämässä kommunikoidaan usein käsittein ja viestitään erilaisin kirjainlyhentein.  
Asiakkaiden huolenaiheiden tai avuntarpeiden yhteyksiä eri tekijöihin ei ehditä selvittää. Näiden  
vastapainoksi halutaan rakentaa siltoja, eheyttää ja toimia yhdessä (Arnkil 2006).

Vuorokuunteluohjauksen tarkoitus on havahduttaa ihmiset kehittymään kuuntelemisen  
taidossa siitäkin huolimatta, että moni sanoo olevansa hyvä kuuntelija. Ajan, huomion ja kun-  
nioituksen antaminen kesyttää kiireen ja vie yksilön suorituskeskeisyydestä hänen kykyjensä  
löytämiseen. Yhdellä aidolla kuuntelemisella vuorokuunteluohjauksessa varmistetaan asiakkaan  
laadukas ohjaus ja säästetään henkilökunnan työaikaa asiakaspalvelun suunnitteluun ja arviointiin.  
Osallistava ja kuunteleva ohjaus mahdollistaa sosiaalisten valmiuksien kehittymisen, parantaa  
ihmisten selviytymiskykyä, vähentää kiusaamista, ahdistuneisuutta ja masennusoireita sekä näin  
edistää yhteisöjen hyvinvointia ja perustehtävää (Euroopan yhteisöjen komissio 2005).

Vuorokuunteluohjaus mahdollistaa muutoksen suoritustyöstä kykyjen löytämiseen, muu-  
toksen yhden asiantuntijan työstä jaettuun asiantuntijuuteen sekä asiakkaan ja asiantuntijan  
ohjaussuhteen kääntymisen asiakkaan eduksi.

## **Lähteet**

- Aarnio, H. & Enqvist, J. (2001). Dialoginen oppiminen verkossa – DIANA-malli ammatillisen osaamisen rakentamiseen.  
Kehittyvä koulutus 2/2001. Opetushallitus.
- Aarnio, H., Enqvist, J. & Helenius, M. (toim.) (2002). Verkkopedagogiikan kehittäminen ammatillisessa koulutuksessa ja  
työssäoppimisessa: DIANA-toimintamalli. Opetushallitus, 45.
- Arnkil, R. (2006). Tulevaisuusdialogi ja dialogin tulevaisuus. *Aikuiskasvatus* 2 (26), 104–114.
- Euroopan yhteisöjen komissio (2005). Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin  
mielenterveysstrategia. Bryssel 14.10.2005, KOM (2005) 484 lopullinen. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/  
life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

## **Yhteystiedot**

Eija Mattila, eija.mattila@laurea.fi  
Laurea-ammattikorkeakoulu, Hyvinkään toimipiste  
Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää



## OHJAAVA KUNTOUTUS

EIJA MATTILA

### *Mitä ohjaava kuntoutus on?*

Ohjaava kuntoutus on mielenterveyskuntoutusta. Ohjaavalla kuntoutuksella tarkoitetaan kokemusperäiseen ohjaukseen (counselling) perustuvaa, asiakkaan kuntoutumista tukevaa ja edistävää, sosiaalista ja kommunikatiivista toimintaa. Kuntoutumisen ohjaaja on asiakkaan kumppani, joka tuntee eettistä vastuuta asiakkaastaan, mielen kuntoutujasta. Hän kuuntelee omaa ohjaajan rooliaan suhteessa kuntoutujan rooliin ja elämäntilanteeseen. Kyky kuunnella ohjattavaa edellyttää ohjaajalta kykyä itsen kuuntelemiseen eri tilanteissa. Ohjaaja luottaa kuntoutujan asiantuntemukseen ja kehittymiseen. Hän tekee ohjauksellisia interventioita tunnistaakseen ja hyödyntääkseen mielen kuntoutujan voimavaroja ja osoittaakseen hänen oppimistaan. Hän auttaa kuntoutujaa vahvistumaan ja voimaantumaa. Kokemusperäisen ohjauksen ja kokemustiedon myötä kuntoutumisen ohjaaja myös itse kasvaa ja kehittyy.

### *Mielen kuntoutuja*

Mielen kuntoutuja edustaa asiakasryhmää, joka on joko pitkän laitoshoidon seurauksena kasvanut riippuvaiseksi (laitostuminen) erilaisista hoito- ja kuntoutusjärjestelmistä tai joka avohoidon tuen turvin etsii suhteellisen itsenäisesti ratkaisuja kuntoutumiseensa. Mielen kuntoutuja voi myös olla nuori, joka kykenee kasvamaan ja kehittymään aikuisen asiantuntijan ohjauksessa. Mielen kuntoutuja viittaa mielen sisältöön, kokemukselliseen kokonaisuuteen, jossa tietoiset ja tiedostamattomat motiivit ovat läsnä (Jackson & Rey 1998).

### *Miksi ohjaavaa kuntoutusta?*

Kuntoutuksen filosofiassa on kysymys siitä, millaisia voimavaroja ja kykyjä mielen kuntoutujilla nähdään olevan ja miten he voivat osallistua oman kuntoutumisensa edistämiseen. Mielen kuntoutuja ei ole opettamisen kohde vaan yhteistyökumppani, jonka inhimillinen perusoikeus on kommunikoida ympäristönsä kanssa ja oppia kokemuksilleen antamiensa merkitysten kautta.

### *Ohjaajan rooli ohjaavassa kuntoutuksessa*

Kuntoutuja tarvitsee konkreettisesti ja ajoittain toisen ihmisen lähelleen – hyvän mallin elämän nautiskelijasta, kannustajan, tukijan, sijaisen ja opettajan. Hän tarvitsee sellaisen kanssakulkijan ja yhdessä toimijan, joka antaa aikaa, huomiota ja kunnioitusta, jakaa ja ottaa vastuuta – ei siis vain sokeasti luota ja anna vastuuta. Ohjaaja osaa valita mielen kuntoutujan tilanteisiin sopivan ohjaustavan, ohjata opettaen ja neuvoen (guidance), kontrolloiden ja valvoen (supervision) tai kuunnellen mielen kuntoutujan tarinaa ja merkityksiä (counselling) tavoitteena ymmärtämisyhteyden rakentuminen. Mitä enemmän kuntoutujalta odotetaan itsenäistä selviytymistä, sitä enemmän hänelle tulee mahdollistaa ajatusten ja kokemusten jakaminen.

## Lähteet

Jackson, F. & Rey, G. (1998). Philosophy of Mind. In Craig, E. (General Editor). Routledge Encyclopedia of Philosophy. London: Routledge.

Mattila, E. (2002). Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveyshoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Väitöstyö. Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 179, Helsinki.

## Yhteystiedot

Eija Mattila, eija.mattila@laurea.fi  
 Laurea-ammattikorkeakoulu, Hyvinkään toimipiste  
 Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää

## TUKEA VARHAISEEN VANHEMMUUTEEN JA LAPSUUTEEN ADHD-PERHEISSÄ

LIISA LAHERMAA

*Vanhemmaksi tulo on suuri muutos kenelle tahansa aikuiselle. Erityisesti se on muutos henkilölle, jolla on ADHD. Vanhempana olo edellyttää johdonmukaisuutta, rutiineja sekä arjenhallintaa. Enää ei tarvitse huolehtia vain omasta itsestä ja siitä kuinka hallita omaa arkielämää. Vastuuna on myös oman lapsen hyvinvointi ja huolenpito.*

ADHD-liitossa on keväällä 2007 alkanut Voimaa varhaiseen vanhemmuuteen ja lapsuuteen ADHD-perheissä -projekti. Projektin rahoittaa Raha-automaattiyhdistys ry.

**Kohderyhmänä** ovat vanhemmat, joista ainakin toisella on diagnosoitu ADHD, ja jotka odottavat tällä hetkellä lasta tai ovat tulleet vanhemmaksi viimeisen kuuden vuoden sisällä.

**Tavoitteena** on tehdä lapsen tarpeet näkyviksi perheessä ja tukea vanhemmuutta sekä auttaa vanhempia kehittämään ja vakiinnuttamaan lapsen kannalta tärkeitä arjen rutiineja. Vanhemmille tarjoutuu mahdollisuus saada tukihenkilöltä apua ja tukea elämän myrskyihin ja myötätuuleen. Tukihenkilöiden tuella vanhemmat voimaantuvat uudessa elämäntilanteessa. Jokaisen perheen kohdalla tukihenkilötoiminnan tavoitteet mietitään erikseen.

**Tukihenkilöiltä** ei vaadita aiempaa kokemusta. Heidät valikoidaan kuitenkin huolella edellyttäen kykyä riittävän tuen antamiseen. Projektin tukihenkilöt koulutetaan Suomen Mielenterveysseuran ja ADHD-liiton yhdessä laatiman tukihenkilömallin mukaisesti. Projekti alkaa kolmella ADHD-liiton jäsenyhdistyksen toiminta-alueella: Pääkaupunkiseudun ADHD-yhdistys ry, DyMa ry eli Turun seudun Dysfasia-, MBD- ja Autismiyhdistys ry sekä Pirkanmaan ADHD-yhdistys ry. Tarkoituksena on myöhemmin laajentaa ADHD-perheiden tukihenkilötoimintaa myös muille alueille liiton jäsenyhdistyksiin.

Ensimmäisten tukihenkilöiden koulutus alkaa 2008 pääkaupunkiseudulla. Vuonna 2009 koulutetaan ADHD-perheille tukihenkilöitä Tampereella ja Turussa. Projektin tavoitteena on myös lisätä ammattihenkilöstön, erityisesti äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilöstön, ADHD-tietämystä.

**Päämääränä** on myös luoda ja vakiinnuttaa ADHD-liiton paikallisyhdistystasolla toimiva vapaaehtoisuuteen perustuva tukihenkilöverkosto ADHD-perheiden tueksi.

**Projektin ohjausryhmän** puheenjohtaja on Suomen Mielenterveysseurasta järjestöjohtaja Sinikka Kaakkuriniemi ja jäsenet ovat Aivohalvaus- ja dysfasialiitosta/ Turun Nuorten talon ohjaaja Marianne Kulmala, Autismi- ja Aspergerliitosta projektipäällikkö Mirjami Hagman, Suomen AD/HD-Aikuiset ry:stä asiakasedustaja sekä ADHD-liitosta toiminnanjohtaja Virpi Dufva ja projektivastaava Liisa Lahermaa.

### Yhteystiedot

[www.adhd-liitto.fi](http://www.adhd-liitto.fi)

## MIELEN MUUTOS – IKÄIHMISTEN HYVINVOINNIN JA MIELEN- TERVEYDEN TUKEMINEN

MARJA SAARENHEIMO, ULLA ELONIEMI- SULKAVA, MINNA PIETILÄ, SONJA ARINEN,  
NIINA SAVIKKO & PIRJO JUHELA

Mielen Muutos -hankkeen pyrkimyksenä on edistää ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia kehittämällä ja tutkimalla vaikuttavia toimintamuotoja, jotka on mahdollista toteuttaa suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Keskeisenä toimintaperiaatteena on iäkkään ihmisen kohtaaminen kokonaisuutena, hänen toimijuutensa ja autonomiansa kunnioittaminen sekä hänen omien voimavarojensa ja terveiden puoliensa vahvistaminen. Tällainen lähestymistapa merkitsee mielenterveystyön näkemistä asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistyönä.

### Hankkeen tavoitteet

- Nostaa esiin ikäihmisten psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä sekä edistää myönteistä suhtautumista ikäihmisten psykososiaaliseen tukemiseen, hoitoon ja kuntoutukseen.
- Kehittää masennuksesta ja dementian psykologisista oireista kärsivien iäkkäiden ihmisten hyvinvointia tukevia asiakaslähtöisiä ja vaikuttavia toimintamalleja.
- Vahvistaa kolmannen sektorin ja julkisten palveluiden yhteistyötä iäkkäiden psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi.
- Edistää alan ammattilaisten osaamista.

### *Hankekokonaisuus*

Mielen Muutos koostuu kolmesta osahankkeesta, joista kaksi on Espoon kaupungin kanssa toteutettavia interventiotutkimuksia ja kolmannessa tarkastellaan vanhojen ihmisten mielen-terveydellisiin ongelmiin liittyviä julkisia ja asiantuntijakäsityksiä. Interventioiden teemat ovat dementian psykologiset ja käyttäytymiseen liittyvät oireet sekä ikäihmisten masennus. Ensin mainitussa tavoitteena on tukea pitkäaikaishoidon henkilökuntaa ymmärtämään ja kohtaamaan kokonaisvaltaisesti muistisairaiden henkilöiden ongelmallisia oireita ja löytämään yksilöllisiä tehokkaita toimintatapoja niiden ratkaisemiseen. Toisessa kehitetään räätälöityä psykososiaalista toimintamallia masennusoireista kärsivien ikäihmisten kanssa työskentelyyn. Molempiin interventioihin liittyy tieteellistä tutkimusta, jossa sovelletaan sekä kokeellisen tutkimuksen menetelmiä että laadullista analyysia.

### *Yhteistyö*

Hanke on luonteeltaan monitieteinen ja siinä työskentelee psykologian, terveys- ja hoitotieteiden, sosiologian, sosiaalipsykologian, lääketieteen, ravitsemustieteen, musiikin sekä fysioterapian asiantuntijoita. Pääasiallinen yhteistyökumppani on Espoon kaupunki. Espoon Vanhuspalvelut on nimennyt hankkeelle oman yhdyshenkilön. Teemme yhteistyötä myös muun muassa Sibelius-Akatemian Musiikki ja hyvinvointi -hankkeen kanssa.

### **Yhteystiedot:**

FT Marja Saarenheimo, marja.saarenheimo@vanhustyonkeskusliitto.fi

FT Ulla Eloniemi-Sulkava, ulla.eloniemi-sulkava@vanhustyonkeskusliitto.fi

Vanhustyön keskusliitto Ry, Malmin kauppatie 26, 00700 Helsinki

puh: (09) 3508600

www.vanhustyonkeskusliitto.fi

## *Koulutus ja muut hankkeet Utbildning och andra projekt*

### INFORMAATIOTEKNOLOGIAN KÄYTTÖ POTILASOPETUKSESSA

HELJÄ NENONEN, RAIJA KONTIO, RIITTA-LEENA RIMPILÄINEN, LAURI KUOSMANEN & MARITTA VÄLIMÄKI

Mielenterveysongelmat ovat tällä hetkellä yksi keskeisimmistä terveystaloudellisista haasteista Suomessa. Keskeistä on edistää mielenterveyskuntoutujien itsenäistä selviytymistä ja vastaavasti ennaltaehkäistä tietoyhteiskunnasta syrjäytymistä. Monet yhteiskunnan tarjoamat palvelut ovat jo nyt siirtyneet esimerkiksi Internetissä käytettäväksi. On tärkeää, että mielenterveyskuntoutujilla on riittävästi tietoa, taitoja ja motivaatiota uuden teknologian käyttöön.

Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen organisoiman ja Suomen Akatemian rahoittaman tutkimushankkeen tavoitteena on kehittää interaktiivinen portaali (Mieli.Net) mielenterveys-työhön, testata sen käyttömahdollisuudet mielenterveyspotilaiden itsenäisen selviytymisen tukemisessa sekä arvioida käytön kustannusvaikuttavuus potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kahdesta suomalaisesta psykiatrisesta sairaalasta, joista toinen on HUS/Hyvinkään sairaanhoitoalueen Kellokosken sairaala. Aineisto kerättiin vuosina 2005–2006 käyttäen randomoitua tutkimusasetelmaa. Sisäänottokriteerit täyttävät potilaat (n = 311) arvottiin sattumanvaraisesti kolmeen ryhmään: 1) interventio-ryhmä, jossa potilasopetuksessa hyödynnettiin tietoteknologiaa; 2) vertailuryhmä, jossa potilasopetuksessa hyödynnettiin kirjallisia oppaita; sekä 3) kontrolliryhmä, jossa toimittiin osastojen nykykäytäntöjen mukaisesti. Interventio- ja vertailuryhmässä potilaat osallistuivat viiteen opetussessioon. Tulostuloksina käsiteltiin mm. potilaan elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, tietotason ja potilastyytyväisyyttä. Lisäksi hankkeeseen sisältyy laaja henkilökunnan tietoa, taitoja ja asenteita selvittävä tutkimusosio.

Tutkimushankkeen tuloksia raportoidaan vuosien 2007–2008 aikana. Tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä terveydenhuollon resurssien kohdentamisessa kun informaatioteknologiaan perustuvia potilasopetusmenetelmiä otetaan käyttöön psykiatrisissa sairaaloissa. Tuotetun tiedon avulla voidaan kohdentaa informaatioteknologiaan perustuvia potilasopetusmenetelmiä potilasryhmille, joiden elämänlaadun, hoitoon sitoutumisen, tietotason ja potilastyytyväisyyden tukemisessa siitä on hyötyä. Lisäksi tutkimus tuottaa tietoa informaatioteknologiaan perustuvien potilasopetusmenetelmien käyttöönoton vaikutuksista henkilöstön työhön sekä tietoa siitä, miten käyttöönottoa voidaan tukea.

#### **Yhteystiedot**

Maritta Välimäki, mava@utu.fi

Turun yliopisto

## ePsychNurse.Net-HANKE: TÄYDENNYSKOULUTUSTA MIELENTERVEYS- ALAN SAIRAAHOITAJILLE EUROOPASSA

MARITTA VÄLIMÄKI, LAURI KUOSMANEN, HELI HÄTÖNEN, PEKKA MAKKONEN, RAIJA KONTIO,  
ANNELI PITKÄNEN, TIINA JAKOBSSON & KATRIINA LAAKSONEN

### *Tausta*

Mielenterveystyössä työskentelevien sairaanhoitajien täydennyskoulutukselle on tarve Euroopassa. Erityisenä haasteena on eettisesti korkeatasoisen hoitotyön varmistaminen aggressiivisten ja levottomien potilaiden hoidossa psykiatrisissa sairaaloissa ja yksiköissä. Tältä alueelta puuttuvat yhtenäiset hoitomenetelmät ja jopa maiden sisällä potilaan rajoittamisessa on erilaisia käytäntöjä.

### *Tavoite*

Euroopan unionin koulutusohjelma Leonardo Da Vincin rahoituksella toteutettavan hankkeen tavoitteena on laatia koulutusohjelma, jonka avulla yhtenäistetään potilaan rajoittamiseen liittyvää hoitotyötä kuudessa Euroopan maassa: Suomessa, Irlannissa, Italiassa, Liettuassa, Portugalissa ja Englannissa. Hanke toteutetaan vuosien 2006–2008 välisenä aikana ja sitä hallinnoi Turun yliopiston hoitotieteen laitos.

### *Keinot*

Hankkeessa tehdään kansainvälinen täydennyskoulutusportaali sairaanhoitajien tueksi, jotka työssään kohtaavat levottomia ja aggressiivisia potilaita. Hanke kartoittaa olemassa olevat koulutusvaihtoehdot, hoitokäytännöt ja tilastot eri maissa levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoitoon liittyen. Lisäksi hanke luo verkostoja mielenterveysalan sairaanhoitajien sekä hallinnon ja koulutuksen edustajien välille.

### *Odotetut tulokset*

Hanke tuottaa mielenterveysalan sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen tueksi täysin uudenlaisen didaktisen sovelluksen, joka yhdistää hoitotyön hyviä käytäntöjä eri maista. Koulutus lisää sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä hoitaa levottomia ja aggressiivisia potilaita psykiatrisissa sairaaloissa ja tarkastelee eettisiä kysymyksiä näihin hoitokäytäntöihin liittyen. Lisäksi osallistujat saavat hankkeesta kokemusta kansainvälisestä yhteistyöstä. Koulutuskäytännöt kehittävät eri organisaatioiden ja maiden välillä tapahtuvaa vertailua liittyen hoitajien ammatilliseen pätevyyteen ja koulutuksen laatuun mielenterveystyön alueella Euroopassa. Hankkeen tulosten avulla on mahdollista edistää eettisesti korkeatasoista hoitotyötä psykiatrisissa sairaaloissa ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoidossa.

### **Yhteystiedot**

<http://www.med.utu.fi/epsychnurse/fi/>

# SÅRBARHET SOM STYRKA OCH SVAGHET INOM DET MENTALA OMRÅDET

BETTINA STENBOCK-HULT & ANNELI SARVIMÄKI

## *Syfte*

Syftet med projektet är att fördjupa förståelsen av sårbarhetens innebörd inom det mentala området och äldreården. Projektet är förankrat i den existencialistiska filosofin, enligt vilken sårbarheten utgör ett allmänskligt grundvillkor: sårbarheten är en förutsättning för ett äkta och engagerat liv, men samtidigt kan sårbarheten leda till smärta och lidande.

## *Genomförande*

Projektet startade år 2003 och genomförs som ett samarbetsprojekt mellan yrkeshögskolan Arcada och Äldreinstitutet. Vårdstuderande vid Arcada deltar i datainsamlingen och skriver examensarbeten inom ramen för projektet. Projektet består av tre delprojekt, inom vilka hittills 15 examensarbeten blivit färdiga och sju är under arbete. Datainsamlingen görs med hjälp av kvalitativa intervjuer och strukturerade enkäter.

## *Delprojekt*

- Vårdarens sårbarhet som styrka och svaghet – om vårdarens mentala resurser i en komplicerad vårdverklighet.
- Den sårbara anhöriga i den psykiatriska vården.
- Åldrande och sårbarhet.

## *Preliminära resultat*

De preliminära resultaten visar att såväl personalen som de anhöriga och de äldre upplevde sig sårbara. Vårdpersonalen kopplade ihop sårbarheten med att vara människa, vilket för dem innebar att vara öppen och känslig, moraliskt sensitiv samt att våga, vilket i sin tur innebar att man riskerar att fara illa. Sårbarheten väckte känslor som självanklagelser, osäkerhet och moralisk indignation men också moralisk tillfredsställelse. De anhörigas sårbarhet tog sig uttryck i oro och sorg. De upplevde att de fick styrka främst av anhöriga och vänner. De äldre upplevde sårbarhet i form av tilltagande kroppslig skörhet och nya behov. Man kunde dock också anpassa sig till förändringarna och känna sig befriad från yttre kroppsliga normer. Minnen och livserfarenheter kunde upplevas både som en styrka och en belastning i strävan att acceptera det levda livet. Ensamhet kunde skapa ångest och saknad men ensamheten upplevdes också som ett eget utrymme där man kunde tänka och samla krafter.

## **Litteratur**

- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2004). Sårbarhet som utgångspunkt för etiken i äldreården. *Gerontologia* 2004; 18: 153–158.
- Stenbock-Hult, B. & Sarvimäki, A. Sårbarhet (2006). Att vara människa i äldreården. En delrapport inom projektet "Sårbarhet som styrka och svaghet inom det mentala området". Publikation 1/2006. Helsingfors: Arcada.
- Sundell, E. & Stenbock-Hult, B. (2007). I minnenas värld. *Vård i Fokus* nr 2, 2007.
- Sundell, E. (2007). I minnenas värld. En kvalitativ studie om åldringars minnen och livserfarenheter. Rapport 1/2007. Helsingfors: Äldreinstitutet.

## **Kontaktuppgifter**

Bettina Stenbock-Hult, [bettina.stenbock-hult@arcada.fi](mailto:bettina.stenbock-hult@arcada.fi)  
Yrkeshögskolan Arcada, Jan-Magnus Janssons plats 1, 00550 Helsingfors  
Tel. 0207 699 626

## LAADUKASTA KULTTUURIA VAPAAEHTOISTYÖHÖN (LAKU) -HANKE

TAPIO MYLLYMAA & SUVI-TUULI PORKKA

### *Hankkeen lähtökohdat, tavoite ja eteneminen*

Suomen Mielenterveysseurassa on tehty tukihenkilötyötä ja huolehdittu sen tukemisesta noin kolmenkymmenen vuoden ajan. Vuosina 2003–2007 toteutettiin Laadukasta kulttuuria vapaaehtoistyöhön -hanke tukihenkilötoiminnan edelleen kehittämiseksi. Hankkeessa lähdettiin kehittämistarpeiden ja vahvuuksien selvittämisestä. Jo alkuvaiheessa kävi ilmi monenlaisia tarpeita vapaaehtoistyön erityisluonteen huomioon ottavalle, systemaattiselle ja kokonaisvaltaiselle kehittämiselle. Samalla löytyi myös vahvuuksia, joihin tukeutuen hanketta voitiin viedä eteenpäin. Kehittämistyötä tehtiin jatkuvan arvioinnin ja laajan vuoropuhelun avulla. Mukana oli asiantuntijoita niin omasta yhdistyksestä kuin Suomen Mielenterveysseuran ulkopuoleltakin. Tärkeässä osassa olivat vapaaehtoistyön kehittäjät paikallisissa mielenterveysseuroissa. Tuloksena syntyi tuotteistettu vapaaehtoistyön organisointi- ja koulutusmalli. Mallissa sitoudutaan perinteisiin vapaaehtoistyön lähtökohtiin ja arvostetaan vapaaehtoistyötä omana erityislaatuisena ilmiönään. Vapaaehtoistyö on vapaaehtoista, palkatonta ja tavallisen ihmisen tiedoin ja taidoin tapahtuvaa toimintaa. Taustayhteisö vastaa sekä vapaaehtoistyöstä että vapaaehtoisista, ja sen tulee sitoutua pitämään huolta molemmista.

### *Vapaaehtoistyön koulutukset*

Hankkeessa kehitettiin vapaaehtoistyön koulutuksia. Peruskoulutusmallia rakennettiin koko projektin ajan. Nykyisen muotonsa saivat myös jatkokoulutukset, joita ovat tukihenkilövastaavan (SMS), mentorointivastaavan (SMS), peruskoulutuksen kouluttajan, ryhmänohjaajan (SMS), vapaaehtoistyön tukiohjaajan (SMS) ja vapaaehtoistyön työhjoajaajan (SMS) koulutukset. Suomen Mielenterveysseuran tukihenkilötoimintaan kuuluvat tärkeänä osana myös täydennyskoulutukset ajankohtaisista ja tarpeellisista aiheista.

### *Huolehtiminen vapaaehtoisista*

Tukihenkilöistä huolehtiminen on tärkeä perusta laadukkaalle työlle. Malli esittää tuen muotoina valintahaastattelua, peruskoulutusta, mentorointia, kummitoimintaa, jatkokoulutuksia, maallikkoauttajuuden vaalimista, vapaaehtoistyön työhjoausta, kehityskeskustelua, selkeitä sopimuksia, tukihenkilötoimikunnan työskentelyä, riskien arviointia, tietosuojasta huolehtimista, toimintaa tukevia rakenteita ja sitoutumista tukihenkilötoiminnan arvopohjaan. Huolehtiminen edellyttää myös tarvittavia välineitä. Hankkeeseen liittyen on tehty seuraavat julkaisut: Vapaaehtoistyön työhjoauksen järjestäminen, Vapaaehtoistyön työhjoaus, Ryhmästä enemmän, Riskien arviointi vapaaehtoistyössä, Tukihenkilön peruskoulutus ja Muutos ja pysyvyys vapaaehtoistyössä. Vapaaehtoistyöhön liittyviä esitteitä ja lomakkeita on ajantasaistettu ja laadittu, esimerkiksi lomakkeet kehityskeskusteluun, tukihenkilön haastatteluun ja tukisopimusten tekemiseen. Kehittämistyötä on lisäksi tuettu lukuisilla opinnäytetöillä, joissa on käsitelty muun muassa vapaaehtoistyön työhjoausta, nuorten rekrytointia ja tukihenkilötoiminnan epävarmuustekijöitä.

#### **Yhteystiedot**

Tapio Myllymaa, tapio.myllymaa@samk.fi

Suvi-Tuuli Porkka, suvi-tuuli.porkka@mielenterveysseura.fi

## LAPIN MIELENTERVEYSHANKKEET

JORMA POSIO & MARJA-SISKO TALLAVAARA

Lapin sairaanhoitopiirin alueella toteutetaan vuosina 2007–2009 sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntien rahoittamana kahta psykososiaalisten palvelujen kehittämishanketta: Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella sekä Lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalvelujen seudullinen kehittäminen Lapissa. Hankkeet ovat jatkohankkeita vuonna 2006 aloitetuille hankkeille. Hankkeiden keskeisinä tavoitteina on hyvien ja toimivien toimintamallien kehittäminen Lapin erityisolosuhteisiin ja niiden juurruttaminen osaksi jokapäiväistä toimintaa.

### *Haasteena välimatkat, väestörakenne ja vähenevät resurssit*

#### *Koulutuksella vahvistetaan osaamista ja omavaraisuutta*

Laitoshoito on kallista ja kaukana. On välttämätöntä kehittää ehkäisevää työtä ja avohoitoa, niin että ihmiset saavat tarvitsemansa avun varhaisessa vaiheessa ja lähellä asuinympäristöään. Varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen tueksi hankkeet järjestävät monipuolista koulutusta. Järjestettävät koulutukset syventävät edellisillä hankkeilla aloitettuja koulutuksia.

Tavoitteena on saada koulutettua Lapin alueelle menetelmäkouluttajia. Näin saadaan turvattua alueelle hyviksi todettujen työmenetelmien osaajia ja tekijöitä.

#### *Teknologialla voitetaan välimatkat*

Edellisessä hankkeessa käyttöönotetun IP-videoneuvottelutekniikan haltuunoton tukeminen konsultaatiossa ja asiakastyössä. Internetpohjainen videoneuvottelu mahdollistaa erityistyöntekijän osallistumisen peruspalvelutyöntekijän ja asiakkaan tapaamiseen ilman monien tuntien ja satojen kilometrien matkustamista. Asiakkaan on mahdollista saada myös etäterapiapalvelua videoneuvotteluyhteyttä käyttäen.

#### *Ryhmätoiminnoilla laatua ja säästöä*

Sairaanhoitopiirin alueella toteutetussa skitsofreniahankkeessa ja mielenterveys- ja päihdehankkeen ensimmäisessä osassa käyttöönotetut ryhmämuotoiset avokuntoutusmallit ovat tuottaneet positiivisia tuloksia. Laitosjaksojen määrän on voitu osoittaa vähentyneen toimintaan osallistuneiden potilaiden kohdalla. Itse potilaat ja heidän omaisensa ovat kokeneet ryhmät myönteisinä. Meneillään olevan hankkeen tavoitteena on näiden ryhmämuotoisten toimintamallien juurruttaminen osaksi perusterveydenhuoltoa ja palvelutarjonnan monipuolistaminen. Vertaisryhmät ja ryhmämuotoinen kuntoutus soveltuvat hyvin myös lasten varhaiskuntoutukseen ja häiriöiden ennaltaehkäisyyn.

#### *Suunnitelmilla selkeyttä ja sujuvuutta palvelutuotantoon*

Hankkeiden yhtenä tavoitteena on kuntien tukeminen seudullisten mielenterveys- ja päihdetyön kokonaissuunnitelmien, seudullisten toimintamallien ja toimivien yhteistyöverkostojen aikaansaamiseksi. Tähän sisältyy tiedon tuotantoa kuntien tarpeisiin, kuntien peruspalvelujen ja erityispalvelujen, järjestöjen ja yksityisten palveluiden sekä erikoissairaanhoidon yhteistyömuotojen ja työnjaon kehittäminen ja mallintaminen.

#### **Yhteystiedot**

Jorma Posio, jorma.posio@lshp.fi

Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue, mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen

Marja-Sisko Tallavaara, marja-sisko.tallavaara@poskelappi.fi

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalvelujen kehittäminen



## STAKESIN VAASAN ALUEYKSIKKÖ – KEHITTÄÄ ALUEELLISIA, KUNTALAISLÄHTÖISIÄ, INTEGROITUJA HYVINVOINTIPALVELUITA LISÄÄMÄÄN YHTEISKUNNALLISTA OSALLISUUTTA

MARITTA VUORENMAA, MAARIT MUKKALA, ANNA FORSMAN & ANETTE EKBLÖM

Vaasan alueyksikkö aloitti toimintansa vuonna 2006. Alueyksikkö tekee kansallisesti ja kansainvälisesti innovatiivista ja merkittävää tutkimus- ja kehittämistyötä mielenterveys- ja päihdetyön sekä monikulttuurisen työn saralla. Alueyksikkö on vahvasti verkottunut asiantuntijaorganisaatio, ja se toimii yhteistyössä pohjoismaisten, valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden sekä palveluiden käyttäjien kanssa kehittäen seudullista palvelujärjestelmää kestäväna kokonaisuutena.

Vaasan alueyksikköön integroituina kehittämishankkeina toimii myös lukuisia EU-tasolla toteutettavia mielenterveyden edistämisen kehittämishankkeita:

### *PROMENPOL – Promoting and Protecting Mental Health – Supporting Policy through Integration of Research, Current Approaches and Practices*

ProMenPol on EU:n kuudennen tutkimuksen puiteohjelman ja Stakesin rahoittama hanke. Hanketuottajina toimivat Stakes ja WHO Mielenterveysalan yhteistyökeskus. Projekti tukee EU:n poliittisia tavoitteita mielenterveyden edistämiseksi keräämällä ja hyödyntämällä tutkimustietoa sekä parantamalla käytäntöjä mielenterveyteen liittyvissä toiminnoissa. Projekti kerää tietoja mielenterveyden edistämisestä kouluissa, työpaikoilla ja vanhustenhuollossa. Kerätyn tiedon pohjalta luodaan ilmainen www-pohjainen tietopankki, joka tarjoaa työkaluja käytännön työhön.

### *SUPPORT – Promoting the EU Mental Health Agenda*

Support-projekti on Euroopan komission rahoittama hanke, jonka tavoitteena on tukea mielenterveyttä edistäviä toimia EU:n alueella. Projekti toteutetaan vuosina 2006–2009. Supportia johtaa Scottish Development Center for Mental Health ja hankkeen projektipartnerina toimii WHO Mielenterveysalan yhteistyökeskus. Projekti tukee EU:n komission mielenterveyteen liittyviä poliittisia toimenpiteitä tarjoamalla komissiolle tarvittavaa hallinnollista, teknistä tai tieteellistä tukea. Supportin tehtävänä on lisätä komission mielenterveyttä edistävien toimien näkyvyyttä ja mielenterveyden alalla toimivien tutkimus- ja kehittämishankkeiden yhteistyötä.

### *DataPrev – Mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn näyttöön perustuvan tietokannan kehittäminen Euroopassa*

Euroopan komission rahoittama kansainvälinen DataPrev-hanke toteutetaan vuosina 2007–2010. DataPrev-hankkeessa kehitetään yhtenäinen malli, jolla lasten, työikäisten ja ikäihmisten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn tähtäävien projektien tuottamaa tietoa ja kokemusta on mahdollista arvioida ja hyödyntää. Stakesin Vaasan alueyksikössä toimivan Vaasan mielenterveystyön osaamiskeskuksen vastuulla on ikäihmisten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn tähtäävissä hankkeissa tuotetun tiedon kerääminen, analysointi ja levittäminen. Suomessa hankkeen vastuullinen toteuttaja on Helsingin yliopiston kliininen laitos.

#### **Yhteystiedot**

Maritta Vuorenmaa, maritta.vuorenmaa@stakes.fi

Maarit Mukkala, maarit.mukkala@stakes.fi

Anna Forsman, anna.forsman@stakes.fi

Anette Ekblom, anette.ekblom@stakes.fi,

<http://info.stakes.fi/vaasa>, <http://info.stakes.fi/vaasanosaamiskeskus>

[www.mentalhealthpromotion.net](http://www.mentalhealthpromotion.net)

[www.supportproject.eu](http://www.supportproject.eu)

# Posterinäyttelyyn osallistujat

## Posterutställningens deltagare

Nro	Tiivistelmän nimi	Tekijä
1	FRIENDS - ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevä ohjelma kouluissa	Minttu Oinonen
2	Timeout! – Aikalisä! Elämä raiteilleen -tukiohjelma nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisemiseksi	Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne
3	Ovi - maahanmuuttajien kansalaistoiminnan kehittäminen	Sari Nyholm, Jouni Saarelainen
4	Ok - osaan ja kehityn - lasten ja nuorten arkinen mielenterveysosaaminen -hanke (2006-2009)	Marjo Hannukkala
5	Toimiva lapsi & perhe: työkaluja lasten kehityksen tueksi perheen vaikeuksista huolimatta	Sirpa Kaakinen
6	Elämäni eväät	Päivi Erkko, Aino Santalähde
7	Valtakunnallinen nuorten ehkäisevän kriisityön hanke 2007–2011 – Pulinapaja	Kirsi Luomanperä
8	Liiku mieli hyväksi -hanke (2006–2009)	Satu Turhala
9	Mielenterveyspotilaiden suun terveyden edistäminen	Lauri Kuosmanen, Marja-Liisa Haavio, Heikki Murtomaa, Kirsi Peltola-Haavisto, Jorma Suni, Juhani Solantau
10	Kun läheisen juominen ahdistaa, Al-Anon on tukenasi	Al-Anon
11	Oulun kriisikeskuksen toimintamalli	Sirkka Viitala
12	Depressiohoitajan työ tuloksellista terveyskeskuksessa	Jyrki Tuulari, Esa Aromaa
13	Selviytymis- ja stressinhallintakurssit nuorille	Riitta Pelkonen, Maria Vuorilehto, Tarja Melartin, Lauri Kuosmanen
14	Sanasta miestä	Jussi Pulli
15	Mieli myllertää -projekti 2005–2008	Virpi Hongisto, Aila Kantojärvi, Anne Repo
16	Depressiokuntoutuksen alueellinen yhteistyö	Merja Kurki
17	Vuorokuunteluohjaus asiakkaan ohjauksen laatutekijänä	Eija Mattila
18	Ohjaava kuntoutus	Eija Mattila
19	Tukea varhaiseen vanhemmuuteen ja lapsuuteen adhd-perheissä	Liisa Lahermaa
20	Mielen muutos - ikäihmisten hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen	Marja Saarenheimo, Ulla Eloniemi-Sulkava, Minna Pietilä, Sonja Arinen, Niina Savikko, Pirjo Juhela
21	Informaatioteknologian käyttö potilasopetuksessa	Heljä Nenonen, Raija Kontio, Riitta-Leena Rimpiläinen, Lauri Kuosmanen, Maritta Välimäki
22	e.Psychnurse.net-hanke: täydennyskoulutusta mielenterveysalan sairaanhoitajille Euroopassa	Maritta Välimäki, Lauri Kuosmanen, Heli Hättönen, Pekka Makkonen, Raija Kontio, Anneli Pitkänen, Tiina Jakobsson, Katriina Laaksonen
23	Sårbarhet som styrka och svaghet inom det mentala området	Bettina Stenbock-Hult, Anneli Sarvimäki
24	Laadukasta kulttuuria vapaaehtoistyöhön (LAKU) -hanke	Tapio Myllymaa, Suvi-Tuuli Porkka
25	Lapin mielenterveyshankkeet	Jorma Posio, Marja-Sisko Tallavaara
26	Stakesin Vaasan alueyksikkö - kehittää alueellisia, kuntalaislähtöisiä, integroituja hyvinvointipalveluita lisäämään yhteiskunnallista osallisuutta	Maritta Vuorenmaa, Maarit Mukkala, Anna Forsman, Anette Ekblom

## TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2008

Sinikka Varsio, Anne Nordblad, Miika Linna, Irma Arpalahti, Päivi Strömmer, Tuomo Karhunen, Sinikka Huhtala. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtamisen benchmarking-kehittäminen terveyskeskusten suun terveydenhuollossa 2002–2005  
Työpapereita 5/2008 Tilausnro T5/2008

Jan Klavus (toim.) Terveystaloustiede 2008  
Työpapereita 4/2008 Tilausnro T4/2008

Timo Hujanen et al. Terveystalouden standardikustannukset 2006  
Työpapereita 3/2008 Tilausnro T3/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto (toim.). Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti  
Työpapereita 2/2008 Tilausnro T2/2008

Maija Ritamo (toim.). Terve Kunta -päivät. 22.–23.1.2008, Paasitorni, Helsinki  
Työpapereita 1/2008 Tilausnro T1/2008

### 2007

Pasi Moisio. HYPA 2006. Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus  
Työpapereita 33/2007 Tilausnro T33/2007

Matti Rimpelä, Hanna Happonen, Kirsi Wiss, Vesa Saaristo, Elise Kosunen, Arja Rimpelä. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007  
Työpapereita 32/2007 Tilausnro T32/2007

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (red.): Annus Socialis Fenniae 2007. Nordiskt socialdirektörsmöte. Oslo, Norge 24–25 oktober 2007  
Työpapereita 31/2007 Tilausnro T31/2007

Tarja Heino: Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana  
Työpapereita 30/2007 Tilausnro T30/2007

Ville Remes, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, Heikki Kröger, Juhana Leppilahti, Miika Linna, Antti Malmivaara, Keijo Mäkelä, Olavi Nelimarkka, Ilmo Parvinen, Seppo Seitsalo, Jarmo Vuorinen: PERFECT – Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus  
Työpapereita 29/2007 Tilausnro T29/2007

Harriet Finne-Soveri, Pia Nurme: Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteerihdotus Porvoossa. Kevät 2007  
Työpapereita 28/2007 Tilausnro T28/2007

Ritva Teräväinen, Outi Räikkönen, Matti Heikkilä: Laatusuositusten arviointi. Arviointia laatusuositusten ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään  
Työpapereita 27/2007 Tilausnro T27/2007

Mari Pajula: Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä? Selvitys rahapeliongelman vaikutuksista läheisiin  
Työpapereita 26/2007 Tilausnro T26/2007



## Tilaukset ja tiedustelut

www.stakes.fi/kirjakauppa  
puh. arkisin klo 9–15 (09) 3967 2190

Minna Harjajärvi, Sami Pirkola, Kristian Wahlbeck

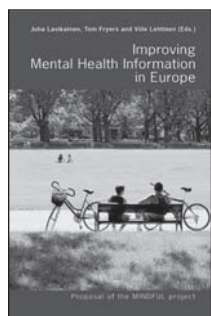
### Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa

Merttu-tutkimuksen palvelukatsaus

Raportissa kuvataan mielenterveyspalvelujärjestelmää sekä esitellään kunnissa tehtyjä mielenterveystyötä koskevia hallinnollisia muutoksia. Lisäksi esitetään julkisten mielenterveyspalvelujen kehittämistarpeita.

Suomen Kuntaliitto ja Stakes

2007 108 s. 20 € **Tilausnumero M239**



Juha Lavikainen, Tom Fryers and Ville Lehtinen (Eds.)

### Improving Mental Health Information in Europe

Proposal of the MINDFUL project

This book presents a proposal for developing European mental health information systems. The importance of monitoring the mental health at the population level is strongly stressed in this publication.

EU, MINDFUL and STAKES

2007 167 pages 23 € **Order No M242**



Tom Fryers

### Children at Risk

Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder

The aim of this study was to assess the current evidence from longitudinal studies for childhood determinants of adult mental illness.

2007 77 s. 20 € **Tilausnumero T167**

Sami Pirkola, Britta Sohlman (toim.)

**Mielenterveysatlas** Tunnuslukuja Suomessa

**Psykisk hälsa i Finland** Nyckeltal från Finland

**Atlas of Mental Health** Statistics from Finland

Julkaisuun on koottu perustietoja mielenterveyspalveluita koskevasta lainsäädännöstä, palveluiden rakenteesta, mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä ja muun muassa itsemurhista ja päihteiden käytöstä.

2004 108s. 23 € **Tilausnumero M202**

**Mieli 2007** Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit

**Psykisk hälsa 2007** Nationella dagar för mental hälsa: bakgrundsmaterial, föreläsningar och postrar

Työpapereita 4/2007 96 s. 19 € **Tilausnumero T4/2007**

Timo Tuori, Britta Sohlman, Marko Ekqvist, Tytti Solantaus

**Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoito Suomessa 1995–2004**

Raportteja 13/2006 56 s. 19 € **Tilausnumero R13/2006**