

Juha Moring
Anne Martins
Airi Partanen
Viveca Bergman
Esa Nordling
Veijo Nevalainen (toim.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

Toimeenpanosta käytäntöön 2010

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Anne Martins

Kannen kuva: Juha Moring

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Manuela Tallberg, THL

Englanninkielinen tiivistelmä: Jaakko Mäntyjärvi, Semantix Lingua Nordica Oy

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Juvenes Print

Tampere, 2011

Lukijalle/Esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama asiantuntijatyöryhmä valmisteli kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2007–2009 ja suunnitelma julkaistiin vuoden 2009 helmikuussa. Jo valmisteluvaiheessa virinnyt kiinnostus oli luonut hyvän pohjan suunnitelman vastaanotolle. Toimeenpanoa ohjaa STM:n asettama ohjausryhmä. Suunnitelmasta tiedottaminen sekä tarkemman toimeenpanosuunnitelman valmistelu annettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtäväksi, ja toimeenpanosuunnitelma valmistui alkuvuodesta 2010. Saman vuoden kesäkuussa ilmestyi toimeenpanon ensimmäinen väliraportti Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009 (THL, Avauksia 16/2010).

Toinen väliraportti on tässä. Siinä on edellistä raporttia enemmän kuvauksia hyvistä käytännöistä ja onnistuneesta kehittämistyöstä eri puolilla Suomea. Toiminnan kehittämiseksi tarvitaan rohkeita kokeiluja ja ennakkoluulotonta työtä. Samaan aikaan ei kuitenkaan pidä hylätä hyvin toimivaa vanhaa. Koko sosiaali- ja terveydenhuolto on suurten haasteiden ja muutosten edessä. Toivomme, että tämän raportin esimerkit osaltaan auttavat käytännön tekijöitä ja päättäjiä löytämään oikeita ratkaisuja.

Toimituskunta

Tiivistelmä

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, Veijo Nevalainen (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2011. 185 sivua. Helsinki, Finland 2011. ISSN 1798-0070 (painettu), ISSN 1798-0089 (pdf)

Raportissa tarkastellaan sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettaman Mieli 2009 -työryhmän valmistelmaa ja keväällä 2009 julkaistua kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, sen saamaa vastaanottoa sekä siihen liittyvän toimeenpanon edistymistä. STM:n mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Siinä painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävän sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostamista, palvelujärjestelmän kehittämistä avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivammaksi. Mukana on myös suunnitelman toteutumista tukevia ohjauskeinoja.

Raportin toisessa luvussa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tämänhetkistä tilaa. Uusittavasta lainsäädännöstä on toistaiseksi valmiina 1.5.2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki. Monet suuret ratkaisut ovat vielä edessäpäin. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjaukset asiakkaan aseman vahvistamisesta, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisestä ja ongelmien varhaisesta ehkäisemisestä sekä avohoitopainotteisista peruspalveluista ovat uuden terveydenhuoltolain hengen mukaisia ja painottavat myös sosiaalisesti kestävästä hyvinvointiyhteiskunnan edelleen kehittämistä.

Kolmannessa luvussa tarkastellaan joitakin keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon haasteita. Siinä on aluksi katsaus THL:n toteuttamaan alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (ATH), josta saadaan ajankohtaista tietoa koetusta terveydestä, hyvinvoinnista ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeesta. Sen jälkeen tarkastellaan lastensuojelun kasvanutta kysyntää. Se taas korostaa tarvetta tehostaa ylisukupolvisen syrjäytymisen ehkäisyä ja perhekohtaista tukea sekä kehittää toimenpiteiden valtakunnallista seuranta- ja psykiatrista sairaalahoitoa tarkastellaan hoitoilmoitustietojen pohjalta. Psykiatrisen sairaalahoidon hoitajaksot ovat lyhentyneet, mutta laitospainotteinen pitkäaikainen palveluiden käyttö näkyy nyt asumis- ja palveluissa. Alkoholin kulutuksen kasvun myötä lisääntyneiden alkoholiin liittyvien kuolemien riskitekijänä on myös huono-osaisuus, johon tulisi voida vaikuttaa nykyistä tehokkaammin vähentämällä työelämästä syrjäytymistä ja lisäämällä kuntouttavia palveluja myös työelämän ulkopuolella oleville. Pohjoismainen terveydenhuollon laatuosoitinhanke painottaa vertailukelpoisten mielenterveyden laatuosoittimien kehittämistä.

Neljäs luku keskittyy kokemusasiantuntijuuteen ja vertaistoimintaan liittyviin teemoihin. Kahdessa ensimmäisessä artikkelissa kuvataan erityisesti mielenterveyskuntoutujien kokemus-asiantuntijakoulutuksesta saatuja kokemuksia ja tuloksia ja kolmannessa tarkastellaan jo vakiintunutta mielenterveysyhdistyksen kokemusasiantuntijatoimintaa ja sen merkitystä kuntoutujille. Luvun kaksi viimeistä artikkelia tarkastelevat kokemusasiantuntijuuden ja vertaistyon toteuttamista päihdetyössä. Päihdetyössä asiakas- ja käyttäjäkokemuksen hyödyntämisellä on pitkä perinne, jossa huumeiden käyttäjien vertaistyon kehittäminen on uusimpia toiminta-alueita.

Viidennessä luvussa esitellään uusien mielenterveys- ja päihdeongelmaisille tarkoitettujen yhdistettyjen palvelujen järjestämismalleja, työtapoja sekä kehittämishaasteita. Luvun alussa tarkastellaan laaja-alaista ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinoitua tapaa sekä kokonaisvaltaista kouluissa toteutettavaa mielenterveyden edistämisen mallia. Peruspalveluiden osalta kuvataan kahta uutta yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön järjestämismallia, kaksoisdiagnoosipotilaiden psykiatrian ja sosiaalityön yhdistetyn hoidon mallia, sekä hallintorajat ylittävää perhetyön mallia. Uutena kehittämisalueena kuvataan rahapeliongelmiin ehkäisyä ja hoidon haasteita. Luvussa esitellään myös pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisen ohjelman tuloksia. Lopussa esitellään Innokylän työvälineitä, joita voidaan käyttää niin mielenterveys- ja päihdetyön yhteiskehittämisessä kuin myös kehitettyjen käytäntöjen monipuolisena levittämisenä kanavana.

Kuudennessa luvussa ensimmäisenä ovat esillä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa keskeisinä toimijoina olevat laajat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet. Luvussa kuvataan myös THL:n toimeenpanosuunnitelman kärkihankkeiden etenemistä sekä STM:n ohjausryhmän toimintaa. Viimeisenä on vuonna 2011 päättyneen työikäisten masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen keskittyneen Masto-hankeen kehittämien työmuotojen kuvaus.

Suomessa on tällä hetkellä kaikilla Kaste-alueilla aikuisten mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen keskittyvä Kaste-hanke. Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen artikkelissa pohditaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraation suurta haastetta lyhyiden hankekausien ja suurten rakenneuudistusten puristuksessa. Väli-Suomen alueen Välittäjä 2009 -hankkeesta kuvataan sen osahankkeissa luotuja kehittämisprosesseja ja työmenetelmiä perhe- ja väkivallan kohtaamiseen asiakastyössä, perusterveydenhuollon päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistamista, teknologiaa hyödyntävää ammattilaisten ohjamaa ja vertaistukea hyödyntävää työtapaa, ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön seutukoordinaattorin toimintaa sekä päihdeongelman vakavuutta ja haittoja arvioivan ASI -työkalun käyttöönottoa. Etelä-Suomen Mielen avain -hankkeessa kuvataan sen ydinteemojen mukaista toimintaa: palvelunkäyttäjän hoitoon osallistumisen lisäämistä, kynnyksettömiä mielenterveys- ja päihdepalveluita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen lisäämistä. Länsi-Suomen Länsi 2012 -hankkeen artikkeleissa kuvataan asiakasarviointeihin soveltuvan Bikva -menetelmän käyttöä, kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatimista, päihdeongelmaisten naisten Vaaka-ryhmän toimintaa ylisukupolvisten ongelmien siirtymisen ehkäisemiseksi, yhteispäivystyksessä toimivan selviämishoitoaseman toimintaa sekä paikallista alkoholipolitiikkaa kehittänyttä Pakka-toimintaa. Luvun lopussa on lisäksi vuonna 2011 myönteisen rahoituspäätöksen saaneen Itä- ja Keski-Suomen Arjen mieli -hankkeen esittely.

THL:n omassa toimeenpanosuunnitelmassa on yhdeksän kärkihanketta: vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen, pakon käytön vähentäminen psykiatrisissa sairaaloissa, yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdestrategioiden saaminen osaksi kuntien hyvinvointisuunnitelmia, mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen estämiseen ja vähentämiseen liittyvien työmenetelmien kehittäminen ja juurruttaminen, matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen peruspalveluissa, kuntalaisten tarpeiden mukaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuuden ja laadun seuranta, verkkoportaalien (www.thl.fi/mielijapaihde) ylläpitäminen, ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallisen koordinaation keskittäminen sekä THL:n antama tuki lainsäädäntövalmisteluun. Näistä tarkemmin tarkastellaan mielenterveys- ja päihdestrategioiden valmistelua tukevaa Mielen tuki -hanketta ja ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien ehkäisyyn pyrkivää Toimiva lapsi & perhe -hanketta, muista kerrotaan lyhyesti.

Luvun lopussa luodaan katsaus mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa tukevaan STM:n ohjausryhmän toimintaan. Ohjausryhmän toiminnalla pyritään tukemaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittymistä eri yhteiskuntasektoreilla. Ryhmä ohjaa ja arvioi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa sekä edistää mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä omilla toimialoillaan.

Raportin lopussa suomalaisen mielenterveystyön ja kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeinen asiantuntija professori Jouko Lönnqvist pohtii mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuutta ja sen haasteita: ”Tulevaisuus voi olla paljolti myös sitä, minkälaiseksi haluamme sen rakentaa. Myönteiset mielikuvat tulevaisuudesta suuntaavat voimakkaasti omaa toimintaamme. Jokaisella ihmisellä on oikeus ja mahdollisuus omaan unelmaan. Kuitenkin vain yhteiset unelmat rakentavat tulevaisuutta tavalla, joka jää historiaan.”

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

Sammandrag

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, Veijo Nevalainen (red.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. [Nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete 2009–2015: Det praktiska verkställandet år 2010] Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 6/2011. 185 sidor. Helsingfors, Finland 2011.

ISSN 1798-0070 (tryckt), ISSN 1798-0089 (pdf)

I rapporten granskas den nationella planen för psykisk hälsa och missbruksarbete som bereddes av arbetsgruppen Mieli 2009 och publicerades våren 2009. Arbetsgruppen Mieli 2009 tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet (SHM). I rapporten granskas också det mottagande planen fått och hur verkställandet av planen har framskridit. SHM:s plan för psykisk hälsa och missbruksarbete innehåller 18 förslag till gemensam utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbetet fram till år 2015. I planen läggs särskild vikt vid att stärka klientens ställning och att effektivisera arbetet för att främja psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet samt åtgärderna för att förebygga problem och skadeverkningar. Vidare framhålls att servicesystemet bör utvecklas så att större vikt läggs vid basservicen och öppenvården, som ska bli bättre på att samtidigt beakta psykiska problem och missbruksproblem. Planen omfattar också styrmedel för genomförandet av planen.

I det andra kapitlet av rapporten granskas det aktuella läget i utvecklingen av social-, hälso- och sjukvården. Lagstiftningen revideras, och hittills har man färdigställt hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 maj 2011. Många stora beslut måste ännu fattas. Riktlinjerna i planen för psykisk hälsa och missbruksarbete om att stärka klientens ställning, att främja psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet, att tidigt förebygga problem och att främja basservice som betonar öppenvård överensstämmer med den nya hälso- och sjukvårdslagen och framhäver också vidareutveckling av ett socialt hållbart välfärdssamhälle.

I det tredje kapitlet behandlas centrala utmaningar inom social-, hälso- och sjukvården. Först ges en översikt över den regionala hälso- och välfärdsundersökningen som genomförs av THL och som ger aktuell information om den upplevda hälsan och välfärden och behovet av mentalvårdstjänster och service för missbrukare. Därefter behandlas den ökade efterfrågan på barnskydd. Detta framhäver i sin tur behovet att effektivisera arbetet med att förebygga utslagning som går i arv och stödet till enskilda familjer och att utveckla den riksomfattande uppföljningen av dessa åtgärder. Psykiatrisk sjukhusvård granskas utgående från vårdanmälningsuppgifterna. Vårdperioderna har blivit kortare inom den psykiatriska sjukhusvården, men den långvariga institutionsvården framträder nu inom boendeservicen. I och med den ökade alkoholkonsumtionen har antalet alkoholrelaterade dödsfall ökat, och även utsatthet är en riskfaktor i anslutning till detta. Det måste finnas möjlighet att påverka utsattheten på ett effektivare sätt genom att minska utslagning i arbetslivet och utöka rehabiliteringstjänsterna också för dem som står utanför arbetslivet. Det nordiska projektet för kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården betonar utveckling av jämförbara kvalitetsindikatorer för psykisk hälsa.

Det fjärde kapitlet fokuserar på teman som anknyter till brukareexperter och kamratstödjare. I de två första artiklarna beskrivs särskilt erfarenheterna och resultaten av att personer med psykisk funktionsnedsättning utbildas till brukareexperter. I den tredje artikeln granskas etablerad verksamhet med brukareexperter vid en förening för mental hälsa och verksamhetens betydelse för dem som får rehabilitering. Kapitlets två sista artiklar behandlar verksamhet med brukareexperter och kamratstödjare inom alkohol- och drogarbetet. Tillvaratagandet av klienternas, brukarnas och missbrukarnas erfarenheter har långa traditioner inom alkohol- och drogarbetet, och till de nyaste områdena hör utveckling av verksamhet med kamratstödjare bland narkotikamissbrukare.

I det femte kapitlet behandlas nya kombinerade tjänster avsedda för personer med psykiska problem och missbruksproblem, och fokus ligger på modeller för organisering, arbetssätt och utmaningar för utvecklingen. I början av kapitlet granskas ett övergripande sätt för samordning av mentalvårds- och missbruksarbete och en heltäckande modell för främjande av psykisk hälsa i skolor. Beträffande basservicen beskrivs två nya modeller för organisering av ett kombinerat mentalvårds- och missbruksarbete, en modell för kombi-

nerad vård inom psykiatri och socialt arbete för patienter med dubbeldiagnos och en modell för familjearbete som överskrider förvaltningsgränserna. Ett nytt utvecklingsområde som beskrivs är utmaningarna i att förebygga och behandla problem med spel om pengar. I kapitlet presenteras också resultatet av programmet för att minska långvarig bostadslöshet. I slutet presenteras de redskap inom projektet Innobyn som kan användas både för en gemensam utveckling av mentalvårds- och missbruksarbetet och som en mångsidig kanal för att sprida praxis.

I det sjätte kapitlet behandlas först de omfattande Kaste -projekt som gäller mentalvårds- och missbruksarbete och som är centrala med tanke på verkställandet av planen för psykisk hälsa och missbruksarbete. Kapitlet innehåller också en beskrivning av hur spetsprojekten i THL:s verkställighetsplan framskri-der och information om verksamheten i SHM:s styrgrupp. Slutligen ges en beskrivning av de arbetsformer som utvecklats inom projektet Masto som slutfördes år 2011 och som fokuserat på att minska arbetsför-måga som beror på depression hos personer i arbetsför ålder.

Inom alla Kaste -områden i landet pågår för närvarande ett Kaste -projekt med fokus på utveckling av mentalvårds- och missbruksarbete som gäller vuxna. I artikeln som behandlar projektet Tervein mielin Pohjois-Suomessa dryftas den stora utmaningen i att integrera mentalvårdstjänsterna och servicen för missbrukare i trycket mellan korta projektperioder och stora strukturreformer. När det gäller projektet Vältittäjä 2009, som genomförs i Mellanfinland, beskrivs utvecklingsprocesser och arbetsmetoder som utvecklats i de olika delprojekten för att bemöta familjer och våld i klientarbetet, stärkt kompetens i mentalvårds- och missbruksarbetet inom primärvården, arbetssätt som utnyttjar teknologi, styrs av yrkesutbildade personer och inbegriper kamratstöd, den regionala samordnarens verksamhet kring förebyggande mentalvårds- och missbruksarbete och ibruktagande av verktyget ASI för att bedöma missbrukets svårighetsgrad och skade-verkningar. Verksamheten inom projektet Sinnets nyckel, som genomförs i Södra Finland, beskrivs utgåen-de från dess kärnteman: större delaktighet i vården bland brukarna, mentalvårds- och missbrukartjänster utan tröskel och ökad kompetens hos social-, hälso- och sjukvårdspersonalen. I artikeln om projektet Länsi 2012, som genomförs i Västra Finland, beskrivs användningen av Bikva -metoden som lämpar sig för kli-entutvärdering, utarbetandet av en plan för psykisk hälsa och missbruksarbete i en stad, verksamheten inom Vaaka -gruppen för kvinnor med missbruks-problem för att förebygga att problemen går i arv från en gene-ration till en annan, verksamheten vid en tillnyktringsstation som finns i anslutning till en gemensam jour och Pakka -verksamheten som utvecklat den lokala alkoholpolitiken. I slutet av kapitlet finns dessutom en presentation av projektet Arjen Mieli som genomförs i Östra och Mellersta Finland och som år 2011 fått ett beslut om att finansiering beviljas.

I THL:s egna verkställighetsplan finns nio spetsprojekt: att stärka verksamhet med kamratstöd och bru-kareexperter, att minska användningen av tvång vid psykiatriska sjukhus, att göra kombinerade strategier för psykisk hälsa och missbruksarbete till en del av kommunernas välfärdsplaner, att utveckla och förankra arbetsmetoder som syftar till att förhindra och minska att psykiska problem och missbruksproblem går i arv från en generation till en annan, att utveckla mentalvårds- och missbrukartjänster med låg tröskel inom basservicen, att följa upp tillgången och kvaliteten på mentalvårds- och missbrukartjänster som motsvarar kommuninvånarnas behov, att upprätthålla en webbplats (<http://www.thl.fi/mielijapaihde>), att centralisera den nationella samordningen av utvecklingen inom det förebyggande mentalvårds- och missbruksarbetet och att ge stöd i beredningen av lagstiftningen. Av dessa projekt ges en mer ingående beskrivning av pro-jektet Mielen tuki, som stödjer beredningen av strategier för psykisk hälsa och missbruksarbete, och projek-tet Barn och familj i samspel, som syftar till att förebygga att problem överförs från en generation till en annan. Övriga projekt beskrivs endast i korthet.

I slutet av kapitlet ges en översikt över verksamheten i SHM:s styrgrupp som stödjer verkställandet av planen för psykisk hälsa och missbruksarbete. Styrgruppens verksamhet syftar till att stödja utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet inom samhällets olika sektorer. Gruppen styr och utvärderar verkstäl-landet av planen för psykisk hälsa och missbruksarbete och främjar utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet inom de egna sektorerna.

I slutet av rapporten dryftas mentalvårds- och missbruksarbetets framtid och utmaningar av professor Jouko Lönnqvist, som är en central expert i det finländska mentalvårdsarbetet och den nationella planen för

psykisk hälsa och missbruksarbete: ”Framtiden kan också i hög grad skapas utgående från hur vi vill bygga upp den. Positiva föreställningar om framtiden har en kraftig inverkan på inriktningen av vår verksamhet. Var och en har rätt och möjlighet till en egen dröm. Ändå är det endast de gemensamma drömmarna som bygger upp framtiden på ett sätt som går till historien.”

Nyckelord: psykisk hälsa, psykisk ohälsa, mentalvårdstjänster, främjande av psykisk hälsa, psykisk rehabilitering, förebyggande mentalvårdsarbete, alkohol och andra droger, förebyggande alkohol- och drogarbete, tjänster inom missbrukarvården, missbrukarvård, missbruksproblem, plan för psykisk hälsa och missbruksarbete, problem med spel om pengar

Summary

Moring Juha, Martins Anne, Partanen Airi, Bergman Viveca, Nordling Esa, Nevalainen Veijo (eds.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. [National plan for mental health and substance abuse work 2009–2015: From Implementation to Practice in 2010.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 006/2011. 185 pages. Helsinki, Finland 2011.

ISSN 1798-0070 (printed); ISSN 1798-0089 (PDF)

This report discusses the national plan for mental health and substance abuse work, prepared by the Mieli 2009 working group appointed by the Ministry of Social Affairs and Health and published in spring 2009 and also discusses reception of the plan and its implementation. The national plan for mental health and substance abuse work includes 18 proposals for joint development of mental health and substance abuse work up to the year 2015. The plan focuses on strengthening the status of the client, enhancing efforts to promote mental health and abstinence from intoxicants and to prevent problems and adverse effects, and developing the service system to focus on outpatient services and basic services while ensuring that both mental health and substance abuse problems are considered at the same time. The plan also presents control measures to help ensure implementation of the plan.

Chapter 2 of the report discusses the current state of health and social services development. Of the legislation reform to be undertaken, the Health Care Act has been enacted and entered into force on 1 May 2011. There are still many major decisions to be made. The policies outlined in the national plan for mental health and substance abuse work regarding strengthening the position of the client, promoting mental health and abstinence from intoxicants, early prevention of problems and basic services focusing on outpatient care are in keeping with the spirit of the new Health Care Act and also emphasise the importance of further developing a socially sustainable welfare society.

Chapter 3 discusses a number of key challenges in health and social services, beginning with a review of the regional health and wellbeing study conducted by the National Institute for Health and Welfare to gain up-to-date information on perceived health and wellbeing and on the need for mental health and substance abuse services. Next, the increased demand for child welfare services is discussed. This brings up the need to enhance prevention of transgenerational social exclusion and family-specific support and also to develop national monitoring of measures undertaken. Psychiatric inpatient care is discussed on the basis of hospital discharge register data. Treatment periods in psychiatric inpatient care have shortened, but long-term dependence on institutional services is now apparent in the demand for assisted living services. With increasing alcohol consumption, the number of alcohol-related deaths is also growing; an added risk factor is being socially disadvantaged, which should be combated more effectively by addressing exclusion from working life and by increasing the range of rehabilitation services available to people outside the labour force. The Nordic Health Care Quality Indicator Project stresses the importance of developing compatible mental health quality indicators.

Chapter 4 focuses on themes of experiential expertise and peer support. The first two articles in the chapter are mainly about experiences and results gained from experiential expertise training for mental health rehabilitees, while the third discusses a well-established experiential expertise service provided by a mental health association and what it has meant for rehabilitees. The final two articles in the chapter discuss the application of experiential expertise and peer support in substance abuse work. There is a long tradition of leveraging client and user experiences in substance abuse work; developing peer support for drug users is one of the newer areas in this field.

Chapter 5 presents organisational models, working practices and development challenges for new types of combined services provided for mental health and substance abuse clients. The chapter opens with a discussion of a broad-based coordination model for preventive mental health and substance abuse work and a comprehensive mental health promotion model being implemented in schools. Two new models for com-

binning mental health and substance abuse work in basic services are also described: a psychiatry and social work model for dual-diagnosis patients, and a family work model that operates across administrative boundaries. Challenges in preventing and treating gambling addiction comprise a new area of development. The chapter also discusses the results of the programme to reduce long-term homelessness. Finally, tools developed at Innokylä and usable for combined development of mental health and substance abuse work and also as channels for distributing practices developed are presented.

Chapter 6 focuses first on the extensive mental health and substance abuse projects under the National Development Programme for Social Welfare and Health Care ('Kaste') that are key vehicles in the implementation of the national plan for mental health and substance abuse work. The chapter also discusses the progress of spearhead projects in the implementation plan of the National Institute for Health and Welfare and the work of the Ministry steering group, concluding with a description of working methods developed in the 'Masto' project, which ended in 2011, intended to reduce depression-related work among the working-age population.

There is a 'Kaste' project in progress for developing mental health and substance abuse work for adults in all 'Kaste' areas in Finland. The article describing the project *Tervein mielin Pohjois-Suomessa* (Healthy mind in northern Finland) discusses the major challenge of integrating mental health and substance abuse services in a context of short project periods and great structural change. The description of the project *Välittäjä 2009* (Carer 2009) in central Finland includes discussions of development processes and working methods created in its component projects related to the encountering of domestic violence in client work; the strengthening of mental health and substance abuse expertise in primary health care; technology-based working methods guided by professionals and drawing on peer support; the work of a regional coordinator of preventive mental health and substance abuse work; and the introduction of the ASI tool for evaluating the severity and adverse effects of substance abuse problems. The actions of the project *Mielen avain* (Key to the mind) in southern Finland focus on its core themes: increasing the participation of service users in their own treatment; low-threshold mental health and substance abuse services; and increasing the expertise of social welfare and health care personnel. The articles discussing the project *Länsi 2012* (West 2012) in western Finland describe the use of the Bikva client evaluation method; the drawing up of a local mental health and substance abuse work plan in a city; the work of the Vaaka group for women with substance abuse problems in preventing intergenerational transfer of problems; the work of a sobering-up station at a joint emergency clinic; and the Pakka initiative for developing local alcohol policy. The chapter concludes with a presentation of the project *Arjen mieli* (Everyday mind) in eastern and central Finland, which received a positive funding decision in 2011.

The implementation plan of the National Institute for Health and Welfare contains nine spearhead projects: strengthening peer support and experiential expertise; reducing the use of coercive measures at psychiatric hospitals; introducing combined mental health and substance abuse strategies into municipal welfare plans; developing and establishing working practices for preventing and reducing intergenerational transfer of mental health and substance abuse problems; developing low-threshold mental health and substance abuse services in basic services; monitoring the availability and quality of mental health and substance abuse services in relation to local residents' needs; maintaining an online portal (www.thl.fi/mielijapaihde); centralising national coordination of the development of preventive mental health and substance abuse work; and providing support for legislation preparation. The preparation of mental health and substance abuse strategies is discussed in detail in a description of the *Mielen tuki* (Mind support) project, and intergenerational transfer of problems are discussed in a description of the *Toimiva lapsi & perhe* (Functioning child and family) project; the other areas are only referred to briefly.

The chapter concludes with a review of the work of the steering group supporting the implementation of the national plan on mental health and substance abuse work at the Ministry of Social Affairs and Health. The steering group seeks to support the development of mental health and substance abuse work in various sectors of society. The group guides and evaluates the implementation of the national plan for mental health

and substance abuse work and promotes development of mental health and substance abuse work in its own sectors.

The report ends with thoughts on future challenges in mental health and substance abuse work by Professor Jouko Lönnqvist, a leading expert on Finnish mental health work and the national plan: “The future is largely what we choose to make it. Positive images of the future govern our actions to a great extent. Every person has the right and the opportunity to pursue their own dream. But only shared dreams can shape the future in such a way as to make history.”

Keywords: mental health, mental health disorders, mental health services, mental health promotion, mental health rehabilitation, preventive mental health action, alcohol and drugs, preventive substance abuse action, substance abuse services, substance abuse treatment, substance abuse problems, national plan for mental health and substance abuse work, gambling problems

Sisällys

LUKIJALLE/ESIPUHE	3
TIIVISTELMÄ	4
SAMMANDRAG	6
SUMMARY	9
1 JOHDANTO	15
2 KEHITTYVÄ JA TOIMIVA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO	18
3 ONGELMAT, SAIRASTUVUUS JA HOITO	23
3.1 PSYKKINEN OIREILU, ALKOHOLIN LIIKAKÄYTTÖ JA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN KÄYTTÖ: VUODEN 2010 ALUEELLISEN TERVEYS- JA HYVINVOINTITUTKIMUKSEN TULOKSIA	23
3.2 MITÄ NÄKYVÄ LASTENSUOJELUN IKKUNASTA?	30
3.3 PSYKIATRINEN SAIRAALAHOITO SUOMESSA VUOSINA 2004–2009	41
3.4 OVATKO ALKOHOLIIN LIITTYVÄT KUOLEMAT EHKÄISTÄVISSÄ?.....	50
3.5 POHJOISMAINEN TERVEYDENHUOLLON LAATUOSOITINHANKE	57
4 KOKEMUSASiantuntijuus ja vertaistoiminta	60
4.1 KOKEMUKSESTA OPPIA – VERTAISUUDESTA VOIMAA: ASIAKKAAN ASEMAN VAHVISTAMINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPUOLUN ALUEELLA	60
4.2 YHDESSÄ OLEMME ENEMMÄN	61
4.3 KOKEMUSASiantuntijat – vaikuttamista ja voimaantumista	64
4.4 KOKEMUSASiantuntijuudesta päihdetyössä	69
4.5 VERTAISTOIMINTA HUUMEIDENKÄYTTÄJÄIN TERVEYS- JA SOSIAALINEUVONTAPISTE HELSINGIN VINKISSÄ.....	74
5 UUSIA KÄYTÄNTÖJÄ SYNTYY	78
5.1 EHKÄISEVÄN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KOORDINOINTI – ESIMERKKEJÄ TOIMINNAN SUUNNITTELUSTA JA TOTEUTUKSESTA IMATRALLA	78
5.2 LASTEN JA NUORTEN SOSIOEMOTIONAALISEN KEHITYKSEN TUKEMINEN JA MASENNUKSEN ENNALTAEHKÄISY KOULUSSA	81
5.3 KAARINAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEYKSIKKÖ – MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA MATALALLA KYNNYKSELLÄ YHDEN OVEN PERIAATTEELLA	90
5.4 ESPOON MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUKESKUS EMPPU	97
5.5 KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN INTEGROIDUN AVOHOIDON MALLI HELSINGISSÄ	100
5.6 PERHELINKKI – YHTEISTYÖTÄ YLI HALLINTORAJOJEN	104
5.7 LIIKAA PELISSÄ? HAASTEENA RAHAPELIHAIITTOJEN EHKÄISY	110
5.8 ASUNNOTTOMUUDEN VÄHENTÄMISESSÄ ON MIELTÄ	114
5.9 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KÄYTÄNTÖJEN KUVAAMINEN – MIKSI JA MITEN? KÄYTÄNNÖT ESILLE JA JAKOON HANKETYÖN SUDENKUOPPIA VÄLTÄEN JA UUDET TYÖKALUT KÄYTTÖÖNOTTAEN	119
6 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMAN TOIMEENPANO ETENEE	124
6.1 KASTE-HANKKEET MIELI-SUUNNITELMAN TOIMEENPANOVALUUKSI	124
6.1.1 <i>Tervein Mieliin Pohjois-Suomessa – onnistuuko integraatio?</i>	124
6.1.2 <i>Välittäjä 2009</i>	127
6.1.2.1 Perhe- ja lähisuhdeväkivallan kohtaaminen auttamistyössä – tunnistanko, puutunko, osaanko auttaa? Kouluttautumisesta saatavan tiedon juurruttaminen	128
6.1.2.2 Hyvinvointia Hämeessä.....	130
6.1.2.3 Implementering av ASI-metoden i ny vårdkedja för missbruk i Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård.	134

6.1.3 Mielen avain -hanke Mieli-suunnitelman toimeenpanoväylänä	138
6.1.4 Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke.....	142
6.1.4.1 Mielenterveys- ja päihdeohjelman laatiminen Turkuun.....	144
6.1.4.2 Valintojen vaaka	144
6.1.4.3 Selviämishoitoyksikkö yhteispäivystyksessä.....	146
6.1.4.4 Porin Pakka-hanke	146
6.1.5 Arjen mieli Itä- ja Keski-Suomessa: yhteistyöllä laatua mielenterveys- ja päihdetyöhön	148
6.2 MITÄ KUULUU THL:N KÄRKIHANKKEILLE?	152
6.3 MIELEN TUKI -HANKE	156
6.4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMIEN SEKÄ SOSIAALISEN SYRJÄYTYMISEN YLISUKUPOLVISEN SIIRTUMISEN EHKÄISY – TOIMIVA LAPSI JA PERHE THL:N KÄRKIHANKKEENA.....	158
6.5 STM:N OHJAUSRYHMÄN TOIMINTA	168
7 MASTO-HANKE KOROSTI YHTEISTYÖKÄYTTÄNTÖJÄ MIELENTERVEYDEN JA TYÖKYVYN TUKEMISEKSI.....	171
8 POHDINTAA: MISSÄ OLLAAN, MINNE MENNÄÄN?	175
9 KIRJOITTAJIEN JA TOIMITUSKUNNAN ESITTELY	180

1 Johdanto

Hyvällä mielenterveydellä on suuri merkitys paitsi yksittäiselle ihmiselle, myös koko yhteiskunnalle. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat paljon kärsimystä ja niistä koituvat taloudelliset seuraamukset ovat suuria. Vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeen saajista 38 prosentilla pääasiallisena syynä oli mielenterveyden häiriö. Tämä tarkoittaa 81 142 henkilöä. Luku on ollut tasaisesti kasvava, tosin kasvu näyttää hidastuneen 2000-luvulla. Uusista työkyvyttömyyseläkkeistä noin 30 prosenttia on myönnetty mielenterveyden häiriöiden perusteella, tämä osuus on pysynyt tasaisena koko 2000-luvun kasvettuaan siihen saakka. Viime vuonna 6 789 henkilöä poistui työelämästä näiden syiden takia, tai ei koskaan päässyt työelämään aloittamaan. Käytettävissä olevien tietojen valossa mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa ei ole lisääntynyt. Häiriöitä on kuitenkin paljon. Terveys 2000 tutkimuksen mukaan 6,5 prosenttia suomalaisista aikuisista on sairastanut masennusjakson viimeisen vuoden aikana. Ahdistuneisuushäiriöstä on samana aikana kärsinyt 4 prosenttia. Psykoosiin elämänsä aikana sairastuu 3,5 prosenttia suomalaisista. Alkoholiriippuvuus on 6,5 prosentilla miehistä ja 1,4 prosentilla naisista. Alkoholin kokonaiskulutuksen lisääntyminen 2000-luvulla yli 15 prosentilla on näkynyt monenlaisten alkoholihaittojen yleistymisensä. Vanhempinsa päihdeongelmista kärsivien lasten pahoinvointi näkyy lastensuojelun tarpeen lisääntymisenä. Nuorten päihdeiden käyttö näyttää polarisoituneen ja johtaneen päihteitä runsaasti käyttävien nuorten syrjäytymiskehityksen syvenemiseen. Päihdeiden käytön myötä heikentynyt työelämässä pärjääminen on johtanut työelämästä syrjäytymiseen ja vaikeuksiin päästä takaisin työelämään. Alkoholin pitkäaikaiseen käyttöön liittyvät sairaudet ja kuolemat ovat lisääntyneet. Vuosittain kuolee alkoholiin liittyviin sairauksiin, myrkytyksiin, tapaturmiin tai väkivaltaan lähes 3 000 suomalaista.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämien tietojen mukaan viime vuosina on psykiatrisissa sairaaloissa hoidettu hieman yli 30 000 kansalaista vuodessa ja hoitopäiviä on kertynyt puolitoista miljoonaa. Omasta tahdostaan riippumatta sairaalaan joutui vuonna 2009 yhteensä 9 582 henkilöä. Psykiatrisiin asumispalveluihin oli sijoittunut yli 7 000 ihmistä. Avohoitokäyntejä mielenterveyspalveluissa on yli 2 miljoonaa, tilastointiudistuksen avulla jatkossa saadaan tarkempia lukuja. Päihdehuollon erityispalveluiden avohoidossa A-klinikoilla ja nuorisosemilla kävi vuonna 2010 yhteensä 49 787 henkilöä. Päihdehuollon laitoshoidossa katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä oli 16 981 henkilöä. Päihdehuollon asumispalveluja käytti lähes 7 000 henkilöä. Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidossa olleiden potilaiden määrä vuonna 2009 oli 20 616 henkilöä.

Kansalaisen mahdollisuudet saada hyvää hoitoa mielenterveysongelmiinsa ovat riippuvaisia asuinseudusta. Yhteisten valtakunnallisten linjausten puute on johtanut tilanteeseen, jossa toiset kunnat ovat kehittäneet muille malliksi kelpaavan hoitojärjestelmän, toiset taas yrittävät selvitä minimipalveluilla. Lukija voi mielessään arvailla kumpi tapa tulee kansantalouden kannalta kalliimmaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 eduskunnan aloitteesta Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisesta kehittämisestä. Työryhmän raportti ”Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015” luovutettiin sosiaali- ja terveysministeriölle helmikuussa 2009. Siinä esitetään mielenterveys- ja päihdetyön kansalliset kehittämissuunnitelmat vuoteen 2015 saakka. Kyse on laajasta kokonaisuudesta, jonka toimeenpääntö jakaantuu usean toimijan vastuulle ja jonka toteuttaminen vaatii yhteistyötä lukuisten eri toimijoiden välillä. Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tarkastellaan valtakunnallisella tasolla yhtenä kokonaisuutena. Suunnitelma jakaantuu neljään eri osa-alueeseen: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävän ja ehkäisevän työn osuuden lisääminen, palveluiden toiminnallisen kokonaisuuden kehittäminen, sekä ohjauskeinojen tehostaminen. Mieli-suunnitelman ehdotukset on lyhyesti esitetty seuraavassa:

I Asiakkaan asemaa vahvistetaan

1. Mielensterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaisuutta niin palveluihin pääsyyssä kuin palveluiden saamisessa vahvistetaan. Mielensterveys- ja päihdeongelmiin tulee suhtautua samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin.
2. Mielensterveys- ja päihdepalveluihin pääsee matalalla kynnyksellä ja joustavasti yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksen kautta.
3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielensterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.
4. Tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset kootaan yhteen lakiin. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamisen yhteyteen kehitetään ulkopuolisen asiantuntijan arviointikäytäntö. Lisäksi toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa.
5. Kehitetään hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja niin, että ne edistävät päihde- ja mielensterveyspotilaiden omaehtoista hakeutumista ja sitoutumista hoitoon sekä edistävät työelämään paluuta kuntoutumisen edetessä.

II Panostetaan mielensterveyden ja päihdeettömyyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen

6. Mielensterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen:
 1. Alkoholiverotusta korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta.
 2. Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään.
 3. Tunnistetaan ja ehkäistään mielensterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien.
7. Kunnat tekevät mielensterveys- ja päihdetyön strategian ja sisällyttävät sen osaksi kuntastrategiaa. Ehkäisevän ja edistävän mielensterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan alueellisilla koordinaattoreilla.

III Mielensterveys- ja päihdepalvelut järjestetään avo- ja peruspalveluja painottavana, asiakkaan kannalta joustavasti toimivana kokonaisuutena

8. Kunnat koordinoivat julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin mielensterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi.
9. Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla mielensterveys- ja päihdetyön päivityksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja, jolloin laitospaikkojen tarve vähitellen vähenee. Erikoistason mielensterveys- ja päihdepalveluiden avohoito yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen.
10. Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielensterveys- ja päihdetyö toteutetaan ensisijaisesti lasten ja nuorten arkisessa elinympäristössä, kuten kodissa, päivähoitossa tai koulussa. Mielensterveystyö ja päihdetyön erikoispalvelut tukevat tässä työssä peruspalveluja.
11. Työikäisten mielensterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista edistetään työsterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja Kelan korvauskäytäntöjä kehittämällä. Työsterveystuollon koordinaattoroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä vahvistetaan.
12. Työikäisten mielensterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa. Työelämään pyrkivien työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien kuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan.
13. Ikääntyvien mielensterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja.

IV Mielenterveys- ja päihdetyön ohjaukeinoja kehitetään

14. Mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt määritellään ja sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla kaikkiin peruskoulutuksen opetusohjelmiin.
15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtii keskeisimpien suositusten päivittämisestä ja toteutumisen seurannasta. THL tukee mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen toimeenpanoa muun muassa oppimisverkostotoiminnalla.
16. Kaikki hallinnonalat ottavat huomioon toimintansa ja päätöstensä vaikutuksen kansalaisten mielenterveyteen ja päihdeiden käyttöön. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelun ja kehittämisen valtakunnallista koordinaatiota yhdistetään.
17. Lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi ja kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunnattuja valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Lisäksi tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä.
18. Sosiaali- ja terveysministeriö päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain sekä selvittää mahdollisuuden yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait.

Mieli-suunnitelmaa ja sen toimeenpanoa on tarkemmin esitelty viime vuonna ilmestyneessä ensimmäisessä THL:n julkaisemassa seurantaraportissa Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009 (THL, Avauksia 16/2010). Koko suunnitelma on julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön sarjassa Selvityksiä (2009:3). Molemmat löytyvät suunnitelman toimeenpanon verkkosivuilta www.thl.fi/mielijapaihde.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman todellinen toimeenpano tapahtuu kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Suunnitelman saama vastaanotto onkin ollut hyvä, monet alueet ovat ottaneet ehdotukset uudistamistyön lähtökohdaksi. Suunnitelman ensimmäinen kokonaisuus korostaa asiakkaan aseman parantamista. Uusi terveydenhuoltolaki tukee toimivien ja helposti saavutettavien palvelujen kehittämistä. Valinnanvapaus antaa kansalaiselle mahdollisuuden vaikuttaa palveluihin. Monet muut Euroopan maat ovat viime vuosina laatineet samantyyppisiä suunnitelmia, ja valinnanvapauskin heijastelee länsimaista käytäntöä.

Tässä raportissa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja lainsäädännön uudistamisen tämänhetkistä tilaa sekä keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon haasteita. Raportissa tuodaan esiin myös asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyviä kokemusasiantuntijuuden ja vertaistoiminnan teemoja. Samoin esitellään uusien mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tarkoitettujen yhdistettyjen palvelujen järjestämismalleja, työtapoja sekä kehittämishaasteita. Oman kokonaisuutensa muodostavat mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa keskeisinä toimijoina olevat laajat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet. Raportissa kuvataan myös THL:n toimeenpanosuunnitelman kärkihankkeiden etenemistä sekä STM:n ohjausryhmän toimintaa. Mukana on myös vuonna 2011 päättyneen työikäisten masennuksen ehkäisyyn keskittyneen Masto-hankeen kehittämien työmuotojen kuvaus. Raportin lopussa suomalaisen mielenterveystyön ja kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeinen asiantuntija professori Jouko Lönnqvist pohtii mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuutta ja sen haasteita: ”Tulevaisuus voi olla paljolti myös sitä, minkälaiseksi haluamme sen rakentaa. Myönteiset mielikuvat tulevaisuudesta suuntaavat voimakkaasti omaa toimintaamme. Jokaisella ihmisellä on oikeus ja mahdollisuus omaan unelmaan. Kuitenkin vain yhteiset unelmat rakentavat tulevaisuutta tavalla, joka jää historiaan.”

2 Kehittyvä ja toimiva sosiaali- ja terveydenhuolto

Liisa-Maria Voipio-Pulkki

Hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuus ja peruspalvelujen turvaaminen ovat ajankohtaisia puheenaiheita. Tätä kirjoitettaessa vuoden 2011 eduskuntavaalien tulos ei ole tiedossa. Vaalituloksesta riippumatta sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonala odottaa uudelta hallitusohjelmalta kannanottoa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen ja järjestämiseen. Julkisella järjestämivastuulla on laaja kannatus, mutta palveluiden rahoitus, päätöksenteko ja tuotantotavat jakavat mielipiteitä.

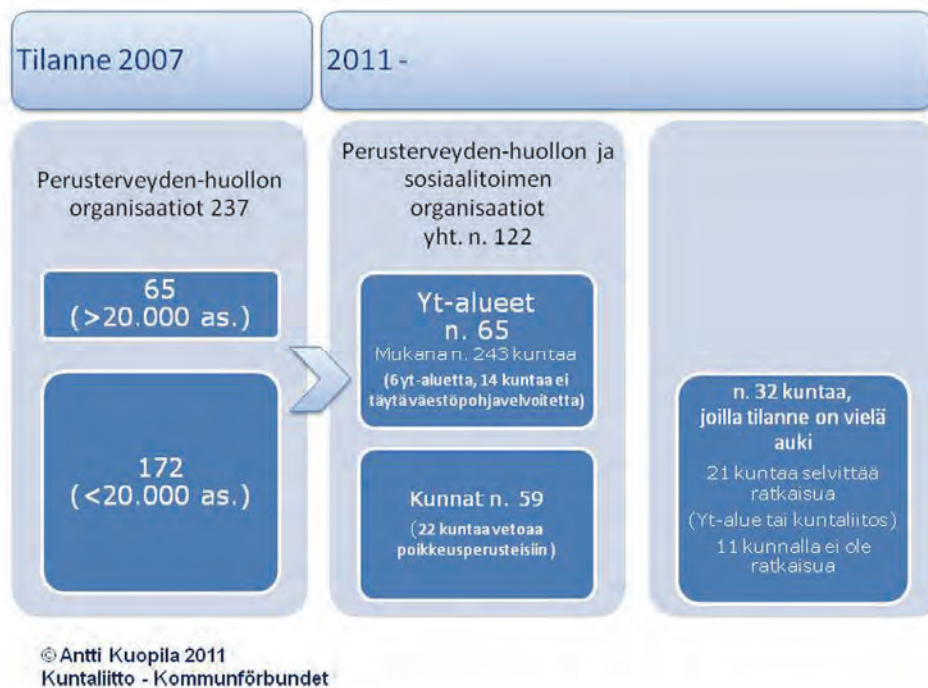
Suomalaisella kunnalla on ollut kokonaisvaltainen vastuu väestönsä terveydestä ja hyvinvoinnista. Palveluiden käyttäjän lisääntyvä valinnanvapaus, järjestämivastuu ja kunnallinen itsehallinto ovat joissakin tilanteissa vaikeasti yhteen sovitettavissa. Jotkut haluaisivat ratkaista jännitteet kokonaisreformilla, kun taas toisten mielestä järjestelmän vaiheittainen uudistaminen riittää. Tuleva hallitusohjelma on tässä avainasemassa. Sitä ennen tulee voimaan uusi terveydenhuoltolaki, jonka toimeenpano on suomalaisen terveydenhuollon merkittävin uudistus yli kahteen vuosikymmeneen.

Kunnallinen järjestämivastuu ja Paras-uudistus

Kestävä sosiaali- ja terveysjärjestelmä sisältää paljon muutakin kuin sinänsä arvokkaat ja välttämättömät korjaavat palvelut. Keskustelussa nousee yhä useammin esille hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suhde palvelujärjestelmään. Uusi terveydenhuoltolaki tuo hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaksi kunnan strategista suunnittelua ja toiminnan seuranta. Terveyskeskuksen tulisi tässä olla aloitteellinen asiantuntija, ja terveyden edistämisen tulisi olla osa jokaista asiakaskontaktia. Myös sairaanhoitopiireille on terveydenhuoltolaissa osoitettu hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tukevia asiantuntijatehtäviä. Periaatteessa kaikki lähestymistavat – ehkäisevä, parantava ja lievittävä – mahtuvat hyvin kunnallisen järjestelmän raaimeihin.

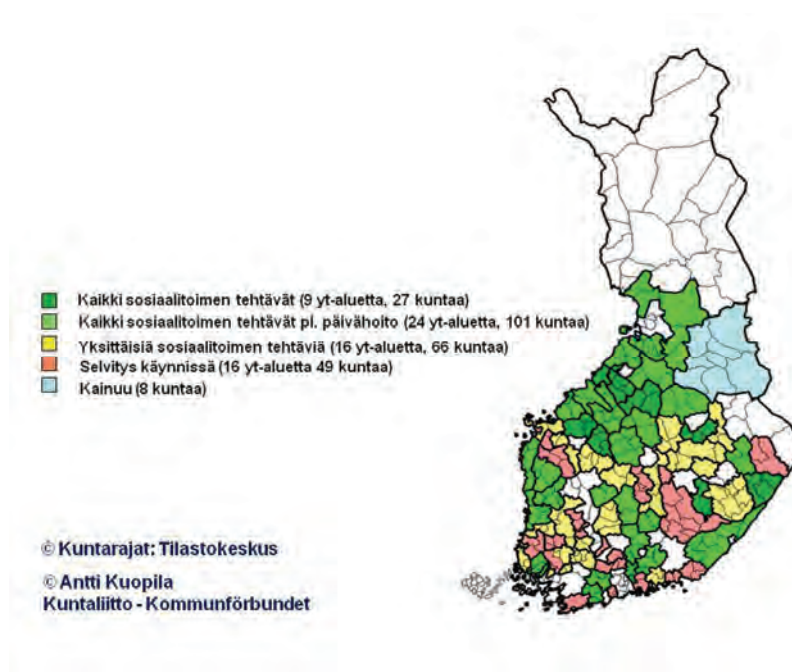
Ongelmat kuntatalouden kantokyvyssä, palveluiden saatavuudessa ja asukkaiden yhdenvertaisuudessa ovat kuitenkin pakottaneet pohtimaan nykymuotoisen kunnallisen järjestämivastuun kestävyyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden toteuttamisessa kunta on toimiva alusta, mutta miten on mahdollista vastata välttämättömistä lähipalveluista ja keskittyvistä erityispalveluista samoissa hallinnollisissa rakenteissa? Toisaalta mitä tapahtuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuudelle, jos kunta ei enää ole koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja muita sektoreita yhdistävä tekijä?

Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras) aloitti näiden kysymysten vakavan pohtimisen. Tavoitteeksi otettiin kuntien välisen vaihtelun hallitseminen väestöpohjaa kasvattamalla. Tällöin asukkaiden perusoi-keudet voisivat toteutua entistä yhdenvertaisemmin. Paras -hankkeen seurauksena itsenäisten terveyskeskusten lukumäärä on karkeasti puolittunut (kuviot 1). Parhaimmillaan hanke onkin voinut parantaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kykyä turvata asukkaille perustuslain mukaiset riittävät palvelut ja toimeenpanna kansallisella tasolla sovitut yhteiset linjaukset. Kuntarakennepainotuksensa takia se ei kuitenkaan ole poistanut sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja informaatio-ohjauksen kehittämisen tarvetta.



Kuvio 1. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestäminen (tilanne 10.2.2011)

Varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden toteutuminen Paras-puitelain mukaisilla yhteistoiminta-alueilla on herättänyt keskustelua (kuvio 2). Keväällä 2012 toteutettava seurantakysely tulee antamaan lisätietoa uudistuksen toimeenpanon tilanteesta koko maassa. Ei ole itsestään selvää, että rakennemuutokseen ja suuruuden ekonomiaan sisältyvä kehittämispotentiaali on kanavoitunut palveluiden turvaamiseen.



Kuvio 2. Yhteistoiminta-alueiden sote -yhtenäisyys vuonna 2013 (arvio 10.2.2011).

Terveydenhuoltolaki tulee voimaan 1.5.2011 – mikä muuttuu?

Uusi terveydenhuoltolaki on kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen sisältöla-ki. Kyseessä on tärkein terveydenhuoltoa koskeva uudistus sitten erikoissairaanhoidon säätämisen, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen uudistamisesta ei päästykään yksimielisyyteen. Menossa on lisäksi lukuisia muita merkittäviä säädöshankkeita, joista mainittakoon sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus, potilaan itsemääräämisoikeutta koskevat säädökset sekä EU:n rajat ylittävän terveydenhuollon direktiivin kansallinen toimeenpano. Uuden hallituksen käsissä on lainsäädännön uudistamisen mahdollinen huipennus, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki. Sitä valmisteleavan virkamies- ja asiantuntijatyöryhmän raportti valmistuu huhtikuun lopussa 2011.

Taulukossa 1 on kuvattu terveydenhuoltolain tarkoituspykälän sisältö. Linjaukset ovat luonteenomaisia sellaiselle terveysjärjestelmälle, joka tukee väestön hyvinvointia ja vahvistaa sosiaalista kestävyttä. Kokonaisuutena terveydenhuoltolaki korostaa kunnan vastuuta sekä hyvinvoinnin ja terveyden suunnitelmallisesta edistämisestä että palvelujen joustavasta järjestämisestä väestön tarpeiden mukaisesti. Keskeinen työväline on valtuustokausittain valmisteltava hyvinvointikertomus ja palvelujen järjestämissuunnitelma. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain.

Lain tarkoituksena on

- edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta
- kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja
- toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta
- vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä
- vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

Taulukko 1. Terveydenhuoltolain tavoitteet (2 §)

Lakiin sisältyy useita käytännön toimenpiteitä, jotka vahvistavat asiakkaan ja potilaan asemaa, ehkäisevää toimintaa ja perusterveydenhuoltoa kokonaisuutena. Valinnan mahdollisuus laajenee asteittain siten, että vuodesta 2014 alkaen on mahdollisuus valita sekä terveyskeskus että kiireettömän erikoissairaanhoidon yksikkö koko maassa. Tarkemmin säädetään eräiden erityisryhmien palveluista kuten terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista, joita on järjestettävä myös ilman opiskelu- tai työpaikkaa jääneille. Uutena asiana on mukaan otettu säädökset vanhuuseläkettä saavien iäkkäiden henkilöiden neuvontapalveluista. Potilaan asemaa vahvistavat myös yhtenäiset hoidon perusteet. Ne ulotetaan asteittain koskemaan myös kiireellisesti hoitoa ja päivystystä.

Potilastietorekistereitä ja potilastietojen käsittelyä uudistetaan merkittävästi: saman sairaanhoitopiirin kaikkien kunnallisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden potilasasiakirjat muodostavat jatkossa yhteisen potilastietorekisterin. Tiedot ovat hoitavien tahojen käytössä yhdellä suostumuksella. Potilaalla on kuitenkin mahdollisuus kieltää jonkin toimintayksikön kaikkien tietojen luovutus toiseen organisaatioon.

Terveydenhuoltolaki korostaa keskitettävän erikoissairaanhoidon järjestämistä suunnitelmallisessa yhteistyössä. Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien on kunnallisvaltuustokausittain laadittava erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Samanaikaisesti terveydenhuoltolain kanssa voimaan astuvalla valtioneuvoston asetuksella säädetään tarkemmin niistä asioista, joita sopimuksessa on käsiteltävä. Samassa asetuksessa on ohjeistusta myös palvelujen järjestämissuunnitelmasta. Laki nimeää palvelujen alueellisen keskitämisen perusteeksi laadun turvaamisen - muuten toiminta on järjestettävä mahdollisimman lähellä asukka-

ta. Laadunhallinnan suunnitelmasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä on laissa erillinen pykälä, jonka nojalla on annettu sosiaali- ja terveysministeriön yksityiskohtaisempi asetus.

Mieli 2009 -ohjelman toimeenpanon kansalliset haasteet

Terveydenhuoltolakia laadittaessa ei puututtu nykyiseen mielenterveys- ja päihdelainsäädäntöön. Tämä johtui ensisijaisesti muista keskeneräisistä lainsäädäntöhankkeista (sosiaalihoitolaki, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskevat säädökset). Terveydenhuoltolaissa korostetaan, että sekä mielenterveys- että päihdetyön tulee muodostaa toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma julkistettiin vuoden 2009 alussa. Se kokosi Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelmassa linjattiin ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä valtakunnallisella tasolla. Painotukset asiakkaan aseman vahvistamisesta, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisestä, ongelmien ehkäisystä ja avohoitopainotteisista peruspalveluista sopivat erinomaisesti myös vuonna 2011 voimaan tulevan terveydenhuoltolain henkeen.

Palvelujärjestelmän kehittämisessä Mieli -ohjelman keskeisiä linjauksia olivat matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. Suunnitelmassa kiinnitettiin erityistä huomiota asiakkaan kannalta yksinkertaiseen hoitoon pääsyyn, minkä jälkeen järjestelmän tehtävänä olisi huolehtia siitä, että asiakas ohjataan eteenpäin hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin. Parhaan avun saaminen edellyttäisi sitä, että palvelujärjestelmä muodostaisi yhtenäisen toiminnallisen kokonaisuuden, joka kattaa monipuolisesti avo- ja laitospalvelut, perus- ja erikoispalvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut. Tässä yhteistyötä ja asiakkaan asemaa korostavassa visiossaan Mieli 2009 -työryhmä ennakoii tulevaisuutta jopa radikaalilla tavalla. Pelkän terveydenhuoltolain nojalla ei voidakaan toimeenpanna kaikkia työryhmän ehdotuksia, vaan siihen tarvittaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain tyyppinen tuki.

Lainsäädännöllisten esteiden poistamisen lisäksi Mieli 2009 -työryhmä teki useita ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kansallisten ohjauskeinojen kehittämiseksi. Näitä olivat esimerkiksi alan lukuisten suositusten päivittäminen ja toteutumisen seuranta, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmiin sisällytettävät minimisisällöt, neuvottelukuntien uudelleenorganisointi ja kehittämistyön riittävä rahoitus. Ehdotusten toteutumista tullaan seuraamaan vuosien 2011–12 aikana tehtävässä väliarvioinnissa. Tulee olemaan mielenkiintoista seurata, millaisin rakentein ja millä aikataululla esimerkiksi yhteisen matalan kynnyksen periaatetta on ryhdytty eri puolella Suomea toteuttamaan.

On selvää, että mielenterveys- ja päihdealojen näkökulman on oltava keskeisesti esillä, kun tehdään uusia kansallisia linjaratkaisuja esimerkiksi yhtenäisistä hoidon perusteista, hoitotakuusta, erityisosaamisen keskittämisestä tai vaikkapa sähköisestä asiointista ja verkkopalveluista. Toisaalta terveydenhuoltolain myötä laajeneva potilaan valinnan mahdollisuus on esimerkki ilmiöstä, jonka asianmukainen toimeenpano mielenterveyspalveluissa on suunniteltava erityisellä huolella.

Kohti sosiaalisesti kestävää Suomea vuonna 2020

Sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävä yhteiskunnallisen ja elinkeinotoiminnan sektori, johon vaikuttavat samanaikaisesti monet sisäiset ja ulkoiset paineet. Kysynnän kasvaessa on julkisten, pääosin verovaroin rahoitettujen palveluiden riittävyyden määrittely erityisen vaativa tehtävä. Keskustelu vauhdittuu viimeistään silloin, kun niin sanotun potilasdirektiivin toimeenpano edellyttää julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyä.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin, sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kuntaliiton toimesta järjestettiin helmikuussa 2011 Terveysfoorumi, jossa syvennettiin ja fokusoi- tiin keskustelua hoidon perusteista ja siitä, miten perustuslain tarkoittamat riittävät palvelut tulisi määritellä. Jatkokeskustelun tavoitteeksi asetettiin, että päätöksentekoon sisältyvä valintojen näkökulma hyväksyt- täisiin ja otettaisiin huomioon kaikissa terveydenhuollon kehittämis- ja lainsäädäntöhankkeissa.

Terveydenhuollon valinnoissa on aina kyse myös arvoista ja periaatteista, joista tärkeimmät ovat oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo sekä kustannusten ja vaikuttavuuden suhde. Avoin ja laajapohjainen yhteiskunnallinen keskustelu näistä kysymyksistä on erityisen tärkeää, jos priorisointikeskustelu laajenee käsittämään myös sosiaalihuollon palvelut. Valintojen tekijöiden vastuu on suurin silloin, kun päätösten vaikutukset kohdistuvat kaikkein heikoimmassa asemassa olevaan väestönosaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategiassa asetetaan tavoitteeksi yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, varmistetaan kaikkien osallisuus sekä edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. Strategiassa korostetaan yksilön ja yhteiskunnan oikeuksien ja velvollisuuksien tasapainoa ja nostetaan esiin myös kolmas sektori keskeisenä uusien toimintamallien kehittäjänä.

Sosiaalisesti kestävä yhteiskunta kohtelee kaikkia jäseniään reilusti ja antaa tarvittavan turvan ja palvelut. Tavoitteena ei kuitenkaan voi olla vain keskimääräisen hyvinvoinnin paraneminen, vaan sosiaalinen kestävyys edellyttää, että hyvinvointi- ja terveyserot pienenevät ja että heikoimmassa asemassa olevien tilanne paranee. Sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä kehityksen edellytykset luodaan työllä ja osallisuudella. Pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan malli on – viimeaikaisista haasteistaan huolimatta – monien mielestä toimivin lähtökohta näiden tavoitteiden yhdistämiseksi myös tulevaisuudessa.

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan avainkysymys tulee lähivuosina olemaan rahoituksen kestävyys heikentyvän huoltosuhteen, suurten ikäluokkien eläköitymisen ja kasvavan palvelukysynnän ristipaineissa. Toimivan palvelujärjestelmän mieltäminen yhdeksi sosiaalisen kestävyuden avaintekijäksi ja demokraattinen, tietoon perustuva päätöksenteko ovat avainasemassa, kun nämä haasteet kohdataan. Maailmanlaajuiset kriisit ovat osoittaneet, miten tärkeää on ylläpitää kansainvälisellä yhteistyöllä saavutetut hyvät turvaverkot ja samalla huolehtia oman yhteiskuntamme elintärkeistä toiminnoista. Mitä paremmassa kunnossa pidämme maamme sosiaali- ja terveydenhuollon, sitä paremmin se palvelee kaikkia asukkaita myös häiriötilanteissa.

Kirjallisuutta:

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:1.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. URL: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Viitattu 18.5.2010.

Terveysfoorumi 2011: Terveydenhuollon valinnat. Duodecim 2011 URL: <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1813512239/terveysfoorumi2011.pdf>

3 Ongelmat, sairastuvuus ja hoito

3.1 Psykkinen oireilu, alkoholin liikakäyttö ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö: vuoden 2010 alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia

Jaana Suvisaari, Mauri Aalto, Jukka Halme, Kaisla Joutsenniemi, Kristiina Kuussaari, Juha Moring, Airi Partanen, Satu Viertiö, Risto Kaikkonen

Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus (ATH) on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2010 käynnistämä tutkimus, joka tuottaa alue- ja kuntatason tietoa aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista, palvelujen tarpeesta ja käytöstä. ATH toteutettiin vuonna 2010 yhteensä 31 000 suomalaisen otoksella Turun kaupungissa, Kainuun maakunnassa ja Pohjois-Pohjanmaalla, ja lisäksi kerättiin koko maata edustavat tiedot. Tavoitteena on, että ATH laajenisi jatkossa valtakunnalliseksi, neljän vuoden välein toteutettavaksi tutkimukseksi.

Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus seurata väestön terveyttä ja hyvinvointia väestöryhmittäin. Kansalliset terveysrekisterit, kuten hoitoilmoitusrekisteri, tuottavat tietoa väestön sairauksista ja niiden hoidosta. Näiden tietojen pohjalta on koottu Sotkanet -tietokanta (<http://www.sotkanet.fi>), josta on mahdollista hakea kuntatason tietoja esimerkiksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettujen prosentuaalisesta määrästä, psykiatrisen sairaalahoidon hoitajaksojen ja hoitopäivien määrästä tai päihdehuollon laitosten hoitajaksojen määrästä. Valtakunnallisten terveysrekisterien rajoituksena on, että ne tuottavat kuntatason tietoa vain hoidetuista ongelmista. Lainsäädäntö edellyttää kuntia seuraamaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa väestöryhmittäin, mutta koettuun terveyteen, hyvinvointiin ja palvelujen tarpeeseen kohdistuvat tutkimukset ovat tähän asti olleet valtakunnallisia, eikä niistä ole ollut mahdollista saada kuntatasoista tietoa. ATH-tutkimuksen tarkoituksena on korjata tämä tietovaje.

ATH toteutettiin kyselytutkimuksena, johon oli mahdollista vastata joko palauttamalla kyselylomake postitse tai vastaamalla kyselyyn Internetissä. Lomakkeet olivat vastaajan kielen mukaan suomeksi, ruotsiksi, venäjäksi tai englanniksi. Otos poimittiin satunnaisotantana, jossa vanhimman ikäryhmän pienempää osuutta korjattiin asettamalla heille kaksinkertainen poimintatodennäköisyys. Eri ikäryhmien (20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat, 75 vuotta täyttäneet) kyselylomakkeiden sisällöt olivat suurelta osin samat, ja lisäksi kullekin ikäryhmälle oli omia kysymyksiä.

Tässä artikkelissa esitellään ensimmäisiä ATH:n mielenterveyttä, alkoholin riskikäyttöä sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttöä koskevia tuloksia.

Masennusoireet ja itsemurha-ajatukset

Masennustilan ydinoireita ovat masentunut mieliala ja kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on tavallisesti ollut kiinnostunut tai jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää. Masennustilalle on tyypillistä, että nämä oireet jatkuvat vähintään kaksi viikkoa ja että niihin liittyy myös muita päivittäistä elämää ja ihmissuhteita häiritseviä oireita, kuten unettomuutta, väsymystä ja keskittymisvaikeuksia. ATH-tutkimuksessa kysyttiin masennustilan ydinoireiden esiintymistä viimeisen 12 kuukauden aikana seuraavilla kysymyksillä:

Onko Teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa:

- ollut mieli maassa, alakuloinen tai masentunut?
- menettänyt kiinnostuksenne useimpiin asioihin, kuten harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, joista yleensä koette mielihyvää?

Nämä oireet kuvaavat masennusoireilun esiintymistä väestössä. Diagnoisitaessa masennustilaa henkilöllä on oltava jompikumpi näistä oireista vähintään kahden viikon ajan, mutta lisäksi edellytetään, että henkilöllä on ollut myös muita oireita.

Näiden oireiden lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin itsetuhoisuutta kahdella kysymyksellä:

- Onko Teillä ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana?
- Oletteko yrittänyt itsemurhaa 12 viime kuukauden aikana?

ATH-tutkimuksen mukaan noin viidesosalla aikuisväestöstä on viimeisen vuoden aikana ollut vähintään kaksi viikkoa kestänyt jakso, jolloin he kokivat mielialansa masentuneeksi tai alakuloiseksi suurimman osan ajasta. Alueiden välillä oli pieniä eroja: masennusoireet olivat yleisempiä Turussa kuin muilla otosalueilla. Ero havaittiin masentuneessa mielialassa, ei mielihyvän menettämisessä. Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan alueilla masennusoireilu oli yhtä yleistä miehillä ja naisilla, sen sijaan Turun ja koko maan otoksissa masennusoireilu oli jonkin verran yleisempää naisilla kuin miehillä. Itsemurha-ajatuksia oli ollut 6–8 prosentilla ja 0,2–0,5 prosenttia oli yrittänyt itsemurhaa. Itsetuhoisuudessa ei ollut merkittäviä alueellisia eroja. (Taulukko 1.)

Alue Su	kupuoli ja sukupuolet yhteensä	Masentuneisuus (%)	Mielihyvän menettäminen (%)	Masentuneisuus ja mielihyvän menettäminen (%)	Itsemurha-ajatukset (%)	Itsemurha-yritys (%)
Koko maa	Miehet	18	20	15	6	0,2
	Naiset	22	21	17	6	0,2
	Yhteensä	20	21	16	6	0,2
Turku	Miehet	22	23	17	8	0,3
	Naiset	27	24	19	8	0,6
	Yhteensä	24	23	18	8	0,5
Pohjois-Pohjanmaa	Miehet	20	24	17	8	0,7
	Naiset	22	21	16	7	0,3
	Yhteensä	21	22	17	8	0,5
Kainuu	Miehet	20	24	17	6	0,4
	Naiset	22	22	16	6	0,1
	Yhteensä	21	23	16	6	0,3

Taulukko 1. Masennusoireilun yleisyys eri tutkimusalueilla viimeisen 12 kuukauden aikana (%)

Eri ikäryhmien välillä oli selviä eroja masennusoireilun yleisyydessä. Masennusoireilu oli yleisintä 20–54-vuotiailla ja harvinaisinta 55–74-vuotiailla. Mielihyvän menettämisen kokeminen oli yhtä yleistä 20–54-vuotiailla ja toisaalta 75 vuotta täyttäneillä. Masennusoireet olivat 75 vuotta täyttäneillä yleisempiä Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla kuin Turun ja koko maan otoksissa. Turun alueella masennusoireita oli 20–54-vuotiailla enemmän kuin muiden alueiden vastaavissa ikäryhmissä. (Taulukko 2.)

Alue ikär	yhvät	Masentuneisuus (%)	Mielihyvän menettäminen (%)	Masentuneisuus ja mielihyvän menettäminen (%)	Itsemurha-ajatukset (%)	Itsemurhayritys (%)
Koko maa	20–54	23	22	19	8	0,3
	55–74	15	16	11	3	0,2
	≥ 75	16	23	12	2	0
Turku	20–54	29	26	21	11	0,6
	55–74	17	17	13	4	0,3
	≥ 75	18	24	13	3	0
Pohjois-Pohjanmaa	20–54	24	25	19	10	0,7
	55–74	15	15	10	4	0
	≥ 75	21	28	16	2	0
Kainuu	20–54	24	24	18	9	0,3
	55–74	17	19	13	4	0,2
	≥ 75	23	31	18	3	0,2

Taulukko 2. Masennusoireilun yleisyys eri ikäryhmissä viimeisen 12 kuukauden aikana (%)

Masennusoireiden lisäksi tutkittavilta kysyttiin, onko heillä ollut itsemurha-ajatuksia viimeisen 12 kuukauden aikana. Itsemurha-ajatuksia oli ollut 6–8 prosentilla miehistä ja naisista, eikä niiden esiintymisessä ollut alueellisia eroja. Itsemurha-ajatukset olivat yleisimpiä nuorimmassa ikäryhmässä ja harvinaisimpia 75 vuotta täyttäneillä. Itsemurhayritykset olivat harvinaisia: niiden esiintyvyys viimeisen 12 kuukauden aikana vaihteli Kainuun 0,2 prosentista Turun ja Pohjois-Pohjanmaan 0,5 prosenttiin. Myös itsemurhayritykset olivat yleisimpiä nuorimmassa ikäryhmässä. (Taulukot 1 ja 2.)

Alkoholin liikakäyttö

Alkoholin liikakäytöllä tarkoitetaan sellaista alkoholinkäyttöä, johon liittyy terveyshaittoja tai huomattava riski sellaisesta. Alkoholin liikakäyttöä kartoitettiin ATH-tutkimuksessa AUDIT-C-kyselyllä. AUDIT-C koostuu kolmesta kysymyksestä, joista ensimmäisessä kysytään, kuinka usein henkilö juo alkoholijuomia, toisessa kysytään, kuinka monta annosta henkilö yleensä ottaa niinä päivinä, jolloin hän käyttää alkoholia, ja kolmannessa kysytään, kuinka usein henkilö juo kerralla kuusi tai useampia annoksia. Kustakin kysymyksestä voi saada 0–4 pistettä. Pisteet lasketaan yhteen, jolloin kokonaispistemääräksi voi saada 0–12 pistettä. Henkilöt, jotka eivät viimeisen vuoden aikana olleet käyttäneet alkoholia ollenkaan, eivät täyttäneet AUDIT-C:tä. He ovat kuitenkin mukana laskelmissa niiden joukossa, joilla ei ole alkoholin liikakäyttöä. Liikakäytön pisterajoina on miehillä vähintään 6 pistettä ja naisilla vähintään 5 pistettä.

Alkoholin liikakäytön esiintyvyys vaihteli merkittävästi eri alueilla. Yleisintä se oli Turussa ja koko maan aineistossa, harvinaisinta Kainuussa. Alkoholin liikakäyttö oli lähes kaksi kertaa yleisempää miehillä kuin naisilla. Myös ikäryhmien välillä oli huomattavia eroja. Kun 20–54-vuotiaista 33–41 prosentilla oli alkoholin liikakäyttöä, 75 vuotta täyttäneistä vain muutama prosentti käytti alkoholia liikaa. (Taulukko 3.)

Alue Y	hteensä (%)	Miehet (%)	Naiset (%)	20–54-vuotiaat (%)	55–74-vuotiaat (%)	75 vuotta täyttäneet (%)
Koko maa	30	38	22	36	23	6
Turku	35	46	25	41	31	7
Pohjois-Pohjanmaa	29	37	20	33	23	2
Kainuu	25	34	17	33	20	3

Taulukko 3. Alkoholin liikakäyttö eri alueilla (%)

Palvelujen käyttö mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi

Eri palvelujen käytöstä viimeisen 12 kuukauden aikana mielenterveys- tai päihdeongelmien vuoksi kysyttiin 20–54-vuotiailta. Palvelujen käyttö ryhmiteltiin analyyseissä seuraavasti: terveyskeskus, työterveys-huolto ja opiskelijaterveydenhuolto olivat perusterveydenhuollon palveluja, psykiatrian poliklinikka ja psykiatrinen sairaala erikoissairaanhoidon palveluja, A-klinikka, katkaisuhuolto ja huumeiden käyttäjien terveysneuvonta päihdehuollon erityispalveluja ja kuntoutuslaitos, muu sairaalahoito ja muu hoitopaikka muuta hoitoa. Yksityissektorin palvelut olivat omana ryhmänään.

Palvelujen käyttö oli huomattavasti tavallisempaa mielenterveysongelmien kuin päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi: alueesta riippuen 8–12 prosenttia vastaajista oli ilmoittanut käyttäneensä palveluja mielenterveysongelmien vuoksi viimeisen vuoden aikana, kun taas päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi palveluja ilmoitti käyttäneensä vain 0,2–1,4 prosenttia vastaajista. Palvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi oli tavallisinta Turussa ja harvinaisinta Kainuussa. Päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi palvelujen käyttö oli harvinaisinta koko maan otoksessa. Mielenterveysongelmien vuoksi käytettiin perusterveydenhuollon palveluja hieman enemmän kuin erikoissairaanhoidon palveluja Kainuuta lukuun ottamatta, sen sijaan päihdeongelman vuoksi käytettiin useammin päihdehuollon erityispalveluja kuin peruspalveluja. Yksityispalvelujen käyttö oli tavallisinta Turussa ja harvinaisinta Kainuussa, mikä heijastanee alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa. (Taulukko 4.)

Itsemurha-ajatukset ovat merkki siitä, että psyykkistä oireilua olisi syytä kartoittaa tarkemmin, ja jokaisen itsemurhaa yrittäneen tulisi saada tehokasta hoitoa. 20–54-vuotiaista, joilla viimeisen vuoden aikana oli ollut itsemurha-ajatuksia, 39 prosenttia oli käyttänyt palveluja mielenterveysongelman vuoksi, ja itsemurhaa viimeisen vuoden aikana yrittäneistä 77 prosenttia oli käyttänyt palveluja mielenterveysongelman vuoksi.

Alue	Palveluiden käyttösyy	Perusterveydenhuollon palvelut (%)	Erikoissairaanhoidon palvelut (%)	Päihdehuollon erityispalvelut (%)	Yksityissektori (%)	Muu hoito (%)	Mikä tahansa hoito (%)
Koko maa	Mielenterveysongelma	6,4	4,3	0,6	3,6	1,1	10,0
	Päihdeongelma	0	0,1	0,2	0	0	0,2
Turku	Mielenterveysongelma	6,8	5,3	0,2	5,1	0,8	12,0
	Päihdeongelma	0,5	0,3	0,9	0,2	0,1	1,4
Pohjois-Pohjanmaa	Mielenterveysongelma	6,0	4,3	0,1	2,2	1,1	9,2
	Päihdeongelma	0,1	0,03	1,0	0,05	0,1	1,2
Kainuu	Mielenterveysongelma	4,6	5,0	0,3	1,7	0,8	8,1
	Päihdeongelma	0,5	0,2	0,7	0	0,1	1,2

Taulukko 4. 20–54-vuotiaiden palvelujen käyttö mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi (%)

Koettu mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävyys

Kaikilta ikäryhmiltä kysyttiin, olivatko he mielestään saaneet riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana. Kysymyssarja kattoi erilaisia palveluja, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdepalvelut. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: palvelun tarvetta ei ollut ollut, palvelun tarve oli ollut mutta palvelua ei saatu, palvelua oli käytetty mutta se ei ollut ollut riittävää sekä palvelua oli käytetty ja se oli ollut riittävää.

Alueesta riippuen 6–9 prosenttia väestöstä ilmoitti tarvitseensa mielenterveyspalveluja viimeisen vuoden aikana. Suurin osa palveluita tarvitseista oli saanut mielenterveyspalveluja. (Taulukko 5.)

	Ei tarvetta (%)	On ollut tarve, palvelua ei saatu (%)	On käytetty, palvelu ei riittävä (%)	On käytetty, palvelu riittävä (%)
Koko maa	93,2	1,0	1,1	4,7
Turku	91,4	1,7	1,7	4,2
Pohjois-Pohjanmaa	93,8	1,3	1,7	3,2
Kainuu	93,8	0,8	0,9	4,5

Taulukko 5. Mielenterveyspalvelujen tarve, käyttö ja riittävyys viimeisen 12 kuukauden aikana (%)

Koska 20–54-vuotiaista suurempi osa ilmoitti käyttäneensä palveluja mielenterveysongelman vuoksi kuin tässä kysymyksessä ilmoitti käyttäneensä mielenterveyspalveluja, tarkastelimme kysymysten välistä ristiriitaa tarkemmin. Suurin syy ristiriitaan oli se, että pelkästään perusterveydenhuollossa mielenterveysongelmien vuoksi käyneistä 49 prosenttia vastasi, ettei ollut tarvinnut mielenterveyspalveluja ja 10 prosenttia ilmoitti tarvitseensa mielenterveyspalveluja, muttei saaneensa niitä. Monet eivät siis mieltäneet perusterveydenhuollossa asiointia mielenterveyspalvelujen käytöksi.

Vain noin prosentti vastanneista koki tarvitseensa päihdepalveluja viimeisen vuoden aikana. Useimmat palveluja tarvitsevat olivat myös saaneet niitä. Samoin kuin mielenterveyspalvelujen käytön kohdalla, myös tässä kysymyksessä vain peruspalveluita päihteisiin liittyvän ongelman vuoksi käyttäneistä puolet vastasi tässä kysymyksessä, ettei ollut tarvinnut päihdepalveluja. (Taulukko 6.)

	Ei tarvetta (%)	On ollut tarve, palvelua ei saatu (%)	On käytetty, palvelu ei riittävä (%)	On käytetty, palvelu riittävä (%)
Koko maa	99,3	0,2	0,1	0,5
Turku	98,7	0,3	0,3	0,8
Pohjois-Pohjanmaa	99,0	0,1	0,4	0,6
Kainuu	99,0	0,1	0,1	0,7

Taulukko 6. Päihdepalvelujen tarve, käyttö ja riittävyys viimeisen 12 kuukauden aikana (%)

Alkoholin käytön vähentämiseen ohjaaminen ja päihteen käytön lopettamiseen tähtäävään ryhmään osallistuminen

Tutkimukseen sisältyi myös kysymys elintapamuutoksiin kehottamisesta. Osana tätä kysymyssarjaa tutkitavilta kysyttiin, oliko lääkäri tai terveydenhoitaja/työterveyshoitaja kehottanut heitä 12 viime kuukauden aikana vähentämään alkoholin käyttöä. Alueesta riippuen terveydenhuollon ammattilainen oli kehottanut 2,0–3,2 prosenttia vastanneista vähentämään alkoholin käyttöä. Miehiä oli kehoitettu vähentämään alkoholin käyttöä selvästi useammin kuin naisia. Alkoholin liikakäytön raja ylittyi 82 prosentilla niistä, joita terveydenhuollon ammattilainen oli kehottanut vähentämään alkoholin käyttöä, joten alkoholin käytön vähentämisen kehoitus mitä ilmeisimmin useimmiten liittyi päihdeongelmaan eikä fyysiseen sairauteen, jonka yhteydessä vähäinenkin alkoholin käyttö olisi vaaraksi. (Taulukko 6.)

Päihteen käytön lopettamiseen tähtäävään ryhmään oli viimeisen vuoden aikana osallistunut 0,3–0,8 prosenttia vastanneista. Heistä vajaa puolet oli käyttänyt myös muita päihdepalveluja. Ryhmiin osallistumisessa ei ollut merkittäviä sukupuolieroja. (Taulukko 7.)

Alue	Sukupuoli	Päihteen käytön lopettamiseen tähtäävään ryhmään osallistuminen (%)	Terveystieteiden ammattilainen kehottanut vähentämään alkoholin käyttöä (%)
Koko maa	Miehet	0,7	5,5
	Naiset	0,2	1,1
	Yhteensä	0,4	3,2
Turku	Miehet	0,9	4,9
	Naiset	0,6	0,9
	Yhteensä	0,8	2,8
Pohjois-Pohjanmaa	Miehet	0,6	2,9
	Naiset	0,2	1,2
	Yhteensä	0,4	2
Kainuu	Miehet	0,3	4,2
	Naiset	0,4	1,5
	Yhteensä	0,3	2,8

Taulukko 7. Päihteen käytön lopettamiseen tähtäävään ryhmään osallistuminen ja terveydenhuollon ammattilaisen kehoitus vähentää alkoholin käyttöä (%)

Pohdinta

Psyykinen oireilu on ATH-tutkimuksen mukaan väestössä tavallista, eikä siinä juurikaan todettu eroja miesten ja naisten välillä. Tässä raportissa tarkasteltiin masennusoireiden ja itsemurha-ajatusten esiintymistä. Viidesosalla vastaajista oli ollut vähintään kaksi viikkoa kestänyt masentuneen mielialan jakso viimeisen vuoden aikana. Itsemurha-ajatuksia oli viimeisen vuoden aikana ollut 6–8 prosentilla, ja ne olivat miehillä ja naisilla yhtä yleisiä. Masennusoireita esiintyi 55–74-vuotiailla vähemmän kuin nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä. Itsemurha-ajatukset ja -yritykset olivat huomattavasti yleisempiä nuorimmassa ikäryhmässä kuin vanhemmilla. Alueelliset erot mielenterveysoireilussa olivat vähäisiä.

Masennusoireilu on huomattavasti yleisempää kuin vakava masennustila. Vakavan masennusjakson oli vuosina 2000–2001 toteutetun Terveys 2000-tutkimuksen mukaan sairastanut viimeisen 12 kuukauden aikana 4,9 prosenttia suomalaisista, ja pitkäkestoista masennusta sairasti 2,5 prosenttia suomalaisista (Pirkola ym 2005). Masennushäiriöt olivat yleisempiä naisilla, joilla niiden esiintyvyys viimeisen vuoden aikana oli 8,2 prosenttia, kuin miehillä, joilla esiintyvyys oli 4,5 prosenttia. Masennushäiriöiden esiintyvyys väheni iän myötä. ATH-tutkimuksen mukaan masennuksen ydinoireita, masentunutta mielialaa ja mielenkiinnon vähenemistä, on kuitenkin naisilla ja miehillä yhtä paljon. Nämä masennusoireet olivat 75 vuotta täyttäneillä lähes yhtä yleisiä kuin 20–54-vuotiailla. Itsemurha-ajatukset ja -yritykset, jotka ovat yleensä merkki hoitoa vaativasta mielenterveysongelmasta, olivat kuitenkin harvinaisia vanhimmassa ikäryhmässä.

Alkoholin liikkakäyttö on tutkimuksen mukaan väestössä tavallista. Koko maassa AUDIT-C:n mukaan 30 prosenttia oli liikkakäyttäjiä. Liikkakäytön esiintyvyys vaihteli odotetusti eri alaryhmien välillä. Se oli yleisempää miehillä kuin naisilla ja 20–54-vuotiailla kuin vanhemmilla ikäryhmillä. Tutkittujen alueiden välillä oli myös eroja alkoholin liikkakäytössä, joka oli yleisintä Turussa ja harvinaisinta Kainuussa.

AUDIT-C:n liikkakäyttöön viittaava pisteraja on valittu siten, että kysely tunnistaisi alkoholin liikkakäyttäjät riskikäyttäjistä alkoholiriippuvaisiin (Seppä & Aalto 2009). Tämän ryhmän tiedetään hyötyvän joko neuvonnasta tai hoidosta. Kyselyt aliarvioivat tunnetusti alkoholin liikkakäyttäjien määrän. Tämän vuoksi

AUDIT-C:n liikakäyttöön viittaava pisteraja oli riittävän alhainen (Aalto ym. 2009). Tutkimuksessa ikään-tyneillä käytettiin samoja pisterajoja kuin työikäisillä. Huomioiden mitattavan ilmiön ja tutkimusmenetelmien erot ATH-tutkimuksen tulokset vastaavat hyvin Juomatapatutkimuksen tuloksia (Mäkelä ym. 2010). Sen sijaan ATH-tutkimuksessa liikakäytön esiintyvyys oli selvästi suurempi kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa (Halme ym. 2008). Eroa selittää eri tutkimusajankohta ja -menetelmät.

Ikäryhmässä 20–54-vuotiaat oli käytetty palveluita mielenterveysongelman vuoksi enemmän kuin Terveys 2000-tutkimuksessa, jossa ikäryhmässä 30–54-vuotiaat 7,8–9,9 prosenttia naisista ja 4,2–6,7 prosenttia miehistä ilmoitti käyttäneensä terveystalvuuksia mielenterveydellisten ongelmien vuoksi (Pirkola ym. 2002). Kysymys oli muotoiltu Terveys 2000-tutkimuksessa siten, että siinä kysyttiin vain terveystalvuuksien käyttöä, mikä saattaa jossain määrin selittää eroa. Toisaalta esimerkiksi masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla siten, että kun vuonna 2000 masennuslääkitystä oli käyttänyt 25–64-vuotiaista 6,3 prosenttia, vuonna 2009 vastaava luku oli jo 9,9 prosenttia (Sotkanet, Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 25–64-vuotiaat). Viitteitä siitä, että psyykinen oireilu olisi merkittävästi lisääntynyt 2000-luvulla, ei ole. Esimerkiksi ATH-tutkimuksen masennusoireilua koskevat kysymykset kysyttiin myös Terveys 2000 -tutkimuksessa nuorille aikuisille tehdyssä mielenterveystutkimuksessa (Suvisaari ym. 2009). Kun ATH-tutkimuksessa ikäryhmässä 20–29-vuotiaat 23–33 prosentilla oli ollut vähintään kahden viikon kestävä masentuneen mielialan jakso ja 21–30 prosentilla kahden viikon jakso, jolloin he olivat kokeneet mielihyvän menettämisen tunnetta, vastaavat luvut Terveys 2000:n nuorten aikuisten aineistossa olivat 26 prosenttia ja 29 prosenttia. Lisääntynyt avun hakeminen saattaa selittyä sillä, että väestön tietoisuus psyykkisistä vaikeuksista on lisääntynyt ja kynnys hakea apua madaltunut sekä mahdollisesti muutoksilla palvelujen saatavuudessa.

Palvelujen käyttö päihteiden käytön takia 20–54-vuotiaiden ikäryhmässä oli harvinaista. Ainoastaan 0,2–1,4 prosenttia vastaajista kertoi käyttäneensä palveluita päihdeongelman vuoksi. Näyttäisi siltä, että kaikilla tutkimusalueilla päihteiden käytön takia hakeudutaan useammin päihdehuollon erityis- ja palvelujen piiriin kuin peruspalveluihin. Terveystalvuuksien ammattilainen oli kehottanut 2,0–3,2 prosenttia vastaajista vähentämään alkoholin käyttöään. Tulos on samansuuntainen Aikuisväestön terveystalvuuksien tutkimuksen (AVTK) kanssa, jossa lääkäri tai joku muu terveystalvuuksien henkilökuntaan kuuluva oli kehottanut 3,7 prosenttia vastaajista vähentämään alkoholin käyttöään (Helakorpi ym. 2010).

Palvelujen käyttö päihteiden ongelmallisen käytön takia oli yllättävän vähäistä, kun sitä verrataan alkoholin liikakäyttöön, jota todettiin 33–41 prosentilla 20–54-vuotiaista vastanneista. Tämä saattaa kertoa siitä, että osa AUDIT-testillä alkoholin liikakäyttäjiksi luokitelluista henkilöistä ei vielä itse koe päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja (riskikäyttö) tai koetut haitat (haitallinen käyttö) eivät tunnu niin suurilta, että niitä pitäisi lähteä hoitamaan. Riippuvuuskäytön myötä alkoholin ympärille kapeutunut elämä johtaa todennäköisesti hakemaan apua joko palveluista tai vertaistuesta. Terveys 2000 -tutkimuksessa (Pirkola ym. 2002, Pirkola ym. 2005) päihderiippuvuudesta viimeisen 12 kuukauden aikana kärsineitä arvioitiin olevan kaikkiaan 4 prosenttia 30-vuotiaista tai vanhemmista, ja osuus oli 30–54-vuotiailla miehillä 7,2–8,5 prosenttia ja samanikäisillä naisilla 1,2–2,7 prosenttia.

Päihdeongelmasta selviytymisen tapoja tutkittaessa on todettu, että päihdeongelmasta spontaanisti toipuneita – ilman vertaistukea tai ammatillista päihdehoitoa toipuneita – arvioidaan olevan 14–50 prosenttia päihdeongelmallisista (Kuusisto 2009). Jos päihderiippuvuudesta kärsineistä ainakin puolet hakeutuisi hoitoon tai vertaistalvuuksien, yli 30-vuotiaita hoidossa olevia päihdeongelmallisia pitäisi olla tällöin ainakin kaksi prosenttia. Tässä ATH-tutkimuksessa päihdeongelmiinsa hoitoa saaneiden ja todennäköisesti jo vakavampia ongelmia tai riippuvuutta kokeneiden osuudet vaihtelivat 0,2–1,4 prosentin välillä. Alhaiset luvut voivat johtua mahdollisen palveluiden käytön aliraportoinnin lisäksi myös siitä, että tällaiset tutkimukset eivät tavoita kaikkein vaikeimmissa olosuhteissa eläviä päihdeongelmallisia. Vaikka kaikki alkoholin liikakäyttäjät eivät tule hakemaan apua palvelujärjestelmästä alkoholin käyttönsä vuoksi, liikakäyttäjien suuri määrä aineistossa kertoo kuitenkin siitä, että palvelujärjestelmään kohdistuu myös tulevaisuudessa ongelmalliseen päihteiden käyttöön liittyviä paineita.

Tutkimuksen rajoituksena on, että vastauskato oli suhteellisen suuri. Erityisen alhainen oli 20–34-vuotiaiden osallistumisaktiivisuus: tässä ikäryhmässä miehistä alle 30 prosenttia ja naisista runsas 40 pro-

senttia palautti lomakkeen, kun esimerkiksi ikäryhmässä 65–74-vuotiaat miehistä 60 prosenttia ja naisista 67 prosenttia palautti lomakkeen. Vaikka puuttuvaa tietoa korjattiin tilastanalyseissä painokertoimia käyttämällä, sen vaikutusta ei täysin pysty huomioimaan. Aikaisemman suomalaistutkimuksen mukaan päihdehäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleet ja vain perusasteen koulutuksen suorittaneet miehet osallistuvat harvimminkin kyselytutkimukseen (Haapea ym. 2008). Tutkimuksissa on myös havaintoja siitä, että henkilöillä, jotka jättävät vastaamatta tutkimuksiin tai jäävät otoskehikon ulkopuolelle, on useammin vakavia alkoholiongelmia kuin vastanneilla (Huhtanen & Mäkelä 2010). Näin ollen vastauskadolla on todennäköisesti ollut eniten vaikutusta päihdehoitoa koskeviin kysymyksiin.

Kirjallisuus:

- Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Halme Jukka T & Seppä, Kaija: AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug Alcohol Depend* (2009): 103, 25-29.
- Haapea, Marianne & Miettunen, Jouko & Läärä, Esa & Joukamaa, Matti I & Järvelin, Marjo-Riitta & Isohanni, Matti K & Veijola, Juha M: Non-participation in a field survey with respect to psychiatric disorders. *Scandinavian Journal of Public Health* (2008): 36, 728-36.
- Halme, Jukka T & Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Pirkola, Sami & Poikolainen, Kari & Lönnqvist, Jouko & Aalto, Mauri: Hazardous Drinking: Prevalence and Associations in the Finnish General Population. *Alcohol Clin Exp Res* (2008): 32, 1615–1622.
- Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti: Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos, raportti 7/2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce5ee5c1-6df4-44c2-bcd7-c3b735019570>. Viitattu 23.3.2011.
- Huhtanen, Petri & Mäkelä, Pia: Miten juomatapatutkimuksen aineistot on muodostettu. Kirjassa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.): Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Kuusisto, Katja: Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, sosiaalityön tutkimuksen laitos, 2009. URL: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7957-1.pdf>. Viitattu 20.3.2011.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli: Koskevatko juomisen riskit vain pientä vähemmistöä? Kirjassa: Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.): Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Pirkola, Sami & Lönnqvist, Jouko & mielenterveyden ryhmä: Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Kirjassa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.): Terveystietä ja toimintakyky Suomessa. Terveystietä 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu- ja B3/2002. Helsinki 2002. URL: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>. Viitattu 23.3.2011.
- Pirkola, Sami P & Isometsä, Erkki & Suvisaari, Jaana & Aro, Hillevi & Joukamaa, Matti, Poikolainen, Kari & Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo & Lönnqvist, Jouko K: DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population—results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2005): 40, 1-10.
- Seppä, Kaija & Aalto, Mauri: Lyhyet alkoholikyselytestit Suomen riskikuluttajilla. Kirjassa: Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista - Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Helsinki: Edita & Alkoholi- ja Huumetutkijain seura ry, 2009.
- Suvisaari, J & Aalto-Setälä, T & Tuulio-Henriksson, A & Härkänen, T & Saarni, SI & Perälä, J & Schreck, M & Castaneda, A & Hintikka, J & Kestilä, L & Lähteenmäki, S & Latvala, A & Koskinen, S & Marttunen, M & Aro, H & Lönnqvist, J: Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* (2009): 39, 287–299.

3.2 Mitä näkyy lastensuojelun ikkunasta?

Tarja Heino, Salla Säkkinen

Taustaa

Lastensuojelulaissa määritellään kolmitasoinen vastuu lapsen oikeuksien turvaamiseksi. Lapsen vanhemmillä ja muilla huoltajilla on ensisijainen vastuu turvata lapselle tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi. Toiseksi lasten ja perheiden kanssa toimivien ammattilaisten ja viranomaisten tehtävä on tukea vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään ja pyrkiä tarjoamaan perheelle tarpeellista apua riittävän varhain sekä

ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa lastensuojelun piiriin. Kolmanneksi lastensuojelulle on määritelty sekä ennaltaehkäisevä että viimesijainen tehtävä tukea kaikin tavoin lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä sekä turvata lapsen oikeus erityiseen suojeluun.

Ehkäisevän lastensuojelun käsite tuotiin vuoden 2008 lastensuojelulakiin. Tällä tarkoitetaan erilaisia kunnan järjestämiä palveluja ja toimintaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi silloin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Ehkäisevää lastensuojelua on tuki ja erityinen tuki, jota annetaan esimerkiksi opetuksessa, nuorisotyössä, päivähoidossa, äitiys- ja lastenneuvolassa sekä muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa – myös aikuispalvelujen piirissä.

Lastensuojelulaki määrittää lastensuojelun lapsi- ja perhekohtaiseksi lastensuojeluksi. Se tarkoittaa, että lastensuojeluasian vireille tultua tehdään lastensuojelutarpeen selvitys ja asiakassuunnitelma sekä järjestetään lapselle ja perheelle sen mukaisia palveluja, avohuollon tukitoimia tai järjestetään lapsen hoito ja huolenpito oman kodin ulkopuolella.

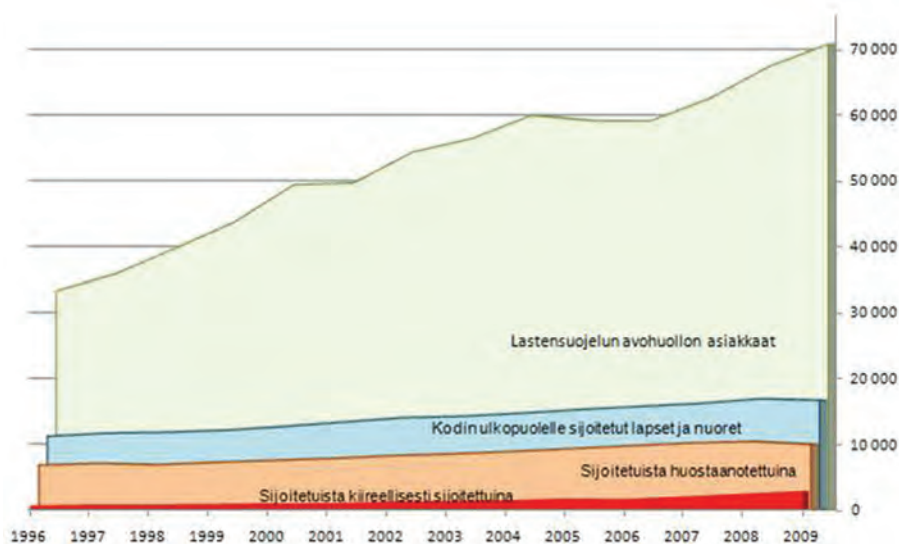
Lakitasolla ei määritellä oireita tai kuvata tilanteita, joissa lastensuojelun on ryhdyttävä viimesijaisiin toimiin, vaan arviointi perustuu sosiaalityöntekijän tekemään ammatilliseen kokonaisarvioon. Laissa määritellään sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen velvollisuus ryhtyä avohuollon tukitoimiin viipymättä 1) jos kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä; taikka 2) jos lapsi käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään (34 §). Avohuollon kriteerit ovat siten melko väljät.

Lapsen huostaanottoon voi ja pitää ryhtyä, jos (40 §) puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kasvuolosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä; tai lapsi vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai muulla niihin rinnastettavalla käyttäytymisellään. Lisäksi edellytetään, että avohuollon toimet eivät olisi lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia tai mahdollisia taikka ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Näiden kriteerien täyttyminenäkään ei vielä oikeuta ryhtymään huostaanottoon, vaan vielä edellytetään, että sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista. Lapsen edun arvioinnissa huomiotavat seikat on myös määritelty laissa.

Lastensuojelun kehityskulkuja

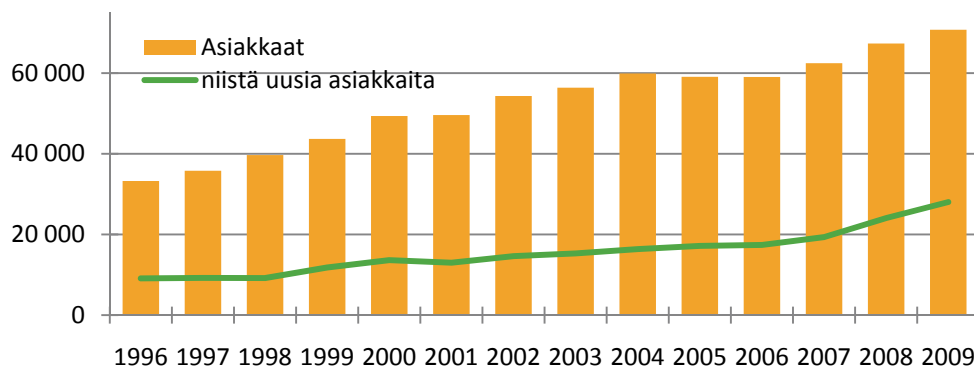
Lastensuojelun asiakkuus on yhtäältä erityistä ja marginaalista ja toisaalta siitä on tullut osa yhä useamman lapsen elämää. Vuoden 2009 aikana yhteensä 70 753 lasta ja nuorta (6,3 prosenttia alaikäisistä lapsista) kirjattiin kunnissa lastensuojelun avohuollon asiakkaiksi. Uusiksi lastensuojelun avohuollon asiakkaiksi kirjattiin lastensuojelutarpeen selvittämisen jälkeen 28 056 lasta. (Lastensuojelu 2009.)

Lastensuojeluilmoituksia tehtiin vuonna 2009 kaikkiaan noin 80 000, ja ne koskivat 53 318 lasta (keskimäärin tehtiin 1,5 ilmoitusta lasta kohden). Osa lapsista oli jo lastensuojelun asiakkaana. Tilastoitujen ilmoitusten määrä lisääntyi edellisestä vuodesta, jolloin eniten ilmoituksia tehtiin 13–15-vuotiaista (13 676) ja 161–7-vuotiaista lapsista (10 337), ja vähiten alle 3-vuotiaista (5 081). Ilmoituksen tekijöitä ei tilastoida valtakunnallisesti. Kunnittain eri tahojen aktiviteetti vaihtelee. Läheiset tekivät erään tutkimuksen mukaan 13 prosenttia ilmoituksista, sosiaalitoimen sisältä tehtiin joka kolmas ilmoitus, terveydenhuollosta joka neljän, koulusta 16 prosenttia ja poliisi teki 12 prosenttia ilmoituksista. Aikuisten päihde- tai mielenterveyspalvelujen ammattilainen on hyvin harvoin ollut lastensuojeluilmoituksen tekijänä (Heino 2007).



Kuvio 1. Lastensuojelun avohuollon asiakkaat sekä kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret vuosina 1996–2009¹

Uusien asiakkaiden osuus avohuollon asiakaslapsista on kasvanut kymmenessä vuodessa 28 prosentista 45 prosenttiin (Lastensuojelu 2009; kuvio 1). Olisi kiinnostavaa tietää millaisia lastensuojelun palveluja nämä lapset ovat saaneet ja mitä ennaltaehkäisevää lastensuojelun palveluja näille lapsille ei ole kyetty järjestämään. Valtakunnallisista tilastoista näitä tietoja ei saa. Avohuollon asiakkaana olevien lasten osuus suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön on sitä pienempi mitä nuorempi lapsi on: alle 3-vuotiaiden osuus on lähes 4 prosenttia ja 16–17-vuotiaiden osuus lähenee 8 prosenttia.

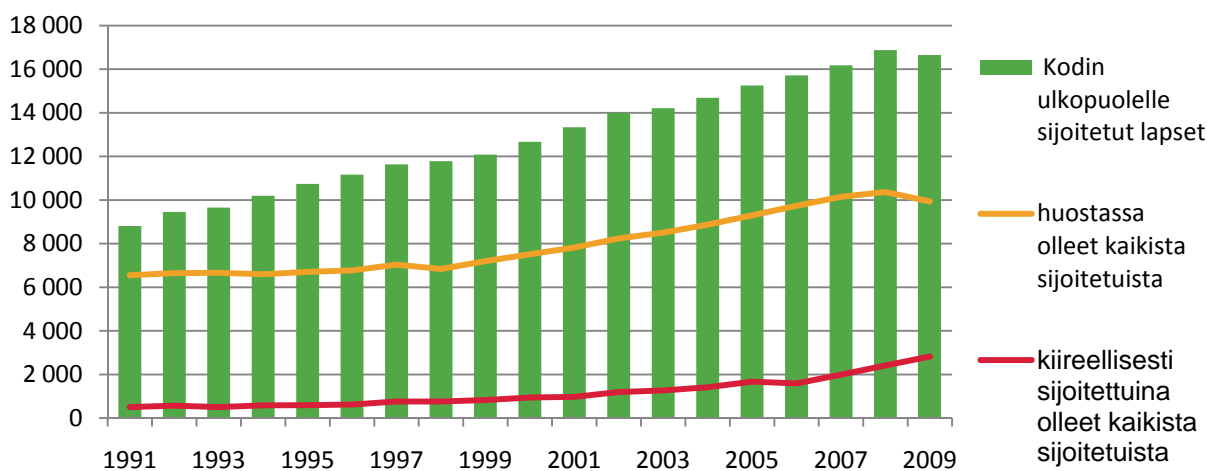


Kuvio 2. Lastensuojelun avohuollon asiakkaana olleet lapset ja nuoret vuosina 1996–2009

Hyvinvointiyhteiskunnassamme yksi vaikeasti selitettävä kehityssuunta on, miksi lasten huostaanotot ja sijoitukset kodin ulkopuolelle ovat jatkuvasti lisääntyneet 1990-luvun lopulta alkaen. Vuonna 2009 oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna jo 16 643 lasta ja nuorta (1,3 prosenttia alaikäisistä lapsista), ja tästä 10 984 lasta oli huostassa. Vuoden aikana otettiin huostaan tai sijoitettiin kiireellisesti ensimmäistä kertaa 2 668

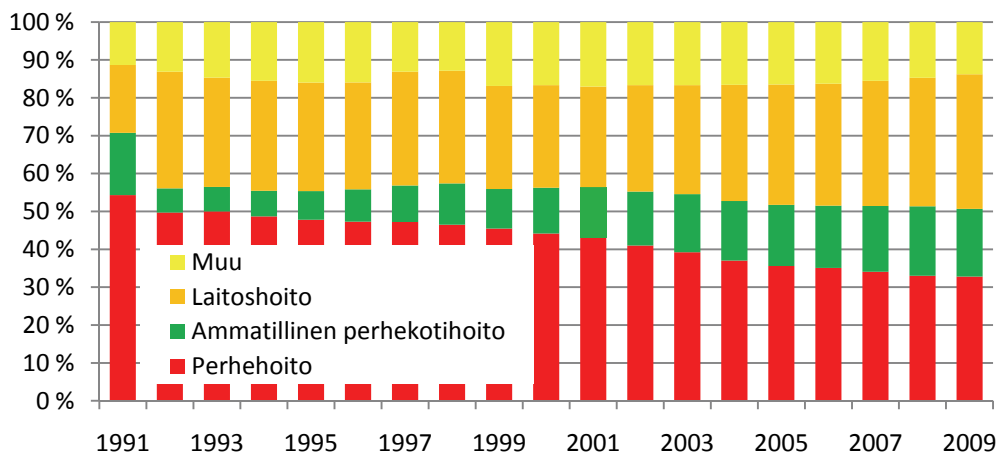
¹ Henkilötunnuksia sisältävän sijoitettujen lasten ja nuorten rekisteritietojen lisäksi kerätään tilastotietoa myös lastensuojelun avohuollon asiakkaista. Osa lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevista lapsista ja nuorista sisältyy kodin ulkopuolelle sijoitettuihin.

lasta. Poikia oli tyttöjä enemmän kaikkien kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten joukossa. Ensimmäistä kertaa huostaan otettujen 16–17-vuotiaiden joukossa tyttöjen osuus on kasvanut, ja tyttöjä on ollut tässä ikäryhmässä enemmän kuin poikia vuodesta 2003 alkaen.



Kuvio 3. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret vuosina 1991–2009, lkm

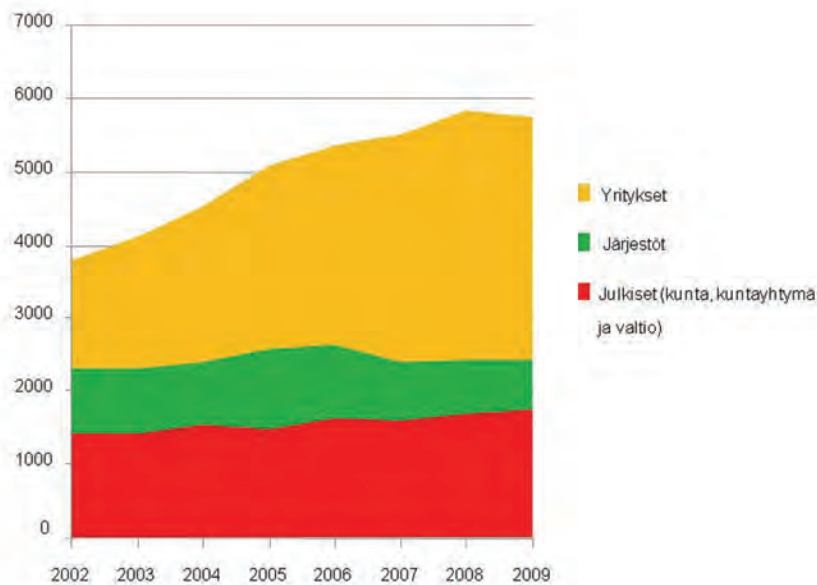
Joka kolmannelle kodin ulkopuolelle sijoitetulle lapselle on löytynyt sijaisperhe ja joka viidennelle ammatillinen perhekoti paikka. Eniten lapsia oli vuoden aikana sijoitettuna laitoksissa. Jos tarkastellaan niiden sijoitettuna olleiden lasten sijoituspaikkoja vuoden 2009 lopussa, jotka eivät ole kiireellisesti sijoitettuja, vähenee laitoksissa olevien osuus: joka neljäs lapsi oli laitoksessa, joka toinen sijaisperheessä ja joka viides edelleen ammatillisessa perhekodissa.



Kuvio 4. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret sijoitusmuodon mukaan vuosina 1991–2009, %

Leikki-ikäisistä ja alle 13-vuotiaista suurin osa oli sijoitettuna sijaisperheisiin. Kolmetoista vuotta täyttäneet olivat useimmiten laitoshuollossa, vaikkakin myös ammatillisissa perhekoteissa oli 21–25 prosenttia kouluikäisistä. Yllättävää oli, että vuonna 2009 alle 3-vuotiaista lapsista yli puolet oli laitoshuollossa ja vain 35 prosenttia sijaisperheissä.

Lastensuojelun sijaishuollon palvelut (perhehoito ja laitoshuolto) on yleisesti mielletty erityispalveluiksi. Lapsia sijoitetaan yhä enemmän laitosmaisiin yksikköihin ja ammatillisiin perhekoteihin, ja samanaikaisesti perinteisten sijaisperheiden osuus on vähentymässä. Kuntien ja valtion ylläpitämien lastensuojeluyksiköiden rinnalla yksityisten yritysten osuus palvelujen tuottajana on lisääntynyt. Lastensuojelun laitoshuollon toimipaikoista jo 84 prosenttia on muita kuin julkisen sektorin yksiköitä². Hoitopäivistä 30 prosenttia toteutui vuonna 2007 julkisen vallan ylläpitämissä yksiköissä. Vaikka palvelupaketteja voi tilata ja tuottaa yleisellä tasolla, pitää jokaisen lapsen osalta kuitenkin aina tarkistaa erikseen, että paketin sisältö vastaa lapsen tarpeisiin, ja siinä vastuuta ei voi delegoida kunnasta pois. Jos sijaisperheessä taikka lastenkodissa asuva lapsi tarvitsee terapiaa, henkilökohtaisen avustajan, erityistä toimintaterapiaa, kuntoutusta taikka vertaisryhmän tukea, sen järjestämisen varmistaminen on kunnan vastuulla. Käy helposti niin, että sosiaalityöntekijän aikaa vyörytetään yhä enemmän taloushallinnolliseen tilauspakettien arviointi-, järjestämis- ja hallintatyöhön, yhä kauemmas asiakastyöstä, ja yhä etäämmälle omasta ammatillisesta ydinosaamisen alasta.



Kuvio 5. Lasten lukumäärä lastensuojelulaitoksissa ja ammatillisissa perhekoteissa ylläpitäjän mukaan vuosina 2002–2009

Tutkimatta on, miten lapsen ja perheen tilanteen ulkopuoliset tekijät vaikuttavat huostaan otettujen ja sijoitettujen lasten määrän lisääntymiseen. Kuntien toimintapolitiikan ja palvelurakenteiden muutokset, jatkuvat organisaatiomuutokset ja vaihtuvat johtamisen ismit ovat olleet viime vuosien todellisuutta. Heikentynyt sosiaalityöntekijöiden saatavuus, pätevien työntekijöiden osuuden väheneminen sekä sijaistusten takia kat-

² Yksityisten laitosten osalta tiedot perustuvat Stakesin Yksityiset sosiaalipalvelut -tilastoon. Sen lähteenä on lääninhallitusten yksityisten sosiaalipalveluntuottajien rekisteri, joka sisältää toimintaluvan saaneiden yksiköiden tiedot. Julkisten yksiköiden tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilastoon

koksellisten asiakassuhteiden suuri osuus ovat myös selviä tosiasioita. Käytännön toiminnassa näiden "ulkotekijöiden" merkitys on nähty, ja moni asiakas on sen joutunut kokemaan.

Samaan aikaan kun lastensuojelussa toimivien sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus on ollut suurta, Matalan (2011) mukaan lastensuojelun sosiaalityöntekijöistä 80 prosenttia koki kuitenkin työnsä merkitykselliseksi ja tunki olevansa sopivalla ammattialalla. Muulle alalle siirtymistä vain harva harkitsi. Työssä pysymistä vahvasti hyväksi koettu lähijohtaminen. Epätyydyttäväksi koettu organisaatiotason johtaminen sekä tyytymättömyys palkkaan olivat yhteydessä työstä lähtemiseen. Kaksi kolmesta oli valmis siirtymään paremmin palkattuun sosiaalityöhön. (Emt.)

Lastensuojelun asiakaslasten asioista vastuussa olevilta sosiaalityöntekijöiltä edellytetään varsin monipuolista kokemusta, näkemystä, tietojen kokoamista sekä erityyppisen tiedon ja aineiston jäsentämisen taitoa. Yhtä itsestään selvästi kun terveyskeskuslääkäri konsultoi erikoislääkäreitä ja erilaisten asioiden varapäivystäjiä potilaan asiassa, sosiaalityöntekijällä tulisi olla käytettävissään yhtä monipuolinen erityisosaajien ja konsulttien joukko tietoineen ja menetelmineen. Hanna Heinosen (2010) selvityksen mukaan aikuisten palvelujen (aikuispsykiatria, päihdehuolto, aikuispalvelujen sosiaalityö) edustus oli vain joka kolmannessa lastensuojelun moniammatillisessa asiantuntijaryhmässä. Kuitenkin juuri näiden asiantunteudesta kaivattiin mukaan ryhmiin. Erityisesti ryhmiin kaivattiin psykiatrasta asiantuntemusta, jota oli saatavilla vain joka kymmenennessä asiantuntijaryhmässä.

Lastensuojelun erityisyys on sitä, että koskaan ratkaistavana ei ole yhtä asiaa vaan aina kokonaisuus, joka sisältää eturistiriitoja. Tässä yhdistelmässä moni asia kietoutuu toisiinsa, yhden asian ratkaisu voi tuottaa ei-aiottuja seurauksia toiselle. Yhden ammatillisen osaajan taidot eivät useinkaan riitä. Päihdeaineiden ja päihdeidenkäytön asiantuntija tietää aineiden vaikutuksista yleensä päihdeidenkäyttäjän terveyteen ja toimintakykyyn, mutta lastensuojelun kontekstissa tämän tiedon sovellettavuus punnitaan erikseen. Monta muuta asiaa tulee arvioitavaksi. Miten tietyn perheen jäsenen päihdeiden lyhyt- ja pitkäkestoinen käyttö vaikuttaa välittömästi lapsen hoitoon ja huolenpitoon arjessa, aiheutuuko siitä vakavaa vaaraa tai sen uhkaa lapsen terveydelle tai kehitykselle? Miten päihdeiden väärinkäyttö pitkällä jännteellä näkyy kunkin lapsen yksilöllisessä identiteetissä ja kehityksessä, ja miten se näkyy sisarusten yhteisenä kokemuksena ja heidän keskinäisessä vuorovaikutuksessaan? Miten päihdeidenkäyttö heijastuu puolison ja muun lähipiirin toimintaan ja kykyyn huolehtia lapsestaan tämän kehityksen ja ikäkauden edellyttämällä tavalla? Miten kunkin perheenjäsenen valinnanvapaus ja kieltäytyminen avusta vaikuttavat mahdollisuuksiin tuoda apu ja tuki lapsen ulottuville? Miten lapsen kannalta turvallinen arki voidaan turvata? Vastaavia yhteisiä arvioita tarvitaan esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden ja psykiatristen sairauksien osalta ja lapsen oppimisen ja käytäytymisen kysymyksistä. Lastensuojeluasiala aktivoi paitsi hallinnollista ja ammatillista verkostoa, se saa liikkeelle myös kansalaisia ja lapsen läheisiä. Nuorten murrosikäisten kohdalla nousee ikä-, vertais-, kulttuuri-, sukupuoli- ja muita vastaavia spesifejä tekijöitä punnittavaksi. Lastensuojelulle erityistä onkin monitoimisuus, monitahoisuus ja monitasoisuus.

Palvelujärjestelmään liittyviä huomioita

Lastensuojelulaki ohjaa kuntaa järjestämään lapselle hänen lastensuojelutarvettaan vastaavat palvelut. Useiden tutkimushavaintojen mukaan tarjolla ja käytettävissä olevat palvelut määrittävät paljolti sitä, mitä lapselle järjestyy ja mitä hän saa – sitä eivät sanele lapsen ja perheenjäsenten tarpeet. Havaintoja on vuosien mittaan kertynyt siitä, että kunta ei ole kyennyt järjestämään arvioimansa lastensuojelutarpeen mukaisia palveluja ja tukea. Sosiaalityöntekijä ei ole voinut muuttua tarvittavaksi asunnoksi, tukihenkilöksi taikka taloudelliseksi avuksi. Seutukuntatutkimuksen (Heino 2007) mukaan 16,6 prosenttia lastensuojelun avo- huoltoon tulleista asiakkaista olisi sosiaalityöntekijän arvion mukaan tarvinnut tukihenkilön, mutta palvelua ei ollut saatavana. Jos tilanne on samantyyppinen koko maassa, se tarkoittaisi, että yli 11 000 lasta on tilanteessa, jossa tarvittavaa palvelua ei kyetä järjestämään.

Tieto lastensuojelun tarpeista ja tarvittavista palveluista jää helposti kokoamatta ja raportoimatta, ja se jää pimentoon myös ammattilaisilta itseltään. Tätä vahvistaa lastensuojelun erityinen luonne: vaikka lastensuojelu muodostaa kokonaisuuden erityislakinsa kautta, se ei muodosta toiminnallista itsenäistä kokonai-

suutta. Laki määrittelee lastensuojelun järjestämisvastuun kunnan velvollisuudeksi. Yksittäiselle lapsen asiassa vastuulliselle sosiaalityöntekijälle se määrittelee tehtäväksi asiakassuunnitelmaan kirjattujen tarvittavien sosiaalihuollon palvelujen järjestämisen. Palvelut muodostavat kuitenkin kirjavia kunnallisia tilkku-täkkejä, eikä sosiaalityöntekijä voi järjestää toisen hallintokunnan tai toimialan piiriin kuuluvia tarvittavia palveluja lapselle ja perheelle.

Palvelujärjestelmän tilkkutäkkisyyteen vaikuttavat paikalliset ja seudulliset kehityspiirteet, joilla on pitkät kulttuuriset, poliittiset ja historialliset juurensa kaikilla toimintasektoreilla. Moni muistaa vielä mielen-terveyden, päihdehuollon ja lastensuojelun laitosten purkutalkoot 1980-luvulla. Keskittämisen ja alueellistamisen aallot ja hallintokuntien ristiaallot ovat kohdanneet seuduilla ja tuottaneet kirjavia ratkaisuja. Yhtenäistä valtakunnallista ohjausta ei ole ollut. Lastensuojelun palvelujärjestelmä ei käytännössä muodosta seuduittain määrällisesti, rakenteellisesti eikä laadullisesti yhtä kokonaisuutta. Niin avo- ja sijaishuollossa kuin perus- ja erityistason lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tarve, saatavuus ja sisällöt vaihtelevat paljonkin alueittain ja kunnittain (Heino 2004). Myös sosiaalityöntekijöiden tehtäväkuvat vaihtelevat. Lisäksi lapsi- ja perhepalvelujen järjestelyt sekä tiimityön rakenteet muodostavat oman toimintatapansa, paikallisesti luodun käsitteistönsä ja kirjonsa.

Lastensuojelu tarvitsee sekä tuekseen että rinnalleen muiden ammattilaisten osaamista. Lastensuojelun avohuollon "omia palveluja tai tuotteita" ovat lähinnä sosiaalityö ja sosiaalityöntekijän järjestämät tukitoimet, kuten perhetyö, tukihenkilöt ja lomaperheet. Lastensuojelun palveluiden tarjonnasta, tukimuotojen ja palvelujen määrästä, kattavuudesta ja vaikuttavuudesta onkin vaikea, käytännössä miltei mahdotonta, saada valtakunnallisesti kuvaavaa, yhtenäistä ja kokoavaa käsitystä.

Lastensuojelu mielletään helposti jonkinlaisena viranomaistoimintaa kuvaavana kaatokäsitteenä. Niiden lasten ja perheiden terveyttä ja kehitystä uhkaavat asiat ja sosiaaliset ongelmat, mitä muut eivät halua hoi-ttaa tai niillä ei ole keinoja auttaa, siirretään lastensuojelun vastuulle. Mitä sieltä sitten löytyy? Sieltä löytyy ilkeitä asioita, pahan ilmenemismuotoja, sukupolvisen kierteen kirjoja. Sieltä löytyy hyvän ituja, onnistumisia, eheyttäviä sukupolvikohtaamisia ja polkuja ulos kierteistä. Siellä on vauvoja, taaperoita, koulukkaita, esimurrosikäisiä, teinejä, aikuistuvia nuoria. Osa on hyvinvoinnissa, hyväkuntoisia ja terveitä, osa monivam-maisia ja -sairaita. Joukossa on orpoja ja hylättyjä lapsia, adoptoituja lapsia sekä myös yhä enemmän sellai-sia, joilla on elämänsä varrella ollut monta vanhempaa, uusperhettä ja vaihtuvia ihmissuhteita. Sieltä löytyy nuoria ja iäkkäämpiä vanhempia, eri tavoin auttamaan pyrkiviä sukulaisia sekä erilaista etnistä kirjoja. Moni on köyhä, sosiaaliturvan varassa pitkään sinnitellyt vanhempi, yksin tai puolisonsa kanssa. Sosiaalityönte-kijät tapaavat työttömiä ja työvoiman ulkopuolella olevia vanhempia, mutta myös vuorotyössä ja työpai-neissa eläviä vanhempia, sairaita ja avuttomia vanhempia, mutta myös puuhakkaita ja huolehtivia vanhem-pia. Arkiset tuen tarpeet vaihtelevat – perhekohtaisten ratkaisujen etsimiseen tarvitaan "koko kylää".

Lastensuojelun yhteys mielenterveys- ja päihdekysymyksiin

Lastensuojelun yhteys mielenterveys- ja päihdekysymyksiin on moniulotteinen. Yhteys liittyy sekä lapsiin ja nuoriin että vanhempiin, mutta myös palvelujärjestelmän toimintaan ja toimimattomuuteen. Lastensuoje-lun syytietoja ei kerätä valtakunnallisesti. Joitain paikallisia selvityksiä ja tutkimuksia on kuitenkin tehty. Niissä tulee esiin monenlaisia eroja huostaan otettujen lasten ja koko väestön lasten välillä muun muassa perherakenteen ja hyvinvoinnin suhteen. Koko väestön lapsista enemmistö asuu kahden vanhemman per-heessä. Huostaan otetuista lapsista vain joka neljäs tuli ydinperheestä ja yli puolet (54 %) lapsista otettiin huostaan yhden vanhemman perheestä. Toimeentulotukea huostaan otettujen lasten perheistä oli saanut 55 prosenttia. Huostaan otetut lapset tulevat pääasiassa köyhistä ja usein monilapsisista perheistä. (Hiitola 2008, 21).

Sekä avohuollon asiakkuuden (Kivinen 1994; Heino 2007) että huostaanottotilanteen (Myllärniemi 2006; Hiitola 2008) taustalla on samoja yleisiä taustatekijöitä, kuten vanhemman/vanhempien jaksamatto-muus, riittämättömäksi arvioitu vanhemmuus, vanhempien avuttomuus ja osaamattomuus, perheristiriidat sekä mielenterveysongelmat ja päihteiden väärinkäyttö. Avohuollossa 36 prosenttia (Heino 2007) ja huos-taanottotilanteessa (Hiitola 2008) jo 60 prosenttia lapsista asui vanhemman luona, jolla oli mielenterveys-

ongelmia. Lapsen huostaanottotilanteessa oli lisäksi usein taustalla vanhempien päihteiden käyttö, lapsen hoidon laiminlyönti ja perheväkivalta. Vanhempien päihteiden väärinkäyttöä esiintyi avohuollon asiakkaaksi tultaessa yli kolmanneksella (34 %) ja huostaan otettaessa yli puolella (52 %).

Sosiaalityöntekijät havaitsivat usein psyykkisiä vaikeuksia lastensuojelun asiakkaiksi tulleilla lapsilla. Kartoitettaessa lasten tilanteita asiakkaaksi tultaessa oli avohuollossa joka kolmannella (35 %) ja huostaanottotilanteessa yli kolmella neljästä (78 %) lapsista huono psyykinen terveys. Päihteitä väärinkäyttäviä lapsia ja nuoria oli asiakkaaksi tulovaiheessa avohuollossa hieman yli kymmenesosa (13 %) ja huostaanottotilanteessa kolmannes (29 %). Lasten ristiriidat vanhempien kanssa sekä koulunkäyntivaikkeudet olivat myös vahvasti esillä. Huostaanoton taustalla näkyivät lisäksi väkivaltakokemukset, lasten fyysinen sairastelu ja erilaiset kehitysviivästymät, mutta myös epäilyt lasten pahoinpitelystä ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä (Hiitola 2008, 30). Lasten toimintatapoina mainittiin sekä ulospäin että sisäänpäin kääntyminen. Oheisten lisäksi mainittiin lapsen ja nuoren rajattomuus, hallitsevuus ja väsyneisyys, mutta heitä arvioitiin myös pelokkaiksi ja syrjäänvetäytyviksi. Huostaanottotilanteessa korostui avohuoltoa enemmän yhtäältä lapsen alistuvuus ja toisaalta itsetuhoisuus. Lasten huostaanottotilanne tuo näkyviin näiden lasten hyvin monella tapaa kuormitetut lapsuudet.

Sosiaalityöntekijät arvioivat, että yli puolet huostaanotoista oli osunut oikeaan hetkeen mutta melkein joka toinen huostaanotto arvioitiin ajoittuneen liian myöhään. Liian varhain ei arvioitu huostaanottoja tehdyn. Sosiaalityöntekijät arvioivat lapsen tilanteen parantuneen peräti 85 prosentilla huostaan otetuista lapsista ensimmäisen vuoden aikana. Tämä ei kuitenkaan vielä tarkoita, että lapsi olisi kuronut kiinni hyvinvointierot väestön lapsiin tai että lapsi voisi jo hyvin. (Hiitola 2008, 46; Heino 2009, 67.)

Laajempi rekisteritutkimus (Saarikallio-Torp ym. 2010, 241–243), jossa on yhdistetty lastensuojelulasten tietoihin heidän vanhempiansa toimeentuloturvan saamista sekä työttömyyttä ja työvoimapolitiittisiin toimiin osallistumista koskevia tietoja, kuvaa huostaan otettujen lasten vanhempien työmarkkina-aseman marginalisoitumista sekä riippuvuutta etuusjärjestelmästä. Huostaan otettujen lasten perheissä viimesijaisen toimeentulotuen tarve on ollut pitkäaikaista, ja vanhempien hyvinvoinnin huono kehä jatkui lapsen huostaanoton jälkeen (emt.). Sijoitettujen lasten äideistä peräti noin 16 prosenttia oli työkyvyttömyyseläkkeellä vuoden 2004 marraskuussa. Vastaava osuus vertailuväestön vanhemmista oli noin yksi prosentti. Suurin osa työkyvyttömyyseläkkeellä olevista sijoitettujen lasten äideistä ja isistä on ollut työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyssyistä. (Saarikallio-Torp ym. 2010, 246.)

Mielenterveysongelmien vahva esiintyminen työkyvyttömyyden perusteena nostaa esiin kysymyksen, missä määrin lastensuojelun sijoitukset ja huostaanotot heijastavat aikuis- ja lastenpsykiatristen palvelujen puutteita (Saarikallio-Torp ym. 2010, 246).

Nuoria on viime vuosina hoidettu yhä enemmän psykiatrian erikoisalanelä palveluissa niin avohoidossa kuin laitoshoidossakin. Avohoidossa suurin alle 20-vuotiaiden potilasryhmä on ollut 7–14-vuotiaat pojat. 15 vuotta täyttäneiden erikoissairaanhoidon avokäyntipotilaiden joukossa tyttöjä oli jo kaksi kolmesta sekä alle 18-vuotiaiden että alle 20-vuotiaiden ryhmissä. Nuoret tytöt siis käyvät avohoidossa poikia enemmän, ja tämä ero on suurempi kuin laitoshoidossa näkyvä ero. Laitoshoidossa on vuonna 2009 ollut 4 885 alle 20-vuotiaista, joista 54 prosenttia oli tyttöjä. Laitoshoidossa olleista alle 15-vuotiaista suurin osa on poikia, kun taas 15–19 -vuotiaista enemmistö on tyttöjä.

Tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa olevien 15 vuotta täyttäneiden nuorten määrä on myös lisääntynyt kymmenessä vuodessa. Hoitoon tulon erot eriytyvät sukupuolen ja iän mukaan, ja selkeä kehityssuuntakin hahmottuu. Kymmenen vuotta sitten tahdosta riippumatta tuli psykiatriseen laitoshoitoon yhtä usein 15–17 -vuotias poika (49 %) kuin tyttökin, mutta vuonna 2009 tyttöjä oli jo selvästi enemmän (56 %). Miesten osuus oli naisia suurempi 18–20-vuotiaiden ikäryhmässä, vaikkakin kymmenessä vuodessa ero on pienentynyt (60 prosentista 54 prosenttiin). Näyttää siltä, että tyttöjen osuus tahdosta riippumattoman hoidon piirissä on käytännössä suurempi kuin mitä heitä tulee tällä lähetteellä sisään. Kun huomioidaan ne, joiden hoito muuttuu tahdosta riippumattomaksi hoidon aikana, tyttöjen osuus kasvaa tässä ikäryhmässä 59 prosenttiin. (SVT Terveys 2011; katso tarkemmin Heino & Säkkinen 2011.)

Sairaalahoitossa olleiden 13–17-vuotiaiden tyttöjen päädiagnoosi on vuonna 2009 useimmiten ollut masennus. Myös ahdistuneisuus- ja syömishäiriöt ovat melko yleisiä. Sen sijaan samanikäisten poikien

päädiagnoosi on toisenlainen, ja se liittyy useimmiten käytöshäiriöihin. (SVT Terveys 2011, 7.) Martikainen ja Autti-Rämö (2010) kuvaavat tutkimuksessaan, miten masennus- ja psykoosilääkkeiden käyttö sekä lasten että teini-ikäisten hoidossa on lisääntynyt. Masennuslääkkeiden määrääminen ja käyttö lisääntyy iän myötä 15–26 -vuotiailla, ja tytöillä käyttö on tavallisempaa kuin pojilla. Psykoosilääkkeitä määrätään vähemmän kuin masennuslääkkeitä, mutta myös siinä sukupuolierot tulevat näkyviin. Alle 15-vuotiaat pojat käyttävät tyttöjä enemmän psykoosilääkkeitä, ja 15–20-vuoden iässä tytöt ohittavat pojat näiden lääkkeiden käytössä, kunnes taas yli 24-vuotiaat pojat käyttävät psykoosilääkkeitä tyttöjä enemmän. ADHD -lääkkeitä käyttävät nimenomaan pojat, ja eniten kouluikäiset. Tutkijat tiivistävätkin havaintonsa: lääkkeitä määrätään rauhattomille pojille ja masentuneille tytöille.

Mikä yhteys psykiatrian laitoshoidossa olleilla tytöillä on kasvaneisiin tämänikäisten huostaanottolukuihin, jää jatkotutkimuksen selvitettäväksi. Oletettavaa kliinisten havaintojen mukaan on, että läheteitä ja ohjausta tapahtuu molempiin suuntiin: psykiatrian piiristä lastensuojelun asiakkaaksi ja päinvastoin. Yhteisiä asiakkaita on ollut yhä enemmän.

Edellä esitellyt tutkimukset perustuvat lapsikohtaiseen tarkasteluun. Jos lastensuojelun kokonaisuutta tarkastellaan kunta- ja väestötasolla, ja vastaajat ovat toimialajohtajia, tilanne näyttäytyy varsin toisenlaisena, vaikkakin edelleen huolestuttavana. Kuntaliitto on yhdessä STM:n kanssa tehnyt vuonna 2010 kyselyn koskien kuntien lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmia sekä hyvinvoinnin ja palveluiden tilaa (Kuntien lakisääteinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma sekä hyvinvoinnin ja palveluiden tila kunnissa 2010). Kyselyyn vastanneet lastensuojelupalvelujen ja toimialajohtajien mukaan kunnassa arvioitiin olevan seuraavia ongelmia ja huolenaiheita paljon tai erittäin paljon: vanhemman mielenterveys 19 prosenttia, vanhemman päihdeidenkäyttö 21 prosenttia, lapsen mielenterveys 6 prosenttia, nuoren mielenterveys 14 prosenttia, lapsen tai nuoren päihdeidenkäyttö 18 prosenttia ja aikuistuneiden nuorten elämäntilanne 17 prosenttia.

Lastensuojelupalvelujen saatavuuteen liittyviä ongelmia (taulukko 1) raportoitiin paljon (Rousu 2011). Joka kolmas vastaaja mainitsi psykiatrisen hoidon ja terapian osalta ongelmana pitkät jonot ja pitkät välimatkat tai kulkemiseen liittyvät pulmat. Lisäksi sosiaalitoimen taloudellinen tilanne vaikeutti palvelujen saatavuutta. Lastensuojeluin asiakkaiden osalta arvioitiin, että lisäksi pulmia liittyy usein heidän saamansa psykiatrisen tuen kestoon tai sen intensiteettiin.

Palvelujen saatavuus	hyvä tai täysin saatavilla	ei lainkaan /huonosti saatavilla
lastenpsykiatria	34	19
nuorisopsykiatria	35	16
päihdepalvelut lapsille/nuorille	36	19
päihdepalvelut lasten vanhemmille	48	8
mielenterveyspalvelut lasten vanhemmille	49	11
erilaiset intensiivipalvelut lapsille ja nuorille	26	37
erilaiset intensiivi/perhekuntoutuspalvelut	28	37

Taulukko 1. Lastensuojelupalvelujen/toimialajohtajien arvio palvelujen saatavuudesta Kuntaliiton & STM:n kyselyvastausten mukaan, %

Aikuisten päihdepalvelujen osalta on todettu kohtalokkaaksi, että palvelujen järjestämisvastuu on hajautettu alueellisesti, etenkin jo syrjäytyneiden päihdeongelmaisen kannalta (Partanen ym. 2010, 5). Suomessa lastensuojelun järjestämisvastuu on kunnissa. Kuntien hyvinvointiaineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan yhteistyö toimii kunnissa parhaiten lastensuojelun, perhetyön ja sosiaali- ja kriisipäivystyksen välillä. Huonoiten se toimii perusterveydenhuollon, nuorisotyön sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja tuottavien tahojen kanssa (Perälä ym. 2011). Vuoden seuranta-aikana joka toisen avohuollossa asiakkaana olleen lapsen vastuusosiaalityöntekijä vaihtui (Huuskonen ym. 2010), ja lapsen tarvitsemien palvelujen järjestämiseen jäi kysymysmerkki. Pääasiassa järjestöjen tuottama päihdeongelmaisten äitien kuntoutus on ollut jatkuvasti vaarassa Raha-automaattiyhdistyksen ja kuntien päätösten takia. Myöskään syntymättömien lasten terveyttä ei ole kyetty suojelemaan ja turvaamaan.

Lastensuojelun erityisluonnetta voi kuvata kolmen seikan avulla. Ensinnäkin lastensuojelun velvollisuus toimia on vasta, kun ensisijaiset toimijat eivät turvaa lapsen oikeuksien toteutumista. Toiseksi lastensuojelu on yhteistyötä ja yhteistyötä; lastensuojelun sosiaalityö tarvitsee tehtävässään muiden professioiden edustajien asiantuntemusta, muiden hallintokuntien tuottamaa palvelua ja tukea sekä erilaisten palveluntuottajien osaamista. Kolmanneksi lastensuojelu toimii monilla rajoilla, ja sektori- ja ammatillisten rajojen tulisi joustaa lapsen edun toteutumisen suuntaan.

Lapsen vanhempien vaikeudet selvitä lapsen huolenpidosta liittyvät perheristiriitoihin, taloudellisiin vaikeuksiin, uupumukseen, mielenterveyden vaikeuksiin ja päihteiden väärinkäyttöön. Osa vanhemmista hakee itse apua, osa ei tunnista avun tarvettaan. Helposti käy niin, että motivoituneet vanhemmat osaavat hakea palvelua ja konkreettista apua, jotkut jopa monesta paikasta. Perheen moniasiakkuus on tavallista; isän, äidin, uus- ja etävanhemman sekä perheen eri-ikäisten lasten tarpeet ja palvelun käyttö kohdistuvat moneen suuntaan. Perheenjäsenten asiaan ja auttamiseen kytkeytyviä toimijoita saattaa kertyä kymmeniä, ja vastuu perheen asian hoitamisen kokonaisuudesta ei kohdennu selvästi. Lastensuojelussa onkin perinteisesti puhuttu "kovasta ytimestä", jossa taloudelliseen niukkuuteen liittyy mielenterveys- ja päihdepulmia ja jossa lapsen auttaminen ajatellaan toteutuvan pitkälti aikuisten – ja aikuisten palvelujen kautta. Silloin kun katse kohdistuu lapseen käyttäytymiseen, tavallisimmin kyse on oppimiseen ja koulupoissaoloihin liittyvistä kouluvaikeuksista, psyykkisistä vaikeuksista ja päihteiden väärinkäytöstä.

Koulun oppilashuolto, kasvatus- ja perheneuvonta, A-klinikat, lasten ja nuorisopsykiatrian yksiköt sekä mielenterveystoimistot vastaavat pitkälti lasten ja perheiden tarpeisiin, kukin ensisijaisesti oman perustehävänsä puitteissa. Lastensuojelulain uudistuksen yksi tarkoitus onkin ollut, että lapsen ja perheen tarvitsema erityinen tuki järjestetään ensisijassa ehkäisevänä lastensuojeluna. Se tarkoittaa, että juuri em. toimijat ja palvelut vastaisivat entistä enemmän ja herkemmin perheiden avun tarpeeseen.

Johtopäätöksiä

Sukupolvittaisen syrjäytymisen ehkäisemisessä tarvitaan preventiivisiä toimia. Huostassa olleiden ihmisten elämäntilanteet ja -kulut poikkeavat toisistaan paljonkin. Siksi yleiset preventiiviset keinot eivät yksin riitä. Niiden rinnalla tarvitaan perhekohtaisesti ja yksilöllisesti kohdennettua tukea sekä lapsille, nuorille että vanhemmille/läheisille. On tärkeää voida avata polkuja selviytymisen ja onnistumisen kokemuksiin ennaltaehkäisevästi ja heti kun huono-osaistavat tekijät uhkaavat kasautua. Huostassa olleisiin kohdistetut korjaavat ja kuntouttavat toimet voidaan nähdä ehkäiseväksi toiminnaksi, kun niitä katsotaan seuraavan sukupolven näkökulmasta.

Valtio on lailla delegoinut kunnille vallan päättää lapsen huostaanotosta ja lapsen tarvitseman avun, hoidon ja sijaishuollon järjestämisestä. On vähintään kohtuullista edellyttää, että niin kunnissa kuin valtakunnallisestikin pystyttäisiin seuraamaan omien päätösten kohdistumista ja niiden vaikutuksia. On kysymys yhä suuremman joukon oikeusturvasta. Julkisen vallan olisi syytä tietää, keitä lapsia se ottaa huostaan, millaisista perheistä ja tilanteista, millaisia palveluja se järjestää huostaanottamilleen lapsille ja miten palvelut ja hoito vastaavat lasten tarpeisiin. Yhteiskunta on ottanut huolenpitovastuun, mutta se ei vanhempien tapaan seuraa lasten elämäntilannetta, siinä tapahtuvia muutoksia eikä sitä, miten ne vaikuttavat lasten elämään.

Tietopohjan kehittäminen edellyttäisi sekä rekisteripohjaisen seurannan että myös erillisselvitysten toteuttamista säännöllisesti. Osa tiedoista on valmiina saatavissa, mutta koska ne ovat eri rekisterinpitäjien rekistereissä, tarvitaan uudenlaista yhteistoimintaa yhdistelmätilastojen säännölliseksi tuottamiseksi. Lisäksi tarvitaan tahtoa, innovatiivista otetta ja erilaisen osaamisen yhteen saattamista sekä voimavarojen kohdentamista niin sisällön kuin teknologian osalta. Raimo Sailas (2009, 27) kirjoittaa: Kasvaneet huostaanotoluvut eivät hyvää kerro hyvinvointivaltioksi kutsumastamme yhteiskunnasta. Sivistyneen ja vauraan yhteiskunnan on asia hoidettava, jos aikoo sivistyneenä, vauraana ja henkisesti vahvana pysyä.

Lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten ja nuorten sekä huostaan otettujen lasten määrää käytetään usein huono-osaisuuden indikaattorina. Tämä kieltämättä kuvaa lasten riskiolojen ja huono-osaisuuden kasautumista sekä hyvinvoinnin eroja. Se kuvaa syrjäytymisvaarassa olevien lasten määrää, mutta se heijastaa myös kunnan muiden palvelujen tilaa. Se kertoo, miten paljon on lapsia, joiden terveys ja kasvuolot ovat jo vaarantuneet tai niitä uhkaa asiat, joita ei voida ehkäistä eikä poistaa normaalipalvelujen tai muin keinoin, vaan tarvitaan erityisiä lastensuojelun toimia ja keinovalikoimaa. Se kertoo myös ja erityisesti viranomaisten toimenpiteistä sekä kirjavuudesta, jota paikalliset tekijät, palvelujen riittävyys, amatilliset, taloudelliset ja kulttuuriset seikat tuottavat.

Uuden lain myötä lastensuojelutyön erityinen vaativuus on entisestään lisääntynyt. Lasten huostaanoton ja yleisemminkin lastensuojelun tarpeen tutkiminen ja arviointi edellyttävät vankkaa teoreettista ja käytännön osaamista. Huostaanottoa perustelevat tilanteet ovat ainutlaatuisia. Yhdessä tilanteessa koeteltu ratkaisu ei olekaan käyttökelpoinen seuraavan lapsen ja perheen kohdalla. Kokemuksia ei välttämättä kerry yhteen paikkaan, tiimiin tai työntekijälle riittävästi pitkänkään ajan kuluessa niin, että osaaminen karttuisi ja kehittyisi. Vaikka kunnassa tehtäisiin kymmeniä huostaanottoja, kokemukset niistä jäävät piiloon ja analysoimatta työyhteisössä. Perustietojen systemaattinen koonti sekä prosessien ja kehityskulkujen seuranta lapsinäkökulmasta ovat puutteelliset niin kunta-, seutukunta- kuin valtakunnallisellakin tasolla. On eettisesti kestävämpiä, että julkisten interventioiden kohdistumisesta, puhumattakaan niiden vaikuttavuudesta, ei systemaattisesti koota tietoa eikä kerrytetä kokemusta. Tutkimuksen, koulutuksen, käytännön ja kehittämisen risteyksissä on vielä iso työmaa.

Kirjallisuus

Lastensuojelu 2009. Tilastoraportti 29/2010. THL.

Heino, Tarja (toim.) (2004) Verkostoituvat erityispalvelut (VEP) hankkeen loppuraportti. Veppi on tehnyt tehtävänsä, Veppi saa mennä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15/2004.

Heino, Tarja (2007) Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Stakes, Työpapereita 30/2007.

Heino, Tarja (2008) Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset. Selvitys Lastensuojelun kehittämishelmalle. Stakes, Työpapereita 9/2008. URL: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T9-2008-VERKKO.pdf>. Viitattu 17.5.2011.

Heino, Tarja (2009a) Lastensuojelu – kehityskulkuja ja paikannuksia. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen & Salme Ahlström (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi. THL, Raportteja Tee004, Helsinki 2009, 198–214.

Heino, Tarja (2009b) Lastensuojelun tilastot, asiakkaat ja palvelut. Teoksessa Marjatta Bardy (toim.) Lastensuojelun ytimiä. THL, Raportteja Tee005, Helsinki 2009, 52–75.

Heino, Tarja & Johnson, Marianne (2010) Huostassa olleet lapset nuorina aikuisina. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.) Perhepiirissä. Kelan tutkimuksia 2010, 266–293.

Heino, Tarja (2010) Hyvinvointierot ja sukupolvet, Diakonian tutkimuksen seuran julkaisu. URL: http://dts.fi/files/2010/11/DT2_201werkko.pdf. Viitattu 18.5.2011.

Heino, Tarja & Säkkinen, Salla (2011) Sukupuoli lastensuojelussa. Artikkelin käsikirjoitus Tilastokeskuksen toimittamaan Nuori Tasa-arvo -julkaisuun. Sukupuolten tasa-arvo 2011.

Heinonen, Hanna (2010) Lastensuojelulain edellyttämien moniammatillisten asiantuntijaryhmien ja yhteistyörakenteiden toiminnan käynnistyminen ja juurtuminen. SETU

Hiitola, Johanna (2008) Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Stakes, Työpapereita 21/2008. Lastensuojelun sijaishuollon kehittäminen Tampereen, Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pirkanmaalla -hanke.

- Martikainen, Jaana E. & Autti-Rämö, Ilona (2010) Lääkkeitä rauhattomille pojille ja masentuneille tytöille. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.) Perhepiirissä. Kelan tutkimuksia 2010216–235.
- Matela, Kari (2011) Viihtyvät ja vaihtuvat. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden työssä pysymiseen ja työstä lähtemiseen vaikuttavat tekijät. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskusten julkaisusarja 33. Oulu, 2011.
- Myllärniemi, Anniina (2005) Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. Heikki Waris Instituutti. URL: http://www.helsinginseutu.fi/wps/wcm/resources/file/ebbf4a4bcb7a003/HS_PKS_huoskriteerit.pdf. Viitattu 18.5.2011.
- Partanen Airi & Moring Juha & Nordling Esa & Bergman, Viveca (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010. Helsinki, 2010.
- Huuskonen, Saira & Korpinen, Johanna & Pösö, Tarja & Ritala-Koskinen, Aino & Vakkari, Pertti (2010): Kolme polkua lastensuojelun avohuollon organisatorisessa muistissa. Yhteiskuntapolitiikka 6/2010, 650–658.
- Perälä, Marja-Leena & Halme, Nina & Keltanen, Marju & Rousu, Sirkka (2011) Palvelujen yhteensovittaminen ja yhteistyön toimivuus lastensuojelun ja muiden lapsille, nuorille ja perheille palveluja tuottavien tahojen välillä. Käsikirjoitus toukokuu 2011.
- Rousu, Sirkka (2011) Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen saatavuus eri ikävaiheissa. Esitys Kuntatalolla 15.2.2011. URL: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/lapset/hankkeet/hyinvointisuunnitelmien_tila/seminaari%20150211/Sivut/default.aspx. Viitattu 18.5.2011.
- Saarikallio-Torp, Miia & Heino, Tarja; Hiilamo, Heikki; Hytti, Helka ja Rajavaara, Marketta (2010) Katse vanhempiin – Havaintoja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten vanhempien toimeentuloturvan saannista ja työttömyydestä. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.) Perhepiirissä. Kelan tutkimuksia 2010, 236–264.
- Sailas, Raimo (2009) Sivistynyt yhteiskunta huolehtii lapsistaan. Pesäpuun juhlalehti 2009.
- SVT Terveys 2011: Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2009. THL tilastoraportti 4/2011.

3.3 Psykiatrinen sairaalahoido Suomessa vuosina 2004–2009

Timo Tuori

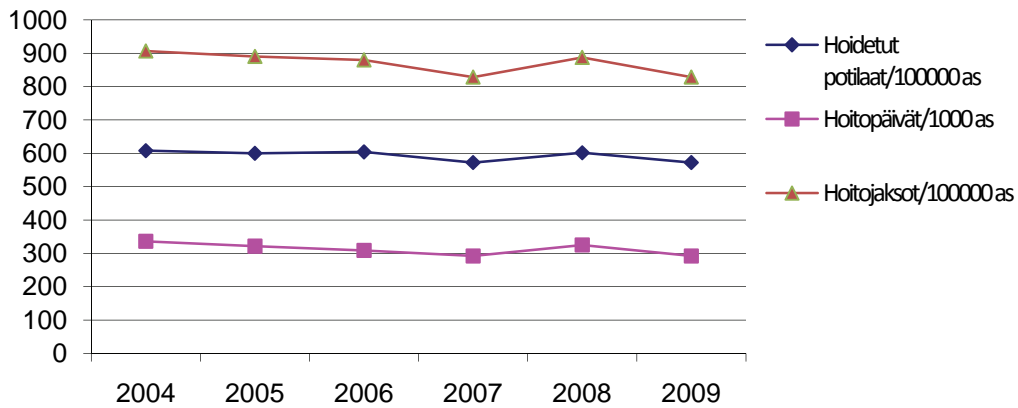
Tässä artikkelissa tarkastellaan psykiatristen sairaalapalvelujen käyttöä Suomessa vuosina 2004–2009. Tiedot perustuvat hoitoilmoitusrekisteriin (Hilmo). Tarkasteltavat muuttujat ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden lukumäärä, hoitopäivien lukumäärä, hoitajaksojen lukumäärä, hoitajaksojen kesto ja potilaskohtaiset hoitopäivät. Tahdosta riippumatonta hoitoa ja käytettyjä pakkotoimia käsitellään tahdosta riippumattoman hoitoon lähettämisen ja hoitamisen sekä pakkotoimien kohteeksi joutumisen osalta. Eri pakkotoimia, joita ovat eristäminen, lepositeisiin asettaminen, tahdonvastaisen lääkeinjektion antaminen, ei käsitellä erikseen. Palvelujen käyttöä tarkastellaan absoluuttisina lukuina ja tällöin suhteessa väestöön. Pakon käytön osalta tarkastellaan myös prosenttiosuuksina suhteutettuna kaikkiin hoidossa olleisiin potilaisiin. Sairaanhoidopiirikohtainen raportointi tapahtuu potilaan kotikunnan mukaisesti, ei sairaaloittain. Käsittelen koko maan ja sairaanhoidopiirikohtaista kehitystä.

Hoitoilmoitusrekisterin tietojen luotettavuus korreloituu sairaaloista tulevan ilmoituksen luotettavuuteen. Tässä artikkelissa pakon käyttö raportoidaan hoidon alkamisvuoden pohjalta. Aiemmissa raporteissani on käytetty koko hoitoajan aikana tapahtunutta pakkoa. Tämä selittää sen, että tässä artikkelissa pakon käyttöä kuvaavat luvut ovat hieman alemmat kuin aiemmissa raporteissani, joissa on myös käsitelty eri pakkotoimia erikseen.

Palvelujen käyttö

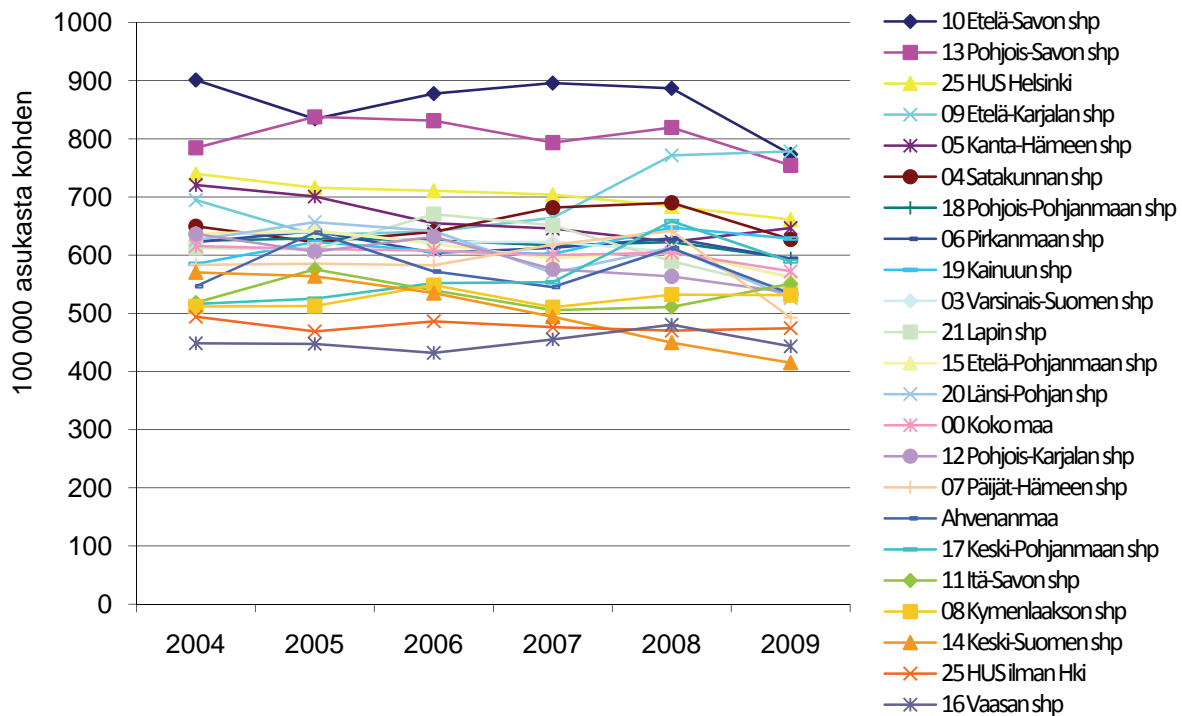
Potilaat

Psykiatrisessa sairaalahoidossa oli vuosina 2004–2009 vuosittain noin 32 000 potilasta. Vaihtelu oli lukuun ottamatta vuotta 2009 vähäistä, 31 805:sta 32 247 potilaaseen. Vuonna 2009 määrä oli 30 621. Väestöön suhteutettuna (kuviot 1) noin 600 henkilöä 100 000 asukasta kohden on hoidettavana vuosittain psykiatrisessa sairaalahoidossa.



Kuvio 1. Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö väestöön suhteutettuna Suomessa

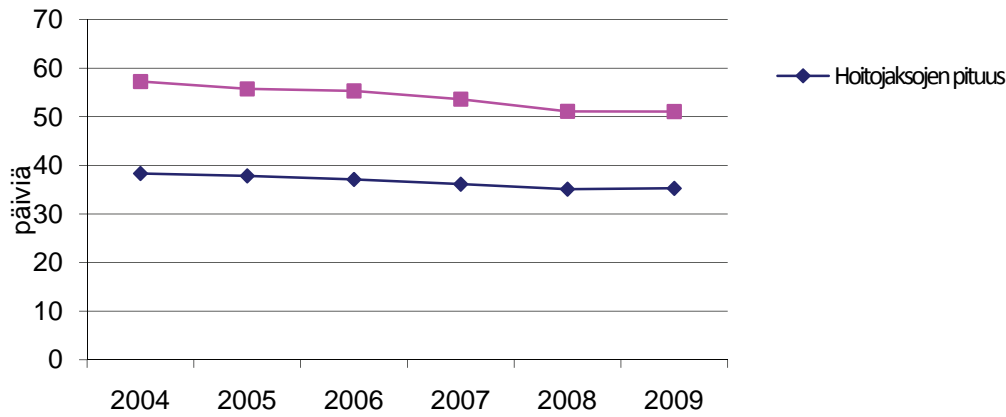
Sairaanhoitopiiriakohtaisesti (kuvio 2) eniten potilaita oli Etelä-Savossa, Pohjois-Savossa ja Helsingissä. Vähiten potilaita oli Vaasassa, Uudellamaalla ja Keski-Suomessa. Etelä-Savossa psykiatrisia sairaalapotilaita oli väestöön suhteutettuna 91 prosenttia enemmän kuin Vaasassa.



Kuvio 2. Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidetut potilaat sairaanhoitopiireittäin

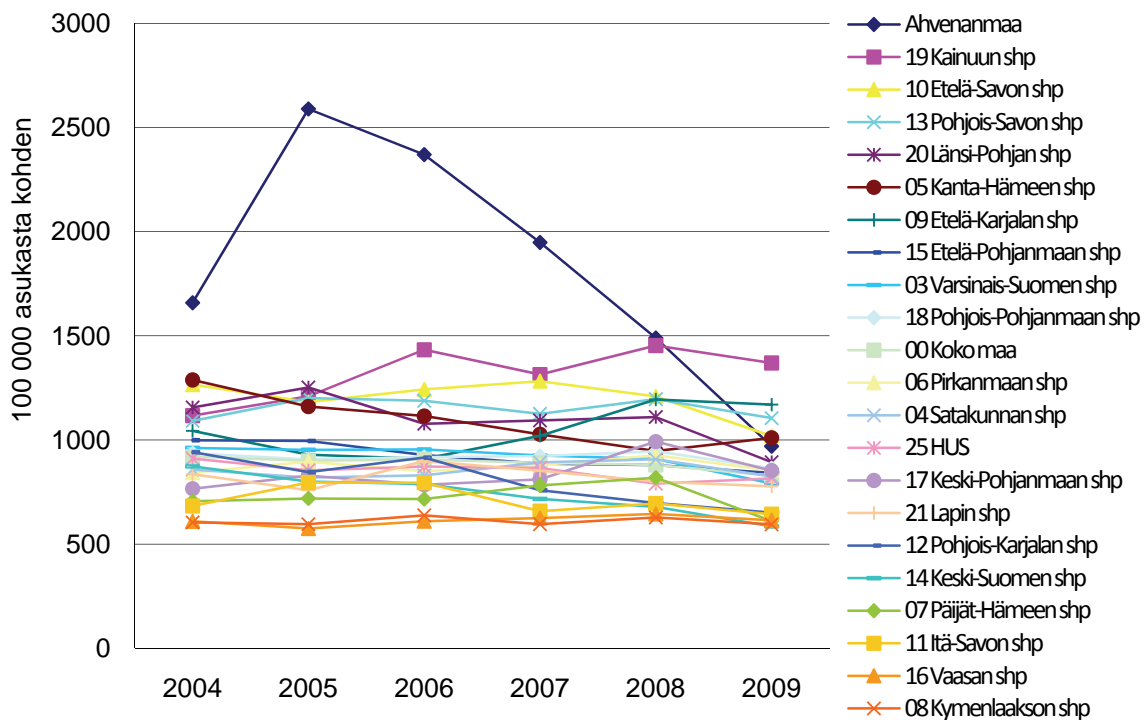
Hoitojaksot

Hoitojaksoissa tapahtui vuosittain lievää vähenemistä vuoden 2004 48 159:stä vuoden 2009 44 391 hoitojaksoon. Väestöön suhteutettuna (kuvio 1) luku on noin 900 jaksoa 100 000 asukasta kohden. Hoitojaksojen keskimääräinen kesto (kuvio 3) on myös lyhentynyt hieman 38:sta 35 päivään.



Kuvio 3. Psykiatrisen sairaalahoidon kesto ja potilaskohtaiset hoitopäivät Suomessa

Sairaanhoitopiiriakohtaisesti (kuvio 4) eniten psykiatrisia hoitojaksoja oli Ahvenanmaalla, Kainuussa ja Etelä-Savossa. Vähiten niitä oli Kymenlaaksossa, Vaasassa ja Itä-Savossa. Ahvenanmaalla oli väestöön suhteutettuna 201 prosenttia enemmän hoitojaksoja kuin Kymenlaaksossa.

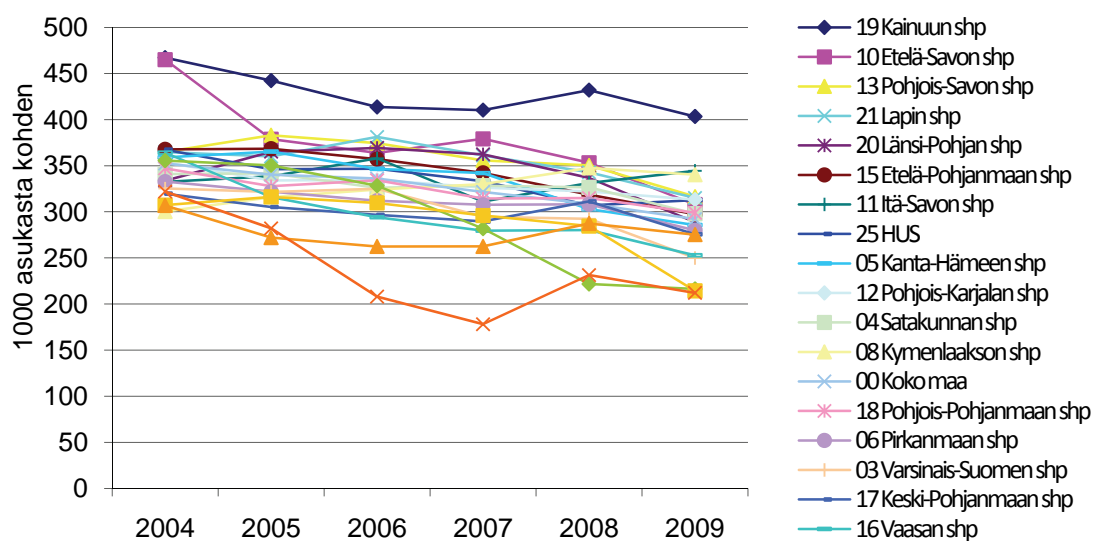


Kuvio 4. Psykiatriset sairaalahoitajat sairaa hoitopiireittäin

Hoitopäivät

Hoitopäivät (kuvio 1) ovat seurattavana ajanjaksona vähentyneet 1 850 000:sta 1 563 000, kuten myös potilaskohtaiset hoitopäivät (kuvio 3) 57 päivästä 51 päivään.

Sairaanhoitopiirikohtaisesti (kuvio 5) eniten psykiatrisia hoitopäiviä väestöön suhteutettuna oli Kainuussa, Etelä-Savossa ja Pohjois-Savossa. Vähiten niitä oli Ahvenanmaalla, Etelä-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä. Kainuussa oli 80 prosenttia enemmän hoitopäiviä kuin Ahvenanmaalla.

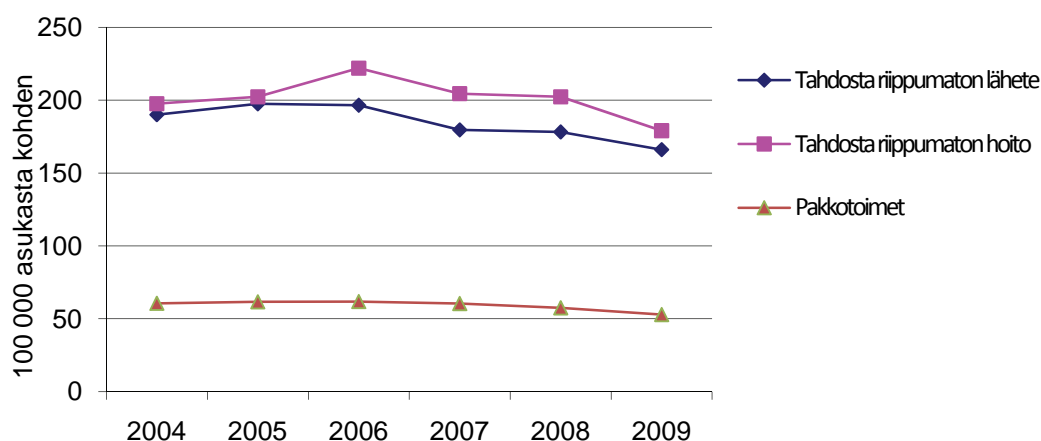


Kuvio 5. Hoitopäivät psykiatrisessa sairaalahoidossa sairaanhoitopiireittäin

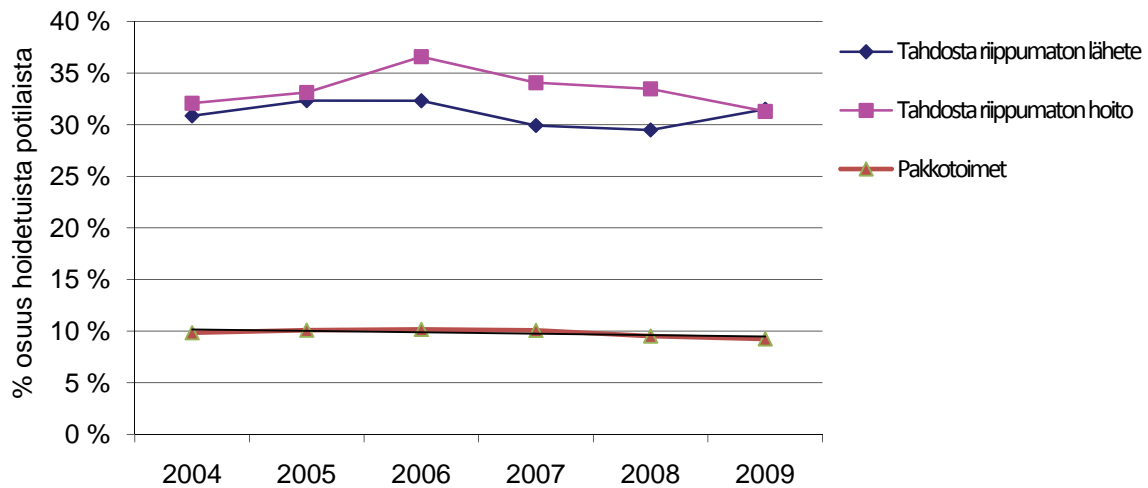
Pakon käyttö

Tahdosta riippumaton sairaalahoitoon tulo

Psykiatriseen sairaalahoitoon lähetettiin tahdosta riippumatta vuosittain hieman alle 10 000 potilasta. Määrä vaihteli vuoden 2009 8 885 potilaasta vuoden 2005 10 377 potilaaseen. Vuosittaisissa vaihteluissa ei ollut selvää suuntaa. Väestöön suhteutettuna (kuvio 6) noin 185 ihmistä 100 000 kohden lähetettiin tahdosta riippumattaan psykiatriseen sairaalahoitoon. Sairaalahoidossa olleista potilaista keskimäärin 31 prosenttia tuli tahdostaan riippumatta hoitoon (kuvio 7).

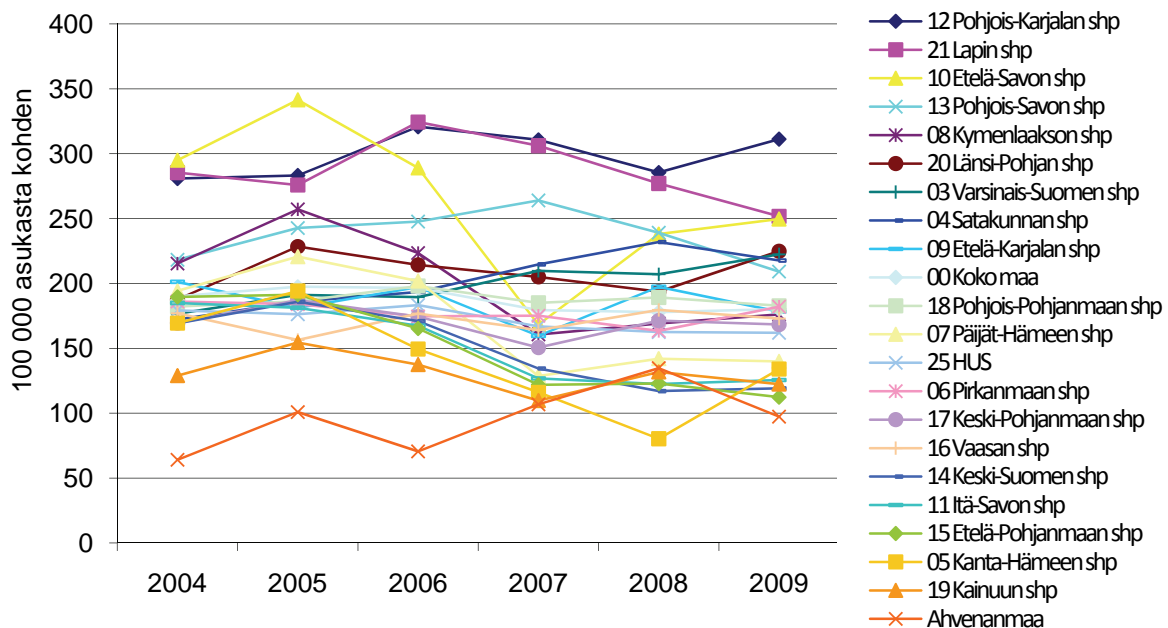


Kuvio 6. Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimien käyttö väestöön suhteutettuna



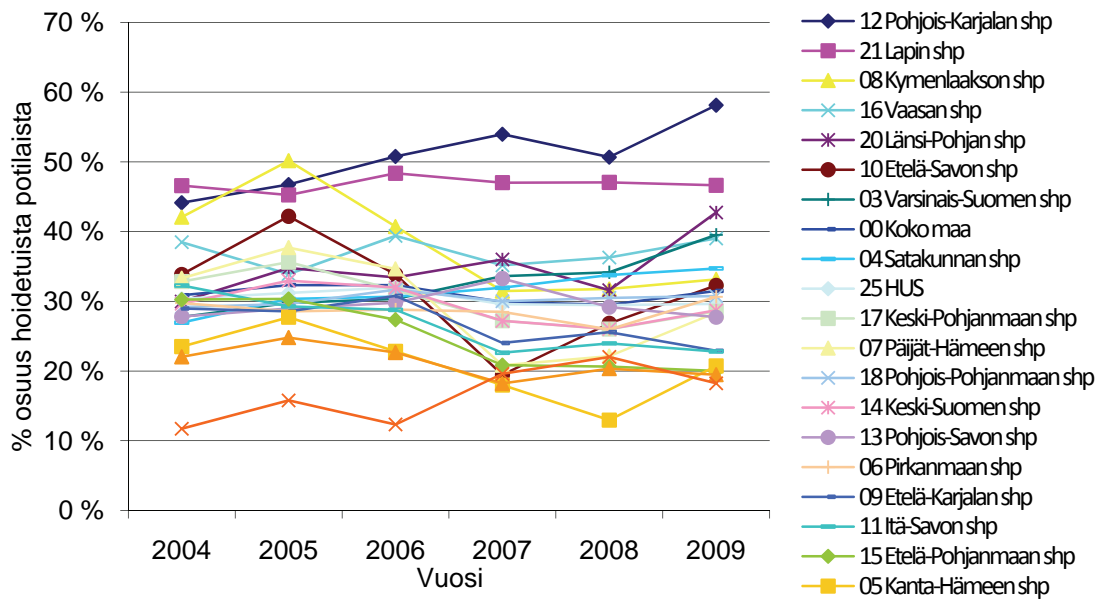
Kuvio 7. Pakkotoimia ja/tai tahdosta riippumattoman hoidon kokeneiden potilaiden %-osuus

Väestöön suhteutettuna (kuvio 8) potilaita lähetettiin sairaanhoitopiiriakohtaisesti eniten tahdosta riippumattomaan hoitoon Pohjois-Karjalassa, Lapissa ja Etelä-Savossa. Vähiten heitä lähetettiin Ahvenanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Kainuussa. Pohjois-Karjalassa tahdosta riippumattomalla läheteellä lähetettiin potilaita psykiatriseen sairaalahoitoon 244 prosenttia enemmän kuin Ahvenanmaalla.



Kuvio 8. Tahdosta riippumaton psykiatriseen sairaalahoitoon lähettäminen väestöön suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin

Prosentuaalisesti (kuvio 9) potilaita lähetettiin sairaanhoitopiiriakohtaisesti eniten tahdosta riippumattomaan hoitoon Pohjois-Karjalassa (48 %), Lapissa (46 %) ja Kymenlaaksossa (39 %). Vähiten heitä lähetettiin Ahvenanmaalla (14 %), Kainuussa (21 %) ja Kanta-Hämeessä (22 %).



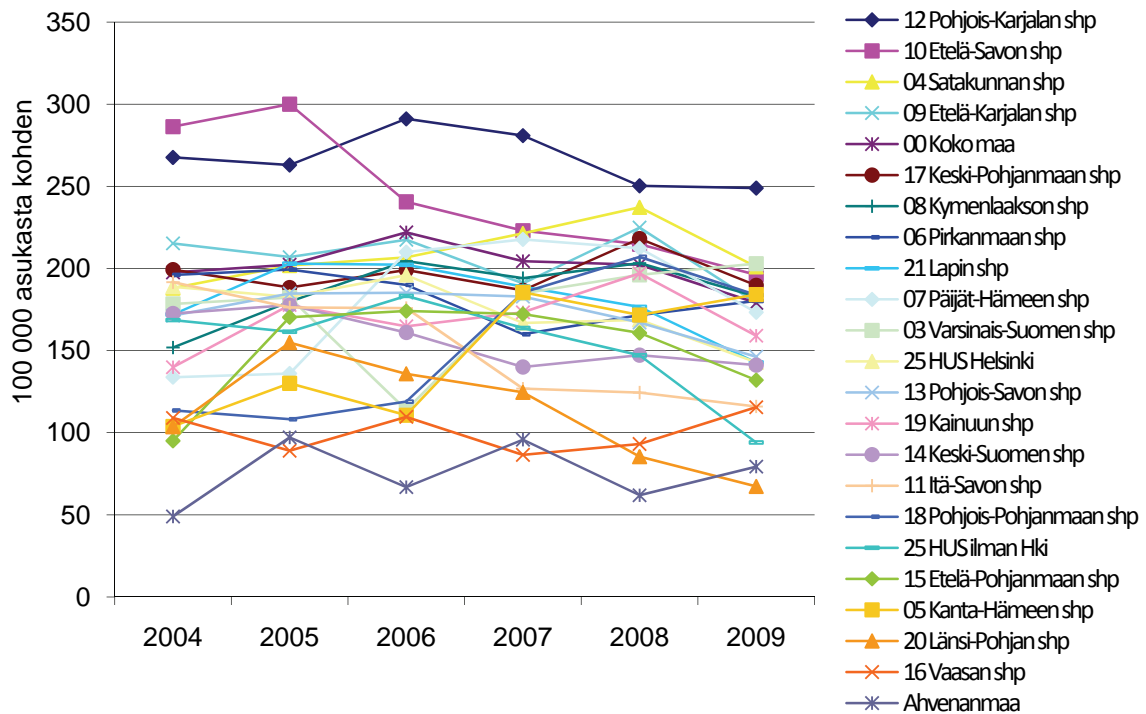
Kuvio 9. Tahdosta riippumaton psykiatriseen sairaalahoitoon lähettäminen potilaisiin suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin

Tahdosta riippumaton sairaalassa olo

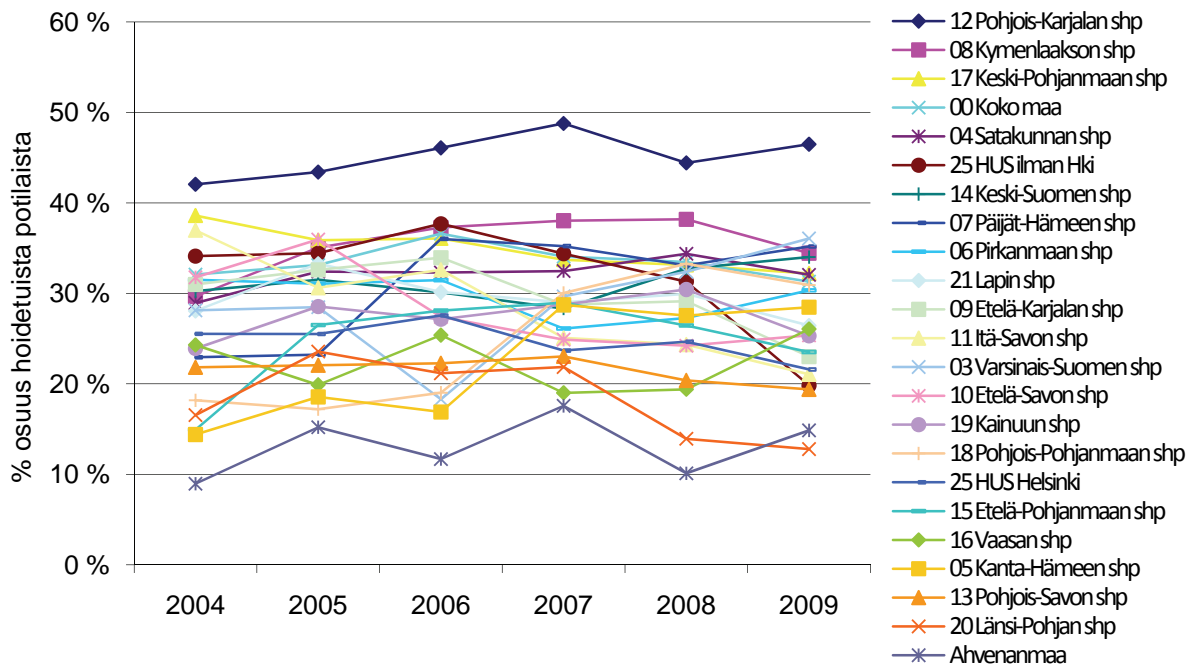
Tahdostaan riippumatta psykiatrisessa sairaalahoitossa oli vuosittain hieman yli 10 000 potilasta. Määrä vaihteli vuoden 2009 9 582 potilaasta vuoden 2007 10 836 potilaaseen. Väestöön suhteutettuna keskimäärin 192 ihmistä 100 000 kohden oli tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa sairaalahoitossa (kuvio 6). Sairaalahoitossa olleista potilaista keskimäärin 33 prosenttia oli jossain hoitonsa vaiheessa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Vuosittaiset vaihtelut olivat vuoden 2006 37 prosentista vuoden 2009 31 prosenttiin (kuvio 7).

Väestöön suhteutettuna (kuvio 10) eniten potilaita sairaanhoitopiirikohtaisesti oli tahdosta riippumattomassa hoidossa Pohjois-Karjalassa, Etelä-Savossa ja Satakunnassa. Vähiten heitä oli Ahvenanmaalla, Vaasassa ja Länsi-Pohjassa. Pohjois-Karjalassa tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa sairaalahoitossa oli potilaita 167 prosenttia enemmän kuin Ahvenanmaalla.

Prosentuaalisesti (kuvio 11) potilaita oli sairaanhoitopiirikohtaisesti eniten tahdosta riippumattomassa hoidossa Pohjois-Karjalassa (45 %), Kymenlaaksossa (35 %) ja Keski-Pohjanmaalla (35 %). Vähiten heitä oli Ahvenanmaalla (13 %), Länsi-Pohjassa (19 %) ja Pohjois-Savossa (22 %).



Kuvio 10. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito väestöön suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin

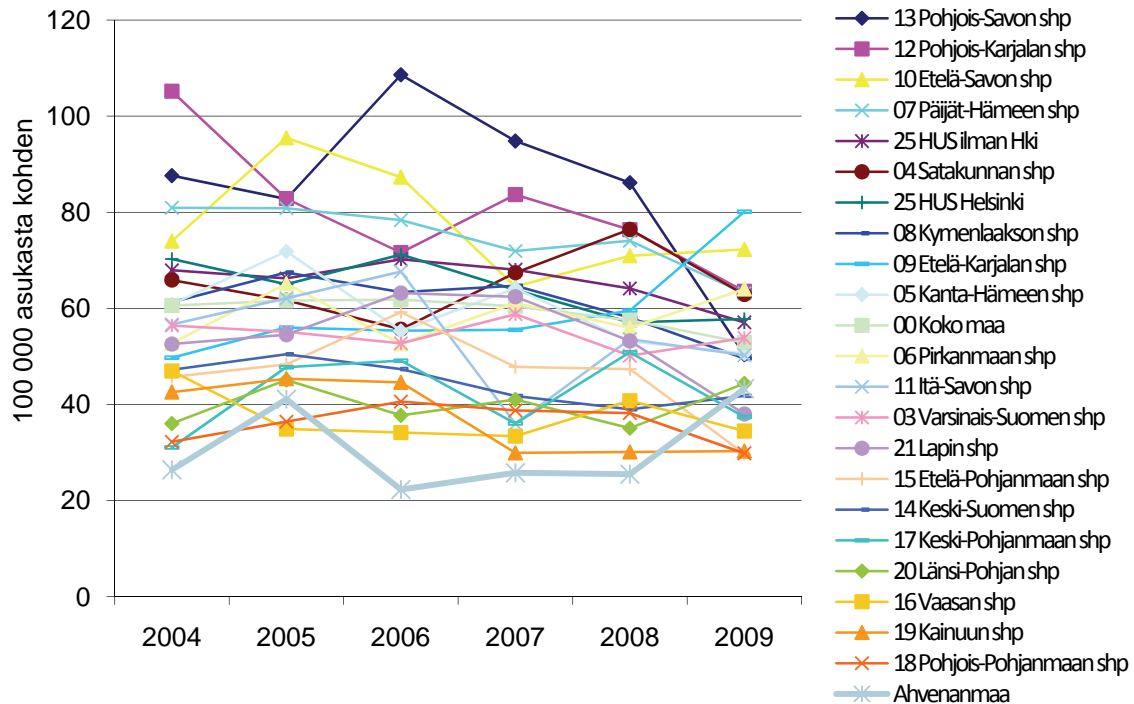


Kuvio 11. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito potilaisiin suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin

Pakkotoimet

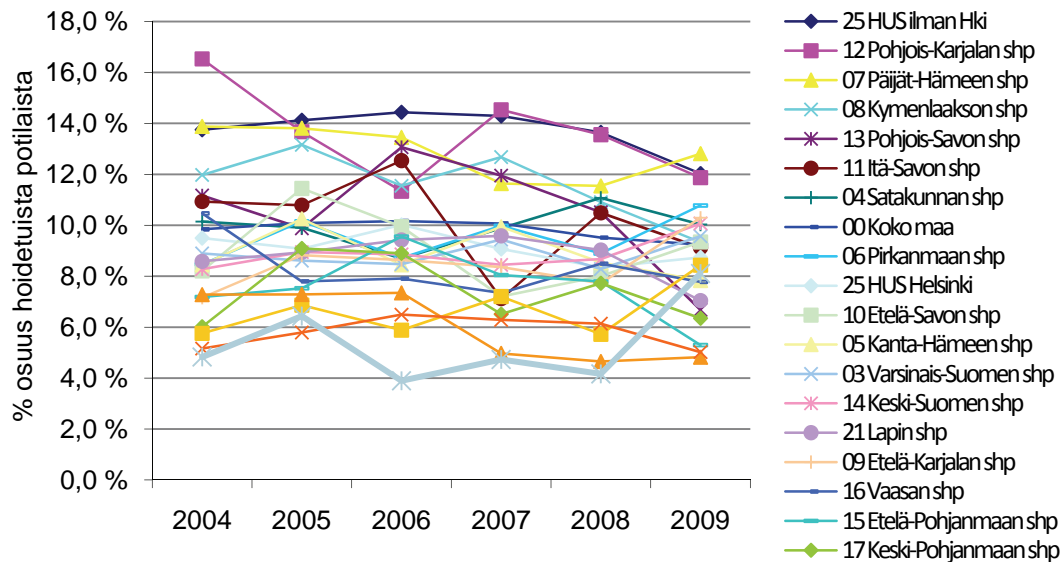
Psykiatrisessa sairaalahoidossa ollessaan jonkin tai useamman pakkotoimen – eristämisen, lepositeisiin asettamisen tai tahdonvastaisen injektion – koki vuosittain noin 3 100 potilasta. Heidän määränsä vaihteli vuoden 2006 3 261 potilaasta vuoden 2009 2 829 potilaaseen. Väestöön suhteutettuna noin 59 ihmistä 100 000 kohden joutui vuosittain jonkun pakkotoimen kohteeksi psykiatrisessa sairaalahoidossa (kuvio 6). Sairaalahoidossa olleista potilaista keskimäärin 10 prosenttia joutui jonkun pakkotoimen kohteeksi (kuvio 7).

Väestöön suhteutettuna (kuvio 12) pakkotoimien kohteeksi joutui eniten potilaita sairaanhoitopiiri-kohtaisesti Pohjois-Savossa, Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa. Vähiten heitä joutui Ahvenanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa. Pohjois-Savossa pakkotoimien kohteeksi jouduttiin 177 prosenttia useammin kuin Ahvenanmaalla.



Kuvio 12. Pakkotoimien kohteeksi joutuneet psykiatrisessa sairaalahoidossa väestöön suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin

Prosentuaalisesti (kuvio 13) pakkotoimien kohteeksi joutui eniten potilaita sairaanhoitopiiri-kohtaisesti Helsingissä (14 %), Pohjois-Karjalassa (14 %) ja Päijät-Hämeessä (13 %). Vähiten heitä joutui Ahvenanmaalla (5 %), Pohjois-Pohjanmaalla (6 %) ja Kainuussa (6 %).



Kuvio 13. Pakkotoimien kohteeksi joutuneet psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettuihin potilaisiin suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin

Johtopäätökset

Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö vuosina 2004–2009 seuraa jo 1990-luvulla alkanutta kehitystä. Jatkuva sairaansijojen väheneminen on toteutettu lyhentämällä hoitajaksojen pituutta ja sen myötä hoitopäiviä, ei hoidettujen potilaiden määrää vähentämällä. Runsaana pidetty pakon käyttö ei ole olennaisesti vähentynyt, joskin vuosina 2008 ja 2009 on orastavaa viitettä tähän suuntaan.

Sairaanhoitopiirien keskinäisessä vertailussa merkittävintä ovat suuret erot eri sairaanhoitopiirien välillä. Erot ovat suhteellisen pysyviä, joskin jonkin verran vaihtelua myös esiintyy. Erot eivät ole selitettävissä sairastavuuseroilla.

Psykiatrisen sairaalahoidon on usein välttämätöntä ja tarpeen. On kuitenkin kysyttävä: tarvitaanko sitä nykyajassa? Suomessa on alueita, joilla sairaalassa hoidettujen psykiatristen potilaiden määrä on vain puolet toisilla alueilla hoidettujen potilaiden määrästä. Pitkäaikaispotilaiden määrä ja hoitajaksojen kesto on olennaisesti vähentynyt. Vuonna 2009 yhtäjaksoisesti yli 2 vuotta sairaalahoidossa olleiden määrä oli enää 465 ja näistä suuri osa oli niin kutsuttuja kriminaalipotilaita Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaalassa. Alamme pikku hiljaa päästä tilanteeseen, jossa psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaala ei enää ole psykiatrisen potilaan koti. Jonkun verran näitä potilaita vielä on. Eihän millään muullakaan lääketieteen erikoisalalla näin ei ole. Tämän turvaamiseksi korkeatasoisten vaihtoehtoisten hoitopalvelujen olemassa olo ja saatavuus pitää säilyttää ja varmistaa. Tällöin puhutaan muun muassa eriasteisesti tukevista ja kuntouttavista asumispalveluista ja kotiin vietävistä palveluista ja laajemmin monipuolisista avohoidon palveluista. Paradoksi on, että suuren osan sekä taloudellisista että henkilöstöresursseista mennessä sairaalahoitoon, niitä ei tahdo riittää riittävästi avohoidon kehittämiseen, mikä oikein tehtynä taas vähentäisi sairaalahoidon tarvetta ja mahdollistaisi avohoidon kehittämisen.

Psykiatrisen sairaalahoidon purku on luonut uuden ongelman. Pitkäaikaispotilaat ovat siirtyneet psykiatrisista sairaaloista suunnitellusti asumispalveluihin, joissa vuonna 2009 oli 4 070 yhtäjaksoisesti yli kaksi vuotta asunutta mielenterveyskuntoutujaa. Kaikkiaan asumispalveluissa asui 7 160 mielenterveyskuntoutujaa vuonna 2009. Ongelma on se, että siirtyminen itsenäiseen asumiseen on ollut liian vähäistä ja vaarana on, että asumispalveluista muodostuu entistä B-sairaalaverkostoa vastaava uusi laitosverkosto. Huolestuttavaa on runsas tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien käyttö sekä niiden käytössä ilmenevät suuret erot, jotka toisaalta myös osoittavat sen, että vähäisemmälläkin pakolla voidaan toimia.

Pakon käyttöön liittyy merkittäviä perus- ja ihmisoikeuskysymyksiä ja niiden toteuttamiseen vaikuttavat opitut käytännöt ja asenteet. Tarvitaan laaja-alaista yhteiskunnallista keskustelua. Vuonna 2010 alkanut THL:n koordinoima valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma toivottavasti pienentää olemassa olevia eroja ja vähentää Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytettävän pakon hyväksytyille tasolle.

Lähde: Hoitoilmoitusrekisteri (Hilmo), THL

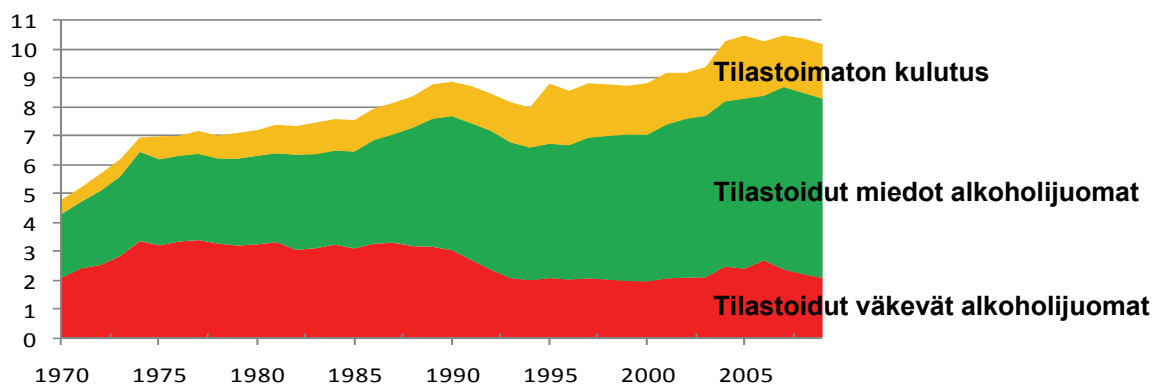
3.4 Ovatko alkoholiin liittyvät kuolemat ehkäistävissä?

Airi Partanen, Pia Mäkelä, Kristiina Kuussaari

Suomessa alkoholin käytön seurauksena syntyneet sairaudet ovat työikäisen väestön yleisimpiä kuolemansyitä. On hätkähdyttävää todeta noin 3 000 alkoholiin liittyvää kuolemaa vuodesta toiseen ilman, että niihin on suunnattu muita toimenpiteitä kuin alkoholin kokonaiskulutuksen säätelyä. Tässä artikkelissa pyritään taustoittamaan alkoholiin liittyvien kuolemien ilmiötä ja etsimään vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Minkälaisia tekijöitä löytyy alkoholiin liittyvien kuolemien takaa? Mitä alkoholiin liittyvistä kuolemista tiedetään? Mitä niistä pitäisi tietää enemmän, jotta voisimme löytää tehokkaampia keinoja ehkäistä niitä esimerkiksi palvelujärjestelmää kehittämällä? Kirjoituksen alkuosassa kootaan yhteen olemassa olevaa tutkimusta ja jälkipuolella tuodaan esiin uusia näkökulmia alkoholikuolemien tai yleisemmin vakavien alkoholihaittojen ehkäisystä.

Alkoholin kulutus Suomessa

Alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa tasoittunut sitten huippuvuoden 2007 (kuvio 1). Alkoholin kokonaiskulutukseen lasketaan tilastoidun kulutuksen lisäksi myös tilastoimaton kulutus.



Kuvio 1. Alkoholin kokonaiskulutus Suomessa 1970–2009, litraa 100 prosentista alkoholia asukasta kohden

Vaikka pitkällä aikajänteellä tarkasteltuna sekä miesten että naisten alkoholin kulutus on kasvanut Suomessa, miehet käyttävät edelleen suurimman osan (74 %) kulutetusta alkoholista ja kokevat eniten haittoja. Naisten juomisessa on tapahtunut kuitenkin suurempi suhteellinen muutos viimeisen 40 vuoden aikana; se on lähes kuusinkertaistunut 1,1 litrasta vuonna 1968 6,4 litraan vuonna 2008, kun samaan aikaan miesten kulutus on vähän yli kaksinkertaistunut 8,3 litrasta 18,6 litraan. Naisista eniten alkoholia käyttävät 30–49-vuotiaat naiset, jotka vuonna 2008 käyttivät alkoholia keskimäärin saman verran kuin miehet vuonna 1968. (Mäkelä ym. 2010.)

Juomatapatutkimuksen mukaan Suomessa vuosien 2000–2008 välillä erityisesti 50–69-vuotiaiden miesten ja naisten alkoholin käyttö on lisääntynyt sekä käyttökertoja että kerralla käytettyjä määriä tarkasteltaessa. Nuorten osalta kehitys on ollut ristiriitaista. Nuorimmat eli 15–29-vuotiaat eivät käyttäneet alkoholia yhtä usein, mutta toisaalta kerralla kulutetut alkoholimäärät lisääntyivät. (Mäkelä ym. 2010.)

Alkoholin kulutustapojen muutoksissa 2000-luvulla on nähtävissä sosiaaliryhmien välisiä eroja. Kulutuksen kasvu on ollut voimakkainta vähiten koulutusta saaneilla. He juovat enemmän ja humalahakuisemmin kuin enemmän koulutusta saanut väestönosa. Merkittävä rooli kulutuksen lisääntymisessä on ollut sillä, että alkoholista on tullut aiempaa edullisempaa suhteessa toimeentulotasoon. (Mäkelä ym. 2009b.)

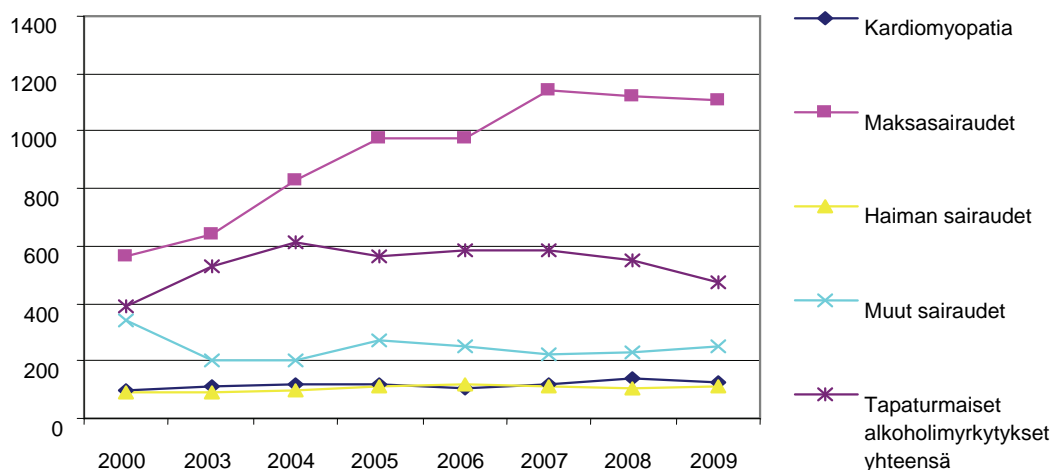
Alkoholiin liittyvät kuolemat

Tilastokeskus kerää Suomessa tietoja alkoholiin liittyvistä kuolemista, ja niistä on saatavissa pitkiä aikasarjoja, joita on julkaistu muun muassa Päihdetilastollisessa vuosikirjassa (2002, 2004, 2006, 2009). Tilastokeskuksen vuositilastojen perusteella voidaan erottaa ensinnäkin ne alkoholiin liittyvät kuolemat, joissa peruskuolemansyynä on alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys ja toiseksi päihtyneenä tapaturmiin ja väkivaltaan kuolleet. Seuraavassa tarkempaa vertailuajanjaksona on käytetty vuosia 2003–2009 eli periodia, joka sisältää alkoholin kulutuksen viimeisimmän kasvuvaiheen.

Alkoholiin liittyvien kuolemien määrä lisääntyi vuodesta 2003 (2 497 alkoholiin liittyvää kuolemaa) vuoteen 2007 (3 125 alkoholiin liittyvää kuolemaa) ja tasaantui sen jälkeen pariaksi vuodeksi (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 2010). Parin viime vuoden aikana, kun alkoholin kokonaiskulutus on ollut hienoisessa laskussa, myös alkoholiin liittyvien kuolemien lukumäärässä on havaittavissa pientä laskua.

Seuraavaksi näytämme, että alkoholiin liittyvien kuolemien lisääntymisen taustalla ovat erityisesti alkoholiin liittyvät sairaudet. Sen sijaan tapaturmaisissa alkoholimyrkytyksissä sekä päihtyneenä tapaturmaan tai väkivaltaan kuolleiden määrässä on tapahtunut vähemmän muutoksia 2000-luvulla.

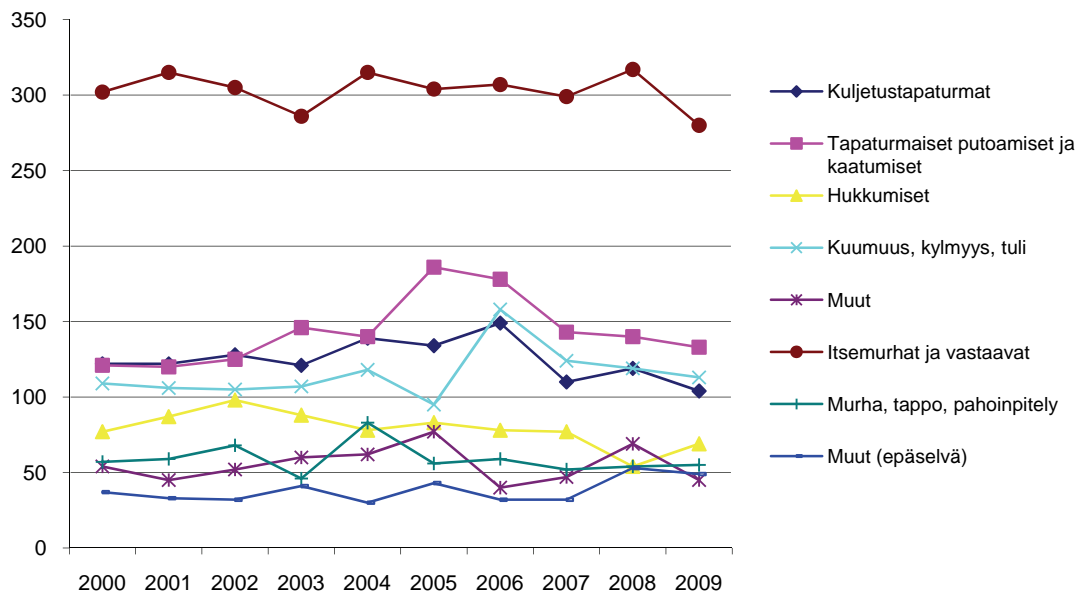
Alkoholisairauksia tai -myrkytyksiä tilastoitiin peruskuolemansyynä vuonna 2003 yhteensä 1 572 ja vuonna 2009 yhteensä 2 070. Peruskuolemansyyllä tarkoitetaan sitä tautia, joka on pannut alulle välittömästi kuolemaan johtaneen sairaustilojen sarjan (Kuolemansyyt 2009). Erityisesti maksasairauksiin liittyvät kuolemat lisääntyivät vuoden 2003 jälkeen kasvaneen alkoholin kulutuksen myötä, mutta ne ovat tasaantuneet vuodesta 2007 lähtien (kuvio 2). Vuodesta 2003 vuoteen 2007 kasvua oli 78 prosenttia.



Kuvio 2. Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys 2000–2009.
Lähde: Kuolemansyyt. SVT. Tilastokeskus.

Alkoholiehtoisten maksasairauskuolemien kehittyminen 1970–2007 oli huomattavasti nopeampaa kuin vastaavana aikana tapahtunut alkoholin käytön lisääntyminen. Osasyiksi on arveltu sitä, että aiemmin harvoin juomakertoihin keskittynyt juomatapa rasitti maksaa vähemmän kuin sittemmin alkoholin vapautumisen myötä yleistynyt arkipäiväinen juominen. Eniten kuolemien lukumäärä on kasvanut vuoden 2003 jälkeen 50–59-vuotiailla ja 60–69-vuotiailla. Näiden ikäryhmien kuolemien kasvun osuus oli yli 80 prosenttia vuosien 2003–2007 aikana tapahtuneesta alkoholikuolemien lisääntymisestä. (Karlsson 2009.)

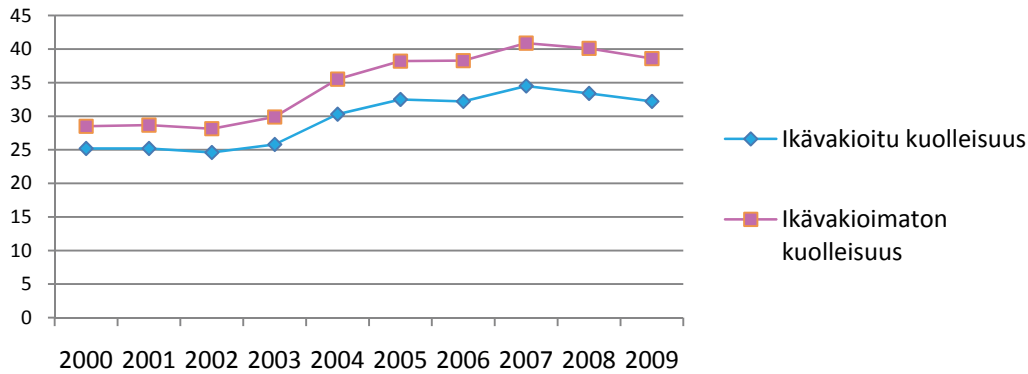
Päihtyneenä tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleita (kuvio 3) tilastoitiin vuonna 2003 yhteensä 895 ja vuonna 2009 yhteensä 848. Tapaturmaisten tai väkivaltaan kuolleiden määrä oli korkeimmillaan vuonna 2006, jolloin niitä tilastoitiin yhteensä 1 001. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2002, 2006, 2009.)



Kuvio 3. Päihtyneenä tapaturmaan tai väkivaltaan kuolleet 2000–2009. Lähde: Kuolemansyyt. SVT. Tilastokeskus

Yksittäisiä päihtymykseen ja tapaturmiin tai väkivaltaan liittyvistä kuolinsyistä yleisimpiä ovat 2000-luvulla olleet itsemurhat. Ne eivät kuitenkaan ole 2000-luvulla lisääntyneet alkoholinkäytön kasvaessa. Tapaturmaiset putoamiset ja kaatumiset sekä paleltumiseen tai palamiseen liittyvät kuolinsyyt nostivat tapaturmaisten ja väkivaltaan liittyvien kuolemien määrää 2000-luvun puolivälissä, mutta sen jälkeen luvut ovat tasaantuneet.

Kuolleisuuden tasoon vaikuttavat myös väestömuutokset. Kuviossa 4 kuolleisuussarjojen tasoero johtuu ikävakioidinnissa käytetyn vakioväestön valinnasta. Ikärakenteen muutos ei kuvion mukaan selitä alkoholi-kuolleisuuden kasvusta kuin hyvin pienen osan.



Kuvio 4. Ikävakioitu ja ikävakiomaton alkoholiin liittyvä kuolleisuus 2000–2009. Lähde: Tilastokeskus

Alkoholiin liittyvässä kuolleisuudessa on alueellisia eroja

Vanhatalon ym. (2010) vuosia 2001–2005 koskevan tutkimuksen mukaan alkoholiin liittyvä kuolleisuus ei jakaannu tasaisesti eri puolille Suomea. Alkoholikuolleisuus vaihtelee voimakkaasti suomalaisten asuinpaikan mukaan siten, että asuinpaikan kaupunkimaisuus on yhteydessä suurempaan alkoholikuolleisuuden tasoon. Syyksi arveltiin, että kaupunkimaiseen kulttuuriin kuuluva alkoholin parempi saatavuus, anniskeluoikeuksin useammin varustetut houkuttelevat vapaa-ajan käyttöympäristöt ja valikoiva muuttoliike lisäävät sekä alkoholin kulutustasoa että alkoholiongelmista kärsivien keskittymistä kaupunkiympäristöihin.

Alueita vertailtaessa keskimääräistä selvästi alhaisempi alkoholiin liittyvän kuolleisuuden taso on erityisesti Pohjanmaan alueella. Kaupunkirakenteen erojen lisäksi Pohjanmaan matalaa kuolleisuustasoa selitti alkoholin alhainen kulutustaso. Myös ruotsinsuomalaiseen kulttuuriin kuuluvan, vähemmän humalahakuisen juomisen arveltiin selittävän alhaista kuolleisuutta. Vuosien 1991–1995 vastaaviin tuloksiin verrattaessa todettiin, että kuolleisuus on kaikkialla kehittynyt huonompaan suuntaan. Myös alueiden väliset erot olivat säilyneet pääosin samankaltaisina, joskaan Itä-Suomessa alkoholiin liittyvän kuolleisuuden kehitys-suunta ei ole ollut niin huono kuin muualla Suomessa. (Vanhatalo ym. 2010.)

Ketkä erityisesti näyttävät kuolevan alkoholiin liittyviin syihin Suomessa?

Alkoholiin liittyvän kuolleisuuden yleisyydessä on suuria eroja sukupuolen, iän ja sosioekonomisen aseman mukaan. Sukupuolten välistä eroa lukuun ottamatta nämä erot ovat viime aikoina vain kasvaneet.

Alkoholiin liittyvä kuolleisuus on miehillä 2000-luvulla ollut noin neljä kertaa yleisempää kuin naisilla, ja se on suurimmillaan 50–69 vuoden iässä. 2000-luvun taitteessa alkoholiin liittyvään kuolleisuuteen syntyi voimakas jakolinja alle ja yli 45-vuotiaiden välille (Herttua ym. 2007): nuoremmassa, matalamman kuolleisuuden ryhmissä kuolleisuus vähentyi kun taas vanhemmissa ikäryhmissä jo ennestäänkin korkealla ollut kuolleisuus lisääntyi jyrkästi. Vuoden 2003 jälkeen kulutuksessa tapahtuneet muutokset kiihdyttivät entisestään ikäryhmien välisiä eroja.

Vuosista 2001–2003 vuosiin 2004–2005 kaikkien miesten alkoholiin liittyvä kuolleisuus kasvoi yli 15 prosenttia ja naisten yli 30 prosenttia (Herttua ym. 2007). Herttuan (2010) mukaan erityisesti 40–69-vuotiaiden miesten ja 50–69-vuotiaiden naisten kuolleisuus lisääntyi alkoholin hinnan alennuksen jälkeen vuosina 2004–2005 ja pääasiallisina syinä olivat krooniset sairaudet, kuten alkoholimaksasairaudet. Ahlströmin ja Mäkelän (2009) tarkastelussa aikavälillä 2004–2007 suurin prosentuaalinen kasvu sekä miesten että naisten alkoholisairaus- ja myrkytyskuolemissa oli 60–69-vuotiailla.

Heikko sosiaalinen asema on yhteydessä kasvaneeseen alkoholiin liittyvän kuolleisuuden riskiin. Tällaisia alkoholihaittoihin yhteydessä olevia heikkoa sosiaalista asemaa kuvastavia osatekijöitä ovat esimerkiksi työttömyys, köyhyys, asumisongelmat, perheongelmat, muut sosiaalisiin suhteisiin liittyvät ongelmat, ter-

veysongelmat, sosiaalinen tai koulutuksellinen huono-osaisuus tai syrjäytyneisyys osallisuudesta (Mäkelä ym. 2009a). Esimerkiksi vuosina 2004–2005 alkoholisyihin kuoleminen oli lähes neljä kertaa yleisempää vain peruskoulutuksen saaneilla miehillä korkea-asteen koulutuksen saaneisiin verrattuna, ja yli neljä kertaa yleisempää erikoistumattomilla työntekijöillä ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. Naisilla erot olivat hieman pienemmät. (Herttua 2010.) Erityisen voimakas yhteys alkoholiin liittyvään kuolleisuuteen on pitkäaikaisella, yli kahden vuoden työttömyydellä. Vähintään 25 kuukautta työttömänä olleen miehen ikävaikeoitu alkoholiin liittyvä kuolleisuus oli noin 17-kertainen koko ajan työssä olleisiin verrattuna vuosina 2001–2005. Naisilla ero oli vielä jonkin verran suurempi, ja pääkaupunkiseudulla pitkään työttöminä olleiden naisten alkoholiin liittyvän kuolleisuuden ero työssä olleisiin verrattuna oli peräti 30-kertainen. (Mäkelä ym. 2009a.)

Huono-osaisuus on vahvemmin yhteydessä alkoholiin liittyvään kuolleisuuteen kuin kokonaiskuolleisuuteen tai kuin alkoholin käyttöön sinänsä. On nimittäin todettu, että lähtöpisteessä saman määrän ja samalla juomataavalla juova alemman sosioekonomisen ryhmän edustaja kuolee tai joutuu sairaalahoitoon seuranta-aikana alkoholisyistä huomattavasti suuremmalla todennäköisyydellä kuin ylempään sosioekonomisen ryhmän edustaja (Mäkelä ym. 2009a).

Vuoden 2004 alkoholiveron alennusten aiheuttama alkoholinkulutuksen lisäys oli erityisen tuhoisa kaikkein huono-osaisimmissa ryhmissä. Alkoholiin liittyvä kuolleisuus lisääntyi ikäryhmässä 30–59-vuotiaat kaikkein eniten työttömillä, varhaiseläkkeellä olevilla, matalan koulutus- tai tulotason ja matalaan sosiaaliluokkaan kuuluvilla (Herttua 2010).

Pohdintaa

Vuoden 2003 alkoholijuomaveron ja alkoholin hinnanalennuksesta päätettäessä alkoholin kokonaiskulutuksen arvioitiin nousevan hieman yli 11 litraan ja alkoholiin liittyvien kuolemien lisääntyvän vuositasolla noin 600:lla vuoteen 2005 (HE 80/2003 vp). Mustonen ja Simpura (2005) arvioivat, että 10–20 prosentin alkoholin kulutustason kasvu lisäisi vuosittaista alkoholiin liittyvää kuolleisuutta 300–600:lla. Ennusteet ovat pitäneet paikkansa. Alkoholin kulutuksen kasvu Suomessa oli vuodesta 2003 alkoholin kokonaiskulutuksen tähänastiseen huippuvuoteen 2007 verrattuna yhteensä 12 prosenttia, ja alkoholiin liittyvien kuolemien määrä oli vuonna 2007 noin 600 korkeampi kuin vuonna 2003. Vuoden 2007 jälkeen sekä alkoholin kulutus että alkoholiin liittyvät kuolemat ovat kääntyneet hienoiseen laskuun.

Viimeisimmässä alkoholijuomaveron korotukseen liittyvässä hallituksen esityksessä (HE 70/2009 vp) alkoholiin liittyvien kuolemien nopea kasvu kuitataan toteamuksella siitä, että se johtuu erityisesti pitkäaikaiseen alkoholin käyttöön liittyvistä alkoholisairauksista, joihin vaikuttavat myös ikärakenteen muutokset. Kuten aiemmin totesimme, ikärakenteen muutos ei kuitenkaan selitä alkoholikuolleisuuden lisääntymisestä kuin vain hyvin pienen osan siitä huolimatta että suuret ikäluokat ovat tulleet ikään, jossa kuolleisuus kasvaa, ja näin ollen myös alkoholista johtuvat kuolemat lisääntyvät lukumääräisesti.

Suuri osa alkoholiin liittyvistä kuolemista johtuu siis muista kuin kuolleisuuden muutoksiin liittyvistä yleisistä tekijöistä. Minkä muun kuolemaan johtavan sairausryhmän kohdalla hyväksyttäisiin näin korkeat kuolleisuusluvut ilman, että niiden syyhyn pyrittäisiin tehokkaasti vaikuttamaan? Jos alkoholiin liittyviä kuolemia haluttaisiin vähentää, mihin erityisesti pitäisi vaikuttaa alkoholin kokonaiskulutukseen vaikuttamisen lisäksi?

Huono-osaisuuteen liittyviin riskitekijöihin tulisi pystyä vaikuttamaan, koska ne ovat alkoholiin liittyvän kuolleisuuden riskitekijöitä niin nuorilla kuin vanhemmilla päihdeongelmaisilla. Huono-osaisuuteen liittyvistä tekijöistä erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on noussut tutkimuksissa esille alkoholiin liittyvän kuolleisuuden riskitekijänä. Ehkäisyn näkökulmasta tärkeää on kehittää nuorten syrjäytymistä ehkäiseviä työmuotoja ja syrjäytymisriskissä olevien nuorten koulutukseen ja työhön palaamiseen tähtäävää työpaikantointia. Myös työpaikkojen päihdeohjelmilla voidaan vähentää työelämästä syrjäytymistä, kun työntekijöiden päihdeongelmiin pystytään puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Entä miten työelämän ulkopuolelle joutuneiden päihdeongelmaisten tilannetta voisi parantaa? Työelämän ulkopuolelle alun perin jääneen tai työpaikan menettämisen kautta työelämän ulkopuolelle joutuneen

päihdeongelman pääseminen takaisin työelämään suoraan avoimien työmarkkinoiden kautta ei ole helppoa. Yhtenä reittinä työelämään pääsemiseen voidaan käyttää kuntouttavaa työtoimintaa. Pääkaupunkiseudulla vuosina 2008–2009 tehdyn tutkimuksen (Karjalainen & Karjalainen 2010) mukaan silti vain pieni osa (15 %) tutkimuksessa mukana olleista pitkäaikaistyöttömistä kuntoutui työmarkkinoille, työelämävalmennukseen tai -harjoitteluun tai koulutukseen. Sen sijaan kolmannes (33 %) joko jatkoi kuntouttavassa tai sosiaalihuoltolain mukaisessa työtoiminnassa, oli hoito-, kuntoutus- tai työkykyarvioinnissa, eläkeselvitelyssä tai sairausvapaalla. Noin puolella kuntouttavan työtoiminnan jakso päättyi päihdeongelmista tai terveysongelmista johtuvien poissaolojen vuoksi. Valtaosa asiakkaista koki kuitenkin työtoiminnan itselleen hyvänä ratkaisuna. Erityisesti se vahvisti päivärytmää, toi elämään säännöllisyyttä ja sosiaalista kanssakäymistä. Ilmapiiriä pidettiin työpaikalla hyvänä ja työtoiminta antoi mielekästä tekemistä. Työtoiminnan sosiaalisen kuntoutuksen arvioitiin toimineen varsin hyvin. Sosiaalisen kuntoutuksen lisäksi on myös todennäköistä, että säännöllinen päivärytmi auttaa vähentämään joitakin terveyttä rasittavia riskejä muutenkin kuin vain rajoittamalla alkoholin käyttöä. Ruokailu on ehkä säännöllisempää, stressi vähäisempää ja tupakointi vähenee tupakoimattomalla työpaikalla.

Työvoimahallinnon, päihdehuollon ja sosiaalipalveluiden yhteistyötä on tarpeen lisätä, jotta päihdeongelman vuoksi kuntouttavasta työtoiminnasta ajoittain poissa olevat tai sen keskeyttävät saadaan uudelleen kiinnitettyä kuntoutusprosessiin. Yhteistyömalliin voi olla tarpeen rakentaa myös vertaistoimintaa. Hyviä kokemuksia tällaisesta työvoimahallinnon ja päihdehuollon yhteistyöstä, jossa keskeisenä työtapana on kiinnipitävä työote, on saatu esimerkiksi Räättäli-projektista (Jormanainen ym. 2008). Päihdekuntoutujana työhallinnossa -toimintamalli on kuvattu myös THL:n www.hyvakaytanta.fi -verkkosivuilla.

Yhtenä työttömien terveyttä ja hyvinvointia heikentävänä tekijänä on heidän jäämisensä vaille työterveyshuollon kaltaisia palveluja, joissa työntekijälle maksuttomien ja helposti saatavilla olevien sairaanhoito- ja palveluiden lisäksi on myös määräraikaisia terveystarkastuksia ja työhyvinvointia edistävää toimintaa. Pitkäaikaistyöttömien heikko taloudellinen tilanne ja palvelujen sirpaleisuus heikentävät työttömien mahdollisuuksia hoitaa terveyttään ja työkykyään. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kumppanuushankkeen (Saikku & Sinervo, 2010) seurantatutkimuksen terveystarkastukseen osallistuneista 4 200 asiakkaasta lähes puolella todettiin rajoituksia työkyvyssä ja kokonaan työkyvyttömiksi todettiin seitsemän prosenttia asiakkaista. Kolmella neljästä oli aiemmin todettu tai terveystarkastuksen yhteydessä todettiin jokin kansanterveydellinen riskitekijä, kuten päivittäinen tupakointi, vähäinen liikunta, ylipaino, kohonnut verenpaine, alkoholin riskikäyttö tai masennusoireet. Saikun (2009) mukaan asiakkaiden antama palaute terveystarkastuksista oli hyvin myönteistä. Ne koettiin tärkeiksi erityisesti terveydentilan ja hyvinvoinnin kannalta, ei niinkään työllistymisen ja toimeentulon kannalta. Terveystarkastus oli saanut asiakkaat kiinnittämään huomiota terveydentilaansa ja terveystottumuksiinsa.

Päihdeongelmallisille tulisi olla myös tarjolla päihdeongelmaan pureutuvia palveluita sekä palveluita, joilla voidaan estää päihdeongelmien paheneminen ja vähentää niihin liittyviä haittoja, joista äärimmäisenä on päihteisiin liittyvä kuolema. Palvelujärjestelmässä on viime aikoina tapahtunut muutos, joka on potentiaalisesti saattanut myötävaikuttaa vaikeista päihdeongelmista kärsivien, huono-osaisten kuolleisuuden kasvuun. Päihdehuollon erityispalveluiden avohoidossa ja asumispalveluissa olleiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt 11 prosentilla ja katkaisuhoidossa olleiden määrä viidenneksellä vuodesta 2003 vuoteen 2009. Kuitenkin pitkäaikaisemmassa kuntouttavassa laitoshoidossa olleiden päihdeongelmaisten määrä on vähentynyt seitsemän prosenttia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 2010.) Tällä hetkellä palvelujärjestelmässä oleva avo- ja katkaisuhoidon painotteisuus sekä asumispalvelut painottavat lyhytaikaisia, enemmänkin päihteiden käytön haittoja nopeasti vähentäviä keinoja kuin panostusta päihteiden käytöstä irrottautumiseen tähtäävään kuntoutumiseen. Riittääkö huono-osaisten päihdeongelmaisten terveydentilan kohentamiseen viime vuosina lisääntynyt avohoito ja lyhytaikainen katkaisuhoido? Olisiko pitkäaikaista, päihteetöntä ympäristöä varmistavaa laitoshoidoa syytä lisätä, jos halutaan vähentää alkoholiin liittyvää kuolleisuutta? Pitkäaikaisempi, päihteettömyyttä varmistava ympäristö antaisi päihdeongelmallisille mahdollisuuden toipua paremmin päihteiden elimistölle aiheuttamista rasituksista.

Kuolleisuuden vähentämiseksi saattaisi olla syytä myös vahvistaa päihdeongelmasta irrottautumiseen ja raitistumiseen tähtäävää toipumiskulttuuria, jolla pyritään vahvaan elämäntapamuutokseen. Tässä tarvittai-

siin ammatillisten hoitopalveluiden ja arkipäivän monimuotoista vertaistukea antavien verkostojen yhteistyön kehittämistä vaikeimmista päihdeongelmista toipumisen tukemiseksi. Kuusiston (2010) mukaan sellaiset vaikea-asteisista päihdeongelmista kärsivät, joilla on muutokseen pystymisen osalta itsellään heikot pystyvyyssodotukset, ovat päässeet raitistumaan vertaisryhmien antaman tuen avulla. Sen sijaan ne, joilla on vaikeita päihdeongelmia ja samanaikaisesti suuremmat odotukset muutokseen pystymisestä, ovat hyödynäneet enemmänkin ammatillisia hoitopalveluja raitistuessaan. Osa päihdeongelmaisista raitistuu myös spontaanisti ilman vertaistukea tai ammatillista apua.

Tällä hetkellä huomattava osa alkoholiin liittyvistä kuolemista koskettaa yksinäisiä, vanhempia miehiä. Tällöin herää kysymys, onko vähäisen reagoinnin taustalla myös päihdeongelmaisiin kohdistuva syrjivä syyllistäminen ja leimaaminen. Syrjäytyvillä, vanhemmilla päihdeongelmaisilla on harvoja puolustajia, ja arvoiltaan kovenevassa yhteiskunnassa yksilön vastuu korostuu. On totta, että kovimman hinnan – elämänsä päättymisen – alkoholin kulutuksen kasvusta ovat tähän mennessä maksaneet yksinasuvat, työttömät tai varhaiseläkkeellä olevat miehet. Mutta alkoholiin liittyvään kuolleisuuteen liitetty mielikuva saattaa kuitenkin olla liian yksipuolinen, koska alkoholin kulutukseen liittyvät haitat ja niiden kasvu eivät kosketa ainoastaan yksinäisiä miehiä. Vakavia alkoholihaittoja koetaan kaikissa eri väestöryhmissä. Niitä kokevat miehet ja naiset, nuoret ja vanhat, toimitusjohtajat ja työmiehet. Suhteellisesti suurin kulutuksen ja haittojen kasvu on viime vuosikymmeninä nähty naisilla. Naisten alkoholiin liittyvän kuolleisuuden lisääntymistä voitaisiin yrittää ehkäistä kiinnittämällä huomiota työelämästä syrjäytyneiden naisten palveluihin ja yleisemmin kehittämällä ja lisäämällä naisille suunnattuja päihdepalveluja.

Alkoholiin liittyviä kuolemia ja niiden muutoksia sekä niiden taustalla vaikuttavia tekijöitä on selvitetty vuoteen 2005 asti. Tätä seurantalutkimusta on tarpeen jatkaa. Eroavatko esimerkiksi vuosina 2006–2007 tai 2008–2009 alkoholiin liittyvät kuolemat 2000-luvun alun kuolemista? Kuollaanko alkoholiin nykyisin nopeammin kuin aiemmin? Mitä muita alkoholiin liittyviin kuolemiin olennaisesti kytkeytyviä riskitekijöitä kuolleilla on ollut? Mikä muu on toisaalta ollut vaikuttamassa alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin liittyvän kuolleisuuden vähenemiseen kuin vain alkoholin kulutuksen väheneminen? Vertailevat tutkimukset esimerkiksi Pohjoismaissa alkoholin kulutuksesta ja käyttötavoista, alkoholiin liittyvän kuolleisuuden ja muiden haittojen tasosta sekä erityisesti päihdeongelmaisten saamista palveluista voisivat tuoda lisävalaisusta siihen, onko muissa korkean kulutuksen maissa pystytty vaikuttamaan alkoholikuolleisuuden tasoon palvelujärjestelmää kehittämällä, ja miten.

Yksi ydinkysymys suomalaisen palvelujärjestelmän kannalta on myös se, onko päihdehuollon pitkäaikaisen laitoshoidon vähentynyt käyttö voinut olla vaikuttamassa huono-osaisten kuolleisuuden voimakkaaseen kasvuun? Onko tältä osin yhteiskunta jatkanut peiton yläpäättä samalla lyhentäen sen alapäättä painottaessaan niin vahvasti avohoidon kehittämistä laitoshoidon kustannuksella?

Kirjallisuus:

- HE 80/2003 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi valmisteverotuslain sekä alkoholi- ja allkoholijuomaverosta annetun lain muuttamisesta. URL: <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+80/2003&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD>. Viitattu 13.4.2011.
- HE 70/2009 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta. URL: <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+70/2009&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD>. Viitattu 5.5.2011.
- Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia: Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2000): 6, 674–678. URL: <http://www.stakes.fi/yp/2009/6/ahlstrom.pdf>. Viitattu 14.4.2011.
- Herttua, Kimmo: The Effects of the 2004 Reduction in the Price of Alcohol on Alcohol-Related Harm in Finland. Finnish Yearbook of Population Research, XLV 2010 Supplement. Helsinki: Väestöliitto, 2010.
- Herttua, Kimmo & Martikainen, Pekka & Mäkelä, Pia: Viina tappoi eniten yksinäisiä miehiä. Dialogi (2007):2. URL: <http://dialogi.stakes.fi/FI/dialogin+arkisto/2007/2/sivu/41.htm>. Viitattu 13.4.2011.
- Herttua, Kimmo & Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka: Differential trends in alcohol-related mortality: a register-based follow-up study in Finland in 1987–2003. Alcohol & Alcoholism 42 (2007): 456–464.

- Jormanainen, Kyösti & Laakkonen, Maarit & Sutinen, Ilkka & Purhonen, Kirsi (toim.): Päihdekuntoutujana työhallinnossa. Työikäisten päihdekuntoutujien jalkautuvat palvelut. Kuvaus työmallista. Tyynelän kehittämiskeskus, 2008. URL: http://www.kirkkopalvelut.fi/images/stories/pieksamaki/tyynela/dokumentit/loppuraportit_yms/Tyikisten_pihdekuntoutujien_jalkautuvat_palvelut2.pdf. Viitattu 14.4.2011.
- Karjalainen, Jarno & Karjalainen, Vappu: Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. Raportti 38/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4aa5eb26-0e0e-4dac-928e-4597d8c7a8d9>. Viitattu 14.4.2011.
- Karlsson, Tuomas (toim.): Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. Raportteja 16/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/054b8176-68eb-4b9e-baf2-5cf346bfcc37>. Viitattu 12.4.2011
- Kuolemansyyt 2009. Laatuseloste. Tilastokeskus, 2011. URL: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_jaa_001.fi.html. Viitattu 10.4.2011.
- Mustonen, Heli & Simpura, Jussi. Alkoholin käyttö: Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim, 2005. URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00019. Viitattu 13.4.2011.
- Mäkelä, Pia & Kauppinen, Timo & Huhtanen, Petri (2009a): Alkoholiongelmat vaivaavat huono-osaisia – niin pääkaupunkiseudulla kuin muuallakin Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009): 2, 185–194.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri (2009b): Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009): 3, 268–289.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri: Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008, 39–54. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2002. Sosiaaliturva 2002:3. SVT. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2002.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Sosiaaliturva 2004. SVT. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2004.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Sosiaaliturva 2006. SVT. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2006.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Sosiaaliturva 2010. SVT. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598>. Viitattu 8.4.2011.
- Saikka, Peppi: Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830>. Viitattu 14.4.2011.
- Saikka, Peppi & Sinervo, Leini: Työttömien terveyspalvelujen juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Raportti 42/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818>. Viitattu 14.4.2011.
- Vanhatalo, Jarno & Mäkelä, Pia & Vehtari, Aki. Alkoholikuolleisuuden alueelliset erot Suomessa 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka 75 (2010): 3, 265–272.

3.5 Pohjoismainen terveydenhuollon laatuosoitinhanke

Mika Gissler

Terveydenhuollon laadun kehittämiseen ja potilasturvallisuuteen kiinnitetään yhä enemmän huomiota. Kaikilla Pohjoismailla on ainutlaatuiset mahdollisuudet palveluiden laadun mittaamiseen ja valvontaan, sillä ne keräävät jatkuvasti tietoja koko väestön kattaviin korkealaatuisiin terveydenhuollon rekistereihin.

Pohjoismainen Ministerineuvosto valitsi Tanskan puheenjohtajakaudella vuonna 2000 yhdeksi ensisijaiseksi tehtävälueekseen laadun mittaamisen terveydenhuollossa (Nordisk Ministerråds arbetsgrupper vedrørende kvalitetsmåling 2003, 10). Ehdotuksen taustalla oli tarve kokemusten ja tietojen vaihtoon Pohjoismaiden kesken, sillä kullakin maalla oli käynnissä vastaavia terveydenhuollon laadun kehittämisen ja mittaamisen hankkeita. Tärkeimpänä tavoitteena oli antaa Pohjoismaiden kansalaisille, päätöksentekijöille sekä terveydenhuollon henkilökunnalle ja viranomaisille mahdollisuus arvioida ja verrata terveydenhuollon palveluja eri Pohjoismaissa. Tavoitteena oli myös tunnistaa niitä alueita, joilla Pohjoismaat voivat oppia toisiltaan terveydenhuollon laadun kehittämisessä.

Kaksi ensimmäistä hanketta (2001–2007)

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2001–2003) työ keskittyi laatuselontekojen ja laatuosoittimien kehittämiseen. Tärkeimmiksi osoitintyön alueiksi määriteltiin diabetes, sydäninfarkti, lonkkamurtuma, aivohalvaus, kasvaimet, raskaus ja synnytys sekä ehkäisevän terveydenhuollon toiminta (Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling 2003, 11).

Hankkeen toisen vaiheen (2004–2007) pääpaino oli terveydenhuollon laatuosoittimien kehittämisessä (Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling 2007, 75). Hankkeen kuusi työryhmää vastasivat omista aihealueistaan: geneeriset ja tautikohtaiset osoittimet, terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto, perusterveydenhuolto, psykiatria, potilasturvallisuus ja potilaiden kokema terveydenhuollon laatu.

Työryhmä valitsi 36 ensisijaista ja 40 potentiaalista osoitinta kuudelle pääalalle. Ensisijaisten laatuosoittimien valintaan vaikutti se, että Pohjoismaissa oli saatavilla osoittimien määrittelyyn tarvittavia lähtötietoja. Potentiaalisten osoittimien lähtökohtana oli se, että oli realistista olettaa niiden olevan saatavilla lähitulevaisuudessa.

Mielenterveyttä koskevia osoittimia oli kolme (Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling 2007, liite 12):

- Tahdonvastaisten psykiatrian hoitojaksojen määrä: tuhatta asukasta kohti ja osuus kaikista hoitojaksoista
- Ensimmäinen lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikkakäynti: keskimääräinen odotusaika päivinä
- Psykiatrian hoitojakson aikaiset itsemurhat: osuus tuhatta hoitojaksoa kohti, osuus kaikista itsemurhista ja 100 000 asukasta kohti

Osoitintiedot kerättiin vuosilta 2004 tai 2005. Kaikki Pohjoismaat paitsi Ruotsi toimittivat mielenterveyttä koskevia tietoja. Tahdonvastaisten hoitojen osuus oli korkeampi Suomessa (32 %) kuin Norjassa (22 %), Tanskassa (21 %) tai Islannissa (6 %). Väestöön suhteutettuna Norjassa (2,2/1000) ja Suomessa (2,0/1000) oli enemmän tahdonvastaista hoitojaksoa kuin Tanskassa (0,9/1000) tai Islannissa (0,4/1000).

Luotettavaa tietoa keskimääräisestä odotusajasta ei saatu kuin Norjasta (83 päivää) ja Islannista (105 päivää).

Itsemurhatiedot saatiin vain Islannista, Norjasta ja Suomesta. Norjassa oli Suomea enemmän itsemurhia suhteutettuna sairaalajaksoihin (1,1/1000 ja 0,1/1000), väestöön (1,1/100 000 ja 0,1/100 000) ja kaikkiin itsemurhiin (9,6 % ja 0,3 %). Islannista ei yhden vuoden aikana raportoitu yhtään psykiatrian hoitojakson aikaista itsemurhaa.

Vuonna 2007 julkaistun Pohjoismaisen terveystilastokomitean (Nomesko) mielenterveyttä koskevan teemaraportin mukaan mielenterveyttä koskevat laatuosoittimet olisi julkaistava säännöllisesti Nomeskon vuosikirjassa. Tämä on mahdollista vasta sitten, kun niiden vertailukelpoisuus on varmistettu (Tuori ym. 2007, 331).

Uusin hanke (2007–2011)

Pohjoismainen ministerineuvosto jatkoi terveydenhuollon laatuosoitintyötä vuoteen 2010 asti. Hankkeessa oli neljä työryhmää, jotka koskivat potilasturvallisuutta, tautikohtaisia laatuosoittimia, potilaskokemuksia sekä suun terveyden ja hammashuollon osoittimia (Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling 2010, 189).

Geneerisiä ja tautikohtaisia laatuosoittimia selvittänyt työryhmä jatkoi laatuosoittimien työstämistä, kartoittamista ja kehittämistä. Valitut mittarit priorisoitiin suhteessa esiintymistiheyteen, vakavuuteen ja vaihteluun sekä niiden taloudellisiin vaikutuksiin. Työ tehtiin tiiviissä yhteistyössä OECD:n terveydenhuollon laatuhankeksen kanssa (OECD Health Quality Indicators Project 2011). Osoittimet valittiin siten, että ne heijastavat sekä hoidon järjestämistä että terveydenhuollon laatua. Valinnassa huomioitiin myös terveydenhuollon erilaiset rakenteet, hoidon kulku (prosessi) sekä tulokset potilaan kannalta.

Työryhmä keskittyi kahdeksaan osa-alueeseen: krooniset sairaudet (diabetes ja astma), lapset ja nuoret, mielenterveys, raskaus ja synnytys, sydän- ja verisuonitaudit (sydänveritulppa, aivoveritulppa ja aivoverenvuoto), syöpäsairaudet (rintasyöpä, keuhkosityöpä, kohdunkaulan syöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä sekä pahanlaatuisen melanooma), terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy sekä yleiset potilaan hoidon kulun osatekijöitä kuvaavat osoittimet.

Hankkeen raportissa esitetään mielenterveyden osalta jo edellisessä raportissa esitelty kolme osoitinta sekä OECD:n kehittämät ja joka toinen vuosi keräämät skitsofrenian ja bipolaarisen mielialahäiriön suunnittelemtomat uusintahoitajaksot (Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling 2010, 80–84).

OECD raportoi uusimmassa tilastojulkaisussaan vuoden 2007 tiedot (Health at a Glance 2009, 126–127). OECD-maista ainoastaan 12 maata pystyi tuottamaan mielenterveyttä koskevat laatuosoittimet. Suomi raportoi eniten sekä skitsofrenian ja bipolaarisen mielialahäiriön suunnittelemtomia uusintahoitajaksot ja samassa sairaalassa: ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet olivat 32 prosenttia ja 34 prosenttia, kun OECD-maiden keskiarvot olivat 18 prosenttia ja 17 prosenttia. Myös muiden Pohjoismaiden osuudet olivat selvästi yli OECD-keskiarvon, kun taas esimerkiksi Slovakiassa ja Britanniassa osuudet ovat selvästi alle 10 prosenttia. Havainto voi johtua terveydenhuollon palveluiden toiminnasta ja laatueroista, mutta myös Pohjoismaiden laadukkaista rekistereistä, joissa potilaan seuranta on helppoa henkilötunnuksen takia. Toinen mahdollinen selitys on, ettei osoittimen laskennassa suunniteltuja ja suunnittelemtomia hoitajaksot pysty erottelemaan esimerkiksi intervallihoidossa. Vuoden 2009 laatuosoittimet laskettiin tarkennetulla menetelmällä, ja tällöin Suomen ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet olivat selvästi alemmat, 23 prosenttia kummallekin ryhmälle. Tämä on kuitenkin korkeampi taso kuin OECD-maiden keskiarvo kaksi vuotta aiemmin.

Uusimman Pohjoismaisen terveydenhuollon laaturaportin päätelmissä todetaan, että hoidon kulkua kuvaavia mielenterveyden laatuosoittimia on kehitettävä edelleen (Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling 2010, 195). Pohjoismaiselle ministerineuvostolle suositeltiin erillisen mielenterveysosoittimia koskevan hankkeen perustamista. Tämä saikin nopeasti rahoitusta vuosille 2010–2011. Tämän jälkeen mielenterveyden laatuosoittimien tiedonkeruu ja julkaiseminen siirtyy Nomeskalle.

Kirjallisuus

- Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling: Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. NHV Rapport 1: 2003. Nordisk hälsovårdshögskola. Göteborg 2003. Suomenkielinen yhteenveto. URL: [www.nhv.se/upload/dokument/forskning/ Publikationer/NHV-Rapport/NHV-rapport%202003-1.pdf](http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/NHV-Rapport/NHV-rapport%202003-1.pdf). Viitattu 4.1.2011.
- Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling: Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. TemaNord 2007:519. Nordisk Ministerråd, København 2007. Suomenkielinen tiivistelmä. URL: www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2007-519. Viitattu 4.1.2011.
- Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling: Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. TemaNord 2010:572. Nordisk Ministerråd, København 2010. Suomenkielinen tiivistelmä. URL: www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2010-57. Viitattu 4.1.2011.
- OECD: Health at a Glance. OECD Indicators. Organization for Economic Co-operation and Development. Paris 2009.
- OECD: Health Quality Indicators Project. URL: <http://www.oecd.org/health/hcqi>. Viitattu 4.1.2011.
- Tuori Timo, Gissler Mika, Wahlbeck Kristian and the Nordic reference group: Mental health in the Nordic countries. Health Statistics in the Nordic Countries 2005/Helsestatistik for de nordiske lande 2005, pages 149-211. Nomesko (Nordisk Medicinalstatistisk Komité) 80. København 2007. URL: <http://nomesco-da.nom-nos.dk/filer/publikationer/Helse%202005.pdf>. Viitattu 4.1.2011.

4 Kokemusasiantuntijuus ja vertais-toiminta

4.1 Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa: Asiakkaan aseman vahvistaminen mielenterveys- ja päihdetyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella

Marja Nordling, Liisa Rauhala

Tavoitteet

Kansallisen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman mukaisesti Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on asetettu myös tavoitteeksi asiakkaan aseman vahvistaminen ja osallisuuden lisääminen palvelujärjestelmässä. Käytännön toiminnan tasolla tavoitteiksi asetettiin kokemusasiantuntijoiden ottaminen mukaan ryhmätoimintojen ohjaajiksi, palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Tavoitteena on myös lisätä heidän mahdollisuuksiaan tiedottamiseen yleisötilaisuuksissa ja opettamiseen oppilaitoksissa oman kokemustietonsa pohjalta.

Tämän tavoitteen saavuttamiseksi aloitettiin sairaanhoitopiirin alueella mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä omaisten kouluttaminen kokemusasiantuntijoiksi. Koulutus toteutetaan Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa -kehittämishankkeena, ja tavoitteena on vakiinnuttaa kokemusasiantuntija- ja vertaistoimijatoiminta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuoteen 2013 mennessä.

Toiminta

Suomessa jo meneillään olevaa kokemusasiantuntijatoimintaa kartoitettiin hyvien koulutuskäytäntöjen löytämiseksi. Kartoitusten perusteella todettiin, että Tampereella Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:llä oli kokemusasiantuntijatoiminnasta olemassa tutkittua tietoa ja runsaasti käytännön kokemusta. Lokakuussa 2009 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Pohjanmaa-hankkeen/Välittäjä 2009 -hankkeen edustajat osallistuivat Tampereella KOKEMUS TIEDOKSI -projektin loppuseminaariin. Seminaarin jälkeen todettiin, että hyvä koulutuskäytäntö oli löytynyt!

Koulutusprosessi aloitettiin Etelä-Pohjanmaalla seminaarilla vuoden 2010 keväällä. Seminaarissa esitettiin kokemusasiantuntija- ja vertaistoimijakoulutusta, kokemusasiantuntijatoimintaa ja saatuja kokemuksia. Seminaarin kohderyhminä olivat ensi sijassa mielenterveys- ja päihdekuntoutujat sekä heidän omaisensa ja läheisensä. Lisäksi seminaariin kutsuttiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon henkilöstöä, sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita, kuntien luottamushenkilöitä, järjestöjen ja seurakuntien työntekijöitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitosten opettajia. Seminaarissa tiedotettiin Etelä-Pohjanmaan kokemusasiantuntijakoulutukseen hakeutumisesta ja hakumenettelystä. (Pohjanmaa-hanke 2010.)

Seminaarin jälkeen kokemusasiantuntijakoulutukseen hakeneiden joukosta kutsuttiin haastatteluun kolmekymmentä mielenterveys- ja päihdekuntoutujaa sekä omaisia, joista koulutusryhmään valittiin yhteensä kaksikymmentä henkilöä. Hakuprosessin aikana koulutukseen hakeutuneita pyydettiin arvioimaan sen hetkistä elämäntilannettaan, suhtautumista omaan tai omaisen sairauteen, kokemuksia ryhmätoiminnoista, kykyä toimia ryhmässä ja halua sitoutua vuoden kestäväan koulutukseen. Kysymyksillä pyrittiin löytämään koulutukseen sellaisia osallistujia, joiden tilanne ei ollut akuutissa vaiheessa. Valinnoissa huomioitiin hakijoiden erilaiset kokemukset ja heitä pyrittiin valitsemaan eri puolilta Etelä-Pohjanmaan maakuntaa. Kokemusasiantuntijakoulutukseen valituksi tulleiden ikäjakama oli 20–70 vuoden välillä. Naisia oli hieman enemmän kuin miehiä.

Koulutus aloitettiin huhtikuussa 2010 ja se kestää hieman yli vuoden. Koulutuksen sisältö on rakennettu siten, että se antaa kokemusasiantuntijoille valmiudet toimia vertaisohjaajina, kokemuskouluttajina, koke-

mustiedottajina, asiantuntijoina ja arvioijina suunniteltaessa, kehitettäessä ja arvioitaessa palvelujärjestelmää. Koulutus toteutetaan Seinäjoen kansalaisopiston tiloissa kerran viikossa, neljä tuntia kerrallaan. Koulutus päättyy keväällä 2011 järjestettävään loppuseminaariin. Seminaarilla halutaan vaikuttaa asenteisiin, jotta kokemusasiantuntijatoiminta otettaisiin laajemmin käytäntöön.

Jo koulutuksen aikana osallistujia on otettu mukaan aikuispsykiatrian toimintayksikköön ohjaamaan erilaisia toiminnallisia ja koulutuksellisia ryhmiä yhdessä ammattihenkilöstön kanssa. Lisäksi kokemusasiantuntijoille on järjestetty työnohjaus ja säännölliset keskinäiset tapaamiset. He ovat oikeutettuja palkkioon ja matkakorvauksiin toimiessaan kokemusasiantuntijatehtävissä. Tavoitteena on perustaa niin kutsuttu "kokemusasiantuntijalista", josta ilmenee asiantuntijatehtävissä kulloinkin käytettävissä olevat henkilöt. Listasta selviävät myös niiden yhteyshenkilöiden tiedot, joihin voi olla yhteydessä, kun tarvitaan kokemusasiantuntijoita mukaan eri toimintoihin. Lähiainojen haasteena on löytää ja testata käytännössä sopiva nettipohjainen vuorovaikutteinen keskustelualusta, jossa kokemusasiantuntijat voivat jakaa tietoja ja mielipiteitä sekä tiedottaa toiminnastaan.

Arviointi

Meneillään oleva koulutus Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa on osoittautunut käytännössä hyväksi ja toimivaksi menetelmäksi. Koulutuksen avulla mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä omaisten tiedot ja taidot ovat vahvistuneet. Erityisen tärkeäksi on koettu koulutuksen prosessinomainen eteneminen. Tulevat kokemusasiantuntijat saavat ensin vertaisohjaajakoulutuksen ja koulutuksen edetessä valmiudet kokemuskouluttajaksi ja kokemusasiantuntijaksi vahvistuvat. Kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevat ovat saaneet lukuisia pyyntöjä tulla kertomaan toiminnastaan alan ammattihenkilöstölle ja opiskelijoille. Heitä on kutsuttu mukaan mielenterveys- ja päihdetyön seminaareihin, mielenterveys- ja päihdestrategioiden suunnitteluun, kehittämiseen sekä arviointiin. Uuden kokemusasiantuntijakoulutuksen järjestämisestä on tullut useita kymmeniä kyselyitä.

Kokemusasiantuntijatoiminta on ensisijassa kansalaistoimintaa, vaikka se edistää kuntoutumisprosessiakin. Ottamalla mielenterveys- ja päihdekuntoutujat sekä omaiset mukaan palvelujärjestelmän suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin voidaan paremmin vastata palvelujen käyttäjien tarpeisiin. Samalla luodaan pohjaa kuntoutumisedellytyksille ja autetaan asiakasta omien kuntoutumisvalmiuksiensa löytämisessä.

Kirjallisuus

- Kuntoutumista kouluttautumalla – mielenterveyden kokemusasiantuntijat. KAVERI-projekti 2001–2004. Palvelujen käyttäjien kouluttautuminen kouluttajiksi, arvioijiksi ja vertaistukiryhmien ohjaajiksi. Loppuraportti. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2005.
- KOKEMUS TIEDOKSI -projekti, toimintaa ja tuloksia kokemusasiantuntijatyössä, KOKEMUS TIEDOKSI -projektin väliraportti. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2009.
- STM: Mielenterveys -ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 2009.
- Pohjanmaa-hanke: Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden koulutushanke on käynnistynyt. 2010.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=628208> [18.1.2011]

4.2 Yhdessä olemme enemmän

Marja Nordling (toim.)

Seinäjoen kokemusasiantuntijakoulutus käynnistettiin huhtikuussa 2010 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Pohjanmaa-hankkeen yhteistyönä. Koulutus kestää vuoden ajan ja kokoontumisia on kerran viikossa, neljä tuntia kerrallaan. Pääkouluttajana toimii sosiaalipsykologi Petri Karoskoski Tampereen aikuiskoulutuskeskuksesta ja muina kouluttajina ovat olleet eri alojen paikalliset asiantuntijat.

Koulutukseen valittiin runsaasta hakijajoukosta kaksikymmentä mielenterveys- tai päihdekuntoutujaa sekä omaisia. He ovat iältään 20–70-vuotiaita ja asuvat eri puolilla Etelä-Pohjanmaan maakuntaa. Koke-
musasiantuntijakoulutukseen valituilla on yhteensä laaja kokemustausta depressiosta, työuupumuksesta,
persoonallisuushäiriöistä, ADHD:sta, syömishäiriöistä, pakko-oireisesta häiriöstä, kaksisuuntaisesta mieli-
alahäiriöstä, skitsoaffektiivisesta psykoosista, paranoidisesta skitsofreniasta ja alkoholismista. Monella on
lisäksi kokemusta jostakin somaattisesta pitkäaikaissairaudesta. Omaisjäsenillä on ollut joko mielenterveys-
tai päihdeongelmista kärsiviä läheisiä. Koulutusryhmä on ikärakenteeltaan ja taustoiltaan varsin heterogee-
ninen, mikä koetaan suurena rikkautena. Kun noin puolet koulutuksesta oli käyty, pyydettiin opiskelijoita
kertomaan kokemuksiaan ja arvioimaan saamaansa koulutusta. Seuraavassa on yhteenveto saaduista kom-
menteista.

Koulutukseen hakeutuminen

Osa koulutukseen hakeutuneista koki kuntoutuneensa niin hyvin, että oli aika ottaa seuraava askel. Joku oli
pitkään haaveillut opiskelusta ja kokemusasiantuntijakoulutus tuntui hyvältä, juuri itselle sopivalta vaihto-
ehdolta. Koulutuksesta lähdettiin hakemaan uutta tietoa mielen sairauksista ja palvelujärjestelmästä, uusia
näkökulmia ja selkeyttä omaan elämäntilanteeseen. ”*Hakeuduin kokemusasiantuntijakoulutukseen, koska se
tuntui luonnolliselta jatkumolta elämäntilanteessani ja hienolta mahdollisuudelta jakaa kokemuksiani,
joista ei ole voinut eikä kannattanut avoimesti puhua muuten julkisuudessa ilman leimautumista ja arvot-
tomuuden kokemusta.*”

Koulutukseen hakeutumisen syynä oli myös lisävalmiuksien saaminen vertaistukitoimintaan ja halu aut-
taa toista ihmistä. ”*Elämäkokemus on opettanut, että eri-ikäiset ja eri tavoin sairastuneet ihmiset tarvitse-
vat hoitojen lisäksi myös kuuntelijaa, vierellä kulkijaa. Ihmistä jolla on aikaa pysähtyä, joka välittää. Ha-
luaisin osata itse enemmän, tietää enemmän ja osata tukea rohkeammin. Olla vahvempi silloin, kun epä-
varmuus ja voimattomuuden tunne tulee. Besserwissereitä riittää, mutta kuuntelijoita tarvitaan.*” Kiitollis-
uus siitä, että itse on kuntoutunut ja halu olla omalta osaltaan tukemassa muita sairautensa kanssa kamp-
pailevia ihmisiä. ”*Alun perin kait oli innostus et voisi olla avuksi joidenkin toipumisessa. Kait se oli jokin
kiitollisuuden tunne kun on itse selvinyt jotenkin kuiville omassa sairautessaan. Ajattelin et voisin olla
jotenkin pienellä panoksella mukana.*” Koulutukseen haettiin myös omahoitajan kannustamana tai ystävän
vanavedessä. Opiskelun toivottiin tuovan uutta valoa yksinäisyyteen ja poikivan jotakin toimintaa. Aikai-
semmat hyvät kokemukset ryhmistä kannustivat mukaan ryhmämuotoiseen opiskeluun

Kokemuksia koulutuksesta

Opiskelijat ovat kokeneet kokemusasiantuntijakoulutuksen pääosin hyvin myönteisenä, se on jopa ylittänyt
odotukset. Vaikka koulutus koetaan vaativana ja intensiivisenä niin se koetaan myös mielekkäänä ja antoi-
sana. Koulutuksen sisältö on ollut monipuolinen sisältäen luentoja, keskustelua ja erilaisia harjoituksia.
Yksi koulutusiltapäivä viikoittain on useimpien mielestä ollut riittävä, jotta on rauhassa ehtinyt pohtia asi-
oita ennen seuraavaa kokoontumista. ”*Koulutuspäivät ovat sen verran intensiivisiä, että jollain tapaa on
ollut uupunut sen jälkeen. Itsellä on nämä illat yleensä sellaisia kurssipäivän jälkeen, että haluaa olla yksin
ja mietiskellä asioita.*” Ryhmän kouluttajille annettiin kiitosta heidän asenteestaan ja kyvystään ohjata näin
heterogeenista ryhmää. Heidät on koettu läheisiksi ja arvostavan aidosti jokaista opiskelijaa kokemuksi-
neen. Opiskelijoiden kokemuksen mukaan vaikeat elämäntapahtumat ovat koulutuksen aikana muuttuneet
kokemustiedoksi, voimavaraksi ja mahdollisuudeksi. Koulutukseen osallistuminen antaa mahdollisuuden
kuntoutua ja olla mukana luomassa uutta ajattelutapaa.

Kaikkein tärkeimmäksi tekijäksi koulutuksen onnistumisessa opiskelijat nimesivät ryhmään kuuluvat
ihmiset. Koulutuksessa mukana olevat ovat kokeneet kovia elämäntapahtumia ja koulutusryhmässä he ovat
saaneet tukea, arvostusta ja ymmärrystä. He ovat kokeneet, että ryhmässä puhutaan samaa kieltä, kaikki
hyväksyvät toisensa sellaisina kuin kukin on. Erilaiset elämäntarinat ovat virittäneet monenlaisia ajatuksia
myös omasta elämästä. Ryhmän heterogeenisuus, erilaiset elämäntapahtumat ja laaja ikähaitari on koettu
hyvänä asiana. Kiitosta annetaan myös siitä, että koulutuksessa on mukana hoitoalan ammattilaisia ja omai-

sia, jotka eivät itse ole sairastaneet. Ammatillaiset koetaan tärkeäksi linkiksi käytännön työhön, tutkimukseen ja suunnitteluun. Keskustelut ryhmässä ovat monen mielestä koulutuksen parasta antia ja ryhmäläisillä on ollut halu oppia uutta ja rohkeutta tuoda omia kokemuksiaan esiin. *"Kaiken kaikkiaan tämä koulutus on parantanut itsetuntoani ja lisännyt rohkeuttani toimia yhteisön jäsenenä. En tunne enää itseäni kakkosluokan kansalaiseksi vaan tasavertaiseksi ihmiseksi muiden kanssa."*

Koulutuksen aikana on saatu paljon tietoa ja uusia taitoja. Mielenterveyden termistöön, psyykkisiin sairauksiin ja erilaisiin terapiasuuntauksiin tutustuminen on auttanut ymmärtämään itseä ja toisia myös teoria-tiedon kautta. *"Oivalluksia on tullut tunneilla, mutta paljon vasta kotona, kun alitajunta on työstänyt asioita ja ne on osannut yhdistää omaan elämään."* Teoreettinen opetus on koettu kiinnostavana ja tärkeänä, se on lisännyt ymmärrystä ja auttanut oivaltamaan monia asioita omassa elämässä. Myös erilaisten taitojen opettelu, kuten oman elämäntarinan kirjoittaminen ja esiintymistaidon harjoittelu, on koettu mielenkiintoiseksi ja hyödylliseksi. *"Hienointa on koulutuksessa oppimista taidoista se itsevarmuus ja rohkeus, jota on saanut lisää. Tämä vaikuttaa, että erilaiset esteet murtuvat, joiden vuoksi ei ole voinut aina vapaasti ja hyvillä mielin käyttää kokemustietoa, joka on jo kyllä ollut olemassa. Toki ryhmässä on saanut vielä pureksia asioita lisää muiden tarinoiden ja opetuksen kautta, joten koulutus on tuottanut tietysti myös uusia oivalluksia asioista ja itsestä sekä ihmisten käyttäytymisestä yleensä."*

Koulutuksen tähtihetkiä

Kyselyyn vastanneiden mukaan koulutuksessa on ollut niin paljon hyvää, että on vaikea nimetä yksittäistä huippukokemusta tai tähtihetkeä. Parhaita kokemuksia tuntuvat olleen ryhmäkeskustelut, tiedon ja tunteiden keskinäinen jakaminen ja salliminen, ymmärryksen kokeminen, arvostetuksi tuleminen, lämpö ja läheisyys eli ryhmän ilmapiiri. Jokaisen koulutuspäivän alussa on yhdellä opiskelijalla kerrallaan mahdollisuus esittää tarina, joka voi olla jokin omakohtainen elämäkokemus, itselle tärkeä runo tai mikä tahansa vapaaehtoinen esitys. Alkutarinoiden pohjalta käydään keskustelua ryhmässä ja monien opiskelijoiden mukaan ne ovat olleet koulutuksen tähtihetkiä. Sitä ne voivat olla myös esittäjälleen: *"Itselle tärkein kokemus on ollut oman Alkutarinan kertominen lapsuudesta. Se on tavallaan "ratkennut" ja helpottanut, kun sen on saanut sanottua. Sillä ennen sitä vain pari ystävää osittain tiesivät lapsuuteni ongelmista. Ehkä se ei ollut enää niin suuri peikko joka kiersi samaa kehää vaan tässä samassa, kun "prosessi on käynnissä", niin tuli itselle siitä selkeys jonka kanssa on helpompi elää."* Jotkut ovat jo koulutuksen aikana osallistuneet kokemusasiantuntijana tai -kouluttajana erilaisiin suunnittelutyöryhmiin ja yleisötilaisuuksiin ja kokeneet ne huippuhetkiksi. *"Olen ollut kokemusasiantuntijan roolissa puhumassa sosiaalialan oppilaille. Se oli hieno kokemus, vaikka ensimmäinen kerta jännittikin."* Jollekin kurssilaisista tähtihetki oli koulutuksen puolen välin paikkeilla pidetty viihtyisä ohjelmallinen pikkujoulujuhla. Eräälle ryhmäläiselle jokainen koulutuspäivä on uusi tähtihetki: *"Ei ole vain yhtä "huippukokemusta" tai "tähtihetkeä" koulutuksen aikana vaan jokainen koulutuspäivä on ollut odottamisen arvoinen ja viikon kohokohta sen voimaannuttavan ja iloa tuottavan elementtinsä ansiosta sekä niiden ihmisten ansiosta, jotka koulutuksessa ovat olleet mukana opiskelijoina ja opettajina."*

Mitä toivottiin enemmän/toisin?

Koulutettavat toivat esille neljä asiaa, joita he toivoisivat koulutukseen lisää: aikaa, tietoa, oppimateriaaleja ja jatkuvuutta. Vaikka osa heistä on kokenut koulutuksen vaativaksi ja päivittäisen neljän tunnin keston sopivaksi, niin osa toivoisi koulutuspäivän kestäväksi viisi tuntia kerrallaan. *"Aika loppuu usein kesken tunneilla ja haluaisi vielä lisää olla koulutusryhmän kanssa sekä ideoida kokemustiedon eteenpäin vientiä ja kehittää sitä yhdessä monella tavalla."* Lisää tietoa ja opetusta toivottiin skitsofreniasta, kuntoutumisesta ja kirjallisen tekstin tuottamisesta. Koulutukseen osallistuvat toivovat saavansa itselleen enemmän kirjallista oppimateriaalia kuten luentomonisteita. Joku toivoi kokemusasiantuntijakoulutukseen omaa oppikirjaa, joka ei kuitenkaan saisi olla liian tieteellistä ja raskasta luettavaa. Myös lisäkoulutusta toivottaisiin jatkossa järjestettävän. Vastauksissa kannettiin eniten huolta kokemusasiantuntijakoulutuksen päättymisestä ja sen

jälkeisestä toiminnasta. ”Koulutukseen en kaipaisi lisää muuta kuin, että jatkossa ryhmä pysyisi koossa ja jotakin kautta mahdollistuisi tämä jatko.”

”Ryhmän koossapysyminen antaa tärkeää tukea kokemustiedon viemiselle ja kukaan ei jää yksin, kun lähtee kentälle puhumaan asioistaan. Tällä hetkellä on epävarmaa vielä jatkorahoitus koulutusryhmän koossapysymiselle ja sille, kuka organisoisi sitä jatkossa, kun tämän hetkinen hankerahoitus loppuu. Se on tietenkin harmittavaa, jos tähän ei tule selkeätä tukea.”

Koulutuksen aikana opittujen taitojen käyttö tulevaisuudessa

Kokemusasiantuntijaopiskelijat toivovat voivansa toimia monissa eri tehtävissä ja osa heistä on jo koulutuksen aikana toiminut kokemusasiantuntijan, -kouluttajan tai vertaisohjaajan tehtävissä. ”Tuntuu hienolta mahdollisesti päästä” työelämään” mukaan pitkän tauon jälkeen. Olen eläkkeellä, joten minulla on aikaa. Toivon siis, että vastaan tulee niitä mahdollisuuksia, joista itsellä on kokemusta ja sanottavaa. Tämä pätee kaikkeen, missä haluaisin tulevaisuudessa käyttää koulutuksessa saamiini tietoja.”

Usea koulutuksessa mukana oleva haluaa vertaisohjaajaksi ryhmään ja koulutuksen aikana tämä toive on monen kohdalla toteutunutkin. Heitä on jo mukana esimerkiksi ääniä kuulevien ryhmän, pakko-oireisten ryhmän, omaisten ryhmän, AA-ryhmän, lavatanssiryhmän ja käsityöryhmän vertaisohjaajina yhdessä ammattihenkilön kanssa. Osa koulutettavista haluaisi puolestaan toimia mieluiten yksittäisen kuntoutujan vertaistukihenkilönä. Monella heistä on omakohtaista kokemusta vertaistuen merkityksestä omassa kuntoutumisessaan ja toivoa selviytymisestä halutaan jakaa muillekin. ”Koen vertaistuen hyvin tärkeäksi asiaksi ja siitä on ollut omassa kuntoutuksessani paljon apua erityisesti toivon antajana.” Melko moni koulutuksessa olevista haluaisi kuitenkin mieluiten toimia kokemuskouluttajana ja pitää luentoja sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa ja ammattihenkilöstön koulutustilaisuuksissa. Myös tähän toimintaan on osalla koulutettavista ollut mahdollisuus jo koulutuksen aikana. ”Huippuhetkenä olen kokenut koulutuksen aikana sen, kun sain kertoa Helsingissä pohjoismaisessa sairaanhoitajien kongressissa yleisölle tästä meidän koulutuksesta. Toinen merkittävä tilanne tänä aikana oli Helsingissä lokakuussa järjestetty OCD- seminaari, jossa pidin potilaan puheenvuoron yleisölle.”

Arviointi-, suunnittelu- ja kehittämistehtävät kiinnostavat monia koulutuksessa mukana olevia. ”Mieluummin olen työryhmissä suunnittelemassa ja läsnä oman kokemustiedon kanssa antamassa palautetta, jos sitä tarvitaan”. Tällaiseen toimintaan on koulutuksen aikana voinut muutama koulutusryhmän jäsen osallistua olemalla mukana oman paikkakuntansa mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelutyöryhmissä yhdessä ammattihenkilöiden kanssa. ”Voisin myös arvioida palveluja, mutta en halua tehdä sitä liian tieteellisellä tasolla vaan konkreettisella, josta on jotain todellista vaikutusta ja jos voi arvioida käytännön tasolla palvelujen sisältöä niissä asioissa, joista on itsellä kokemusta.”

Etelä-Pohjanmaan kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevat ovat lähteneet innolla toteuttamaan kokemusasiantuntijatoimintaa. Koulutus on antanut siihen hyviä valmiuksia ja se on ollut samalla hyvin kuntouttavaa. Heillä on halu toimia hyvässä yhteistyössä ammattilaisten kanssa, jotta mielenterveys- ja päihdekuntoutujat saisivat parhaan mahdollisen tuen omaan toipumiseensa ja kuntoutumiseensa. Kokemusasiantuntijat tulevat antamaan oman kokemustietonsa myös alan opiskelijoiden käyttöön. Toivottavasti tätä suurta voimavaraa osataan Etelä-Pohjanmaalla käyttää kutsumalla kokemusasiantuntijoita mukaan erilaisiin tehtäviin ja keskustelufoorumeille.

4.3 Kokemusasiantuntijat – vaikuttamista ja voimaantumista

Suvi Nousiainen

Tamperelaisessa mielenterveysyhdistyksessä, Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:ssä on vuodesta 2001 alkaen koulutettu mielenterveyden kokemusasiantuntijoita. Heidän kokemustietoaan on opittu hyödyntämään monipuolisesti ja kokemusasiantuntijat ovat tavoittaneet laajoja yleisöjä. Toiminta tarjoaa osallistu-

jille mahdollisuuden määritellä identiteettinsä uudelleen, työstää kokemuksia vertaisten parissa ja tilaisuuksia vaikuttamiseen.

Projekteista vakiintuneeksi kansalaistoiminnaksi

Kokemusasiantuntijatoiminta on kehittynyt yhteensä yhdeksänä Raha-automaattiyhdistyksen tukemana projektivuotena (KAVERI 2001–2004, Kokemus tiedoksi 2005–2009). Tavoitteet määriteltiin alusta asti kahtalaisiksi: kokemusasiantuntijat vievät ulospäin kokemustietoa ja toisaalta toiminnan tarkoitus on edistää heidän omaa kuntoutumisprosessiaan. Kokemustiedolla haluttiin vaikuttaa asenteisiin, lisätä ymmärrystä ja ehkäistä ennalta vaikeita mielenterveysongelmia. Lisäksi haluttiin luoda toimintamalli, joka ottaa huomioon yhteiskunnan muutokset ja ihmisten tarpeet uudella tavalla. Perinteisesti kuntoutumista tukevat työtoiminnot liittyvät kädentaitoihin, ruuanlaittoon tai siivoustyöhön. Ne eivät palvele kuitenkaan ihmisiä, joiden taidot ja kiinnostuksen kohteet suuntautuvat muualle. (Jankko 2005 2–8; Rekola 2009, 40–42.)

Projektien jälkeen, vuodesta 2010 alkaen, kokemusasiantuntijatoiminta jatkuu osana yhdistyksen kansalaistoimintaa. Uusi toimintaympäristö on luonteva, sillä kokemusasiantuntijuus on aktiivista kansalaisuutta, osallisuutta ja yhteisten päämäärien tavoittelua (Jankko 2008, 122). Projektien päätyttyä rahoittajaksi on Raha-automaattiyhdistyksen rinnalle tullut yhtä suurella osuudella Tampereen kaupunki. Toiminnasta vastasi projektien eri vaiheissa yhdestä kolmeen työntekijää. Nykyisin toimintaa koordinoi työpari.

Toiminnan juurtumisen ja vakiintumisen keskeinen syy on epäilemättä ollut hyvien yhteistyökumppaneiden löytyminen. Projektien ohjausryhmän jäsenet – oppilaitosten, yliopiston ja kunnallisten palveluiden edustajat – olivat avainhenkilöitä, jotka veivät tietoa eteenpäin yhteisöissään. Kokemusasiantuntijoille löytyi nopeasti työmahdollisuuksia ja heidän esiintymisensä poikivat aina uusia yhteydenottoja ja lisätilaisuuksia. (Jankko 2005, 11:37.)

Osallistujat

Toimintaan ovat tervetulleita henkilöt, joilla on omakohtaisia kokemuksia mielenterveyden häiriöistä. Projektien alkaessa käytettiin lehti-ilmoituksia, myöhemmin osallistujat ovat löytäneet tiensä ammattilaisten ja vertaisten ohjaamina. Aluksi mielenterveyskuntoutujien ohessa mukana oli omaisia ja myös tukihenkilöitä kutsuttiin mukaan. Nykyisellään kaikki jäsenet määrittelevät itsensä kuntoutujiksi, vaikka omaisen roolikaan ei ole monelle vieras. (Jankko 2005, 17–20.)

Työntekijät haastattelevat tulijat. Alkuhaastattelun tarkoitus on jakaa tietoa toiminnasta, kuulla tulokkaan tarpeista ja arvioida yhdessä, millä tavoin toiminta niihin pystyy vastaamaan. Päätöksen osallistumisestaan tekee henkilö itse. Olennaista on sopivassa vaiheessa oleva kuntoutumisen prosessi. Kokemusasiantuntija ei voi olla akuutissa kriisissä. Hän on myös riittävässä määrin hyväksynyt sairautensa ja löytänyt keinoja elää sen kanssa. Olennaista on myös halu oppia uutta sekä kyky toimia ryhmässä. Tullessaan osallistujan ei tarvitse vielä tietää, haluaako toimia kokemusasiantuntijatehtävissä. Aluksi tehtävänä on tutustua ryhmään, osallistua koulutuksiin ja kuulostella tuntuuko toiminta sopivalta. Uusia osallistujia otetaan pitkin vuotta, joten kiinnostuneet pääsevät nopeasti mukaan. Toiminnassa on mukana vuosittain muutama kymmenen osallistujaa. Heistä valtaosa on työelämän ulkopuolella. Enemmistöllä (65 %) pääasiallinen toimeentulon lähde on työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki (Jankko 2009, 5–7).

Osallistuja päättää itse jäsenyytensä keston. Ryhmässä on siis aina hyvin eripituisia aikoja mukana olleita toimijoita. Osa on tullut jo projektien alkuvuosina, mutta toimintaan saapuu läpi toimikausien uusia jäseniä. Se, että enemmistö osallistujista jo tuntee toisensa ja on toimintaan sitoutunut, pitää muuttuvan ryhmän toimintakykyisenä. Molemmat, uudet ja vanhat jäsenet, ovat jatkuvuuden kannalta tärkeitä.

Toiminnan rakenne: teoriaa ja käytäntöä

Osallistujille tarjotaan kaksi koulutuksellista ryhmätapaamista viikoittain. Nämä toiminnan peruspilarit ovat tiistaiset teoriapainotteiset koulutukset sekä käytännön harjoittelu eli torstaiset harjoitusluennot. Tapaamiset ovat iltapäivisin, kolmisen tuntia kerrallaan. Koulutuksiin osallistuminen on aina maksutonta ja vapaaehtoista.

Tiistai-iltapäivien tapaamiset ovat koulutustilaisuuksia, joissa osallistujille tarjotaan välineitä kokemusasiantuntijana toimimiseen. Työntekijät suunnittelevat kausien koulutusohjelman ja etsivät niihin opettajat sekä sopivat sisällöistä heidän kanssaan. Työntekijät myös osallistuvat kaikkiin koulutuksiin, kuten muihinkin ryhmätapaamisiin. Kokemusasiantuntijoiden kouluttajat ovat alansa ammattilaisia: oppilaitosten opettajia tai freelancer -kouluttajia. Kokemusasiantuntijoiden koulutustilaisuudet ovat dialogisia, opettajan ja ryhmän sekä ryhmän jäsenten keskinäistä keskustelua. Osallistujien kuntoutumisprosessi elää ja koulutusten aikana syntyy tärkeitä oivalluksia.

Koulutuksissa opetellaan esimerkiksi oman luennon suunnittelua ja harjoitellaan esiintymistä. Lisäksi käsitellään oman elämätarinan jäsentämistä, kertomista ja kirjoittamista. Osa koulutuksista tarjoaa sisältölisä valmiuksia – suosittuja ovat olleet esimerkiksi elämäntapa- ja elämäntilaisuuksia tai eri terapiasuuntauksia käsittelevät koulutukset. Toistuvina aiheina ovat myös ryhmäprosessit, vuorovaikutustaidot ja rakentavan palautteen antaminen. Tampereen aikuiskoulutuskeskuksessa (TAKK) on pitkän yhteistyön tuloksena kehitetty kokemusasiantuntijoiden koulutussarjoja, joita toistetaan osallistujien vaihtuessa. (Jankko 2005,13–16; Karoskoski 2010,128–138.)

Ryhmä kokoontuu säännöllisesti työntekijöiden ohjauksessa myös ajankohtaisten asioiden ja yhteisen suunnittelun äärelle. Virkistystä ja tutustumiskäyntejä on myös otettu ohjelmaan, jotta toiminta ei muodostuisi liian raskaaksi.

Torstai-iltapäivisin ohjelmassa on sisäistä koulutusta eli harjoituslentoja. Tästä, alun perin osallistujien ideasta, on kehittynyt toiminnan toinen peruspilari. Sisäinen koulutus tarjoaa turvallisen ympäristön harjoitella oman tarinan kertomista, palautteen antamista ja vastaanottamista. Kun palautekeskustelu on käyty, on aika puhua yhdessä siitä, millaisia ajatuksia ja tunteita kuultu herätti. Sisäinen koulutus toimii paitsi harjoittelemisen, myös vertaisuuden ja kokemusten jakamisen ympäristönä. Harjoittelu sisäisessä koulutuksessa sekä tiistaikoulutuksiin osallistuminen ovat jäsenille vähimmäisvaatimus ennen varsinaisten kokemusasiantuntijatehtävien vastaanottoa.

Sisäistä koulutusta suunnittelee ja hallinnoi osallistujista koostuva suunnitteluryhmä. Suunnitteluryhmäläiset vastaavat vuorollaan tilaisuuden sujumisesta toimimalla puheenjohtajina. Suunnitteluryhmän jäsenyys tuo uusia toimintamahdollisuuksia ja vastuuta sekä kokemusta suunnittelutyöstä ja ryhmän ohjaamisesta.

Kokemusasiantuntijoiden työmahdollisuudet

Vuosien varrella kokemusasiantuntijat ovat toimineet erityisesti kouluttajina, tiedottajina ja muissa asiantuntijatehtävissä. Mieli 2009 -mietinnön suositukset ovat näkyneet käytännössä monipuolistuneina työmahdollisuuksina, kuten osallistumisena palveluiden suunnitteluryhmiin.

Kokemuskouluttaminen työllistää kokemusasiantuntijoita määrällisesti eniten. Erityisesti sosiaali- ja terveysalan opettajat tilaavat kokemusasiantuntijoita kertomaan opiskelijaryhmilleen sairastumisesta, kuntoutumisesta tai hoitokokemuksista. Kutsuja tulee myös muista sosiaali- ja terveysalan järjestöistä ja organisaatioista. Kokemusasiantuntijat ovat myös järjestäneet useita itse ideoimiaan yleisötilaisuuksia. Vuosittain erilaisia koulutustilaisuuksia on noin 80–100. Oppilaitosyhteistyö ja muut yhteistyöverkostot mahdollistavat sen, että kokemusasiantuntijat voivat tarttua vaativuudeltaan hyvin erilaisiin haasteisiin. Aloitteija voi antaa anonyymien haastattelun opiskelijan opinnäytetyöhön. Myöhemmissä vaiheissa on ollut mahdollista siirtyä opiskelijaryhmien kouluttajaksi oppilaitoksiin ja siitä yhä suuremmille yleisöille, kuten seminaareihin. (Jankko 2009, 10–13.)

Kokemustiedottaminen kattaa sekä omaehtoisen tiedotustyön että esiintymiset valtamediassa. Toimittajat ottavat aika ajoin yhteyttä ja kyselevät sopivia haastateltavia ja kokemusasiantuntijat ovat olleet esillä kymmenissä lehtijutuissa, radioissa ja televisiossa. Kirjoittaminen ja muu mediatyö on ollut monelle osallistujalle kiinnostava, osalle jo valmiiksi tuttu työkenttä. Kokemusasiantuntijatoiminnassa on tehty omaa lehtityötä, julkaistu kirjoja ja tuotettu muuta kokemustietoa sisältävää materiaalia. (Jankko 2009, 14–15.) Yhteistyössä toisen mielenterveysjärjestön, Sopimusvuori ry:n kanssa, on luotu mielenterveyskuntoutujien oma radio-ohjelma, jota lähetetään tamperelaisessa Radio Moreenissa.

Vuoden 2010 aikana Tampereen kaupunki ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri sekä Kaivannon sairaala kutsuivat kokemusasiantuntijat mukaan palveluita suunnitteleviin strategiatyöryhmiinsä. Lisäksi kokemusasiantuntijat toimivat oman yhdistyksen sisällä erilaisissa ohjaus- ja muissa työryhmissä ja he ovat osallistuneet rekrytointitilanteissa henkilöstövalintojen tekemiseen. Kaikkien kokemusasiantuntijatehtävien vastaanottaminen on aina vapaaehtoista eikä toimintaan osallistuminen edellytä niihin ryhtymistä. Kokemusasiantuntijat saavat kiittävää ja vahvistavaa palautetta sekä omasta ryhmästään että yleisöiltään. Työ on kuitenkin vaativaa ja sen tueksi tarjotaan ryhmämuotoista työnohjausta.

Kokemusasiantuntijatoiminta ja kuntoutuminen

Identiteetti ja merkityksellisyys

Psyykinen sairaus on monelle ihmissuhteisiin, talouteen, itsetuntoon ja elämäkatsomukseen kohdistuva kriisi. Elämälle on löydettävä edelleen merkityksiä ja suuntaa. Kokemusasiantuntijatoiminta voi tukea oman identiteetin myönteistä rakennustyötä. Kokemusasiantuntija määrittelee samalla myös mielenterveyskuntoutujana olemista uudella, vaihtoehtoisella tavalla. (Hankkila 2008, 48–50; Kulmala 2006, 1–62.)

Kokemusasiantuntijatoiminta tarjoaa mielenterveyskuntoutujalle oikeaa opiskelua ja tärkeitä työtehtäviä vailla opiskelu- ja työympäristöjen tyypillistä suorituskeskeisyyttä ja kiirettä. Toimiminen vahvistaa luottamusta omiin kykyihin, mahdollisuuksiin oppia ja kehittyä. Kokemusasiantuntijuus vahvistaa osallisuutta yhteiskuntaan ja yhteyttä toisiin ihmisiin. (Korhonen 2009, 42–43.) Myös ympäristöllä on merkitystä itsetunnon ja identiteetin rakentumisen kannalta: osallistujat kokoontuvat kansalaistoiminnan keskuksessa, joka ei liity hoitoon tai assosioitu mielenterveyskuntoutukseen. Mahdollisuuksien mukaan käytetään myös yhteistyöoppilaitoksen Tampereen aikuiskoulutuskeskuksen tiloja.

Kokemusasiantuntijatoimintaan liittyvistä erityisistä vastuu- ja suunnittelutehtävistä osallistuja saa korvausta, verotonta työosuusrahaa. Varsinaisista kokemusasiantuntijatehtävistä, kuten oppilaitoksissa pidetyistä kokemuskoulutuksista palvelun tilaaja maksaa asiantuntijapalkkion. Korvauksen suuruus vaihtelee tilaajan palkkioluokkien mukaan, mutta ne ovat aina samansuuruisia kuin muillekin asiantuntijoille maksetut palkkiot. Rahalla on käytännön merkitystä, mutta se on myös ohittamaton arvostuksen mittari.

Omatahtisuus

Osallistujille taataan mahdollisuus käydä koulutuksissa ja vastaanottaa tehtäviä itselleen sopivassa tahdissa – myös vetäytyä niistä voinnin vaatiessa. Siksi päävastuu toteutuksesta ja suunnittelusta kuuluu aina työntekijöille. Työntekijän ja osallistujan työnjako on yhteistyötä ja kumppanuutta. Osallistujilla on mielenterveyden kokemustieto, substanssi, jota toiminnassa kehitetään ja jolle haetaan uusia väyliä. (Hankkila 2008, 52–53.)

Oman jaksamisen kuuntelu on perusarvo. Myös kokemusasiantuntija voi väsyä työn ja paineiden alle alkuinnostuksen jälkeen. Tästä syystä myös kokemusasiantuntijoiden työtilaukset tulevat työntekijöiden välityksellä. He tuntevat osallistujat ja tietävät ketä kysyä tehtäviin. Kaikista tarjotuista kokemusasiantuntijan työtehtävistä on luvallista ja kunniallista kieltäytyä. Kokemusasiantuntijatoiminta on ympäristö, jossa omaa työkykyä ja jaksamista on lupa kokeilla ja jossa omia rajoja kannustetaan kunnioittamaan. (Jankko 2008, 111–112.)

Ryhmä ja vertaisuus

Kokemusasiantuntijatoiminta ei ole perinteistä vertaisryhmätoimintaa, mutta vertaisuus on siihen sisään kirjoitettua. Toisten kuuleminen mahdollistaa omien kokemusten uudelleen arvioinnin ja tulkinnan. Toisen tarina voi aktivoida myös omia muistoja. Ryhmätyöskentely on antoisaa, mutta edellyttää osallistujiltaan paljon. On ymmärrettävä niin itseään kuin toisia. Ryhmässä omia sosiaalisia taitoja on mahdollista myös harjaannuttaa ja yhdessä sovitut säännöt tuovat kaikille turvallisuutta. (Jankko 2008, 80–82.)

Vertaisten ryhmä on olennainen kokemustiedon rikastamisen välineenä. Jaettu tieto on enemmän kuin yksityinen; keskustelut synnyttävät yhteistä näkemystä, kannanottoja ja päämääriä toiminnalle. Ryhmä on

parhaimmillaan osallistujilleen voimanhänke, joka tukee ja rohkaisee niin omaan elämään kuin kokemusasiantuntijan tehtäviin. (Jankko 2008, 116–118; Jankko 2009, 51.)

Kokemusasiantuntijuus prosessina

Ollakseen pätevä kokemusasiantuntija osallistujan on täytynyt osallistua koulutukseen ja harjoitella esiintymistä ja oman tarinan jakamista oman ryhmän kesken. Prosessi on kuitenkin vielä alussa. Kokemusasiantuntijuus kehittyy ja kypsyy ajan myötä samoin kuin muukin asiantuntijuus. Myös kokemusasiantuntija tarvitsee opiskelua, ajankohtaisen tiedon seuraamista, keskustelua ja kokemusten jakamista muiden kanssa (Jankko 2008, 76–87).

Kokemusasiantuntijatoiminta ei ole muutaman kuukauden kuntoutuskurssi, josta seuraavat automaattisesti jatkopolut opiskeluun ja työelämään. Toiminnan tarkoitus on edistää osallistujien kuntoutumisprosesseja, mutta osallistujat määrittelevät itse omat elämäntavoitteensa. (Jankko 2008, 98–100.)

Mahdollisuus kehittyä kokemusasiantuntijana, olla osa arvokasta toimintaa ja vertaisten ryhmää, ovat niitä sidosaineita, jotka liittävät osallistujat pitkiksikin ajoiksi mukaan. Myös suhde omaan sairauteen ja menneisyyteen saa uusia sävyjä. Oma tarinaa kerrotaan ja tarkastellaan monin tavoin: oman ryhmän kesken, ulkopuolisen yleisön edessä ja myös hiljaa omassa mielessä. Tarina elää ja muuttuu. Ajan mittaa osallistujille voi syntyä myös halu puhua uusista, aiemmin vaietuista aiheista tai omasta elämästä on entistä helpompi luoda kokonainen ja jäsentynyt kertomus. (Hankkila 2009, 25–29; Bergroth 2008, 40–42.)

Kirjallisuus

- Bergroth, Elina: Kertominen ja kirjoittaminen oman tarinan eheyttäjänä. Teoksessa Bergroth, E & Hankkila, K & Heikkilä, A-L & Karppanen, R & Niinimäki, J & Nousiainen, S & Toola, P & Viksten, M: Vapauttava tarina. Kokemus tiedoksi -projektin toimintatavat ja tarinallisuus. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2008. (painamaton)
- Hankkila, Kati: Tarinoista tiedoksi. Kuntoutumista mahdollistavat toimintaympäristöt mielenterveyskuntoutujien kertomuksissa. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö, Kuntoutusohjauksen ja suunnittelun ohjelma, 2008.
- Hankkila, Kati: Projekti tarinallisesta näkökulmasta. Teoksessa Hankkila, K. & Jankko, T & Nousiainen, S & Bergroth, E & Heikkilä, A-L & Hänninen H. & Korhonen, S & Korpela, I & Pälviranta, H & Rekola, K: Kokemus tiedoksi -projektin väliraportti, Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisuja 4, 2009.
- Jankko, Terhi: Kuntoutumista kouluttautumalla – mielenterveyden kokemusasiantuntijat. KAVERI-projekti 2001–2004 loppuraportti: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2005.
- Jankko, Terhi: Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa – Me voidaan kertoa että tämmösenkin asian kanssa voi elää että mä oon hullu. Pro gradu -työ, Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, 2008.
- Jankko, Terhi: Toimintaa ja tuloksia kokemusasiantuntijatyössä. Teoksessa Hankkila, K. & Jankko, T & Nousiainen, S & Bergroth, E & Heikkilä, A-L & Hänninen H. & Korhonen, S & Korpela, I & Pälviranta, H & Rekola, K: Kokemus tiedoksi -projektin väliraportti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisuja 4, 2009.
- Jankko, Terhi: Projektin tulosten arviointia. Teoksessa Hankkila, K. & Jankko, T & Nousiainen, S & Bergroth, E & Heikkilä, A-L & Hänninen H. & Korhonen, S & Korpela, I & Pälviranta, H & Rekola, K: Kokemus tiedoksi -projektin väliraportti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisuja 4, 2009.
- Karoskoski, Petri: Kokijoista tekijöiksi – Kokemusasiantuntijoiden esiinnoisuus ja vaikutus. Teoksessa Putkonen, H. & Tenhovirta, K & Huttunen, M. (toim.): Kuiskaa kovaa, keskustelua psykiatriasta. Espoo: Prometheus-kustannus, 2010.
- Korhonen, Silja: Projektin yhteiskunnallinen merkitys. Teoksessa Hankkila, K. & Jankko, T & Nousiainen, S & Bergroth, E & Heikkilä, A-L & Hänninen H. & Korhonen, S & Korpela, I & Pälviranta, H & Rekola, K: Kokemus tiedoksi -projektin väliraportti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisuja 4, 2009.
- Kulmala, Anna: Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Acta Universitatis Tamperensis 1148. Tampere: Tampere University Press, 2006.
- Rekola, Kirsi: Kokemusasiantuntijuus kuntouttavana työtoimintana. Teoksessa Hankkila, K. & Jankko, T & Nousiainen, S & Bergroth, E & Heikkilä, A-L & Hänninen H. & Korhonen, S & Korpela, I & Pälviranta, H & Rekola, K: Kokemus tiedoksi -projektin väliraportti, . Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisuja 4, 2009.

Lisälukemistoa ja -materiaalia:

Korhonen, Silja (toim.): Mielenterveyspalvelut muuttuvat – asiakkaat arvioivat. Raportti mielenterveyspalveluiden arviointiprosessista 22.1.–15.6.2004. KAVERI-projekti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2004.

Kärkkäinen Anne (toim.): En valinnut tätä sairautta – Kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2009.

Mielentalo. Mielenterveyskuntoutujien oma radio-ohjelma Radio Moreenissa. Tuottajina Muotialan asuin- ja toimintakeskus ja Sopimusvuori ry. Kaikki ohjelmat kuultavissa osoitteessa <http://moreeni.uta.fi/Podcast/Mielentalo>.

Niinikangas, Kalle (toim.): Hatarasti onnellinen – Tarinoita pudotuksista loiviin nousuihin. KAVERI-projekti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2004.

Äänenkantaja. Kokemus tiedoksi -projektin verkkolehti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, www.muotiala.fi/lehti.

4.4 Kokemusasiantuntijuudesta päihdetyössä

Maarit Andersson, Eero Pirttijärvi, Matti Rajamäki

Tässä artikkelissa kuvataan päihdehuollon sisällä käytyä keskustelua kokemusasiantuntijuudesta ja tuodaan esille joitakin käytännön esimerkkejä kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisestä. Kokemusasiantuntijuusteemaa lähestytään päihdetyön, vertaistoiminnan, kokemustiedon ja ammatillisen tiedon yhdistämisen näkökulmasta.

Päihdeongelma on hyvin moninainen ja se käsittää laajan joukon erilaisia elämänhallinnan pulmia ja terveydellisiä riskitekijöitä. Päihdeongelmia on pidetty vaikeasti diagnosoitavissa olevina – ei selkeästi mistään alkavina ja ei mihinkään päättyvinä ”ilkeinä ongelmina” (Murto 2006). Päihteiden liikakäyttö aiheuttaa ihmisille hyvin monenlaisia yksilöllisiä pulmia terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin, psyykkiseen hyvinvointiin ja elämän hallintaan. Päihdeongelma vaikuttaa myös laajasti yksilön perheen ja lähipiirin elämään.

Päihdepalvelut on järjestetty osana sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita sekä päihdehuollon erityispalveluina. Päihdehuollon erityispalveluita ovat muun muassa A-klinikat, katkaisuhoitoasemat, kuntoutuslaitokset, päiväkeskukset sekä erilaiset matalankynnyksen palvelupisteet ja kohtaamispaikat. Näiden rinnalla päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä tueksi on kehittynyt laaja joukko erilaisia vertaistukeen ja keskinäiseen apuun perustuvia ryhmiä ja yhteisöjä, joiden merkitys ihmisten kuntoutumisessa ja elämän hallinnan tukemisessa on ollut merkittävä. (Mäkelä 2003.)

Päihdehuollon ihmiskäsitys on jo vuosikymmeniä ollut sellainen, jossa päihdeongelmasta huolimatta ihminen nähdään arvokkaana, oman elämänsä subjektina, jolla on oikeus saada apua ja tukea ongelmaansa. Suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on pyrkinyt vastaamaan monenlaisiin päihteiden käytöstä johtuviin pulmiin kattavasti eri väestö- ja asiakasryhmissä. Alkoholin käytöstään huolissaan oleville työssäkäyville on luotu erilaisia alkoholin käytön hallintaan tähtääviä oma-apuun tai vertaistukeen nojaavia tukimuotoja. Saman järjestelmän sisällä on rakennettu suonensisäisesti huumeita käyttäville syrjäytyneille huumeriippuvaisille matalankynnyksen terveysneuvontaa ja mahdollisuus vaihtaa puhtaita neuloja. Päihdepalveluissa käytettävien hoitomenetelmien kirjo on laaja ja saman organisaation sisällä voidaan toteuttaa tavoitteeltaan hyvin erilaista toimintaa. Viimeisen kymmenen vuoden aikana palveluita on kehitetty myös päihderiippuvaisille raskaana oleville naisille ja vauvaperheille.

Kohti kokemusasiantuntijuutta päihdetyössä

Viimeisten vuosien aikana asiakkaiden osallistumista sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen, arviointiin ja toteuttamiseen on painotettu enenevässä määrin. Mieli 2009 -suunnitelman mukaan kokemusasiantuntijoita tulee käyttää esimerkiksi kunnan strategiatyössä, palveluiden arvioinnissa ja kuntoutustyöryhmissä. Heidä voidaan kutsua asiantuntijoiksi hoitoyksikön hallinnollisiin toimieliimiin. Heidän asiantunte-

mustaan tulee hyödyntää monipuolisemmin palvelujärjestelmän laaja-alaisessa kehittämisessä. Toimintaa kehittäessä alaikäisten kokemukset tulee ottaa huomioon.

Päihdehuollon sisällä ei ole muodostunut vielä selkeää kuvaa siitä, mitä kokemusasiantuntijuudella toimialan sisällä tarkoitetaan. Käsite on vakiintumaton ja monin osin määrittelemätön. Työalan sisäisessä keskustelussa on pohdittu erilaisten päihdeongelmista toipumiseen liittyvien kokemusten jäsentämistä ja hyödyntämistä kokemustiedon, kokemusasiantuntijuuden ja kokemustutkija käsitteiden kautta. Vaikka kokemusasiantuntijuus käsitteenä on vielä epämääräinen päihdehuollossa, päihdepalveluita järjestävät toimijat ovat hyödyntäneet jo pitkään niin sanottujen toipumiskokemusten omaavien ihmisten tietoa ja kokemuksia toiminnan järjestämisessä ja kehittämisessä. Toipumis- ja käyttökokemusta on pidetty arvokkaana ja tarpeellisena näkökulmana päihdetyössä jo usean vuosikymmen ajan. Näistä hyvinä esimerkkeinä voidaan mainita A-klinikoiden ja A-kiltojen yhteistyö, Myllyhoidon ja AA:n yhteistoiminta sekä huumehoitoyhteisöjen ja NA-ryhmien yhteistyö.

Kokemustiedon hyödyntämistä voidaan tarkastella kahdesta toisistaan poikkeavasta näkökulmasta. Toinen on päihderiippuvuudesta toipuneiden, käytön lopettaneiden kokemukset ja tieto siitä, miten päästä irti päihteistä ja sen jälkeen elää kosteassa yhteiskunnassa. Toinen lähestymistapa on aktiivisesti päihteitä käyttävien kokemukset ja tieto elämästä päihteiden käyttäjinä. Tietoa toipumiskokemuksesta on aktiivisesti käytetty kehitettäessä ja toteutettaessa päihdeettömyyteen tähtääviä hoitomalleja. Käyttäjätieto on ollut merkittävässä roolissa etsivän työn ja matalan kynnyksen terveysneuvontatoiminnan toteuttamisessa.

Päihdehuollossa vertaistoiminnan kenttä on laaja ja yhteistyö vertaistoiminnan ja päihdehoitoa toteuttavien tahojen välillä on tiivistä. Päihdekuntoutujat voivat hakeutua vertaistoiminnan kautta päihdepalveluiden piiriin, vertaisryhmät toimivat kuntoutusjaksojen jatko- tai tukihoitoina ja niiden kautta voidaan saada vapaaehtoistyöntekijöitä tukihenkilöiksi uuden elämäntavan opetteluun. Osa päihderiippuvaisista hakeutuu vertaistukitoimintaan suoraan ilman ammatillista ohjausta ja kuntoutuu keskinäisen tuen avulla ongelmistaan (Kuusisto 2010). Vertaistoiminta, ammatillinen tuki ja spontaani toipuminen muodostavat jatkumon, jossa jokainen elementti voi tukea toinen toistaan.

Vertaistojimija – kokemusasiantuntija

Ammatillisen päihdetyön rinnalla vertaistoiminta on ollut tärkeä osa suomalaista päihdehoitoa. Vertaistojimijoiden kenttä on laaja ja monipuolinen. Vanhin Suomessa toimiva keskinäisen tuen organisaatio on AA (Nimettömät Alkoholistit, katso tarkemmin www.aa.fi), jonka toiminta on käynnistynyt jo 60 vuotta sitten. AA:n määritelmän mukaan se on miesten ja naisten toveriseura, jossa he jakavat keskenään kokemuksensa, voimansa ja toivonsa voidakseen ratkaista yhteisen ongelmansa sekä auttaakseen toisia tervehtymään alkoholismista. Ainoa jäseneksi pääsyn vaatimus on halu lopettaa juominen. Suomessa toimii noin 700 AA-ryhmää. AA-toiminnan rinnalle on syntynyt useita niin sanottuja 12 askeleen ryhmiä muun muassa alkoholistien omaisille, huumeiden käyttäjille ja alkoholistien lapsille. Suomessa on myös tutkittu näiden eri ryhmien toimintaa (Kotovirta 2010, Mäkelä 1996, Arminen 1998). AA on vuosikymmenien aikana tehnyt aktiivisesti yhteistyötä erilaisten päihdeongelmaisia auttavien tahojen kanssa.

Toinen valtakunnallinen vertaistoimintaa ylläpitävä organisaatio on A-kiltojen liitto (katso tarkemmin www.a-kiltojenliitto.fi). Ensimmäinen A-kilta perustettiin vuonna 1962 Turussa, jonka jälkeen toiminta laajeni pikku hiljaa eri puolille Suomea. Toiminnan käynnistivät A-klinikoiden asiakkaat ja A-kiltojen liitto perustettiin vuonna 1968. A-klinikoiden asiakastoimikunniksi syntyneet A-killat ovat vuosien saatossa itsenäistyneet omaksi vertaistukiyhdistyksekseen, jolla on laajasti ryhmä-, koulutus- ja vaikuttamistoimintaa.

AA:n 12-askeleen ohjelmaan pohjautuvien organisaatioiden ja A-kiltojen rinnalle on vuosien aikana syntynyt varsin laaja joukko erilaisia vertaistoimintaa toteuttavia tahoja. Päihteiden kanssa vaikeuksissa eläville naisille on kehitetty Novat-ryhmiä Naisten kartano ry toimintana. Huumeriippuvaisten läheisten tukea on kehitetty Irti huumeista ry:n ja Omaisat huumeetyön Tukena ry:n toimintana.

Tärkeitä vertaistoimintaa organisoivia ja erilaista ryhmätoimintaa kehittäviä toimijatahoja ovat kristilliset kirkot ja järjestöt, kuten Sininauhaliitto, diakoniatyö ja krito-ryhmät. Näiden toiminta kattaa koko maan ja niiden toimintapiirissä on useita tuhansia päihdevaikeuksissa olevia yksilöitä ja perheitä.

Viime vuosien aikana huumeiden alueelle on perustettu riippuvuudesta toipuvien omia järjestöjä, joilla on erilaista vertaistoimintaa ja matalankynnyksen kohtaamispaikkoja, kuten esimerkiksi Suojatie ry, ja Stop huumeille ry. Aktiivisesti huumeita käyttäville on myös kehitetty omaa vertaistukitoimintaa (Lumme ry, Verto).

Vertaistoimintaa on kehitetty ja toteutettu enenevässä määrin myös tietoverkossa. Näistä esimerkkejä ovat Päihdelinkin toiminta sekä Ensi- ja turvakotien liiton ylläpitämät verkkoryhmät.

Kokemustieto – ammatillinen tieto

Kokemustiedon ja ammatillisen tiedon yhteinen hyödyntäminen päihdepalveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa on ollut monipuolista. Päihdehuollon Valtakunnallinen yhteistyöryhmä (Päivyt) on ollut yksi tärkeimmistä yhteistyön ja yhteisen keskustelun foorumisesta jo yli kahdenkymmenen vuoden ajan. Päivyt on kerännyt yhteen laajan joukon päihdehuollon eri toimijoita käymään keskustelua päihdepalveluiden tilasta, päihdeongelmaisten asemasta ja päihdepolitiikasta. Se on omalla toiminnallaan edistänyt eri toimijatahojen välistä vuorovaikutusta, tuottanut yhteisiä ohjelmia palveluiden ja päihdepolitiikan edistämiseksi sekä antanut lausuntoja toimialaa koskevissa asioissa. Päivytin jäsenjärjestöinä ja toimijoina ovat olleet vertaistoimijat (A-kiltojen liitto, Suomen AA, Irti huumeista ry), päihdealan järjestöt, kunnalliset päihdehuollon toimijat, THL ja sosiaali- ja terveysministeriö.

Päihdetyössä kokemustieto ja ammatillinen tieto on saatu yhdistettyä eri tahojen välisten dialogin ja yhteistyön avulla. Toipuvien vahva mukanaolo palveluiden tuottamisessa ja kehittämisessä ammattilaisten rinnalla on luonut hyvän maaperän asiakaslähtöiselle ja asiakkaan arkiset kokemukset huomioiville hoitokäytännöille. Toipumiskokemuksen omaavien ja päihdehoidon ammattikoulutettujen yhteistyön kehittymisen prosessi on ollut monimuotoinen ja se on sisältänyt myös erilaisia ristiriitoja ja vahvojakin näkemyseroja siitä miten hoito tulisi järjestää, millaisia tavoitteita hoidolle tulisi asettaa ja minkälaiseen tietoon hoitokäytännöt tulisi perustua. Keskusteluun omaa näkökulmaansa ovat tuoneet viime vuosina tehdyt tutkimukset ja selvitykset, jotka käsittelevät muun muassa spontaania toipumista, päihdetyöntekijän muotokuvaa, riippuvuuksista toipumisen prosesseja ja keskinäisen avun liikkeitä (Saarnio 2009, Kotovirta 2010, Kuusisto 2010, Niemelä 1999).

Päihdehuollon työntekijät kokemustiedon välittäjinä

Päihdetyöhön on vuosien aikana muodostunut oma ammattikuntansa toipumiskokemuksen omaavista työntekijöistä. Eri tahot ovat palkanneet päihderiippuvuudesta toipuvia työntekijöiksi erilaisiin hoidollisiin tehtäviin. Päihdehuollon sisällä työskentelee laaja joukko päihderiippuvuudesta toipuneita asiakas- ja päihdeterapeuttien, päihdeohjaajien ja erilaisten yhteistyöntekijöiden nimikkeillä. Näiden työntekijöiden tärkeä tehtävä on ollut hyödyntää omaa kokemustaan toipumisesta asiakastyössä. Työntekijöiden koulutustausta oli aluksi varsin kirjava ja vain osalla työntekijöistä oli hoidollista ammattikoulutusta. Työntekijöiden ammattitaidon varmistamiseksi luotiin päihdetyöntekijän näyttötutkinto yhteistyössä eri koulutusorganisaatioiden ja päihdealan toimijoiden kanssa. Päihdetyön ammattitutkinnon suorittaneiden määrä on mittava ja on luonut päihdealalle tulleelle hyvän väylän ammattiin.

Toinen työntekijäryhmä kokemustiedon välittäjiä ovat olleet sosiaali- ja hoitoalan työntekijät, joilla on päihdeongelmatausta. Päihdehoitotyössä toimii päihdeongelman itse kokeneita lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sosiaalihoitajia ja lähihoitajia. Heidän kauttaan kokemustietoa on voitu välittää hoitotilanteissa, hoitomallien kehittämisessä ja arvioinnissa osana nykyistä palvelujärjestelmää. Toipumiskokemuksen omaavat ovat merkittävä ryhmä siinä moniäänisessä ja monipuolisessa keskustelussa, jota päihdehuollossa on käyty. Heidän kauttaan on saatu tärkeää tietoa, jossa yhdistyy palvelun toteuttajan ja palvelun käyttäjän näkökulmat. (Halonen 2002, Salo 2010.)

Kolmas kokemuksellisen tiedon perinne on asiakastyön vuorovaikutuksessa kertynyt kokemus ja osaaminen. Päihdepalvelujärjestelmän on tarpeellista pohtia, onko tätä perinnettä ja sen kautta kertynyttä osaamista osattu riittävästi hyödyntää ja siirtää eteenpäin, kun päihdetyöntekijöiden keskuudessa on tapahtumassa sukupolvenvaihdos. Päihdetyössä tapahtuu tämän sukupolvenvaihdon lisäksi myös rakenteellisia muutoksia. Päihdetyö kehittyi avohoitokeskeisemmäksi ja samalla laitoshoitoyksiköt vähenevät. Toinen rakenteellinen muutos on peruspalvelujen roolin korostuminen.

Keskustelua kokemustiedosta

Päihdetyön sisällä keskustelua kokemusasiantuntijuudesta on käyty laajasti viimeisten vuosien aikana. Teemasta on järjestetty seminaareja ja erilaisia keskustelutilaisuuksia. Päivyt järjesti keväällä 2010 Helsingissä seminaarin ”Kokemusasiantuntijuutta etsimässä”. Tilaisuudessa oli eri tahojen edustajia vertaistoimijoista päihdetyön tutkijoihin. Keskustelua käytiin kokemuksen merkityksestä ja käytöstä päihdetyössä. Tärkeänä pohdittavana kysymyksenä oli se, miten kokemusasiantuntijaksi tullaan ja millaiset kokemukset ovat riittäviä tehtävään. Keskustelua heräsi siitä, kuka nimeää kokemusasiantuntijaksi vai voiko kuka tahansa päihdevaikeuksissa ollut olla kokemusasiantuntija. Osa päihderiippuvaista toipuu ilman ammatillista apua vertaistukiryhmissä ja näin ollen heidän kokemuksensa päihdepalveluista voi olla niukka tai olematon.

Kokemustiedon yleistettävyyttä pidettiin pulmallisena. Mikäli löytyy keinoja, jolla kokemusasiantuntijatietoa voidaan kerätä, miten määritellään ”ammatillisen” tiedon ja kokemustiedon suhde? Sen ohella tulisi olla myös jonkinlainen käsitys siitä, mihin kokemustiedolla voi vaikuttaa.

Parhaimmillaan kokemusasiantuntijat nähtiin voimaantuvina kansalaisina, joiden äänen ja kokemusten tulee aidosti vaikuttaa siihen millaisia palveluita kehitetään, miten ne toimivat ja miten ahdingossa olevia ihmisiä kohdataan erilaisissa palveluissa. Toisessa ääripäässä kokemusasiantuntija nähtiin jonkinlaisena ”kuluttajaneuvojana”, joka yrittää tukea hoitopaikkaa hakevaa valitsemaan karsituista hoitopaikoista vähiten huonon omaan elämäntilanteeseensa, tai joka toimii asiakkaiden edustajan viranomaistyöryhmässä, joissa leikataan jo ennestään puutteellisesti toimivia palveluita (Koskiahho 2008).

Päihdetyön toimijoiden piirissä pidetään tärkeänä sitä, että päihdeongelmaisten läheiset ja heidän lapsensa saavat äänensä ja kokemuksensa kuuluviin. Nykyinen palvelujärjestelmä ei ole kyennyt riittävästi huomioimaan läheisten tuen ja avun tarvetta ja näin ollen riskinä on, että perheiden kokemukset jäävät kokemusasiantuntijuuskeskustelun ulkopuolelle mikäli palvelujärjestelmän toimintatapaa ei kyetä muuttamaan. Keskeistä on huomioida se, että läheiset – ja varsinkin lapset – tarvitsevat apua ja tukea siitä huolimatta, onko päihdeongelmainen vanhempi hoidossa tai ei.

Monien vertaisryhmien jäsenet ovat aktiivisesti mukana vielä kymmenien vuosien jälkeen raitistumisestaan. Kokemustiedon hyödyntämisen näkökulmasta pohdittiin sitä, kuinka pitkään voi toimia kokemusasiantuntijana. Voivatko 25 vuotta sitten raitistuneen kokemukset juomisesta ja hoidosta olla vielä tuoreita ja käyttökelpoisia ja mikä on tuon kokemustiedon hyöty ja merkitys muille?

Keskustelussa on jäänyt vähemmälle huomiolle näkökulma, miten vaikuttaa tapa, jolla kokemuksia toipumisesta tuodaan esille. Apua hakeva voi kokea jonkun lähestymistavan ja asioiden esittämisen ahdistavana, uhkaavana tai kahlitsevana. Joku haluaa säilyttää mahdollisuuden tehdä valintoja myös tilanteessa, jossa niitä itse asiassa ei ole. Toipuvan oma tunne siitä, että hän itse teki ratkaisun, ei joku muu hänen puolestaan tai joku ohjelma, voi olla ratkaiseva tekijä onnistumiselle.

Esimerkkejä kokemusasiantuntijuuden edistämisestä päihdetyössä

Kokemusasiantuntijoita on alettu ottaa viime vuosien aikana entistä enemmän mukaan päihdepalveluiden kehittämiseen. Päihdehoitopalveluita on arvioitu kokemusrvioinnin näkökulmasta Kokkolassa ja Keski-Pohjanmaalla (Salo 2010). Helsingin kaupungin päihdepalveluiden kehittämisessä ja arvioinnissa on hyödynnetty palveluiden käyttäjiä ja kuntoutujia kokemusasiantuntijoina muun muassa Huumeklinikan ja Harkula-yhteisön osalta. A-kiltojen liitto on viimeisen vuoden aikana järjestänyt useita seminaareja ja keskustelutilaisuuksia, joissa on pohdittu kokemusasiantuntijuutta ja sen hyödyntämistä. A-klinikkasäätiön ylläpitämän Vinkki-terveysneuvonnan osana on kehitetty vertaistoimintaa (Verto), jossa hyödynnetään aktiivi-

sesti huumeita käyttävien tietoa ja osaamista osana terveysneuvontatyötä. Vertaistoiminta on mahdollistanut toiminnan viemisen sellaisiin paikkoihin ja verkostoihin, joihin muuten ei ole ollut mahdollista päästä – kuten asuntoihin, joissa aineita käytetään. Vertaistoimijoiden kautta on myös saatu arvokasta tietoa ”huumeikentällä” meneillään olevista terveysriskeistä ja muista pulmista, joiden ratkaisemiseen palvelujärjestelmän tulee varautua.

Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni® -hoitojärjestelmän ensikodeissa ja avopalveluyksiköissä asiakkaat ovat mukana auditoimassa hoitoyksiköiden laatua yhdessä ulkopuolisten arvioitsijoiden kanssa. Asiakkailta on tullut rakentavaa kriittistä palautetta laatu- ja palvelujärjestelmän kehittämiseen ja tilaisuudet ovat olleet myös kuntouttavia asiakkaiden kannalta. He ovat tulleet kuulluiksi ja heidän palautteitaan on arvostettu.

Lopuksi

Asiakas- ja käyttäjäkokemuksen hyödyntämisessä on päihdetyössä pitkä perinne. Päihdetyön perinteessä olevan vuoropuhelun säilyttäminen ja syventäminen palveluiden kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeää. Viime vuosina tehdyt linjaukset (Mieli 2009) ovat vahvistaneet kokemuseräisen tiedon asemaa. On toivottavaa, että päihde- ja mielenterveyssektorilta nouseva kokemuseräinen tieto vaikuttaa myös muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Siellä asiakkaiden/potilaiden kokemus hoitojärjestelmän syrjäyttävästä luonteesta on voimakas (Hänninen ym. 2007).

Kirjallisuus

Beresford, Peter & Salo, Markku: Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 2008.

Eklholm, Hannu: Nimettömät Alkoholistit. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija. Päihdelääketiede 2003. Helsinki: Duodecim, 2003.

Halonen, Mia: Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovaikutuksesta myllyhoidon ryhmäterapiassa. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 899. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 2002.

Holmila, Marja & Kantola, Jaana: Pullonkauloja, kirjoituksia alkoholistien läheisistä. Jyväskylä: Stakes, 2003.

Hyytiäinen, Riitta: Lapsi, huumeperhe ja toivo. Lapsen todellistuminen huumeperheen kuntoutusprosessissa. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 899. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry, 2007.

Hänninen Sakari, Karjalainen Jouko, Lehtelä Kirsi-Marja (toim.): Pääsy kielletty. Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes, 2007.

Itäpuisto, Maritta: Kokemuksia alkoholi-ongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2005.

Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2002.

Knuuti, Ulla: Matkalla marginaalista valtavirtaan. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2007.

Koskiaho, Britta: Hyvinvointipalveluiden tavaratalossa. Tallinna: Vastapaino, 2008.

Koski-Jännes, Anja & Hänninen, Vilma: Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 2004.

Kotovirta, Elina: Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.

Kuusisto, Katja: Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, 2010.

Murto, Lasse: Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.): Vääryyskirja. Vammala: Kela, 2006.

Mäkelä, Klaus: Alcoholics Anonymous as a mutual help movement: a study in eight societies. Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1996.

Mäkelä, Rauno: Hoitojärjestelmät. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiiänmaa, Kalervo & Seppä Kaija: Päihdelääketiede. Helsinki, Duodecim, 2003.

Niemelä, Jorma : Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Helsinki: Stakes. 1999.

Saarnio, Pekka: Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. Yhteiskuntapolitiikka 74(2009):6.

Salo, Markku: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemuseräisyyden kohteina. ITHACA- hankkeen Suomen raportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

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

4.5 Vertaistoiminta huumeidenkäyttäjien terveys- ja sosiaali-neuvontapiste Helsingin Vinkissä

Tuomas Ahonen

Helsingin Vinkki

Helsingin Vinkki on toiminut vuodesta 1997 lähtien ensisijaisesti huumeiden ja lääkeaineiden suonensisäisestä käytöstä johtuvien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen vähentämiseksi. Tällä hetkellä Helsingissä on neljä Vinkki-pistettä, jotka ovat auki yhdestä viiteen päivään viikossa. Vinkki-pisteissä asiakkailta on mahdollisuus hyödyntää nimettömästi ja matalalla kynnyksellä moniammatillisen työryhmän tarjoamia palveluita. Vinkin asiakastyöryhmään kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia ja sosionomeja. Palvelun tuottajana toimii A-klinikkasäätiö ja sen rahoittaa Helsingin kaupungin terveyskeskus.

Vinkissä asiakkaat voivat ilmaiseksi vaihtaa käytetyt neulat ja ruiskut puhtaisiin, sekä ottaa vastaan muitakin suonensisäisessä käytössä hygieniää edistäviä tuotteita, kuten desinfiointilappuja ja klikkikuppeja. Henkilökunta antaa myös neuvontaa tartuntatautiin, pistosvaurioiden ja yliannostusten välttämistä edistävästä toimintatavoista. Terveystieteiden alan ammattilaiset testaavat tartuntatauteja (A-, B- ja C-hepatiitit, hiv-infektio, sukupuolitaudit), tekevät raskaustestejä, antavat rokotteita A- ja B-hepatiitteja vastaan sekä ensiapua pistosvaurioihin ja ohjaavat tarvittaessa muihin terveyspalveluihin. Hakaniemen Vinkissä, joka on vilkkain toimipiste (50–120 kävijää päivässä), on myös mahdollisuus lääkärin palveluihin kerran viikossa.

Työryhmään kuuluvat sosiaalialan ammattilaiset neuvovat ja tukevat muun muassa toimeentuloon, asumiseen, päihdehoitoon hakeutumiseen, lastensuojeluun ja juridisten palvelujen hyödyntämiseen liittyvissä asioissa.

Vinkeihin kuuluu päiväkeskusmainen toiminta, johon kuuluu kahvi- ja voileipätarjoilua, terveys- ja sosiaali-neuvontaan liittyvää lukemista, mahdollisuus kriisikeskusteluihin sekä saniteettitilojen hyödyntämiseen.

Huumehaittoja vähentävä terveys- ja sosiaali-neuvonta ja vertaistoiminta

Tietoja puhtaiden neulojen ja ruiskujen jakamisesta huumeiden käyttäjille löytyy jo vuoden 1970 San Franciscosta, mutta vasta 1980-luvulla neulojenvaihto muuttui järjestäytyneeksi, ja alettiin puhua haittojen vähentämisestä (Lane 1993). Koska monet neulojenvaihto-ohjelmat nousivat ruohonjuuritason kansalaisaktiivisista, voidaan väittää, että vertaistoiminta on ollut alusta asti osa haittojen vähentämistä.

Hollannissa jo vuonna 1981 huumeidenkäyttäjien oma etujärjestö, Rotterdam Junkiebond, aloitti pienenmuotoisen neulojenvaihdon hepatiittitartuntojen ehkäisemiseksi. Hiv-infektion tullessa tunnetuksi amsterdamilainen käyttäjäryhmä MDHG aloitti neulojenvaihto-ohjelman julkisen terveydenhuollon tuella. Tieto matalan kynnyksen ja nimettömyyden periaatteisiin pohjautuvasta ohjelmasta levisi kansainvälisten konferenssien kautta. (Trautmann & Barendregt 1994.)

New Yorkissa neulojenvaihdon aloitti 1980-luvun loppupuolella ACT UP (Aids Coalition to Unleash Power), joka oli pääasiallisesti homomiesten muodostama aktivistiryhmä, joka puolusti hiv-positiivisten kansalaisoikeuksia. Hiv-infektion levitessä myös suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa ACT UP:iin perustettiin myös neulojenvaihtotyöryhmiä. Työ oli aluksi laitonta, koska ruiskujen ja neulojen hallussapitoon tarvittiin lääkärin resepti. Työtä tekivät entiset ja nykyiset suonensisäisesti huumeita käyttävät sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset virallisen työaikansa ulkopuolella. (Farrell 2011.)

Vertaisuus voidaan määritellä kuulumiseksi johonkin ihmisryhmään. Haittojen vähentämisen kontekstissa vertainen on ihminen, joka on kokenut samanlaisia asioita kuin ne, joita kyseisiä haittoja vähentävä toimija palvelee. Vertaisella voi olla kokemukseen perustuvaa tietoa, joka tukee palveluiden toteuttamista. Tiedon lisäksi vertainen voi lisätä palveluntarjoajan uskottavuutta ja luotettavuutta tavalla, joka ammattilaisille voi olla vaikeata, koska kohderyhmä saattaa suhtautua "virallisiin" työntekijöihin välttelevästi ja epäilevästi (Toronto Harm Reduction Task Force Peer Manual 2003). Tästä johtuu se, että vaikka huumehaitto-

ja vähentävä terveys- ja sosiaalineuvontatyö on tänä päivänä useissa maissa ammattilaisvetoista ja osa palvelujärjestelmää, on vertaistoiminnan merkitys yleisesti tunnustettua ja hyödynnettyä.

Vertaistoiminta Helsingin Vinkissä

Vertaistoiminta alkoi Helsingin Vinkissä vuonna 2001, jolloin kenttätöryhmä Viitta järjesti ensimmäisen lumipallokoulutuksen. Koulutuksen pohjana oli belgialainen Boul de Neige -ohjelma, jonka tavoitteena oli viedä terveysneuvonta koulutettujen käyttäjien eli tutoreiden välityksellä niille suomensisäisesti huumeita käyttäville, jotka eivät vielä käyttäneet terveysneuvontapisteiden palveluita. Aiheina olivat muun muassa tartuntatautiin ehkäisy, turvallinen pistäminen, yliannostustilanteet ja ensiapu. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

Lumipallo-koulutukset vakiintuivat osaksi Vinkin toimintaa, ja niiden pohjalta räätälöitiin hankkeita vankiloihin (Terve-projekti), venäjänkielisille asiakkaille (Aura-Aypa-projekti) sekä Helsingin ja Tallinnan välillä asioiville huumeidenkäyttäjille (Huuta-projekti). Vuonna 2003 Vinkissä toimitettiin ensimmäinen asiakaslehti Veturi, jonka teemana olivat terveys, elämä ja päihteet. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

2000-luvun puolivälissä Vinkin vertaistoimijat perustivat Suomen Lumme ry:n, joka oli Suomen ensimmäinen käyttäjäyhdistys, tavoitteenaan edistää päihteidenkäyttäjien ihmisarvoista kohtelua ja hälventää yhteiskunnan ennakkoluuloja. Yhdistyksen toiminta hiipui muutamaksi vuodeksi, mutta aktivoitui jälleen vuonna 2010.

Vuosina 2004–2008 toiminut RAY:n rahoittama Linkki-projekti otti tavoitteekseen Vinkin vertaistoiminnan menetelmien kehittämisen ja laajenemisen. Projektin ohjausryhmäksi perustettiin Pääkaupunkiseudun vertaistoiminnan yhteistyöryhmä (Vety), joka projektin päätyttyä jatkoi toimintaansa epävirallisena verkostona. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

Vinkin vertaistoiminnan rakenteiden kehittäminen jatkui vuosina 2007–2009 RAY:n rahoittamassa Vinkku-projektissa, jonka painopisteenä oli sekakäyttöön liittyvien riskien ehkäisy. Vinkku-projektin päätyttyä kehittämistyö jatkui niin ikään RAY:n rahoittamassa Veto-projektissa, jonka tavoitteena oli vertaistoiminnan vakiinnuttaminen jatkuvarahoitteiseksi työmuodoksi. Projekti jatkuu edelleen ja päättyy 2012.

Koulutettujen käyttäjien Vinkissä tekemän vapaaehtoistyön nimikkeeksi on vakiintunut vertaistoiminta erotukseksi vertaistyöstä, joka on määritelty palkkatyöksi. Vinkin vertaistoiminnasta maksetaan nimellistä ahkeruusrahaa 3 €/tunti, jota ei määritellä tuloksi, joka vaikuttaisi sosiaalietuuksiin. Yksittäisiä vertaistomijoita kutsutaan verroiksi, jotka muodostavat vertotiimin. Tällä hetkellä Vinkissä toimii noin 15 aktiivista vertoa.

Vertaistoiminnan edellytyksenä on, että verto tuntee Vinkin asiakaskunnan ja on osallistunut johonkin Vinkin tarjoamista asiakaskoulutuksista, on sitoutunut vertotiimin yhteiseen toimintaan ja allekirjoittanut vertaistoiminnan sopimuksen. Aktiivinen laillisten tai laittomien päihteiden käyttö ei ole este eikä myöskään edellytys toiminnalle.

Vinkin vertaistoiminnan osa-alueet

Toiminta Vinkki-pisteissä

Vinkki-pisteissä verto osallistuu moniammatillisen työryhmän kanssa toimipisteiden arjen pyörittämiseen. Verto voi työskennellä tiskillä vaihtaen ja jakaen käyttövälineitä, hoitaa varastoa ja kahvitarjoilua, keskustella asiakkaiden kanssa sekä ohjata heitä Vinkin moniammatillisen työryhmän puheille. Työvuorossa pitää noudattaa aikatauluja ja olla selvinpäin, eikä vuoron aikana saa hoitaa omia henkilökohtaisia asioita kuten velkoja, tavaravaihtoa tai kaupankäyntiä. Vuoron päätteeksi on mahdollisuus osallistua purkuun vertovastaavaksi nimetyn työntekijän kanssa. Vertoja sitoo vaitiolovelvollisuus.

Kenttätö

Kentällä verrot jakavat omissa verkostoissaan puhtaita käyttövälineitä, joihin heillä on rajaton vaihtooikeus. Lisäksi he jakavat terveys- ja sosiaalineuvontaa sekä ohjaavat ja saattavat asiakkaita Vinkin ja mui-

den terveys- ja sosiaalipalveluiden piiriin. Kenttätystä täytetään kenttälista, josta ilmenee kontaktien ja vaihdettujen välineiden määrä, kontaktin sijainti sekä tarjottujen neuvontapalveluiden luonne. Vuonna 2009 kentällä vaihdettiin tai annettiin 80 765 ruiskua ja neulaa ja asiakaskontakteja oli 682. Kenttälistaa vastaan maksetaan kerran kahdessa viikossa pidettävissä vertotiimeissä ahkeruusrahakorvaus. Kenttätöön tärkeydestä kertoo se, että esimerkiksi vuonna 2009 yli puolet (61 %) tavoitetuista käyttäjistä eivät syystä tai toisesta asioineet Vinkki-pisteissä.

Tiimit, työohjaukset ja kehityskeskustelut

Kerran kahdessa viikossa Vinkin vertaistoimijat osallistuvat Vinkin työntekijöiden ohjaamiin tiimikokouksiin, joissa käydään läpi kuulumisia kentältä ja omasta elämästä, arvioidaan tehtyä työtä, kerrataan yhteisiä pelisääntöjä ja suunnitellaan tulevaisuutta

Kerran kuussa pidetään ulkopuolisen työohjaajan ohjaama ammatillinen ryhmätyöohjaus, johon osallistuvat verrot sekä Veto-projektin työntekijät. Työohjauksessa on käsitelty sekä vertaistoihintaan liittyviä asioita, että elämäntilanteisiin liittyviä asioita narratiiviselta pohjalta. Vuonna 2010 työohjauksissa otettiin käyttöön videointi, jonka pohjalta vertotiimi on käynyt videodialogia muun muassa Helsingin kaupungin sosiaaliviraston työntekijöiden kanssa.

Vuonna 2010 aloitettiin säännölliset Vinkin työntekijän ohjaamat kahdenkeskiset kehityskeskustelut vertojen kanssa. Kehityskeskusteluissa on tarkoituksena antaa verroille mahdollisuus pohtia omaa työtään, jaksamistaan ja työn merkitystä itselleen. Tavoitteena on myös arvioida vertaistoihinnan voimaannuttavaa vaikutusta Veto-projektin loppuraportin tutkimusosuutta varten.

Ympäristötyö

Ympäristötyössä verrot siivoavat Vinkki-pisteiden lähiympäristöstä erityisesti käytettyjä pistosvälineitä. Ympäristötyötä voivat tehdä muutkin Vinkin asiakkaat ahkeruusrahakorvausta vastaan.

Virkistystoiminta

Virkistyspäiviä pidetään muutaman kerran vuodessa. Vertotiimi on käynyt yhdessä muun muassa keilaa-massa, saunomassa, syömässä ja uimassa. Vuonna 2010 ja 2011 vertotiimi remontoi ja maalasi Hakaniemien Vinkki-pisteen toimitilat, rahoittaen näin tulevan tutustumismatkinsa Kööpenhaminaan Tanskan käyttäjähdistyksen luokse.

Yhteistyötahot

Vertotiimi osallistuu paikallisen, kansallisen ja kansainvälisen tason verkostoihin. Näitä ovat muun muassa pääkaupunkiseudun vertaistoihinnan Vety-verkosto, kerran vuodessa pidettävät kansalliset Terveysneuvontapäivät, sekä eurooppalaiset Correlation (European Network for Social Inclusion and Health) -tapaamiset. Lisäksi vertotiimi on tukenut vertaistoihinnan aloittamista Tampereen ja Hämeenlinnan terveysneuvontapisteissä.

Työllistyminen

Yksi Vinkin vertaistoihinnan ulottuvuus on toimintaan sitoutuneiden vertojen työllistymismahdollisuuksien kartoittaminen ja edistäminen. Vertoja on ollut Vinkissä kuntouttavassa työtoiminnassa, työelämävalmennuksessa ja palkkatuella.

Vinkin vertaistoihinnan mahdollisuudet tulevaisuudessa

Suomen Lumme ry jatkaa toimintaansa kokoontuen kerran viikossa toimittamaan Veturi-lehteä ja laajentamaan verkostojaan. Seuraava Veturi ilmestyy loppukeväästä 2011. Lumme ry:n jäsenhakemus on lähetetty kansainväliseen käyttäjähdistysten kattojärjestöön INPUD:iin (International Network of People Using Drugs).

Vertaistoiminnan merkitys tulee korostumaan keväällä 2011 alkaneessa RAY:n rahoittamassa nelivuotisessa Osis-hankkeessa (Pääkaupunkiseudun vertaistoiminnan osaamiskeskus). Hankkeeseen osallistuu Helsingin Vinkki, Stop huumeille ry sekä Omaiset huumetyön Tukena ry. Vinkin osuus hankkeessa on perustaa jalkautuva katuklinikka, joka tarjoaa terveyst- ja sosiaalipalveluita niille käyttäjille, jotka eivät Vinkkiin hakeudu. Verroilla tulee olemaan ratkaiseva rooli näiden asiakkaiden tavoittamisessa ja heidän tarpeidensa kartoittamisessa.

Vinkin työntekijänä koen, että yhteisen kokemuksen karttuessa vertojen ja työryhmän keskinäinen luottamus, kunnioitus ja arvostus ovat kasvaneet. Tämä on ollut omiaan luomaan hyvät edellytykset yhteistyön suunnittelulle ja toteuttamiselle myös jatkossa.

Lopuksi erään verron kiteytys vertaistoiminnan merkityksestä:

”Tajuan, että pystyn tekemään itselleni ja muille hyvää. Pienikin pilkahdus merkitsee paljon.”

Kirjallisuus

Farrell Jason (CEO, Harm Reduction Consulting Services), puhelinkeskustelu Tuomas Ahosen kanssa 22.2.2011.

Lane, Sandra D: Needle Exchange: A Brief History, 1993. URL: <http://hpcpsdi.rutgers.edu/facilitator/SAP/downloads/articles%20and%20data/History+of+Needle+Exchange.pdf> . Viitattu 13.4.2011.

Malinen-Kaartinen, Katja & Marttinen, Kirsi & Puro, Päivi & Viljanen, Merja: Linkki-projekti, Huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä vuosina 2004-2008. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 54. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 2008.

Toronto Harm Reduction Task Force, Peer Manual, 2003. URL: <http://www.harmreductionnetwork.mb.ca/docs/thrtf.pdf> . Viitattu 13.4.2011.

Trautmann, Franz & Barendregt, Cas: The European Peer Support Manual. Utrecht: Trimbos-Instituut, 1994.

5 Uusia käytäntöjä syntyä

5.1 Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi – esimerkkejä toiminnan suunnittelusta ja toteutuksesta Imatralla

Heli Hätönen

Johdanto

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) ehdotetaan, että kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön osaksi hyvinvointistrategiaa ja kuntastrategiaa. Lisäksi ehdotetaan ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön aseman vahvistamista nimeämällä työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaiselle alueelle. Koordinaattorin tehtävänä on mainittu muun muassa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden strategiatyön tukeminen ja ehkäisevän työn tietopohjan vahvistaminen. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön strategiatyön toteutumisessa ja koordinoinnin rakenteissa näyttäisi kuitenkin olevan puutteita (Kauppinen 2010). Lisäksi ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorin toimenkuvasta sekä siitä, miten tehtävää olisi hyödyllisintä toteuttaa, on vielä vähäisesti tietoa saatavilla.

Tässä artikkelissa tarkastellaan ja kuvataan ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorin tehtävää yhdessä kunnassa, Imatralla. Kuvaus perustuu kirjoittajan noin kuuden vuoden kokemuksiin koordinaattorina toimimisesta. Artikkelin tarkoituksena ei ole antaa yhtä ja ainoaa mallia toiminnan toteuttamiseen, vaan ennemminkin kuvata käytännön tasolla miten koordinaattorin tehtävässä voi vastata kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteisiin sekä tuoda esiin kokemuksia käytännöstä. On siis hyvä muistaa, että koordinaattorin tehtävät ja työnsisältö määräytyvät pitkälti paikallisten olosuhteiden mukaisesti.

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön suuntaviivat ja kehittyminen – Mitä tapahtui Imatralla?

Imatran mielenterveyspalvelujen vastuualue perustettiin vuonna 1998, jolloin toimintaan sisällytettiin ehkäisevä mielenterveystyö nimeämällä päätoiminen preventiivityöntekijä. Vuonna 2005 preventiivityön kokonaisuutta tarkasteltiin uudelleen ja toimintaa lähdettiin suuntaamaan siten, että se paremmin vastaisi kunnan muuttuneisiin tarpeisiin. Tällöin preventiivityöntekijän tehtävä muutettiin ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorin tehtäväksi.

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorin tehtävän käynnistämävaiheessa vuonna 2006 tehtäväkuva oli varsin uusi ja ei ollut olemassa kansallisia linjauksia tai ohjeistusta sen toteuttamiseen. Rakenteita ja mallia toiminnalle haettiin kansallisista mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä terveyden edistämisen linjauksista ja suosituksista. Koordinaattorin tehtäväksi määriteltiin ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi, toteuttaminen ja kehittäminen yhteistyössä kuntaorganisaation, sairaanhoitopiirin, yhteistyökuntien, kolmannen sektorin ja oppilaitosten kanssa. Toiminnan tavoitteeksi määriteltiin mielenterveyden häiriöihin ja päihteiden väärinkäyttöön liittyvien ongelmien synnyn ehkäiseminen, niiden mahdollisimman varhainen havaitseminen ja kroonistumisen ehkäiseminen sekä syntyneiden haittojen vähentäminen.

Tilanne on muuttunut 2000-luvun lopulla ja ehkäisevä mielenterveystyö on nostettu vahvasti esiin kansallisella tasolla. Esimerkiksi Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) antaa suuntaviivoja työlle. Suunnitelma nimeää ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopistealueiksi alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämisen, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämisen, sekä ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien tunnistamisen ja vähentämisen. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinoinnin suunnittelun tueksi on myös tuotettu Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa –

Aineistoa suunnittelun tueksi -opas (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009) osana Ehkäisevän mielenterveystyön strategiat ja käytännöt -kehittämishanketta. Lisäksi meneillään olevan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen tukihankkeen 2010–2015 tavoitteena on tukea kuntien strategiatyötä, levittää ja juurruttaa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toimintamalleja sekä mallintaa edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorakenteita sekä tukea niiden jalkauttamista. Tukea ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun ja toteuttamiseen siis on jo saatavilla.

Suunnittelu toiminnan lähtökohtana ja seuranta työvälineenä

Keskeisenä haasteena on ollut rakentaa kokonaisvaltaista toimintaa ja samanaikaisesti jalkauttaa toimintaa käytännössä. Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö voi jäädä kauniiksi sanoiksi, hyvin tehdyiksi asiakirjoiksi ja ylätasoin suunnitelmiksi, niiden vaikuttamatta kuitenkaan käytäntöön. Suunnitelmat ovat kuitenkin tarpeen, jotta toiminta muodostaa kuntalaisen hyvinvointia tukevan mielekkään kokonaisuuden, joka on mahdollista toteuttaa olemassa olevilla resursseilla. Toisessa ääripäässä on keskittyminen yksittäisiin interventioihin, jotka ovat konkreettisuutensa vuoksi myös helppo ja houkutteleva tapa viedä ehkäisevää työtä eteenpäin. Tässä on kuitenkin vaarana kokonaiskuvan häviäminen, jolloin käytännöistä tulee pirstaleisia. Toimijat saattavat toteuttaa päällekkäisiä toimintoja, ja toisaalta voi olla, että joitakin keskeisiä kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavia asioita ei ole lainkaan huomioitu.

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelu, kuten muunkin toiminnan suunnittelu, edellyttää selkeää kuvaa väestön mielenterveyden tilanteesta ja muutostarpeista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Imatralla on vuodesta 2006 alkaen otettu käyttöön Hyvinvointikuvaus, joka tehdään kahden vuoden välein. Kuvaus on laaja katsaus kuntalaisten hyvinvoinnin tilaan sekä toimintoihin, joita on tehty kuntalaisten hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Kuvaus sisältää myös ehdotukset jatkotoimenpiteiksi. Hyvinvointikuvauksesta vastaa kunnan kaikkien toimialojen edustajista muodostuva Terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen -työryhmä, jonka jäsen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattori on. Työryhmä vastaa laaja-alaisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä koko kuntaorganisaatiossa, sisältäen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön. Työryhmän työskentelyyn osallistuminen antaa hyvän toimintaympäristön ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön esilläpitoon, toteuttamiseen ja toiminnan arviointiin kunnassa. Hyvinvointikuvaus toimii siis ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toiminnan suunnittelun tukena ja toimialojen yhteinen työryhmä puolestaan tukee ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön jalkauttamista osana kunnan terveyden edistämisen toimintaa.

Suunnitelman vieminen käytäntöön

Kuntatasolla näen tärkeänä sen, että kehittämistyössä hyödynnetään mahdollisimman paljon jo olemassa olevia, testattuja ja vaikuttaviksi osoitettuja käytäntöjä. Toimintamallien ja interventioiden kehittäminen on pitkäjänteistä työtä, johon kuntaorganisaatiossa ei välttämättä ole riittäviä resursseja. Lisäksi nykyisessä taloudellisessa tilanteessa on keskeistä huolehtia, että uudet toiminnat, joita suunnitellaan otettavaksi laajasti käyttöön perustuvat tutkittuun tietoon niiden vaikuttavuudesta. Käytännössä tämä edellyttää vahvaa muutoksenhallinnan osaamista ja toiminnan rakentamista riittävän pieninä ja hallittavina kokonaisuuksina.

Seuraavassa tarkastelen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista kansallisten linjausten painopisteiden osalta. Näkökulmana on käytännönläheinen katsaus miten konkreettisia toimenpiteitä on jalkautettu, eli miten suunnitelmat ja linjaukset on viety käytäntöön. Imatralla, kuten valtakunnallisestikin, keskeisiä haasteita ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä ovat muun muassa alkoholinkäytön vähentäminen, osallisuuden lisääminen sekä ylisukupolven siirtyvien ongelmien vähentäminen.

Alkoholin kulutuksen vähentäminen on kansallinen haaste, johon voidaan vaikuttaa eri tasoilla, myös kunnassa. Tällä hetkellä on jo runsaasti tietoa toimivista ja vaikuttavista käytännöistä, näistä yhtenä esimerkkinä on alkoholi mini-interventio (Duodecim 2010). Siitä huolimatta, että se on todettu vaikuttavaksi käytännöksi, sen jalkauttaminen ole toteutunut toivotulla tavalla. Imatralla on vuodesta 2007 lähtien systemaattisesti kehitetty alkoholi mini-intervention käyttöä sosiaali- ja terveystoimen yksiköissä. Toiminnan aikana on tuotettu paikallinen toimintamalli, joka on viety käytäntöön henkilöstölle järjestetyissä pienryh-

mäkoulutuksissa. Lisäksi toimintaan on sisällytetty säännöllisesti toteutettava itsearviointi hyödyntäen WHO:n Health Promoting Hospitals -verkoston tuottamia itsearviointikriteereitä (WHO 2006). Nämä toimenpiteet ovat tukeneet mini-intervention käyttöönottoa ja ylläpitoa. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät eivät hyvin toteutetusta käyttöönottoprosessista huolimatta aina jää pysyviksi käytännöiksi. Tämän vuoksi on huolehdittava säännöllisesti asioihin palaamisesta. Tässä käytännön välineinä toimivat koulutukset ja itsearvioinnit. Erityisesti itsearviointi on käyttökelpoinen menetelmä muistuttaa sovitusta käytännöistä ja sen avulla voidaan myös todeta tarvittavat kehittämisen kohteet. Ei pidä myöskään unohtaa tiedottamisen merkitystä, niin alueellisesti kuin organisaation sisällä.

Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen kuuluu yhteiskunnan kaikille tasoille, kuten valtionhallintoon, työelämään ja paikallisille toimijoille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukemisen tärkeänä voimavarana paikallisella tasolla nostan tässä esiin järjestöt. Ne ovat voimavara niin niiden jäsenille, kuin myös julkisten palveluiden tuottajille. Imatralla on rakennettu tiivistä yhteistyötä järjestöjen kanssa vastualueen toiminnan alusta alkaen. Yhtenä näkyvänä ponnistuksena ovat olleet vuosittain yhteistyössä toteutetut Mielenterveysfoorumit, jotka ovat koonneet runsain joukoin aiheesta kiinnostuneita kuulemaan ja keskustelemaan mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä.

Haasteena on myös osallisuuden tukeminen mielenterveyspalveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Vuonna 2009 käynnistettiin Imatran mielenterveyspalvelujen vastualueella POPA-hanke. Hankkeen tavoitteena on 1) lisätä mielenterveyspalvelujen näkyvyyttä uudistamalla palvelujen kuvauksia vastaamaan paremmin kuntalaisten tarpeisiin sekä 2) tukea palvelujen käyttäjien osallisuutta palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa muun muassa kehittämällä palautekäytäntöjä. Hanke toteutetaan yhteistyössä Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa. Hankkeessa vastualueen työntekijät ja palveluiden käyttäjien edustajat toimivat tiiviissä yhteistyössä.

Lisäksi nostaisin esimerkkeinä asiantuntijayhteistyön antamasta tuesta yli sukupolven siirtyvien ongelmien ehkäisyyn kohdennetun Toimiva Lapsi & Perhe -hankkeen toimintamallien sekä nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisyyn kohdennetun Aikalisä -toimintamallin käyttöönoton, jotka on toteutettu yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinoitua tukevat tekijät

Edellä kuvatuista esimerkeistä käy ilmi pyrkimys tiiviiseen yhteistyöhön eri toimijoiden ja verkostojen kanssa. Ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä on korostettu laaja-alaisuutta ja toimialarajat ylittävää toimintaa. Näiden toteutuminen edellyttää yhteistyöverkostoja niin kuntaorganisaation sisällä kuin myös kunnan muiden toimijoiden kuten järjestöjen, yksityisten palveluntuottajien ja seurakuntien kanssa. Kunnassa terveyden edistäminen ja näin ollen myös ehkäisevä mielenterveystyö saatetaan eristää irrallenen muista toiminnoista. Tämän välttämiseksi on tärkeää huolehtia toimivien ja eri tasot kattavien verkostojen luomisesta heti toiminnan alkuvaiheessa.

Paikallisten verkostojen lisäksi näen myös hyödyllisenä laajemmat alueelliset, kansalliset ja kansainväliset verkostot. Esimerkiksi toiminta WHO:n Health Promoting Hospitals -verkoston ja Suomen Terveyttä Edistävät Sairaalat ry:n kanssa on mahdollistanut hyvien käytäntöjen levittämisen, asiantuntemuksen vaihdon sekä vertaistuen hyvin matalalla kynnyksellä. Yhteistyö asiantuntijaorganisaatioiden kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa on puolestaan tuonut asiantuntijaosaamista kehittämistyön tueksi.

Verkostoituminen edellyttää aktiivista otetta ja se on mahdollista vain organisaation johdon tukemana, kuten koko ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinoitua toteutuminen. Tämä jo ehkä hieman itsestäänselvyydeltä kuulostava asia on kuitenkin edelleen tärkeä muistaa. Ilman johdon sitoutumista pitkäjänteinen toiminnan laaja-alainen kehittäminen ja toteuttaminen eivät ole mahdollisia. Samanaikaisesti koordinaatiosta vastaavalle toimijalle on tarpeen antaa riittävän vapaat kädet toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen.

Yhteenvetoa

Edellä on kuvattu joitakin ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinointiin liittyviä asioita. Tavoitteena on ollut antaa kuvaa käytännönläheisesti yhdestä tavasta toteuttaa tätä tehtävää yhdessä kunnassa. Toiminnan edelleen kehittäminen on ajankohtaista. Tässä tarvitaan niin suunnitelmallisuutta, tutkittua tietoa menetelmistä ja verkostoista saatua tukea kuin myös innovaatioita ja rohkeutta tehdä muutoksia käytännössä.

Kirjallisuus

- Kauppinen S. (2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta – Peruspalvelujen tila 2010 - raportin tausta-aineisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2010. Yliopistopaino. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2009). Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa – Aineistoa suunnittelun tueksi. Kide 6/2009. Helsinki, 2009.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2010). Alkoholiongelman hoito. Käypähoito -suositus. URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>. Viitattu 14.02.2011.
- World Health Organisation. (2006). Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet. URL: <http://www.stes-hsf.fi/uploads/ohjeet-ja-tyokalut/Kasikirja-ja-itsearviointilomakkeet-2008.pdf>. Viitattu 14.02.2011.

5.2 Lasten ja nuorten sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen ja masennuksen ennaltaehkäisy koulussa

Mikko Kampman, Tytti Solantaus, Linnea Karlsson, Mauri Marttunen

Johdanto

Lapsuuden ja nuoruuden merkitys on noussut sivuuttamattomaan asemaan sekä julkisessa että tieteellisessä keskustelussa. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmista on tullut terveydenhuollon keskeisimpiä huolen alueita ja niiden merkitys sekä aikuisiän psykiatriisiin oireisiin että syrjäytymiseen on ymmärretty. Pitkät seurantatutkimukset osoittavat, että lapsuuden ja nuoruuden tunne-elämän ongelmat ja käytöshäiriöt ennustavat laajoja negatiivisia seuraamuksia myöhemmässä elämässä: epäonnistumista koulutuksessa, päihteiden käyttöä, väkivaltaista käyttäytymistä, rikollisuutta sekä psykiatrisia sairauksia, kuten vakavaa masennusta ja persoonallisuushäiriöitä (Nagin & Tremblay 2001; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Tremblay ym. 2004). On myös huomattu, että ujous ja vetäytyminen sosiaalisista tilanteista voivat ennustaa masennusta, päihteiden käyttöä ja persoonallisuushäiriöitä myöhemmässä elämässä (Block Block & Keyes 1988).

Väestötutkimusten mukaan noin 5–15 prosenttia lapsista (0–12-vuotiaat) ja 15–25 prosenttia nuoruusikäisistä (12–22-vuotiaat) kärsii jostain ajankohtaisesta toimintakykyä haittaavasta mielenterveyden häiriöstä (Costello ym. 2005, Kessler 2007; Santalahti & Sourander 2008). Jatkuvuus lapsuudesta nuoruusikään ja edelleen aikuisuuteen on huomattava, mutta oirekuva ja diagnoosit muuttuvat kehityksen myötä (Costello ym., 2005). Esimerkiksi eriaisteisten masennustilojen esiintyvyys kasvaa voimakkaasti puberteetin käynnistymisen jälkeen. Varhain alkava, toimintakykyä haittaava psyykinen oireilu näyttää lisääntyneen viime vuosikymmenien aikana, joskaan tutkimusnäyttö ei ole aivan yksiselitteistä (Costello ym. 2006). Suomalaisessa tutkimuksessa tulee esille psykosomaattisten vaivojen, kuten vatsakivun ja päänsäryn lisääntyminen sekä tyttöjen masennuksen lisääntyminen ja sen alkamisajankohdan siirtyminen varhaisemmaksi. Palvelujen käyttö mielenterveyden häiriöiden vuoksi on suomalaisessa väestössä tasaisesti lisääntynyt etenkin pojilla (Laukkanen, Pylkkänen & Hartikainen 2003; Santalahti & Sourander 2008).

Koulu on tärkeä lapsen ja nuoren sosioemotionaalisen kehityksen näyttämö. Koulu tarjoaa päivittäin sosiaalisilta jännitteiltään haastavia tilanteita, joissa vuorovaikutus- ja tunnetaitoja harjoitetaan ja jotka niitä muovaavat. Koulu on myös ympäristö, jossa on mahdollista tavoittaa kokonaiset ikäluokat. Tämä tekee koulusta otollisen kohteen lapsen ja nuoren kehityksen tukemiselle ja häiriöiden ehkäisylle. Kansainväli-

sessä käytössä onkin useita lasten ja nuorten kehityksen tukemiseen sekä käytös- ja tunne-elämän häiriöiden ehkäisyyn tarkoitettuja menetelmiä. Tutkimus on tällä hetkellä yksimielistä siitä, että koulussa tapahtuva sosiaalisen ja emotionaalisen kehityksen tukeminen ja häiriöiden ehkäiseminen on tärkeää ja että tehokkaita menetelmiä on mahdollista kehittää. Kouluihin erikseen tuotujen interventioiden ohella erityistä huomiota tulee myös kiinnittää siihen, että arjessa lasten ja nuorten kehitykselliset tarpeet tulevat huolehdituiksi (esimerkiksi riittävä jatkuvuus ja pysyvyys sekä aikuis- ja vertaissuhteissa sekä turvallisuus).

Kehitystä tukeva ja häiriöitä ehkäisevä työ voidaan jakaa universaaliin ja fokuoituun toimintaan. Toiminta on universaalia, kun se kohdistetaan koko kohdeväestöön, esimerkiksi koko luokalle tai koululle, erottelematta erityisiä ryhmiä. Fokuoitu preventio kohdistuu puolestaan nimetyille riskiryhmälle kyseisen ongelman ehkäisemiseksi. Fokuoitu voidaan puolestaan jakaa vielä selektiiviseen ja indikoituun preventioon. Selektiivisessä lähestymisessä kohteena on ryhmä, jolla on vaara sairastua. Indikoitu preventio kohdistuu puolestaan niihin, joilla on jo alkavia oireita ja interventiolla pyritään ehkäisemään häiriön puhkeaminen.

Universaali preventio ja promootio

Esimerkkinä universaalista toiminnasta on niin sanotun whole-school approach, jossa kohteena on koko koulu. Koulu nähdään monitasoisena kompleksisena systeeminä, jossa lapsen kehitystä ei voida erottaa omaksi osa-alueekseen, vaan se nähdään kokonaisuuden osana. Siten lapsen kehitykseen vaikuttaminen toteutetaan vaikuttamalla koko systeemiin sen eri tasoilla. Samalla vaikutukset kohdistuvat koko lapsiryhmään riski- tai ongelmaoppilaita yksilöimättä. Universaali whole-school approach on osoittautunut tutkimuskirjallisuudenkin perusteella vaikuttavaksi lähestymistavaksi (Durlak & Wells 1997; Greenberg, Domitrovich & Bumbarger 2001; Topping ym. 2000; Wells, Barlow & Stewart-Brown 2003). Tällaista lähestymistapaa hyödyntävät menetelmät tuottavat tyypillisesti vaikutuksia myös useammalla kuin yhdellä tasolla. Merkittäviä tuloksia menetelmästä riippuen ovat sosioemotionaalisten taitojen harjaantuminen, häiriökäyttäytymisen ja muiden koulun ongelmien väheneminen, aggressiivisuuden väheneminen, kognitiivisten taitojen paraneminen, koulumotivaation ja akateemisen suoriutumisen paraneminen ja parantuneet taidot selvittää koulun aiheuttamasta stressistä (Catalano ym. 2000; Zins ym. 2007). Esimerkiksi THL:n johtama YHTEISPELI-hanke toteuttaa universaalien prevention ja promootion periaatteita.

Fokuoitu preventio

Fokuoitu preventio kohdistuu ryhmään, jossa kehitys on vaarassa häiriintyä johtuen tunnetuista riskitekijöistä. Jos kyseessä on indikoitu preventio ja lievästi oireileva ryhmä, pyritään ehkäisemään oireiden paheneminen ja häiriön puhkeaminen, esimerkkinä depression, ahdistus- ja käytöshäiriön ehkäisy. Tutkimuskirjallisuus tuntee useita selektiivisiä kouluinterventioita, joiden teho on tutkittu satunnaistetuissa asetelmissä. Näistä tunnetuin ja ehkä yksi tehokkaimmista on Stressinhallintakurssi, joka on myös osa THL:n Mieli -ohjelman toteuttamista. Sen kustannusvaikuttavuus on myös osoitettu.

Selektiivisen prevention kohteena on ryhmä, jota yhdistää tietty riskitekijä. Ehkäisyn kohteena ovat silloin usein laajemmat ongelmat kuin tietty häiriö. Tästä esimerkkinä on vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmat, jotka muodostavat riskin lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmille sekä päihteiden käytölle. Preventiivisessä toiminnassa pyritään tukemaan perhettä ja lapsen kehitystä niin, ettei mikään riskeistä toteudu (katso kappale Ylisukupolvisuuden ehkäisy – Toimiva lapsi & perhe -työ).

Preventiivisten interventioiden vaikuttavuus ja juurruttaminen

Preventiivisiä menetelmiä on lukuisia ja niitä syntyy koko ajan lisää. Tarve lasten ja nuorten häiriöiden ehkäisemiselle on ilmeinen ja hyvin ajankohtainen. Ongelmana on kuitenkin menetelmien vaikuttavuuden arvioiminen ja juurruttaminen käytäntöön. On yleisesti hyväksytty, että käyttöön otettujen menetelmien tulee olla vaikuttavia, eikä niistä saa olla haittaa. Vaikuttavuuden arvioinnin tavat ovat kuitenkin vielä kiistanalaisia. Useissa maissa on tehty luokitteluja, joissa korkein taso on toistettu ja myös kyseisessä maassa toteutettu satunnaistettu tutkimus (esimerkiksi Ruotsissa). Lupaavat käytännöt, joista on hyvää käytännön

kokemusta, ovat alimmalla tasolla. Ne tarvitsevat tutkimustuloksia ennen kuin ne otetaan systemaattisesti käyttöön. Stressinhallintakurssi on kansainvälisessä luokituksessa arvioitu korkeimmalle tasolle, vaikka laadukasta tutkimusta USA:n ulkopuolella onkin vielä niukasti, ja siitä on meneillään kotimainen tutkimus (alla).

Menetelmien juurruttaminen käytäntöön on osoittautunut hitaaksi ja monisyiseksi prosessiksi. Vaikuttavakaan menetelmät eivät aina ota juurtuakseen. Yhtenä tärkeänä osana sekä tutkimus- että juurruttamisprosessia on menetelmien turvallisuuden ja soveltuvuuden tutkimus. On tarpeen esimerkiksi arvioida, sopiiko menetelmä maan koululaitoksen pyrkimyksiin ja koulujen vallitseviin arvoihin. Onko sen toteuttaminen mahdollista opettajille tai koulun henkilökunnalle olemassa olevien resurssien puitteissa? Onko se kaikkia osapuolia kunnioittava eikä tuota haittaa? Entä ovatko oppilaat halukkaita osallistumaan? Osallistuminen preventiiviseen interventioon perustuu aina vapaaehtoisuuteen. Se taas edellyttää ymmärrystä omasta mahdollisesta riskistä, mikä ei sekään ole aina lapsilla ja nuorilla itsestään selvää.

On oletettavaa, että preventiivisen, mielenterveyttä koskevan menetelmän tuominen koululaitukseen epäonnistuu, jos koulu ei lähtökohtaisesti pidä lasten ja nuorten mielenterveyden ja sosioemotionaalisen kehityksen tukemista omana tehtävänä. YHTEISPELI-hankkeen tarkoituksena on luotsata koulua tukemaan lasten ja nuorten sosioemotionaalista kehitystä systemaattisesta ja samalla luomaan pohjan myös indikoidulle preventiiviselle toiminnalle.

Yhteispeli

Yhteispelissä on ryhdytty rakentamaan mallia suomalaisten alakoulujen toiminnalle, jonka avulla lasten terveen psyykkisen kehityksen tukeminen olisi kouluissa määrätietoista, johdonmukaista ja testattuihin käytäntöihin perustuvaa.

Työ perustuu tutkittuun tietoon erilaisten koulupreventiivisten menetelmien vaikuttavuudesta ja sopivuudesta kouluihin eri maissa (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins 2002; Topping, Holmes & Bremner 2000). Vaikuttaviksi osoitetuilla menetelmillä näyttää olevan tiettyjä yhteisiä toimintastrategioita: pohjaaminen teoriaan ja tutkimukseen, pyrkimys opettaa lapsille taitojen soveltamista eikä vain taitojen teoriaa, pyrkimys viedä sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen selkeämmin osaksi koulujen omia tavoitteita, huomion kiinnittäminen implementaation haasteisiin, perheiden ja muiden kouluun liittyvien yhteisöjen ottaminen huomioon lapsen kasvuympäristönä sekä menetelmään sisäänrakennetut mekanismit kehittymisen, arvioinnin ja leviämisen tueksi (Zins, Bloodworth, Weissberg & Walberg 2007). Lisäksi tutkijat painottavat seuraavien seikkojen tärkeyttä menetelmän menestyksessä juurruttamisessa: yhteisen kielen löytäminen kehittäjien ja koulun toimijoiden välille, holistinen näkökulma koulun ja oppimiseen, yhteistyön lisääminen kouluissa, huomion kiinnittäminen oppimisympäristön sosiaalisiin ja emotionaalisiin tekijöihin, tarkat taitojen opettamisen ja harjaannuttamisen suunnitelmat sekä opettajien taitojen ja hyvinvoinnin tukeminen (Weare & Gray 2003).

Yhteispelin mallissa erotetaan koulussa neljä tasoa, joiden yhteistoiminta nähdään merkitykselliseksi lapsen sosioemotionaalisen kehityksen tukemisessa. Ensimmäinen taso on sosioemotionaalisten taitojen säännöllinen harjoittelu sekä räätälöityjen opetustuokioiden avulla että järjestämällä tavallisten oppiaineiden opiskelu aiempaa paremmin taitoja harjaannuttavaksi.

Toinen taso on koko koulun toiminnan suuntaaminen siten, että koulu olisi kokonaisuutena lasten sosioemotionaalisia taitoja tukeva kehitysympäristö. Siihen kuuluu koulun toiminnan järjestäminen siten, että lapsille tarjoutuu jatkuvasti arkisia tilanteita sosioemotionaalisten taitojen käyttöön sekä ohjauksen saamiseen. Lisäksi koulunkäynti on järjestettävä siten, että lasten viisi kehityksellistä perustarvetta (Young, Klosko & Weishaar 2003) tulevat huomioiduksi kaikilla lapsilla. Nämä ovat vapaus ilmaista perusteltuja tarpeita ja tunteita, turvalliset suhteet muihin ihmisiin, ennakoitava ympäristö ja sisäistetyn rajat, riittävä autonomia ja kompetenssin kokemus sekä mahdollisuus iloon ja luovuuteen.

Kolmas taso on opettajien ja rehtorien taso, jossa heijastuvat toisen tason elementit. Koulun johtamisen eli rehtorin toiminnan tulisi tähdätä työyhteisön toimivuuden ja keskinäisten suhteiden hoitamiseen. Koulu aikuisten työpaikkana on myös työntekijöiden kasvuympäristö, ja siellä tietoinen terveen vuorovaikutuksen

ja tunneilmaston vaaliminen muodostuu merkitykselliseksi. Samoin aikuisten tekemän opetustyön ja oman työssä jaksamisen kannalta edellä mainitut viisi tarvetta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Näin koulun johtamisessa pyritään toteuttamaan samoja asioita työyhteisön keskuudessa kuin opettajan toiminnan avulla lasten keskuudessa. Lisäksi tämä koulun työntekijöiden toiminnan taso näyttäytyy lapsille yhtenä merkittävänä kehitysympäristön osana.

Neljäs taso on toimiva yhteistyö kotien kanssa. Vanhempien myönteinen asenne koulun toimintaa ja opettajan työtä kohtaan nähdään ratkaisevana sille, kuinka hyvin kolmen muun tason toiminta lopulta vaikuttaa lapseen.

Yhteispelin työmenetelmät ovat erilaisia opettajan ja rehtorin työtapoja, joiden avulla edellä mainittujen tasojen tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Näiden lisäksi koetaan välttämättömäksi luoda erityinen implementaatiostrategia työvälineiden pysyväksi juurruttamiseksi osaksi koulujen arkea. Tämä strategia on samalla erillinen laajan levittämisen suunnitelma sekä jokaiseen yksittäiseen työmenetelmään sisäänrakennettu uuden toimintatavan omaksumisen tuki. On esitetty, että implementaation onnistuminen riippuu monista muista seikoista kuin objektiivisesta arviosta työmenetelmän toimivuudesta ihanneolosuhteissa. Ratkaisevia seikkoja ovat muun muassa se, kuinka hyvin työmenetelmä koetaan sopivaksi nykyisiin tavoitteisiin ja arvoihin, kuinka yksinkertainen tai vaikea sitä on käyttää, kuinka helppoa siitä on saada positiivisia kokemuksia kokeilujen avulla ja kuinka havaittavia hyödyt ovat käyttäjälleen (Rogers 2002). Lisäksi näyttää olevan olennaista, että uusien työtapojen käyttöönottajilla on teoreettisen tiedon lisäksi konkreettisia ohjeita, ohjausta ja tukea käytännön tekemiseen sekä mahdollisuuksia vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia kollegojen kanssa (Zins, Travis & Freppon 1997). Yhteispelin implementaatiostrategia pyrkii huomioimaan nämä seikat jo työvälineiden kehittämisvaiheessa.

Hankkeen vaiheet ja työryhmä

Yhteispeli-hanke käynnistyi 2006. Tavoitteena oli tuoda ulkomainen, tutkittu preventiomenetelmä Suomeen. Työsuunnitelmana oli kartoittaa ulkomaisia menetelmiä tieteellisen näytön perusteella ja valita niistä suomalaisiin tarpeisiin sopivin tai sopivimmat. Tämän jälkeen olisi tehty tarvittavat muokkaukset suomalaisten alakoulujen tarpeet huomioiden ja toteuttaa systemaattinen valtakunnallinen implementaatio. Ulkomaisen menetelmän tuominen Suomeen osoittautui kuitenkin ongelmalliseksi. Tärkeimpiä syitä olivat kalliit ulkomaille maksettavat lisenssimaksut sekä tekijänoikeuksilla rajoitetut mahdollisuudet muokata menetelmää paikallisia tarpeita vastaavaksi. Ulkomaiset interventiot oli myös suunniteltu kokopäiväkoululle, kun taas suomalaisen pienen 1.–2.-luokkalaisten päivä saattaa olla vain 3–5 tuntia. Ratkaisuksi tilanteeseen ehdotettiin oman, suomalaisen työmenetelmän kehittämistä.

Kehittämisen yhteistyökumppaniksi tuli Ylöjärven kaupunki, sen sivistystoimi ja kolme alakoulua. Keväällä 2010 solmittiin laajempi yhteistyösopimus Opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa. Sovittiin työn valmiiksi saattamisesta 04/2013 mennessä. Tämä sisältää työvälineiden kehittämisen lisäksi strategian luomisen työvälineiden koulukohtaista, kunnallista ja valtakunnallista levittämistä varten. Sopimuksen myötä hanketyöryhmä laajeni 11-henkiseksi.

Työvälineiden soveltuvuutta, käyttökelpoisuutta ja koettua vaikuttavuutta tutkitaan muissa kuin kehittäjäkunnan kouluissa vuosina 2011–2013 (Raisio ja Vantaa). Näihin kouluihin viedään Yhteispelin työmenetelmiä kouluttamalla koulujen opettajia ja rehtoreita, jotka samalla osallistuvat yhdessä oppilaiden ja vanhempien kanssa menetelmien arviointitutkimukseen. Varsinainen vaikuttavuustutkimus toteutetaan satunnaistetuissa kouluissa tämän jälkeen.

Kehittämisprosessi kentän kanssa

Hankkeen kehittämistyö on prosessi, jossa työryhmän asiantuntijat ja menetelmien käyttäjät (opettajat ja rehtorit) ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Myös oppilaat ja heidän kokemuksensa ovat tärkeä osa kehittämisprosessia. Tällä pyritään varmistamaan menetelmien sopivuus koulujen arkeen ja laajemman implementaation onnistuminen jatkossa.

Ylöjärven kolmessa kehittämiskoulussa on yhteensä 6 yhdysopettajaa, joiden kokonaistyöajasta 10 prosenttia on rahoitettu hankkeen varoin. Tämän ansiosta yhdysopettajat käyttävät 2,5 h viikossa opettajan työmenetelmien kehittämiseen yhdessä työryhmän jäsenen kanssa. Lisäksi yhdysopettajat testaavat päivittäin Yhteispelin menetelmiä omissa luokissaan yhdessä sovittujen suuntaviivojen mukaisesti. Yhdysopettajat keräävät työmenetelmien käyttöön liittyvät kokemukset muistiin, ja ne käsitellään yhdessä työryhmän kanssa seuraavassa yhteisessä tapaamisessa. Lisäksi työryhmän jäsen vierailee vähintään 2 viikon välein yhdysopettajan luokassa havainnoimassa työväliseen käyttötilannetta. Havainnoinnin jälkeen tilanne puretaan opettajan kanssa ja muokataan työvälinettä edelleen käyttäjän ja tarkkailijan näkökulmat yhdistämällä. Tähän tietoon yhdistetään vielä kokemukset, joita kerätään aika ajoin yhdysopettajien luokkien oppilailta ja vanhemmilta. Tällä prosessilla ideat vähitellen jalostuvat konkreettisiksi toimintatavoiksi, jotka opettajat itselleen ja luokalleen luonteviksi ja hyödyllisiksi ja jotka työryhmän havaintojen perusteella toimivat alkuperäisten tavoitteiden mukaisesti. Tämä työmuoto on alkanut 01/2008 ja jatkuu 06/2012 saakka.

Jokaisesta kolmesta kehittämiskoulusta ovat hankkeessa mukana myös rehtorit, joiden kanssa työryhmä kehittää rehtorin työvälineitä koulun työyhteisön kanssa toimimiseen. Työ rehtoreiden kanssa on pääperiaatteiltaan samankaltaista kuin yhdysopettajien kanssa. Tapaamistiheys noudattaa kuukauden sykliä, jossa yhden syklin aikana tapahtuvat yhteinen ideointi, yksi tai useampi työmenetelmän testaus omassa työyhteisössä, tähän liittyvä havainnointi, havaintojen purku yhdessä rehtorin kanssa sekä työmenetelmän edelleen muokkaus. Rehtoreiden kanssa pohditaan myös implementaation kysymyksiä koulun johtamisen näkökulmasta, eli pyritään löytämään keinoja, joiden avulla rehtori voi edesauttaa hyvien uusien toimintatapojen juurtumista omalla koulullaan. Testimateriaalina ovat Yhteispelin kouluilla järjestämät koulutukset opettajan työvälineistä koulun muulle opettajakunnalle kuin yhdysopettajille.

Raision ja Vantaan koulujen mukanaolo mahdollistaa implementaatiostrategian testauksen kouluilla, joissa Yhteispeliä ei tunneta entuudestaan. Nämä mallintavat paremmin tulevaa valtakunnallista levitystä, sillä Ylöjärven kehittämiskouluissa hanke on jo varsin tunnettu muidenkin kuin hankkeessa mukanaolijoiden keskuudessa.

Työmenetelmiä esikoulun ja koulun siirtymäyhteistyöhön on kehitetty Ylöjärvellä yhdysopettajien, kehittämiskoulujen rehtoreiden, vapaaehtoisten esiopettajien sekä sivistystoimen ja päivähoidon johdon kanssa. Opettaja- ja rehtorityövälineiden kehittämisestä poiketen siirtymätyövälineiden kehittämisessä on painottunut vahvasti myös hallinnon näkökulma. Pitämällä säännöllisesti kokouksia sivistystoimen ja päivähoidon johdon kanssa on pyritty löytämään malli koko kaupungin hyvän siirtymätyön minimeiksi. Koko kaupungin yhtenäistä siirtymämallia pilotoidaan Ylöjärvellä lukuvuonna 2010–2011 hallinnollisten esimiesten velvoittamana. Sisältö koostuu Yhteispelissä kehitetyistä työvälineistä esiopettajien päiväkotien johtajien, alkuopettajien ja rehtorien käyttöön.

Kehittämisprosessi kentän kanssa asettaa työlle erilaisia haasteita mutta tarjoaa myös tärkeitä onnistumisia. Haasteellista työryhmälle on kentän käytännön realiteettien (esimerkiksi todelliset aikaresurssit ja voimavarat uusien asioiden toteuttamiseen, viikkorytmi ja lukuvuosirytmii) mukaan eläminen. Lisäksi yhteisen kielen löytäminen, yhteisesti tärkeiksi koettujen tavoitteiden muotoilu sekä rooli ulkopuolisena tahona, joka tunkeutuu syvälle koulun arkeen, ovat vieneet aikaa ja tuottaneet onnistumisia myös erehdysten kautta. Toisaalta voidaan olettaa, että tällaiset kehittämissuhteissa kohdatut haasteet ennustavat vastaavia haasteita laajemman implementaation vaiheessa. On juurruttamisen kannalta olennaista, että niihin on löydetty ratkaisuja jo etukäteen. Työhön käytetyt vuodet, pyrkimys ymmärtää kentän arkea mahdollisimman hyvin sekä työryhmän tutuksi tuleminen koulujen henkilökunnan keskuudessa ovat siten antaneet mahdollisuuksia löytää työtapoja, jotka lopulta koetaan kouluilla omiin tarpeisiin sopiviksi ja omien arvojen kanssa riittävän sopusointuisiksi. Tällaisiin tuloksiin lienee vaikea, ellei mahdollon päästä kehittämällä menetelmää pääasiassa pelkässä asiantuntijayhteisössä koulun ulkopuolelta käsin.

Stressinhallintakurssi nuorten vakavan masennuksen kohdennetussa ennaltaehkäisyssä

Tausta ja aikaisempi tutkimus

Stressinhallintakurssi pohjautuu Lewinsohnin ja hänen työryhmänsä USA:ssa 1970–80-luvuilla kehittämään Depressiokoulu-menetelmään (Coping with Depression Course, CWD) (Lewinsohn ym. 1984), jota käytetään laajalti eri puolilla maailmaa ja joka myös on yksi parhaiten tutkituista depression hoitomuodoista (Cuijpers P, vaan Straten, Smit, Mihalopoulos & Beekman 2009). Sekä Depressiokoulu että Stressinhallintakurssi ovat ryhmämuotoisia, kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan sekä depression stressihaavoittuvuus -malliin pohjautuvia menetelmiä. Depressiokoulu on tarkoitettu kliinisten masennustilojen hoitoon. Stressinhallintakurssi puolestaan on indisoidun prevention menetelmä, josta on kehitetty erikseen myös nuorille soveltuva interventio (Adolescent Coping with Stress, CWS-A) (Clarke ym. 1995; Clarke ym. 2001). Stressinhallintakurssia on käytetty ja tutkittu nuorilla, joiden vanhemmalla on depression ja/tai joilla itsellään on todettu lieviä ja vakavampaa masennusta mahdollisesti ennakoivia masennusoireita ja jotka siis näiden taustatekijöiden perusteella arvioituna ovat ikätovereitaan suuremmassa riskissä sairastua vakavaan masennukseen.

Stressinhallintakurssi on yksi eniten tutkituista nuorten depression preventiomenetelmistä. Vakavan masennuksen ennaltaehkäisyä käsittelevien meta-analyysien (Hollon ym. 2002, Cuijpers ym. 2008) ja Cochrane-katsauksen (Merry, McDowell, Hetrick, Bir & Muller 2004) mukaan Stressinhallintakurssin teho depression preventiossa on kohtalainen. Vakavan masennuksen riskissä tapahtuu 38 prosentin lasku kontrolliryhmään verrattuna (Cuijpers ym., 2009). Niin kutsuttu NNT-luku vaihtelee välillä 5–9 (Cuijpers ym. 2008, Merry ym. 2004), mikä tarkoittaa, että kyseisellä interventiolla on hoidettava viidestä yhdeksään nuorta, jotta yksi nuori välttyisi vakavalta masennukselta. Menetelmää käytetään useissa eri maissa ja maanosissa, mutta yhteiseksi haasteeksi eri hankkeissa on noussut nuorten rekrytointi preventiivisen intervention piiriin, vaikeus saada kurseille ja tutkimuksiin osallistujia sekä menetelmän juurruttamiseen liittyvät vaikeudet (Cuijpers, suullinen tiedonanto).

Vähän tiedetään vielä siitä, kenelle kurssi tulisi kohdentaa ja kuka hyötyisi enemmän muista käytettävissä olevista lähestymistavoista. Tietoa menetelmän vaikutuksia muokkaavista ja välittävistä tekijöistä tarvitaan lisää, jotta tehon voitaisiin ajatella olevan nykyistä korkeammalla tasolla (Cuijpers et al. 2009). Merkillepantavia ovat tuoreet havainnot, joiden mukaan vanhemman mielenterveydellä on suora vaikutus intervention tuloksellisuuteen nuorella. Garber ym. (2009) raportoivat, että Stressinhallintakurssi oli tehokas nuoren depression preventiossa vain, mikäli vanhemmalla ei ollut ajankohtaista masennustilaa, ja että vanhemman ajankohtainen vakava masennus hävitti intervention tehon. On oletettavissa että, että vanhemman ajankohtaisen depression vaikutukset vanhemmuuteen ja nuoren ja vanhemman vuorovaikutukseen vähentävät intervention tehoa. Tässä voisi käyttää hyväksi muun muassa Toimiva lapsi & perhe -työn menetelmiä, joiden tarkoituksena on vanhemmuuden ja perheen vuorovaikutuksen tukeminen vanhemman depressiosta huolimatta. Edustavassa STAR*D tutkimuksessa on myös saatu viitteitä siitä, että vanhemman depression tuloksellinen hoito vähentäisi lapsen tai nuoren masennusoireilua ilman, että lapsi tai nuori itse on intervention kohteena (Pilowsky ym. 2008).

Stressinhallintakurssi käytännössä

Stressinhallintakurssi on manualisoitu ja sisällön suhteen täysin strukturoitu kurssi. Kurssin sisältö perustuu kognitiivis-behavioraaliseen viitekehykseen. Kurssin taustateorian on ajatus, jonka mukaan depressioriski vähenee, kun nuori oppii ymmärtämään omia ajatusmallejaan sekä niiden yhteyttä käyttäytymisen, harjoittelun avulla muuttamaan niitä ja sitä kautta paremmin itse säätämään mielialojaan. Kurssilla harjoitellaan myös positiivisten elämysten lisäämistä ja rentoutumista. Ohjaaja on enemmän opettajan ja asiantuntijan roolissa kuin varsinaisen terapeutin roolissa. Tilanne on käytännössä varsin koulumainen, ja kurssilla käytetään oppikirjaa, jossa käydään läpi depressioriskiin liittyviä tietoja sekä opetellaan selviytymiskeinoja tyypillisesti stressiä aiheuttavissa ja mielialan laskulle altistavissa tilanteissa. Kurssiin kuuluvat myös koti-

tehtävät ja esim. mielialapäiväkirjan täyttäminen. Tavoitteena on, että kurssin käytyään nuori tunnistaa itselleen tyypillisiä negatiivisia automaattisia ajatuksia ja niihin liittyviä tunteita sekä käyttäytymistä (esimerkiksi ”kaveri ei päässyt tänään kanssani ulos” → ”kukaan ei enää välitä minusta” → ”vetäydyn, en uskalla enää ottaa keneenkään yhteyttä, muut eivät uskalla ottaa minuun yhteyttä”) ja oppii käyttämään vaihtoehtoisia ajatuksia ja ongelmanratkaisukeinoja (esimerkiksi ”kaveri ei päässyt tänään kanssani ulos” → ”hänelle ei sopinut tänään, mutta jonain toisena päivänä ehkä sopii” → ”kysyn tänään jotain toista kaveria”). Tavoitteena on myös, että kurssin jälkeen nuorella olisi jonkinlainen ”työkalupakki” itselle tyypillisesti stressaavien tilanteiden varalle (esimerkiksi ”huominen koe ahdistaa, epäonnistun varmasti” → ”otan käyttöön opetellun rentoutusmenetelmän” → ”ennakoiva ahdistus on paremmin hallinnassa ja kokeeseen valmistautuminen sujuu helpommin”).

Kurssille valitaan osallistujat terveystarkastuksen yhteydessä täytetyn mielialakyselyn avulla. Mikäli nuori saa lievään tai keskivaikeaan masennusoireiluun viittaavan pistemäärän oirekyselyssä, hänelle tarjotaan mahdollisuutta osallistua Stressinhallintakurssille. Kurssi koostuu kahdeksasta 1,5 tunnin mittaisesta tapaamisesta sekä valinnaisista tehostekerroista. Ryhmissä on ollut yleensä neljästä kahdeksaan nuorta samanaikaisesti. Menetelmä soveltuu yläkouluikäisille ja sitä vanhemmille. Nuorella tulee olla riittävät kielelliset ja kognitiiviset valmiudet tehtävien läpiviemiseen, eikä muu mahdollinen psykopatologia saisi haitata ryhmän toimintaa. Kurssi on tarkoitettu depression preventioon, eikä se yksinään ole riittävä hoito esimerkiksi vakavaan masennukseen. Myös akuutisti itsetuhoinen nuori tulee ohjata muuhun hoitoon.

Kurssin ohjaajina toimivat työpari (esimerkiksi terveydenhoitaja, koulun erityistyöntekijä), jotka on erikseen koulutettu menetelmän käyttöön. Ohjaajakoulutus on toistaiseksi toteutettu hankekuntien ja vuonna 2010 päättyneen Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman Sateenvarjo-projektin yhteistyönä. Aikaisempaa psykiatriasta koulutusta tai terapiakoulutuksia ei vetäjiltä edellytetä, mutta ainakin ensimmäisten ohjattavien kurssien aikana työnohjaus on välttämätön. Ohjaajalla on oma käsikirja, jonka perusteella kunkin kurssikerran sisältö määräytyy. Käsikirjoja on jonkin verran muokattu Clarcken ym. alkuperäisestä manuaalista suomalaisen kulttuuriin sopivaksi (MAESTRO, 2010a,b).

THL koordinoi monikeskushanketta, jossa Turun, Vantaan ja Kuopion yläkouluissa toteutetaan Stressinhallintakurssia. Kyseessä on kehittämis- ja tutkimushanke, jossa pyritään sekä juurruttamaan menetelmää näiden kuntien kouluterveydenhuoltoon että mittamaan menetelmän vaikutuksia masennusoireiden ilmaantumiseen ja muuhun terveyteen (muun muassa koulupoissaolot, ahdistuneisuusoireet ja päihdekäyttö). Tavoitteena on myös arvioida menetelmän vaikutuksia muokkaavia tekijöitä. Hanke käynnistyi vuonna 2008 ja 2010 loppuun mennessä tutkimushankkeeseen on osallistunut 112 nuorta, joista 55 kuuluvat interventioryhmään, 50 normaaliverrokkeihin ja 7 tavanomaista hoitoa saaneisiin verrokkeihin. Tavanomaista hoitoa saaneiden verrokkiryhmää kerätään vielä vuoden 2011 aikana. Tutkittavien nuorten määrä on jäänyt huomattavasti odotettua alhaisemmaksi. Samanaikainen uuden menetelmän juurruttaminen ja sen vaikutusten mittaaminen on myös osoittautunut haasteelliseksi.

Hankekuntien kouluterveydenhoitajat sekä koulujen erityistyöntekijöitä on koulutettu kurssiohjaajiksi ja kaikki kunnat ovat ottaneet Stressinhallintakurssin osaksi omaa toimintaansa. Vuoden 2011 aikana hankkeessa jatketaan myös kurssinohjaajien koulutusta. Käyttökokemukset ovat yleisesti ottaen positiivisia, mutta ohjaajaksi kouluttautuminen sekä ensimmäistä kertaa kurssin ohjaaminen muiden tehtävien ohella on koettu paikoin hyvin kuormittavaksi (Talja & Suanto, suullinen palaute, 2010). Toisaalta kurssin ohjaaminen muuttuu useamman ohjauskerran jälkeen huomattavasti kevyemmäksi kertyneen kokemuksen myötä, ja Stressinhallintakurssin työtapa voi myös soveltaa muussa kouluterveydenhuollon työskentelyssä (suullinen palaute, Talja & Suanto, 2010). Kurssin käyneiden nuorten kokemus on ollut pääsääntöisesti positiivinen (Talja & Suanto, suullinen palaute, 2010).

Lopuksi

Preventiivinen ja promotiivinen työ kouluissa on suuri mahdollisuus mutta myös suuri haaste. Koulu tavoittaa laajasti ikäluokat tärkeissä kehityksen vaiheissa ja tarjoaa monipuoliset tilanteet ja rakenteet lasten ja nuorten kasvun tukemiseen. Haasteena on mielenterveyden edistämistyön ja koulun omien tavoitteiden

yhteensovittaminen ja yhteisen kielen löytäminen. Lisäksi menetelmän riittävä yhteensopivuus koulun arvojen ja asenteiden kanssa, käyttäjien kokema työn helpottuvuus ja koettu hyödyllisyys koko kouluyhteisölle ovat intervention eloonjäämisen kriittisiä tekijöitä.

Tavoitteena on siis erityisesti koululle räätälöityjen, koulujen omin voimin toteuttamien universaalien ja fokuoitujen työtapojen johdonmukainen kokonaisuus, jotka seuraavat koko koulupolun ajan lapsen varhaisimmista oppivuosista nuoruuteen toiselle asteelle saakka. Mitä tällaisen tavoitteen toteutuminen vaatii?

Kokonaisnäkemyksiä lapsen ja nuoren kehityksen tukemisesta koulussa olisi vietävä johdonmukaisesti eri tahoille. Yleistä tietoa sosioemotionaalisen kehityksen tärkeydestä ja sen tukemisesta koulussa tulisi viedä esimerkiksi median kautta koko väestöön. Oppilaiden vanhemmat tulisi ottaa mukaan keskusteluun koulun tavoitteista ja toiminnasta oppilaiden terveen kasvun edistäjänä. Vanhempien ja opettajien yhteistyö on edellytys työn onnistumiselle. Lisäksi paikallisille ja valtakunnallisille päättäjille olisi vietävä tietoutta oppilaiden kehityksen tukemisen mahdollisuuksista koulussa sekä sen erilaisista vaikutuksista oppimistuloksiin ja koko kouluyhteisön hyvinvointiin. Tavoitteena on näin varmistaa terveyden edistämisen äänen kuuluminen kaikessa koulujärjestelmän kehittämisessä.

Kirjallisuus

- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *Prevention & Treatment*, 5, 15.
- [Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, O'Connor E, Seeley J](#). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:1127-34.
- [Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR](#). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:312-21.
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. I: Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 972-986.
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. II: Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 8-25.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1272-1280.
- Cuijpers P. Psychieducational treatment and prevention of depression: the "coping with depression" course thirty years later. Meta-analysis. *Clin Psychol* 2009; 29: 449-458.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4, 1-62.
- [Hollon SD, Munoz RF, Barlow DH, et al](#). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biol Psychiatry*. 2002; 52: 610-30.
- Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MEeD) findings into perspective. *J Clin Psych* 2007; 68 Suppl 2: 10-19. Review.
- Laukkanen E, Pylkkänen K, Hartikainen B, et al: A new priority in psychiatry: Focused services for adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003;57:37-43
- Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Breckenridge JS, Teri L. (1984) The "Coping with Depression" course. Eugene: Castalia, Publishing Company.
- MAESTRO. Stressinhallintakurssi nuorten masennuksen ennaltaehkäisyyn. Nuoren työkirja. Vantaa, 2010a.
- MAESTRO. Stressinhallintakurssi nuorten masennuksen ennaltaehkäisyyn. Ohjaajan käsikirja. Vantaa, 2010b.
- [Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N](#). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD003380.
- Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, ym. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1136-47.
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27(6), 989-993.
- Santalahti P, Sourander A (2008) Onko lasten psykiatrisen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim*, 124(13), 1499-506

- Sourander A, Niemelä S, Santalahti P, Helenius H, Piha J. [Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study](#). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Mar;47(3):317-27.
- Talja H, Suanto T. Masennuksen ehkäisyä stressinhallintaa oppimalla – kurssin ohjaajien kokemuksia kurssin ohjaamisesta. (2010) Laurea-ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Laurea, Tikkurila, Vantaa.
- Topping, K., Holmes, E., & Bremner, W. (2000). The effectiveness of school-based programs for the promotion of social competence. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, assesment, and application at home, school, and in the workplace*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Weare, K., & Gray, G. (2003). *What works in developing children's emotional and social competence and wellbeing?* London.
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103(4), 197-220.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E (2003). *Schema Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The Scientific Base Linking Social and Emotional Learning to School Success. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 17(2/3), 191-210.
- Zins, J. E., Travis, L. F. I., & Freppon, P. A. (1997). Linking research and educational programing to promote social and emotional learning. In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic-Books.

5.3 Kaarinan mielenterveys- ja päihdeyksikkö – Mielenterveys- ja päihdehoitoa perusterveydenhuollossa matalalla kynnyksellä yhden oven periaatteella

Antti Mikkonen

Vintin toiminta-ajatus

Kaarinan mielenterveys- ja päihdeyksikkö Vintti on osa peruspalveluissa toimivaa moniammatillista työryhmää. Vintin toiminta-ajatuksena on kohentaa mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien peruspalveluiden asiakkaiden häiriöiden tunnistamista, hoidon saatavuutta sekä tarjota mahdollisimman kokonaisvaltainen hoito matalalla kynnyksellä ja yhden oven periaatetta noudattaen. Vintille ei tulla pääsääntöisesti lähetteellä hoitoon, vaan ammattihenkilöt voivat ohjata asiakkaan sopivimmalle Vintin työntekijälle tai asiakkaat voivat varata ajan omatoimisesti. Vintin työntekijä arvioi potilaan tilannetta ja avuntarvetta kokonaisuutena, ja palveluohjauksellisella työotteella muodostetaan tarpeenmukainen hoitokokonaisuus peruspalveluissa tai potilas ohjataan sovittujen työnjakojen ja hoidon porrastusten mukaisesti toiseen hoitoyksikköön.

Idea Vintin tarpeesta on syntynyt työntekijätasolla käytännön työssä esiin tulleiden ongelmien ratkaisemiseksi. Eriytetty mielenterveys- ja päihdepalveluiden tuottaminen sekä aidon yhteistyön puutteet eri hallinnonalojen ja toimijoiden välillä koettiin esteeksi optimaalisen hoidon toteutumiseksi. Tavallisia ongelmia olivat asiakkaan pallottelu toimijalta toiselle ilman kokonaisvastuun ottamista, hoitoketjun katkeaminen siirtymistilanteissa, päällekkäinen työ eri toimijoiden välillä sekä tiedon kulun puutteet ja epäselvät työnjatot eri toimijoiden välillä. Lisäksi peruspalvelujen mahdollisuudet tarpeenmukaisen hoitokokonaisuuden järjestämiseksi koettiin riittämättömäksi. Vintin toimintamallin syntyminen on hyvä esimerkki toimivasta alhaalta ylös tapahtuvasta innovatiivisesta palvelujärjestelmän kehittamisestä. Hallinnon ja päättäjien roolina on ollut toimia innovaation mahdollistajana ja tukijana.

Toimintaympäristö ja käytössä olevat resurssit

Kaarina on 31 000 asukkaan kaupunki Länsi-Suomen läänissä Turun naapurissa. Väkiluku on ollut kasvussa viime vuosina. Väestöä luonnehtivia määritelmiä valtakunnalliseen keskiarvoon verrattuna ovat hyvin koulutettu, työssäkäyvä ja lapsiperhe. Rivi- ja pientaloasuminen on yleinen asumismuoto. Psykiatrisen laitoshoidon käyttö vuonna 2009 oli 253,7 hoitopäivää 1 000:ta asukasta kohti (koko maa 292,9). Psykiatrisen avohoitokäyntien määrässä on ollut tasainen laskutrendi vuosina 2005–2009. Vuonna 2009 käyntejä oli 323 käyntiä 1 000 asukasta kohti (koko maa 276). Laitoshoidon käyttö oli siis noin 13 prosenttia vähäisempää ja avohoidon käyttö 17 prosenttia runsaampaa kuin maassa keskimäärin. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöä voisi siis luonnehtia avohoitopainotteiseksi. Päihdehuollon avopalveluissa oli vuonna 2009 2,0 henkilöä 1 000 asukasta kohti (koko maa 9,8) ja laitoksissa 1,6 henkilöä 1 000 asukasta kohti (koko maa 3,2). Vähäisempi päihdehoidon piirissä oleminen saattaa selittyä väestörakenteeseen liittyvään vähäisempään päihdehäiriöiden esiintymiseen, vähäisempään hoidon piiriin hakeutumiseen tai peruspalveluiden yhteydessä tapahtuvaan runsaaseen päihdehoitotyöhön.

Vintti aloitti toimintansa hallinnollisesti 1.1.2009 ja yhteiset tilat terveysaseman tiloihin valmistuivat kesän 2009 aikana. Varsinainen työryhmämuotoinen työskentely alkoi 1.9.2009. Vintillä työskentelee 11,9 työntekijää (Taulukko 1). Työntekijöistä terveysaseman tiloissa työskentelee 7,9 henkilöä ja toimintakeskuksissa 4 henkilöä. Toimintakeskus Kasevan Kiesi kuuluu Palveluyhdistys Kasevan toimintaan, mutta toiminnallisesti Kiesin henkilökunta kuuluu osaksi Vintti työryhmää.

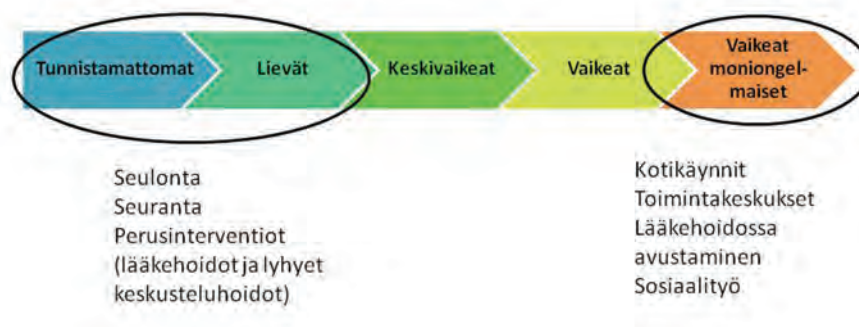
Terveysaseman tiloissa työskentelevät	Toimintakeskukset
1 Lääkäri 1 Päihdeterapeutti 0,4 Psykologi (Työterveyspsykologi) 0,5 Psykologi (Neuvolapsykologi) 1 Sosiaalityöntekijä 1 Opioidikorvaushoitaja 2 Kotikäyntityöntekijää (ALMI -tiimi) 1 Asumisneuvoja	Toimintakeskus Nappi & Plätty 1 Toimintakeskusvastaava Toimintakeskus Talo 1 Toimintakeskusvastaava Kasevan Kiesi (Palveluyhdistys Kaseva) 1 Sairaanhoitaja 1 Sosiaaliohjaaja

Taulukko 1. Vintin työntekijät

Toimintakyky keskiössä

Perusterveydenhuoltoa tarvitaan sekä lievistä että vaikeasta toimintakyvyn laskusta kärsivien hyvän kokonaisuuden järjestämisessä. Parhaiten hoitojärjestelmä toimii tällä hetkellä keskivaikeista ja vaikeista ongelmista kärsivien kohdalla. Psykiatrian avohoito ja päihdehuollon erityispalvelut pystyvät tarjoamaan näille kohderyhmille soveltuvaa ja vaikuttavaa hoitoa. Erityistä panostusta perusterveydenhuollossa tarvitaan oirekirjon ääripäissä. Tunnistamattomien tapausten seulonnalla ja lievästi oirehtivien hoitoon panostamalla voidaan ehkäistä tilojen kehittyminen vaikea-asteisemmiksi. Vaikeista ongelmista ja merkittävästä toimintakyvyn laskusta kärsivien hyvällä avohoidolla taas voidaan ehkäistä tilanteiden akutisoitumiset ja erilaisten sairaala- ja laitoshoidojen tarvetta sekä parantaa asiakkaiden omatoimista pärjäämistä (kuvio 1).

Vintin asiakkaiden tilannetta arvioidaan ensisijaisesti voimavara- ja toimintakykykeskeisesti. Ensin pyritään hahmottamaan potilaan kokonaistilanne ja pärjääminen omilla roolivoimavaroilla. Toiseksi pyritään arvioimaan toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset ja kartoittamaan tarkemmin oireet. Kolmanneksi tehdään tai tarkennetaan diagnostiikka, laaditaan hoito- tai kuntoutussuunnitelma ja pyritään etsimään voimavaroja tukevia tekijöitä toimintakyvyn palauttamiseksi. Jokaisen potilaan kohdalla, häiriöiden vaikeusasteesta riippumatta, yhteisiä tavoitteita ovat voimaantumisen, vastuun ottamisen omasta elämästä ja hyvinvoinnista, omien vahvuuksien ja elämässä pärjäämisen keinojen löytäminen sekä sopeutumiskyvyn lisääntyminen elämän erilaisissa stressitilanteissa.



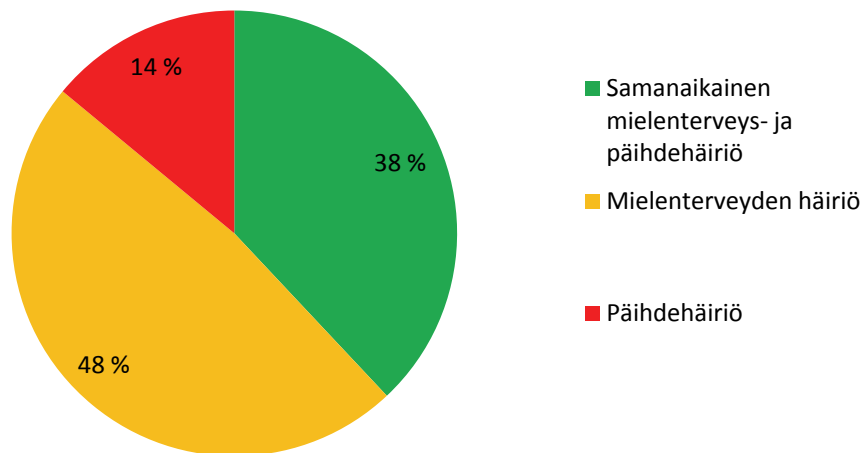
Kuvio 1. Perusterveydenhuollon painopistealueet mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa

Kuka on Vintin asiakas?

Kaarinassa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoon osallistuvat keskeiset tahot ovat kunnalliset peruspalvelut, VSSHP:n psykiatrian toimiala sekä A-klinikkasäätiön Lounais-Suomen palvelualue. Lisäksi monet säätiöt ja järjestöt ovat tärkeässä asemassa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen tukiverkoston rakentamisessa.

Henkilö on Vintin asiakas, jos hän asioi jollakin Vintin työntekijällä tai jossakin vintin toiminnossa. Vintin asiakas voi olla yhtä aikaa myös minkä tahansa muun mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavan tahon asiakkaana. Keskeistä on, että tarpeenmukainen hoitokokonaisuus saadaan räätälöityä olemassa olevasta palvelurakenteesta ja päällekkäisiä toimintoja vältetään. Yhteistyötä kehitetään ja strukturoidaan eri toimijoiden kanssa. Keskeinen kokoava foorumi on Kaarinan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistyöryhmä. Työryhmä on jakaantunut kahteen alaryhmään: ennalta ehkäisevän työn sekä hoidon ja kuntouttavan työn työryhmiin.

Vintin asiakkaat edustavat kaikkia mahdollisia mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vaikeusasteita ja yhdistelmiä. Asiakaskunta vaihtelee paljon eri työntekijöiden työnkuvien mukaan. Yleinen yhteinen piirre on runsas mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyys. Kuviossa 2 esitetään Vintin lääkärille vastaanottokäynnille tulleiden asiakkaiden psykiatristen ja päihdehäiriöiden jakauma vuodelta 2010. Vain 14 prosenttia asiakkaista kärsi pelkästä päihdehäiriöstä ilman että siihen liittyi myös itsenäinen hoitoa vaativa mielenterveyden häiriö. Kaikista päihdehäiriöstä kärsivillä 74 prosentilla oli myös hoitoa vaativa psykiatrinen häiriö. Kaikista mielenterveyden häiriöstä kärsivillä 44 prosentilla oli myös hoitoa vaativa päihdehäiriö.

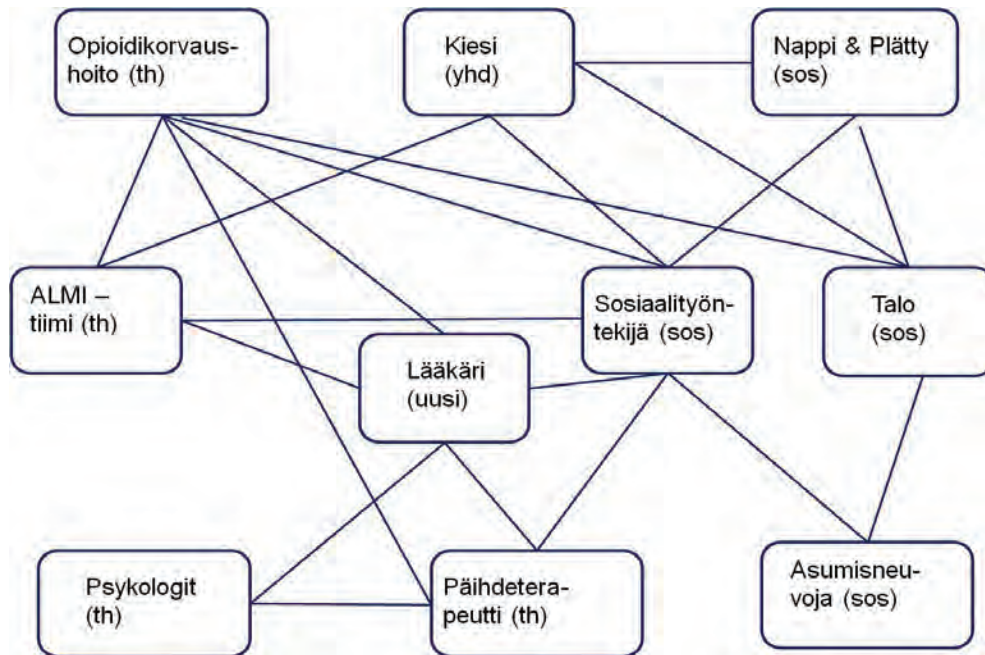


Kuvio 2. Vintin lääkärin vastaanotolla käyneiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden jakauma vuodelta 2010 (n=175)

Työryhmän jäsenten välinen yhteistyö käytännössä

Ennen Vintti-työryhmän perustamista eri työntekijät toimivat hajallaan joko sosiaalityön organisaatiossa tai terveyspalveluissa. Yhteistyö oli satunnaista ja vähäistä eikä selkeitä toimintamalleja yhteistyötilanteisiin ollut. Vintti-työryhmän perustamisen jälkeen asiakastyöhön liittyvä yhteistyö on koko ajan lisääntynyt. Kuvio 3 havainnollistaa eri työntekijöiden välistä asiakasyhteistyötä noin vuosi työryhmätoiminnan alkamisen jälkeen. Yhteistyö on edelleen ryhmittynyt siten, että aiemman sosiaalityön ja terveyspalveluiden

työntekijöiden toimialan sisäinen yhteistyö on yleisempää kuin toimialan ulkopuolinen yhteistyö. Kokonaisuudessaan nykyistä yhteistyötä voidaan luonnehtia erittäin kattavaksi.



Kuvio 3. Vintin työntekijöiden välinen asiakasyhteistyö noin vuosi Vintti-työryhmän perustamisen jälkeen. Viiva työntekijöiden välillä tarkoittaa, että asiakasyhteistyötä on runsaasti ja se on jatkuvaa. Sos = entinen sosiaalityö, th = entinen terveydenhuolto, uusi = uusi työntekijä, yhd = yhdistys

Palveluohjauksellinen työote keskeinen

Keskeistä työssä on palveluohjauksellinen työote. Jokainen työryhmäläinen arvioi oman erityisen toimenkuvansa lisäksi potilaan tilannetta aina myös kokonaisuutena. Mikäli riittävä ja tarpeenmukainen hoito ei potilaan kohdalla vielä toteudu, niin muita työryhmän jäseniä otetaan mukaan potilaan hoitoon. Seuraava potilastapaus kuvaa palveluohjauksellista työtettä ja hoitokokonaisuuden rakentumista moniongelmaisen potilaan tilanteessa.

”57-vuotias psykiatrisista syistä sairauseläkkeellä oleva mies ohjautui tk-päivystyksestä vuodeosastolle vaikean alkoholivieroitusoireyhtymän vuoksi. Osastolla todettiin myös korkeat verensokeriarvot ja potilas kärsi paranoidisista harhaluuloista. Sairauskertomusmerkintöjen mukaan potilaalla on diagnosoitu paranoidinen skitsofrenia vuonna 1995 hoitojaksolla psykiatrisessa sairaalassa ja jatkohoito on toteutettu aikuispsykiatrian poliklinikalla. Vintin päihdeterapeutti toteutti osastohoidon aikana tilannearvion ja sairauskertomukset tilattiin psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Selvisi, että potilaalla ollut aiemmin risperidoni -lääkitys. Käynnit psykiatrian poliklinikalla potilas oli lopettanut vuonna 2005, jonka jälkeen hänellä ei ole ollut psykoosilääkitystä käytössä. Alkoholien käyttö oli ollut suurkulutuksen tasoista päivittäistä tai melkein päivittäistä kolmen vuoden ajan. Osastolla psykoosilääkitys aloitettiin uudelleen. Vintin ALMI-tiimi teki kotikäynnin potilaan luokse, jolloin selvisi että potilas asuu lähes asumiskelvottomassa omakotitalon piharakennuksessa. Vintin asumisneuvojan ja sosiaalityöntekijän toimesta potilaalle hankittiin Vintin välivuokraama vuokra-asunto. Potilas ohjattiin kolmen viikon laitospuoleiselle päihdekuntoutusjaksolle, jonka aikana risperidoni-

lääkitys vaihdettiin injektiomuotoiseen valmisteeseen. Kotiutumisen jälkeen potilaalla aloitettiin valvottu antabus-hoito, joka toteutettiin ALMI-tiimin toimesta kahdesti viikossa tapahtuvien kotikäyntien yhteydessä. Asiakas ohjattiin Kiesin päivätoimintaan mukaan, missä potilas alkoi asioida kahtena päivänä viikossa. Puolen vuoden kuluttua osastolle tulosta potilas oli pysynyt raittiina, merkittäviä harhoja ei esiintynyt ja toimintakyky riitti itsenäiseen asumiseen ja aikuistyyppin diabetes oli saatu tyydyttävään hoitotasapainoon. Yleislääkäri toimi potilaan lääketieteellisestä hoidosta vastaavana lääkärinä ja Vintin lääkäri toimi tarvittaessa konsultoitavana lääkärinä. Sairauskertomuksista selvisi, että potilaalla oli edeltävän viiden vuoden aikana ollut noin kymmenen osastomuotoista hoitajaksoa erilaisten somaattisten ja alkoholin käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Huoli potilaan tilanteesta oli välittynyt, mutta kokonaisvastuun potilaan tilanteesta ottavaa tahoja ei ollut aiemmin järjestynyt ja jatkohoitosuunnitelmat olivat kaatuneet potilaan huonoon hoitokomplianssiin.”

Vintti yleislääkärin työn tukena

Yleislääkäreillä on mahdollisuus konsultoida joustavasti puhelimitse tai paperikonsultaationa Vintin lääkäriä lääketieteellisessä (diagnostiikka ja hoito), hoidon järjestämiseen liittyvissä (kuinka tarpeen mukainen hoito pystytään järjestämään peruspalveluissa) sekä hoidon porrastukseen liittyvissä kysymyksissä. Vintin lääkäri laatii kaikista konsultaatioista kirjallisen toimintaohjeistuksen yleislääkärille. Yhteinen tietojärjestelmä mahdollistaa tavanomaista laaja-alaisemman perehtymisen potilaan kokonaistilanteeseen (kaikki terveyskeskuksen sairauskertomushistoria käytössä) ja yleislääkäriä hyödyttävien konsultaatiivastauksien laatimisen.

Yleislääkäreillä on myös mahdollisuus ohjata asiakas suoraan sopivimmalle Vintin työntekijöille, jonka jälkeen Vintin edellä kuvattu palveluohjauksellinen työote huolehtii tarpeenmukaisen hoidon toteutumisesta. Näissä tilanteissa yleislääkäri voi usein jatkaa itse hoidosta vastaavana lääkärinä.

Psykiatrinen erikoissairaanhoitaja neuvottelee palautettavista lähetteisistä Vintin lääkärin kanssa. Nämä tilanteet ovat tärkeitä hoidon porrastuksen hienosäätämiseksi ja yhteisen näkemyksen selkeyttämiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ennen kaikkea ne varmistavat, että potilaan tarvitsema hoito ei jää toteutumatta. Vintin lääkäri antaa yleislääkäreille yhteisesti informaatiota palautetuista lähetteisistä ja ohjausta kuinka hoito olisi ollut toteutettavissa peruspalveluiden piirissä.

Säännöllinen yleislääkäreiden kanssa kasvokkain tapahtuva tiedottaminen, ohjeistaminen, kouluttaminen sekä palautteen saaminen ja antaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä joustavan ja luontevan yhteistyön aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi.

Terveyskeskuksen vuodeosasto mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa

Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivillä somaattisten sairauksien esiintyvyys on yleisväestöä tavallisempaa, jonka vuoksi terveyskeskuksen vuodeosastolle ohjautuu paljon mielenterveys- ja päihdepotilaita. Vuodeosastolla toteutetaan alkoholikatkaisuhoidoja ja lyhyitä hoitajaksoja mielenterveyskriisitilanteissa. Alkoholikatkaisuhoidojaksojen aikana selvitetään potilaan ajankohtainen avohoitotilanne sekä varmistetaan, että ennen kotiutumista on varattuna tapaaminen avohoitotyöntekijälle. Mikäli avohoito vaikuttaa puutteelliselta, konsultoi osasto Vintin päihdeterapeuttia. Päihdeterapeutti selvittää hoitajakson aikana tarkemmin potilaan kokonaistilanteen ja tekee ensivaiheen jatkohoitosuunnitelman.

Osastolla toteutetaan myös lyhyitä hoitajaksoja mielenterveyskriisitilanteissa vaihtoehtona päivystyksellisen psykiatriseen sairaalahoitoon lähettämiseksi. Tavoitteena on turvallisen ympäristön tarjoaminen, jotta seuraavana päivänä voidaan neuvotella hoidon tiivistämisen tarpeesta potilaan avohoidosta vastaavan tahon kanssa.

Ajoittain osastolle tulee myös hoitoon somaattisten sairauksien vuoksi mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsiviä, joilla ei ajankohtaisesti ole lainkaan hoitoa järjestettynä. Vintin tuella tarkennetaan diagnostiikkaa ja tehdään hoitosuunnitelma.

Toimintakeskukset keskeisessä roolissa

Vintin toimintakeskukset tarjoavat asiakkaille sisältöä arkeen ja mielekästä tekemistä. Yleisiä tavoitteita ovat voimaannuttaminen, sosiaalisen verkoston vahvistuminen, päivärhythmin ylläpitäminen, psyykkisen tuen tarjoaminen ja oireiden seuranta. Toimintakeskuksissa annetaan ohjausta ja neuvontaa matalalla kynnyksellä sekä järjestetään kuntouttavaa työtoimintaa ja työkyvyn arvioita. Eri toimintakeskukset ovat profiloituneet hieman eri tavoin, mutta tarkkoja jakoja asiakaskuntien osalta ei ole tehty ja erilaiset asiakkaat nähdään vahvuutena ja voimavarana. Karkean jaottelun mukaan Kasevan kiersi on erikoistunut mielenterveyskuntoutujien, Nappi & Plätty alkoholiongelmista kärsivien ja Talo vaikeasta toimintakyvyn alenemasta kärsivien moniongelmaisten paikaksi. Toimintakeskusten välinen yhteistyö on kasvanut oleellisesti uuden Vintti-työryhmä työskentelyn myötä.

Kuntouttavan työtoiminnan järjestäminen omana toimintana tuo paljon erilaisia synergiahyötyjä. Asiakkaan kokonaistilanne tunnetaan paremmin ja kuntouttavan työn vaatimustasoa ja sisältöä voidaan paremmin muokata vastaamaan asiakkaan tarpeita. Työryhmän synkronoitu ponnistelu saa aikaan riittävästi muutostoimintaa myönteisten muutosten aikaansaamiseksi. Esimerkiksi opioidikorvaushoitopotilaiden psykososiaalisen kuntoutuksen järjestäminen on koettu ongelmalliseksi monissa keskisuurissa kunnissa. Erityisesti kuntouttavan työtoiminnan onnistuminen on koettu haastavaksi. Talolla kuntouttava työtoiminta voidaan aloittaa jo hyvin aikaisessa kuntoutumisen vaiheessa, jopa silloin kun potilaalla on edelleen aktiivista oheiskäyttöä. Perinteisesti aktiivikäyttöä on pidetty kuntouttavan työn vasta-aiheena. Kokemukset talolta ovat päinvastaisia. Aktiivikäyttövaiheessa aloitettu matalan kynnyksen työtoiminta näyttää nopeuttavan normaalin vuorokausirytmien löytymistä ja jopa nopeuttavan päihitteettömyyden saavuttamista tarjoamalla mielekkään vaihtoehdon aineiden käytölle. Keskeinen motivoiva tekijä on, että kaikki Talolla tehtävät työt ovat oikeita töitä, joille on olemassa todellinen tarve ja kysyntä. Kuvaavaa on erään talon asiakkaan kommentti työn mielekkyydestä: ”Aiemmin olen inhonnut kaikkia kuntouttavia töitä, koska ne ovat olleet lähinnä keinotekoisia näpertelyä ja kukkpurkkien maalausta. Talolle on ollut mukava tulla, kun siellä on saanut tehdä oikeita töitä, joilla on oikeasti merkitystä.” Vaikka kuntouttavassa työtoiminnassa menestyminen jäisi vähäiseksi, työjakso antaa arvokasta tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja oirehdinnasta. Tietoja voidaan käyttää esimerkiksi osana laajempaa työkyvyn arviota ja eläkeselvityksiä tehtäessä.

Kotikäynnit

Kaikki Vintin työntekijät tekevät tarpeen mukaisesti kotikäyntejä. Tämän lisäksi Vintin työryhmään kuuluu pääasiassa kotihoitoon erikoistunut kahden työntekijän muodostama alkoholi- ja mielenterveystiimi (ALMI-tiimi). Noin 80 prosenttia ALMI-tiimin asiakkaista sairastaa skitsofreniaa, johon liittyy merkittävää toimintakyvyn laskua. Useimmilla on taustalla raskas hoitohistoria ja jopa kymmeniä psykiatrisia sairaalahoitajakasuja. Tärkeimmät ALMI-tiimin työmuodot ovat toimintakyvyn ylläpitäminen sosiaalisen kuntoutuksen keinoin, lääkehoidon toteutumisen avustaminen, psyykkisen voinnin seuranta ja tukeminen. Työ on onnistunut, kun potilaalle ja omaisille syntyy turvallisuuden tunne ja luottamus omatoimisen pärjäämisen suhteen. Jatkuvan seurannan ansiosta akuuttivaiheet pystytään tunnistamaan riittävän ajoissa ja sairauden pahenemisvaiheista selvittää useimmiten tilapäisillä avohoidon tehostuksilla. ALMI-tiimin kotikäynnit ja asiointi Kasevan Kiesissä muodostavat yhdessä niin tukevan avohoitokokonaisuuden, että se toimii realistisena vaihtoehtona pysyvää luonteiselle laitospalveluun sijoittamiselle.

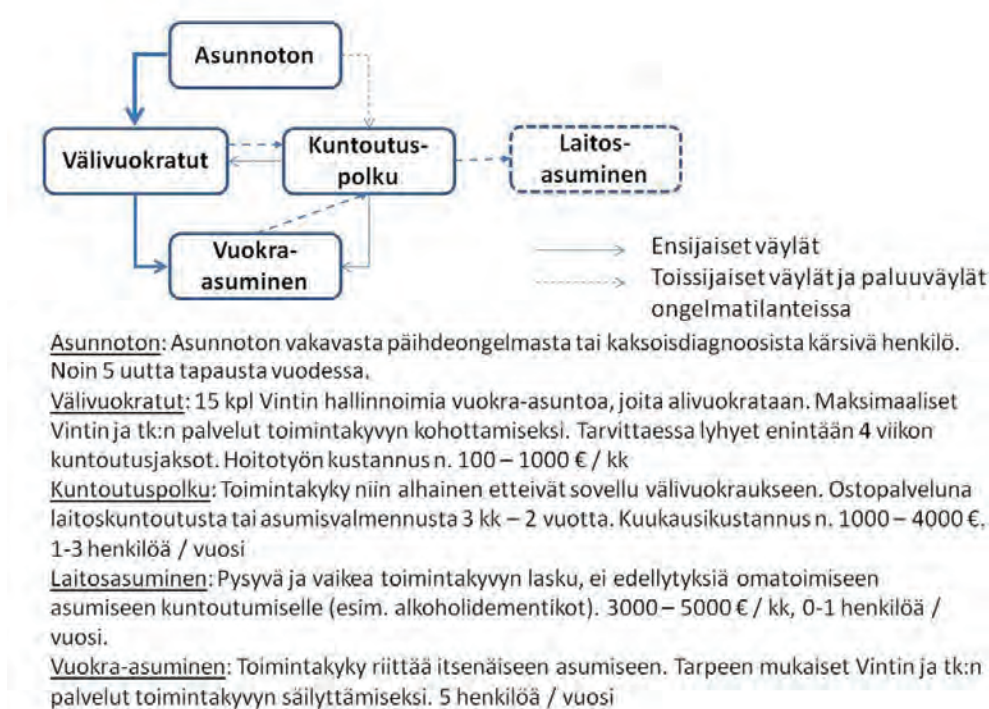
ALMI-tiimi tekee yhteistyötä muun kotihoitotyön kanssa. Tavoitteena on, että pitkän stabiilin vaiheen saavuttaneet asiakkaat siirtyvät saattaen kotihoitoon asiakkaiksi ja vastaavasti akuuttimmin oireileville asiakkaille vapautuu paikkoja ALMI-tiimiin. Asiakaskunnan vaikeusasteen mukaan ALMI-tiimi pystyy toteuttamaan 30–40 kotikäyntiä viikossa ja yhtä aikaa eri asiakkaita voi olla noin 20–25.

Tukiasumisessa “nimi ovessa” periaate

Asumisneuvojan työnkuva koostuu kahdesta eri työnkuvasta, häätöjen ennaltaehkäisytyöstä ja Vintin tukiasuntoasiakkaiden auttamis- ja hoitotyöstä. Asumisneuvoja selvittelee Kaarinan vuokrataloissa asuvien häätöuhan alla olevien asiakkaiden tilannetta. Useimmiten häätöuhka syntyy jatkuvan häiriköinnin tai

vuokratien vuoksi. Mikäli ongelmien taustalla on mielenterveys- tai päihdeongelmia, niin asumisneuvoja antaa ohjausta ja neuvontaa oikeiden palveluiden piiriin pääsemiseksi.

Vintin tukiasunnot ovat Vintin hallinnoimia asuntoja, joita voidaan edelleen vuokrata sellaisille henkilöille, joilla on erityisiä vaikeuksia hankkia asuntoa. Usein taustalla on mielenterveys- ja päihdehäiriöitä, johon liittyy pysyvää toimintakyvyn laskua. Usein tukiasumiseen liitetään säännöllinen asiointi jossakin Vintin toimintakeskuksista ja muu tarpeenmukainen avohoito. Vintillä pyritään ”nimi ovela” -periaatteen toteutumiseen, joka tarkoittaa sellaisen riittävän hoidon ja tuen järjestämistä, että asiakas kykenee itsenäiseen asumiseen omassa asunnossa. Asunnottoman mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kuntoutus- ja asuttamismallia havainnollistetaan kuviossa 4.



Kuvio 4. Asunnottoman mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kuntoutus- ja asuttamismalli.

Kyselyiden käyttö potilastyössä

Oire- ja seulontakyselyitä käytetään suunnitelmallisesti seulonnassa, diagnostiikan apuna ja oireiden seurannassa. Kaikilla ensikäynneillä täytetään WHO-5 -hyvinvointikysely sekä potilaan oireiluun parhaiten sopiva oirekysely, esimerkiksi masennusoireisella potilaalla BDI -kysely. Kyselyiden vastaukset myös kirjataan ja tilastoidaan sairauskertomusjärjestelmään. Hoidon edetessä tehdään tarpeen mukaan toistomittauksia. Kyselyiden käyttö on koettu mielekkääksi ja hyödylliseksi lisäksi asiakastyöhön.

Lääkärin rooli Vintti-työryhmässä

Vintin lääkärin keskeisimmät tehtävät ovat Vintin asiakkaiden hoitolinjauksista vastaaminen ja optimaalisesta hoidon porrastuksesta huolehtiminen. Pääsääntöisesti tämä tapahtuu erilaisten konsultaatioiden välityksellä (puhelin- ja paperikonsultaatiot ja yhteistyötunnit). Tarvittaessa järjestetään vastaanottokäynti diagnostiikan ja tilan vaikeusasteen tarkemmaksi määrittelyksi. Vain pieni osa potilaista jää Vintin lääkärin hoitovastuulle ja tavoitteena on että yleislääkäri voi toimia hoitavana lääkärinä. Ainoastaan opioidikorvaushoitopotilaiden hoitovastuu on kokonaisuudessaan keskitetty Vintin lääkärille.

Työssä jaksaminen

Usein kaikkein oivaltavimmat hoidolliset ratkaisut ja vaikuttavimmat interventiot syntyvät hiljaisen tiedon sekä kokemuksen ja osaamisen tuoman intuition yhteisvaikutuksena. Tyytyväinen työntekijä on kiinnostunut oman työnsä vaikuttavuudesta ja työn kehittamisestä, kun taas uupunut tai tyytymätön työntekijä ajautuu helposti rutiinimaiseen työn suorittamisen noidankehään. Vintillä vaalitaan innovaatiomyönteistä ilmapiiriä ja uusia ideoita oman työn tai hoitojärjestelmän kehittämiseksi syntyy jatkuvasti. Vintillä työssä jaksamista parantavat työkavereiden tuki ja mahdollisuus vastuun jakamiseen, systemaattinen työhyvinvoinnin arviointi, mahdollisuus työnohjaukseen. Vintin epävirallinen tunnuslause on: Vintillä tehdään töitä jalat maassa ja pää pilvissä. Asiakkaista välitetään ja työkaveria ei jätetä.

Vintin toiminnan vaikuttavuus

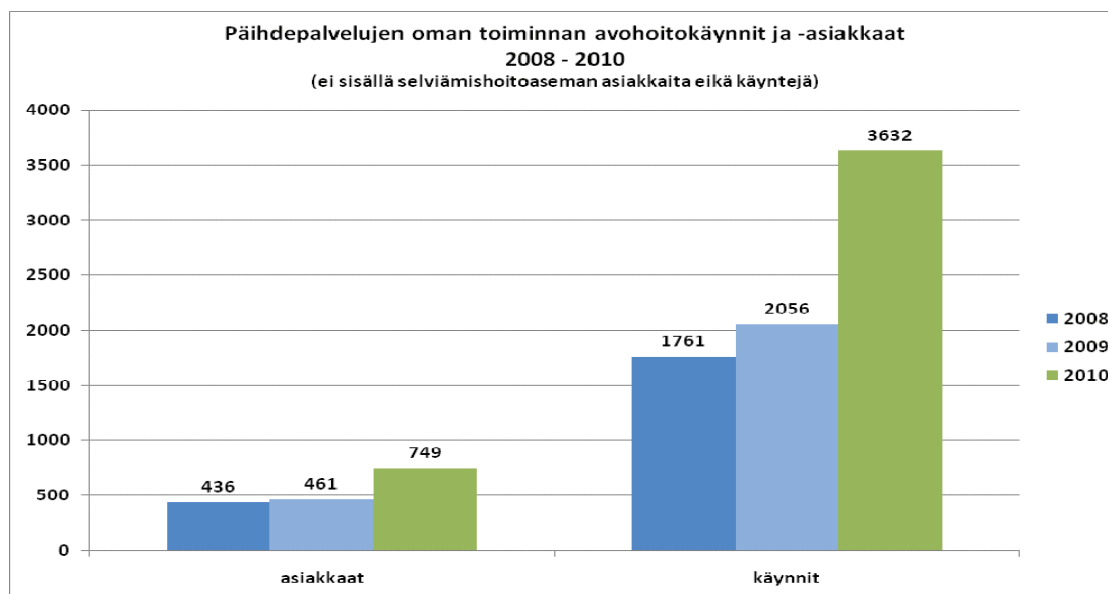
Vintin toiminnalla on kohennettu ja monipuolistettu kaiken tasoista mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien peruspalveluiden asiakkaiden hoidon tarjontaa. Lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidon kohtuminen on vähentänyt psykiatriseen erikoissairaanhoidon lähettämisen tarvetta, kun riittävän intensiivinen hoitokokonaisuus on pystytty rakentamaan peruspalveluissa. Vuonna 2010 psykiatriseen erikoissairaanhoidon lähettäminen väheni noin 13 prosenttia. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit pysyivät suurin piirtein entisellä tasolla (väheni 3,4 %). Suurin muutos tapahtui psykiatrisen osastohoidon tilanteessa käytön vähetessä noin 39 prosenttia, joka vastaa noin 2 300 osastohoitopäivää. Sairaalahoidon käytön vähentyminen liittyy todennäköisesti vaikeista häiriöistä kärsivien toistuvien ja pitkien hoitokausien vähentymiseen. Parempaan potilaiden ohjautuvuuteen viittaa myös erikoissairaanhoidosta palautettujen läheteiden vähentyminen. Vuonna 2010 läheteitä palautettiin vain 2–3 prosenttia. Kaarinassa on meneillään uuden mielenterveys- ja päihdestrategian laatiminen, jonka yhteydessä palveluiden käytön muutoksia ja tulevaisuuden tarpeita analysoidaan tarkemmin, jotta resurssit osataan kohdistaa entistä tarkemmin suurimman terveyshyödyn tuottamiseen.

5.4 Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu

Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen

Johdanto

Mielenterveyspalvelut Espoossa vastaavat myös päihdeongelmien hoidosta. Palvelujärjestelmää on pitkäjänteisesti kehitetty vastaamaan paremmin asiakkaiden todelliseen ja monenlaiseen tarpeeseen. Laitoshoidon ja on lyhennetty ja matalan kynnyksen palvelua sekä avohoittoa vastaavasti lisätty (kuviot 1). Vuonna 2010 avattu Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu palvelee koko Espoota. Empusta käsin koordinoitaan kaupungin omia palveluita ja ostopalveluita. Kolmannen sektorin, seurakuntien, järjestöjen, omaisten ja asiakkaiden yhdistykset ja toimijat sekä erikoissairaanhoidon ovat aktiivisia yhteistyökumppaneita. Sähköistä palveluympäristöä kehitetään voimakkaasti ja kuntalaisia kannustetaan omahoitoon. Tulevaisuudessa ennaltaehkäisevän työn tavoitteena on tehdä nykyinen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä tarpeettomaksi.



Kuvio 1. Mielenterveys-päihdepalveluissa oman toiminnan avohoitoa on lisätty

Espoon Mielenterveys- ja päihdeohjelman päämääränä on edistää mielenterveyttä ja raittiutta sekä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikaista hoitoa. Ohjelman painopisteitä ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, avopainotteisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen sekä yhteistyön lisääminen kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma, 2007). Nämä tavoitteet ovat Mieli 2009 -ohjelman linjausten mukaisia (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015).

Tavoitteet edellyttävät eheää asiakkaiden kanssa rakennettavaa palvelujärjestelmää ja uudenlaista työorientaatiota. Ehkäisevään työhön panostamisen tulee näkyä tulevaisuudessa hoitopalveluiden tarpeen vähenemisenä ja kuntalaisten hyvinvoinnin lisääntymisenä. (Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa 2009). Seuraavassa käsitellään kaupungin hyvinvointitavoitteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaita koskien.

Painopiste laitoshoidosta avohoitoon

Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluita uudistettiin Espoossa vuonna 2010. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Empu avattiin 1.4.2010 eteläiseen Espooseen, keskeiselle paikalle hyvien kulkuyhteyksien päähän, lähelle kauppakeskus ”Ompua”, Isoa Omenaa. Mielenterveys- ja päihdepalveluita voidaan palvelurakennemuutoksen toteututtua tarjota monipuolisesti yhden oven periaatteella ja matalalla kynnyksellä. Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa kohdattavat päihdeongelmat arvioidaan ja hoidetaan osana kokonaisvaltaista hoitosuunnitelmaa.

Empun kriisi- ja vieroitusosasto on tarkoitettu ensisijaisesti alkoholi- ja lääkeriippuvuudesta kärsiville. Päihteistä voi vieroittautua joko osastolla tai avohoidossa lääkärin seurannassa. Hoitoon hakeutumiseen taustalla usein vaikuttavien psykososiaalisten syiden selvittämisessä autetaan.

Empun avokuntoutusosastolle voi aamupäivisin hakeutua kriisiytyneissä tilanteissa ilman lähetettä. Lisäksi yksikkö antaa hoitoa ja tukea kuntoutumiseen vieroituksen tai laituskuntoutuksen jälkeen. Siellä asiakas voi neuvotella tilanteestaan mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisen kanssa, saada ohjausta ja neuvontaa sekä hoitoa ongelmissaan. Myös omaiset, läheiset tai yhteistyötahot ovat tervetulleita neuvottelemaan paikan päälle. Neuvovasta puhelimesta saa joka päivä tietoa ja ohjausta mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon liittyen.

Empussa asiakkaat saavat apua joustavasti yhden oven kautta. Asiakkaan kanssa suunnitellaan hoito ja tuki yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Raitistumiseen, ahdistuneisuuteen, masennukseen ja peliriippuvuuteen suositellaan ryhmähoitoja, sillä vertaistuki auttaa pysymään raittiina ja tasapainoisena. Yksilöterapeuttisiin pitkiin hoitosuhteisiin ei Empussa toistaiseksi ole mahdollisuutta ryhtyä, mutta psykoterapeuttisesti kouluttautuneiden kaupungin psykologien, sairaanhoitajien, sosiaaliterapeuttien ja erikoissairaanhoidon konsultaatioita hyödynnetään parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi. Empun työntekijöillä on vähintään kognitiivisen ja dialektisen terapian perustiedot, motivoivan haastattelun ja ryhmänohjaajakoulutuksen taidot. Toiminnallisten riippuvuuksien hoitoon kouluttautuneet ohjaajat ohjaavat peliriippuvaisten yksilö- ja ryhmähoitoja.

Avokuntoutusosaston kuusi viikkoa kestävä kuntoutumiskurssi korvaa laitospainotteisia kuntoutusjaksoja. Kurssi on ollut menestys syyskaudesta 2010 alkaen ja palaute-seurantatietoja kerätään. Mielenterveyskuntoutujille on perustettu ryhmiä, muun muassa Mielen Voima-ryhmä, jotka auttavat jaksamaan arjessa ja tukevat kuntoutumista. Miehillä ja naisilla on erikseen järjestetty ryhmätoimintaa. Opioidiriippuvaiset voivat saada tehostettua psykososiaalista korvaushoitoa Empussa yksilö- ja ryhmähoitoja hyödyntäen, tähtäimenä työhön paluu ja oman elämän arjen hallinta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä, 2008)

Omahoidon ja varhaisen puuttumisen lisääminen

Kuntalaisten ja yhteistyökumppaneiden aloitteet ovat tervetulleita tarpeellisen hoidon tai tuen järjestymiseksi. Esimerkiksi unettomuuden hoitoryhmää on toivottu usealta taholta ja sen käynnistämistä suunnitellaan. Empusta käsin tehdään myös kotikäyntejä, joilla arvioidaan ja annetaan tukea mielenterveys- ja päihdeasioissa sekä niihin liittyvissä sosiaalisissa ongelmissa. Yhteydet työllisyyspalveluihin, velkaneuvontaan ja perheiden palveluihin ovat hyvät ja verkostotyötä tehdään entistä enemmän lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukemiseksi. Omahoidon ja muiden sähköisten palveluiden piiriin kuntalaiset voivat hakeutua myös mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa (Saarelma ym., 2008, 2010).

Osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa Espooseen on valmistumassa yli 200 asuntoa asunnottomille mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Ohjelman tavoitteet tukevat palvelujärjestelmän muuttamista avohoitopainotteisemmaksi. Ohjelmaan sisältyvien hankkeiden lähtökohtana on asunto ensin -periaate, jossa asunto nähdään edellytyksenä asiakkaiden kuntoutumisen käynnistymiselle. (Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset 2011)

Kumppanuusstrategian mukaisesti Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelut ja aikuissosiaalityö tekevät yhteistyötä kuntalaisten, järjestöjen, seurakuntien ja vapaan kansalaistoiminnan kanssa. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat ovat mukana mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Järjestöillä ja vertaisryhmillä on mahdollisuus kokoontua iltaisin Empussa. (Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelujen, seurakuntien ja järjestöjen Kumppanuusstrategia 2010–2015, 2010)

Tulosten seuranta ja arviointi

Avohoidon tuottavuutta, laitoshoidon vaikuttavuutta ja asiakastyytyväisyyttä (elämänlaatumittari, kuusikokuntien asiakastyytyväisyyskysely) seurataan keväällä 2011 valmistuvalla tiedonkeruulla ja arvioidaan vuoden 2011 lopulla (sähköiset-palvelut-hankkeet). Perheitä varhain auttava toimintamalli pilotoidaan lastensuojelu- ja aikuissosiaalityön kanssa keväällä 2011. Aikaisempien hankkeiden (Varpunen, 2006) kokemuksia hyödynnetään. Lääkäripalveluiden saatavuus mielenterveys- ja päihdehoitoketjujen mukaisesti Espoossa selvitetään (WHO raportti 2008).

Yhteenveto ja kehittämistyön näkymiä

Terveyskeskuksissa mielenterveystyöntekijät toimivat ajanvarausperiaatteella hoitaen lieviä ja keskivaikeita mielenterveysongelmia, joihin usein liittyy lievä päihdeongelma. Empuun voi hakeutua suunnitellusti monien samanaikaisten ongelmien takia tai välittömästi akuutissa kriisissä, silloin kun terveysasemien tai sosiaalityön keinot yksin eivät riitä. Asunnon hankkimisessa avustetaan. Verkostoitumiseen kannustetaan ja

liikkuvia toimintamalleja kehitetään ympäristön muutosten mukaisesti. Asiakkaita kannustetaan luomaan omia kuntoutumisyhteisöjä ja omatoimisuuteen.

Matalan kynnyksen päiväsaikainen kriisityö osana julkista järjestelmää ja palvelun saaminen yhden oven periaatteella helpottaa sekä kuntalaisten että yhteistyötahojen paineita selvittää perustehtävistään (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelu, STM, 2009:16). Päähdeongelmia koskevat yhteydenotot sosiaali- ja kriisipäivystykseen ovat jo vähentyneet vuoden 2010 aikana oman tilastoinnin mukaan.

Emppu alkaa olla tunnettu ja muodostunut toimivaksi osaksi perusterveydenhuollon porrastettua hoitojärjestelmää – matkalla kohti eheytymistä.

Kirjallisuus

Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset. Ympäristöministeriön raportteja 7/2011. Jyväskylän yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto, Kaupunkitutkimus TA Oy, 2011.

Bouhhal Sivi, Heinonen Taru, Sulaoja Teemu. Varpunen – varhaisen puuttumisen malli. Nuorten perheiden palvelupiste / Espoon Diakoniasäätiö 2006. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski 2006.

Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma, Espoo 2007.

Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelujen, seurakuntien ja järjestöjen Kumppanuusstrategia 2010–2015, Espoo 2010.

Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Partanen Airi, Moring Juha, Nordling Esa, Bergman Viveca (toim.) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2010. Avauksia 16/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

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

<http://www.espool.fi/default.asp?path=1:28:11866:11869:39339:22478:22491:42982> (2.3.2011)

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033> (2.3.2011)

<http://mielenterveystalo.hus.fi/> (2.3.2011)

<http://www.sosiaaliportti.fi/hyakaytanta/> (2.3.2011)

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1384891#fi>

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1480545#fi

<http://www.espool.fi/default.asp?path=1:28:11882:120005> (4.3.11)

Saarelma O, Lommi M-L, Hemminki A, Leppäkoski A-M, Siefen L: Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen lääkärilehti 2008;63(50): 4441–8.

Saarelma O, Lehtovuori T, Heinänen T: Selkeyttä pitkäaikaissairaiden hoitoon. Yleislääkäri 2010;5(25): 27–30.

Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Helsinki 2009. 72 s.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16

The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever). URL: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.

5.5 Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroidun avohoidon malli Helsingissä

Auri Lyly

Helsingissä päihdetyön peruspalvelut tuottaa terveystakeskus ja sosiaalivirasto. Terveystakeskuksella ei ole päihde-palveluihin erikoistunutta omaa toimintaa, vaan ne tarjotaan helsinkiläisille sosiaaliviraston ja ulkopuolisten palveluntuottajien yhteistyönä. Sosiaaliviraston ja terveystakeskuksen yhteisenä tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden yhteistä osaamista, yhteisiä asiakaslähtöisiä palveluprosesseja, sekä päihdehuollon ja psykiatriaosaston yhteisesti tuottamia palveluita. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 -työryhmän yhtenä keskeisenä suosituksena on se, että tulevaisuudessa päihde- ja/tai mielenterveysasiakas saisi palvelut yhden oven periaatteella, ja että kunnat

vastaavat siitä, että mielenterveys- ja päihdepalvelut muodostavat saumattoman toiminnallisen kokonaisuuden.

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittämishanke (1.12.2007–31.12.2009) perustui edellä mainittuun Helsingin kaupungin strategian mukaiseen palvelujen kehittämisen tarpeeseen. Se toteutettiin Helsingin itäisen ja kaakkoisen suurpiirin alueella. Tavoitteena oli pysyvä toiminnan sisältöä ja rakennetta koskeva uudistus, jolla pyrittiin parantamaan Helsingin kaupungin psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja sosiaaliviraston päihdehuollon välistä yhteistyötä ja työnjakoa palvelujen tuottamisessa. Hankkeen avulla pyrittiin myös parantamaan kaksoisdiagnoosipotilaiden saaman hoidon ja palvelun laatua ja tehokkuutta Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosastossa ja sosiaaliviraston aikuisten palvelujen vastuualueella.

Perinteisesti palveluja on tuotettu organisaatiolähtöisesti; mielenterveysongelmien hoito kuuluu terveyskeskukselle ja päihdeongelmien hoito sosiaalivirastolle. Tiedetään kuitenkin, että monet asiakkaat kärsivät molemmista ongelmista samanaikaisesti; heillä on sekä mielenterveyden häiriö että päihdehäiriö – kaksoisdiagnoosi. Sektoroitunut hoito- ja palvelujärjestelmä on päihdehäiriöisen mielenterveyspotilaan näkökulmasta varsin vaativa. Kaksoisdiagnoosiasiakas on saanut hoitoa ongelmiinsa sen mukaan, mihin hän on sattunut hakeutumaan, tai mihin hänet on ohjattu, eikä hänen "toista diagnoosiaan" ole välttämättä huomioitu ollenkaan. Monessa tapauksessa asiakas on myös hoidossa joko samanaikaisesti tai jaksottain sekä psykiatriassa että päihdehuollossa. Asiakkaan samanaikainen tai perättäinen hoito eri hoitopaikoissa ei kuitenkaan palvele häntä parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteisten toimintatapojen löytäminen ja yhteydenpito eri hoitotahojen kanssa voi olla hankalaa, eikä yhteistä näkemystä siitä, kumpaa häiriötä pitäisi hoitaa ensin, ehkä ole olemassa. Eri hoitotahot lähestyvät asiakkaan ongelmaa omasta perustehtävästään käsin, eikä asiakas välttämättä tule kohdatuksi kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan kannalta on parempi, että häntä hoidetaan kokonaisuutena eikä pilkota oireiden perusteella osiin, joita hoidetaan eri paikoissa. Myös tutkimukset puoltavat integroitua mallia (Aalto 2007). Kyseinen potilasryhmä putoaa kuitenkin helposti palveluiden väliin, eikä oikeaa hoitopaikkaa tahdo löytyä.

Hankkeen toiminta-alueella Itä-Helsingissä toteutettiin kysely, johon vastasi yhteensä 186 alueella työskentelevää sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää. Miltei kaikki vastaajat kertoivat kohtaavansa päihde- ja/tai mielenterveysongelmaisia asiakkaita työssään. Asiakkaita, joiden ongelmat liittyvät samanaikaiseen päihde- ja mielenterveysongelmaan, kohtasi päivittäin yli 70 prosenttia A-klinikoiden työntekijöistä, noin 30 prosenttia psykiatrian poliklinikan työntekijöistä ja noin 15 prosenttia terveysaseman työntekijöistä. Suurin osa työntekijöistä arveli kohtaavansa kaksoisdiagnoosiasiakkaita vähintään viikoittain. Työntekijät kohtaavat näitä asiakkaita siis jatkuvasti, ja myös heidän näkökulmastaan palvelujärjestelmän sektoroituminen koetaan ongelmalliseksi, kun mikään taho ei ota – tai kykene ottamaan – kokonaisvastuuta asiakkaan hoidosta.

Hankkeessa lähdettiin siitä, että eri hoitotahot kootaan "saman oven taakse", jolloin potilas saa hoitoa sekä päihde- että mielenterveysongelmiinsa yhdestä paikasta. Silloin välttyään myös asiakkaan pompottelulta. Avohoitomallin tavoitteena on ottaa huomioon potilaan eri häiriöt osana kokonaisuutta, sekä suunnitella molempien häiriöiden samanaikainen hoito integroidusti yhdessä ja samassa hoitopaikassa.

Hoitomallin edellyttämät toimijat

Kaksoisdiagnoosipotilaiden integroitu hoito edellyttää sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden yhteistyötä, joka ylittää organisaatioiden väliset "perinteiset" raja-aidat. Näitä ovat esimerkiksi erilliset asiakas- ja potilastietokannat ja potilaan ongelmien näkeminen toisistaan erillisinä. Toimijoina laajasti käsitettynä ovat siis eri hallintokunnat tai virastot, kuten sosiaali- ja terveysvirasto sekä lainsäädäntö, ja suppeasti käsitettynä moniammatillisen hoitotiimin työntekijät. Moniammatillisen työryhmän voivat muodostaa esimerkiksi päihdehuollon sosiaalityöntekijä-/terapeutti ja päihdesairaanhoidaja sekä psykiatri, jolla on päihdelääketieteen erityispätevyys. Oleellista on se, että työntekijöillä on osaamista sekä psykiatriasta että päihdehuollosta. Integroidussa hoitomallissa päihde- ja mielenterveyden häiriötä hoidetaan molempia ensisijaisina. Integroitumisessa on kysymys paitsi organisaatioiden, niin ennen kaikkea työntekijöiden integroitumisesta –

heidän tulee olla kiinnostuneita hoitamaan potilasta kokonaisuutena ja kyetä näkemään päihde- ja mielen-terveysongelmat toisiinsa liittyvinä ilmiöinä.

Hoitomalliin tarvittavat resurssit

Hoidossa käytetään motivoivan haastattelun lähestymistapaa, joka hyödyntää teoreettisena viitekehystä muutosvaihemallia. Muutosvaihemallin mukaan ihmisen käyttäytymisessä tapahtuva muutos on prosessi, joka etenee vaiheittain esiharkinnasta muutoksen käynnistymiseen ja sen ylläpitämiseen. Lähestymistavassa lähdetään siitä, että ihminen pystyy muuttamaan käyttäytymistään, mikäli hän on tarpeeksi motivoitunut – mikäli hän on valmis, halukas ja kykenevä muuttamaan. Muutoksen vastustus, jossa kysymys on myös pelosta, on sinänsä normaali ja yleinen ilmiö, joka liittyy miltei kaikkiin ihmiselämän alueisiin, mutta erityisesti se liittyy haitallisten elämäntapojen muuttamiseen. Hoitavan työntekijän tehtävänä on herätellä ja voimistaa potilaan motivaatiota ja uskoa tämän kykyyn muuttaa käyttäytymistään. Menetelmää on alun perin sovellettu riippuvuuksien hoitamisessa, mutta nykyään sitä käytetään laajasti, myös psykiatriassa. Malli sopii hyvin psykiatristen häiriöiden hoitoon, sillä esimerkiksi psykoosisairauksiin liittyy usein sairautunnettomuus, joka vastaa esiharkintavaihetta. Muutosvastaisuus on myös psykiatriassa yleinen ilmiö, ja tavoitteena onkin käsitellä muutoksen esteitä heti hoidon alusta lähtien. Potilaan tilannetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä tutkitaan arvottomasti ja moralisoimatta, jolloin tarvetta vastustukselle ei ole.

Hoitoprosessi

Hoitomallissa hoito järjestetään psykiatrisessa avohoidossa, jolloin potilaat tulevat hoitoon läheteellä esimerkiksi A-klinikalta tai terveysasemalta. Kriteerinä hoitoon otolle on erikoissairaanhoidon vaativa psykiatrinen häiriö tai epäily siitä, ja samanaikainen päihdeongelma. Ensikäynnillä työskennellään lääkärin ja hoitavan työntekijän muodostamana työparina ja sovitaan potilaan kanssa tutkimusjakson alkamisesta. Tutkimusjakson aikana selvitetään potilaan elämäntilanne ja -historia, ongelmien esiintyminen aiemmin, akuutit ongelmat sekä se, millaista hoitoa potilas toivoisi saavansa. Potilasta informoidaan siitä, minkälaista hoitoa poliklinikalla on mahdollista tarjota. Tarkoituksena on siis kartoittaa nykyinen elämäntilanne mahdollisimman laajasti sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden että sosiaalisen tilanteen (kuten verkostot, taloudellinen tilanne) näkökulmasta. Tavoitteena on, että sekä mielenterveyshäiriön että päihdehäiriön laatu ja vakavuuden aste saadaan selvitettyä. Tutkimusjaksolla myös motivoidaan potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa psykoedukaation ja motivoivan haastattelun hengessä. Tutkimusjakson jälkeen pidetään hoitosuunnitelmaneevottelu yhdessä lääkärin ja hoitavan työntekijän kanssa, jossa hoitoa joko jatketaan tai sovietaan hoito päättyneeksi potilaan voinnista ja tilanteesta riippuen. Tutkimusjaksolla ilmenneet jatkotutkimustarpeet huomioidaan; lisätietoa tilanteen selvittämiseksi saatetaan tarvita esimerkiksi neuropsykologin tai psykologin tutkimuksista tai päin magneettikuvasta.

Jos päihteen käyttö jatkuu eikä psykiatrinen tutkimus tästä johtuen etene, toteutetaan päihdetyön interventioita. Liikkeelle lähdetään motivoivista keskusteluista, ja tarvittaessa päihdeettömyyden turvaamiseksi voidaan käyttää laitostuntoutusjaksoa. Muutoksen vaihemallia käydään läpi kunkin potilaan kanssa, ja kartoitetaan missä muutoksen vaiheessa hän on. Apuna tässä käytetään SOCRATES-mittaria. Mikäli potilas on ongelmansa suhteen esiharkinta-, harkinta- tai valmisteluvaiheessa, jatketaan motivoivaa työskentelyä. Mikäli potilas on jo motivoitunut, häntä tuetaan muutoksen toteuttamisessa ja ylläpitämisessä. Kuva muutoksen vaihemallista on myös konkreettisesti esillä vastaanottotiloissa, ja siihen palataan eri käyntikerroilla.

Hoidossa hyödynnetään sekä päihde- että psykiatrista lääkehoitoa. Hoitokeskusteluissa hyödynnetään kognitiivis-behavioraalista näkökulmaa ja käydään läpi esimerkiksi retkahduksen ehkäisyä ja tapahtuneita retkahduksia tai paniikkikohtaukseen tai itsetuhoiseen käyttäytymiseen johtaneita tilanteita. Muutosta voidaan pohtia myös ryhmähoidossa. Hankkeen aikana kehitettiin muutosvaihemalliin perustuva, kuudesta käyntikerrosta koostuva ”Muutosryhmä”. Hoitosuhteen kesto on yksilöllinen ja vaihtelee yhdestä konsultaatiokäynnistä useiden kuukausien hoitosuhdetyöskentelyyn. Potilaan verkosto pyritään ottamaan hoitoon mukaan. Hoidon tavoitteena on oireiden lieventyminen ja potilaan mahdollisimman hyvä toipuminen, mut-

ta vähimmillään haittojen vähentäminen. Hoidon lopetus ja/tai siirto tapahtuu yhteistyössä potilaan ja jatkohoitopaikan kanssa.

Työryhmä työskentelee tiiviissä yhteistyössä keskenään. Parityötä tehdään melko paljon, sillä sen katsotaan hyödyttävän sekä potilasta että työntekijöitä. Moniammatillisuuden hyödyt tulevat pari- ja tiimityössä konkreettisimmin esiin, kun eri alojen osaaminen on yhtäaikaista. Tällöin osaaminen kumuloituu ja hyödyttää asiakasta ja myös työryhmää enemmän. Lisäksi se vähentää yksittäisen työntekijän kuormittamista.

Kokemukset hoitomallin toimivuudesta – mitä hankkeesta opittiin?

Hankkeen toimintamalli koettiin tärkeäksi sekä psykiatrian poliklinikalla että A-klinikalla, ja toiminnalle oli selkeä tarve. Työryhmällä oli hankkeen toiminta-aikana yhteensä 132 potilasta. Lähetteisistä 20 prosenttia tuli A-klinikalta tai psykiatrian poliklinikalta, 13 prosenttia Auroran sairaalasta, 27 prosenttia terveysasemilta, ja 20 prosenttia muualta, esimerkiksi työterveyshuollosta. Naisia oli yhteensä 51 ja miehiä 81. Suurin osa potilaista oli 40–59-vuotiaita. Tämän ikäryhmän suuruus kertonee osaltaan siitä, että kaksoisdiagnoosisairauksien kehittyminen on pitkän prosessin tulos. Monet potilaista eivät olleet ensimmäistä kertaa hoidossa, vaan suurella osalla potilaista oli ollut hoitojaksoja jo aiemmin joko päihdehuollossa, psykiatriassa tai molemmissa. Sellaisia potilaita, joilla ei ollut taustalla kumpaakaan hoitoa, oli vain kuusi (5 %). Potilaita, joilla oli taustalla molempia hoitoja, oli 54 (41 %). Tämä tieto vahvistaa kuvaa siitä, että kysymys on usein pitkäaikaisesta ja monimuotoisesta oireilusta jossa hoitoa on haettu monista eri paikoista. Toisaalta se kuvaa myös hyvin ongelmien syklistä luonnetta.

Monet potilaat kertoivat tutkimus- ja hoitojakson olleen ensimmäinen kerta, kun heidän ongelmiinsa oli perehdytty perusteellisesti. Tämä osaltaan kertoo siitä, että integroitua hoitoa ei juuri ole ollut tarjolla. Koska suurimmalla osalla potilaista pääongelmat kiertyivät alkoholinkäytön ja mielialaoireiden ympärille, lääkärin näkökulmasta tärkeintä intensiivisellä tutkimusjaksolla oli selvittää, oliko kyseessä bipolaarispektriin kuuluva häiriö. Usein tämä kysymys oli jo läheteessä. Joskus nähtiin tilanne, että monihäiriöisellä potilaalla jopa tuore kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi saattoi olla vain yksi yksityiskohta hänen moninaisissa ongelmissaan. Somatopsykiatriin erikoistilanteisiin törmättiin jatkuvasti. Lääkäri teki Scid-II -haastattelua hyödyntäen lähes kaikille potilaille persoonallisuusarvion ja usein lopputuloksena oli sekamuotoinen persoonallisuushäiriö. Potilaiden epävakaut, antisosiaaliset ja vaativat persoonallisuuspiirteet korostuivat, mikä on yhteneväistä kansainvälisen kokemuksen kanssa. Sekä päihde- että psykiatrista lääkkeitä toteutettiin tarpeen mukaan. Bentsodiatsepiineja ei aloitettu eikä käytetty juuri ollenkaan.

Loppujen lopuksi arvioitiin, että ainakin puolet intensiivisen tutkimus- ja hoitojakson läpikäyneistä potilaista hyötyi työryhmän interventiosta. Ongelmaksi jäi tutkimusjakson keskeyttäneiden suhteellisen suuri osuus, kuten aina monihäiriöisyyden ollessa kyseessä.

Toiminnan juurruttaminen osaksi pysyvää toimintaa

Hankkeen tavoitteena oli uudistaa pysyvästi toiminnan sisältöä ja rakennetta ja parantaa potilaiden saaman hoidon ja palvelun laatua. Hankkeen aikana tavoitteisiin päästiinkin, mutta niiden juurruttaminen erityisesti toiminnan sisällön ja rakenteen suhteen jäi toteutumatta. Toiminnan oli hankesuunnitelman mukaan tarkoitus sekä jatkaa pilottipoliklinikalla että laajentua koko kaupunkiin, mutta näistä kumpikaan ei toteutunut, vaan hankerahoituksen loputtua myös toiminta supistui – kolmesta työntekijästä yksi jäi jatkamaan toimintaa, eikä kaksoisdiagnoosityöryhmää enää siten ollut.

Hankkeille käy usein juuri näin: hankkeen aikana kehitetään uutta toimintamallia, ja asiakkaat saavat sellaista hoitoa tai palvelua, jota tarvitsevat – hankerahoituksen avulla. Mutta kun rahasta on pulaa kaikilla sektoreilla, niin ylimääräisen rahan poistuessa ei toimintaa pystytäkään jatkamaan, vaikka tahtoa molemmilla osapuolilla – virastoilla – olisikin. Jotain konkreettista hankkeesta kuitenkin on jäänyt elämään. Muutosryhmiä ohjataan A-klinikoilla ja psykiatrian poliklinikoilla edelleen, ja toimintaa on laajennettu myös terveysasemille peruspalveluihin. Peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdeosaamisen parantaminen onkin yksi keskeisistä Mieli 2009 -ryhmän suosituksista. Erityispalveluiden, kuten A-klinikoiden ja psykiatrian

poliklinikoiden, yhteistä toimintaa ja osaamista taas pyritään Helsingissä tulevaisuudessa vahvistamaan työkierrolla. Työkierrosta tehdään pysyvä osa rakenteita, jolla halutaan varmistaa se, että mielenterveys- ja päihdeosaaminen siirtyy työntekijöiden mukana sektorilta toiselle, ja hyödyttää näin asiakkaita pidempiaikaisesti kuin vain yksittäisen hankkeen ajan.

Kirjallisuus:

- Aalto, M: Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123 (2007): 1293–8. URL: <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>>. Viitattu 13.3.2011.
- Bellack, A & DiClemente, C (1999): Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric services* 50 (1999): 1, 75–80.
- Drake, E et al.: Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services* 52 (2001): 4, 469–476.
- Finnell, D: Use of the transtheoretical model for individuals with co-occurring disorders. *Community mental health journal* 39 (2003): 1, 3–15.
- Miller, W R. & Rollnick, S: *Motivational interviewing: Preparing people to change*. Guilford Press, 2002.
- Prochaska, J & DiClemente, C: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology* 51 (1983): 3, 390–395.
- Prochaska, J & DiClemente, C: In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American psychologist* 47 (1992): 9, 1102–1114.

5.6 Perhelinkki – yhteistyötä yli hallintorajojen

Marika Vilén

Moniammatillinen yhteistyö yli hallintorajojen säästää sekä työntekijöiden että asiakkaiden aikaa, vaivaa ja usein myös rahaa. Samalla se on kuitenkin niin haastavaa, että laajemmat yhteistyöyritykset saattavat kaataa jo alkumetreillä. Erilaiset lakipykälät tietosuoja- ja vaitiolovelvollisuusohjeineen eivät aina ole yksiselitteisiä. Työntekijät noudattavat ammattinsa perusteella jonkin verran eri lakeja, ja samojakin lakeja saataan tulkita eri tavoin. Myös lakimiehillä ja tietoturvasta vastaavilla henkilöillä voi olla omat käsityksensä siitä, miten eri tilanteissa tulisi toimia.

Yli hallintorajojen tehtävässä yhteistyössä laki ei kuitenkaan ole este, sillä asiakaskeskeinen yhteistyö on sallittua asiakkaan suostumuksella. Tietosuoja-asiat ovat aina ratkaistavissa. Haastavampaa poikkisektorisessa työskentelyssä on työntekijöiden ja esimiestason eturistiriidat sekä kieli- ja kommunikaatiovaikeudet, jotka johtuvat useimmiten siitä, että jokainen määrittelee käsitteitä oman koulutustaustansa kautta. Ammatillisesti epävarma työntekijä voi myös pelätä, miten muut ammatillaiset häneen suhtautuvat. Ennakoluuloja voi olla myös asiakkailla, jotka pelkäävät, että heidän tietonsa leviävät usealle eri taholle tai niitä käytetään väärin.

Mikä on Perhelinkki?

Perhelinkki on moniammatillinen perhetyön alueellinen verkosto ja poikkisektorinen toimintamalli, jota voi soveltaa muihinkin yli hallintorajojen toimiviin verkostoihin. Perhelinkissä työntekijät voivat konsultoida toisiaan ja saada tukea asiakastyöhön. Perhelinkki on sekä työntekijöiden että asiakkaiden yhteinen koontumispaikka. Se on perhetyön menetelmä, mutta yhtä lailla mielenterveys- ja päihdetyön menetelmä.

"Depressiohoitajana työskentelen usein vanhemman kanssa, joka tarvitsee oman hoidon lisäksi muutakin tukea jaksakseen arjessa. Perhelinkissä on koolla eri alojen asiantuntijoita, ja perhe saa samalla kertaa tietoa monista eri vaihtoehdoista avunsaamiseksi. Potilaani ovat kokeneet helpottavana sen, että monta asiaa selviää yhdellä kertaa. Voin tarvittaessa antaa Perhelinkin muille asiakkaille tietoa alueen psykiatrisista palveluista ja kertoa mahdollisuudesta hakeutua vastaanotolleni. Olen kokenut tärkeäksi sen, että Perhelinkin kautta on mahdollista

jakaa huolta perheestä ja tehdä konkreettista työnjakoa asioiden etenemiseksi. Perhelinkki on myös tärkeä kanava päivittää tietoa alueen palveluista, ryhmistä, uusista työmuodoista, koulutustarjonnasta." (Depressiohoitaja Nina Kilpinen, Korson terveysasema, Vantaan kaupunki)

Perhelinkin henkilöstöresurssi koostuu jo olevassa olevista toimijoista, jotka istuvat säännöllisesti saman pöydän ääreen. Kokousajat sovitaan etukäteen puolivuositain ja vakiojäsenet ovat aina paikalla. Vakiojäsenissä voi olla edustajia muun muassa sosiaalitoimesta, kotipalvelusta, psykologipalveluista, terveysasemalta, varhaiskasvatuksesta, kasvatus- ja perheneuvolasta, äitiys- ja lastenneuvolasta, A-klinikalta tai sivistystoimesta. Jokainen yksikkö valitsee itse omat vakioedustajansa. Vakiojäsenten lisäksi paikalle kutsutaan säännöllisin väliajoin vakiovierailijoita, esimerkiksi maahanmuuttoasioista vastaava. Kaikki alueen perheiden kanssa työskentelevät voivat varata kokousaikaa ja tulla mukaan Perhelinkin kokouksiin esittämään kehittämissideoita tai asiakastapauksia, mutta vain vakiojäsenillä on lupa olla paikalla jokaisen asiakaskäsitteilyn ajan.

Perhelinkin työmuotoja ovat:

- Asiakasvastaanotto (asiakas paikalla, tarvitaan kirjallinen suostumus)
- Yhteistyökonsultaatio (asiakas ei paikalla, tarvitaan kirjallinen suostumus)
- Nimetön konsultaatio
- Kehittämis- ja tiedottamisasiat (kuten vertaisryhmien kehittäminen poikkisektorisesti ja alueen/kunnan/valtakunnallisista/muuttuvista palveluista tiedottaminen)

Perhelinkin asiakkaana on aikuinen, jolla on (alaikäisiä) lapsia ja jolla on mielenterveys- ja päihdeongelmia tai muutoin haasteita jaksamisessa, vanhemmuudessa tai parisuhteessa. Asiakkaana voi samalla kertaa olla myös kaksi aikuista. Heillä ei tarvitse olla yhteistä huoltajuutta keneenkään lapseen, eikä heidän tarvitse asua yhdessä. Olennaista on, että he vastaavat tavalla tai toisella määrittelemänsä perheen arjesta. Asiakkaat voivat tavata useita ammattilaisia samaan aikaan ja saada tietoa perheille suunnatuista palveluista. Asiakkuus Perhelinkissä lähtee siitä, että työntekijällä tai jollakin perheenjäsenellä on huoli perheen hyvinvoinnista tai perheen vanhempien jaksamisesta. Asiakkuus perustuu aina vapaaehtoisuuteen ja kirjalliseen suostumukseen. Lastensuojelun tai erikoissairaanhoidon asiakkuus ei ole este tai ehto Perhelinkin asiakkuudelle.

Perhelinkki tai vastaava poikkisektorisesti toimiva verkostomalli sopii hyvin erilaisille asiakkaille, mutta erityisesti sellaisille, joiden hoito- ja tukiverkostot eivät toimi riittävällä tavalla joko asiakkaan itsensä tai jonkun työntekijän mielestä. Hyvin usein Perhelinkissä käsitellään asiakkaita, joiden osalta jokainen työntekijä on ensin ollut sitä mieltä, että "jonkun toisen" pitäisi ottaa vastuu. Yhteistyössä asiakkaan kanssa pohditaan, miten olisi järkevintä edetä ja miten vastuuta voisi jakaa. Perhelinkissä perehdytään myös maahanmuuttajaperheiden haasteisiin.

"Olen kokenut Perhelinkin tärkeäksi maahanmuuttajien kohdalla. Koska Perhelinkin tapaamisessa pyritään siihen, että paikalla on mahdollisimman moni perheen kanssa työskentelevä tahon – työntekijät, jotka jo työskentelevät tai tulevat työskentelemään –, on yhteydenotto ja yhteistyö perheen kanssa jatkossa helpompaa, koska tuleva työntekijä on saanut "kasvot". Myös maahanmuuttajat itse ovat tuoneet esille, että kun paikalla on monta työntekijää, heille tulee tunne että heitä todella kuunnellaan ja halutaan auttaa. Minä toimin maahanmuuttajakoordinaattorina Korso-Koivukylän alueella ja olen mukana tapaamisissa aina kun asiakkaana on maahanmuuttajataustainen asiakas." (Tiina Kenttä, maahanmuuttajakoordinaattori, Vantaan kaupunki)

Perhelinkki ei kokonaan korvaa perinteisiä verkostotapaamisia, jotka rakennetaan asiakkaan tai perheen ympärille. Perhelinkin kokouksissa sovitaan, mitkä tahot antavat jatkossa tukea perheelle. Kokouksissa ei ratkaista saman tien perheen joskus mutkikkaitakin ongelmia. Niissä perehdytään tilanteeseen vain sen

verran, että työntekijät pystyvät hahmottamaan, tulisiko heidän jakaa työtään uudella tavalla tai mitä uusia palvelumalleja perheelle voisi tarjota. Tavoitteena on helpottaa yhteistyön syntymistä ja lisätä asiakkaan tietoa alueen erilaisista tukipalveluista. Työntekijät pohtivat omia toimintamahdollisuuksiaan avoimesti asiakkaan kanssa ja tarvittaessa miettivät, minkä Perhelinkin ulkopuolella olevan tahon puoleen voisi myös jatkossa kääntyä. Kaikki pohdinta tapahtuu avoimesti asiakkaan läsnä ollessa, jos hän haluaa olla paikalla.

"Vaikeassa elämäntilanteessa olevan asiakkaan on helpompi ottaa apua kotiin, kun hän on ensin Perhelinkissä tavannut minut kasvotusten. Perheen auttaminen on helpompaa, kun voimme yhdessä Perhelinkissä miettiä miten voisimme auttaa/tukea perhettä eteenpäin." (Lähihoitaja Minna Koho, Lapsiperheiden kotipalvelu, Vantaan kaupunki)

Uudet työntekijät saattavat aluksi hämmästellä seurakunnan vakiojäsenyyttä Perhelinkissä. Koska seurakunnissa työskentelevät sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset noudattavat myös lainmukaista vaitiolovelvollisuutta, Perhelinkin jäsenyys ja sääntöihin sitoutuminen on mahdollista. Seurakunnassa on paljon osaamista ja palveluita, joita kunnista puuttuu, tai joita ei ole mahdollista toteuttaa resurssisyistä – kuten sururyhmät, parisuhdetyö, perheleiritoiminta ja perhekerhot. Asiakkailta on mahdollista saada myös taloudellista tukea seurakuntien kautta.

"Seurakunnan Perhetyön diakonina minulla on Perhelinkistä pelkästään hyvää sanottavaa. Perhelinkki on laaja yhteistyöverkosto, jossa ollaan todella kiinnostuneita Perhelinkkiin tulleista perheistä ja ollaan valmiita auttamaan heitä. Itselleni on ollut helpottavaa, ettei ole tarvinnut toimia yksin perheiden kanssa. Mikä parasta, on saanut tutustua alueella oleviin toimiin, näin on ollut helpompaa olla heihin yhteydessä perheiden asioissa. Koen, että Perhelinkissä seurakuntaa arvostetaan tasavertaisena perhetyötä tekevänä tahona." (Perhetyön diakoni Siru Sirkka Rantanen, Rekolan seurakunta, Vantaa)

Miten Perhelinkki-toimintamalli syntyi?

Idea moniammatillisesta perhetyön verkostosta syntyi Vantaalla Korso-Koivukylän alueella työntekijöiden aloitteesta. Alueella työskentelevien yhteisillä koulutus- ja seminaaripäivillä jaettiin huolta alueen asiakasperheistä ja pohdittiin verkostojen toimivuutta. Työntekijät kokivat, että työtahti oli tiivistynyt, mutta yhteistyö ei toiminut. Jokainen yksikkö koki työskentelevänsä liian yksin ja liian pienin resurssein, mikä osaltaan johti siihen, että asiakasvanhempia pompoteltiin paikasta toiseen.

Psykologipalvelut järjestivät marraskuussa 2002 yhteistyössä Äidit irti masennuksesta ry:n kanssa koulutus- ja seminaaripäivän Masentunut äiti – mistä apua, johon osallistui suuri joukko alueen kunnallisia työntekijöitä. Seurakunta tarjosi koulutusta varten tilat, ja seurakunnan työntekijöitä osallistui koulutukseen. Koulutuspäivän aikana todettiin, että masentuneiden äitien kanssa työskentelevä verkosto ei toimi tarpeeksi joustavasti muuttuvissa työtilanteissa. Jokaisessa yksikössä oli jonoja ja toisaalta asiakkaita, jotka tuntuivat olevan kaikkien asiakkaita samaan aikaan ilman että kenelläkään oli riittävää näkemystä asiakkaan todellisesta tilanteesta. Koulutuspäivän aikana todettiin, että yhteistyötä olisi hyvä tiivistää.

Uuden verkostomallin perustamispalaverissa 16.5.2003 oli paikalla edustajia sosiaalitoimesta, perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, seurakunnasta ja MLL:n Perhelinkki-projektista. Perustamiskokouksessa päätettiin lähteä kokeilemaan verkostoa, joka vastaisi paremmin niiden asiakasvanhempien tarpeisiin, joilla on keskivertoa enemmän huolia oman jaksamisensa ja vanhemmuuteensa kanssa. Lupaa kokeilulle haettiin kunkin työntekijän omalta johdolta ja silloiselta aluehallinnolta. MLL:n Perhelinkki-projektin työntekijä Paula Seppänen auttoi käytännön järjestelyissä ja esitteiden tekemisessä. Verkoston ja toimintamallin nimeksi annettiin myös yhteisen pohdinnan jälkeen "Perhelinkki".

Kokeiluvuosi oli virheistä oppimista ja väärinkäsitysten korjaamista. Nimettömissä palautteissa työntekijät kuvasivat, että yhteistyö tuntuu vaikealta, mutta yhteistyö antaa silti paljon. Jatkolopua Perhelinkille haettiin, ja lupa myönnettiin "toistaiseksi". Yhteistyön kehittäminen ei ollut jatkossakaan mutkatonta. Vää-

rinkäsityksiä ratkottiin pala palalta, välillä lakimiehiin turvautuen. Perhelinkki voimistui ja vahvistui yhteisillä kehittämispäivillä. Kehittämispäivien aikana kaikista vaikeuksista keskusteltiin avoimesti ja ratkaisuja etsittiin yhdessä. Vuoden 2007 aikana oli mahdollista kirjoittaa Perhelinkin ensimmäinen käsikirja (Vilén & Perhelinkin vakiojäsened, 2008), joka sisälsi toimintamallin ohjeet ja yhdessä sovitut säännöt.

Perhelinkki osaksi perhekeskustoimintaa Tuusulassa

Perhelinkin ensimmäisen käsikirjan julkaisemisen aikoihin Tuusulan kunnan Tuulas-hankkeessa kehiteltiin projektikoordinaattori Iris Heikkilän johdolla perhekeskumallia osana Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallista PERHE-hanketta. Tuulas-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa 2005–2007 oli jo luotu yhteistyöverkostoja. Tämä mahdollisti uusien toimintamallien varsin nopean omaksumisen hankkeen kakkosvaiheessa 2008–2009. Tuusulassa päätettiin lähteä kokeilemaan Perhelinkkiä osana perhekeskustoimintaa. Tuulas-hankkeen tietoturvaryhmässä kehitettiin eteenpäin Perhelinkin suostumuslomaketta ja arkistonmuodostussuunnitelmaa, ja samalla tehtiin ensimmäinen tietosuojaseloste.

"Perhelinkki-toimintamallin myötä vuonna 2008 lapsiperheissä tehtävää ennaltaehkäisevää työtä päästiin kohdentamaan juuri niille asiakasryhmille, joilla siihen eniten tarvetta olisi ja joiden asioiden parissa työskenteleminen saattaisi pitkällä aikavälillä olla vaikuttavaa ja tuoda merkittäviä resurssisäästöjä. Perhelinkki-toiminta nivoutui luontevasti osaksi perhekeskustoimintaa ja toi moniammatilliseen yhteistyöhön kaivattua ryhtiä, yhteistä visiota ja välineitä. Perhelinkki-toimintamalliin perustuen kuntaamme saatiin luotua kolme alueellista, säännöllisesti kokoontuvaa moniammatillista yhteistyöverkosta. Ennaltaehkäisevän lastensuojelun hankkeen päättyessä Tuusulassa vuonna 2009 lopussa alueelliset Perhelinkki-ryhmät toimivat kukin varsin itseohjautuvasti eikä hanketyöntekijöiden lähdettyä kenelläkään ollut selkeää näkemystä siitä, miten luotua Perhelinkki-toimintamallia tulisi kunnassa ylläpitää ja kehittää." (Psykologi Anna-Mari Laitinen, Perhelinkin kehittämistä vastaava ja Kellokosken Perhelinkin puheenjohtaja, Tuusulan kunta)

Tuusulassa Perhelinkin ja muun perhetyötä koskevan yli hallintorajojen tehtävän yhteistyön tueksi suunniteltiin esimiestason moniammatillinen lapsiperhetyön ryhmä eli niin sanottu esimieslinkki, johon kuuluvat myös Perhelinkkien ryhmien puheenjohtajat. Esimiesten välistä yhteistyötä rakennettiin kehittämispäivillä. Osa esimiehistä ilmoitti selkeästi, että vihdoinkin jotain todellista yhteistyötä alkaa tapahtua. Osa taas myönsi, että eivät oikein aluksi ymmärtäneet, mitä heiltä odotetaan. Yhteistyötä ja sen mahdollisuuksien kartoittamista on jatkettu Tuusulassa hankkeen jälkeenkin.

"Esimieslinkistä tuli ehkäisevän lastensuojeluhankkeen loputtua Tuusulan Perhelinkki-toiminnan kannalta aivan olennainen tekijä. Esimieslinkin yhdeksi tehtäväksi oli määritelty Perhelinkki-toiminnan koordinoiminen ja sen edellytysten turvaaminen. Alueellisten Perhelinkki-ryhmien puheenjohtajat osallistuvat esimieslinkin kokouksiin ja välittävät esimiehille toisaalta tietoa alueiden erityistarpeista ja toisaalta Perhelinkki-toiminnan yleisistä ja yhteisistä asioista sekä toiminnan haasteista. Esimieslinkin kautta hoituu muun muassa vakiojäsenistön sitouttaminen, toimintaan tarvittava pienimuotoinen rahoitus, Perhelinkin yleisistä linjauksista päättäminen yhdessä Perhelinkki-ryhmien puheenjohtajien kanssa (toimintasuunnitelma), toiminnan seuranta, tiedottaminen ja kehittäminen.

Tuusulan Perhelinkki-toiminta näyttäytyy tällä hetkellä ilmeisen hallittuna kokonaisuutena ja muodostuneet ylihallinnolliset rakenteet mahdollistavat varsin hyvin toiminnan ylläpitämisen ja kehittämisen. Mutta, vaikka meillä on virtaviivainen "koneisto" se ei vielä riitä, vaan joudumme Perhelinkki-ryhmissä tekemään työtä sen eteen, että kaikki jakaisimme yhteisen tunteen siitä, että tällä tavalla toimimalla on mahdollista saavuttaa tuloksia ja, että Perhelinkin jäsenenä haluamme/jaksamme lähteä oman kasvun ja toimintatapojenkin muuttamisen tielle

esimerkiksi juuri dialogisuuteen liittyen. Perhelinkki istutettiin kuntaan hankkeen kautta ja ymmärrys sen merkityksestä ja hyödyntämisestä kunkin omassa työssä on täytynyt rakentaa vasta jälkikäteen. Perhelinkissä olemme asiakastamme varten tasaveroisina toimijoina ja kanssaihmisinä, luomassa uskoa ja toivoa siitä, että yhdessä voimme enemmän kuin kukaan meistä yksin. Meidän välittämistemme ja huolenpitomme saattaa olla se liikkeellepaneva voima, joka auttaa asiakastamme jaksamaan eteenpäin, uskomaan hyvään itsessään ja toisissa ihmisissä – ja pyrkimään muutokseen." (Psykologi Anna-Mari Laitinen, katso edellä)

Etiikka ja säännöt Perhelinkissä

Perhelinkki on dialoginen ryhmä, ei hallinnollinen ryhmä. Puheenjohtaja ja sihteeri valitaan puolivuositain dialogisesti tai äänestämällä vakiojäsenistä muodostuvassa ryhmässä. Puheenjohtajalla ei ole ryhmässä hallinnollista valtaa. Perhelinkki on voimakas menetelmä, minkä takia on erityisen olennaista, että jokainen vakiojäsen sitoutuu sääntöjen lisäksi avoimeen dialogiin ja asiakasta välittävään toimintakulttuuriin.

Perhelinkissä asiakas halutaan nähdä inhimillisenä, niin voimavaroja kuin tuen tarpeita omaavana. Myös työntekijöillä on lupa olla inhimillisiä, tukea ja tietoa tarvitsevia. Perhelinkissä saa kysyä, ehdottaa ja haastaa toisia uuteen ajatteluun tai toimintaan, mutta kenenkään osapuolen syytelyä ei voi sallia. Puheenjohtajan tehtävänä on edistää yhteisten kokousten dialogista keskustelukulttuuria, ja huomioida kaikkien osapuolten näkemykset.

Perhelinkissä kiinnitetty erityistä huomioita sääntöihin yli hallintorajojen toteutuvassa asiakastyössä ja luotu strukturoitu ja lainmukainen toimintamalli, joka on kuvattu tarkemmin Perhelinkin käsikirjoissa. Asiakasvastaanottoihin ja yhteistyökonsultaatioihin liittyvät tiedot kirjataan Perhelinkin asiakastietolomakkeeseen ja arkistoidaan Perhelinkin asiakastietokansioon suostumuslomakkeineen. Jokainen vakiojäsen kirjoittaa nimensä niin sanottuun lokitietolomakkeeseen, jos hän tarvitsee tietoa Perhelinkin päätöksistä muutoin kuin Perhelinkin kokouksessa. Asiakkailta on oikeus nähdä itseä koskevat asiakastietonsa. Nimettömät konsultaatiot kirjaa tarpeen mukaan omiin tietoihinsa se työntekijä, joka on halunnut konsultaatio-apua. Kehittämisen- ja tiedottamisasiat kirjataan Perhelinkin kokouskansioon.

Perhelinkillä on oma asiakas- ja potilastietojärjestelmä, tietosuojaseloste ja arkistonmuodostussuunnitelma. Näiden kehittämisessä on ollut mukana lakimiehiä, tietoturvasta, tietojärjestelmistä ja arkistoisesta vastaavia sekä Vantaalla että Tuusulassa. Kehittämistyö jatkuu edelleen niin Tuusulassa kuin Vantaalla, ja uusia ideoita vaihdetaan nyt yli kuntarajojen. Vantaalla uusittu käsikirja, suostumuslomake ja tietosuojaseloste valmistuvat vuoden 2011 aikana.

Palaute ja arviointi

Vantaalla Perhelinkin asiakastyöstä on ehtinyt kertyä jo paljon kokemuksia. Palautetta kysytään jokaisessa kokouksessa asiakkailta suoraan. Asiakas saa sanoa, millaisia tuntemuksia hänellä lopuksi on ja kokeeko hän tulleen kuulluksi. Asiakaspalaute on lähes poikkeuksetta, että ensin jännittää tai pelottaa, mutta lopuksi tuntuu hyvältä. Asiakaspalautetta on kerätty myös nimettömänä, jolloin palaute on ollut hyvin samanlaista, välillä ylistävääkin.

Myös työntekijät arvioivat toimintaansa säännöllisesti. Työntekijöiden kokemuksia on kerätty vuosien varrella sekä nimettöminä että nimellisinä. Tulokset osoittavat, että aluksi hallinnollisten rajojen rikkominen saattaa hämmentää, mutta vähentää dialogin kehittymisen myötä vääristyneitä rajapyykkejä. Perhelinkki vähentää pitkällä tähtäimellä myös työntekijöiden tunnetta siitä, että töitä pitää tehdä yksin ja yksipuolisesti. Moniammatillisuus ja työn jakaminen on koettu tärkeinä työhyvinvointia lisäävinä tekijöinä.

"Perhelinkki on merkinnyt ainutlaatuista näköalapaikkaa kunnan perheelle tarjoamiin palveluihin. Perhelinkissä saan ajankohtaista tietoa tarjottavista palveluista ja pystyn omassa työssäni niitä myös tarvittaessa tarjoamaan vaihtoehtoina asiakkaille. Perhelinkin verkoston kautta saan myös ideoita ja suunnitteluapua oman alueeni perhekeskuksen toimintaan ja parhaimmil-

laan jopa jonkun työkaveriksi ryhmää ohjaamaan." (Perhekeskusohjaaja Jaana "Siru" Tarula, Varhaiskasvatuspalvelut, Tuusulan kunta)

"Perhelinkki on lisännyt tietoutta ja yhteistyötä muiden tahojen kanssa, ja antanut asiakkaille lisää eväitä muuttovoittoisella alueella verkostojen luomiseen. Eri ryhmiä on voinut hyödyntää. Perhelinkin tapaamisissa on tuntunut hyvältä, että asioista voidaan keskustella reaaliajassa ja konkreettisia toimenpiteitä sopia melko nopeassa tahdissa ja kuulla vanhempien toiveet ja kokemukset. Nimettömät konsultaatiotkin auttavat." (Eija Kangas, Neuvolan terveydenhoitaja, Vantaan kaupunki)

"Olen kokenut Perhelinkin tarpeellisenä moniammatillisen yhteistyön muotona ja vastaavaa toimintaa tarvitaan koko Vantaalla mahdollistamaan perheiden tasapuolinen auttamismalli ja työntekijöiden yhdenmukainen toiminta perheiden hyväksi. Toiminta yhdistää ja tutustuttaa perheiden kanssa toimivat tahot keskenään ja auttaa säästämään aikaa ja resursseja perheiden asioissa. Perheet välttyvät turhalta pompottelulta ja heidän asioihinsa paneudutaan tehokkaasti." (Riitta Hiltunen, Lapsiperheiden kotipalvelun esimies, Vantaan kaupunki)

Perhelinkkiä on haluttu kehittää avoimesti ja kaikkien kiinnostuneiden palaute huomioiden. Vuonna 2006 Vantaan Perhelinkissä vieraili ulkopuolinen arvioitsija. Myös kehittämispäivillä sekä Vantaalla että Tuusulassa on ollut mukana erilaisia ulkopuolisia tahoja. Ajatuksena on, että kaikki kehittämistyö on avointa, ja ulkopuolinen palaute myös tervetullutta.

Kirjoittajan kokemuksia ja ajatuksia

Olen ollut perustamassa ja kehittelemässä sekä Vantaan että Tuusulan Perhelinkki-toimintaa ja toiminut puheenjohtajana kolmessa alueellisessa Perhelinkissä. Kehittämistyö on välillä tuntunut kohtuuttomankin haastavalta. Kyseenalaistajia on riittänyt, ja aina palaute ei ole ollut rakentavaa. Puheenjohtajana toimiminen ilman hallinnollista valtaa on myös oma haasteensa. Tämä korostuu tilanteissa, joissa työntekijöillä tai heidän esimiehillään on hyvin erilaisia toiveita yhteisistä pelisäännöistä tai siitä, mikä asiakkaalle olisi parasta.

Perhelinkki syntyi alun perin Vantaalla Korso-Koivukylän alueella työntekijöiden omasta aloitteesta. Se ei olisi syntynyt ilman rajoja rikkovaa, ennakkoluulotonta ja sinnikästä porukkaa, joka halusi oikeasti tehdä yhteistyötä ja kehittää toimintaansa. Jokelan traagisesta koulusurmasta oli kulunut alle vuosi, kun Perhelinkkiä alettiin muokata Tuusulan tarpeisiin. Ehkä myös sen takia yhteistyön tiivistämisen tarve näkyi alkusi voimakkaimmin Jokelassa. Vähitellen myös muilla Tuusulan alueilla alettiin kiinnostua uudesta toimintatavasta. Tuusulassa myös Tuulas-hankkeen tavoitteet ja perhekeskusideologia edistivät Perhelinkki-toiminnan viemistä käytäntöön.

Perhelinkin liittäminen osaksi alueellista perhekeskustoimintaa tuntuu monella tapaa järkevältä. Se mahdollistaa vertaistoiminnan alueellisen koordinoinnin ja tehokkaan käyttöasteen. Korso-Koivukylässä vastaavaa perhekeskustoimintaa on edustanut Korsotupa, jossa on järjestetty erilaisia vertaisryhmiä kulloisenkin Perhelinkissä esille nousseen tarpeen mukaan, kuten mamu-perheryhmiä tai Vertti-ryhmiä. Vertaistryhmätoiminnan liittäminen Perhelinkki-toimintaan onnistuu jouhevasti, jos työntekijöillä on olemassa myös kaikille yhteinen paikka.

Tuusulassa koetaan, että esimieslinkki helpottaa olennaisella tavalla yhteistyötä Perhelinkissä. Vantaalla vastaavan esimieslinkin ja Perhelinkin puheenjohtajien välisen vuoropuhelun puuttuminen vaikeuttaa Perhelinkin kehittämistyötä ja arkitoimintaa, vaikka työntekijöillä olisikin oman esimiehensä vahva tuki. Perhelinkki on dialoginen toimintamalli, ei hallinnollinen toimintamalli. Se tarvitsee kuitenkin poikkihallinnollisen tuen, jotta se voi toimia joustavasti ja itseään kehittävästi. Perhelinkki tai muu poikkisektoraalinen toimintamalli vaatii niin työntekijöiltä kuin esimiehiltä uskallusta heittäytyä osaamisen ja tietämisen sijaan yhdessä oppimisen maailmaan.

Suurin osa Perhelinkin kehittämistyöstä on tehty ilman kehittämisresursseja. Aina on kuitenkin löytynyt työntekijöitä, jotka ovat halunneet jakaa vastuuta ja ratkoa eteen tulleita ongelmia. On ollut äärimmäisen tärkeää, että Perhelinkki on löytynyt joukkoonsa myös lakimiehiä ja arkisto-, tietoturva- ja tietojärjestelmä-vastaavia, jotka ovat innostuneet Perhelinkin tuomista lisähaasteista työlleen ja antaneet oman panoksensa ja tukensa toiminnan kehittämiseksi. Vaikka kehittämistyö on ollut haastavaa, on yhteistyö erilaisten ammattilaisten kanssa ollut ammatillisuutta rikastuttavaa ja antoisaa. Yhdessä saavutetut tulokset ovat kasvattaneet uskoa siihen, että yhteistyö myös kannattaa.

Perhelinkki toimii keväällä 2011 Vantaalla Korson ja Koivukylän alueilla ja Tuusulassa kolmella alueella eli Jokelassa, Kellokoskella ja Hyrylässä. Toimintamalli on kiinnostanut myös muiden kuntien edustajia. Muun muassa nurmijärveläisiä on vierailut Korson Perhelinkki-ryhmässä. Erilaiset valtakunnalliset hankkeet ja seminaartilaisuudet, kuten Päihdepäivät ja Pohjoismainen perhekeskuskonferenssi toimivat myös tärkeinä peilauspintoina kehittämistyölle. Dialogi ja vertaistuki yli kuntarajojen kehittävät toimintamallia entisestään.

Kirjallisuus:

Heikkilä, Iris (toim.): TUULAS -perhekeskushanke. Loppuraportti 2009. Tuusula: Tuusulan kunta, 2009.

Heikkilä, Iris & Vilén, Marika: Tuusulan Perhelinkin käsikirja. Tuusula, Tuusulan kunta, 2009.

Vilén, Marika & Perhelinkin vakiojäsenet: Perhelinkin käsikirja vakiojäsenille (28.3.2009 – uudistetaan 2011). Korso-Koivukylä. Vantaa: Vantaan kaupunki, 2009.

Vilén, Marika & Seppänen, Paula & Tapio, Nina & Toivanen, Riikka: Kohtaamisia perhetyössä – Menetelmiä perhetyöhön. Helsinki: Kirjapaja, 2010.

Perhelinkki. Kuvaus THL:n hyvä käytäntö -tietokannassa, katso www.hyvakaytanto.fi. Viitattu 24.3.2011.

5.7 Liikaa pelissä? Haasteena rahapelihaittojen ehkäisy

Saini Mustalampi

Ongelmapelaaminen on rahan ja/tai ajankäytöltään liiallista pelaamista, joka vaikuttaa kielteisesti pelaajaan, hänen läheisiinsä tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön. Kielteiset vaikutukset liittyvät usein talouteen, suoriutumiseen opinnoissa tai työelämässä sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Suomessa vähintään 130 000 ihmistä, noin kolme prosenttia väestöstä³, kärsii rahapelaamisesta aiheutuneista kielteisistä seurauksista ja noin 40 000 henkilön (yksi prosenttia väestöstä) arvioidaan olevan todennäköisesti peliriippuvaisia. Monet tutkimukset osoittavat, että kaikkein ongelmallisimpaan rahapelaamiseen yhdistyy usein muita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä ja päihderiippuvuuksia, muuhun väestöön verrattuna runsaampaa tupakointia sekä alkoholin riskikulutusta (Halme ym. 2010). Pelihaittoista puhutaan aiempaa enemmän, mikä rohkaisee ongelmapelaajia ja heidän läheisiään hakemaan apua ja tukea, erityisesti päihde- ja mielenterveyspalveluista. Rahapelihaittojen laajamittainen ehkäisy ja hoito on kuitenkin vasta käynnistymässä.

Kolmannen sektorin toimijat ryhtyivät kehittämään tukea ongelmapelaajille jo 1990-luvulla, minkä seurauksena palveluita on ollut jonkin verran saatavissa. Julkinen järjestelmä havahtui EU:n monopolipaineiden myötä. Rahapelaaminen mainittiin ensimmäistä kertaa Matti Vanhasen II hallitusohjelmassa 2007–2011. Teema sisällytettiin myös sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiaan vuoteen 2015: "Vähennetään peliriippuvuutta, tunnistetaan uuden teknologian mukanaan tuomat uudenlaiset riippuvuudet ja parannetaan niiden hoitoa. Kohdennetaan ehkäiseviä toimia niin, että pelaamisen kasautuminen vähenee ja aloittamisikä myöhentyy" (STM 2006). Sittemmin THL sai sosiaali- ja terveysministeriöltä toimeksiannon tutkia ja seurata rahapelaamista ja kehittää rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoitojärjes-

³ Väestökyselyssä selvitettiin 15 vuotta täyttäneiden mannersuomalaisten rahapelaamista vuonna 2007 (STM 2007)

telmää. Tehtävään kuuluu myös kehittämistoiminnan koordinointi. Tässä artikkelissa pyritään kuvaamaan rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoidon viimeaikaista kehittämistä maassamme.

Pelihaittojen ehkäisy oikeuttaa rahapelijärjestelmän

Suomalaisen rahapelaamisen yksioikeusjärjestelmän oikeutus ja perusta on pelaamisesta aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisyssä. Ehkäisytyön kokonaisuus muodostuu toisiaan täydentävistä rahapelipolitiikasta (luvat, pelisäännöt, valvonta), pelaamiseen ja sosiaaliseen ympäristöön vaikuttamisesta (pelin tarjonta, sijoittelu, ikärajojen valvonta, peliasenteet), peliriippuvuuden syntyyn liittyviin yksilöllisiin riskitekijöihin vaikuttamisesta ja suojaavien tekijöiden vahvistamisesta.

Maassamme on käynnissä rahapelipolitiikan keskeisen työvälineen, arpajaislain, uudistus (www.arpajais-laki.fi). Haittanäkökulmaa korostava uudistus on kaksivaiheinen. Ensimmäisen vaiheen muutokset tulivat voimaan 1.10.2010 alkaen, jolloin haittojen ehkäisy kirjattiin lain tavoitepykälään, kaikkien rahapelien ikärajaksi tuli 18 vuotta⁴, rahapelien markkinointia rajoitettiin ja rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoidon kehittäminen lisättiin sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin. Arpajaislaki myös edellyttää niiden rahapelien määrittämistä, joihin liittyy erityinen pelihaittojen vaara. Sisäasiainministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat asettaneet vuodeksi 2011 työryhmän, jonka tehtävänä on määrittellä sellaisten pelituotteiden erityispiirteet, joihin erityinen pelihaittojen vaara liittyy ja valmistella viranomaiskäyttöön otettava rahapelien haitallisuuden arviointijärjestelmä.

Toistaiseksi vain yksi järjestö, Elämä on parasta huumetta ry, on saanut rahoitusta ehkäisevän työn kehittämiseen pelipuolella. Järjestö toteutti vuosina 2007–2009 projektin Ehkäisevät työkalut nuorten rahapelaamiseen, jonka keskeisenä tavoitteena oli tuottaa työkaluja ja apuvälineitä rahapelaamisen hallintaan, jakaa tietoa järkevästä rahapelaamisesta, vaikuttaa palvelujärjestelmän kykyyn tunnistaa rahapelaaminen ongelmana sekä käsitellä rahapelaamisen viihteellistä imagoa (THL 2010). Saman järjestön Pelitaito-projekti (2010–2014, katso tarkemmin www.pelitaito.fi) käsittelee lasten ja nuorten raha-, tietokone- ja konsolipelaamista ja pelihaittoja. Kohderyhmänä ovat lasten ja nuorten lisäksi vanhemmat, koulun henkilökunta sekä lasten ja nuorten kanssa työskentelevät muut ammattilaiset ja vapaaehtoistoimijat. Tavoitteena on ehkäistä lasten ja nuorten liikapelaamista ja pelaamisesta aiheutuvia haittoja. Projekti jakaa tietoa pelaamisesta ja tarjoaa apuvälineitä pelaamisen hallintaan. Toiminnalla edistetään pelien ymmärrystä ja pelilukutaitoa.

Tuki- ja hoitopalvelut ehkäisevät osaltaan pelihaittoja ja niiden pahenemista. Niitä käsitellään jäljempänä.

Tietoa ja taitoa pelihaittoja kohtaaville

Rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoidon kehittäminen on uusi toiminta-alue, joka vaatii tietopohjan ja osaamisen systemaattista vahvistamista. Kummallakin alueella on lähdetty rivakasti liikkeelle. THL julkaisee Pelihaitat -tunnuksella selvityksiä ja tutkimuksia aihepiiristä ja ylläpitää laaja www.thl.fi/pelihaitat - verkkosivustoa, johon on koottu perus- ja taustatietoa rahapelaamisesta, pelihaitoista sekä tuki- ja hoitopalveluista. Lisäksi on julkaistu pelaajille suunnattu tukiaineisto "Liikaa pelissä", läheisille tarkoitettu "Suhteet pelissä" sekä "Pelin merkit", työssään ongelmapelaajia kohtaaville. Keväällä 2011 sarjassa ilmestyi vanhemmille ja muille kasvattajille tarkoitettu "Nuoret pelissä", jossa käsitellään rahapelaamisen lisäksi muuta tietokone- ja konsolipelaamista. Kaikki aineisto on saatavissa Pelihaitat -sivuilta pdf-muodossa, tukiaineistot myös ruotsiksi.

⁴ Rahapelien yleinen 18 vuoden alaikäraja tulee raha-automaattien osalta kuitenkin voimaan vasta 1.7.2011, mutta käytännössä uuteen ikärajaan siirrytään tuohon aikarajaan mennessä sitä mukaa, kun pelikoneisiin tehdään uudet ikärajamerkinnät.

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta toteutetaan THL:n toimeksiannosta osaamisen kehittämisen toimintakokonaisuutta, jossa on monialaisessa yhteistyössä tuotettu Rahapeliongelmiin ehkäisy ja hoito -verkkokurssi (6op/9op). Täydennyskoulutus antaa monipuolisen perusvalmiudet asiakastyöhön, jossa kohdataan rahapeliongelmiä. Verkkokurssin järjestäjinä voivat toimia eri koulutusorganisaatiot THL:n koordinoitussa järjestämisessä valtakunnallisesti. THL subventoi kurssimaksuja toistaiseksi.⁵ Verkkokurssin lisäksi järjestetään alan kouluttajakoulutusta ja ylläpidetään kouluttajaverkostoa. Myös Pelissä -hankkeessa (www.pelissa.fi) on kehitetty alan koulutusta, sekä lyhyitä 1–4 tunnin mittaisia perustietopaketteja että 10 op:n Pelistä pois – työvälineitä ongelmapelaamisen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen - prosessikoulutusta. Joulukuussa 2010 käynnistyi korkeakoulujen oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus Ongelmapelaajien erityisohjaaja (Gambling Councillor, 30 op) Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian yhteistyönä.

Ongelmapelaajien ja heidän läheistensä neuvonta-, ohjaus- ja tukipalvelut

Ongelmapelaamiseen liittyvät tuki- ja hoitopalvelut on toistaiseksi toteutettu valtaosin pelihaittoihin keskittyneinä erityispalveluina ja jonkin verran osana päihdepalveluita. Peruspalveluilla on kasvava rooli pelihaittoja tunnistettaessa ja otettaessa puheeksi pelaamiseen liittyviä ongelmia. Ongelmapelaamiseen liittyvät talousvaikeudet on huomioitava tukea ja hoitoa suunniteltaessa, samoin pelaamiseen mahdollisesti liittyvät muut liitännäisongelmat. Sivustolle www.thl.fi/pelihaitat kohtaan Hoito on koottu ajantasainen katsaus tarjolla oleviin palveluihin, myös kuntakohtaisesti. Alla on joitakin esimerkkejä uusista toimintamuodoista, ja artikkelin lopun lukuvinkeissä on myös viitteet ongelmapelaajien hoidon hyvän käytännön kuvauksiin.

Peliklinikka käynnistyi valtion, kuntien ja järjestöjen kumppanuussopimuksella kesällä 2010 Helsingissä nelivuotisena kokeiluna. Alueellisia ja valtakunnallisia palveluja tarjoava Peliklinikka (www.peliklinikka.fi) palvelee ongelmapelaajia, heidän läheisiään sekä näitä työssään kohtaavia ammattilaisia. Peliklinikan palvelut ovat maksuttomia eivätkä edellytä lähetettä. Peliklinikalla on tarjolla monipuolista ja kokonaisvaltaista avohoitoa peliongelmiin (arviointijakso + yksilö-, pari-, perhe- tai ryhmähoito) kumppanikuntien Helsingin, Vantaan ja Kauniaisten yli 18-vuotiaille asukkaille. Vuoden 2011 alusta Peliklinikalla käynnistyi myös ongelmapelaajien lääkehoito THL:n tutkimushankkeena. Klinikalle on koottu keskeiset toimijat. Valtakunnallisia palveluja Peliklinikalla tarjoaa Peluuri (katso eri palvelumuodot www.peluuri.fi) ja kaikille avoin info- ja tukipiste Tiltti (www.tiltti.fi), jossa kokoontuu myös vertaisryhmiä.

Peli poikki (www.pelipoikki.fi) on Internetissä käytettävä oma-apu- ja hoito-ohjelma ongelmapelaajille. Ohjelma koostuu kahdeksasta viikon mittaisesta osiosta. Ohjelman aikana terapeutti tukee asiakasta säännöllisesti puhelimitse. Peli poikki -ohjelma perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun ja se on tieteellisesti arvioitu toimivaksi. Ohjelman on Suomessa läpikäynyt yli 250 pelaajaa. Peli poikki -ohjelma kuuluu Peluurin palveluihin ja se on asiakkaalle maksuton. Kustannuksista vastaa THL. Ohjelmaa kehitetään 2010–2011 sisällöllisesti ja teknisesti entisestään ja uusi versio otetaan käyttöön 2011.

Pelivoimapiiri (www.pelivoimapiiri.fi) on A-klinikkasäätiön ja Peluurin valtakunnallinen, kännykällä ja Internetissä toimiva tekstiviestipalvelu liikaa pelaaville, heidän läheisilleen ja näitä auttaville ammattilaisille. Maksuton ja anonyymi palvelu tarjoaa vertaistukea, oma-apua ja ammattilaisitukea. Palvelua voi käyttää kännykän tai tietokoneen avulla ja sitä voi hyödyntää asiakastyön tukena. Vuoden 2011 aikana keskitytään palvelun valtakunnallistamiseen ja siitä tiedotukseen.

⁵ Lisätietoja www.thl.fi/pelihaitat>Koulutus

Kenen kontolle peliasiakas kuuluu?

Vastuu riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä on kunnilla. Ongelmapelaajien ja heidän läheistensä palveluiden osalta on viitattu (STM 2007) siihen ettei hoitoa ole kirjattu lakiin, ja siksi tämän asiakasryhmän palvelut eivät ikään kuin kuulu kenenkään vastuualueelle ja ovat jääneet järjestämättä. Tulkinta on kahtalainen riippuen siitä, pidetäänkö ongelmapelaamista ensisijaisesti riippuvuusongelmana, jonka palveluita määrittää päihdehuoltolaki, vai mielenterveyden häiriönä (mielenterveyslaki). Tähän saakka tuki- ja hoitopalvelut ovat painottuneet päihdehuollon yksiköihin ja myös erikoistuneiden pelipalvelujen taustatahot löytyvät pitkälti päihdehuollosta. Päihdehuoltolaki ei tunne peliriippuvuutta tai ongelmapelaamista. Pelihimo ja patologinen pelaaminen, joista ei likimainkaan aina ongelmapelaamisessa ole kyse, löytyy psykiatrian diagnostiikasta (ICD-10 -luokituksessa F63.0), jossa ne luokitellaan impulssikontrollin häiriöiksi, mutta määritellään kriteereillä, jotka muistuttavat päihderiippuvuuden kriteerejä (Kaasinen ym. 2009)⁶. Tämän myötä mielenterveyslaki (1116/1990) on se laki, jonka perusteella pelaajien palvelut olisi järjestettävä. Mielenterveyspuoli ei ainakaan toistaiseksi ole ottanut koppia asiassa.

Jotta palveluja olisi viitekehystä riippumatta tarjolla niitä tarvitseville tasapuolisesti kautta maan, on käytettävä hyväksi kullekin alueelle sopivia ratkaisuja. Kuntien on järjestettävä tarpeenmukaiset palvelut ja ne itse päättävät, järjestetäänkö ongelmapelaajien hoito päihde- vai mielenterveyspalveluissa (sosiaali- vai terveydenhuollossa). Rahapeli-ongelmia kohdattaessa on aina huomioitava myös ongelmapelaamiseen kuuluvien talous- ja velkaongelmien kuuluminen ongelmavyöhykkeeseen. Tiiviisti käytännön työssä integroituneet päihde- ja mielenterveyspalvelut takaisivat hoidon ongelmapelaamisen lisäksi muihin liitännäisongelmiin.

Palvelupaine alkaa kohdistua yhä enemmän erityispalvelujen lisäksi peruspalveluihin ja niiden osaamisen kohentamiseen ja tukemiseen ongelmapelaamiseen liittyvissä kysymyksissä. Palvelujen järjestämisratkaisuihin riippumatta osa palvelusta tulee aina saada lähipalveluna.

Päihdepalveluihin kaavailun puitelain mukaisen palvelujen järjestämismallin (Stakes 2007) tapaan tulisi pelipuolellakin lähipalveluihin kuuluvien peruspalvelujen kanssa yhteistyössä (esimerkiksi koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, terveyskeskukset, sosiaalitoimi, talous- ja velkaneuvonta) määrittellä niille parhaiten soveltuvat tehtävät myös peliasiakkaiden hoidossa. Näitä voisivat olla esimerkiksi pelaamisen riskien arviointi, riski- ja ongelmapelaamisen tunnistaminen ja siihen puuttuminen (mini-interventio), hoitoon motivointi, itsehoidon mahdollisuuksien ja työvälineiden tarjoaminen ja niiden käytön opastaminen, talous- ja velkaneuvonta, lievän ongelmapelaamisen hoito niin pelaajan kuin läheisenkin osalta ja vakavammissa tapauksissa erityisyksikköön – tässä tapauksessa joko A-klinikalle, psykiatriseen yksikköön tai pelierityiseen yksikköön – ohjaaminen ja pidempiaikaiseen kuntoutukseen osallistuminen tarvittaessa. Yksiköt sopivat työnjaosta ja yhteistyöstä keskenään.

THL:n suunnitelmissa on muodostaa koordinoitu, valtakunnallinen ja jatkuvasti täydennyskoulutettava avaintahojen tai resurssihenkilöiden verkosto, joka tukee oman alueensa työntekijöitä ongelmapelaamiseen liittyvässä asiakastyössä. Verkoston ei välttämättä tarvitse perustua tiettyyn taustarakenteeseen (esimerkiksi A-klinikat), vaan tärkeintä on saada mukaan motivoituneet, ongelmapelaamiseen liittyvän tuki- ja hoitotyön osaamisen kehittämistä kiinnostuneet, organisaationsa tuen asialle saavat ammattilaiset taustaorganisaatiosta riippumatta. Tälle verkostolle tulee pystyä takaamaan riittävät resurssit ja työskentelyedellytykset.

Valtakunnallinen erityisvastuu ongelmapelaajien ja heidän läheistensä hoidon järjestämisestä tulee kohdentaa taholle, jolla on riittävät voimavarat tehtävän hoitamiseksi niin, että laadukkaiden palvelujen yhdenvertainen saatavuus turvataan kaikkialla. Samalla on ratkaistava toimivien, anonyymiyteen perustuvien, valtakunnallisten, pysyväisluonteisten, kehittämisvaiheessa projektirahoitettujen palvelujen resursointi. Palvelujen organisointi on osa suurempaa rakenneuudistusta, jota raamitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon

⁶ DSM -diagnoosiluokitusta uusittaessa (DSM V tulossa 2013) käydään kansainvälistä keskustelua ongelmapelaamisen diagnoosin siirtämisestä hillitsemishäiriöistä riippuvuushäiriöiden luokkaan. Tämä puoltaisi ongelmapelaamiseen liittyvän hoidon asemoitumista osaksi muuta riippuvuushoitoa.

järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisella. Tarpeenmukaisen ehkäisevän työn sekä tuki- ja hoitopalvelujen osaamisen varmistamiseksi on rahapelihaittoihin liittyvä perustieto ja osaamistavoitteet sisällytettävä ainakin sosiaali- ja terveydenhuollon, nuorisotyön sekä soveltuvin osin myös opettajien perus- ja täydennyskoulutukseen.

Kirjallisuus

- Halme, JT & Helakorpi, S & Laitalainen, E & Uutela, A & Alho, H: Rahapelaamisen tiheys on yhteydessä terveystriekkeihin työikäisillä suomalaisilla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010:47, 98–108.
- THL: Kumpi on kumpi? Ehkäisevät työkalut nuorten rahapelaamiseen 2007-2009. Projektin ulkoinen arviointi ja loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 2/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- STM: Rahapelihaittojen ehkäisy 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:71. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.
- STM: Suomalaisen rahapelaaminen 2007. Taloustutkimus Oy, 2007.
- STM: Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006. URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3798.pdf. Viitattu 12.1.2011.

Tukiaineistoja

- Tietoa ja työvälineitä rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoidon tueksi: www.thl.fi/pelihaitat. Sivustolla myös allamainitut tukiaineistot maksuttomina verkkojulkaisuuksina. Tukiaineistoja on myynnissä nipuittain osoitteessa www.thl.fi/kirjakauppa, puhelin 020 6107190.
- Liikaa pelissä. Tietoa rahapeleistä ja peliongelma-alueista. Tukiaineisto/Pelihaitat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2468181c-d982-4d21-9de6-86b92e626738>. Viitattu 23.3.2011.
- Suhteet pelissä. Tietoa ja tukea ongelmapelaajien läheisille. Tukiaineisto/Pelihaitat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c9995baf-d45f-41dc-abc8-7cd432027af9>. Viitattu 23.3.2011.
- Pelin merkit. Tietoa rahapeliongelma-alueista työssä peliongelmia kohtaaville. Tukiaineisto/Pelihaitat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009. URL: http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/87DE2294-56F8-4E0A-B06E-A7B9239214F6/0/PelinMerkittoinenusittu_painos.pdf. Viitattu 23.3.2011.
- Nuoret pelissä. Tietoa kasvattajille lasten ja nuorten digitaalisesta pelaamisesta ja rahapelaamisesta. Tukiaineisto/Pelihaitat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/268fdb96-abe2-4a3d-889a-9b2e3374fa87>. Viitattu 4.5.2011.
- Hyvien käytäntöjen kuvauksia. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kaytannot/>. Viitattu 5.5.2011. Kuvaukset tulevat siirtymään Innokylän verkkosivuille www.innokyla.fi.
- Avokuntoutusmenetelmä ongelmapelaajille ja heidän läheisilleen - kulttuurisensitiivinen malli
 - Koulutuspainotteinen avoyhteisö ongelmapelaajien hoitomenetelmänä
 - Pelirajat' on – ongelmallisesti pelaavien ja heidän läheistensä vertaisryhmätoiminta

5.8 Asunnottomuuden vähentämisessä on mieltä

Jouko Karjalainen

Asunnottomia koskevia lukumäärätietoja alettiin kerätä Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) asunnottomien vuoden yhteydessä vuonna 1987. Tuolloin heitä arvioitiin olevan miltei 20 000. Vuoden 2010 marraskuussa asunnottomia oli kuntien ilmoituksen mukaan runsaat 8 000. Laskeva trendi on ilman muuta tosiasia, vaikka lukujen kokoaminen oli etenkin alkuvuosina epäsystemaattista kuntien välillä, mutta myös kuntien sisällä eri vuosina. Jälkikäteen voi nähdä YK:n asunnottomien vuoden olleen tärkeä käännekohta, sillä sen jälkeen suurimmissa kaupungeissa on osin valtion tuella tuotettu tuhansia asuntoja asunnottomien asumisolo-

jen parantamiseksi. Vuonna 2008 käynnistynyt pitkäaikaisasunnottomuuden⁷ vähentämishjelma on nyt loppusuoralla. Se päättyy vuoden 2011 lopussa. Uutta ohjelmakautta, joka toteutettaisiin vuosina 2012–2015, ehdotetaan huhtivaalien 2011 jälkeen muodostettavan hallituksen ohjelmaan.

Ohjelman keskeinen määrällinen tavoite on ollut 1 250 uutta asuntoa tai tukiasuntopaikkaa pitkäaikaisasunnottomille, ja se on toteutumassa tai jopa selvästi ylitymässä. Helmikuun 2011 arvion mukaan vuoden loppuun mennessä käyttöön otettuja uusia asuntoja ja tukiasuntoja olisi noin 1 700 kappaletta. Lukuun tosin sisältyy joitakin hankkeita, joista oli jo päätös ja joista osan rakentaminenkin oli jo käynnistetty ennen vähentämishjelmaa. Yhtä kaikki, päättymässä oleva ohjelma on ollut poikkeuksellinen sekä rakennettavien asuntojen määrän suhteen että myös ohjelman muiden sisältöjen suhteen.

Tällä kertaa valtio ei ole tukenut vain seinien rakentamista. Tukea on sen lisäksi tullut kunnille ja muille yhteisöille asumisen tukihenkilöstön palkkaamiseen. Joillekin asunnottomille kun ei riitä pelkkä asunnon järjestäminen tai he ovat esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmiensa vuoksi jääneet asuntoloiden tai muiden laitosten kiertäjiksi. ”Vaikeasti asutettavat” on otettu ohjelman yhdeksi painopisteeksi ja sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa tukipalvelujen tuottamiseen vaadittavia henkilöstölisäyksiä. Rahoitus on enimmillään 50 prosenttia lisähenkilöstön palkkausmenoista. Rahoitus on osa KASTE-ohjelmaa vuosille 2008–2011.

Syksyyn 2010 mennessä kaikkiaan 10,3 miljoonan euron rahoitussitoumuksesta oli käytetty 4,3 miljoonaa ja kunnat sekä muut yhteisöt olivat palkanneet 130 uutta työntekijää tällä määrärahaosuudella. Kuntien osuus on tätä suurempi. Raha-automaattiyhdistys (RAY) osallistuu toteuttamiseen myöntämällä investointiavustuksia asuntojen hankintaan sekä asuntoloiden peruskorjaukseksi tuetun asumisen yksiköiksi. RAY:n rahoitusvaraus on yli 20 miljoonaa euroa koko ohjelmakaudelle vuosina 2011–2015. Valtio on pitkäästä ajasta myös kantamassa konkreettista huolta lainrikkojen asumisen järjestämisessä. Rikosseuraamuslaitoksen koordinoi yhteistyötä ohjelmaan osallistuvien kaupunkien ja asumispalveluja tuottavien järjestöjen kanssa. Kehittämissuunnitelmassa tuotetaan paikallisia ja asiakaskohtaisia käytäntöjä vankilasta vapautuvien ja kriminaalihuollon asunnottomien asiakkaiden tuettuun asumiseen.

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma on siis edennyt varsin hyvin, vaikka asunnottomuus ei olekaan vähentynyt samaa tahtia uusien asuntojen rakentamisen kanssa. Se on jopa hiukan lisääntynyt vuosina 2007–2009. Syy lienee yhtäältä siinä, että vuokra-asuntotuotanto on romahtanut viime vuosina ja toisaalta yhteiskunnan keinot asunnottomuuden syntymekanismiin ovat vähäiset. Talouden taantumukset ovat aina ennenkin paitsi supistaneet asuntotuotantoa myös lisänneet muuttoliikettä suuriin keskuksiin, joita vaivaa useimmiten pula kohtuuhintaisista vuokra-asunnoista. Vähentämishjelman saavutusten rinnalla kriittinen huomio liittyy ohjelman suoriin tai tarkoittamattomiin vaikutuksiin kuntien päihde- ja muihin sosiaalipalveluihin. Samanaikaisesti kun jopa puolet ohjelman puitteissa syntyviin asumisen tukihenkilöstön palkkamenoihin tulee korvamerkittynä lisärahoituksena, kunnissa näytetään vähennettävän henkilöstöä muissa sosiaalipalveluissa. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman tulokset ovat siis osin varsin ristiriitaiset, eikä kokonaisarviolle olekaan vielä edellytyksiä tätä kirjoitettaessa keväällä 2011.

Ohjelman taustaa

Yksinäisten asunnottomien ongelma oli vielä 1960-luvulle pitkälti piilossa julkiselta keskustelulta, olihan maan selvittävä kymmenien tuhansien perheidenkin asuttamisesta sotien perintönä. Ankarat pakkaset talvella 1966 ja alkutalvesta 1967 sekä niiden aiheuttamat roskalaatikoissa yöpyneiden miesten kuolemat merkitsivät kuitenkin asunnottomien alkoholistien ongelman nousemista päivälehtien otsikoihin muun muassa Oulussa ja Helsingissä (Juntto 1990). Ongelma oli tunnistettu ja samalla se määriteltiin asunnottomien alkoholistien kysymykseksi. Asunnottomien ongelmat olivat toki olleet viranomaisten tiedossa, mutta

⁷ Pitkäaikaisasunnottomuus on henkilö, jonka asunnottomuus on pitkittynyt tai uhkaa pitkittyä sosiaalisten tai terveydellisten syiden vuoksi yli vuoden mittaiseksi tai asunnottomuutta on esiintynyt toistuvasti viimeisen kolmen vuoden aikana.

suurimmissa kaupungeissa ylitäysien yömajojen lisäksi edes hätämajoitustiloja ei juurikaan tuohon aikaan järjestetty. Helsingissä sellaisia olivat olleet muun muassa pommisuoja, joista viimeinen suljettiin majoituskäytöstä vasta vuonna 1955. Pysyvämpien ja tasoltaan kelpoisempien ratkaisujen sijasta jatkettiin hätämajoituslinjalla ja ongelman ratkaisun katsottiin tulevan yleisen asuntopolitiikan kautta eräänlaisen trickle down -efektin avulla eli yleisen asumistason parantumisen uskottiin kohottavan aikanaan myös kaikkein vaikeimmassa tilanteessa olevien asumista. Yhtälö toimi kuitenkin paitsi erittäin epävarmasti myös perin hitaasti – jos ollenkaan.

Asunnottomuus otettiin osaksi asuntopolitiikkaa 1970-luvulla osana ensimmäistä valtakunnallista asunto-ohjelmaa (Asuntohallitus 1976). Samalla vuosikymmenellä alettiin luoda, asunto-ohjelmasta riippumatta, hätämajoituksen rinnalle huolto- ja hoitokoteja sekä ensisuoja. Eräiden erityisryhmien, kuten vanhusten ja opiskelijoiden sekä romanien, asumiseen alkoi tulla merkittävästi lisää voimavaroja 1980-luvulla (Junto 1990). Yleisen asuntopolitiikan keinoin varsinainen asunnottomuus kuitenkin vähentyi hyvin hitaasti ja samanaikaisesti asunnottomuus alkoi muuttaa muotoaan. Asuntoloiden ja yömajojen sekä selkeästi määriteltävän ulkona asumisen sijasta useimmat asunnottomat alkoivat yhä useammin löytyä tuttavien ja sukulaisten nurkista.

YK:n julistamalla asunnottomien vuodella oli vakiintuneiden ajattelutapojen muutosta vauhdittanut merkitys, sillä sen myötä asunnottomuus nousi meillä osaksi asunto-olojen kehittämisohjelmaa ja asunnottomuutta koskeva valtakunnallinen tiedonkeruu käynnistyi. Ratkaisu oli lopulta normaalin asuntopolitiikan kylkeen luotu erityisryhmien asuntopolitiikka ja siitä vielä erotettu muiden erityisryhmien asumispolitiikka. Helsinki ja eräät muutkin kaupungit olivat jo 1980-luvulla käynnistäneet omia asumispalveluhankkeitaan, joiden myötä muun muassa tukiasunnot ja tukikodit alkoivat vakiintua ammatilliseen kielenkäyttöön. Tukiasunnot ja etenkin välivuokra-asunnot olivat lähempänä "normaaliasumista" kuin siihen asti vallalla ollut asuntola- tai hoito- ja huoltokotiasuttaminen.

Seuraavan vuosikymmenen alkupuoliskon laman aikana tehdyt poliittiset valinnat merkitsivät valtakunnallisen kehitystyön pysähtymistä käytännössä useaksi vuodeksi; vuodesta 1993 aina vuosituhaten vaihteeseen. Osassa kuntia, kuten Helsingissä, kuitenkin jatkettiin aikaisemmin hyväksytyttä asunnottomuuden vähentämistoimia. Pääministeri Paavo Lipposen hallituksen asuntopoliittinen ohjelma (1998) ja asunnottomuuden vähentämisohjelma (2001–2003) käynnistivät vuosituhaten vaihteessa toimenpideohjelmat uudestaan. Helmikuussa 2008 vahvistettu pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma (PAAVO) merkitsi paitsi osin uudenlaista poliittista ja ohjelmallista ratkaisua, myös selkeän erityisasuntojen ja -palvelujen tuottamisnäkökulman kirjaamista valtakunnalliseen asuntotuotanto-ohjelmaan.

Nimi oveen

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelman ja myös useimmissa sitä toteuttavien kuntien lähtökohtana on se, että asuntola-asumisesta on päästävä eroon. Asunnottomuus on moniulotteinen ja määrittelyä pakeneva ilmiö, jonka tilastoyksiköistä iso osa on koko ajan liikkeessä ja hoitaa vaihtelevasti asumiseen kuuluvia velvoitteita, kuten vuokranmaksua. Senkin vuoksi pitkäaikaisasunnottomuuden puolittamiseen tähtäävä ohjelma on vaikean tehtävän edessä. Ohjelman yhteydessä on päätetty, että puolittaminen tapahtuu 1 250 uuden asuntopaikan tuottamisella. Vähentämisohjelmassa on pyritty tekemään pesäeroa ainakin päihdehuollossa perinteisesti toteutettuun kuntoutumisen porrasmalliin. Siinä, yksinkertaistetusti sanoen, asunnottoman päihdeasiakkaan on käytävä läpi paitsi päihdeohjelman eri vaiheet, myös asumisen portaat laitosasumisesta täysin itsenäiseen asuntoon. Tällä kertaa hän voi päästä suoraan itsenäiseen asuntoon, joita suurimmat kaupungit ovat toki hankkineet neljännesvuosisadan aikana koko joukon. Pelkästään Helsingin sosiaalivirastolle on sellaisia asuntoja yli 2 000 ja vähentämisohjelman ensimmäisen vaiheen aikana on tulossa 600–700 lisää. Lisäksi vanhoja asuntoloita ollaan muuttamassa itsenäisen asumisen mahdollistavaan suuntaan, mikä toisaalta vähentää asunnottomille tarkoitettujen asumispaikkojen lukumäärää. Erityisesti tämä koskee Helsinkiä ja vasta nyt vuoden 2011 aikana Helsingissäkin päästää paikkojen nettolisäykseen.

Ohjelmajulistuksessa arvioidaan kuitenkin tähän asti tehtyjen asunnottomuuden vähentämistoimien olleen tehottomia muun muassa sen vuoksi, että tukitoimet eivät ole tavoittaneet asunnottomien tarpeita ja ehkäisevät toimet ovat olleet sekä tehottomia että hitaita. Uuden ohjelman katsotaan tuoneen tähän radikaalin muutoksen; asunto ensin -periaatteen, jonka juuret ovat USA:ssa. Sen eräänlainen pioneeri Sam Temberis (The New York University School of Medicine) vieraili Suomessakin syksyllä 2010. Perusajatuksena on ensin turvata oikeus ihmisarvoiseen asumiseen ja vasta sen jälkeen tarttua sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin. Aikaisemmin asunnottomien piti osoittaa, usein epämääräisten arviointikriteerien mukaisesti valmiutensa elämäntapojensa muutokseen ja halunsa kuntoutumiseen ennen kuin asuntoasiaa alettiin järjestää.

Vähentämisohjelman tavoitteena on etenkin pieniasuntopulan vaivaamissa kunnissa edesauttaa asunnon saamista, sillä kunnan asuntojonon kautta se on miltei mahdotonta. Kyse ei niinkään ole siinä, onko kellä tahansa oikeus hakea vuokra-asuntoa, vaan asunnottomien tosiasiallisissa mahdollisuuksissa ohittaa muita hakijoita asuntojonossa. Se tarkoittaa myönteistä valikointia, mikä taas edellyttää tällaisen erityiskohtelun tarpeessa olevien ihmisten tunnistamista. Erityisryhmiin määrittelyn voi siis nähdä olevan yksi tällaisen valikoinnin väline. Toisaalta asunnottomuuden historia osoittaa, että erityisryhmiin sijoituksesta voi tulla myös este niin sanotulle normaalille asumiselle, kun epämääräinen osa asunnottomista määriteltiin ”asumiskyvyttömiksi” (Jokinen & Juhila 1991).

Vuokrarästit ja toistuvat hädät nähdään helposti ilkeänä ongelmana, joista ei saa otetta, ja joihin oikein kukaan ei haluaisi puuttua. Asumisneuvonta näyttää nousevan eräksi tavaksi vastata häiriöihin ja myös niin sanottuun NIMBY-ongelmaan (Not In My Back Yard). Asumisneuvonta voidaan nähdä sosiaalisen isännöinnin jatkumona tai jopa perillisenä, vaikka sen juuret ovatkin ensi sijassa sosiaali- ja yhdyskuntatyössä, ainakin jos arvioi asumisneuvonnalle pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelmassa hahmoteltua varsin laajaa tehtäväkenttää. Vähentämisohjelmassa mainittu asumisturvakeskus sitoo asumisneuvonnan näin asiallisesti ottaen osaksi asumissosiaalista työtä. Asumisneuvonnan järjestämiselle ei toistaiseksi ole olemassa yhtä valtakunnallista mallia, vaan toiminta tulee perustumaan vielä pitkään paikallisiin ratkaisuihin. Julkilausuttuna tavoitteena ei ole uuden ammattikunnan luominen, vaan ennen kaikkea uudenlaisen työnkuvan ja toimintamallin kehittäminen. Asumisneuvonta voisi siten olla myös luonteva osa sosiaalityöntekijän, palveluohjaajan tai muun asumispalvelujen työntekijän työnkuvaa. Asumisneuvonnasta näyttäisi toistaiseksi olevan monexi, jopa sosiaalityön korvaajaksi, mikä ei ole pelkästään ongelmaton asia.

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelman yhtenä kärkihankkeena on Viidakkokujan tuetun asumisen yksikkö Vantaalla, joka aloitti toimintansa vuoden 2010 tammikuussa (Viidakkokuja 2010). Se tarjoaa asunnon 22 mielenterveyskuntoutujalle. Asunnoista kaksi on kriisiasuntoja. Asukkaat muuttivat sinne psykiatrisesta sairaalasta, muista asumisyksiköistä ja omasta kodista. Vantaan sosiaalitoimen aikuisosiaalityö valitsi asukkaiksi ensisijaisesti itsenäiseen asumiseen suuntautuneita mielenterveyskuntoutujia. ”Asukkaat ovat sitoutuneet päihteettömyyteen ja kuntouttavaan toimintaan.”

Lähtökohta on kiinnostava ”asunto ensin” -periaatteen näkökulmasta. Pohdittavaa aiheuttavat myös eräät muut Viidakkokujan yhteisön toimintaperiaatteet, jotka ovat aivan epäilemättä ajateltu asukkaiden mielenterveysongelmien näkökulmasta ja pitkällisen asiakastyön kokemuksella. Vähentämisohjelman tuomaa ”uutta ajattelua” niistä on kuitenkin vaikea löytää. Esimerkiksi allekirjoituksen vaatimista yhteisön sääntöjen, kuten päihteettömyyden, noudattamisesta tai niiden rikkomisen seurauksista on pidetty vanhan asunnottomuusajattelun yhtenä hylättävänä tunnusmerkkinä. Kolmesta varoituksesta seuraa uloskirjoitus. Juuri näinhän useimmat kuntouttavat asumispalvelut ovat ennenkin toimineet ja säännöille on epäilemättä vankat perusteet. Tulkintatapoja onkin ainakin kaksi: katutason työntekijöille on annettu toimintavapauksia tai sitten poikkeus vahvistaa säännön. Asumisneuvontaankin liittyy piirteitä, joita moni saattaa pitää pyörän keksimisenä uudelleen, mutta siitä huolimatta neuvonnan opas on yhtä kaikki hyödyllinen kooste asumisen tukeen liittyviä asioita aivan riippumatta siitä kutsutaanko työtä sosiaaliseksi isännöinniksi tai yhdyskuntatyöksi, joka voisi nousta myös tätä kautta uudelleen kiinnostuksen kohteeksi. Sen tyypistäminen ”asumisneuvonnaksi” sen sijaan olisi pulmallinen, joskin ehkä ajallemme ominainen kehityssuunta.

Monien asioiden ja työprosessien yhteensovittamisen tavoitteena on saumattomien palveluketjujen luominen. Siitäkin pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelmassa on kyse. Toisaalta esimerkiksi Kati

Rantala (2004) pitää saumattomuuden tavoitteita idealistisina ja ”monin tavoin epärealistisina”. Hänen tutkimuksensa mukaan paikallinen verkostotyö, jota saumattomat palveluketjut edellyttävät, on vaikeiden sosiaalisten ongelmien ratkaisutapana jopa suorastaan haitallista. Joka tapauksessa ajattelu pikemmin tukee kuin ratkoo rakenteellisia ongelmia, sillä varsinaiset ongelmat eivät Rantalan mukaan suinkaan aina ole paikallisten verkostojen ratkaistavissa. Ymmärrän tämän kritiikin myös niin, että verkostotyöstä on tullut liiaksi arvo itsessään, mikä saattaa hyvinkin peittää peruspalvelujen puutteet.

Ohjelman toimenpiteet näyttävät toistaiseksi pureen aika hyvin vaikeasti asutettavaan asiakaskuntaan. Hietaniemen palvelukeskuksessa oli vuonna 2010 yhteensä 810 eri asiakasta ja niin sanottua liikkuvaa asunnottomuutta, siis alle 10 vuorokautta viipyneitä, oli runsas puolet ja vain 2,5 prosenttia oli yli viisi kuukautta. Herttoniemen asuntolaan⁸ verrattuna asiakasmäärä oli vuonna 2010 kaksinkertainen. Herttoniemen reilusta 400 asiakasta parhaimmillaan yli kolme neljäsosa oli yötä alle 10 vuorokautta. (Mäkelä 2011.)

Haastattelin myös muutamia eri organisaatioiden työntekijöitä pääkaupunkiseudulla. Näiden toki vain yksittäisten työntekijöiden kokemusten perusteella ohjelman toteuttaminen synnyttää ristiriitaisia tunteja. Helsingin sosiaalivirasto lakkautti asunnottomien palvelutoimiston vuoden 2009 lopussa ja vuotta myöhemmin vaikutti siltä, että tuntumaa ja oikeita työmuotoja haetaan edelleen. Alueiden sosiaalipalvelutoimistoissa pyörii erittäin paljon asunnottomia, joille ei oikein osata tehdä mitään ja koko kaupungin asunnottomuustilanne on huonosti selvillä. Päihdehuollon sosiaalityöntekijät näyttävät vaihtuvan asumisneuvojiksi – tai ainakin heidän toimensa muuttuvat. Sosiaaliviraston asuntokantaa käytetään kaikenlaisten asunto-ongelmien ratkaisussa, kun ne on alun perin tarkoitettu pitkäaikaisasunnottomille ja lisäksi erityistä tukea tarvitsevien asuttamiseen. Ostopalvelujen tuottajat ovat joutuneet tekemään paljon ylimääräistä työtä maksusitoumusten kanssa ja moneen kertaan korjaamaan samoja päätöksiä. ”Yrittäjät varmaan laskuttavat niistäkin.”

Tilapäismajoituksen tilannetta Helsingissä luonnehdittiin joulukuussa 2010 ”katastrofaaliseksi” ja sen pelättiin pahentuvan entisestään kun Alppikadun asuntola menee kiinni helmikuussa. Ongelma on haasteltujen mukaan nimenomaan Helsingissä tilapäismajoituspaikkojen häviäminen. Käytettävissä on ollut vain Hietaniemenkadun palvelukeskus, jossa ollut koko ajan erittäin kova yliasutus. Alalle on tullut taas uusia yrittäjiä, muun muassa Forenom oy, jolla on suuri määrä asuinhuoneistoja ympäri kaupunkia. Alue-toimistot joutuvat sijoittamaan niihin asunnottomiksi jääneitä asiakkaitaan vaikka ”hintaa hirvittää”. Lisäksi Forenomilla on käytössä Seutulän vanhan työsiirtolan parakkeja.

Hintojen pelätään muutoinkin karkaavan käsistä kun vuokra ja palvelumaksu asukasta kohti saattavat nousta jopa 2 200 euroon kuukaudessa. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman tavoitteista huolimatta monissa paikoissa asutetaan edelleen kahden hengen huoneissa. Hintataso asettaa eläkeläisille ja etenkin työssäkäyville kovan kynnyksen. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelma on nostanut jonkin verran asumisen tasoa mutta ennen muuta hintoja. Kunnille se on hankala yhtälö, joka merkitsee säästöjä ja karsintaa toisaalla. Vakiokohteena näyttää olevan päihdehuolto, vaikka sen osuus kuntien sosiaalihuollon budjetista on vain 2–3 prosentin luokkaa. Näyttää siis siltä, että sitä saa, mitä tilaa, tässäkin asiassa. Kipeimmin haastateltavieni mukaan tarvittaisiin tilapäismajoitusmahdollisuuksia yhden hengen huoneissa. Vähentämishojelman ongelmana eräät haastateltavat pitivät liian jäykkiä mekanismeja ja mutkasta rakennetta.

Kirjallisuus:

ARA: Asunnottomat 2010. Helsinki: Asumisen rahoittamis- ja kehittämiskeskus (ARA), 2010.

Fredriksson, Peter & Kaakinen, Juha: Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelma. Vuosien 2008- 2011 väliarviointi ja jatkokauden

2012–2015 lähtökohdat. PAAVO -ryhmä 9.9.2010. URL: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=24100&lan=fi>. Viitattu 23.3.2011.

⁸ Toimi aikaisemmin niin sanottuna ensisuojaana.

- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi: Pohjimmaiset asuntomarkkinat – diskurssianalyysi kuntatason viranomaiskäytännöistä. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 1991.
- Juntto, Anneli: Asuntokysymys Suomessa. Topeliuksesta tulopolitiikkaan. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu no 50. Helsinki: Asuntohallitus, 1990.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. URL: <<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf>>. Viitattu 12.5.2011.
- Mäkelä, Leif: Viesti Facebook-sivustolle 13.12.2011.
- PAAVO. Pääministeri Vanhasen II hallituksen periaatepäätös pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseksi.14.2.2008.
- Rantala, Kati: Vankilasta vapautuvat huumeiden käyttäjät: sosiaalinen ongelma. Uusintarikollisuuden vähentäminen yksilökohtaisella työotteella ja verkostoituen. Tampereen huumeepilotin 4. raportti. Tampere: Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, 2004.
- Viidakkokuja, 2010. URL: <http://www.asuntoensin.fi/files/623/R4_20101122_A.pdf>. Viitattu 23.3.2011.

5.9 Mielenterveys- ja päihdetyön käytäntöjen kuvaaminen – miksi ja miten? Käytännöt esille ja jakoon hanketyön sudenkuoppia välttämällä ja uudet työkalut käyttöönottaen

Minna Savolainen

Mieli-suunnitelman arvioidaan jo nyt selvästi vauhdittaneen mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä ehkäisevän työn kehittämistä osana meneillään olevaa kunta- ja palvelurakennemuutosta. Näyttää lupaavasti siltä, että ainakin osin kunnissa ja sairaanhoitopiireissä tunnetaan Mieli-suunnitelman kehittämissuunnitelmat ja kehittämistyötä suunnataan niiden mukaisesti. (Moring, Partanen, Bergman & Nordling 2010.) Kattavimmin Mieli -suunnitelman toimeenpanoa kuitenkin tukevat neljä suurta sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) -rahoitteista hankekokonaisuutta Etelä-Suomessa, Länsi-Suomessa, Väli-Suomessa ja Pohjois-Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut 2011). Suuret hankekokonaisuudet koostuvat useammista paikallisista tai aiheittaisista osahankkeista, jotka nekin sisältävät usein vielä monia kehittämistyön painopistealueita tai pilotteja (Länsi 2012 hankesuunnitelma 2010, Mielen Avain verkkosivut 2011, Tervein Mielen Pohjois-Suomessa verkkosivut). Lisäksi järjestöt ovat olleet aiemminkin ja ovat edelleen aktiivisessa roolissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä ja osaltaan tukevat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä Mieli-suunnitelman linjausten mukaisesti omissa monipuolisissa kehittämissuunnitelmissaan yhteistyössä julkisen sektorin toimijoiden kanssa.

Mieli-suunnitelmaa siis toimeenpannaan mukavassa myötätulessa suurilta osin hankkeisiin valjastettuna toimintana. Piileekö tässä kuitenkin karille ajon vaara? Mitä me olemmekaan oppineet pian jo kaksi vuosikymmentä kestäneestä kehittämissuunnitelman hankkeistamisesta ja hanketyön tuloksellisuudesta?

Kuulematta ei ole voinut jäädä se kritiikki, mitä hankekehittämiseen on viimeisten vuosien aikana liittynyt. Inhimillisesti katsoen kehittämissuunnitelman tekeminen jatkuvaksi jaksoksi asetuvilla määräaikaisilla projekteilla aiheuttaa kehittämissuunnitelman alituista epävarmuutta työuran jatkuvuudesta ja jatkuvaa uusien hankeaihioiden kehittelyä sekä rahoitusvaihtoehtojen etsiskelyä. Koko sosiaali- ja terveysalan kehittämisen näkökulmasta projektikenttä näyttää hajanaiselta; siellä täällä pyrhähdysmäisiä ja toisistaan irrallaan olevia hankkeita. (Rinne 2009, Arnkill T. 2006.) Pääosin kritiikki on kuitenkin kohdistunut hankkeiden tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Vaikka monet projektit ovatkin olleet menestystarinoita, on niillä yleisesti ollut yksi keskeinen heikkous: on osoittautunut, että projektien välinen oppiminen ja käytäntöjen leviäminen toteutuu heikosti ja tehottomasti. (Alasoini 2007, Arnkill R. 2006.) Muun muassa sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportin mukaan hankkeilla saavutetuista tuloksista ja vaikutuksista huolimatta on etenkin pienten kuntien sosiaali- ja perusturvajohdajien kertomus hankkeiden hyödyllisyydestä ja tuloksellisuudesta suurelta osin tyyliä kerrottavaa: projektien arvioitiin harvoin johtavan merkittäviin toimintatavan muutoksiin.

"Hankkeita tehdään paljon, paperia syntyy, mutta hukkaan menneen työpanoksen ja tuloksettomien projektien määrä on suuri saavutettuihin tuloksiin nähden. Ja huolimatta onnistuneesta hankkeesta, viimeistään käyttöönottovaiheessa työ pysähtyy voimavarojen puuttuessa ja prosessi jää lopulta tuloksettomaksi." (Kaakinen & Nieminen & Ohtonen 2007)

Osin hankkeissa kehitettyjen käytäntöjen vakiintumisen ja leviämisen pulmat liittyvät hektiseen ja lyhytjännitteeseen projektikehittämiseen. Hankkeissa tähdätään jonkin muutoksen aikaansaamiseen kehittämällä uusia tapoja toimia, uusia menetelmiä ja välineitä (tuotekehitys). Hankkeen tuotoksia pilotoidaan kehittämissympäristössä ja niitä arvioidaan. Muutaman vuoden hankeaika, eikä edes "tosipitkä" hankeaika neljä vuotta, riitä tuotosten käyttöönottoon saatikka levittämiseen. (Arnkill T. 2006.) Innovaatioprosessi jää usein kesken siinä vaiheessa, kun se juuri alkaisi käydä mielenkiintoisimmaksi innovaation todellisten hyötyjen ja vaikutusten arvioimiseksi todellisissa toimintaympäristöissä. Hanke päättyy, hankekehittäjät siirtyvät muihin tehtäviin ja jäljelle jää hankeraportti, joiden muoto ei useinkaan tue hankkeen tuotosten leviämistä. Lisäksi hankearvioinnissa fokus on usein itse hankkeen onnistumisen arvioinnissa, ei niinkään hankkeessa kehitetyn käytännön arvioinnissa, mikä ei sinällään tuo esille itse käytännön toimivuutta ja vaikutuksia käyttöönoton ja leviämisen kannustamiseksi. Joskus on jopa hankala erottaa koko hankekehityksestä mikä on tulos, tuote, innovaatio tai käytäntö ja mikä sitä muuta, joka on mahdollistanut kehittämistyön. Ennen kuin käytäntöjen juurruttaminen ja levittäminen on ylipäänsä mahdollista, tulee käytäntö tunnistaa, sen tulee olla arvioitu ja se on dokumentoitava.

Keskustelu hanketyön innovaatioiden ja käytäntöjen käyttöönoton ja leviämisen vaikeudesta ei ole uutta. Samaa on ihmetelty tutkimustulosten käytäntöön siirtymisen kanssa ja näyttöön perustuvien menetelmien implementoitumisen osalta. Edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä on pystytty tunnistamaan molemmissa "päissä"; niin tutkimustuloksia ja innovaatioita tuottavissa yhteisöissä ja niiden toimintaperiaatteissa kuin niitä käyttöönottavissa ja soveltavissa organisaatioissa, niiden toimintatavoissa ja myös yksilötasolla. (Simard & Rice 2001.) Kuiluja siis on, mutta onko meillä siltoja niiden ylittämiseksi?

Innovaatiot ja implementointi

Siltoja rakennetaan parhaillaan usealla eri tasolla. Viime vuosina niin EU:n hankerahastot kuin kotimaisetkin kehittämishankkeiden rahoittajat ovat alkaneet edellyttää, että jo hankehakemusvaiheessa tulee esittää suunnitelma siitä, miten hankkeen tuotoksia aiotaan juurruttaa ja levittää. Kaste-avustuksen myöntämisen kriteereinä ovat muun muassa se, että hankkeessa mukana olevat tahot sitoutuvat hyvien käytäntöjen juurruttamiseen ja levittämiseen. Myöntämisperusteissa (Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut 2011) todetaan, että "Hankkeella tulee olla myönteisiä vaikutuksia palveluihin ja sen tulokset tulee olla laaja-alaisesti hyödynnettävissä. Hankkeessa aikaansaaduilla uudistuksilla tulee olla juurtumisedellytykset". Myös terveyden edistämisen määrärahojen ja Raha-automaatti yhdistyksen (RAY) avustuksen hakemusvaiheessa kiinnitetään huomioita käytäntöjen siirrettävyyteen. Pinnalla on myös aktiivinen keskustelu sosiaali- ja terveysalan pysyvien kehittämisrakenteiden muodostamisesta ja vahvistamisesta (katso esimerkiksi Haverinen & Vuorenkoski 2009).

Sillanrakentamisessa ja kuilujen ylittämisessä tarvittavia työkaluja kehitetään parhaillaan Innokylä-hankkeessa. Vuoteen 2013 asti kestävässä hankkeessa on rakenteilla virtuaalinen Innokylä, joka tuo yhteen sosiaali- ja terveysalan uudistamiseen osallistuvat ihmiset koko maassa sektorirajat ylittäen. Se on kaikille toimijoille avoin hyvien käytäntöjen jakamisen ja kehittämisen ympäristö. Innokylä luo verkostomaisen toimintamallin, jonka avulla hyvät ideat saadaan laajempaan käyttöön. Kaikille avoin yhteisö kokoaa kehittämistyön ja tekee sen tulokset ja arvioidut hyvät käytännöt näkyväksi. (Innokylän verkkosivut 2011).

Käytäntöjen tunnistamiseen, arviointiin ja erityisesti niiden kuvaamiseen on ollut aiemminkin tarjolla useampia eri konsepteja. Innokylän käytäntöjen arviointia ja kuvaamista tukevien menetelmien kivijalkana on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL, aikaisemmin Stakesissa) kehitetty Hyvä käytäntö -konsepti. Toiminnan tarkoituksena on ollut tukea sosiaali- ja terveysalan innovaatioprosesseja, toisin sanoen käytäntöjen tunnistamista, arviointia, kuvaamista ja niiden soveltamista alan toimintaympäristössä. Hyvä

käytäntö -toiminnan toimintamuodoksi on kehitetty aihealueittaisia oppimisverkostoja, jotka tukevat innovaatioprosesseja järjestämällä muun muassa kuvaamistyöpajoja. Oppimisverkosto-toimintaa organisoivat oppimisverkostokoordinaattorit ja THL:n kouluttamat tuutorit. Verkostot ovat muodostuneen teema-alueittain ja yksi aihealueista on päihde- ja mielenterveystyö. Toiminnan tukena toimii hyvä käytäntö -verkkopalvelu, joka sisältää kehittämistoiminnan työkaluja ja menetelmiä sekä hyvien käytäntöjen tietokannan. (Koivisto 2010.)

Hyvien käytäntöjen taustafilosofia perustuu näkemykseen siitä, että käytännöt ovat toimintajärjestelmiä, jotka koostuvat inhimillisistä toimijoista (esimerkiksi asiakas, lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä, muu ammattilainen, asiakkaan perheenjäsen), näiden toiminnasta ja vuorovaikutuksesta sekä resursseista, joita nämä tarvitsevat ja käyttävät toiminnassaan (esimerkiksi työvälineet, tilat, säännöt, periaatteet, tiedot ja taidot). Asiakas on käytännön aktiivinen toimija, ei pelkästään työntekijäkeskeisten toimenpiteiden kohde, mitä ei ole vaikea hahmottaa mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta: asiakastyö, hoitokäytännöt ja palveluiden järjestämistavat edellyttävät kaikki asiakkaalta itseltään aktiivista toimintaa. Käytäntöjä ei voi sellaisenaan siirtää työyksiköistä tai kunnista toiseen. Ne sisältävät joitakin sellaisia ydinpiirteitä ja välttämättömiä elementtejä, joiden on toteuduttava kaikkialla missä käytäntöä sovelletaan, mutta muutoin käytäntöjen siirtäminen ja soveltaminen toiseen kontekstiin käyttöönotto on räätälöintityötä, jossa rakennetaan inhimillisistä toimijoista, resursseista ja toiminnoista koostuva käytäntö sekä tälle sopiva ympäristö. (Koivisto 2010.)

Keskeistä hyvä käytäntö -ajattelussa on kysymys käytäntöjen arvioinnista

Käytännön "hyvyyttä" tarkastellaan useista eri näkökulmista ja monipuolisia menetelmiä käyttäen. Arvioinnin vahvuutta ei tarkastella asettamalla menetelmiä hierarkiaan, vaan kutakin käytäntöä arvioidaan niistä näkökulmista, joista halutaan tietoa ja niillä menetelmillä, jotka arviointitiedon tuottamiseen parhaiten soveltuvat. Käytäntöä voidaan arvioida esimerkiksi siltä kannalta, mitä se tuottaa asiakasnäkökulmasta, ammattilaisnäkökulmasta tai organisatorisesta näkökulmasta. Arviointi tapahtuu tarkempien arviointikriteerien perusteella. (Koivisto 2010, 7-8.)

Innokylä-hankkeessa kehitetään entistä monipuolisempia työkaluja käytäntöjen arvioinnin, kuvaamisen, käyttöönoton ja levittämisen tueksi. Parhaillaan pilotoidaan käytäntöjen arvioimisen ja kuvaamisen mallia sekä työkalua. Malli ja työkalu, REA (Relational Evaluation Approach), sisältää näkemyksen siitä, että käytäntöjen arviointi koostuu neljästä päävaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa, ennen käytännön käyttöönottoa ja toimeenpanoa, käytäntöä arvioidaan eri näkökulmista: asiakas-, ammattilais- ja organisaationäkökulmista. Tietoa hyödynnetään käytännön toimeenpanomallin luomisessa, jossa jäsennetään ja kuvataan sujuvasti ja napakasti käytännön ydin ja siirrettävät elementit prosessimuotoisena. Toisessa vaiheessa seurataan ja analysoidaan, kuinka käytännön toimeenpano tapahtuu käytännön toimeenpanomallin perusteella ja saadaan tuloksena kuvaus siitä, millaiseksi käytäntö muokkautui eri toimintaympäristöissä ja miten prosessit etenivät. Kolmannessa ja neljännessä vaiheessa arvioidaan konkreettisesti sitä, miten tilanne on muuttunut käytännön soveltamisen myötä. Arviointia voidaan tehdä konkreettisesti esimerkiksi kymmenen päihde- ja mielenterveysasiakkaan tilanteesta ja muutoksesta, joka on tapahtunut asiakkaiden elämässä käytännön soveltamisen myötä. Lähtötilanteesta kuvataan esimerkiksi sitä, millainen on arviointiin valittujen asiakkaiden elämäntilanne, millainen on asiakkaan arki ja miten asiakkaat voivat. Kerätyn aineiston perusteella arvioidaan millaista muutosta on tapahtunut asiakkaiden elämässä ja millainen merkitys käytännön toimeenpanolla oli muutoksen tuottamisessa sekä miten mahdolliset muut käytäntöön liittymättömät asiat tuottavat muutosta. Lopulta arviointi voi tuottaa tarkennuksia ja lisäyksiä käytännön toimeenpanomalliin. (Innokylän REA pilotoinnin verkkosivut 2011; Koivisto 2009.)

REA-työkalu koostuu neljästä osakokonaisuudesta, joiden avulla käytännön kuvaaja voi dokumentoida käytännön perustiedot, käytännön toimeenpanomallin, käytännön käyttöönoton ja vakiintumisen seurannan ja arvioinnin sekä käytännön tuottaman muutoksen seurannan ja arvioinnin. Lisäksi työkalun avulla voi kuvata hanketietoja. REA-työkalua voi alkaa hyödyntämään heti, kun uuden käytännön ideointi ja kehittäminen alkaa jäsentämällä ja kuvaamalla käytännön yleistä mallia, toimeenpanomallia. Työkalun avulla voi

myös mallintaa jo jossakin toimintaympäristössä toimivan käytännön toimeenpanomalliksi. Työkalua voi lisäksi hyödyntää käytännön käyttöönoton arvioinnissa ja käytännön tuottaman muutoksen pidemmän tähtäimen arvioinnissa sekä näiden suunnittelussa. Verkkotyökalu sisältää osiokohtaiset kuvausluset sekä yksityiskohtaisen ohjeistuksen tietojen kirjaamiseen. Kuvaamisen tukena toimivat REA-malliin ja työkaluun perehdytyksen saaneet Innotuutorit. Virtuaalisen ympäristössä toimimisen lisäksi käytäntöjen kuvaamisen (myös arvioinnin, käyttöönoton ja levittämisen) tueksi Innokylä ja teema-alueittaiset oppimisverkostot järjestävät Innopajoja, jotka mahdollistavat kasvokkaisen yhteiskehittelyn ja yhdessä oppimisen. (Innokylän verkkosivut 2011; REA-työkalun käsikirja 2010.)

Päihde- ja mielenterveystyön Innokylä-oppimisverkosto käynnisti toimintaansa vuonna 2008. Kuluneiden kolmen vuoden aikana oppimisverkosto on järjestänyt useita kuvaamisen työpajoja, jotka ovat koonneet kehittäjiä julkisen sektorin organisaatioista ja järjestökentältä. Mukana on ollut osallistujia niin kehittämishankkeista kuin käytännön päihde- ja mielenterveystyöstäkin. Pääosa työpajoista on ollut yhdistettyjä päihde- ja mielenterveystyön käytäntöjen työpajoja. Tämä lisäksi on järjestetty muutamia temaattisia työpajoja, erityisesti rahapelihaittojen ehkäisyn aihealueella. Kiinnostus käytäntöjen kuvaamiseen on kasvanut ja useita käytännön kuvauksia on valmistunut sekä julkaistu hyvä käytäntö -tietokannassa. (Hyvä käytäntö verkkosivut 2011.) Sieltä ne aikaan siirretään Innokylän käytäntöjen tietopankkiin. Oppimisverkosto tukee osaltaan Mieli-suunnitelman toimeenpanoa tukemalla hankkeiden ja hanketoimijoiden välistä verkostoitumista sekä tarjoamalla toimijoiden käyttöön Innokylän työkaluja. Tavoitteena on, että Mieli-suunnitelmaa toimenpaneissa hankkeissa tunnustetaan ja arvioidaan niissä kehitettäviä käytäntöjä, ja että ne kuvataan yhtenäistä kuvausmallia käyttäen sekä julkaistaan käytäntöjen tietokannassa niiden leviämisen edistämiseksi. Pelkät kuvaukset eivät yksin riitä edistämään käytäntöjen leviämistä, vaan siihen tarvitaan myös aktiivisen levittämisen menetelmiä, vuorovaikutteisia tiedon välittämisen- ja oppimisprosesseja (katso esimerkiksi Työministeriö 2004.) Oppimisverkoston järjestämät Innopajat ovat yksi foorumi tiedon ja vertaiskokemusten vaihtamiseen ja yhdessä oppimiseen.

Lopuksi

Mieli-ohjelmalla on hyvät mahdollisuudet muodostua vaikuttavaksi informaatio-ohjauksen välineeksi mielenterveys- ja päihdetyön käytäntöjen kehittämisen ja niiden leviämisen näkökulmasta. Tämä edellyttää niin käytäntöjä kehittävilta hankkeilta kuin julkisen sektorin omalta kehittämistyöltä kehittämistyön sudenkuoppien tietoista välttämistä ja uudistumiskykyä käytäntöjen juurruttamisessa ja levittämisessä. Tarvitaan myös tahtoa ja uskallusta yhteiskehittämiseen ja verkostoitumiseen: kaikkea ei tarvitse keksiä ja tehdä itse, vaan käyttöönottaa voi toisaallakin kehitettyä ja toimivaksi arvioitua, ja omaa kehittämäänsä käytäntöä voi myös jakaa muiden käyttöön. Käytäntöjen tunnistamiseen, arviointiin, mallintamiseen ja levittämiseen on olemassa työkaluja ja niitä kehitetään parhaillaan rakenteilla olevassa Innokylässä. Innokylässä kehitetyn REA-työkalun (käytäntöjen arvioimiseen ja niiden mallintamiseen työkalu) käyttöön on saatavilla tukea tuutoreilta ja Innokylän järjestämissä Innopajoissa. Mielenterveys- ja päihdetyön käytännöt esiin ja jakoon!

Kirjallisuus

Alasoini, Tuomo: Silta yli kahden kuilun. Kuinka ohjelmallisen kehittämisen vaikuttavuutta voi parantaa? Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 4, 402-409.

Arnkil, Robert: Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:N kehittämissstrategiana. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.): Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006, 55-72.

Arnkil, Tom Erik: Okawango kehittäminen – Välittääkö kukaan jatkuvuudesta? Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.): Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006; 75-88.

Haverinen, Riitta & Vuorenkoski, Lauri: Sosiaalialan ja perusterveydenhuollon kehittämissrakenteen vahvistaminen. Selvityshenkilöiden raportti 17.9.2009. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2009. URL:

www.espoolu.fi/binary.asp?path=114732&field=FileAttachment. Viitattu 24.2.2011.

Hyvä käytäntö verkkosivut. Hyväkäytännöt.fi – sosiaali- ja terveysalan hyvät käytännöt. URL: <http://www.sosiaaliporssi.fi/hyvakaytanto/>. Viitattu 23.2.2011.

- Innokylän verkkosivut. URL: <http://www.innokyla.fi/>. Viitattu 23.2.2011.
- Innokylän REA pilotoinnin verkkosivut. URL: <http://www.innokyla.fi/pilotointi/>. Viitattu 23.2.2011.
- Kaakinen, Juha & Nieminen, Jarmo & Ohtonen, Jukka: Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:12. URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3579.pdf&title=Sosiaalihuollon_kehittamistoiminnan_arvioinnin_loppuraportti_fi.pdf. Viitattu 22.2.2011.
- Koivisto, Juha: Mitä käytännöt ovat – mikä on hyvää? Teoksessa Hanna Hyttinen & Sari Teeri (toim.): Senioripalvelujen kehittämisen hyvät käytännöt. Satakunnan ammattikorkeakoulun raportti, Sarja B, raportit 1/2010, 7-10.
- Koivisto, Juha: Käytännöt, arviointi ja ”hyvyys”. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009): 2, 167-173.
- Länsi 2012. Länsi-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke. Hankesuunnitelma 29.2.2010. URL: <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/LANSI2012/HANKESUUNNITELMA/L%204NSI%202012%20HANKESUUNNITELMA.PDF>. Viitattu 24.2.2011.
- Mielen Avain. Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelun kehittämishanke. Verkkosivut. URL: <http://www.mielenavain.fi/>. Viitattu 24.2.2011.
- Moring, Juha & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa: Pohdinta. Teoksessa Moring, Juha & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Avauksia 2010 (16): 78-79.
- REA-työkalun käsikirja. 2010. Käytäntöjen kuvaamisen ja arvioinnin REA-työkalu. Käsikirja. URL: <http://www.innokyla.fi/pilotointi/REAkoko.pdf>. Viitattu 23.2.2011.
- Rinne, Päivi: Matkalla muutokseen Sosiaalialan projektitoiminnan perustelut, tavoitteet ja toimintatavat Sosiaaliturva-lehden kirjoituksissa 1990-luvulla. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, 2009.
- Simard, Caroline & Rice, Ronald E: The Practice Gap: Barriers to the Diffusion of Best Practices. The Center for Organizational Development and Leadership (ODL). Rutgers, The State University of New Jersey, 2001. URL: <http://www.library.nhs.uk/KnowledgeManagement/ViewResource.aspx?resID=292510>. Viitattu 23.2.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustukset.. URL: http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus_ ja_avustukset/sosiaali_ ja_terveydenhuollon_kehittamishankkeiden_valtionavustukset. Viitattu 24.2.2011.
- Tervein Mielin Pohjois-Suomessa. Verkkosivut. URL: <http://www.tmps.fi/>. Viitattu 24.2.2011.
- Työministeriö. Hyvästä paras. Jaettu kehittämisvastuu ESR-projekteissa. Hyvät käytännöt käsikirja. Työministeriö, 2004. URL: <http://www.timoaro.net/files/hyvasta%20paras%20-kasikirja.pdf>. Viitattu 25.2.2011.

6 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano etenee

6.1 Kaste-hankkeet Mieli-suunnitelman toimeenpanoväylänä

Mieli -suunnitelman tärkein toimeenpanoväylä ovat mielenterveys- ja päihdetyötä kehittävät Kaste -hankkeet, jotka nyt kattavat lähes koko Suomen. Tässä luvussa kuvataan erityisesti aikuisten mielenterveys- ja päihdetyötä viime vuosien aikana kehittäneiden neljän laajan Kaste-hankkeen toimintaa: Tervein mielin Pohjois-Suomessa (Pohjois-Suomi), Välittäjä 2009 (Väli-Suomi), Länsi 2012 (Länsi-Suomi) sekä Mielen avain (Etelä-Suomi). Lisäksi luvun lopussa esitellään vuonna 2011 myönteisen rahoituspäätöksen saaneen Itä- ja Keski-Suomen alueen Arjen mieli -hankkeen suunnitelma.

6.1.1 Tervein Mielin Pohjois-Suomessa – onnistuuko integraatio?

Matti Kaivosoja

Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke on osa pitkäaikaista kehittämistyötä kaikissa viidessä pohjoisimmassa sairaanhoitopiirissä. Sen teoreettisena viitekehystenä on Pohjanmaa-hankkeeseen (2005–2014) jäsennetty kehittämisstrategia (Wahlbeck ym 2007). Hankkeen suunnittelussa hyödynnettiin Pohjanmaa-hankkeen kahden ensimmäisen toimintakauden kokemuksia (Kaivosoja ja Lassila 2007) sekä Lapin mielenterveys- ja päihdehankkeiden kokemuksia. Valmistelussa pidettiin tärkeänä, että hanketyö voi käytännössä sekä jatkaa kunkin maakunnan/alueen omaa kehittämistyötä että suunnata kehittämistä KASTE -ohjelman sekä kansallisen Mieli-ohjelman mukaisesti. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke jäsentyy viiteen tavoitekokonaisuuteen (niin sanottu tavoitekoriin):

1. Kunnalliset/alueelliset hyvinvointistrategia- ja palvelusuunnitelmat
2. Promootio ja preventio mielenterveys- ja päihdetyössä
3. Hoitoketjutyöskentely
4. Kuntoutus
5. Työelämän kysymykset

Kaikilla viidellä alueella kehitetään kuntien ja yhteistoiminta-alueiden mielenterveys- ja päihdestrategioita sekä kehitetään kuntoutusta. Lisäksi kukin alue on voinut nimetä kolmannen painopisteen, ehkäisevä työ (Kainuu, Lappi, Länsi-Pohja), hoitoketjut (Pohjois-Pohjanmaa) tai työelämän kysymykset (Keski-Pohjanmaa).

Osallisuuden edistäminen

Hanke on tuonut kaikilla viidellä alueella eri tavoin esille kuntalaisten ja erityisesti palvelujen käyttäjien mahdollisuuksia vaikuttaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Jokaisella alueella on muodostettu alueellinen ohjausryhmä/johtoryhmä, jossa on myös palveluja käyttävien tai etujärjestön edustus. Tämä on ollut uutta. Ei ole tavallista, että palvelujen käyttäjät osallistuvat kunnallisten johtavien viranhaltijoiden ja asiantuntijoiden kanssa samoissa pöydissä pohtimassa palvelujen kehittämissuunnitelmia. Ennakkoon oli monenlaisia odotuksia, huolta yhteistyön aitoudesta ja huomion kiinnittymisestä toissijaisiin asioihin. Käytännössä kokemukset ovat olleet positiivisia eikä käyttäjien osallistuminen ole aiheuttanut ongelmia. Yhteistyössä on ollut samanlaisia ongelmia kuin aina erilaisten näkemysten ja kokemusten kohdatessa ja siten myös uuden käytännön vaikutukset ovat positiivisia. Kuntalaisen ja palvelujen käyttäjän

näkökulma on erilainen kuin kunnallisen suunnittelijan tai palveluissa työskentelevän ammattilaisen. Tähän sisältyy sellaista tietoa palvelujen kehittämismahdollisuuksista, jota ei voida tavoittaa ilman käyttäjien osallisuutta tutkijoina (Beresford ja Salo 2008).

Keski-Pohjanmaan kokemustutkijat ry on ollut mukana tekemässä potilasesitteitä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian osastoille. Esitteet on tehty tukemaan niitä potilaita, joiden hoidossa on käytetty erilaisia rajoitustoimia. Jo nyt esitteestä työstetään omia versioita ainakin Kainuussa ja Lapissa, jossa esite liitetään kehitteillä olevaan tahdonvastaista hoitoa ehkäisevään hoitomalliin. Kainuussa on järjestetty kuntakohtaisia kuulemistilaisuuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistarpeiden selvittämiseksi. Länsi-Pohjassa hanketyöntekijät ovat jalkautuneet muun muassa kauppakeskuksiin kuulemaan ihmisten odotuksia palvelujen kehittämiseksi sekä aktivoineet nuoria tuomaan tarpeitaan esille nuorille tuttua media käyttäen. Pohjois-Pohjanmaalla on nojautunut jo aiempaan pitkään järjestöyhteistyöhön ja Lapin sairaanhoitopiirissä on kehitetty muun muassa omaisen osallistumista potilaan hoitoon. Lapin kunnissa mielenterveys- ja päihdestrategioiden laadinnassa on kuntakohtaisesti kuultu kuntalaisia, palvelujen käyttäjiä, luottamushenkilöitä sekä virkamiehiä.

Vielä on liian aikaista arvioida onnistutaanko palvelujen käyttäjien kokemuksen ja erityisesti kokemustutkijoiden tiedon systemaattisessa integroinnissa palvelujen kehittämiseen. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa on hankkeena lähtenyt määrätietoisesti toteuttamaan tätä kansallisesti sovittua tavoitetta. Hyvin sitoutuneet ja koulutautuneet kokemusasiantuntijat ja kokemustutkijat ovat olleet vakuuttavia toimijoita tähänastisessa yhteistyössä. ITHACA -hankkeen raportti (Salo 2010) ihmisoikeuksien arvioinnista mielenterveys- ja päihdeyksiköissä on herättänyt sekä keskustelua että oman toiminnan arviointia ainakin Keski-Pohjanmaan keskussairaala, joka oli yksi tutkituista kohteista. Mikäli arviointi olisi edennyt vailla ongelmia, pelkoja tai vastapelkoja, olisiko mitään uutta voitu odottaakaan? Arviointi on myös loukannut, kuten uusi tieto yleensä loukkaa vakiintuneen tiedon asemaa – joskus sen tiedon omistajaakin. Tämä ei onneksi ole johtanut uuden tiedon torjumiseen vaan yhteistyön syvenemiseen ja kokemustiedon hyödyntämiseen erityisesti potilaille jaettavan informaation kehittämisessä.

Strategiatyön jännitteet

Mielenterveys- ja päihdetyön vakiintuva kehittäminen edellyttää sen sisällyttämistä kuntien strategioihin ja tämä on selkeästi kirjattu kansalliseen suunnitelmaan. Hanke on jatkanut Pohjanmaa -hankkeessa kehitetyn toimintamallin levittämistä kuntien strategiatyön malliksi (Laitila ja Järvinen 2009). Kuntien strategiatyöhön vaikuttaminen on selvästi kaksiteräinen miekka. Valtionavustus on kunnille merkittävä houkutin uusien asioiden tekemiselle. Samalla on melkoinen houkutus teettää saadun avun nojalla sellaisia tehtäviä, jotka eivät uhkaa palvelujen, rahoituksen ja eri toimijoiden välistä tasapainotilaa. On ollut toistuvasti vaikeuksia löytää oikea lähtöpiste strategiatyölle. Sen tulisi nojautua kunnalliseen demokratiaan ja siten valtuuston päätökseen. Toisaalta siinä tulisi edistää KASTE -ohjelman, siis valtionhallinnon, asettamia tavoitteita. Ohjelmassa painotus on palvelujen parantamisessa, kunnallishallinnossa painotus on usein nykyisten palvelujen rahoituksen riittävyudessa ja kustannuksia vähentävissä strategioissa. Siten mielenterveys- ja päihdetyön tuominen kuntalähtöisen strategiatyön piiriin merkitsee samalla epäsuorasti asioiden tuomista sellaisen tarkastelun piiriin, jonka tavoitteena voi olla menojen leikkaaminen, olipa se hankkeen tai sitä rahoittavan ohjelman tarkoitus tai ei. Strategiatyöstä keskusteltaessa näyttää edellä sanotun vastinpariksi asettuvan dialogissa hanketyöntekijöiden työstämä hankkeen makuinen strategia, jolloin jää epävarmaksi, sitoutuvatko siihen palveluja rahoittavat kunnat tai palvelujen tuottajat.

Hankkeen tulos näkyy konkreettisimmin hankkeen verkkosivulle jatkuvasti päivitettävistä kartoista, joihin merkitään mielenterveystyön, päihdetyön tai molempien strategian aloittaneet ja valmiiksi saaneet kunnat ja yhteistoiminta-alueet. Lapin kunnissa, joissa laaditaan mielenterveys- ja päihdestrategioita jatketaan yhteistyötä THL:n Mielen tuki -hankkeen kanssa Tervein Mielin Pohjois-Suomessa - hankkeen jälkeen.

Ehkäisevä työ, hoitoketjut, kuntoutus

Ehkäisevää työtä on hankkeessa tehty suoraan väestöön suuntautuvana, kuten yhteistyössä maakunta- ja paikallislehtien kanssa tehdyt mielenterveyttä ja päihiteitä koskevat laajat jutut. Välillisesti on vaikutettu esimerkiksi kouluttamalla paikallisia mielenterveystyön ryhmiä ehkäisevän työn menetelmissä. Koulutukset ovat koskeneet etenkin motivoivaa haastattelua, mielenterveyden ensiaputaitoja sekä perheiden kanssa työskentelyn menetelmiä. Mielenterveyden ensiapukoulutusta on suunnattu koko hankealueella terveydenhuollon päivystysyksiköille ja tästä saatu palaute on ollut erittäin myönteistä. Lapissa on jatkettu Toimiva Lapsi & Perhe II vaiheen juurruttamista neljässä kunnassa. Menetelmän käyttöönotto on kirjattu näissä kunnissa mielenterveys- ja päihdestrategioiden toimenpiteisiin mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvien siirtymän ehkäisyssä. Lapin kunnissa ja Taivalkoskella on jalkautettu ehkäisevän päihdetyön toimintamalli peruskouluihin ja näissä kouluissa on tehty yläkoululaisille hyvinvointikysely toimintamallin pohjaksi.

Hoitoketjujen kehittäminen on psykiatriassa erityisen haastavaa, koska psykiatrisen hoidon osalta suurimmat puutteet eivät ole hoitoketjujen toimivuudessa, vaan hoidon rajallisessa saatavuudessa. Kun tarpeenmukaista hoitoa ei ole tarjottavissa, on psykiatriassa totuttu räätälöimään potilaalle parasta saatavissa olevaa hoitoa sen sijaan, että hänet olisi asetettu tarpeenmukaisen hoidon epämääräisen mittaiseen jonoon. Pohjois-Pohjanmaalla hankkeemme on lähtenyt kartoittamaan sitä, miten hoitoketjut käytännössä toteutuvat nyt liian teoreettisiksi koettujen hoitoketjujen kehittämiseksi.

Kuntoutuksen osalta kehittämistä on vaikea kuvata kokonaisuutena, koska jokaisella alueella toimet ovat olleet erilaisia riippuen lähtötilanteesta ja koetuista puutteista. Yhteisiä piirteitä ovat laaja-alaiset neuvottelut, avokuntoutuksen mahdollisuuksien selvitykset ja kuvaukset, asumispalvelujen selvitykset, päihdepalvelujen selvitykset sekä nuorten kuntoutuksen kehittämisen selvitystyöt. Kuntoutujien fyysisen terveyden parantaminen ja sitä kautta psyykkisiä sairauksia sairastavien ennakaisen kuoleman riskin vähentäminen on koettu yhteiseksi haasteeksi. Lapin sairaanhoitopiirin johdolla on kehitteillä skitsofreniaa sairastavan henkilön tehostetun terveydenseurannan toimintamalli.

Merkittävin yhteinen tekijä on ollut asumispalvelujen kehittämissuosituksen käytön edistäminen ja palvelujen yhteismitallisen arvioinnin kehittämiseksi tehdyn RAI-järjestelmän käyttöönoton edistäminen. Palvelujen käyttäjän tarpeiden systemaattinen arviointi käyttäen RAI-järjestelmän eri osia (akuuttihoito, pitkäaikaishoito, avohoito) tulee parantamaan asiakkaan asemaa mutta se parantaa myös palveluja järjestävän/ostavan kunnan mahdollisuuksia ohjata, arvioida ja verrata palvelujen tuottajia. RAI:n käyttöön otto on edennyt nopeimmin Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä sekä Oulun kaupungissa, lisäksi Länsi-Pohjassa ja Kainuussa on otettu askelia käytön suuntaan. Lapin sairaanhoitopiirissä RAI:n käyttöä pilotoitiin, mutta järjestelmän käyttösovimusta ei jatkettu ja käyttöönottoa harkittaneen myöhemmin. Hankejohtajana koin Lapin ratkaisun sekä yllätyspäätöksenä että toisaalta hyvin kuvaavana sille, miten vaikeaa on koordinoita kehittämistyötä.

Yhteiskunnallisina kustannuksina suurimmat menetykset mielenterveys- ja päihdeongelmissa johtuvat menetetyistä työpanoksesta. Psykkiset syyt ovat taustalla jopa joka neljännessä sairauspäivässä ja uusista ennakaisista eläkkeistä yli 40 prosenttia johtuu psyykkisistä sairauksista. Siksi hanke on kehittänyt uusia työtapoja yhdessä kansallisen MASTO -hankkeen ja paikallisten toimijoiden kanssa työterveyshuoltojen roolin kehittämiseksi psyykkisistä syistä sairauslomalla olevien hoidossa ja kuntoutuksessa. Keski-Pohjanmaalla kaikki alueen työterveyshuollon toimijat sekä terveyskeskukset ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon sopivat uudesta hoidon porrastuksesta sekä pysyvistä yhteistyömuodoista hoitoketjujen toimivuuden takaamiseksi. Myös Kelan Länsi-Suomen alue ja Keski-Pohjanmaan vakuutuspiiri osallistuivat tähän kehittämistyöhön.

Työelämän valitseminen yhdeksi painopisteeksi oli toisaalta ongelmallistakin, koska on nähty, että muissa koreissa tehtävä työ sivuaa työelämää aina tavalla tai toisella. Pohjanmaa-hankkeen alussa kuitenkin päädyttiin työelämän ottamiseen kolmesta syystä; sairauspoissaolojen aiheuttamien yhteiskunnallisten kustannusten, työelämään pääsyvaikeuksiin liittyvän syrjinnän vähentämisen sekä työhön osallistumisen tarjoaman kuntoutumisen ja integroitumisen vuoksi (Sailas ym 2007). Hankkeen on näissä tavoitteissa pitänyt

löytää kumppanit toisaalta työelämän organisaatioista ja toisaalta koulutusorganisaatioista. Alussa painotettiin enemmän työelämää ja nyt painotusta on siirretty nuoriin, työelämään tuleviin tai sieltä syrjäytymisvaarassa oleviin. Tästä esimerkkinä on ammatillisessa koulutuksessa olevien tyky-passin kehittäminen (hyvinvointi ja terveys).

Korkeushyppyä vai kolmiloikkaa

Tässä vaiheessa on vaikea arvioida, onnistuuko hanke parantamaan palvelujen integraatiota. Esimerkiksi Länsi-Pohjassa on syntynyt selvää halua toteuttaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroitu pilottimalli. Käytännössä eteneminen yhdellä sektorilla tuntuu kuitenkin olevan kiinni kuntien suurempien rakennemuutosten valmistelusta. Samaa on havaittavissa Pohjois-Pohjanmaalla, missä strategiatyön käynnistymistä on hidastanut viive perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden muodostumisessa. Keski-Pohjanmaalla on toteutumassa valtakunnallisesti merkittävä kokonaisuus, kun keskussairaalan ja terveyskeskuksen toistensa yhteyteen rakennettuihin kiinteistöihin rakennettiin koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut ja nyt on tehty päätös myös päihdekeskuksen toteuttamisesta samalla tontilla. Tämä tuo Kokkolassa kaikki päyväystyöstä tarvitsevat palvelut yhden luukun kautta toimiviksi. Muutos ei ole nyt menossa olevan hankkeen aikaansaannos, vaan sitä on valmisteltu Pohjanmaa-hankkeen käynnistämänä sekä erillisenä päihdekeskushankkeena. Tämä on hyvä osoitus siitä, että merkittävät muutokset näyttävät vaativan yhtä hankekautta pidemmän sitoutumisen hankkeiden käynnistäjiltä ja hallinnoijilta. Kehittämistyössä yksi hyvä ponnistus voi olla näyttävä teko ja jäädä näkyväksi, mutta pitkälle ulottuvia vaikutuksia saadaan, kun hanketta varten otetaan vauhtia huolellisella valmistelulla ja kehittämistyölle luodaan sellaiset ulkoiset edellytykset, ettei jokaista loikkaa varten tarvitsisi hakea vauhtia uudelleen.

Kirjallisuus

- Beresford, Peter & Salo, Markku: Kokemuksen muodonmuutos – kohti käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. 2008.
- Kaivosoja, Matti & Lassila, Antero: Pohjanmaa-hankkeen toimintamalleja. Kirjassa: Eskola J, Karila A (toim): Mielekäs Suomi – Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki. Edita Publishing Oy. 2007.
- Laitila, Minna & Järvinen, Tiia (toim): Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 6. Helsinki. THL. 2009.
- Sailas, Eila & Selkama, Sari & Joffe, Grigori: Työ tekijäänsä kiittää - tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutumista. Duodecim 2007;123(17):2083–90.
- Salo, Markku: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. THL 22/2010. Helsinki. Yliopistopaino. 2010.
- Wahlbeck, Kristian & Kaivosoja, Matti & Lassila, Antero & Syväoja S-S: Mielenterveyden edistäminen on yhteistyötä. Suom Lääkäril: 2007: 62: 721.
- <http://www.tmps.fi/fi/painopisteet/strategiatyo/> (21.03.2011)
- http://www.tmps.fi/uploads/materiaalit/Strategia/Mielenterveys-%20ja%20paihdeyon%20strategiat_27012011.pdf (21.03.2011)

6.1.2 Välittäjä 2009

Välittäjä 2009 koostuu neljästä osahankkeesta, joissa on mukana Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit, Tampereen kaupunki ja Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä. Hankkeen tavoitteita ovat peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen, asiakkaiden osallisuuden lisääminen, ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen, päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen, saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin ja alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen. Seuraavassa esitellään erityisesti perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseen, päihde- ja mielenterveystyön perusosaamisen lisäämiseen, teknologia-avusteiseen yksilö- ja ryhmämuotoiseen asiakastyöhön,

ehkäisevän päihdetyön seutukoordinaatioon sekä ASI -työkalun käyttöönottoon liittyvää kehittämistyötä ja sen tuloksia.

6.1.2.1 Perhe- ja lähisuhdeväkivallan kohtaaminen auttamistyössä – tunnistanko, puutunko, osaanko auttaa? Kouluttautumisesta saatavan tiedon juurruttaminen

Veli-Matti Saarinen

Prosessikoulutuksen kuvaus

Välittäjä 2009 Pohjanmaa-hankkeen kahdeksanpäiväisestä väkivallan prosessikoulutuksesta valmistui vuoden 2010 alussa 34 niin sanottua "väkivallan vastaisen työn kärkiosaajaa". Osallistujista pääosa toimii sosi-aali- ja terveysalalla sekä seurakunnan palveluksessa Etelä-Pohjanmaan alueella. Kaksi koulutettavaa valmistui Vaasasta ja yksi Kokkolasta. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä tietoa perhe- ja lähisuhdeväkivallan ilmiöstä, kehittää osallistujien tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia väkivallan ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen reagointiin sekä väkivaltaa kokeneiden, väkivaltaa käyttäneiden ja heidän läheistensä ammatilliseen kohtaamiseen ja auttamiseen. Koulutuksen aikana osallistujat laativat omaan organisaatioonsa/työyksikköönsä soveltuvan ja paikalliseen auttamisverkostoon integroituvan perhe- ja lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja siihen puuttumisen toimintamallin. Lisäksi osallistujat ovat sitoutuneet välittämään koulutuksessa saamaansa tietoa oman työyhteisönsä käyttöön.

Koulutuksen sisältönä olivat seuraavat teemat:

- Väkivaltatyön eettiset, ammatilliset ja lainsäädännölliset perusteet
- Dialogisuus työmenetelmänä asiakas- ja verkostotyössä
- Perhe- ja lähisuhdeväkivalta eri ilmenemismuotoineen, väkivallan selitysmallit, ilmiön tunnistaminen, väkivallan puheeksi ottaminen, väkivaltaa kokeneen, sitä käyttäneen ja heidän läheistensä auttaminen, väkivallan vaikutukset yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasoilla
- Lasten kaltoinkohtelu eri muotoineen, sen tunnistaminen, siihen puuttuminen sekä lapsen ja perheen auttaminen
- Vammaisiin, kehitysvammaisiin, ja vanhuksiin kohdistuva väkivalta ja samaa sukupuolta olevien suhteissa ilmenevä väkivalta, tunnistaminen, puuttuminen ja auttaminen
- Väkivaltatyön toimintamallit ja niiden merkitys moniammatillisessa yhteistyössä
- Väkivalta ja vastatunteet
- Väkivaltatyössä jaksaminen

Koulutus toteutui kahdeksan lähiopetuspäivää (yhteensä 60 h), etätehtäviä ja omaehtoista työskentelyä sisältävänä prosessikoulutuksena 31.3.2009–19.1.2010. Opetusmenetelminä käytettiin luento-opetusta ja yhteistoiminnallista oppimista, tapauskuvauksiin perustuvia harjoituksia, roolileikkejä ja ryhmäkeskustelua. Koulutuksessa pitivät puheenvuorot niin väkivaltaa kokenut kuin väkivaltaa käyttänytkin kokemusasiantuntija. Koulutuksen pääkouluttajina toimivat TtT Aune Flinck, TtT Tuija Leppäkoski sekä kehittämissuunnittelija Veli-Matti Saarinen. Lisäksi mukana on ollut useita alan asiantuntijoita muun muassa väkivaltailmiön tunnistamisen, reagoimisen, auttamisen ja juridiikan alalta.

Koulutuspalautte

Kaikilta koulutuspäiviltä on kerätty osallistujien palaute. Prosessikoulutus herätti useat osallistujat miettimään väkivallan monimuotoisuutta. Väkivaltaa ei ole ainoastaan fyysinen väkivalta, vaan sitä voi lähes yhtä vammauttavalla tavalla olla henkinen alistaminen, haukkuminen tai esimerkiksi puhelimenkäytön ja

auton matkakilometrien vahtiminen. Palautteista käy myös ilmi, että aikaisemmin työssä ei välttämättä osattu tunnistaa saati reagoida väkivaltaan, vaikka siitä omilta asiakkailtaan oli kuullut.

Omien työyksiköiden toimintamallien laatiminen ei ollut useille helppoa. Tämä johtui siitä, että ensimmäisen kerran perusteellisesti jouduttiin analysoimaan, miten omassa työyhteisössä suhtaudutaan väkivaltaan. Muutamassa työyhteisössä koulutettava ei ollut saanut työyhteisön täyttä tukea ja asiaa oli kommentoitu muun muassa seuraavasti: "Väkivaltaan puuttuminen ei ole meidän asia"! Toisaalta koulutettaville osin koulutuksen myötä oli tullut tietoisuus siitä, että ilmiöön on aina työntekijän organisaatiosta tai työntekijän asemasta riippumatta reagoitava. On osattava tunnistaa, turvata ja toimia. Väkivallan kokijaa ja tekijää on autettava riittävän intensiivisesti ja niin kauan kuin on tarpeen tai saatettava lähes kädestä pitäen seuraavaan instanssiin.

Arvoasteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä) koulutuspalaute painottui arvosanoihin 4 ja 5. Koulutus oli vastannut odotuksiin, se antoi uutta tietoa ja uusia tarkastelukulmia, se edesauttoi oman toiminnan kriittisessä tarkastelussa, kouluttajat olivat alansa asiantuntijoita, opittua voi soveltaa omassa työssä ja kokonaisuutena, koulutusjärjestelyt olivat onnistuneet. Kritiikkiä tuli lähinnä koulutuspaikan olosuhteista ja oppimistehtävien vaativuudesta.

Kehittämisen prosessin arviointia

Työyksiköiden tai yksittäisen työntekijän osaamisen kehittäminen tai uusien toimintamallien käyttöönotto vaatii syvällistä pohtimista. Tulee miettiä, miten omassa työyhteisössä asioihin reagoidaan ja mitä tulisi jatkossa tehdä, jotta asiakkaiden tarpeet tulisivat huomatuiksi.

Koulutusprosessi on ollut erittäin antoisa ja vahvistanut käsitystä siitä, että toimintakulttuurin kehittymiseksi tarvitaan tietoa, taitoa ja pitkäjänteisyyttä. Tässä mielessä prosessikoulutus on lunastanut odotukset. On käynyt ilmi, että koulutukseen osallistuneista useat ovat osallistuneet myös kuntien perhe- ja lähisuhte- väkivallan ehkäisyn toimintaohjetta valmisteleviin työryhmiin.

Yksittäiset koulutuspäivät aiheesta ovat kyllä varmasti paikallaan, mutta toiminnan vieminen käytännön tasolle on vaatinut ja vaatii jatkossakin perusteellista perehtymistä aiheeseen, omien vastatunteiden käsitte- lyä, oman työorganisaation tutkimista ja selkeiden työpaikkakohtaisten toimintaohjeiden laatimista ja väki- vällän puheeksioton harjoittelua käytännössä. Lisäksi tarvitaan kunnallisten moniammatillisesti koottujen väkivalta- tai turvallisuustyöryhmien säännöllisiä kokoontumisia ja prosessiluonteista työskentelyä väkival- lan ehkäisyn toimintaohjelmien aikaansaamiseksi ja väkivaltatyön saumattoman hoitoketjun varmistami- seksi.

Osaamisen ylläpito ja juurruttaminen

Koulutetuille tarjotaan vuosittain mahdollisuus osallistua Välittäjä 2009 Pohjanmaa-hankkeen järjestämään koulutukseen opittujen taitojen ylläpitämiseksi ja juurtumisen varmistamiseksi. Lisäksi koulutusryhmä kutsutaan vuosittain omaan ryhmätapaamiseen, jossa pohditaan omilla alueilla tapahtunutta edistystä, henkilökohtaisia pulmatilanteita, onnistumisia tai hyviä käytäntöjä väkivallan vastaisessa työssä.

Arviointi

Koulutettavat antoivat jo koulutuksen aikana palautteet jokaisesta koulutuspäivästä. Arvioimme vielä syk- syllä 2011 kyselyllä, mitä hyötyä koulutusprosessista on ollut, mitkä taidot ovat jääneet pysyviksi käytän- nöiksi ja mitä kehitettävää väkivaltatyössä omalla alueella on edelleen. On tärkeä tietää onko koulutettavien omassa huomaamisessa ja reagoinnissa väkivaltailmiöön tapahtunut muutoksia heidän arkityössään koulu- tuksen myötä.

Koulutuskonseptin siirrettävyys

Prosessikoulutus on siirrettävissä muille alueille. Sen edellytyksinä ovat riittävä taloudellinen ja ajallinen satsaus koulutukseen sekä sen suunnitteluun, pysyvä henkilö, joka koordinoi koulutusta, osaavien koulutta-

jien saaminen ja jatkuvuuden sekä arvioinnin turvaaminen. Myös prosessikoulutuksen suunnitteluvaihe vaatii riittävää osaamista ja tietoa väkivallasta yksilöllisenä, yhteisöllisenä sekä yhteiskunnallisena ilmiönä.

6.1.2.2 Hyvinvoimaa Hämeessä

Susanna Leimio-Reijonen, Tiina Saarinen ja Silja Wahlsten

Postmoderneja toimintaympäristöjä ja niiden todellisuuksia, kuten moniulotteista mielenterveys- ja päihde-työtä, voidaan yleisesti luonnehtia toiminnaksi monimutkaisten tai luonteeltaan vaikeiden ongelmien parissa. Masonin ja Mitroffin (1981) mukaan näitä niin sanottuja ilkeitä ongelmia ei suoranaisesti voida ratkaista, mutta ne ovat hallittavissa verkottuneella tiedolla. Verkottuminen edellyttää McNeillien (2005) mukaan muun muassa ”uudenlaista monipuolisesti jakavaa tekniikkaa, kasvavaa kompleksisuuden hallintaa, taitoa käsitellä kokonaisuutta ja ymmärrystä yli oman perinteisen byrokraattisen ja hierarkkisen reviirin, uutta lainsäädäntöä valtion ja suurempien organisaatioiden osalta, järjestelmien yhteensovittamista ja yhteisiä standardeja, aktiivisuutta esimerkiksi kansalaisten ja tiedon jakajien osalta, yhteistyöhalukkuutta ja yhteistyökykyä tiedon jakajien kesken sekä ennen kaikkea innovatiivisuutta, uusien mahdollisuuksien ja muutoksen mahdollisuuden näkemistä”. Työskentelyä päihde- ja mielenterveyskysymysten parissa voidaan tarkastella sosiaalisena ongelmana, jolloin ongelman ratkaisemiseksi on löydettävä yhteisiä sopimuksia, kollektiivista ymmärrystä ja moniäänisiä hyviä käytäntöjä.

Välittäjä 2009 -hanke on Väli-Suomen alueella toteutettava uuden sukupolven hanke, jonka tarkoituksena on ollut kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluita perinteisestä hanketyöskentelystä poikkeavalla tavalla. Toiminnan ydin on ollut valtakunnallisten ohjelmien ohella esiin nousevissa paikallisissa ja ajankohtaisissa tarpeissa. Prosessikeskeinen toimintatapa on ohjannut Välittäjiä etsimään uusia tulokulmia ole-massa oleviin haasteisiin ja hyödyntämään vanhoja, hyväksi havaittuja keinoja ja tapoja toimia uusienkin kysymysten parissa. Parhaiten prosesseihin on päästy kiinni verkostoitumalla ja vahvistamalla yhdessä tekemisen eetosta. Yhteistyö onkin merkinnyt paljon enemmän kuin yhteistyö yleensä. Puhumisesta on siirrytty tekojen asteelle. Mieliin on istutettu ajatus, että ”yhdistämällä sidosryhmien paikallisen toiminnan asiantuntijuus kehittämistoiminnan asiantuntijuuteen, luovuuteen, innovatiivisuuteen, avoimuuteen, verkostoihin ja teknologian hyödyntämiseen voidaan päästä huikeisiin tuloksiin, yhdessä.” (Välittäjä-hanke)

Hämeen osahankkeessa keskeinen kehittämisen alue on ollut perustason työntekijöiden osaamisen vahvistaminen terveysasemilla. Hankkeessa on myös kehitetty osaamiskartoitusta osana koulutusprosessien suunnittelua, verkostotyöskentelyä, arviointia sekä sosiaalisen median palvelujen käyttöä kehittämis- ja asiantuntijatyössä. Keskeistä on niin ikään ollut päihdetyön määrittely hyvinvoinnin näkökulmasta. Tässä artikkelissa kuvataan Hämeen osahankkeen kolmea eri tasolla toteutettua kehittämisprosessia. Ensimmäisenä kehittäjä-päihdetyöntekijä Tiina Saarinen kuvaa Lahden perusterveydenhuollon päihde- ja mielenterveystyön kehittämisryhmien toimintaa. Seuraavaksi suunnittelija Silja Wahlsten kuvaa vuorovaikutteisen teknologian mahdollisuuksia päihde- ja mielenterveystyössä ja lopuksi ehkäisevän työn seutukoordinaattori, suunnittelija Susanna Leimio-Reijonen avaa päijäthämäläistä seutukoordinaatio toimintaa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta.

Päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen Lahden perusterveydenhuollossa: Päihde- ja mielenterveystyön kehittämisryhmät

Lahden perusterveydenhuollossa toteutetun hankkeen tavoitteena on ollut kehittää päihde- ja mielenterveystyötä kokonaisvaltaisesti Mieli-linjausten mukaisesti. Painopistealueita ovat olleet päihde- ja mielenterveystyön osaamisen lisääminen, käytännöstä nousevien toimintamallien (muun muassa yhteiset käytännöt ja konsultointi) sekä päihde- ja mielenterveystyön toimijoiden ja organisaatioiden yhteistyön kehittäminen. Yksi kehittämisprosessin osa-alue on ollut päihde- ja mielenterveystyön kehittämisryhmien kokoaminen, niiden toiminnan kehittäminen käytännön työtä tukeväksi ja asiakkaiden osallisuutta lisääväksi sekä ryhmien toiminnan juurruttaminen pysyväksi päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämisfoorumiksi.

Lahdessa päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat toimineet pääosin toisistaan erillään, omina kokonaisuuksinaan ja ilman yhteisiä tapaamisia tai verkostoja muiden vastaavaa työtä tekevien kanssa. Yhteistyö sekä tietoisuus toisten toimijoiden palveluista on niin ikään ollut hajanaista. Yhteisten päihde- ja mielenterveystyön kehittämisryhmien suunnittelu ja kokoaminen aloitettiin kesällä 2010 Välittäjä 2009 -hankkeen toimesta. Samana syksynä Lahdessa käynnistyi kaksi kehittämisryhmää. Toiseen ryhmään kuului terveysasemien osastonhoitajien, vastuulääkäreiden, psykiatristen sairaanhoitajien, päihdevastaavien sairaanhoitajien sekä A-klinikkatoimen, AA:n (Nimettömien Alkoholistien), Elämäntapaliiton, A-killan, Myllyhoidon, Välittäjä 2009 -hankkeen ja asiakkaiden edustajia. Asiakasedustajat toimivat ryhmässä lisätäkseen asiakkaiden osallisuutta palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Toinen kehittämisryhmä muodostui terveysasemien päihdevastaavista sairaanhoitajista ja psykiatrisista sairaanhoitajista. Toistaiseksi ryhmien toimintaa koordinoi Välittäjä 2009 -hanke, mutta toiminta on siirtymässä osaksi terveysasemien ja päihdehuollon toimijoiden työtä.

Molemmat kehittämisryhmät kokoontuvat säännöllisesti 2–3 kuukauden välein. Kehittämisryhmissä on käytetty pienryhmätyöskentelyä ja osallistavia työskentelytapoja. Ryhmissä esille nousseita kehittämissajatuksia ja -toiveita ovat olleet muun muassa terveysasemien yhteisten käytäntöjen luominen päihdeasiakkaiden hoidossa, tiimityöskentely, asiakkaan motivoiminen elämäntapojen muutokseen, lääkeriippuvuuksien ennaltaehkäisy ja hoito, terveysasemien päihdevastaavien sairaanhoitajien työnkuvan kehittäminen ja osaamisen lisääminen sekä asiakkaan sujuva hoitoonohjaus perusterveydenhuollosta päihdehoidon erityispalveluihin. Terveysasemien tiimeissä on käyty Välittäjä 2009 -hankkeen johdolla keskustelua yhteisistä käytännöistä, järjestetty motivoivan haastattelun koulutusta, tutustumiskäyntejä Lahden A-klinikkatoimeen, koottu päihdetyön palveluvalikko terveysaseman asiakkaille, kehitetty terveysasemien päihdevastaavien sairaanhoitajien työnkuvaa ja oltu luomassa mallia konsultoivan päihdetyön asiantuntijalääkäriin työnkuvasta perusterveydenhuollossa.

Päihde- ja mielenterveystyön toimijoiden yhteistyön kehittäminen edistää sujuvien palveluketjujen kehittämistä peruspalveluista erityispalveluihin sekä päihde- ja mielenterveystyön työntekijöiden yhteistyötä peruspalveluiden sisällä. Yhteistyön kehittyminen edistää päihde- ja mielenterveyspalvelujen muutosta kohti toimivaa kokonaisuutta, jotta asiakkaille voitaisiin tarjota mahdollisimman kokonaisvaltaista hoitoa ja ongelmiin voitaisiin puuttua jo varhaisvaiheessa, perusterveydenhuollossa, yhden oven periaatteella. Tällainen toiminta vähentää laitoshoidon ja erityispalvelujen tarvetta ja kehittää ennaltaehkäisevää työtä.

Välitin – vuorovaikutteisen teknologian tuominen päihde- ja mielenterveys-työhön

Välitin koostuu kahdesta kokeilusta, Viidakosta ja Kotiruudusta, joissa hyödynnetään vuorovaikutteista teknologiaa asiakastyössä päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kanssa. Viidakko-hanke toteutetaan Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa ja siinä keskitytään uuden avopalvelumuodon sisällön kehittämiseen. Kotiruutu taas on Sopimusvuori ry:n toteuttamaa kehittämistoimintaa ja osana psykiatrisen kotikuntoutuksen kehittämistä. Molemmat kokeilut toteutetaan yhteistyönä Tampereen kaupungin kanssa. Välittäjä 2009 -hankkeella on toiminnan toteuttajan ja koordinoijan rooli.

Viidakko- ja Kotiruutu-hankkeessa on käytössä yhteensä 24 kosketusnäyttöllistä videoneuvottelulaitteistoja. Suurin osa laitteista on varattu asiakkaille kotiin asennettavaksi ja muutama laite on sijoitettu Mainiemen ja Sopimusvuoren toimipisteisiin. Laitteiden välityksellä asiakkaille tarjotaan kahdenvälisiä kuvapuheluja sekä ryhmämuotoisia palveluja. Kosketusnäyttölaitteiden lisäksi toimintaan on mahdollista osallistua omalta tietokoneelta Mobile-yhteyden avulla. Viidakossa ja Kotiruudussa Mobile-yhteyksiä tarjotaan asiakkaiden läheis- sekä viranomaisverkostoille.

Viidakko-hankkeessa viikko-ohjelma on asiakkaiden nähtävissä laitteella ja se koostuu ennalta sovitusta kahdenvälisistä kuvapuheluista, ryhmätapaamisista joita kutsumme Viidakkoryhmiksi sekä yhteisökokouksista. Kahdenväliset kuvapuhelut sekä ryhmätapaamiset ovat viikoittaisia. Yhteisökokouksia pidetään joka toinen viikko ja niissä käsitellään yhteisön toimintaa sekä Viidakko-palvelun kehittämistä. Kuvapuhelu on kestoaltaan tunnin mittainen ja ryhmätapaamiset kestävät 1,5 tuntia. Kuvapuheluissa ei ole ennalta

sovittuja aiheita vaan keskustelun aiheena on aina sillä hetkellä asiakkaan esiin nostamat asiat. Viidakko-ryhmissä aihe on aina sovittu ennalta yhdessä asiakkaiden kanssa edellisessä tapaamisessa. Ryhmään liittyviä ennakkotehtäviä ja materiaaleja on luettavissa laitteen kautta sekä tarpeen mukaan niitä lähetetään myös sähköpostitse tai tavallisena kirjepostina. Laitteen avulla on ryhmämateriaalien lisäksi mahdollista tutustua erilaisiin Internet-sivuihin, joiden kautta asiakas voi saada itselleen tietoa, apua tai viihdykettä, esimerkiksi Tampereen kaupungin sivut, Yle Areena ja Päihdelinkki.

Viidakon ja Kotiruudun pohjana on Kaste-ohjelmasta ja Mieli-suunnitelmasta nousevat tavoitteet asiakkaiden osallisuuden lisäämisestä palveluiden toteuttamisessa, suunnittelussa ja kehittämisessä sekä avopalvelupainotteisuuden lisääminen ja monipuolistaminen päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Näitä tavoitteita edistetään suunnittelemalla, toteuttamalla ja kehittämällä toimintaa tiiviissä yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Palvelua kehitetään prosessinomaisesti ja tavoitteena on saada kustannustehokas malli uudeltaisesta vuorovaikutteista teknologiaa hyödyntävästä avopalvelusta. Kehittämistyö on yhteinen prosessi, jonka lopputulosta työntekijät eivät ole ennalta määrittäneet. Lopputulos selviää syksyllä 2011 kun kokeilut päättyvät. Näin toimimalla taataan se, että asiakkaiden mielipiteet ja kokemukset todella vaikuttavat toiminnan kehittämiseen.

Työntekijänä olen kokenut, että teknologiaa hyödyntävän palvelun merkittävimpiä kuntouttavia elementtejä on palvelun saatavuus ja vuorovaikutus. Teknologiavälitteinen palvelu ei siten oleellisesti eroa kasvokkain tapahtuvasta asiakastyöstä, ennemminkin se korostaa hyvän vuorovaikutussuhteen tarvetta. Käytännön toiminta Viidakko-hankkeessa on osoittanut, että palvelun tuominen asiakkaiden arkeen, heidän kotiinsa, avaa myös keskustelulle aivan uudenlaisen syvyyden ja tason. Asiakkaat ovat tuoneet esille jo kokeilun alkuvaiheessa, että laitteen mahdollistama fyysinen etäisyys on jopa helpottanut puhumista ja avautumista vaikeista asioista. Viidakko-hankkeessa asiakkaat ovat ilmaisseet itselleen merkittäväksi asiakas-tavoitettavuuden ja säännöllisyyden sekä laitteiden välityksellä saamansa vuorovaikutteisen vertaistuen. Tekniikka mahdollistaa myös työn ja palvelun monimuotoisuutta ja liikkuvuutta. Resursseja voidaan kyseisellä toiminnalla säästää paljonkin, puhumattakaan asiakkaiden resursseista, esimerkiksi siitä ajasta, jonka asiakas käyttää tullessaan palveluiden luo.

Välittimessä käytössä oleva teknologia ei tällaisenaan mahdollista palvelun toimimista sosiaalisen median periaatteiden mukaisena verkkoviestintäympäristönä. Asiakkaat eivät tällä hetkellä pysty laitteille tuomaan materiaalia, eivätkä he pääse itse muuttamaan ulkoasua tai sisältöä eli siinä mielessä asiakkaat eivät ole työntekijän kanssa tasaveroisia. Asiakkaiden ideat, ajatukset ja mielipide ulkoasuun, sisältöön ja laitteen kautta jaettavaan tietoon ja materiaaliin on taattava muilla keinoilla, aktiivisesti asioista kyselemällä, arvioimalla ja puhumalla. Yhteiselle arvioinnille ja keskustelulle on varattava aikaa osana palvelua.

Viidakko- ja Kotiruutu- sekä muissa vastaavaa teknologiaa hyödyntävissä hankkeissa luodut sisällöt ja palvelumallit ovat toteutettavissa missä tahansa Suomessa, minkä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun alueella. Hyviä kokemuksia on saatu jo ikäihmisille suunnatussa Ikälinja-hankkeessa sekä meillä olevassa Turvallinen koti -hankkeessa. Viidakon ja Kotiruudun kerätyistä kokemuksista voi lukea lisää syksyllä 2011 Välittäjä 2009 -hankkeen loppuraportista. Hankkeista voi myös tiedustella suoraan Sopimusvuoren kotikuntoutuksesta sekä Välittäjä 2009 -hankkeen Hämeen osahankkeesta (= Mainiemen päihdetyön kehittämissyksikkö).

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön seutukoordinaattorikokeilu

Päijät-Hämeessä käynnistettiin Mieli -suunnitelman ehdotusten mukainen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön seutukoordinaattorikokeilu kesäkuussa 2010. Välittäjä 2009 -hankkeen suunnitelmassa kokeilun tavoitteeksi asetettiin ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen. Tavoitetta konkretisoitiin paikallisesti, ja ajatus tarkentui seudullisen ehkäisevän työn aseman kehittämiseen ja tietopohjan vahvistamiseen. Osatavoitteita nimettiin neljä: ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön rakenteen määrittely, toimintaympäristön kartoitus ja analyysi, kansalaiskeskustelun käynnistäminen ja seutukoordinaattorin tehtävän vakinaistaminen. Kokeilu toteutui kahtena päälinjana, ehkäisevän työn kehittämisenä osana alueellista perustyötä sekä näkyvimpinä ja mediaseksikkäämpinä kampanjoina ja tempauksina. Kes-

keisiä teemoja olivat osallisuus, yhteisöllisyys ja yhteistoiminta, keinoina monimuotoiset verkostokokoukset ja sosiaalinen media sekä toimintatapana jaettu asiantuntijuus.

Seutukoordinaattorikokeilun käynnistyessä Päijät-Hämeessä tehtiin pääasiassa eriytettyä ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä. Ajatus niiden seudullisesta koordinaatiosta ja rajapintoja etsivästä yhteistoinnasta oli uutta, joten työ käynnistettiin alueverkostojen kokoamisella. Tarkoituksena oli saada liikkeelle ja yhteistyöhön kaikki ne toimijatahot julkiselta ja kolmannelta sektorilta sekä elinkeinoelämän parista, joita ehkäisevä työ tai päihde- ja mielenterveyskysymykset jollakin tavalla puhuttivat (PAKKA-menettelmät, 2009; Kurki 2000). Verkostoitumisella ja ehkäisevän työn rakenteistamisella pyrittiin pureutumaan kysymykseen työn vastuista ja vastuusta, joka saattaisi jollakin tavalla kuulua kaikille.

Päijät-Hämeeseen muodostui neljä alueellista moniosajatiimiä, alueverkostoa, joista jokaisen vastuunhenkilöksi nimettiin aluekoordinaattori. Verkostot järjestäytyivät ja kartoittivat ensi töikseen oman kaupunkinsa tai yhteistoiminta-alueen päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien sekä ehkäisevän työn tilaa: miten asukkaat voivat ja mitä hyvinvoinnin eteen tehdään jo nyt ehkäisevän työn nimissä. Yksi tiedonkeruumenetelmä tehtyjen raporttien, selvitysten ja tutkimusten ohella oli ZEF-editorilla toteutettu, päijät-hämläisiä tavoittanut seudullinen verkkokysely. Lisäksi alueverkostot taulukoivat tietoa tekemästään ehkäisevästä työstä, pitivät kokouksia ja dokumentoivat työtänsä perustettuun verkostowikiin (<http://phekaisevatyo.pbworks.com>). Toimintaympäristön kartoitus laajeni kerätyn tiedon analyysiksi, joka hankkeen edetessä näytti suuntaa, mihin ehkäisevä työ alueella tulisi erityisesti kohdentaa, millaisia interventioita tarvittiin ja mitkä olisivat riittäviä tai sopivia keinoja päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi.

Rakenteisiin pureutuva työ oli hidasta, pitkäjänteistä ja tähtäsi selkeästi tulevaisuuteen ja pysyvyyteen. Näyttöä tuloksista ja toiminnan tehokkuudesta saattoi kuitenkin vain arvailla vuoden mittaisen jakson loppupuolella, joten oli löydettävä myös näkyvämpiä muotoja ehkäisevän työn voimannäytteeksi. Hankkeessa tartuttiin valikoituihin hyviin käytäntöihin seudullisen koordinaation ja verkostotyöskentelyn merkityksen esiin nostamiseksi. Päijät-Hämeessä käynnistettiin PAKKA-menettelmien (2009) mukainen tarjontakysymykseen pureutuva työryhmä yhteistyössä alkoholielinkeinojen harjoittajien kanssa. Työryhmään liittyivät aluehallintoviraston alkoholitarastajan tukemana niin kauppiat, ravintoloitsijat kuin poliisitkin. Työtä ryhtyi sivusta tarkkailemaan kaksi opinnäytetyöntekijää. Suunnitelmaksi syntyi Estä överit -kampanja koulujen päättäjäsiviikolle yhtä aikaa ravintoloissa ja kauppoissa erityisnäkökulmana ikärajat ja niiden valvonta sekä päihtyneille ja alaikäisille myyminen ja alkoholin välittäminen.

Media kytkettiin osaksi seudullista yhteistyötä heti kokeilun alusta alkaen yleisen päihdemyönteiseen kulttuuriin kohdistuvan keskustelun herättelemiseksi. Paikallisia radioita ja lehtiä tiedotettiin seutukoordinaattorikokeilun alkamisesta, ehkäisevän työn kysymyksistä annettiin haastatteluja ja toiminnasta tehtiin näkyvää muun muassa lehtijuttujen ja blogikirjoittelun avulla. Syksyllä 2010 paikallisessa päälehdessä julkaistiin myös kahdeksan viikon mittainen juttusarja mielenterveys- ja päihdekysymyksistä alan osaajien kirjoittamana. Kevään 2011 näkyvin kampanja pureutui työikäisten alkoholinkäyttöön ja sen vaikutuksiin perheissä. Eri alan opiskelijoista, Nuorkauppakamarin ja poliisin sekä hankkeen työntekijöistä koottu työryhmä suunnitteli ja tuotti kaksi Youtubeen tallennettua lyhytvideota: ”Valinta” ja ”Äitille”. Ne muistuttavat, että alkoholin käyttöä ei koskaan voi yksityistää perheissä. Vanhempien jaksaminen, alkoholin riskikultus ja mielenterveyden ongelmat liittyvät usein yhteen heijastuen myös perheen lapsiin.

Seudullisen aluekoordinaattoreiden ja seutukoordinaattorin muodostaman koordinaatiotyöryhmän tehtävänä on ollut innostaa, luoda ja ylläpitää yhteistyön edellytyksiä sekä käynnistää ja organisoida yhteisiä strategia- ja visioprosesseja. Alueverkostot ovat istuttaneet muutosten siemeniä ympäristöönsä sekä nostaneet esiin niitä paikallisia tarpeita, jotka tarvitsevat seudullista tukea. Muiden mahdollisten paikallisten toimijoiden tehtävänä on ollut osallistua asioiden ja ideoiden toteuttamiseen. (Sotarauta ym. 2007.)

Ehkäisevän työn seudullinen koordinaatio on Päijät-Hämeessä noussut merkittäväksi ja keskeiseksi ehkäisevää keskustelukulttuuria ja toimintaa ylläpitäväksi tekijäksi. Työn jatkuvuuden näkökulmasta on tärkeää, että sitä tekemään on nimetty vähintään yksi kokopäiväinen työntekijä, joka edistää käynnistyneitä prosesseja sekä ehkäisevän työn tarkoitusta, vaikka niiden toteuttajat vaihtuisivatkin. Koska työ kuitenkin on osin hahmottomatonta, samaan aikaan kaikkien mutta ei kenenkään vastuulla, ja välttämätöntä alkoholi-

peräisten sairauksien, ennen aikaisten kuolemien ja mielenterveysongelmista juontuvien murheiden vähentämiseksi, tulee keskustelua työn koordinoinnista, rakenteesta ja tekemisen muodoista jatkaa. Seudullinen on aina enemmän kuin alueellinen, sillä yhdessä verkostot ovat enemmän kuin vain sen jäsenet yksinään.

Kirjallisuus

Kurki, Leena: Sosiokulttuurinen innostaminen – muutoksen pedagogiikka. Tampere: Vastapaino, 2000.

Mason, Richard & Mitroff, Ian: Challenging Strategic Planning Assumptions. Theory, Cases and Techniques. John Wiley & Sons, 1981.

McNeill, William H. & McNeill J.R.: Verkottunut ihmiskunta: Yleiskatsaus maailmanhistoriaan. Tampere: Vastapaino, 2005.

PAKKA-menetelmien... (2009) <http://info.stakes.fi/pakka/FI/toimintamalli/index.htm>. [24.2.2011]

Sotarauta, Markku, Viljamaa, Kimmo & Kosonen, Kati-Jasmin: Aluekehittäminen generatiivisena johtajuutena. 2000-luvun aluekehittäjän työnkuvaa ja kompetensseja etsimässä. Tampereen Yliopisto: Sente-julkaisuja. 23/2007.

Välittäjä-hanke. URL: <http://www.valittajahanke.fi/fi/valittaja-hanke> [24.2.2011]

6.1.2.3 Implementering av ASI-metoden i ny vårdkedja för missbruk i Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård.

Britt-Marie Lindqvist, Gunnevi Vesimäki

Inledning

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård utgörs av städerna Kristinestad, Kaskö och Närpes och kommunerna Malax och Korsnäs. Befolkningen i området uppgår till 26 013. I samband med att mental- och rusmedelsstrategierna uppgjordes inom samkommunen kartlades mental- och rusmedelstjänsterna. Utredningarna visade att speciellt rusmedelsvården delvis var outvecklad. Avsaknaden av en fungerande vårdkedja ledde till ett splittrat tjänsteutbud. Helhetstänkande saknades i den förebyggande verksamheten och i samarbetet mellan specialistsjukvården, kommunala tjänster och övriga tjänsteleverantörer.

Enligt god medicinsk praxis -rekommendationen (2007) är det speciellt viktigt med en helhetssyn då det gäller alkoholproblem, eftersom det inte enbart är klienten som berörs utan hela hans omgivning. Alkoholkonsumtionen ökar bland småbarnsmammor och allt flera barn skadas redan under fostertiden (Warsell 2010, 29). Inom primärhälsovården möter man hela befolkningen inklusive personer med tidigt alkoholmissbruk. Enligt Kuokkanen och Korpilähde (2008) är tidigt igenkännande viktigt och alla patienter i hälsovården borde i något skede av sin vårdrelation bli tillfrågade om sina alkoholvanor.

Utvecklingsidén att inom samkommunen skapa en ny vårdkedja för rusmedelsklienter och att ta i bruk och implementera ASI (Addiction Severity Index) -metoden för kartläggning av missbruksrelaterade problem tog avstamp i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) samt i Välittäjä 2009 -projektet, ett utvecklingsprojekt för psykisk hälsa och missbrukarvård som genomförs i Mellan-Finland under åren 2009–2011. Också verkställandet av de lokala mental- och rusmedelsplanerna (Projektet Sydin 2003–2005, På spåret -projektet 2007, Vasa regionens rusmedelstrategi 2009, Välittäjä 2009 -projektets delprojekt, Alueellisten lähipalvelujen kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa 2009–2011) var vägledande för utvecklingen.

Nuläget

Samkommunens mentalvårdsråd, som koordinerar mentalvårds- och rusmedelsarbetet, lyfter fram de anhörigas svåra situation med anledning av brister i tjänsteutbudet (protokoll 2010). Enligt ZEF-mätningen som gjordes 2010 tycks det vara svårt för personalen att avgöra om till exempel mental ohälsa har börjat med missbruk eller tvärtom. För de klienter som har rusmedelsproblem och samtidigt psykisk sjukdom finns ingen helhetsvård att erbjuda. Metoder har trots utbildningar inte tagits i bruk eller ens varit tillgängliga. I rusmedelsstrategin På spåret (2007) kartlades brister inom social- och hälsovården. Bland annat lyfte man fram brist på redskap, tid, kompetens och motivation bland personalen. Dessutom lyfte man fram ojämlik-

het i vårdutbud till följd av långa avstånd och olika vårdmöjligheter för språkgrupperna. En del vårdenheter saknade gemensam handlingsplan för tillvägagångssätt vid upptäckt av eller misstanke om förälders missbruk. Vidare påtalades brister i samarbete mellan hälsocentral, socialvård, och den psykiatriska polikliniken. Ansvarsfördelningen gällande vården av rusmedelsproblem och samtidig psykisk ohälsa var oklar och det saknades uppföljningssystem efter avslutad behandling vid anstalt.

I samkommunens projektplan för Vällittjä 2009 är utvecklingen av närservice och klartläggningen och beskrivningen av vårdprocesser för rusmedelsklienter och implementering av nya verktyg ett tyngdpunktsområde (Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä, hankesuunnitelma osahankkeen toteuttamiseksi 2008).

En målsättning är att från den första kontakten med klienten bygga upp en obruten vårdkedja till eftervården enligt principen ”genom en dörr med låg tröskel”. Servicen skall vara lättillgänglig och nära klienten och dennes anhöriga. Avsikten är att klargöra och effektivisera missbrukarvården, befrämja nykterhet, förhindra problem, samt att förverkliga vård och rehabilitering utgående från klienternas behov.

Inom Vällittjä 2009 -projektet stöder man ett omfattande ibruktage av Audit- och mini-interventionsmetoderna inom social och hälsovården. Audit-formuläret (Alcohol Use Disorders Identification Test) används rutinmässigt inom skol- och företagshälsovården. En mini-interventionsguide har uppgjorts som stöd för implementeringen av mini-interventionen. Skolningar har ordnats som ett led i den systematiska utvecklingen av missbrukarvården. Registrering i patientjournalssystemen Effica och Abilita underlättar uppföljning och förbättrar kontinuiteten i vården. Mini-interventionen, dvs. kort rådgivning om alkoholens risker, är en evidensbaserad metod, som kan användas på läkar- och skötmottagningen som en del av den normala mottagningsverksamheten. Enligt Primary Health Care European Project on Alcohol är mini-interventionen en av de effektivaste och förmånligaste metoderna när det gäller att minska skadlig alkoholkonsumtion (Alkoholiohjelma 2006).

Införandet av mini-interventionen ansågs inte vara en tillräcklig åtgärd. Målsättningen att skapa en obruten vårdkedja byggde på tanken om kontinuitet och ett helhetstänkande, vilket medförde krav på att finna nya arbetssätt och kompletterande metoder som stöd för att upptäcka och behandla psykiska problem i samband med alkoholbruk. Som komplement till mini-interventionsmetoden, som fokuserar på kartläggning av alkoholkonsumtionen, valdes ASI-kartläggningen. ASI-metoden skapar en naturlig koppling mellan social- och hälsovården och andra aktörer inom vården, vilket gör det möjligt att få en helhetsbild av klientens livssituation.

ASI-kartläggningsmetoden

ASI-intervjun (Addiction Severity Index) utvecklades i början av 1970-talet av missbruksforskaren Tom McLellan och en forskargrupp vid universitetet i Philadelphia, USA. Forskargruppen konstruerade ASI-intervjun, som beaktade såväl missbruket som övriga problem av relevans för de enskilda klienterna och för vården. Den första svenska versionen publicerades 1996 och en omarbetad svensk version publicerades i mars 2007. I Sverige gjordes år 2007 en inventering som visar att ASI-intervjun användes i mer än hälften av samtliga kommuners och landstings missbruksvårdsenheter (Abrahamsson & Trygvesson 2007).

ASI-intervjun utgår från att missbruks- och beroendeproblem kan relateras till den fysiska och psykiska hälsan och sociala förhållanden. Metoden används som underlag för kartläggning, planering, utveckling och uppföljning av vård och behandlingsinsatser och finns i två varianter, ASI Grund och ASI Uppföljning. Båda varianterna innehåller frågor inom sju livsområden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikabruk, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Inom varje livsområde finns frågor både om faktiska förhållanden och subjektiva upplevelser och frågorna har olika tidsperspektiv. ASI-intervjun är en personlig intervju som genomförs i direkt kontakt med klienten och efter varje tillfälle går man igenom vad som kommit fram under intervjun. För vart och ett av ASI-intervjuns livsområden sammanställs resurser och problem som har relevans för bedömningen av klientens hjälpbehov. Tidsmässigt tar intervjun ca 50–70 minuter för ASI Grund och 30–40 minuter för ASI Uppföljning. Sammanställning, ana-

lys och bedömning tar ytterligare 45 minuter. Återkopplingsamtalet kan ta 45–60 minuter i anspråk (Zingmark & Jäderland 2009).

I Sverige gjordes år 2009 en studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI. Studien bygger på 14 000 grundintervjuer och 3 000 uppföljningsintervjuer med klienter vid 50 olika enheter för missbruksvård i Sverige. Undersökningen visar att det i första hand sker en förbättring beträffande klienter med flera problem och inom de livsområden där det förekommer mest problem. Även om majoriteten av klienterna har uppnått en positiv förändring, finns det en liten andel, 5–20 procent som försämras. De flesta av dessa är klienter med problem även efter ett år. Det har visat sig att ASI-intervjun i sig har en positiv effekt på klientens bild av sina egna problem, vilket bidrar till en ökad motivation för förändring. Skillnaden mellan kvinnor och män är små (Armelius & Armelius 2009).

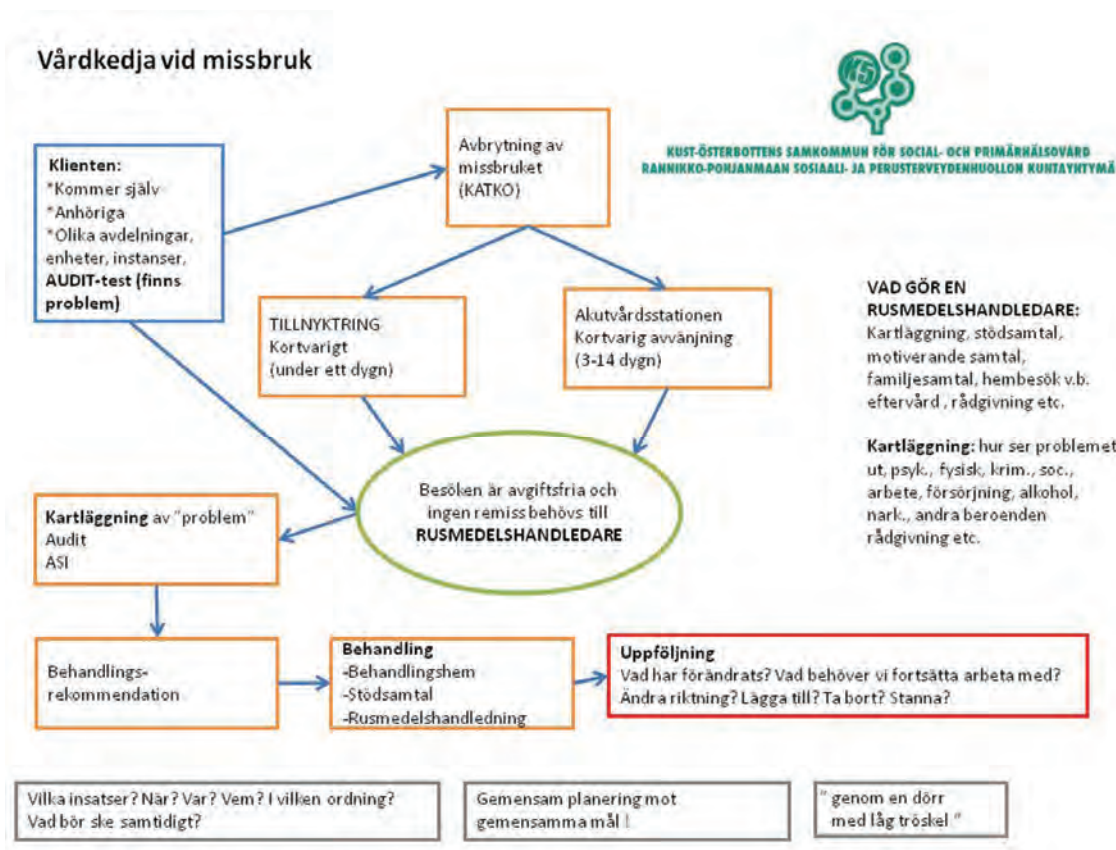


Bild 1. Tillämpning av ASI-metoden i vårdkedja för missbruk inom Kust-Österbottens samkommun

Kontakt till rusmedelshandledaren kan tas av klienten, anhöriga, institutioner och arbetskamrater i fall av hög alkoholkonsumtionen eller vid misstanke om missbruk. För avvänjning eller tillnyktring kan klienten även gå direkt till akutvårdsstationen, varifrån man med klientens tillåtelse tar kontakt med rusmedelshandledaren för planeringen av fortsatt vård. Om den inledande kartläggningen visar på skadlig rusmedelsanvändning eller om poängen i Audit-testet överskrider 8, hänvisas klienten till rusmedelshandledaren. Rusmedelshandledaren utgör ett stöd för de anhöriga och gör även hembesök om det av olika orsaker är svårt för klienten att komma till mottagningen. Om klienten är obekant sedan tidigare eller om poängen i Audit-testet överstiger 16 görs en ASI-kartläggning för att kartlägga de livsområden inom vilka de största problemen finns. ASI-metoden används även av en del socialarbetare. Vid behov sammankallar rusmedelshandledaren för patientens vårdplanering viktiga yrkesgrupper, till exempel läkare, socialarbetare och vård-

personal från egna och även från andra vårdenheter. Vid behov deltar depressionsskötaren och familjearbetaren. Den grundläggande utgångspunkten i det nya arbetssättet är att sätta igång en positiv process hos klienten. Då problem konstaterats med hjälp av Audit-test och mini-intervention görs en ASI-kartläggning där klienten får bidra med sin egen bedömning. Under koordinering av rusmedelshandledaren byggs hjälpinsatser upp kring patienten enligt kartlagda behov.

Uppbyggnaden av den nya arbetsmodellen påbörjades under våren 2010 och den blev godkänd praxis 1.1.2011. Utbildningen i ASI-intervjumetoden genomfördes i två faser och riktade sig till den social- och hälsovårdspersonal som i sitt arbete möter rusmedelsklienter. Förmännens stöd samt rådande tidsanda som var mogen för förändringen, var avgörande i förankringsskedet.

Intervjumetoden bidrar till en helhetssyn av klientens situation

Ingen utvärderingsrapport finns ännu att tillgå men den muntliga respons som vårdande personal och klienter gett kan sammanfattas i följande meningar: Återkopplingsamtalen möjliggör klienternas delaktighet vilket klienterna upplever som positivt. De viktigaste problemområdena kan identifieras i ett tidigt skede.

En vårdkedja för substitutionsunderhållsvård är under uppbyggnad och följande steg är implementeringen av intervjumetoden i kedjan. Personalen inom social- och primärvården som i sitt arbete möter mentalvårds- och rusmedelsklienter kunde med fördel använda ASI-intervjumetoden.

Litteratur

- Abrahamsson, M.J. & Tryggvesson, K. (2007). Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SORAD), Stockholms universitet.
- Armelius Bengt-Åke & Armelius Kerstin. (2009). En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI. Rapport till missbruksutredningen (S 2008:04) Institutionen för klinisk psykologi i Umeå AB. Umeå universitet:3,66–81.
- Warsell, L. 2009. Ehkäisevä päihdetyö. I Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010
- Kuokkanen, M. & Korpilähde, A. (2008). Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2008:10.
- Nyström, Siv., Zingmark David., & Jäderland Anneli. ASI-manualen. Anvisningar till ASI Grund och ASI uppföljning (2009). Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Socialstyrelsen. Edita Västa Aros AB, Västerås:7–17.
- Mentalvårdsrådets protokoll. (2010) Samkommunen för Kust-Österbottens social- och primärvård. (15.01.2010). Opublicerat material.
- På spåret projektet (2007). Strategi för rusmedelsvården i Sydösterbottens kustregion, Kaskö, Kristinestad, Närpes. 2008–2012:8–11.
- Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Hanesuunnitelma osahankkeen toteuttamiseksi. Välittäjähankeen osahanke ”Alueellisten lähipalvelujen kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa 2009–2011”. Opublicerat material.
- Alkoholiohjelma. Alkoholit ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto. Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiohjelma (2006). Englantilainen alkuteos; Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care. Seppä, K (2006) Suomen oloihin sovellettu käännös.
- Waden, P. (2005). Utvecklingsplan inom vården och omsorgen i Sydösterbottens kustregion och Bötom. Åtgärdsförslag och slutrapport. Omsorgsprojektet Sydin. Norvalia Folkhälsan Ab.

Elektroniska källor:

- Kommunerna.net statistik (2009) URL: <http://www.kommunerna.net/fi/tietopankit/tilastot/vaestotietoja/Sivut/default.aspx> [31.12.2009]
- Mentalvårdsstrategin 2010-2015 Kust-Österbottens samkommun för social- och hälsovård. URL: http://www.kfem.fi/images/stories/Strategier/MENTALVRDSSTRATEGI_GODKND.pdf [22.02.2011].
- Vasa regionen - för en nykter framtid. Vasa regionens rusmedelsstrategi. URL: <http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=611195>.
- Socialstyrelsen 2011. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende> [22.02.2011].
- God medicinsk praxis, rekommendationen. Alkohol på gott och ont. Duodecim 6.11.2007. URL: <http://www.kaypahoito.fi> [22.02.2011].

6.1.3 Mielen avain -hanke Mieli-suunnitelman toimeenpanoväylänä

Marjo Kurki, Päivi Lepistö, Lauri Kuosmanen

Mielen avain -hankkeen tausta ja toimintaympäristö

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke, Mielen avain, on Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-hanke vuosille 2010–2012. Hanke sai 7 500 000 euron valtionavustuksen maaliskuussa 2010. Mielen avain -hankealueeseen kuuluu 37 kuntaa, jotka muodostavat 13 osahanketta. Hankealue on varsin heterogeeninen: siihen kuuluu maan suurimpia kaupunkeja (Helsinki ja Vantaa) sekä useita Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan pieniä kaupunkeja ja maaseutukuntia. Lisäksi hankealueella on toteutettu lähiaikoina useita kuntaliitoksia (Uusi Kouvola, Raasepori) ja uusia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita (LOST sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue, EKSOTE Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä), jotka osaltaan vaikuttavat sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen strategiatyön tarpeeseen että palvelurakenteiden kehittämiseen.

Monissa kunnissa mielenterveys- ja päihdeongelmia pyritään tunnistamaan, ehkäisemään ja hoitamaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa. Se edellyttää kuitenkin päihdehuollon ja psykiatrian erityispalveluiden konsultaatiotuen järjestämistä, erityispalveluiden joustavaa jalkautumista, peruspalveluiden työntekijöiden koulutusta ja sosiaalityön osaamisen vahvistamista perusterveydenhuollossa. Tämän lisäksi kuntien tulee kehittää mielenterveys- ja päihdestrategiaa osaksi kunnan hyvinvointisuunnitelmaa. Kuten muuallakin maassa, myös hankealueella on selkeä tarve kuntien systemaattiselle strategiatyölle. Tätä tukee mielenterveystyön strategioiden vaihteleva käyttöönotto hankealueella ja toisaalta uusien kuntaliitosten ja yhteistoiminta-alueiden tuottamat tarpeet.

Päihdepalveluiden järjestämisessä ja päihdetyön osaamisessa on suurta vaihtelua Mielen avain -hankealueen kuntien välillä. Päihdepalvelujen asiakkaat ovat näin ollen eriarvoisessa asemassa keskenään. Tämä johtuu osittain kuntien ja kaupunkien rakenteellisista eroista, mutta myös päihdepalvelujen järjestämisessä on eroja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämisen Tilasto- ja indikaattoripankin SOT-KAnetin indikaattorien perusteella vuonna 2009 hankealueella oli päihdepalveluiden järjestämiseen liittyen koko aluetta koskevia yhteisiä haasteita. Päihdehuollon nettokustannukset asukasta kohden olivat koko hankealueella korkeammat kuin koko maan keskiarvo. Hankealueella päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleiden määrä oli yli maan keskiarvon lukuun ottamatta Itä-Uuttamaata, joka edustaa noin 5 prosenttia hankealueen väestöstä. Uudellamaalla (ei Itä-Uudellamaalla) oli myös asunnottomia yksinäisiä enemmän kuin maassa keskimäärin. Koko Uudellamaalla oli päihdehuollon asumispalveluissa maan keskiarvoa enemmän asiakkaita. Lähes koko hankealueella (ei Itä-Uudellamaalla) oli päihdehuollon laitoksissa hoidossa enemmän verrattuna koko maan keskiarvoon. Etelä-Karjalaa lukuun ottamatta päihdehuollon avopalveluita käytettiin hankealueella enemmän kuin koko maassa.

Depression ja psykoosisairauksien lääkehoitoa kuvaavien indikaattoreiden perusteella hankealueen suurten kaupunkien haasteena on nuorten ja työikäisten masennus. Osassa maaseutumaisia kuntia ja joissakin keskisuurissa kaupungeissa psykoosilääkkeiden käyttö on maan keskiarvoa suurempaa. Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit tapahtuvat hankealueella huomattavan usein muun ammattiryhmän kuin lääkärin luona. Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan alueella psykiatrian avohoitokäyntejä 1 000 asukasta kohden on enemmän kuin Suomessa keskimäärin.

Suomalaisia mielenterveyspalveluja kartoittaneen MERTTU -tutkimuksen tulosten valossa Kymenlaaksoissa ja Etelä-Karjalassa on puutteita pysyvistä ja ympärivuorokautisista mielenterveysongelmien päivystyspalveluista. Samoin monimuotoinen avohoido toteutuu huonommin näillä alueilla. Etelä-Karjalassa psykiatrisessa laitoshoidossa hoidettuja potilaita on yli maan keskiarvon. Psykiatrian erikoisalan laitoshoitopäiviä on selvästi alle maan keskiarvon Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan alueilla. Lisäksi Kymenlaaksossa on psykiatrian erikoisalan laitoshoitajaksoja vähiten koko maassa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon tehtyjen läheteiden määrässä on hankealueen sairaanhoitopiirien välillä selviä eroja: Kymenlaaksossa niitä

kirjoitetaan vähemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiireissä. Etelä-Karjalan alueella on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä enemmän siirretty mielenterveyspalveluja kuntien itsensä tuottamaksi ja siellä eri organisaatioiden välistä yhteistyötä esiintyy enemmän.

Hankealueella on suuri joukko kuntalaisia joita uhkaa syrjäytyminen tai jotka ovat jo syrjäytyneet. Eri-tyinen huolenaihe on syrjäytymässä olevat nuoret ja nuoret aikuiset hankealueen itäisissä osissa. SOT-KAnetin Kaste -ohjelman seurantaindikaattoreiden perusteella hankealueen keskeiset haasteet liittyvät pitkäaikaistyöttömyyteen sekä koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24-vuotiaiden suureen määrään.

Mielen avain -hankkeen tavoite

Mielen avain -hankkeen päätavoitteena on edistää eteläsuomalaisten mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä sekä parantaa niiden ihmisten avunsaantia, joilla on jo ongelmia. Mielen avain -hankkeen toiminta painottaa perus- ja avohoitopalveluita sekä matalankynnyksen yhden oven periaatetta. Kaikki Mielen avain -hankkeessa mukana olevat kunnat ovat sitoutuneet yhteiseen palvelulupaukseen. Palvelulupauksen mukaan kuntalainen, jolla on tunne pahoinvoinnista tai jossain havaittu avun tarve, saa apua kunnan mielenterveys- ja päihdepalvelujen turvaverkosta kolmen päivän kuluessa yhden oven takaa ja sieltä mistä hän on apua hakenut. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti Mielen avain -hankkeen pääteemoiksi on valittu kuntalaisen osallisuuden vahvistaminen, kynnyksettömien mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarjoaminen sekä perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön osaamisen lisääminen. Seuraavaksi tarkastellaan näiden teemojen kautta, minkälaisilla konkreettisilla toimenpiteillä Mielen avain -hanke vastaa Mieli -ohjelman mukaisiin kehittämistavoitteisiin.

Palvelunkäyttäjien osallisuuden lisääminen

Mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävällä kuntalaisella tulee olla mahdollisuus osallistua palveluiden suunnitteluun, arviointiin, toteuttamiseen ja niitä koskevaan päätöksentekoon. Tavoitteena on muuttaa palvelujärjestelmää sellaiseksi, että se vastaa paremmin asiakkaan tarpeisiin, tukee asiakkaan oikeuksien toteutumista ja lisää hallinnan tunnetta suhteessa omaan terveyteen. Osana osallisuuden lisäämistä kokemusasiantuntijoiden⁹ panosta hyödynnetään kunnan palvelujärjestelmän kehittämisessä ja arvioinnissa ja sitä kehitetään systemaattisesti. Jokaisessa osahankkeessa ja niiden mahdollisissa alaprojekteissa on mukana kokemusasiantuntijoita ohjausryhmän jäsenenä, asiantuntijoina tai seurantaryhmän jäsenenä. Hankkeessa toteutetaan kokemustutkimus, jossa palveluiden käyttäjä haastattelututkimuksen avulla selvittää miten potilaiden perusoikeudet toteutuvat psykiatrisessa osastohoidossa.

Pitkäaikaisen masennuksen hoitomalli

Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeessa on kehitetty uusi hoitomalli pitkäaikaisesti masentuneille potilaille perusterveydenhuollossa. Hoitomallin tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä sekä lisätä masentuneen potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Hoitomalli sisältää vuodessa kahdesta kolmeen käyntiä terveysasemalla. Hoitomallissa perusterveydenhuollon antaman tuen lisäksi keskeisenä auttamiskeinona on itsehoitoa tukeva omahoitoryhmä, joka koostuu kerran kuukaudessa. Omahoitoryhmän tavoitteena on tukea ja aktivoita potilasta muuttamaan aktiiviseksi omasta hoidostaan vastaavaksi osallistujaksi. Toimintaan osallistuu terveyskeskuksen ja mielenterveysyhdistyksen henkilökuntaa sekä vertaistukiohjaaja. Hoitomallin tuloksena potilaan osallisuus omaan hoitoonsa vahvistuu ja lisäksi hoidossa voidaan hyödyntää omaisten ja tukihenkilöiden antamaa tukea.

⁹ henkilöiden, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista joko niistä itse kärsivänä, niistä toipuneena tai palveluita käyttäneenä tai omaisena tai läheisenä

Kynnyksettömät mielenterveys- ja päihdepalvelut

Jokaisessa Mielen avain -hankkeen kunnassa on tarpeellista madaltaa kynnystä hakea ja saada mielenterveys- ja päihdepalveluita. Mielen avain -hankkeessa on kehitetty uudenlaisia ja innovatiivisiakin palvelukonsepteja, jotka toimivat kuntalaisen lähellä hänen luonnollisessa toimintaympäristössään. Tavoitteena on kehittää sellaisia palvelumalleja, joissa ei ole avunsaantia hidastavia läheteitä ja siirtymistä paikasta toiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka kuntalainen hakisi apua hallinnollisesti "väärästä" paikasta, saa hän avun tämän oven takaa. Uudenlaiset palvelut tuotetaan asiakasta lähelle siten, ettei pompottelua esiinny. Kunnan koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä tulee nähdä turvaverkkona, johon asiakas ongelmineen voi turvallisesti pudota, eikä tämä turvaverkko petä. Seuraavassa esitellään viisi uutta konkreettista toimintaa, joiden toiminta on aloitettu Mielen avain -hankkeen osahankkeissa tavoitteena lisätä kynnyksettömiä palveluita.

Miepä -palvelupiste

Vantaalaisen hyvä mieli -osahanke perusti Vantaalle Tikkurilan kirjaston yhteyteen tammikuussa 2011 Miepä -palvelupisteen, joka tarjoaa kaikille kuntalaisille mielenterveyspalvelujen ohjausta ja neuvontaa. Toiminnan tavoitteena on edistää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä ja täydentää terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita Mieli-suunnitelman mukaisesti. Palveluvalikoimaan kuuluvat oma-apuohjeet, mielenterveysportaali, nettipohjainen kartoitus ja arviointi oirekyselyineen, kertakäynnin mielenterveys- ja päihdeinterventio sekä erilaiset teemaviikot. Palvelu on täysin kynnyksetön ja siellä voi asioida nimettömänä.

Nuorisohelppi

Miepä -hanke Hyvinkäällä on perustanut nuorisoseuran, Nuorisohelppin, 13–19-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen tammikuussa 2011. Nuorisohelppin tavoitteena on tarjota nuorille ja heidän perheilleen moniammatillisia matalan kynnyksen palveluja, "yhden oven" -periaatteella ja lisätä tätä kautta kuntalaisen hyvinvointia ja varhaista puuttumista. Kaste -ohjelman tavoitteiden mukaisesti nuorisoseuran palvelut viedään lähelle nuoren omaa kehitysympäristöä. Toiminnassa hyödynnetään informaatioteknologian mahdollisuuksia tarjoamalla vanhemmille Internetissä kysymys-vastauspalvelu. Hankkeen jälkeen toiminta siirtyi osaksi kaupungin peruspalveluita.

Selviämisyksikkö

Kouvolan yhteispäivystys- ja kriisikeskushanke on perustanut selviämisyksikön, jonka toimintaa pilotoidaan vuoden 2011 ajan Kouvolan katkaisuhoidon yhteydessä. Yhteispäivystyksessä asioivat päihtyneet asiakkaat siirtyvät selviämisyksikköön, jonka hoitoon ei tarvita lähetettä ja se on asiakkaalle maksutonta. Selviämisen jälkeen asiakasta motivoidaan jatkamaan tarvittaessa katkaisuhoidossa tai hakeutumaan päihdehuollon avopalveluihin. Selviämisyksikkö vakiintuu pilotoinnin jälkeen osaksi Kouvolan perusturvan toimintaa.

Päiväkeskus

Elämä haltuun -projekti Itä-Uudellamaalla on perustanut Porvooseen, Loviisaan, Sipooseen ja Askolaan päiväkeskustoiminnan mielenterveysasiakkaille, päihderiippuvaisille ja syrjäytymisvaarassa oleville kuntalaisille. Tavoitteena on luoda joka hankekuntaan kynnyksettömiä ja asiakaslähtöisiä palveluita, joissa tuodaan kokemusasiantuntijoiden ääni esiin sekä luodaan edellytykset vertaistoiminnalle. Päiväkeskustoiminta ja vertaistukiryhmät on suunniteltu siten, että hankeajan jälkeen ne siirtyvät paikallisten toimijoiden vastuulle.

Päihdetyöntekijä- ja sosiaalineuvojamalli

Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymä -hankkeessa Helsingissä on kehitetty päihdetyöntekijä- ja sosiaalineuvoja -malli terveysasemalle. Päihdetyöntekijä ja sosiaalineuvoja täydentävät omalta osaltaan terveysaseman tiimiä, jossa toimivat myös psykiatriset sairaanhoitajat. Kuntalaisen näkökulmasta yhden oven

takaa terveysasemalta on mahdollisuus saada neuvontaa, tukea ja hoitoa mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Kehitetty ja pilotoitu päihdetyöntekijä- ja sosiaali- ja terveysasema -malli otetaan käyttöön kaikilla 26:lla Helsingin terveysasemalla hankkeen aikana ja hankkeen päätyttyä toiminta vakinaistuu osaksi kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluita.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön osaamisen lisääminen

Mielen avain -hankkeessa mukana olevien kuntien tavoitteena on lisätä peruspalveluiden työntekijöiden mielenterveys- ja päihdeosaamista. Lähinnä on kyse terveydenhuollon ja sosiaalityön kohtaamisesta ja erilaisista painotuksista. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvät negatiiviset asenteet näkyvät myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten asenteissa. Negatiiviset asenteet tätä asiakasryhmää kohtaan estävät palvelun saamista tai tekevät siitä huonolaatuista. Kielteisten asenteiden takana saattaa olla paljon osaamisen ja peruspalveluihin soveltuvien auttamismenetelmien puutteita. Koulutustoiminnan tavoitteena on konkreettisten auttamismenetelmien juurruttaminen kliiniseen työhön ja ammattilaisten auttamismenetelmien monipuolistaminen.

Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla toteutettiin vuonna 2007–2008 kartoitus peruspalveluiden työntekijöiden (n=155) asenteista masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Kartoitus oli osa Sateenvarjo-projektin mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämis- ja arviointityötä. Sen tulosten mukaan työntekijöiden asenteet olivat pääasiassa myönteisiä, mutta he tarvitsivat tukea masennuksen tunnistamiseen. Työntekijöiden asenteet masennuksen lääkehoitoa kohtaan olivat varauksellisia. Työntekijät kokivat masentuneiden hoitamisen ajoittain raskaana, mutta palkitsevana. Kartoituksen perusteella voidaan todeta, että peruspalveluissa on potentiaalia hoitaa masennuspotilaita, mutta masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon tarvitaan lisää osaamista ja menetelmiä, kuten uudenlaisia interventioita. Lisäksi työntekijät tarvitsevat konsultaatiotukea, joka voisi toteutua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä yhteistyönä. (Kuosmanen ym. 2011.) Mielen avain -hankkeessa perusterveydenhuollon masennuspotilaiden hoitoon tuodaan koulutuksen avulla näyttöön perustuvia uusia menetelmiä, ja toisaalta yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on lisätty uusien menetelmien avulla.

Videokonsultaatiot

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS Psykiatrian tulosyksikön VALO -hanke on kehittänyt videokonsultaatioita, joilla tehostetaan peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välistä niin sanottua rajapintatyöskentelyä. Videokonsultaatioiden tavoitteena on helpottaa ja nopeuttaa nuorisopsykiatristen ja psykiatristen konsultaatioiden saatavuutta sekä lisätä peruspalvelun työntekijöiden osaamista ja jaksamista. Lisäksi Mielen avain -hankkeen mukaisesti videokonsultaatioprojektissa pyritään vahvistamaan asiakkaan asemaa ja toteuttamaan palveluja toimivana kokonaisuutena.

Itsemurhariskin arviointi ja lyhytinterventio perusterveydenhuollon päivystyksessä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS Psykiatrian tulosyksikön VALO -hankkeen Peijaksen klinikkaryhmä järjestää koulutussarjan Vantaan terveyskeskuspäivystykselle suuroiden päivystysluonteisen arvioinnin ja hoidon laadun parantamiseksi. Koulutus koostuu kolmesta moduulista, jotka pitävät sisällään motivoivan haastattelun menetelmän ja lyhyt intervention opetteluun sekä työnohjauksen. Koulutus antaa terveyskeskuspäivystyksen työntekijöille strukturoituja työkaluja suuroiden potilaiden kohtaamiseen ja arviointiin sekä parantaa potilaan hoidon laatua koko hoitoketjussa.

Kirjallisuus

Kuosmanen L, Hätönen H, Liukka M & Melartin T. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Yleislääkäriliikenne 1/2011, 17–21.

Mielen avain -hanke. URL: <http://www.mielenavain.fi>.

Harjajarvi M, Pirkola S & Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Stakes. Suomen Kuntaliitto. ACTA Nro 187.

6.1.4 Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke

Alpo Komminaho

LÄNSI 2012 -hanke toteutetaan ajalla 1.3.2010–31.10.2012 Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa. Satakunnasta hankkeessa ovat mukana kaikki sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ja Varsinais-Suomesta Turku, Raisio, Rusko, Naantali, Salo, Uusikaupunki, Laitila, Pyhäranta, Kustavi, Taivassalo ja Vehmaa. Hankealueen väestöpohja on noin 537 000 asukasta. Hankkeen kokonaisbudjetti on 1 766 856 euroa, josta valtionavustus on 1 320 000 euroa. Hanketta hallinnoi Satakunnan sairaanhoitopiiri. Hankekokonaisuutta koordinoi sairaanhoitopiirissä kokoaikainen projektipäällikkö sekä projektsihteeri, joka on yhteinen samaan aikaan käynnistyneen Toimintakykyisenä ikääntyminen -hankkeen kanssa.

Hankkeen tavoitteena on:

- Hyviin käytäntöihin tai näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönotto ja edelleen kehittäminen mielenterveyden edistämiseksi sekä päihde- ja mielenterveysongelmien aiheuttavien haittojen ehkäisyssä
- Päihde- ja mielenterveysosaamisen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla
- Alueellisten päihde- ja mielenterveysuunnitelmien juurruttaminen ja edelleen kehittäminen arjen toimintaa ohjaaviksi suunnittelutyövälineiksi

Hankkeen konkreettiset kehittämistoimet toteutuvat kaikkien mukana olevien kuntien alueella toteutettavina pilotteina, jotka tekevät keskenään tiivistä yhteistyötä. Konkreettiset toimet on jaettu kolmeen ryhmään, joista kukin mukana oleva kunta tai yhteistoiminta-alue on valinnut itselleen yhden tai useampia pilotoitavia toimenpiteitä:

- ehkäisevän työn konkretisoiminen,
- ryhmämuotoisten toimintojen kehittäminen,
- päihde- ja mielenterveysuunnitelmien kehittäminen.

Hankkeella on tavoitteena saada aikaan todellista muutosta toiminta- ja työskentelytavoissa tarjoamalla toimintamalleja päihde- ja mielenterveysongelmien puheeksiottoon ja puheeksioton jälkeiseen työskentelyyn sekä lisäämällä ryhmämuotoisia työtapoja, suunnitelmallisuutta ja yhteistoimintaa. Palvelujärjestelmää kehitetään yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen sekä muiden palvelutuottajien ja kolmannen sektorin kesken. Tämä tarkoittaa osaamisen lisäämistä kouluttautumalla ja vaikuttavia toimintoja käyttöön ottamalla sekä näiden koordinaatiota. Hankkeen tavoitteiden toteutuminen edellyttää päihde- ja mielenterveystyön substanssin kirkastamisen lisäksi rakenteellisia muutoksia niin työ- kuin toimintatavoissakin. Hankkeen onnistumisen kannalta keskeisin asia on hyväksyvän asenteen ja uusien toimintamallien levittäminen peruspalveluihin sekä niiden juurtuminen arjen toimintaan. Hanketyön sijaan puhumekin mieluummin kuntien kehittämistyön tukemisesta.

Hankekokonaisuus muodostuu 12 pilotista, joista 10 on yksittäisen kunnan tai yhteistoiminta-alueen kattavia, yksi useista kunnista muodostuva palvelualuekokonaisuus ja yksi Satakunnan sairaanhoitopiirin päivytykseen liittyvä pilotti. Hankkeen kuntapilottien käynnistyminen toteutui asteittain. Hankkeen tavoitteena oli rekrytoida pilottien henkilöstö pääosin hankealueen organisaatioiden omasta henkilöstöstä tai alueelle palveluja tuottavan organisaation henkilöstöstä. Tavoite on toteutunut puolessa piloteista.

Pilottien yhteisinä kehittämisverkostoina toimivien kolmen eri teemaryhmän toimintaan osallistuu pilottien edustajien lisäksi asiantuntijoita, jotka edustavat koulutusta, järjestöjä ja yrityksiä. Pilottien antaman palautteen mukaan näistä kehittämisverkostoista on ollut piloteille paljon hyötyä.

Hankkeen arvioinnista on yhteistyösopimus Tampereen yliopiston Porin yksikön kanssa. Arviointia johtaa yliopiston nimeämänä professori Ilmari Rostila. Opiskelijat tuottavat pilottokohtaiset arvioinnit osana kehittämistyötään arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa alkuvuodesta 2011. Arvioinnin toinen vaihe toteutetaan alkuvuodesta 2012. Pilottien oman arvioin mukaan ensimmäisen vuoden aikana on edetty työsuunnitelmien mukaan kokonaisuutena kohtalaisesti. Pilotissa suunniteltujen ehkäisevän työn konkretisointiin liittyvien toimintamallien käyttöönotossa on edetty laajalla rintamalla kohtalaisesti, mutta ryhmätoimintaan liittyvien toimintamallien käyttöönotossa on edennyt vasta muutama pilotti. Henkilöstön osaamisen vahvistamisessa on edetty myös kohtalaisesti. Koulutustilaisuuksia oli vuonna 2010 kaikkiaan 37 ja niihin on osallistunut yhteensä noin 900 henkilöä. Päihde- ja mielenterveysuunnitelma on tällä hetkellä valmiina kahdessa pilotissa ja päivitettävänä viidessä pilotissa. Asiakkaiden osallisuuden toteuttamisessa ollaan vielä mietintävaiheessa paria pilottia lukuun ottamatta.

Yhteistyötä on käynnistetty jo hankevalmistelussa useiden toimijatahojen kanssa. Näitä ovat sosiaalialan osaamiskeskukset Pikassos Oy ja Vasso Oy, Satakunnan ja Turun ammattikorkeakoulut, Diakoniammattikorkeakoulu Länsi sekä Tampereen yliopiston Porin yksikkö ja Turun yliopisto. Erityisen tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat alan valtakunnalliset järjestöt ja niiden alueelliset toimijat: A-klinikkasäätiö ry, A-kiltojen Liitto ry, Sininauhaliitto ry, Suomen Mielenterveysseura ry, Mielenterveyden keskusliitto ry ja Omaiset mielenterveyden tukena ry.

Yhtenä asiakkaiden osallisuutta lisäävänä toimintana hanke kannustaa pilotteja tekemään asiakasarviointeja perinteisten asiakaskyselyjen lisäksi käyttäen Bikva-menetelmää tai muuta vastaavaa menetelmää.

Bikva -menetelmä
<p>Mallin nimi tulee tanskan kielen sanoista ”Brugerinddragelse I KVALitetsvurdering”, suomennettuna ”asiakkaat laadunvarmistajana”.</p> <p>Julkisten palvelujen arviointiin tarkoitettu malli on nelivaiheinen ja toteutetaan käytännössä ryhmähaastatteluina, joista ensimmäinen tehdään palveluiden käyttäjille. He määrittävät itse kysymykset ja arvioivat toiminnan tai palvelun hyviä ja huonoja puolia. Prosessi etenee esittelemällä asiakkaiden antama palaute ensin työntekijöille, jotka arvioivat esiin tulleita ongelmia ja käsittelevät palautteen. Asiakkailta ja työntekijöiltä kootut näkemykset välitetään organisaation johdolle ja kumuloitunut palaute neljännessä vaiheessa poliittisille päättäjille.</p>

Ensimmäinen Bikva–asiakasarviointiprosessi toteutettiin Naantalissa. Naantalissa pilotin ryhmätoimintaa koskeva kuvaus onkin jäljempänä esimerkkinä hankkeemme ensimmäisen vuoden onnistuneista avauksista. Toisena esimerkkinä hankkeemme onnistumisista on Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikön ja Porin yhteistoiminta-alueen yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikön toiminnan kuvaus. Pakka-toiminta käynnistyi Porissa vuoden 2010 alussa ja on leviämässä vähitellen muuhinkin kuntiin. Sen toiminnan kuvaukselle on annettu sijaa muita enemmän, koska koemme tarpeelliseksi sen toimintamuodon levittämisen kaikkiin kuntiin. Hankealueemme onnistuneen toiminnan esittely aloitetaan Turun mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatimisen kuvauksella tarkoituksena korostaa sitä, että kehittämistyön tulisi perustua yhteistoiminta-alueen kattavaan kokonaisnäkemykseen painopistealueista.

Hankkeen kotisivut ovat avoimet, joskin niiden anti on suunnattu ensisijaisesti hankkeessa toimiville pilottien työntekijöille ja vastuuhenkilöille. Kotisivut sijaitsevat Satakunnan sairaanhoitopiirin kotisivuilla (www.satshp.fi) Kaste-logon alla olevan linkin takana.

Kirjallisuus

Hänninen K., Julkunen I., Hirsikoski R., Högnabba S., Paananen I., Romo H., Thomasen T. (2007) Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA- arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakes, Raportteja 6/2007

6.1.4.1 Mielenterveys- ja päihdeohjelman laatiminen Turkuun

Mika Heikkinen

Länsi 2012 -hankkeen Turun pilottina on kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelman päivittäminen vuosille 2011–2015. Turussa on tätä ennen ollut erillisinä asiakirjoina sekä päihdeohjelma että mielenterveys-suunnitelma, jotka kansallisen suosituksen mukaan on nyt päätetty yhdistää.

Turun sosiaali- ja terveystoimi yhdistyi vuonna 2009. Samalla otettiin käyttöön sopimusohjausmalli sote-palvelujen järjestämiseksi. Sopimusohjausmalliin liittyy useita strategisia sopimusasiakirjoja, jotka tähtäävät kaupungin hyvinvointiohjelman operationalisointiin sote-palveluissa. Mielenterveys- ja päihdeohjelmasta on tarkoitus tehdä konkreettinen työväline, jolla toteutetaan hyvinvointilinjauksia käytännön mielenterveys- ja päihdetyössä.

Ohjelman pohjatyö on aloitettu vuonna 2009 keräämällä palvelujen kehittämistarpeita sähköisellä kyselyllä, joka kohdistettiin niin kaupungin työntekijöille kuin asukkaille. Vuonna 2010 koottiin yhteen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kansalliset suositukset ja paikalliset suunnitelmat edellä mainituista sopimusasiakirjoista ja kyselystä. Syksyn 2010 aikana tätä aineistoa käsiteltiin yhdeksässä asiantuntijafoorumissa, joihin kutsuttiin edustajia Turun kaupungin viranomaisista ja järjestöistä. Foorumeissa eriteltiin suosituksista ja kehittämistarpeista esiin sellaiset keskeiset kehittämistavoitteet, jotka voidaan konkretisoida osaksi mielenterveys- ja päihdeohjelmaa.

Näin työstämällä laadittiin ohjelma, jonka tavoitteena on siirtää mielenterveys- ja päihdepalvelujen painopistettä kohti ehkäisevää työtä. Keskeisimpänä konkreettisena toimenpiteenä on lisätä peruspalvelujen reagointikykyä mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi. Vuosina 2011 ja 2012 pilotissa järjestetään materiaalia, koulutusta ja lisätään yhteistyötä liittyen mielenterveys- ja päihdeongelmien systemaattiseen varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja hoitoonohjaukseen peruspalveluissa. Tavoitteena on integroida mielenterveys- ja päihdeongelmien seulonta osaksi eri peruspalvelujen rutiiniluonteisia asiakas- ja potilastiedon keruukäytäntöjä, jotta seulonnan tekeminen olisi osa perustyötä ja kattaisi asiakaskunnan mahdollisimman laajasti. Peruspalvelujen työntekijöille järjestetään koulutusta seulonnan ja varhaisen puuttumisen menetelmien osaamisen lisäämiseksi. Työntekijöille tuotetaan ajankohtainen hoitoonohjauksen opas, jossa aiheeseen liittyvät palvelut ja hoitolinjat on kuvattu käyttökelpoiseen muotoon. Näin toivotaan syntyvän kokonaisuus, joka tukee peruspalvelujen työntekijöiden kykyä auttaa mielenterveys- ja päihderiskiryhmien toimintakykyä ja parantaa tukipalvelujen saavutettavuutta.

Mielenterveys- ja päihdeohjelma vahvistettiin Turun peruspalvelulautakunnassa 19.1.2011. Meneillään on ohjelmatoimenpiteiden sopiminen ja järjestäminen eri peruspalvelualoilla.

6.1.4.2 Valintojen vaaka

Minna Suikkanen

Naantalin kaupunki on mukana Länsi 2012 -hankkeessa, jonka avulla on mahdollista kehittää asiakaslähtöisiä päihde- ja mielenterveyspalveluita ja palvelujen arviointimenetelmiä sosiaali- ja terveystoimessa. Naantalin kaupungin ehkäisevän päihdetyön toimenpiteenä on aloitettu Vaaka-ryhmä kohderyhmänä äidit, jotka ovat joskus kokeneet päihderiippuvuutta sekä heidän alle kouluikäiset lapsensa. Vaaka-ryhmään osallistuvilla äideillä on kokemusta myös korvaushoidosta.

Vaaka-ryhmän toiminnan tarkoituksena on ehkäistä päihde- ja mielenterveysongelmien ylisukupolvinen siirtyminen. Ryhmän tavoitteena on edistää osallistujien mielenterveyttä ja päihteettömyyttä sekä rohkaista puhumaan niin äitinä kuin naisena olemisen arjesta että uuden elämänvaihdoksen tuomista haasteista. Ryhmä on kokoontunut nyt vuoden ja äitien keskustelut ovat vasta syventyneet. Ryhmän toiminta on ollut myös henkilökohtaisesti erittäin haastavaa ja olen aloittanut psykoterapian perusteiden opinnot täydentäen osaamistani mielenterveyden tukemisen osalta.

Ryhmä on kokoontunut maaliskuusta 2010 lähtien Naantalın seurakuntatalon tiloissa, joka toinen tiistai kello 17–19. Ryhmän alussa on äitien ja lasten yhteinen ruokailu ja tämän jälkeen laulu-leikki-hetki. Kello 18 alkaen äideille ja lapsille on omat ohjelmansa. Äiti-ryhmän ohjaajina toimivat viime vuonna vertaisohjaaja Naantalın seudun päihdeongelmaisten tuki Waihtoheito ry:stä ja ehkäisevän päihdetyön terveydenhoitaja Naantalın terveyskeskuksesta. Lastenhoito järjestettiin kevään ajan vapaaehtoisten työntekijöiden avulla, mutta syksyllä 2010 Vaaka-ryhmä sai Naantalın seurakunnan lapsityöstä uuden yhteistyökumppanin ja ammattitutkinnon suorittaneet lastenohjaajat. Tämä on ollut myös äitien mielestä oikean suuntainen kehitys. Keväällä 2011 äitien ryhmän toisena ohjaajana aloitti Naantalın terveyskeskuksen terveydenhoitaja, perhetyöntekijä. Nyt ryhmän toiminta on virallisesti kunnan ja seurakunnan yhteistyötä. Toiminnassa on ollut alusta asti mukana myös kolmas sektori. Ryhmän lapset ovat saaneet kerran kuukaudessa lahjoituksen hedelmäkörin Naantalın Pelastakaa Lapset ry:ltä.

Ryhmätoiminnan laadun takaamiseksi oli helppo lähteä mukaan BIKVA -arviointiin. BIKVA -arvioinnin ensimmäisen ja toisen vaiheen haastattelijoina toimi kaksi sairaanhoitaja-aikuisopiskelijaa Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmasta. Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin Vaaka-ryhmän asiakkaat ja toisessa vaiheessa haastateltiin työntekijät. Kolmannessa vaiheessa hankkeen yliopistoharjoittelija ja projektipäällikkö kertoivat tulokset kaupungin ja seurakunnan johdolle. Asiakaspalautteet ryhmiteltiin kuuteen luokkaan: ryhmään tulo, ryhmän sisältö, ryhmän vaikuttavuus, palaute työntekijöistä ja tiloista, kehittämisehdotukset sekä muu palaute sosiaali- ja terveystoimeen.

Äidit kokivat ryhmään tulon helppona ja kaiken kaikkiaan ryhmän anti koettiin positiivisena. Asiakkaiden mielestä ryhmässä käsiteltävät asiat äitiydestä ja naiseudesta olivat erityisen tärkeitä. Hyvänä toimintana äidit kokivat myös rentoutusharjoitteet, kiviterapian, retket, naamiaiset sekä lasten syntymäpäivien vieton. Näiden toimintojen tavoitteena oli lisätä ryhmäläisten sitoutumista ja siinä onnistuttiin. Vertaistuki koettiin ryhmän vaikuttavuuden kannalta keskeiseksi. Aloitettu toiminta tukee päihteetöntä elämäntapaa, äitiyttä sekä ehkäisee uusien ongelmakierteiden syntyä. Vaaka-ryhmän toiminta on ollut alusta asti ennakkoluulotonta ja saanut johdon täyden tuen.

BIKVA-arviointimenetelmän kautta saatu palaute vahvasti ryhmänohjaajien motivaatiota jatkaa ryhmätoimintaa ja kehittää sitä edelleen. Tulevaisuuden haasteena on muun muassa se, miten erityisesti poikalapsille saadaan puuttuvan isän malli ryhmän avulla tai miten voidaan tukea lasten erityisosaamista kuten musikaalisuutta, kun vanhemmillä ei ole varaa viedä lapsiaan muskaritoimintaan.

Naantalın kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johto uskoo vertaisryhmien vaikuttavuuteen. Tämä on osaltaan helpottanut työntekijöiden innostumista ryhmätoimintojen kehittämisessä. Naantalın kaupunki on mukana useissa hankkeissa, joissa tuetaan perheitä. Esimerkiksi Mannerheimin Lastensuojeluliiton valtakunnallisessa Vahvuutta vanhemmuuteen -hankkeessa vuosina 2010–2014 tuetaan ensimmäisen lapsen saaneita perheitä. Naantali toimii Varsinais-Suomen piirin pilottikuntana. Hankkeessa kehitettävä vanhempainohjaus perustuu vanhemmuuden reflektiivisen kyvyn vahvistamiseen niin sanotulla Parents First -menetelmällä. Pitkän aikavälin kehittämistavoite on juurruttaa ryhmämuotoinen vanhempainohjaus osaksi suomalaista perhevalmennusta ja neuvolatyötä. Polku alkaa neuvolan järjestämästä kunnallisesta perhevalmennuksesta ja jatkuu vanhempainryhminä vauvan syntymän jälkeen.

Sosiaali- ja terveystoimen työntekijät ovat todenneet käytännössä, että ryhmätoiminta on oiva paikka käsitellä yhdessä asiakkaiden kanssa vanhemmuutta, naisena tai miehenä olemisen haasteita sekä äitiyttä tai isyyttä. Vertaisryhmät ovat parhaimmillaan myös ehkäisevää mielenterveystyötä.

6.1.4.3 Selviämishoitoyksikkö yhteispäivystyksessä

Tiina Hakala

Selviämishoitoyksikkö eli Selma sijaitsee Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Selman toiminta aloitettiin sairaanhoitopiirin omana projektina ajalla 1.11.2009–31.5.2010. Kesäkuun 2010 alusta toiminta vakinaistettiin osaksi päivystyksen toimintaa. Sinne ohjautuvat potilaat ovat pääsääntöisesti päihytyneitä, joilla on somaattinen tai psyykinen ongelma sekä tapaturma, minkä vuoksi he tarvitsevat sairaanhoidollista seurantaa. Selman keskeinen tehtävä on puuttua päihteiden käyttöön, motivoida jatkohoitoon ja järjestää tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka. Selman henkilökunta antaa myös konsultaatioapua osastoille, joissa hoidetaan potilaita, joilla on päihteiden käytön vuoksi tulleita somaattisia ongelmia.

Vuonna 2010 Selmassa oli 875 potilaskäyntiä. Suurin ikäryhmä on 41–50-vuotiaat. Alle 18-vuotiaita on ollut 19 henkeä. Keskimääräinen hoitoaika on ollut noin 10 tuntia. Päädiagnoosina potilailla on ollut useimmiten alkoholin haitallinen käyttö, alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet, kouristelu tai vamma. Lääkkeiden aiheuttamia myrkytyksiä on ollut paljon (109 tapausta vuonna 2010). Jatkohoitopaikkoina on ollut katkaisuhuoltoasema, päihdeklinitat, psykiatrian avo- ja laitospalvelut, keskussairaalan muut osastot sekä terveystieteiden keskus.

Selman toiminnan myötä päivystyksen yleisilme on rauhoittunut. Päihtyneet eivät enää häiriköi odotustiloissa eikä päivystysosasto kuormitu päihdepotilasta. Päihtyneiden lähettäminen psykiatriseen sairaalaan M1-lähetteellä on vähentynyt. Tällä hetkellä päihteiden käyttöön puututaan ja jatkohoitoon ohjaus on tehostunut. Terveystieteiden keskuksissa päihtyneiden määrä on myös vähentynyt.

Selma-pilotin aikana on pyritty konkretisoimaan päihteiden käyttöön liittyvää ehkäisevää työtä aloittamalla koko päivystyksen henkilökuntaa koskevat Audit-koulutukset. Koulutukset on aloitettu syksyllä 2010 ja ne jatkuvat kevään 2011. Tarpeen mukaan niitä järjestetään myös tulevana syksynä. Tavoitteena on, että päihdeistä keskusteleminen tulee osaksi muuta haastattelua päivystyspotilaan kohdalla. Hoitajakaavakkeeseen on lisätty Audit-C kysymykset, joiden avulla puheeksi ottamista pyritään helpottamaan. Pilotin toimesta on myös järjestetty erilaisia päihde- ja mielenterveysasioihin liittyvää koulutusta. Satakunnan keskussairaalan osastoille on käyty kertomassa Selman toiminnasta ja mahdollisuudesta hyödyntää Selman henkilökunnan päihdeosaamista konsultaatioiden muodossa.

Pilotin aikana yhteistyötä on lisätty eri toimijoiden kesken. Erityisesti kolmannen sektorin toimijoita on otettu enemmän mukaan toimintaan. AA-kerhon toiminnasta on jaettu tietoa ja Satakunnan alueen kaikki tukihenkilöt ovat käyneet tutustumassa Selmaan. Myös AI-Anonin, A-killan ja seurakunnan edustajat ovat vierailleet Selmassa. Yhteistyötä tehdään myös muiden projektien kanssa. Potilaille on tehty tyytyväisyyskysely, jonka analysointi alkaa maaliskuussa 2011. Kunnissa on käyty tapaamassa sosiaali- ja terveydenhuollon edustajia, joilta on kerätty kokemuksia Selman toiminnasta. Pääsääntöisesti kokemukset ovat olleet hyviä. Sosiaalitoimen kanssa toivotaan lisää yhteistyötä.

6.1.4.4 Porin Pakka-hanke

Sari Ilvonen

Suomalaisessa alkoholihaittojen vähentämisen mallissa yhdistyy valtiollinen sääntely, viranomaisten ja kansalaisten paikallinen yhteistoiminta sekä alkoholin kysyntään, tarjontaan ja haittoihin vaikuttaminen. Tämän yhtenäisen strategian tarkoituksena on muovata suomalaisten ja erityisesti nuorten koko elinympäristö päihdehaitoilta suojaavaksi. Tämä kokonaisuus todettiin tehokkaaksi edellisen Alkoholiohjelman kärkihankkeessa Paikallinen alkoholipolitiikka eli Pakka-hankkeessa. Pakka-toimintamallin tavoitteena on saada kansallinen alkoholilaki paikallisesti eläväksi. Mallissa integroidaan virallinen valvonta ja sääntely epäviralliseen sosiaaliseen sääntelyyn, jotta alkoholijuomien välittäminen voitaisiin estää, edistää vastuullista elinkeinotoimintaa ja minimoida haittoja. Keskeistä on vähittäiskaupan vastuullisen myynnin ja ravint-

toloiden vastuullisen anniskelun edistäminen. Toimintamallissa julkinen sääntely, vastuulliset markkinat, ehkäisevän päihdetyön toimijat sekä media ja kansalaiset yhdistävät voimansa. Pakka-toimintamallia pyritään toteuttamaan hankkeissa ympäri maata.

Porissa aloiteltiin Pakka-mallin mukaista toimintaa vuoden 2010 alussa. Hankkeessa on yksi kokoaikainen työntekijä. Hankkeen aikana toteutetaan kaikkia Pakka-mallin mukaisia toimintoja, joiden tavoitteena on vaikuttaa alentavasti niin alkoholin kysyntään kuin saatavuuteenkin. Tavoitteena on, että hankkeen aikana käynnistetään järjestelmällinen paikallisen alkoholipolitiikan kehittäminen Porissa sekä luodaan rakenteet ehkäisevän päihdetyön koordinaatiolle. Porissa ei ole ennen Pakka-hankkeen toimintaa ollut ehkäisevän päihdetyön eri toimijat yhteen kokoavaa koordinaatiota.

Pakka-hankkeen tavoitteet ovat:

- Nuoret ja nuoret aikuiset juovat vähemmän ja juomisen aloitusikä nousee
- Humalajuominen ja siihen liittyvät haitat vähenevät
- Alueellinen ja seudullinen alkoholihaittojen ehkäisy tehostuu.

Porin Pakka-hankkeessa päädyttiin lähtemään liikkeelle sellaisten toimintojen käynnistämisestä, joiden rakenteita ei vielä paikallisesti ollut olemassa. Alkoholielinkeinon eli vähittäiskauppojen, Alkon ja ravintoloiden kanssa tehtävä yhteistyö nousi näistä tärkeimmäksi. Hankkeelle ideoitii myös kolme toisistaan eriävää teemaa. Nämä olivat erityisesti kaupoille suunnattu ”älä välitä” -teema, nuorille oma ”selvä pää” -teema sekä aikuisille ja ravintoloille suunnattu ”estä överit” -teema. Pakka-materiaaleista on jätetty hankesana pois, jotta materiaali on käytettävissä paikallisen alkoholipolitiikan edistämässä hankkeen jälkeenkin.

Pakka-hankkeen toimesta Poriin on koottu asiantuntijatyöryhmät niin paikallisista elinkeinon edustajista kuin ehkäisevän päihdetyön tekijöistäkin. Työryhmät toimivat Pakka-hankkeen asiantuntijaryhminä, jotka osallistuvat paikallisen alkoholipolitiikan kehittämiseen.

Konkreettisena hankkeen alkuna voitaisiin pitää alkoholin ostokokeita vähittäiskauppaan sekä asiakasarviointia ravintoloihin. Ostokokeet toteutettiin Pakka-mallin mukaisesti koko Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella. Ravintoloiden asiakasarvioinnit tehtiin Porin keskustan alueen ravintoloissa. Tutkimustulokset ovat niin elinkeinon kuin viranomaistenkin hyödynnettävissä. Tutkimustuloksia voidaan käyttää myöhemmin vertailukohteena. Ostoyrityksistä 63,7 prosenttia onnistui, eli nuorille myytiin alkoholi-juomia ilman, että henkilöpapereita kysyttiin tai niin, että henkilöpapereita kysyttiin ja vaikka niitä ei ollut, myytiin silti. Ostoyrityksistä epäonnistui 36,3 prosenttia. Alkon myymälöissä myynnistä kieltäytyttiin useimmin, 77,8 prosenttia ostoyrityksistä epäonnistui. Huoltoasemilla ikärajavaltvonta oli heikointa, kieltäytymisprosentti oli vain 16,7.

Myös alueellista kauppakeskusyhteistyömallia valmisteltiin yhteistyössä elinkeinoharjoittajien kanssa. Mallissa on yhteistyön lisääntymisen myötä tarkoituksena tehostetummin puuttua vastuullisuusasioihin ja erityisesti alkoholin välittämisen ongelmaan. Mallissa Pakka-hanke toimii toiminnan käynnistäjänä ja vetäytyy siitä sitten syrjään. Mallia on sovellettu Porin alueella kauppakeskuksiin, joissa toimii sekä vähittäiskauppa että Alkon myymälä.

Pori Jazzien yhteydessä on jo useana vuonna ollut valtakunnallinen laaja ajankohtaisasioita käsittelevä keskustelutapahtuma, SuomiAreena. SuomiAreenan yhteydessä on kolmipäiväinen kansalaistoritapahtuma, johon Pakka-hanke osallistui yhteistyökumppaniensa kanssa vieden ehkäisevän päihdetyön tietoutta kansalaisten keskuuteen. Elinkeinoelämän yhteistyökumppanit sitoutuivat yhteiseen pyrkimykseen vahvasti.

Kesäisessä Porissa arvioitiin myös terasseja. Terasseilla seurattiin esimerkiksi päihtyneiden mahdollista oleskelua tai päihtyneelle anniskelua, alkoholittomien juomien saatavuutta ja terassien yleistä viihtyvyyttä sekä turvallisuutta. Arvioitsijoiden kohtaamat epäkohdat on hankkeen projektityöntekijän toimesta viety kyseessä olevien terassien tietoon.

Ehkäisevän päihdetyön viikolla oli tavoitteena tavoittaa kaikki porilaiset. Omat toisiaan täydentävät kampanjansa olivat niin yläkouluilla, vähittäiskaupoissa kuin ravintoloissakin. Yhteistyössä erityisnuorisotyöntekijän, hyvinvointikoordinaattorin, kouluterveydenhoitajien sekä koulukuraattorien kanssa kierrettiin

kaikki Porin yläkoulut. Kouluilla oltiin puoli päivää ja nuorille vietiin päihdetietoutta. Yhteistyökumppaneilta saadun palautteen mukaan kouluille jalkautumiset sujuivat hyvin ja tavoittivat suuren joukon oppilaita. Myös opiskelijat ottivat ”päihdekasvatuksen” hyvin vastaan ja erityisesti känniläsit toimivat keskustelun herättäjinä.

Ehkäisevän päihdetyön viikolla poliisi, pelastuslaitos ja sosiaalipäivystys valmistelivat muutamiin kauppakeskuksiin case-tyyppisen ohjelman, jossa tuli esille eri toimijoiden osallisuus esimerkiksi päihtyneen nuoren kohtaamisessa. Yleisöltä saadun palautteen mukaan oli erityisen hienoa, että juuri viranomais-tahot tekevät myös tällaista yhteistyötä tärkeässä asiassa. Tapahtumiin osallistuneiden ehkäisevän päihdetyön ryhmän jäsenten kokemukset tapahtumista olivat hyvät. Tapahtumia pidettiin hyödyllisinä niin näkyyden kuin vaikuttamisenkin näkökulmista.

Vähittäiskaupan kampanjassa mukana olivat kaikki kauppa- ja palvelusetäät. Alueen Alkoilla oli kyseisellä viikolla tehostettua ikäraja- ja valvontaa sekä kampanjointia omalla materiaalillaan. Kampanja sai hyvää palautetta asiakkailta. Monet pitivät tärkeänä, että kauppa valistaa ihmisiä tärkeistä asioista. Erityisesti A4-kokoiset ostoskorien pohjilla olleet julisteet olivat kiinnittäneet huomiota. Porin keskustan alueen ravintoloita lähti hyvin mukaan kampanjaan. Vaikka asiakkailta ei juurikaan palautetta tullut, pitivät ravintoloitsijat kampanjaa onnistuneena ja toteuttamiskelpoisena.

Yhtenä ehkäisevän päihdetyön menetelmänä otettiin käyttöön vanhemmille sekä urheiluseurojen valmentajille suunnatut kirjeet, joihin on koottu tietoa nuorten alkoholin käytöstä, ja joissa korostetaan aikuisen, vanhemman tai valmentajan, vastuuta nuorten päihdeasioissa. Vanhempien kirjeet jaettiin koulukuraattorien toimesta kaikille yläkoululaisten vanhemmille. Kuraattorit kertoivat saaneensa jonkin verran vanhemmilta palautetta siitä, miten tärkeää on, että tärkeistä asioista puhutaan ja nostetaan esille erityisesti myös sitä vanhemman vastuuta.

Pakka on saanut hyvin jalansijaa Porin yhteistoiminta-alueella ja toiminta on koettu hyväksi. Pakka-hanke on myös huomioitu Porin kaupungin turvallisuussuunnitelmassa yhtenä hyvänä, kaupungin turvallisuutta edistävänä käytäntönä.

6.1.5 Arjen mieli Itä- ja Keski-Suomessa: yhteistyöllä laatua mielenterveys- ja päihdetyöhön

Anne Kejonen, Minna K. Turunen, Arja Jämsén, Tarja Kauppila

Tässä artikkelissa kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä Itä- ja Keski-Suomessa. Taustalla on monien toimijoiden pitkäjänteinen ja tavoitteellinen yhteistyö, josta ponnistettiin uusi hankesuunnitelma Kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmaan (Kaste) joulukuussa 2010. Hankkeen nimeksi tuli ”Arjen mieli”. Tavoitteena on vaikuttaa arjen työhön niin, että myös asiakkaalle mielenterveys- ja päihdepalvelujen toiminta on selkeämpää ja vahvistaa asiakkaan arjen mielekkyyttä.

Tieto ohjaa kehittämistä

Kehittämistyö perustuu tietopohjaan. Itä- ja Keski-Suomen alueelta on koottu useita mittareita ja indikaattoreita päihde- ja mielenterveystyön kuvaamiseksi. Indikaattoreiden kokoaminen ei sinällään kuitenkaan riitä. Indikaattoreita pitää käyttää hyödyksi ja niiden antamia vihjeitä ja merkityksiä on syytä pohtia yhdessä. Indikaattorit ovat olleet viime vuosina yhteisen työskentelyn lähtökohdina kuntien ja seutujen päihdetyön foorumeissa, joita Itä-Suomen aluehallintovirasto ISAVI ja Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ISO ovat yhdessä järjestäneet.

Päihdefoorumeihin on osallistunut sosiaali-, terveys-, koulu- ja nuorisotoimen henkilöstöä, poliiseja, luottamushenkilöitä sekä oppilaitosten edustajia. Foorumeissa eri toimijatahot ovat tarkastelleet, mitä indikaattoritieto kertoo, millaista muutosta on havaittavissa ja millaisia ilmiöitä muutosten takana voi olla. Foorumiyhteistyö on suuntautunut aina myös tulevaisuuteen: mitä kukin toimijataho voi osaltaan tehdä ja

miten voidaan toimia yhdessä niin, että päihde- ja mielenterveystyö uudistuu ja vahvistuu. Toimijat ovat oppineet toistensa hyvistä toimintamalleista ja saaneet konkreettisia ideoita oman työnsä kehittämiseksi. Indikaattoritieto on myös kunnille arvokasta tietoa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimiseen ja päivittämiseen.

Tärkeitä mittareita ja indikaattoreita mielenterveys- ja päihdetyön alueella ovat muun muassa menetetyt elinvuodet-indeksi (PYLL-indeksi; Potential Years of Life Lost), SOTKANetin tuottamat mielenterveysindikaattorit sekä kuntien avainpäihdeindikaattorit. Menetetyt elinvuodet-indeksillä (PYLL-indeksi; Potential Years of Life Lost) voidaan kuvata väestön hyvinvoinnin tilaa. PYLL-indeksi lasketaan virallisista kuolleisuustiedoista kunnittain. Mitä paremmin väestö voi, sitä vähemmän menetetään elinvuosia. Seuramalla PYLL-indeksiä pitkällä aikavälillä voidaan tehdä päätelmiä siitä, onko väestön hyvinvointi parane-
massa vai heikkenemässä. Tarkastelemalla PYLL-indeksiä kuolinsyittäin voidaan tehdä päätelmiä väestön hyvinvoinnin kehittämiseksi tarvittavista toimista. Indeksillä on yksi maailman käytetyimmistä väestön hyvinvoinnin indikaattoreista.

Sotkanetin mielenterveysindikaattorit kuvaavat alueiden mielenterveyspalveluiden tilannetta. Avainpäihdeindikaattoreihin puolestaan on valittu kymmenen kuntatason avainindikaattorin lisäksi valtakunnallisia taustaindikaattoreita päihdeasioiden puheeksi ottamisen, suunnittelemisen ja kehittämisen tueksi. Indikaattoreiden tulkintakysymykset helpottavat tilastotiedon hyödyntämistä ja siten motivoivat kuntia terveyden edistämiseen. Alueen toimijat ovat parhaita päihdeavainindikaattorien tulkitsijoita, koska he tuntevat alueensa ja osaavat hahmottaa taustalla vaikuttavia muutostekijöitä. Itä- ja Keski-Suomen alueella indikaattoreita hyödynnetään jo hyvin.

Alueen ongelmia tilastojen valossa

Alkoholin takia menetetään merkittävästi inhimillistä pääomaa. Itä-Suomessa alkoholisyys menetettyjen elinvuosien aiheuttajana ovat sekä miesten että naisten kohdalla korkeammat kuin keskimäärin Suomessa. Pohjois-Karjalassa tilanne on hieman parempi kuin Savossa. Erittäin huolestuttavia ovat naisten indeksit Etelä-Savossa. Alkoholinkulutus on Itä- ja Keski-Suomessa hieman muun maan keskiarvoa korkeammalla tasolla. Päihde- ja mielenterveysongelmien taustaindikaattoreista työttömyysluvut sekä toimeentulotukea saaneiden määrä ovat Itä- ja Keski-Suomessa selkeästi koko maahan verrattuna korkeammalla tasolla.

Psykiatrisen laitoshoidon hoitajaksot sekä psykiatrisen laitoshoidon potilasmäärä tuhatta asukasta kohti suhteutettuna ovat Pohjois- ja Etelä-Savossa muuta maata korkeammat. Keski-Suomessa on panostettu avohoitoon, ja siellä psykiatrian avohoitokäyntejä on tuhatta asukasta kohti enemmän kuin keskimäärin muualla Suomessa. Mielenterveyden ongelmat ovat merkittävä työkyvyttömyyseläkkeelle johtava syy Itä- ja Keski-Suomessa. Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden saajien määrät ovat olleet nousussa viime vuosien aikana Keski- ja Itä-Suomessa lukuun ottamatta Etelä-Savo. (SOTKANet 2011.)

Itä- ja Keski-Suomessa mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyö toteutuu keskimäärin parhaiten pienissä maaseutukunnissa ja keskisuurissa kaupungeissa. Hyvin toimivia malleja löytyy muun muassa Iisalmen seudulta. Suurimmat yhteistyön haasteet ovat tällä hetkellä alueen suurimmissa kaupungeissa. Yhteiseen kehittämishankkeeseen tarttumista on usein hidastanut se, että kunnat ovat eri vaiheissa palveluiden kehittämisessä.

Kehittäminen alueen ja valtakunnan tason vuoropuheluna

Itä- ja Keski-Suomen hankkeet menestyivät hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) ensimmäisillä rahoituskierroksilla. Muun muassa vanhuspalveluihin ja lastensuojeluun liittyvät kehittämisteemat saivat hankerahoitusta. Päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen pysyi myös jatkuvasti keskusteluissa. Perusteluja ja tarpeita löytyi helposti, mutta aika ei Kaste-ohjelman ensimmäisinä vuosina ollut kypsä laajan maantieteellisen alueen haasteellisia päihde- ja mielenterveystyön tavoitteita kokoavalle hankkeelle. Kehittämisaikaa oli selkeästi priorisoitava.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (PARAS) myötä palvelujen organisointi on edelleenkin kesken useilla alueilla. Osa kunnista ei Kaste-ohjelman alkuvaiheissa vielä tiennyt, millaisia yhteistoiminta-alueita

ja yhteistoiminnan muotoja olisi tulossa. Näin ollen laaja-alaiseen yhteiseen sisällölliseen kehittämiseen ei löytynyt riittäviä edellytyksiä tai voimavaroja.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat kytkeytyvät usein yhteen, ja asiakkaan näkökulmasta palvelujärjestelmää on muokattava helpommaksi käyttää. Tämä edellyttää, että kunnat muodostavat erityisesti mielen-terveys- ja päihdepalvelujen avopalveluista yhden toiminnallisen kokonaisuuden perus- ja erityispalveluis- sa. ”Yhden oven” periaatteella voidaan selkeyttää ja edistää mielen-terveys- ja päihdeongelmaisten asiak- kaiden hoitoon pääsyä ja kiinnittymistä palvelujärjestelmään. Toiminnallisen kokonaisuuden rakentamista helpottaa ja tukee laajassa yhteistyössä laadittu mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma.

Mielen-terveys- ja päihdetyön hankkeella voitaisiin täydentää ja vahvistaa Itä- ja Keski-Suomen kehittä- mistavoitteiden - terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, vanhustyön sekä lasten ja perheiden palveluiden kehittäminen – toteutumista. Päähteetömyyden ja mielen-terveyden edistäminen sekä näihin liittyvien on- gelmien, häiriöiden ja sairauksien parempi hoito vaikuttavat alueen kaikkien ikäryhmien hyvinvointiin ja terveyteen. Mielen-terveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen koskettaa sekä lasten ja perheiden palveluja että vanhustyötä.

Itä- ja Keski-Suomen mielen-terveys- ja päihdetyön Kaste-hankehakemus valmisteltiin Mieli- suunnitelman viitekehyksessä (Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Kunnilla ja kuntayhtymillä on tavoitteena kehittää mielen-terveys- ja päihdepalvelujen suunnitelmallisuutta, toimintamalleja, sisältöjä ja laatua niin, että ne edistävät mielen-terveys- ja päihdepalveluiden rakenteiden uudistamista ja tukevat Kaste- ohjelman ja Mieli-suunnitelma pitkän aikavälin tavoitteita.

Verkostot hankesuunnittelun apuna

Itäsuomalaiset päihdetyön kehittäjät ovat laajasti verkostoituneet. Verkostojen kutojana ja koordinoijana on toiminut Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ISO yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Alueella toimii säännöllisesti kymmenen eri päihdetyön kehittämisryhmää. Lisäksi kunnissa voi olla omia päihdetyöryhmiä ja asiakasryhmiä. Työryhmät kattavat laajasti alueen sekä eri ammattiryhmät. Työryhmät kokoontuvat säännöllisesti. (Kejonen ja Turunen 2009) Nämä työryhmät ovat olleet tärkeässä roolissa hankkeen tavoit- teiden ja sisällön suunnittelussa. Verkostot nostavat alueen kehittämis- ja uudistamistarpeita sitkeästi esille kokouksissa ja foorumeissa. Kentän todelliset kehittämis- ja uudistamistarpeet nousevat aidosti ruohonjuuritasolta. Erityi- sen ansiokkaina voidaan pitää myös käytännön toimijoilta tulleita ideoita.

Käytännössä hankkeen taustatietojen kokoamisen toteuttivat Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (ISO) ja Itä-Suomen aluehallintoviraston (ISAVI) toteuttama alkoholiohjelman koordinaatio. (Jämsén, Kejonen & Saukkonen 2010) Selvä päivä, parempi mieli -artikkelikokoelma julkaistiin ISO-julkaisuna loppuvuodesta 2010 (Jämsén 2010). Julkaisuyhteistyö taustoitti ja viritti omalta osaltaan alueen mielen-terveys- ja päihdetyön kentän kehittämistarpeita. ISO järjesti useita avoimia suunnittelukokouksia itä- ja kes- kisuomalaisille mielen-terveys- ja päihdealan toimijoille syksyllä 2010. Kaste-hanketta valmisteltiin koko- uksissa, joissa keskusteltiin haasteista ja yhteisistä kehittämisen kohteista sekä suunnista. Alueen kunnissa ja kuntayhtymissä oli virinnyt tahtotila mielen-terveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen.

Laajan Itä- ja Keski-Suomen alueen toimijoiden tavoittaminen ja yhteisen keskustelun käyminen on monella tavalla vaativaa. Hankevalmistelijat matkustivat eri puolilta valtavaa aluetta valtateiden nro 23 ja 5 risteyskohtaan Varkauteen. Keskuskaupungeista (Kuopio, Mikkeli, Joensuu ja Jyväskylä) sinne on noin 75 - 160 kilometrin ajomatka yhteen suuntaan. Etäisimmistä Pohjois-Karjalan pienistä kaupungeista matkaa on noin 200 km! Pisin matka on Lieksasta, yhteen suuntaan 211 km. Pitkistä matkoista huolimatta osallistujia oli noin 20 – 30 henkilöä/kokous.

Vaikka palvelurakennemuutoksissa on eri alueilla päädytty erilaisiin ratkaisuihin ja uudistamistyössä ol- laan eri vaiheissa, niin siitä huolimatta arjen työn haasteet ovat kovin samanlaiset. Yhteinen tavoitetila alkoi kypsyä THL:n Mieli -toimeenpanosuunnitelman (Moring 2010, Larivaara 2010) viitekehykseen sopi- vaksi. ISO näki päihde- ja mielen-terveystyön uudistamistarpeen niin tärkeäksi asiaksi, että palkkasi hanke- suunnitteluun määräaikaisten suunnittelijan. Tehtävänä oli työstää hankesuunnitelmaa yhdessä alueellisten valmistelijoiden kanssa. Valmistelua koordinoivat Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Etelä-Savon sairaan-

hoitopiiri, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Vesannon kunta, Kuopion kaupunki ja Joensuun kaupunki. Myös Pohjois-Karjalan maakuntaliitto osallistui maakunnalliseen koordinointiin.

Arjen mieli yhteinen tavoite

Arjen mieli -hankkeessa tärkeää on toimivan palvelukokonaisuuden kehittäminen. Toiminta suuntautuu tukemaan Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2010) tuloksia, joista hankesuunnitelmassa painottuvat seuraavat: 1) kuntien, kuntayhtymien ja muiden tuottajien mielenterveys- ja päihdepalveluista on muodostunut toiminnallinen kokonaisuus, 2) ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön rakenteet ovat vahvistuneet ja vaikuttavuus lisääntynyt sekä 3) mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä heidän läheistensä asema palveluiden käyttäjinä ja kansalaisina vahvistuu. Arjen mieli -hanke

- edistää mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimista, suunnitelmallisuutta ja selkeämpää vastuunjako
- parantaa yhteistyötä peruspalvelujen, psykiatrian ja päihdehuollon erityispalvelujen kesken
- vahvistaa peruspalveluja osana palvelukokonaisuutta
- lisää avohoitopainotteisuutta ja kehittää toiminnan laatua
- vahvistaa mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävän työn rakenteita, juurruttaa menetelmiä ja vahvistaa osaamista
- kehittää harvaan asuttujen alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimintamallia
- vahvistaa asiakaslähtöisyyttä osana palvelujen kehittämistä ja toteutusta.

Hankevalmistelu aktivoi ja vahvisti toimijaverkostojen yhteistyötä. Myös uusia yhteyksiä luotiin alueella eri alojen asiantuntijoiden kesken. Yhteiset kehittämisteemat ja laajat verkostot kokoavat pirstaloitunutta ja monia rajapintoja sisältävää mielenterveys- ja päihdepalvelujen kenttää. Kehittämistyö edellyttää 1) pitkäjänteistä ja sitkeää yhteistyötä, 2) aitoa vuoropuhelua, keskinäistä kunnioitusta ja vastuuta ottavia verkostoja - verkostoista nousee käytännön asiantuntijuus ja 3) vahvaa tietoperustaa sekä aikaisemman kehittämistyön ja osaamisen arvostusta. Onnistuessaan hanke pohjustaa ja ennakoii hyvin myös sitä tavoitetta, josta muistutellaan parhaillaan uudistuvan sosiaalilainsäädännön yhteydessä: ongelmia ehkäisevää työtä on systemaattisesti vahvistettava. Ehkäisevä työ tarvitsee alueilla yhteistä tahtotilaa, suunnittelua, konkreettisia työvälineitä ja osaavia tekijöitä. Uusilta normeilta on osaltaan lupa odottaa tukea näiden saavuttamiseksi.

Kirjallisuus

- Arjen mieli. Laatua ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyön arkeen Itä- ja Keski-Suomessa. Hankesuunnitelma. Julkaisematon, 2010.
- Jämsén, Arja, Kejonen, Anne ja Saukkonen, Tanja: Päihde- ja mielenterveysasiat kuntoon Itä- ja Keski-Suomessa. Alustavaa tausta-aineistoa hankesuunnitteluun. Julkaisematon käsikirjoitus. 22.03.2010. 2010.
- Jämsén, Arja (toim.): Selvä päivä, parempi mieli. Puheenvuoroja päihdetyön paremman tulevaisuuden puolesta. Kuopio: Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 2010.
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Partanen Airi, Moring Juha, Nordling ja Bergman Viveca (toim.). Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Larivaara, Meri: Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet. Teoksessa Partanen Airi, Moring Juha, Nordling ja Bergman Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Moring Juha: THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Partanen Airi, Moring Juha, Nordling ja Bergman Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Kejonen, Anne: Verkostot päihdetyön kehittäjinä. Teoksessa Jämsén, Arja (toim.): Selvä päivä, parempi mieli. Puheenvuoroja päihdetyön paremman tulevaisuuden puolesta. Kuopio: Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 2010.
- Kejonen, Anne ja Turunen, Minna: Päihdetyön verkkoja kutomassa. Päihdetyön aluekehittäjä -hankkeen loppuraportti. Kuopio: Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 2009.

6.2 Mitä kuuluu THL:n kärkihankkeille?

Juha Moring

THL:n laatima suunnitelma kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanemiseksi valmistui vuonna 2010, ja sitä on kuvattu yksityiskohtaisesti edellisessä Mieli-suunnitelman väliraportissa (Partanen ym. 2010). Itse suunnitelman tavoin se muodostuu neljästä osa-alueesta. Niistä kolmelle on valittu kullekin kaksi kärkihanketta joiden toteutumista THL erityisesti pyrkii edistämään, ja yhdelle kolme. Osa-alueet ja kärkihankkeet on esitetty kuviossa 1. Osa kärkihankkeista on edennyt varsin hyvin, osa on lähtenyt mukavasti käyntiin ja osa odottaa vielä toimenpiteitä eri tahoilta. Mieli-suunnitelma kokonaisuutena on otettu kentällä varsin hyvin vastaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa on ollut tarvetta tällaiselle linjaukselle, joten monet toimintaansa uudistavat kunnat ja yhteistoiminta-alueet ovat ottaneet suunnitelman toimintansa lähtökohdaksi.

Tärkein kanava Mieli-suunnitelman toimeenpanossa ovat Kaste-hankkeet, joista tällä hetkellä ovat toiminnassa *Tervein mielin Pohjois-Suomessa*, *Välittäjä*, Länsi-Suomen päihde ja mielenterveystyön kehittämishanke *Länsi 2012*, Etelä-Suomen *Mielen Avain* sekä tänä vuonna eli 2011 rahoituksen saanut Itä-Suomen hanke *Arjen mieli*. Nämä viisi hanketta kattavat valtaosan maamme kunnista. Osa hankkeista tosin on päättymässä tämän vuoden lopussa, ja seuraavan hallituskauden kehittämissuunnitelmien ("KASTE 2") osalta suunnitelmat ovat vielä kesken. Kaste -hankkeissa tapahtuvaa kehitystyötä on kuvattu toisaalla tässä raportissa.



Kuvio 1. Mieli-suunnitelman kärkihankkeet THL:n toimeenpanosuunnitelmassa

Kokemusasiantuntijuus

Tämän raportin osa 4 kuvaa Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän kehittämisessä -kärkihankkeen mukaista toimintaa sekä mielenterveys- että päihdetyössä. Kokemusasiantuntijoita on alettu kouluttaa muutamissa paikoissa näihin tehtäviin. Heitä myös käytetään erilaisissa tehtävissä erityisesti Kaste-hankkeissa. Myös kansainvälisiä kontakteja on luotu kokemusasiantuntija- ja vertais-toimijoiden asioissa. ITHACA -nimisessä EU-projektissa tuettiin varsin onnistuneesti mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjien voimaantumista kehittämällä käytäntöjä heidän osallistamiseksi ihmisoikeuksien ja hoidon laadun arviointiin. Hanke pilotoi pohjalaismaakuntien alueella arviointimenetelmän laitoshoidossa ja tuotti sen perusteella mallin kokemustutkijoiden osallistamiseksi laitosten arviointiin ja laatuohjoihin. Hankkeen tulokset on koottu, kansainvälinen raportti ei ole vielä ilmestynyt, mutta suomeksi hanketta kuvataan julkaisussa Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusravioinnin kohteena, ITHACA -hankkeen Suomen loppuraportti (Salo 2010). Raportin kokemusasiantuntijoiden laatimissa suosituksissa tarkastellaan kuntoutumista tukevan hoidon ja kuntoutuksen edellytyksiä, ihmisoikeuksia kunnioittavaa hoitoa ja kuntoutusta sekä palveluiden käyttäjien yhteiskuntaan kiinnittymistä tuloksellisen hoidon ja kuntoutuksen seurauksena. Hyvistä käytännöistä nostetaan esiin vertaistuen käyttö, nuorten prosessinomainen itsenäistymisen tukeminen ja vierihoidon eristämisen vaihtoehtona. Huonoista toimintaperiaatteista nousevat esiin yksilöllisyyden sekä palveluiden käyttäjien aikuisena kohtaamisen puute ja kielteinen asennoituminen. Hankkeen tuloksia on jo nyt hyödynnetty monilta osin meneillään olevissa Kaste-hankkeissa. Myös alkuvaiheessa olevaa kokeilutoimintaa on raportoitu useilta tahoilta.

Pakon vähentäminen

Suomessa on psykiatrasta sairaalahoitoa enemmän kuin muissa länsimaissa (Salize ja Dressing 2004). Tahdosta riippumattoman hoidon osuus on suuri ja sairaaloissa käytetään pakkotoimia enemmän kuin Euroopassa yleensä. Tilannetta on kuvattu viime vuonna ilmestyneessä Mieli-suunnitelman raportissa (Partanen ym. 2010). Vuonna 2010 ilmestyneen Alice Keski-Valkaman kansainvälisessä yhteistyössä tehtyihin erillisartikkeleihin perustuvan väitöskirjatyön mukaan Suomi kuitenkin asettuu pakon käytössä lähelle mukana olleiden eurooppalaisten maiden keskiarvoa (Keski-Valkama 2010). Tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien käytön määrän vertailu eri maiden välillä onkin ongelmallista, jos käsitteiden määrittelyt ja mittausmenetelmät eivät ole yhdenmukaisia. Maamme kannalta merkittävämpi ongelma ehkä onkin suuret erot tahdosta riippumattoman hoidon määrissä eri alueiden välillä. Myös pakkotoimien käytössä on suuria eroja sairaanhoitopiirien välillä (Tuori 2009). Erot liittyvät avohoidon kehittyneisyyteen, hoitojärjestelmän resursointiin, henkilökunnan mitoitukseen ja koulutukseen, turvallisuusjärjestelyihin ja moneen muuhun asiaan. Kansainväliset asiantuntijat ovat toistuvasti kiinnittäneet huomiota pakkotoimien määrään maassamme erilaisten vertailujen yhteydessä. Kyseessä on tärkeä ihmisoikeuskysymys, jolla on iso merkitys psykiatrian uskottavuuden kannalta. Koska työ- ja potilasturvallisuus kietoutuvat tiukasti yhteen pakon käytön tarpeen kanssa, viedään näitä asioita yhdessä eteenpäin yhden valtakunnallisen kehittämissuunnitelman kautta.

THL on toimeenpanosuunnitelman mukaisesti käynnistänyt hankkeen ja perustanut työryhmän Pakkotoimien vähentäminen ja turvallisuuden lisääntyminen. Ryhmässä on edustus lähes kaikista pakkoa käyttävistä psykiatrisista sairaaloista, ja se on kokoontunut kolme kertaa. Ryhmässä on perustettu pienryhmiä, jotka tekevät työtä valitsemiensa kysymysten selvittämiseksi. Tähän mennessä työssä on selvennetty pakkotoimien käsitteitä ja kirjaamisen määrittelyä, eristämisen jälkeen tarpeellista asian läpikäymistä potilaan kanssa ja etukäteen hoidossa, yhdessä potilaan kanssa tehtävää kriisisuunnitelmaa, johon sisältyy myös se miten mahdollisesti tarvittava rajoittaminen hoidetaan. Lisäksi on selvitelty hoidon järjestelyjen ja hyvien käytäntöjen vaikutusta pakon tarpeeseen ja rajoitusten toteuttamiseen. Työryhmän työ on vielä alkuvaiheessa.

Pakon käytön vähentämiseen liittyen THL järjestää yhdessä STM:n kanssa Vaasassa kesäkuussa 2011 Pohjoismaiden ministerineuvoston Suomen puheenjohtajuusvuoteen liittyvän konferenssin Hoito ilman pakkoa – utopiaa? Vaihtoehdot pakolle terveydenhuollossa.

Palvelujärjestelmän kehittäminen, seurantatiedot

Mieli-suunnitelman tavoitteena on, että kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja. Tämä luo edellytykset sille, että laitospaikkojen tarve vähenee. Suunnitelman mukaan erikoistason psykiatriset ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt tulisi yhdistää. Psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen. Tätä kehitystä tapahtuu sekä Kaste-hankkeiden yhteydessä että siitä erillään. Esimerkkejä tästä kuvataan tämän raportin muissa osissa. Uudella terveydenhuoltolailla on tärkeä merkitys kehityksen suuntaajana, mutta käytännön työssä joudutaan myös odottamaan tulevaa järjestämislakia. Seurantaa THL:ssä on kehitetty hoitotakuun osalta määrittelyjä täsmentämällä. Myös Hilmon psykiatrian lisälehdessä uudistamista on alustavasti suunniteltu. Yliopistosairaaloiden yhteistyönä on perustettu työryhmä, jonka tarkoituksena on mittaamisen ja vertailtavuuden kehittäminen.

THL:ssä kehitetään myös RAI-järjestelmän aikuisikäisille tarkoitettua mielenterveysversion käyttöönottoa Suomessa. Laajassa käytössä oleva vanhustenhuollon RAI-instrumentti on osoittautunut toimivaksi arvioinnin, suunnittelun ja johtamisen välineeksi. RAI, Resident Assessment Instrument, on kansainvälisen tutkijayhteisön kehittämä väline, jonka oikeudet Suomessa ovat THL:lla. Sen mielenterveysversio on toistaiseksi otettu käyttöön muun muassa Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa, Oulun yliopistollisessa sairaalassa sekä Helsingin kaupungin psykiatrisessa avohoidossa, ja kokeilukäyttöä on useilla paikkakunnilla. RAI tuo selvän rakenteen potilaiden vertailukelpoiseen arviointiin ja hoidon suunnitteluun, ja antaa mah-

dollisuuden vertailuun osaston ja poliklinikan, sairaalan, sairaanhoitopiirin ja koko maan tasolla ja kertoo hoidettavien ongelmien laadusta, hoidon tuloksellisuudesta ja kustannusvastaavuudesta. THL tuottaa ensimmäisen kansallisen tason vertailuraportin tänä vuonna.

Verkkoportaali

Tärkeä osa toteuttamista on Mieli- ja päihde -verkkoportaalin (<http://www.thl.fi/mielijapaihde>) kehittäminen ja sisällön lisääminen. Sivuston ulkonäkö uudistuu myös tämän vuoden aikana THL:n käyttämän uuden ulkoasun mukaiseksi.

Ehkäisevä työ

THL:n toimeenpanosuunnitelman kärkihankkeena ehkäisevässä ja edistävässä työssä on mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvien työmenetelmien kehittäminen, juurruttaminen, sekä sektorirajat ylittävien palveluiden kehittäminen. Työmenetelmien osalta keskeinen merkitys on Toimiva lapsi & perhe -menetelmillä. Tätä osahanketta kuvataan jäljempänä tässä luvussa. Sektorirajat ylittävien palvelujen käytännön kehittämisessä avainasemassa ovat Kaste-hankkeet, mutta paljon ehkäisevän työn kehitystä tapahtuu myös yksittäisissä kunnissa.

Terveyden edistämisen koordinaatio

Terveydenhuoltolaki, jonka 2. luvussa säädetään terveyden edistämisestä, vie asiaa askeleen eteenpäin, muuten tämä kärkihanke odottaa vielä toteutumistaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on viime syksynä perustanut ryhmän, joka seuraa ja koordinoi terveyden edistämisen saralla erityisesti laitoksen tekemää tutkimusta ja kehittämistyötä ja toisaalta selvittää minkälaista kuntayhteistyötä on meneillään eri toimialoilla. Ensivaiheen tavoitteena on selvittää, millainen kokonaisuus laitoksen terveyden edistämistyöstä muodostuu olemassa olevan kuntatyön ja tutkimustiedon näkökulmasta.

Asiantuntijatuki lakivalmisteluun

Kärkihankkeista viimeisenä on THL:n antama asiantuntijatuki lainvalmisteluun. THL:n edustajat ovat mukana sekä sosiaalihuoltolakien uudistamistyössä että terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisessa Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisen peruslinjauksia valmistelevassa työryhmässä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus-lainsäädäntöhankkeessa on mukana Mieli-työryhmän jäseniä sekä isossa työryhmässä että alatyöryhmissä, jotka käsittelevät päihdekysymyksiä, akuutteja ja päivystystilanteita sekä oikeuspsykiatria. Näiden työryhmien määräaika työn valmistumiselle on vuoden 2011 lopussa. Kärkihankkeita ”Mielenterveys- ja päihdetyön strategiat osaksi kuntien, kuntayhtymien ja alueiden hyvinvointisuunnitelmia” sekä ”Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy” kuvataan erillisissä artikkeleissa.

Kirjallisuus

- Keski-Valkama, Alice (2010) The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time. Vaasa; Vanha Vaasa Hospital.
- Partanen Airi, Moring Juha, Nordling ja Bergman Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. (2009) Mieli-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3.
- Salize, H.J. & Dressing, H., Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British J Psychiatry* 184; 2004, 163-168.
- Salo, Markku (2010) Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteena, Ithaca-hankkeen Suomen loppuraportti. Raportti 22/2010. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

6.3 Mielen tuki -hanke

Esa Nordling

Mielenterveys ja päihdeongelmia on perinteisesti hoidettu toisistaan riippumatta. Tämä on rajoittanut asiakkaan mahdollisuuksia saada tarpeenmukaista hoitoa ja se on johtanut myös palveluntarjoajien kiistelyyn oikeasta hoitopaikasta. Pahimmillaan se on johtanut asiakkaan epäoikeudenmukaiseen kohteluun ja hänen ongelmiensa pahenemiseen. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009 -suunnitelma) tämä ongelma on selkeästi tiedostettu. Siinä mielenterveys- ja päihdekysymykset yhdistyvät ensimmäistä kertaa valtakunnallisessa suunnitelmassa. Tämä on perusteltua myös ehkäisy- ja edistämisen näkökulmasta. Päihdeiden käyttö lisää mielenterveysongelmien syntymisen riskiä ja päinvastoin. Kehitys näyttää vievän siihen suuntaan, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden määrä kasvaa. Sekä mielenterveys- että päihdeongelmien syntymistä voidaan estää suojaavia tekijöitä vahvistamalla ja riskitekijöitä vähentämällä. Samat suojaavat tekijät ja samat riskitekijät ovat osin yhteisiä mielenterveys- ja päihdeongelmille. Sama interventio voi olla avuksi molempien ongelmien ehkäisyssä, kuten esimerkiksi Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli, ja molemmista työalueista löytyy samoja periaatteita, kuten varhainen tunnistaminen ja varhainen puuttuminen.

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa korostetaan asiakkaan aseman vahvistamista, edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painoarvon lisäämistä sekä palvelujärjestelmän kehittämistä avo- ja peruspalvelupainotteiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos valmisteli vuonna 2009 suunnitelmaa koskevan toimeenpanosuunnitelman, jossa päävastuu toteuttamisesta osoitettiin Mielenterveys ja päihdepalvelut osastolle (MIPO). Laaja-alaisen toimeenpanosuunnitelman kärjiksi nostettiin suunnitelman jokaisesta painopistealueesta 2–3 kärkihanketta. Näistä yksi on kunnissa tehtävä mielenterveys- ja päihdestrategiatyö, jota tukemaan ja edistämään perustettiin Mielen Tuki -hanke.

Tavoitteet ja menetelmät

Mielen Tuki -hankkeen tavoitteet ja menetelmät ovat seuraavat:

- 1) Tuetaan kuntien mielenterveys- ja päihdestrategian laatimista siten, että niissä korostuu edistävä ja ehkäisevä työ. Ohjataan valittuja kuntia/alueita kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmällä kunkin toimijan lähtökohdat huomioon ottaen niin, että tavoite toteutuu.
- 2) Levitetään ja juurrutetaan edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. Tuetaan asiantuntijaohjaamisella näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönottoa hyödyntäen kansallisia ja kansainvälisiä materiaaleja. Ohjataan näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen tunnistamista, arviointia, kuvaamista, kehittämistä ja levittämistä.
- 3) Mallinnetaan edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön alueellisia koordinaatorakenteita ja tuetaan niiden implementointia.

Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää:

- laaja-alaista yhteistyötä ja verkostoitumista THL:n sisällä: keskeisiä sisäisiä sidosryhmiä ovat Mieli 2009-toimeenpanoa tukeva työryhmä, Toimiva lapsi & perhe -hanke, Alkoholi-ohjelma, Innokylä-hanke, Päihde- ja mielenterveystyön hyväkäytännöt -oppimisverkosto, Innovaattori-verkosto, TedBM-hanke sekä THL:n Kaste-ohjelman asiantuntijat, viestintäasiantuntijat, atk-asiantuntijat ja tietotuotannon asiantuntijat;
- tiivistä yhteistyötä ulkoisten sidosryhmien ja ohjelmien kanssa: näitä ovat hankekunnat, Kaste-ohjelmaa valmistelevat ja toteuttavat hankkeet, Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma, yliopistot ja ammattikorkeakoulut;
- vertaisoppimisen hyödyntämistä: tiedon ja kokemuksen jakamista, vaihtamista ja vastavuoroisuuteen rakentuvaa oppimiskumppanuutta;
- riittävää resursointia sekä THL:n sisällä, hankekunnissa/-alueilla että niissä Kaste-hankkeissa, joiden kanssa yhteistyötä tehdään;
- pitkäjänteistä sitoutumista tavoitteiden suuntaiseen kehittämistoimintaan.

Käytännössä kunnat/yhteistoiminta-alueet saavat hankkeen avulla THL:lta tukea ja ohjausta edistävän ja ehkäisevän työn tavoitteita korostavan mielenterveys- ja päihdestrategian laatimiseen sekä strategian toimeenpanoon.

Mielen Tuki -hanke on suunniteltu toteutettavaksi vuosina 2010–2015 ja sen toteuttamisesta vastaa THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikkö (MEDI). Hankkeeseen tullaan rekrytoimaan vuosittain porastetusti useita kuntia/yhteistoiminta-alueita.

Toiminta vuosina 2010–2011

Vuonna 2010 toiminnan painopisteenä oli kuntien rekrytoiminen hankkeeseen. Sitä varten laadittiin kriteerit, joiden perusteella hankekunnat /-alueet valitaan. Keskeisiä valintaan vaikuttavia kriteerejä ovat:

- 1) kuntien/alueiden sitoutuminen siihen, että niiden yleiseen strategiaan, johon liittyy hyvinvointia parantavia tavoitteita, tulee sisältymään edistävää ja ehkäisevää työtä korostava mielenterveys- ja päihdestrategia
- 2) kuntien/alueiden sitoutumisesta pitkäjänteiseen hankkeen tavoitteita toteuttavaan kehittämistoimintaan
- 3) kuntien/alueiden riittävät resurssimahdollisuudet kehittämistoimintaan
- 4) palvelurakennemuutoksen perustana oleva yli 20 000 asukkaan väestöpohja.

Rekrytoinnissa onnistuttiin yli odotusten. Alun alkaen tavoitteena oli yhteistyön aloittaminen 3–5 kunnan kanssa, mutta vuoden 2010 lopussa mukana tai lähdössä mukaan oli 20 kuntaa. Suuri kuntamäärä selittyi osin hyvin tiiviillä yhteistyöllä Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen kanssa, jonka tavoitteena on myös mielenterveys- ja päihdestrategioiden työstäminen toiminta-alueelle. Osa kunnista on pieniä alle 20 000 asukkaan kuntia, mutta ne työstävät strategiaansa yhteistyössä seutukunnan muiden kuntien kanssa, jolloin alueellinen näkökulma tulee myös otetuksi huomioon. Vuoden 2010 aikana hanke on tehnyt yhteistyötä alueittain seuraavien kuntien kanssa:

- Lappi (Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke): Rovaniemi, Pello, Kolari, Sodankylä, Posio, Enontekiö, Kittilä, Kemijärvi, Ranua, Salla, Muonio ja Utsjoki
- Pohjois-Pohjanmaa: Oulu, Kuusamo, Taivalkoski (Kuusamo ja Taivalkoski tekevät yhteistyötä)
- Ylä-Savo: Sote-kuntayhtymä, johon kuuluvat Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi, Vieremä
- Länsi-Suomi (Länsi 2012 -hanke): Turku

Myös muiden mielenterveys- ja päihdetyön kastehankkeiden (Välittäjä 2009 ja Mielen Avain) kanssa on tehty yhteistyötä. Vuoden 2011 aikana strategiatyöhön liittyvät yhteistyömuodot näiden hankkeiden kanssa

tulevat täsmentymään. Mielen Tuki -hanke tekee yhteistyötä myös Tytti Solantauksen johtaman mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvista siirtymistä estävän ja ongelmien varhaista tunnistamista edistävän hankkeen kanssa. Yhteistyö hankekuntien kanssa on vaihdellut kuntien tilanteesta ja tarpeista riippuen. Osa kunnista on jo käynnistänyt strategiatyön, osa on vasta käynnistämässä strategian laatimisprosessia.

Mielen Tuki -hankkeessa on valmisteltu myös Mieli-suunnitelman implementoinnin tueksi kunnille ja alueille tukiaineisto, jossa elinkaariajattelun pohjalta esitellään edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön vaikuttavia menetelmiä ja hyviä käytäntöjä. Tukiaineisto julkaistaan kevään 2011 aikana THL:n Raportit -sarjassa.

Hankkeessa tehtävä arviointityö

Hankkeessa tehtävä arviointityö kohdistuu 1) hankekunnissa/-alueilla tehtävään työhön ja sen tuloksellisuuteen sekä 2) hankkeeseen kokonaisuutena.

Kunnissa/alueilla tehtyyn hanketyöhön kohdistuva arviointi sisältää

- prosessiarvioinnin, minkä kohteena on kehityskulku, jolla hankkeen toimijat sisällyttävät edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön osaksi kuntien/alueiden strategioita ja hyvinvointisuunnitelmia sekä se, miten strategioiden ja suunnitelmien implementointi tapahtuu erityisesti vaikuttaviksi ennakoitujen edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallien ja interventioiden osalta;
- tulosten arvioinnin, jolloin arvioinnin kohteena ovat sekä kehittämistyön kokonaistulokset että toimintamallien ja interventioiden avulla saadut tulokset. Tästä arviointiosuudesta vastaa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Hankkeen kokonaisarvioinnin kohteena ovat hankkeen tavoitteiden toteutuminen ja hankkeen aikana saadut kehittämistyöhön liittyvät kokemukset. Hankkeen arviointi liitetään osaksi koko Mieli-suunnitelman arviointia.

6.4 Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy – Toimiva lapsi & perhe THL:n kärkihankkeena

Tytti Solantaus, Mika Niemelä, Tiina Huilaja, Sami Räsänen

Mieli-ohjelma velvoittaa päihde- ja mielenterveysongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisyyn. Toimiva lapsi & perhe (TI&p) I ja II ovat THL:n vastaus Mieli-ohjelman velvoitteelle. Hanke pyrkii ehkäisemään ja mahdollisuuksien mukaan katkaisemaan ylisukupolvisuuden kierteen rakentamalla perus- ja erityispalvelujen yhteistyöllä monialainen palvelurakenne ja ehkäisevä toiminta kuntiin. Hanke toimii viidellä tasolla, kun (1) aikuispalveluja kehitetään ottamaan lapset huomioon heti kun vanhempi hakeutuu hoitoon sosiaali- tai terveyspalvelujen piiriin. Kuntiin luodaan (2) asianmukaiset strategiat, (3) monialaisten palvelujen infrastruktuuri ja hallintomalli, (4) toimivat käytännöt asiakastyöhön sekä (5) huolehditaan väestön tiedottamisesta ja osallistamisesta. Päämääränä on luoda valtakunnallinen ehkäisevän ja edistävän työn sertifikaatti kuntien haettavaksi. – Tässä kappaleessa lapsilla tarkoitetaan perheen kaikkia lapsia, myös nuoruusikäisiä.

Tausta

Sekä kokemustieto että tutkimustulokset kertovat mielenterveys- ja päihdeongelmien ja niiden mukana kulkevan syrjäytymisen siirtymisestä yli sukupolvien. Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat monilla tavoin perheen elämään, ihmissuhteisiin ja vanhemmuuteen sekä perheen sosiaaliseen verkostoon. Psykologisten vaikutusten lisäksi sekä mielenterveyden ongelmat että päihteiden käyttö kutoutuvat – sekä syynä että seurauksena – sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin, erityisesti toimeentulovaikeuksiin ja työttömyyteen. Näiden kaikkien yhteisvaikutuksesta vanhempien sosiaaliset, taloudelliset ja ihmissuhderessurssit ovat vähissä, mikä heijastuu monilla tavoilla koko perheen ja myös lasten ja nuorten elämänehtoihin. Jälkikasvun koulunkäyntiongelmat sekä erilaiset sopeutumishäiriöt ovat tavallisia ja vaara sairastua psyykkisesti nousee moninkertaiseksi. Tästä syntyy ylisukupolvinen syrjäytymisen polku, joka on tuttu niin psykiatriselle kuin sosiologiselle lapsitutkimukselle. (Beardslee ym 1998, Hämäläinen ja Kangas 2010, Solantaus ja Paavonen 2010.)

Kyseessä ei ole pelkästään yksittäisten perheitten vaikeus, vaan kyse on laajasta kansanterveydellisestä ja sosiaalisesta ongelmasta. Useassa maassa, mukana pohjoismainen hyvinvointivaltio Norja, on arvioitu, että noin 20–25 prosenttia alaikäisistä elää perheessä, jossa vanhemmalla on hoitoa edellyttävä mielenterveys- tai päihdeongelma. Tiedetään myös, että Suomessa on lasten ja nuorten huostaanotto lisääntynyt jatkuvasti 1990-luvun laman jälkeen, viimeisen 10–15 vuoden aikana. Suurin yksittäinen syy huostaanotolle on vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat. Vasta vuonna 2010 nousu pysähtyi, jäädessä kuitenkin sietämättömän korkealle ajatellen rikasta hyvinvointi-Suomea. Lapsiköyhyys on lisääntynyt samaan aikaan, toisin sanoen entistä enemmän juuri lapsiperheitä jää pienituloisuusrajan alapuolelle. Talouden tiukkuus ja epävarmuus aiheuttavat vanhemmille ahdistusta ja masennusta ja perhe-elämän ongelmia (Solantaus ym 2004). Tilastot kertovatkin, että perheen toimeentulovaikeudet ja vanhemman mielenterveysongelmat edeltävät vuodella tai useammalla lastensuojelutoimenpiteitä (Hämäläinen ja Kangas 2010).

Palvelujen kyky vastata perheiden, lasten ja nuorten ongelmiin on ollut rajallinen. Hoitopalvelut alkoivat tukkeutua 1990-luvun lopulla. Sen seurauksena osoitettiin toistuvasti valtion lisämäärärahoja lasten ja nuorten korjaaviin palveluihin vuosina 2000–2006. Ongelma ei kuitenkaan korjaantunut. Monisektoraalinen palvelusysteemi, jossa perheen ja perheenjäsenten ongelmia hoidetaan itsenäisesti ja erillisesti usealla eri taholla, ei vastaa sen enempää perheiden tarpeita kuin uusinta tietoa lapsen kehityksestä ja perheen pärjäävyydestä. Erityinen ongelma on ollut myös se, että aikuispalvelut, kuten psykiatriset ja päihdepalvelut eivät ole ottaneet vastuulleen potilaiden/asiakkaiden lasten tarpeista huolehtimista.

Ylisukupolvisen kierteen vähentämiseksi ja katkaisemiseksi tarvitaan sekä aikuispalveluissa että monisektoraalisessa palvelurakenteessa ja käytännössä systeemin muutosta. Perheen rinnalle täytyy asettaa heti, kun perhe tai sen jäsen tulee palvelujen piiriin, on kyseessä sitten toimeentulon tuki, työvoimatoimisto tai aikuisten mielenterveys- tai päihdepalvelut. Toimiva lapsi & perhe I -hanke alkoi maanlaajuisena vuonna 2001 ja jatkuu edelleen. Sen pyrkimyksenä on saada paradigmanmuutos aikuisia hoitavissa palveluissa, toisin sanoen saada aikuispalvelut ottamaan vastuu potilaiden/asiakkaiden lasten hoidon ja tuen tarpeesta ja hallitsemaan tarvittavat työmenetelmät. Toimiva lapsi & perhe II puolestaan aloitettiin vuonna 2010 pyrkimyksenä rakentaa monialaiset ja -sektoraaliset palvelurakenteet peruspalveluihin niin, että toteutuu myös yhteistyö erityispalvelujen kanssa.

Toimiva lapsi & perhe -työ

Toiminnan periaatteet ovat yksinkertaiset. Yksittäisten perheitten tasolla on kyse vanhempien auttamisesta tukemaan lapsiaan vaikeassa perhetilanteessa ja käyttämään sekä omaa sosiaalista verkostoa että tarvittaessa erilaisia palveluja apunaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmat samoin kuin köyhyys aiheuttavat ennakkoimattomia muutoksia perheen elämään ja lasten kasvatustilanteet vaikeutuvat. Asiantuntijoiden velvollisuus on antaa vanhemmille kaikki se tieto, mikä on kertynyt sekä tutkimuskirjallisuudesta ja ammattikokemuksesta koskien perheiden pärjäämisestä kyseisissä olosuhteissa. Näitä ovat tiedot perhettä pärjäävyyteen liittyvistä ja lapsia suojaavista tekijöistä ja prosesseista ja niiden tukemisesta ja toisaalta tiedot vaaratekijöistä ja siitä, miten niiden kanssa voidaan toimia. Esimerkkeinä suojaavista prosesseista perheessä ovat

rakentavat keskustelut perheen ongelmista ja yhteinen ongelmanratkaisu ottaen huomioon lasten iät, lasten kokemusten ymmärtäminen, päivärutiineista ja kodinhoidosta huolehtiminen, lasten myönteisen sosiaalisen elämän tukeminen perheen ulkopuolella sekä yhteistyö päivähoiton ja koulun kanssa.

Työntekijän velvollisuus on myös varmistaa, että perhe saa tarvitsemansa palvelut. Se täytyy tehdä tavalla, joka ottaa huomioon vanhempien ja perheen heikentyneet voimavarat ja mahdolliset muut esteet hakeutua erilaisiin palveluihin. Kaikkiin nyt kyseessä oleviin ongelmiin liittyy stigma ja sosiaalinen häpeä, mitkä estävät avun hakemista. Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa on kehitetty niin kutsuttu työmenetelmäperhe, jonka menetelmät toteuttavat yhteisiä periaatteita ja toimivat vanhempia ja lapsia sekä monisektoraa- lissessa työssä myös eri sektoreiden työntekijöitä kunnioittaen.

Palvelujen tasolla Toimiva lapsi & perhe -työ kohdistuu sekä systeemin muuttamiseen että tarvittavien työvälineiden kehittämiseen ja tutkimiseen (Solantaus 2005). Aikaisempi kokemus monista hankkeista on, että hyvätkään uudet käytännöt ja menetelmät eivät ota ensi-innostuksen jälkeen juurtuakseen, vaan kuihtuvat pois muutaman vuoden sisällä. Ongelmana on se, että ”systeemi”, johon uusi menetelmä on istutettu, ei toimi samoilla periaatteilla eikä näin ollen tue menetelmän käyttöä. Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa on siis aina mukana sekä konkreettiset menetelmät asiakastyöhön, että samanaikainen systeemin muutos, jotka ovat tukevat toinen toisiaan. Systeemin muutos tarkoittaa muutoksia palveluorganisaation tai kunnan strategisen ajatteluun ja toiminnan päämääriin, jotka sitten toteutetaan konkreettisina rakenteina, velvoituksina ja toimintoina kaikilla organisaation tasoilla.

Toimiva lapsi & perhe I: Lapsen huomioon ottaminen aikuisten palveluissa

Toimiva lapsi & perhe (TI&P) I aloitti maanlaajuisena hankkeena vuonna 2001 ja jatkuu edelleen (Solantaus 2005, Solantaus ja Toikka 2006). Sen päämääränä on saada aikuispalvelut hyväksymään ja ottamaan vastuu potilaan lapsista, tuottaa palveluille näyttöön perustuvat menetelmät tähän työhön, rakentaa ylisekto- raalista yhteistyötä perheiden ja lasten hyväksi sekä vahvistaa yleistä tietoutta ja toimintaa koskien ennal- taehkäisyä mielenterveystyössä. Perheiden tasolla päämääränä on ylissukupolvisen kierteen vähentäminen tai katkaisu.

Alkuvaiheessa työn painopiste oli psykiatrisissa palveluissa (Solantaus 2005, Väisänen ja Niemelä, 2005), mutta peruspalvelut olivat mukana jo alusta alkaen (Pietilä 2005). Nopeasti työ laajeni myös päih- depalveluihin että somaattiseen terveydenhuoltoon. Työ perustuu sekä tutkimukseen ja perheiden koke- mukseen ylisukupolvisuudesta että lainsäädäntöön. Sekä päihdehuoltolaki, vanha ja uusi lastensuojelulaki sekä uusi terveydenhuoltolaki edellyttävät lasten hoidon ja tuen tarpeen huomioimista, kun aikuinen käyttää mielenterveys- ja päihdepalveluja ja myös somaattisia terveydenhuoltopalveluja.

TI&P-työ lähti liikkeelle yhtä aikaa monella tasolla. Eri puolilta Suomea tullut pioneeriryhmä aloitti Stakesissa koulutuksen, joka piti sisällään perustietoa mielenterveys- ja päihdeongelman merkityksestä perheelle ja lapsille ja niin kutsuttu Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi -menetelmän työhö- jauksineen. Koulutukseen kuului myös työn vieminen omaan organisaatioon ja työtoverien kouluttaminen. Käsiteltiin myös laajasti preventiivisiä kysymyksiä ja preventioon liittyvää etiikkaa. Koulutus oli laaja, koska kyseessä oli aivan uuden työosan tuominen aikuispalveluihin.

Pätevyyden itsenäiseen preventiiviseen työhön sai 2 vuoden koulutuksen jälkeen ja kouluttajapätevyy- den 3 vuoden jälkeen. Kouluttajia valmistui 23. He tulivat eri puolilta Suomea ja heidän avullaan työ saa- tiin nopeasti leviämään kautta maan. Pioneeriryhmän koulutus oli pitkä, koska heistä tuli ensimmäisiä asi- antuntijoita omille alueilleen. Sitten koulutus on lyhentynyt ja eri menetelmille on kehitetty omat kou- lutusmoduulit. Vuoden 2010 lopussa on Suomessa yli 100 kouluttajaa kautta maan.

Kaikkissa TI&P -koulutuksissa toteutetaan monialaista ja -sektoraaalista periaatetta. Jo pioneeriryhmässä oli edustettuna lasten- ja aikuispsykiatrit, psykologit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, terveydenhoitajat neuvolasta ja koulusta, terveyskeskuslääkärit. Hankkeen myötä on koulutettu kaikkia ammattiryhmiä ter- veyden- ja sosiaalihuollon alalta, niin erikoissairanhoidosta, lastensuojelusta, neuvolasta ja koulutervey- denhuollosta, perheneuvolasta, perusterveydenhuollosta, päihdepalveluista sekä myös kirkon piiristä ja järjestöistä.

Asiakastyötä tekevien työntekijöiden koulutuksen lisäksi koulutetaan ja konsultoidaan organisaatioiden johtoa, jotta työ tulisi hyväksytyksi osaksi aikuispalvelujen rutiinitehtäviä. Yhtä tärkeää on väestön tiedon-tason nostaminen sekä lasten tilanteista perheissä, joissa on ongelmia, että perheiden ja lähiympäristön mahdollisuudesta tukea lapsia ja saada apua omista palveluista. TI&P:n historian aikana tiedostusvälineet ovat olleet aktiivisia, ja erilaiset organisaatiot ovat järjestäneet yleisöluentoja ja -tilaisuuksia.

Vuoden 2011 alussa voidaan arvioida, että psykiatrisissa palveluissa on vahva tietoisuus lasten tarpeista ja suuressa osassa vaaditaan lasten huomioon ottamista jokaisen perheellisen potilaan tullessa hoitoon. Siitä huolimatta työ on vielä kesken. Paradigman muutos täytyy viedä myös peruskoulutukseen, jotta työ olisi itsestään selvyyttä ja osa rutiinia aikuispalveluissa. Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikka oli yksi ensimmäisistä, joka otti lapsikeskeisen työn omakseen ja alkoi systemaattisesti kehittää sitä osana omaa arkityötään.

Uusi terveydenhuoltolaki, joka astui voimaan 1.5.2011, pitää sisällään pykälän 70, joka edellyttää lasten hoidon ja tuen tarpeen huomioimista kaikissa terveydenhuollon palveluissa, myös silloin, kun vanhempi sairastaa fyysisistä sairauksista. Tämä laajentaa Toimiva lapsi & perhe -työn kenttää vahvasti somaattiseen terveydenhuoltoon. On myös luotava valtakunnalliset ohjeet, minkälaisissa sairauksissa potilaan lapset tulee ottaa puheeksi ja miten se tapahtuu. Asiahan koskee esimerkiksi kaikkia erikoissairaanhoidon klinikoita silmä-, korva ja ihotaudeista sisätauteihin, kirurgiaan, neurologiaan ja muihin.

TI&P menetelmäperhe

TI&P -työmenetelmät perustuvat kaikki samoihin periaatteisiin. Ne ovat lähtökohtaisesti ennaltaehkäisyä menetelmiä, mutta niitä käytetään tietyiltä osin myös korjaavissa palveluissa. Niiden tarkoituksena on auttaa vanhempia ja muita lasten kanssa toimivia henkilöitä kuten päivähoitajia ja opettajia toimimaan lapsia ja perhettä tukevasti sekä saamaan tarvittaessa apua. Menetelmien pyrkimyksenä on avoin keskustelu perheessä ja palveluissa, perheen voimavarojen esille tuominen ja niiden tukeminen ja vanhemmuuden ja lasten kehitysedellytysten turvaaminen. Menetelmät ovat myös läpinäkyviä ja perheille selvitetään menetelmien tarkoitus ja käytäntö ennen kuin työskentelyyn sitoudutaan.

TI&P -perheinterventio

Työmenetelmien lähtökohtana oli nk. Beardsleen (TI&P) perheinterventio, joka on USA:ssa kehitetty työmuoto tukemaan vanhemmuutta perheissä, joissa vanhempi sairastaa masennusta (Solantaus ja Beardslee 1996, Beardslee ym. 2007). Menetelmän tavoitteena on auttaa vanhempia auttamaan omia lapsiaan. Sen avulla avataan keskustelua vanhemman sairaudesta tai muista ongelmista ja näin tuetaan perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta ja ongelmanratkaisua sekä vahvistetaan lasta suojaavia tekijöitä. Työskentely pitää sisällään vanhempien, lasten ja koko perheen tapaamisia noin 6-8 käynnin puitteissa riippuen lasten määrästä. Lisäksi vanhempien kanssa sovitaan harvajaksoinen seuranta. Tapaamisten pituus on keskimäärin 45 minuuttia.

Lapset puheeksi -keskustelu (Lp)

Lapset puheeksi -menetelmä on keskustelu vanhemman kanssa lapsista ja perheestä 1–2 ja tarvittaessa useamman tapaamisen puitteissa. Keskustelussa tehdään yhdessä niin sanottu kehitystä tukeva arvio lapsen tilanteesta kotona, päivähoitossa, koulussa ja kaveripiirissä. Kartoitetaan lapsen ja perheen haavoittuvuudet ja vahvuudet ja mietitään, miten vahvuuksia voi tukea ja miten toimia haavoittuvuuksissa. Kartoitus tehdään vanhempaa varten ja sen päämääränä on tuottaa vanhemmille keinoja tukea lasta. Tässä menetelmä eroaa psykiatrisesta arviosta, jonka lääkäri tai työryhmä tekee pääasiassa itseään varten, osatakseen suositella parasta mahdollista hoitoa potilaalle.

Lapset puheeksi -Neuvonpito (LpNp)

Jos tarvitaan perheen ulkopuolista tukea, kutsutaan mahdolliset auttavat tahot yhteen. Lp-Neuvonpito suositellaan järjestettäväksi, jos Lapset puheeksi -keskustelussa on ilmennyt, että perheen tai lapsen suojaavat

struktuurit ovat heikot, on oletettavissa että tietty tilanne voi johtaa ongelmiin tai on jo selviä ongelmia. Lapset puheeksi ja Neuvonpito ovatkin nivoutuneet yhdeksi, kaksiportaiseksi menetelmäksi (LpNp).

Osallistujat voivat olla sekä perheen omasta verkostosta että viranomaisia. Neuvonpito on puolistruktuuroitu tavoitteellinen verkostotyötapana, joka toteutetaan yhteistyössä perheen kanssa. Neuvonpito valmistellaan vanhempien kanssa ja vanhemmat tekevät lopullisen päätöksen osallistujista, lukuun ottamatta lastensuojelutilanteita. Vanhemmat myös päättävät itse, mitä he omasta tilanteestaan kertovat Neuvonpitoon osallistujille. Ohjeena on, että he kertovat sellaiset asiat, jotka auttavat osallistujia ymmärtämään lapsen tilannetta ja avuntarvetta. Neuvonpidon suunta on kohti tulevaisuutta ja tilanteiden ratkaisua, eikä se ole ongelmien syiden selvittelyä.

Neuvonpidossa suunnitellaan, mitä kukin verkoston jäsen voi tehdä lasta suojaavien tekijöiden vahvistamiseksi tai huolen helpottamiseksi yhdessä sovittuna, lapsen tarpeisiin perustavana ajanjaksona. Jokainen osallistuja sitoutuu lupaamiinsa asioihin, jotka kirjataan kaikkien nähtäväksi. Seuraavassa neuvonpidossa arvioidaan suunnitelmien toteutumista ja vaikutuksia sekä tehdään uusi suunnitelma seuraavaksi ajanjaksoksi. Neuvonpidon rakenne sitouttaa eri sektorien työntekijät toimimaan yhteisessä rintamassa perheen kanssa. Toinen periaate on luvattujen toimien konkreettisuus ja se, ettei prosessissa vaadita sen enempää perhettä kuin työntekijääkään tekemään enempää kuin mihin pystyy. Näin esimerkiksi päihteitä käyttävää vanhempaa ei velvoiteta olemaan juomatta, mutta jos hän arvioi pystyvänsä olemaan juomatta lapsensa syntymäpäivänä, merkitään se ylös.

Vertti-toiminta

Kyseessä on 10 ryhmäkerran psykoedukatiivinen vertaisryhmäinterventio lapsille ja heidän masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalle vanhemmalleen (Inkinen ja Söderblom 2005). Keskeistä interventiossa on rinnakkain toimivat vanhempien ja lasten ryhmät sekä yhteistyö näiden ryhmien välillä. Pyrkimyksenä on rakentaa avoimen vuorovaikutuksen avulla sekä vertaistukea että perheen sisäistä prosessia. Työskentely alkaa Lapset puheeksi -keskustelulla jokaisen perheen kanssa. Ryhmäprosessiin kuuluvat kolme lasten ja vanhempien ryhmien yhteistä tapaamista, aluksi, keskellä ja lopuksi. Ryhmäprosessin jälkeen pidetään perhekohtainen palautekeskustelu. Mikäli ryhmäprosessin aikana syntyy ajatus, että lapsi, vanhemmat tai perhe tarvitsevat ulkopuolista tukea, keskustellaan eri vaihtoehdoista. Vertti-ryhmän mallia on käytetty myös perhekursseilla.

Opaskirjaset

Sekä perheiden että palvelujen käyttöön on tuotettu opaskirjaset ”Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia” (2002), ”Miten huolehdin lapsistani? Käsikirja vanhemmille, joita oma päihteiden käyttö askarruttaa” (2010) sekä ”Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia” (2005). Kirjoissa on sama lähtökohta kuin Toimiva lapsi & perhe -työssä ylipäättään: kaikkien perheenjäsenten kunnioittaminen, avoimen keskustelun, keskinäisen ymmärryksen ja ongelmanratkaisun tukeminen.

Lapsi Oulun yliopistollisen sairaalan aikuispalveluissa

Sami Räsänen

OYS:n Psykiatrian klinikassa strukturoidun lapsikeskeisen työskentelyn kehittäminen käynnistyi vuonna 2001 William Beardsleen ja Tytti Solantauksen Suomen Psykiatriyhdistyksen Psykiatripäivillä pitämien perheinterventioluentojen innoittamina. Samana vuonna Tytti Solantauksen luennoi asiasta OYS:n Psykiatrian klinikan Psykiatrian poliklinikan henkilökunnalle. Huolimatta poliklinikan varsin vahvasta perheterapiakulttuurista tai juuri siitä johtuen siellä tunnistettiin suuri tarve potilaiden lasten aikaisempaa systematisempaan huomioimiseen. Kouluttautuminen perheinterventiotyöskentelyyn ja sen harjoittelu käytännössä poliklinikalla depressiota sairastavien potilaiden kanssa aloitettiinkin jo samana vuonna.

Perheinterventiomenetelmistä poliklinikalta tulleiden myönteisten käytännön kokemusten kautta Psykiatrian klinikassa tuli tarve laajentaa lapsikeskeinen työskentely koskemaan koko sairaalaa ja myös muita psykiatrisia häiriöitä kuin depressiota sairastavia potilaita. Tavoitteeksi tuli myös viedä lapsikeskeinen työskentely hoidon rakenteisiin, arkipäiväiseksi ajattelu- ja toimintamalliksi kaikkien niiden potilaiden hoidossa, joilla on alaikäisiä lapsia. Lapsikeskeisen työskentelyn laajentaminen mahdollistui projektityönä, minkä alussa kaksi projektihenkilöä sai keskittyä työskentelymallien (Lapset puheeksi, Beardsleen perheinterventio ja Lapsi ja perhe -neuvonpito) kouluttamiseen, jalkauttamiseen ja talon laatukäsikirjan ohjeistuksen laatimiseen. Myöhemmin projekti jatkui yhden työntekijän voimin, jonka tehtävänä oli auttaa ja seurata kaikkien yksiköiden omien, yleisissä ohjeissa edellytettävien lapsikeskeisen työskentelyn soveltamisohjeiden rakentamista. Projektin myötä tavoitteet laajenivat koskemaan kaikkia Psykiatrian klinikan alueen kuntia, tavoitteena rakentaa koko Pohjois-Suomen kattava lapsikeskeistä työtä tekevien työntekijöiden verkosto. Menetelmän onnistuneen käyttöönoton edellytyksenä olivat laajamittaiset klinikko- ja kouluttajakoulutukset, mitkä kattoivat alueen eri kunnat. Projekti toteutui vuosina 2002–2005 ja sen onnistumisen keskeisenä edellytyksenä oli johdon tuki ja rahoitus. Rahoitus järjestyi lasten- ja nuorten hoidon kehittämiseen kohdistetuista valtion rahoituksesta sekä virkatyön osuudesta.

Projektityön tuloksena valmistui vuonna 2004 Psykiatrian klinikan laatukäsikirjan toimintaohje ”Lapsikeskeinen työskentely psykiatriassa”. Tässä vaiheessa jo lähes kaikissa yksiköissä oli useampia menetelmiin koulutettuja työntekijöitä. Lapsikeskeisen työskentelyn asemaa hoidon rakenteissa vahvisti vielä myöhemmin viralliseen elektroniseen potilaskertomusjärjestelmään tullut Lapset puheeksi -lomake osana osastohoidossa olevien potilaiden hoitosuunnitelmaa. Avohoidossa olevista potilaista kirjaus ohjeistettiin laatukäsikirjassa tehtäväksi psykiatrian sairauskertomuslehdelle. Näin perusta koko klinikassa toteutuvalla lapsikeskeiselle toiminnalle oli rakennettu ja toiminta tuotu hoidon rakenteisiin. Samanaikaisesti kattava kliinikkoverkosto oli rakennettu Pohjois-Suomen kuntiin. Lapsikeskeisen työn kouluttamisen, päivittämisen ja toiminnan toteutumisen varmistamiseksi perustettiin OYS:n Psykiatrian klinikkaan vuonna 2005 hallinnossa ja eri yksiköissä työskentelevistä työntekijöistä koostuva lapsikeskeisen työn työryhmä, joka kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa.

OYS:n Psykiatrian klinikan Lapsikeskeisen työskentelyn keskeisinä ohjeina on tehdä aina merkinnät potilaskertomukseen potilaan lapsista ja siitä onko vanhempi ollut heistä huolissaan. Lisäksi tulee selvittää ja kirjata onko jotain tehty lasten auttamiseksi. Ohjeiden mukaan Lapset puheeksi -interventio toteutetaan kaikkien niiden potilaiden kanssa, joilla on alaikäisiä lapsia. Laajempi Beardsleen perheinterventio toteutetaan, jos vanhemmalla on huoli lapsesta ja hän haluaa intervention. Tarvittaessa tulee järjestää Lapset puheeksi -neuvonpito. Ohjeissa huomioidaan myös lapsen ohjaaminen tarvittaessa lastenpsykiatriisiin tutkimuksiin ja epäiltäessä lastensuojelutarvetta yhteydenotto lastensuojeluun on ohjeistettu.

Vuonna 2003 lapsikeskeinen toiminta laajeni OYS:n yleissairaalapsykiatrialla työskentelyyn vakavaa somaattista sairautta sairastavien vanhempien perheiden kanssa. Lasten huomioimiseen koettiin olevan tarvetta erityisesti syöpään sairastuneilla potilailla. Interventioiden käyttö mahdollistui yleissairaalapsykiatrisella osastolla 73 työskentelevien useiden interventiokliinikoiden merkittävän työpanoksen avulla. Heillä oli psykiatrisen osaamisen ja interventiokoulutuksen lisäksi laaja kokemus vakavasti somaattisesti sairaiden kanssa työskentelemisestä. Interventioita pilotoitiin ja niistä kerättiin opinnäytetyönä kokemuksia potilailta ja klinikoilta. Pilotoinneista kertyneiden hyvien kokemusten kannustamana ja strukturoiduista menetelmistä olevan vähäisen tutkimusnäytön takia käynnistettiin laajempi tutkimusprojekti vakavasti somaattisesti sairaiden potilaiden lasten ja perheiden tukemisesta lapsikeskeisillä strukturoiduilla interventioilla. Tutkimus on jo tuottanut lisätietoa menetelmien käyttökelpoisuudesta (Niemelä 2007, Niemelä ym. 2010, Niemelä & Väisänen 2010, edellä Marshall) ja alkuvaiheen löydökset tukevat käytännön kokemuksia menetelmien soveltuvuudesta myös vakavasti somaattisesti sairaiden perheiden tukemiseen.

Tulevaisuuden haasteena on nykyisten käytäntöjen jatkuminen ja päivittäminen. Tätä varmistavat laatu-järjestelmän periaatteilla rakennetut ja ohjeistetut kirjaamiskäytännöt virallisiin sairauskertomuksiin sekä toimintayksiköiden omat ohjeet ja tarkistuslistat. Oleellista on ollut myös lapsikeskeisestä työskentelystä vastaavan virallisen työryhmän toiminta, vastuuhenkilöiden nimeäminen eri tasoilla, työnohjaus sekä uusi-

en työntekijöiden perehdytys ja koulutus. Uusien kouluttajien koulutuksella pyritään takaamaan se, että tulevaisuudessakin uskalletaan potilailta kysyä mitä heidän lapsille kuuluu.

Toimiva lapsi & perhe II: monialainen palvelurakenteiden kehittäminen peruspalveluissa

Toimiva lapsi & perhe II hankkeen kuntatyöhön liittyvä kehittämisohjelma alkoi keväällä 2010, jolloin ohjelmaan haettiin yhteistyökumppaneita. Tavoitteena oli löytää kuntia ja niiden kanssa yhteistyötä tekeviä erityistason organisaatioita, jotka olisivat halukkaita kehittämään yhdessä hankkeen kanssa lasten ja nuorten ongelmia ehkäiseviä ja heidän hyvinvointia edistäviä palvelurakenteita ja jotka olivat ehkä jo edenneet tähän suuntaan. Kehittämisohjelman tavoitteeksi asetettiin kuntakohtaisen palvelurakenteen rakentamisen lisäksi myös ehkäisevää ja edistävää työtä määrittelevän sertifikaatin perusteiden luominen.

Neuvottelujen jälkeen kehittämisohjelmaan sitoutuivat Imatran ja Rovaniemen kaupungit sekä Kittilän, Kolarin, Sodankylän Utajärven kunnat. Näiden lisäksi Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosityksikkö sitoutui mukaan kehittämään omaa yksikkökohtaista toimintaansa ja myös yhteistyötä lapsiperheisiin liittyen suhteessa kehittämisohjelman kuntiin. Toimiva lapsi & perhe II -hankkeen toimintasuunnitelman mukaisesti jokaiselta kehittämisohjelmaan lähtevältä toivottiin sitoutumista palvelurakenteiden luomiseen neljällä tasolla: strategia/hyvinvointiohjelmat, hallinnointi ja toimeenpano, henkilökunnan käytännön työ ja koulutus, väestön osallistaminen ja tiedottaminen.

Strategiataso

Kehittämisohjelmassa mukana olevat organisaatiot sitoutuivat tekemään ehkäisevään ja edistävään työhön liittyvät muutokset toiminnan taustalla oleviin strategioihinsa ja hyvinvointiohjelmiinsa. Imatran kaupungissa ehkäisevä ja edistävä työ oli jo aiemmin huomioitu strategiatasolla. Rovaniemen kaupungin kohdalla voitiin hyödyntää aiemmin kaupunkiin juurrutetun verkostodialogisen lähestymistavan strategiatason päätöksiä. Kittilässä, Kolarissa, Rovaniemellä ja Sodankylässä ehkäisevä ja edistävä työ kirjoitetaan osaksi samaan aikaan työn alla olevia mielenterveys- ja päihdestrategioita. Utajärvellä strategiatason linjaukset tehtiin taloussuunnitelmaan kohtaan hyvinvointistrategia ja hyvinvointiohjelma. Kunnissa strategiamuutokset vietiin poliittiseen päätöksentekoon. Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosityksikön osalta strategiset päätökset tehtiin tulosalueen johtoryhmässä ja johtotiimin kokouksissa, joista tehtiin muistiot.

Toimeenpano ja hallinnointi

Kehittämisohjelmaan osallistuvien kuntien konkreettisista toimenpiteistä sivistys-, sosiaali- ja terveystoimen osalta sovittiin yhdessä kuntakohtaisissa neuvotteluissa ja seminaareissa. Kuntiin muodostettiin toimeenpanoa ja hallinnointia varten työryhmät, joiden kanssa konkreettisista tehtävistä kuten strategiat, toimeenpano sekä henkilökunnan käytännön työn ja väestön tiedottaminen sovittiin ja sovitaan. Imatralla ja Rovaniemellä on määritelty koordinaattori, joka vastaa toimeenpanon käytännön toimista. Ehkäisevän ja edistävän työn vaatimaa ylisektoriaalisen työn hallinnointia varten on rakenteiden muodostaminen tätä kirjoittaessa hyvällä alulla, kuten esimerkiksi Kittilän osalta myöhemmin tässä tulee esille. Tavoitteena on luoda kuntaan ehkäisevää ja edistävää työtä varten ylisektoriaalinen hallinto, joka mahdollistaa lapsen hyvinvoinnin tukemisen ilman että toimialarajat tulevat esteeksi.

Henkilökunnan käytännön työ ja koulutus

Samanaikaisesti strategioiden ja toimeenpanon valmistelun kanssa suunniteltiin henkilökuntien kouluttaminen konkreettisiin ehkäisevän ja edistävän työn menetelmiin. Kehittämisohjelmassa vastattiin tähän vaiheeseen THL:n toimesta kahdella eri päälinjalla: 1) Imatralla koulutetaan vuoden koulutuksella noin 30 työntekijää sivistys-, terveys- ja sosiaalitoimeen. Nämä työntekijät opettelevat ensin itse toteuttamaan ehkäisevän työnmenetelmiä ja tämän jälkeen he kouluttautuvat toteuttamaan ehkäisevän ja edistävän työn koulutuksia omissa toimipisteissään. Samalla osa ryhmästä käy intensiivisemmän ehkäisevän ja edistävän työn menetelmien kouluttajakoulutukseen suuntaavan koulutusohjelman. 2) Lapin kunnissa ja sairaan-

topiirissä sekä Utajärvellä koulutus pohjautuu aiemmin alueella Toimiva lapsi & perhe I hankkeen aikana toteutettuihin koulutusohjelmiin. Lapin alueelle koulutetaan yhteensä yhdeksän uutta alueellista kouluttajaa, jotka vastaavat ehkäisevän ja edistävän työn menetelmien kouluttamisesta jatkossa.

Väestön osallistaminen ja tiedottaminen

Tavoitteena on, että jokainen kunta luo oman tiedotusstrategian uusiin palveluihin liittyen. Tähän mennessä tiedotus on tapahtunut paikallisten lehtien ja radion kautta. Lisäksi on suunnitteilla tiedotusta esimerkiksi koulujen vanhempain illoissa, päiväkotien kasvatuskeskusteluissa informoidaan vanhempia mahdollisuudesta saada lasten ja perheiden hyvinvointia tukevia keskusteluja, jos perheen elämäntilanteessa tapahtuu stressaavia muutoksia.

Toimiva lapsi & perhe -työ Kittilässä

Tiina Huilaja

Kittilän kunta sitoutui mukaan Toimiva lapsi & perhe -hankkeen II vaiheeseen keväällä 2010. Sitoutumista perusteltiin muun muassa sillä, että kuntaan tarvitaan jokin täysin uusi keino ennaltaehkäisevään ja lasten hyvinvointia edistävään työhön. Kittilän kunnan sosiaalitoimeen tulevien lastensuojeluilmoitusten määrä viime vuosina on ollut huolestuttava. Lisäksi kunnassa oli neljä TL&p -perheinterventiokoulutuksen saatutta klinikkoa, joten tämänkin koulutuksen hyöty oli saatava laajemmin kunnan käyttöön.

Kittilän kunnanhallitus nimesi moniammatillisen työryhmän laatimaan lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaa 25.2.2009. Työryhmä on kokoontunut ja työstänyt asiakirjaa yhteistyössä eri hallintokuntien kanssa. TL&p hankkeen myötä työryhmässä hyväksyttiin ajatus kirjata Lapset puheeksi - Neuvonpito -menetelmä hyvinvointisuunnitelmaan. Hyvinvointisuunnitelmalle on asetettu määräaika valmistua lautakuntaan nähtäväksi 30.6.2011 mennessä.

Syksystä 2010 Kittilästä on osallistunut kolme työntekijää TL&p -hankkeen II vaiheen koulutukseen Rovaniemellä itseään kouluttaen ja kunnan koulutuksia suunnitellen. Loppuvuodesta 2010 TL&p -hankkeen kouluttaja jalkautui paikallisten kouluttajien tueksi suunnittelemaan yhdessä konkreettisesta etenemisestä. Tuossa tapaamisessa kirjattiin ylös ja toteutettavaksi ”työrukkanen”, porukka jossa on mukana peruspalvelujen vastuuesimiehet koulutoimesta, päivähoidosta, terveydenhoidosta ja sosiaalitoimesta. Tällöin paikalliset kouluttajat eivät jää yksin asian kanssa ja toisaalta esimiehet saadaan mukaan asiaan taustavoimaksi ja tietoisesti tukemaan omien yksiköidensä toimintaa.

Tällä ”työrukkasporukalla” tavattiin tammikuussa 2011. Tällöin esimiehet pääsivät tietämään käytännössä tarkemmin hankkeen tarkoituksesta ja sisällöstä. Samalla hahmotettiin kokonaiskuvaa kunnan koulutustarpeesta ja valittiin niin sanotun ensimmäisen koulutusaallon koulutettavat. Suunnitelman mukaisesti ensimmäiset kaksi koulutuspäivää (kaksi ryhmää) muodostuvat moniammatillisesti siten, että edustajia oli päivähoidosta, terveydenhuollosta, koululta, mielenterveyspuolelta ja sosiaalihuollosta. Kaikkinensa tämä ensimmäisen aallon koulutusporukka oli kooltaan kolmekymmentä henkilöä.

Helmikuussa 2011 tästä kolmenkymmenen henkilön porukasta 26 oli mukana Rovaniemellä järjestetyssä seminaarissa kuulemassa taustaa ja faktatietoa muun muassa tutkimustulosten pohjalta. Edustettuna Rovaniemellä olivat sosiaali- ja terveydenhuollon, päivähoidon ja sivistystoimen tulosalueet. Edellä mainittujen tulosalueiden esimiesten lisäksi paikalla olivat lähiesimiehinä kahden isoimman alakoulun rehtorit ja Kittilän ainoan yläkoulun/lukion rehtori sekä päivähoitoyksiköistä johtajat.

Maaliskuuhun 2011 mennessä kunnassa on ehditty pitää kaksi koko päivän koulutusta Lapset puheeksi & Neuvonpito -menetelmästä tälle niin sanotulle ensimmäisen aallon porukalle. Koulutukseen osallistui 25 henkilöä, kahdessa ryhmässä. Koulutuspäivät sujuivat varsin rakentavassa hengessä. Perusasia eli menetelmään tutustuminen ja perehtyminen olivat varmasti päivän helpoin osuus. Koulutukseen liittyvä käytännön harjoittelu ja menetelmäohjauspäivät kuukauden kuluttua kertovat sitten käytännön tasolla kuinka ja miten menetelmä on sovelnut käytäntöön.

Koulutuspäivien aikana kerättiin jo ajatuksia ja ideoita siitä missä tilanteessa ja miten eri yksiköt lähtevät menetelmää käyttämään. Ensimmäisenä koulutuspäivänä kunnanjohtajakin kävi lyhyesti tervehtimässä koulutukseen osallistujia tuoden myönteiset terveiset kouluttautumisen tärkeydestä ja siitä, että kunnan omaa väkeä voidaan hyödyntää kouluttajina.

Huhtikuussa 2011 paikallinen niin sanotun ensimmäisen aallon koulutus jatkuu menetelmänohjauspäivinä. Toukokuulle paikalliset kouluttajat toteuttavat toisen kaksipäiväisen koulutuksen niin sanotulle toiselle aallolle (kaksi ryhmää). Tärkeä työ lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman parissa toivon mukaan saa sisältöä menetelmän käytännön suositukseksi ja toteutumisen edistymisestä kesäkuulle 2011, jolloin lautakunta pääsee tutustumaan suunnitelmaan tarkemmin.

Kittilän kunnassa on otettu käyttöön uusi kerran kuussa ilmestyvä joka kotiin jaettavat kuntatiedote. Huhtikuussa ilmestyneessä tiedotteessa kerrottiin Lapset puheeksi -menetelmän koulutuksesta ja käyttöön otosta kunnan eri palvelurakenteissa. Paikallinen Kittilä-lehti tekee lähiviikkoina jutun pääasiassa Kouluterveyskyselyyn liittyen, mutta artikkelissa sivutaan myös Lapset puheeksi -menetelmää ja lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaa.

Toimiva lapsi & perhe -työhön liittyvä tutkimus

Hankkeessa tutkitaan jatkuvasti tärkeimpien menetelmien turvallisuutta, soveltuvuutta perheisiin ja palveluihin sekä menetelmien ja hankkeen vaikuttavuutta.

1. TI&p -työn alussa tutkittiin aikuispsykiatrian työntekijöiden (n=30) kokemuksia menetelmien käytöstä – siis uudeltaisesta työskentelystä aikuispalveluissa (Toikka ja Solantaus 2006). Osoittautui, että työntekijät kokivat menetelmät mielekkäiksi jopa niin, että oma työmotivaatio lisääntyi, samoin työn ilo. Myös aikuispsykiatrian yhteistyö lisääntyi sekä lastensuojelun että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kanssa.

2. Varsinaiseen TI&p -vaikuttavuustutkimukseen tuli mukaan 16 mielenterveystoimipistettä ja heidän masennuksesta kärsivät potilaansa, joilla oli lapsia. Perheet, joita oli 119, arvottiin Lapset puheeksi - ja perheinterventio-ryhmiin. Menetelmien turvallisuutta ja soveltuvuutta tutkittiin perheiltä niin kutsutulla feedback-lomakkeella välittömästi intervention loputtua. Vanhemmuus on arka asia jokaiselle vanhemmalle, mutta erityisesti vanhemmalle, joka kokee siinä ongelmia. Masennuksesta kärsivä ihminen on vielä erityisen altis syyllisyyden tunteille. Halusimme olla varmoja, etteivät menetelmämme pahenna oireita eikä aiheuta huononmuuden tunteita potilaissa tai lisää lasten kuormaa. Näin ei käynyt. Menetelmät saivat myönteisen vastaanoton perheenjäseniltä. Suurin osa vanhemmista kertoi oman vointinsa ja hoitomotivaationsa kohentuneen. Vanhemmat raportoivat hyväksyvänsä itsensä paremmin ja he kertoivat myös syyllisyyden tunteiden vähenemisestä. Myös lapset raportoivat helpotusta, eivätkä heidän huolensa lisääntyneet. Sekä vanhemmat että lapset raportoivat keskinäisen ymmärryksen lisääntymisestä. Vanhemmat kertoivat oman vanhemmuuden vahvistumisesta ja tulevaisuuden uskon löytymisestä. (Solantaus ym, 2009)

Vaikuttavuustutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ennen interventioita ja sitten 4kk, 10kk ja 18 kk myöhemmin. Lasten emotionaaliset ja ahdistusoireet vähenivät merkitsevästi molemmissa interventiossa, emotionaaliset oireet kuitenkin enemmän perheinterventiossa. Hyperaktiivisuusoireet, jotka ainakin osittain kuvastavat myös ahdistuneisuutta, vähenivät miltei merkitsevästi molemmissa interventioissa. Lasten myönteinen sosiaalinen käyttäytyminen lisääntyi molemmissa ryhmissä merkitsevästi. Näin ollen saatoimme päätellä, että menetelmät ovat turvalliset, käyttökelpoiset ja ne vaikuttavat odotettuun suuntaan (Solantaus ym. 2010)

3. Lapset puheeksi - ja TI&p -perheinterventiotä tutkitaan osana syöpähoitoa käyttäen pääosin samaa tutkimusasetelmaa ja menetelmiä kuin yllä kuvatussa TI&p-vaikuttavuustutkimuksessa. Lisänä on kontrolliryhmä, jossa ei ole mitään erityistä menetelmää tukemaan vanhemmuutta. Työntekijöiden raporttien mukaan Lapset puheeksi - ja perheinterventio soveltuvat syöpähoitoon (Niemelä 2007). Alustavat tulokset perheiden suunnatusta kyselystä intervention jälkeen kertovat myös myönteisistä kokemuksista, huolen

helpottumisesta ja luottamuksesta lasten tulevaisuuteen (Niemelä ym. käsikirjoitus). Myös vanhempien psykiatrinen oireilu näyttää helpottuvan verrattuna alkutilanteeseen (Niemelä ym. käsikirjoitus). Nämä tulokset ovat kuitenkin vasta alustavia, vaikkakin niitä vahvistaa kliininen kokemus.

4. Lapset Puheeksi verkostot suojaksi -tutkimuksen tarkoituksena on kehittää ja tutkia LpNp -menetelmän turvallisuus, käyttökelpoisuus ja vaikuttavuus lastensuojelun sijaishuollossa. Menetelmän tarkoituksena on muun muassa vahvistaa sijoitetun lapsen ja hänen perheensä sekä sijoituspaikan välisiä suhteita, tukea lapsen integraatiota kouluun, ehkäistä perheen muiden lasten huostaanottoa ja pitkällä tähtäimellä ehkäistä sijoitetun lapsen syrjäytymistä nuorena aikuisuudessa.

Tutkimus on alkamassa lastensuojelun sijaishuoltoa tarjoavien Nuorten Ystävät Oy:n ja Auta Lasta ry:n kanssa. Tutkimuksessa on tavoitteena kutsua mukaan yhteensä 60 perhettä, joista on yksi lapsi sijoitettu kodin ulkopuolelle lastensuojelullisin perustein. Perheet rekrytoidaan yhteensä 12 sijaishuollon yksiköstä em. organisaatioista. Yksiköt arvotaan LpNp -menetelmää toteuttavaan ja tähänastista toimintaa jatkaviin ryhmiin (6+6 yksikköä ja 30+30 perhettä). Sijoitettujen lasten, sisarusten sekä vanhempien hyvinvointia seurataan alkutilanteessa ja 4, 10 ja 18 kuukauden kuluttua. Mittareina käytetään validoituja psykometrisia mittareita ja tutkimusta varten luotuja kyselykaavakkeita.

5. Toimiva lapsi & perhe II:n kuntatutkimuksen tarkoituksena on arvioida TI&p II -hankkeen vaikuttavuutta kunnissa, toisin sanoen sitä, onko kunnissa syntynyt ongelmien ylisukupolvista siirtymistä ehkäiseviä sekä lasten ja nuorten hyvinvointia ja mielenterveyttä edistäviä ylisektoriaalisia palveluita osaksi kuntien strategiaa, perus- ja erityispalveluja.

Tutkimuksen avulla selvitetään kehittämiskunnissa 1) ehkäisevän ja edistävän työn toteutuminen ja hallinnointi kuntastrategioissa sekä sivistys, sosiaali- ja terveystoimen yksiköissä, sekä 2) käytettyjen asiakastyön menetelmien turvallisuus ja toimivuus lasten/nuorten hyvinvoinnin edistämisessä ja ongelmien ehkäisyssä. Näiden kyselykaavakkeilla koottavien tietojen lisäksi kerätään olemassa olevaa indikaattoritietoa sekä kuntien korjaaviin palveluihin resursoimia kustannuksia. Vertailukuntina toimivat samantyyppiset kunnat, joissa hankkeemme ei toimi.

Tästä eteenpäin

Toimiva lapsi & perhe -työ etenee nopeasti kehittäjäkunnissa ja on laajenemassa muihin kuntiin. Kehittäjäkuntien kokemukset ja tulokset tulevat vuoden 2011 ja 2012 aikana laajaan käyttöön ja niitä hyödynnetään suunniteltaessa ehkäisevän ja edistävän työn palvelurakenteiden ja hallintomallien muodostamista laajemmissa kokonaisuuksissa. Niiden pohjalta luodaan myös sertifikaatin perusteet. Tärkeänä osana tulevaa työtä on myös uuden terveydenhuoltolain pykälä 70, jossa velvoitetaan kaikkia terveydenhuoltopalveluja ottamaan huomioon potilaan lasten tarpeet tukeen ja hoitoon. Tämä on uutta erityisesti somaattisen terveydenhuollon puolella.

Toimiva lapsi & perhe -tutkimus puolestaan on aktiivista erityisesti 2011–2013 aikana, ja myös tutkimustulokset tulevat suuntaamaan työtä eteenpäin. TI&p- työn yhtenä päämääränä onkin luoda toimiva vuorovaikutus tutkimuksen, päätöksenteon ja palvelujen käytännön välille.

Kirjallisuus

- Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TRG, Forbes P: Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Family Psychol* 2007; 21:703-13
- Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1134-1141.
- Hämäläinen U, Kangas O (toim.). Perhepiirissä. Helsinki: Kela, 2010.
- Inkinen M Söderblom B. Vertti lapset ja vanhemmat vertaisryhmässä, kun vanhemmilla on mielenterveyden ongelmia. Profami Oy, Er-paino Lievestuore. 2005.

- Niemelä M, Väisänen L. Helping Children and Young Adults Understand Parental Cancer Kirjassa: Marshall, C.A. (toim) Surviving Cancer as a Family and Helping Co-Survivors Thrive. Sivut 29-38. Praeger. A Imprint of ABC-CLIO, LLC, Santa Barbara California 2010
- Niemelä M. Perheinterventiot syöpää sairastavien vanhempien perheissä: työntekijöiden kokemuksia. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. 2007.
- [Niemelä M, Väisänen L, Marshall C, Hakko H, Räsänen S.](#) The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nurs.* 2010 Nov-Dec;33(6):E18-27.
- Niemelä M, Repo J, Wahlberg K-E, Hakko H, Räsänen S (käsikirjoitus) Pilot evaluation of the impact of structured child-centred interventions on psychiatric symptom profile of parents with serious somatic illness: Struggle for Life trial
- Niemelä M, Solantaus T, Hakko H, Räsänen S (käsikirjoitus) Safety and feasibility of the structured child- and family interventions in families with parental cancer
- Pietilä L. Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa - Osa 3. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:4021-25.
- Solantaus T. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Osa I. *Suomen Lääkärilehti.* 2005;60:3765-3770.
- Solantaus T. Lapset puheeksi, kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Manuaali ja lokikirja. <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/Fl/index.htm>. 2006
- Solantaus T. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? - osa I. *Suomen Lääkärilehti* 2005;38:3765-70.
- Solantaus T, Beardslee WR. Kun isä tai äiti sairastaa depressiota. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim* 1996; 112:1647-56.
- Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. (2004) Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology* 40:412-429.
- Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S, Punamäki R-L. Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour at 18-month follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010. DOI 10.1007/s00787-010-0135-3.
- Solantaus T, Toikka S. The Effective Family Programme. Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *Internat J Mental Health Promotion* 2006;8:37-44.
- Toikka S, Solantaus T. The Effective Family Programme II. Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventative Methods in Child Mental Health. *Internat J Mental Health Promotion* 2006;8:4-10.
- Väisänen L, Niemelä M. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Osa 2. Lapsikeskeinen työ erikoissairaanhoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60: 3889-93

6.5 STM:n ohjausryhmän toiminta

Airi Partanen

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vuosiksi 2010–2015 asettaman (STM 104:00/2009) mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän toiminnalla pyritään tukemaan mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallista, alueellista ja paikallista kehittämistä eri yhteiskuntasektoreiden alueilla. Johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki STM:stä toimii ohjausryhmän puheenjohtajana ja ryhmässä ovat STM:n lisäksi edustettuina opetus- ja kulttuuriministeriö, Työterveyslaitos (TTL), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Kansaneläkelaitos (Kela), Suomen Kuntaliitto, FSKC (Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området) sosiaalialan osaamiskeskusverkostosta, Mielenterveyden keskusliitto, Suomen Mielenterveysseura, Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä PÄIVYT, A-klinikasäätiö, Raha-automaattiyhdistys, Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyö, sairaanhoitopiireistä Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan sekä Lapin sairaanhoitopiiri, ja meneillään olevat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeet Tervein mielin Pohjois-Suomessa, Välittäjä 2009, Länsi 2012 ja Mielen avain.

Ohjausryhmä ohjaa ja arvioi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa sekä edistää mielen- terveys- ja päihdetyön kehittymistä ohjausryhmässä mukana olevien tahojen toimesta niiden omalla toimialalla. Kaksi kokousta vuodessa pitävä ohjausryhmä käsittelee mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen

liittyviä keskeisiä strategisia ja sisällöllisiä teemoja. Tarvittaessa järjestetään myös ylimääräisiä kokouksia ajankohtaisten kysymysten käsittelemiseksi.

Ensimmäisenä toimintavuonna käsitellyt strategiset teemat koskivat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamista sekä Kaste -kehittämisohjelman jatkumista. Sisällöllisinä teemoina tarkasteltiin kokemusasiantuntijuutta ja vertaistoimintaa sekä päihde- ja mielenterveysongelmaisten läheisten ja omaisten näkökulmia. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisen lisäämiseksi ohjausryhmä esitti siitä saatujen hyvien käytäntöjen valtakunnallista levittämistä esimerkiksi julkaisujen tai Innokylän kautta. Omaisten ja läheisten näkökulmasta keskusteltiin omaistyön sisällyttämisestä ehkäisevään mielenterveystyöhön sekä lasten tarpeiden huomioimista Toimiva lapsi ja perhe -menetelmää soveltamalla. Ohjausryhmä on tätä kirjoitettaessa kokoontunut kahdesti ja pitänyt yhden päivän seminaarin.

Ohjausryhmässä edustettuina olevien tahojen mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntija-alueet:

- Opetus- ja kulttuuriministeriö: ammattihenkilöstön koulutus, alan tieteellinen tutkimus, koulutuksen linjausten kehittäminen ja olosuhteiden ja rahoituksen mahdollistaminen, yhteistyö erityisesti sosiaali- ja terveysministeriön ja niiden alaisen hallinnon kanssa, hallitusohjelmaan vaikuttaminen.
- TTL: tuottaa tutkimustietoa työn ja mielenterveyden välisistä yhteyksistä, toimii verkostoituneena asiantuntijana työhyvinvoinnin alueella, osallistuu työterveyshuollon toiminnan kehittämiseen, juurruttaa käytäntöön näyttöön perustuvia suosituksia ja menetelmiä, edistää työelämän ja terveydenhuollon yhteistyökäytäntöjä, jotka tukevat työssä jatkamista, työkykyisyyttä, päiheteettömyyttä ja mielenterveyttä.
- Kela: toimeentuloturva, terveyden edistäminen ja itsenäisen selviytymisen tukeminen; sisältää peruseläketurvan, sairausvakuutuksen, kuntoutuksen ja sairauksien ehkäisyn, vammaisetuudet, perhe-etuudet, työttömyysturvan, asumistuet, opinto-tuen ja koulumatkatuen sekä sotilasavustuksen.
- THL: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen; laitos toteuttaa tehtävänsä tutkimuksen, seurannan ja arvioinnin, kehittämistyön, asiantuntija-vaikuttamisen ja viranomaistehtävien sekä kansainvälisen yhteistyön avulla ja toimii alansa tilastoviranomaisena sekä huolehtii tehtäväalueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä; Mielenterveys- ja päihdepalvelut -osasto vastaa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosta.
- Suomen Kuntaliitto: mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen osana kuntien palveluja, terveyden edistäminen (Kaste-hanke), Innokylä, päihtyneiden säilöönnoton liittyvä valtakunnallinen kehittämishanke, osallisuuden edistäminen (sosiaalityö, vaikeasti työllistettävät).
- FSKC: tutkimusmetodologisia välineitä proaktiivisen työskentelyn edistämiseksi päihdeongelmaisten perheiden kanssa, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotiuttamisprosessin kehittäminen, osaamisen vahvistaminen ja tiedontuotanto.
- Mielenterveyden keskusliitto: mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä ääni palveluissa, vaikuttaa yleiseen mielihyvinvointiin, mielenterveyskuntoutujien ja heidän perheidensä hyvinvointiin edistäminen vertaistuellalla, kehittää kuntoutusta ja edesauttaa kuntoutujien työllistymistä. Toiminnan tavoitteena on leimaantumisen ja yksinäisyyden vähentäminen ja strategiassa on viisi kärkeä: järjestön verkoston kattavana pitäminen, tiedottaminen mielenterveyskuntoutujien ja läheisten oikeuksista, kuntoutus- ja vertaistoiminta, itsemurhien ja ennen aikaisten kuolemien vähentäminen sekä pakkokeinojen ja väkivallan vähentäminen psykiatrisessa hoidossa.
- Suomen Mielenterveysseura: kansanterveys- ja kansalaisjärjestö, jonka perustehtävä on mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveysyhteistyö, ja jonka 5-vuotisstrategian painopisteet ovat koulu- ja opiskelijaryhmissä, ikääntyneiden mielen-terveyden edistämisessä, mielenterveyden ensiavun kansalaistaidoksi kehittämisessä sekä järjestölähtöisen auttamisen menetelmien kehittämisessä.
- Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä PÄIVYTT: parantaa päihdehuollon yleisiä toiminnallisia, hallinnollisia ja taloudellisia työskentelyedellytyksiä, edistää päihdehuoltoa toteuttavien tahojen vuorovaikutusta, yhteistyötä ja yhteistä esiintymistä, parantaa päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä suoriutumisedellytyksiä yhteiskunnassa, vaikuttaa kansalliseen ja kansainväliseen päihdepolitiikkaan, kehittää päihdeongelmaisten hoitoa ja kuntoutusta sekä päihdeongelmiin liittyvää ehkäisevää toimintaa, myös läheisten ja lasten näkökulma huomioon ottaen, tukee alan koulutusta, kehittämistä ja tutkimusta.
- A-klinikkasäätiö: suoraan väestölle suunnatut telemaattiset ja Internet-pohjaiset neuvonta- ja tukipalvelut, ehkäisevän päihdetyön hankkeet, päihdehuollon erityispalvelujen tuottaminen, valtakunnallinen alkoholi- ja päihdepolitiikkaan vaikuttaminen. A-klinikkasäätiö pyrkii alueellista organisaatiotaan ja johtamisjärjestelmäänsä kehittämällä parantamaan palvelujen saatavuutta, palveluketjujen toimivuutta sekä vastaamaan palvelujärjestelmän seudulliseen kehittämiseen. Säätiö kehittää nykyistä toimivampia rahoitusmalleja sekä sähköisiä palveluita sekä ehkäisevään työhön että palvelumalleihin, kuten sähköiseen konsultaatioon.
- Raha-automaattiyhdistys: terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävän kansalaisjärjestötoiminnan avustaminen; mielen-terveys- ja päihdetyössä erityisesti ehkäisevä työ, hyvän arjen vahvistaminen ja itsenäisen elämän tukeminen, syrjäytymisen ehkäisy ja osallisuuden vahvistaminen, mielenterveys- ja päihdetyön rajapintojen ja yhteistyömahdollisuuksien luominen järjes-tökentässä sekä omaisten tukeminen.
- Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyö: mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kokonaisvaltainen tukeminen, sekä kriisitilanteessa että ennaltaehkäisevänä toimintana (myös hengellisten tarpeiden näkeminen), yhteiskunnallinen vaikuttaminen arvoihin, asenteisiin ja päätöksentekoon, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien vertaisryhmät, palveluun ohjaus ja advocacy, kotikäynnit ja rinnalla kulkeminen.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: psykiatrian alan (psykiatria, oikeuspsykiatria, nuorisopsykiatria, lastenpsykiatria) erikoissairaanhoito, aikuisten ja nuorten päihdepsykiatrisen hoito, tarjoaa kattavia ja viiveettämiä psykiatrisia palveluja yhteistyössä kuntien muiden toimijoiden kanssa.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri: lapsipotilaiden ja heidän perheidensä lastenpsykiatrisen tutkimus, hoito ja kuntoutus, kehittäminen (lasten mielenterveyden palvelujärjestelmä; tutkimus- ja hoitomenetelmät, esimerkiksi LAMIKE-hanke kuntiin suuntautuvan lastenpsykiatristen konsultaatioiden kehittämiseksi), tieteellinen tutkimus, yhteistyö lähialojen kanssa (kuten muu psykiatria, sosiaalitoimi/lastensuojelu/päivähoito, koulu).

7 Masto-hanke korosti yhteistyökäytäntöjä mielenterveyden ja työkyvyn tukemiseksi

Teija Honkonen

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti Masto-hankkeen masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi marraskuussa 2007. Hanke päättyi keväällä 2011. Toiminnassa olivat mukana keskeiset hallinnonalat, työmarkkinajärjestöt ja mielenterveysjärjestöt.

Hankkeen taustalla oli masennuksen takia alkaneiden sairauspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrän voimakas lisääntyminen. Nykypäivän kiivastahtisessa ja hyviä sosiaalisia taitoja edellyttävässä työelämässä masennustilat vaikeuttavat työssä selviytymistä aikaisempaa enemmän, vaikka masennus sairautena ei näyttäisi lisääntyneen.

Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentäminen

Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämisessä tärkeitä ovat oikea-aikaisen ja monipuolisen hoidon ja kuntoutuksen lisäksi ennalta ehkäisevät ja työhyvinvointia tukevat työelämän käytännöt. Masto-hankkeen keskeisenä tarkoituksena oli eri toimijoiden yhteistyön edistäminen ja vallitsevien toimintatapojen muuttaminen.

Toimintaohjelmaan koottiin 20 osahanketta ja toimenpidettä, joiden toteuttamisesta vastasivat mukana olleet organisaatiot. Toimintaohjelma sisälsi neljä osa-aluea: työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen, masennusta ehkäisevä toiminta, masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito sekä masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu (kuvio 1).



Kuvio 1. Keinoja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseksi kohderyhmittäin

Toimintaohjelma julkistettiin lokakuussa 2008, joten käytännössä toimenpiteiden toteuttamiseen jäi aikaa vain kaksi ja puoli vuotta. Hankkeen keskeisiin tavoitteisiin kuitenkin onnistuttiin vastaamaan.

Työkyvyn tukitoimista pelisäännöt työpaikoille

Työpaikoilla on monia keinoja tukea työntekijöiden terveyttä ja työkykyä. Terveysongelmien ohella työssä suoriutumista voivat haitata osaamiseen, työoloihin tai työyhteisöön liittyvät tekijät. Hankkeessa heräteltiin

erityisesti työelämän toimijoita. Työkykyä uhkaaviin tilanteisiin on puututtava ajoissa, ja siksi työpaikoilla tarvitaan yhdessä laaditut pelisäännöt työkykyä tukevista käytännöistä.

Masto-hanke viestitti suomalaisille työpaikoille eri tavoin varhaisen tuen ja työhön paluun hyvistä käytännöistä. Tietoa levitettiin muun muassa täydennyskoulutuksissa, alueellisissa tilaisuuksissa ja koulutusmateriaaleja tuottamalla. Talvella 2008–2009 järjestettiin työelämän toimijoille suunnattu kiertue 13 paikakakunnalla. Tilaisuuksiin osallistui yli 2 000 henkilöstöhallinnon, työsuojelun ja työterveyshuollon edustajaa. Asiantuntijapuheenvuorojen lisäksi kuultiin esimerkkejä työkykyä tukevista hyvistä käytännöistä, joita esittelivät paikalliset työpaikat.

Hankkeessa etsittiin toimivia varhaisen tuen käytäntöjä myös maatalousyrittäjille ja yksinyrittäjille, joilla ei ole työyhteisöä eikä työkyvyn johtamisesta huolehtivaa esimiestä. Maatalous- ja maaseutuyrittäjien työkykyyn vaikuttavista asioista saatiin tietoa verkkokyselyllä, jonka hanke teetti yhteistyössä MTK:n ja Melan kanssa. Yrittäjien ja maatalousyrittäjien työkyvyn tueksi Työterveyslaitos julkaisi tietokortit.

Valmennusta esimiehille

Työelämän psykososiaaliset tekijät vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin aiempia vuosikymmeniä korostuneemmin. Työpaikalla kaikilla on mahdollisuus vaikuttaa työolojen kehittämiseen mielenterveyttä tukevaan suuntaan, mutta parhaat vaikutusmahdollisuudet tässä asiassa on johdolla ja esimiehillä.

Mielenterveyskysymyksiin liittyy usein ennakkoluuloja ja jopa vääriä käsityksiä, jotka voivat hankaloittaa työssä jatkamista ja työhön paluun onnistumista. Esimies voi vaikuttaa koko työyhteisön asenteisiin niin, että kynns tarttua vaikeisiin asioihin madaltuu. Tähän he tarvitsevat koulutusta ja valmennusta.

Osana Masto-hanketta Työterveyslaitos tuotti koulutusmateriaalia, jonka tavoitteena on antaa esimiehille tietoa mielenterveyskysymyksistä työelämään liittyen (Ahola 2011). Aineisto tarjoaa käytännöllisiä toimintaohjeita siihen, mitä voi ja pitää työpaikalla tehdä hyvinvoinnin edellytyksistä huolehtimiseksi. Materiaali perustuu tutkittuun tietoon ja sen pohjalta koottuihin suosituksiin.

Työterveyshuoltoon uusia työkaluja ja toimintamalleja

Yksi keskeinen Masto-hankkeeseen liittyvä kokonaisuus oli työterveyshuollon toiminnan tukeminen ja siihen liittyen yhteistyökäytäntöjen kehittäminen työpaikan, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hankkeessa laadittiin aluksi työterveyshuolloille tutkimusnäyttöön perustuva suositus depression ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta varten. Suositus julkaistiin sähköisesti Terveysportissa (Pirkola ym. 2009) ja sitä juurrutettiin kentälle koulutuksen ja kehittämishankkeiden avulla.

Vuosina 2008–2010 järjestetyille alueellisille koulutuskierroille osallistui yli 1700 terveydenhuollon työntekijää ja työelämän toimijaa. STM:n rahoittaman koulutuskokonaisuuden suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi Työterveyslaitos. Osana koulutuskokonaisuuden suunnittelua Työterveyslaitos kokosi kyselytutkimuksen avulla tietoa työterveyshuolloilta ja psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta koulutustarpeista ja masennuksen hoidon kehittämishaasteista. Kyselytutkimuksessa työterveyslääkärit ja psykiatrit toivat esille tarpeen tiiviimpään konsultaatioyhteistyöhön ja toistensa ammatillisen osaamisen hyödyntämiseen. Yhteistyön puutteen nähtiin johtavan siihen, että työkyvyttömyys tarpeettomasti pitkittyy. Kyselyn tulokset huomioitiin koulutuskokonaisuuden ja työterveyshuollon kehittämishankkeiden suunnittelussa.

Suosituksen ja kentältä nousseisiin kehittämishaasteisiin pohjautuen Työterveyslaitos julkaisi keväällä 2010 opaskirjan, jossa esitellään käytännönläheisiä työkaluja ja toimintamalleja masennuksen hoitoon ja työkyvyn tukemiseen (Tuisku & Rossi 2010).

Näyttöön perustuvia toimintamalleja pilotoitiin onnistuneesti Järvenpään kaupungin ja työterveyshuollon, Hyvinkään sairaanhoitoalueen ja Kevan yhteistyönä toteuttamassa masennuksen hoidon kehittämishankkeessa. Lisäksi Työeläkevakuuttajat TELA ry rahoittaa ja Työterveyslaitos toteuttaa kolmen työterveyshuoltopalveluja tuottavan toimijan kanssa laajan tutkimus- ja kehittämishankkeen ”Toimiva masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa”. Tuloksia odotellaan 2011–2012.

Kolmiomallilla tehoa depression hoitoon terveystieteissä

Työterveyshuollon lisäksi Masto-hankkeessa kiinnitettiin huomiota työikäisten masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja aktiiviseen hoitoon myös muualla terveydenhuollossa.

Alkuvaiheen hyvän hoidon edellytyksiä pyrittiin parantamaan erityisesti terveystieteiden depressiohoitajatoimintaa vahvistamalla, kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjausten mukaisesti. Masto-hanke tuki depressiohoitajatoimintaa tuottamalla yhdessä THL:n kanssa suomen- ja ruotsinkielisen depressiohoitajan työtä kuvaavan esitteen. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa -esitettä (STM:n esitteitä 2010:1) levitettiin laajasti (noin 10 000 kpl) terveystieteisiin ja muille mielenterveystyön kehittämistä kiinnostuneille tahoille. Materiaalia on käytetty myös koulutuksissa.

Osana Masto-hanketta julkaistiin syksyllä 2010 myös suositus depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaksi ammattikorkeakouluille. Suositus vastaa työelämästä nousseeseen tarpeeseen. Se laadittiin STM:n ja Suomen sairaanhoitajaliiton mielenterveystyön asiantuntijaryhmän yhteistyönä. Depressiohoitajakoulutus on tarkoitettu jo työelämässä oleville sairaanhoitajille, joilla on aiempaa kokemusta työskentelystä mielenterveyspotilaiden ja heidän läheistensä kanssa psykiatrian alueella ja joiden työnantaja sitoutuu koulutukseen ja sen sisältämään depressiohoitajatoiminnan kehittämiseen työpaikalla. Koulutuksen tärkeimmät tavoitteet liittyvät vuorovaikutustaitojen ja työntekijän tietoisuuden ja näyttöön perustuvan työskentelyn kehittämiseen.

Alkuvaiheen hoitoon vuorovaikutuksellisia menetelmiä

Masto-hankkeessa pyrittiin vahvistamaan asianmukaisen lääkehoidon lisäksi Käypä hoito -suosituksen mukaisten vuorovaikutuksellisten hoitomuotojen saatavuutta osana laadukasta alkuvaiheen hoitoa. Ensimmäisen portaan vuorovaikutuksellista hoitoa voidaan toteuttaa terveystieteissä tehokkaasti esimerkiksi juuri depressiohoitajatoiminnan tai ryhmämuotoisten depressiokoulujen avulla. Mikäli tämä hoito ei ole riittävää, toisen portaan vuorovaikutuksellista hoitoa ovat Käypä hoito -suosituksen mukaiset aikarajoitteiset lyhytpsykoterapiat.

Kunnille ja sairaanhoitopiireille vuodenvaihteessa 2009–2010 lähetetyllä elektronisella kyselyllä Masto-hankkeessa kartoitettiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon lyhytpsykoterapiapalveluita depression hoidossa ja myös hoidon ja kuntoutuspsykoterapian saumattomuutta.

Kyselystä kävi ilmi, että erityisesti koulutetun henkilökunnan riittävyydessä on puutteita (Honkonen & Vuorilehto 2011), vaikka suhteellisen lyhyellä täydennyskoulutuksella olisi riittävät psykoterapiataidot saavutettavissa. Erikoissairaanhoidon moniammatillisessa työotteessa lyhytpsykoterapiaan antamiseen ei tarvita Valviran myöntämää psykoterapeutin ammattinimikettä, kunhan käytettävissä on riittävä osaaminen ja työnohjaus. Tämä edellyttää kuitenkin riittävää täydennyskoulutusta.

Osatyökykyisillekin mahdollisuus työssä käyntiin

Marraskuussa 2010 Masto-hanke käynnisti työpaikoille suunnatun MastDo-kampanjan. Se viesti konkreettisista keinoista, joiden avulla työpaikoilla voidaan tukea työssä pysymistä ja työhön paluuta sairausloman jälkeen. Kampanjan tunnuslause oli MastDo – Tietoa, työkaluja, työkykyä! Suunnitteluryhmässä olivat mukana työmarkkinajärjestöt, Työeläkevakuuttajat Tela ry, Kela, Työterveyslaitos sekä mielenterveysjärjestöt.

Kampanja rohkaisi työyhteisöjä sopimaan yhteisistä pelisäännöistä, joiden avulla työkykyongelmiin tartutaan ajoissa ja lisätään erityisesti osatyökykyisten osallistumismahdollisuuksia työelämäänsä. Samalla kerrottiin myös osasairauspäivärahasta, työkokeiluista ja muista keinoista, jotka helpottavat masennuksesta toipuvien työhön paluuta.

Masennusperusteinen työkyvyttömyys kääntyi laskuun

Kolmen viime vuoden aikana masennusperusteinen työkyvyttömyys on kääntynyt laskuun. Vuoden 2010 lopussa masennuksen vuoksi eläkkeellä oli yhteensä 38 200 henkilöä eli 14 prosenttia kaikista työkyvyttö-

myyseläkkeellä olleista. Masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyi samana vuonna työeläkejärjestelmästä 3 761 suomalaista.

Miten tästä eteenpäin?

Masto-hankkeessa pyrittiin alusta saakka varmistamaan, että hankkeessa käynnistetyt toimenpiteet integroidaan osaksi mukana olevien organisaatioiden normaalia toimintaa. Monet koulutus- ja kehittämishankkeet jatkuvat hankkeen jälkeen muun muassa TTL:n ja THL:n toimintana.

Hankkeen loppuraportti julkaistiin keväällä 2011 (STM 2011). Ohjausryhmä teki siinä monia työpaikkojen, työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon toimintaa koskevia ehdotuksia. Terveydenhuollon osalta ne liittyivät muun muassa depressiohoitaja- ja depressiokoulutoiminnan kehittämiseen peruspalveluissa sekä uutta teknologiaa hyödyntävien verkkopohjaisten menetelmien kehittämiseen mielenterveys-työssä.

Hankkeen ohjausryhmä piti myös tärkeänä, että THL tukee nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden kehittämistä julkisessa palvelujärjestelmässä osana kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman suunnitelman toimeenpanoa. Lisäksi esitettiin, että sairaanhoitopiirit järjestävät alueellaan täydennuskoulutusta lyhytpsykoterapiaan liittyen ja huolehtivat hoitoon kuuluvan psykoterapian riittävästä saatavuudesta.

Hankkeen toiminta-aika oli lyhyt ajatellen asenteisiin vaikuttamista ja työpaikkojen käytäntöjen muuttamista. Terveydenhuollossa uusien toimintatapojen ja työkalujen juurruttaminen ei myöskään tapahdu nopeasti vaan edellyttää pitkäjänteistä toimintaa. Hankkeen päätösseminaarissa helmikuussa 2011 korostettiin, että monien asioiden suhteen saatiin vasta prosesseja käyntiin. Olennaista on, että hyvin käynnistynyt toiminta työkyvyn ja mielenterveyden tukemiseksi jatkuu.

Kirjallisuus

Ahola, Kirsi (toim.). Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön. Helsinki: Työterveyslaitos, 2011.

Honkonen Teija & Vuorilehto Maria. Masennuksen lyhytpsykoterapia – vähän käytetty mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti (2011): 12, 1013-1017.

STM. Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. STM:n selvityksiä 2011:15. Helsinki: STM 2011.

Pirkola Sami, Honkonen Teija, Pasternack Iris, ym. Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio. Näyttöön perustuva suositus. Duodecim/Terveysportti, työterveyden käsikirja. Artikkelitk00100(000.002). Työterveyslaitos, Helsinki: Työterveyslaitos 2009.

Tuisku Katinka & Rossi Helena. Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos 2010.

Lisätietoa verkossa

Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi <www.masto-hanke.fi> (vuoden 2011 loppuun saakka)

MastDo-kampanjasivusto <www.MastDo.fi> (vuoden 2011 loppuun saakka)

Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma – suositus ammattikorkeakouluille <www.stm.fi/depressiohoitajasuositus>

Käytännöllisiä toimintaohjeita työkyvyn tukemiseksi työpaikoilla <www.ttl.fi/tuetyokyky>

Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon <www.ttl.fi/masennuksenhoito>

8 Pohdintaa: Missä ollaan, minne mennään?

Jouko Lönnqvist

Mielenterveyden kehitysnäkymiä Suomessa vuonna 2011

Suomi 2011: Oma ja yhteinen etu sekä vastuu muista

Elämme muuttuvassa maailmassa, jossa ihmisten keskinäinen riippuvuus ja yhteinen kohtalo tulevat yhä selvemmin esiin. Hyvinvointi rakentuu maailmalaajuisesti yhdeksi kokonaisuudeksi, jonka osat vaikuttavat toisiinsa. Hyvinvointierot ovat kuitenkin edelleen valtavia. Valtiot joutuvat oman väestönsä hyvinvoinnin varmistamiseksi tarkastelemaan entistä tarkemmin toimintaympäristöään ja pohtimaan vastuutaan siitä. Suomi elää maailmankaupasta. Se ei kuitenkaan merkitse hyvinvointia muiden kustannuksella, vaan vasta-uuoroisuutta ja molemminpuolisen hyödyn etsimistä.

Yhteinen etu synnyttää aina myös yhteisiä huolia. Ne kohdistuvat niin valtioiden tapaan hoitaa taloutaan kuin niiden tapaan kohdella kansalaisiaan. Mitä etäämmälle vastuun kenttä näyttää laajenevan, sen enemmän alkaa nousta myös kysymyksiä vastuun rajoista. Mihin asti olen veljeni vartija ja vastuussa hänen hyvinvoinnistaan? Onko maailmassa vain yksi terveys vai kuusi miljardia erilaista terveydentilaa ja yhtä monta mielenterveyttä? Mikä on valtion, kunnan tai perheen vastuu yksilön mielenterveydestä? Ja mikä on kansalaisen vastuu omista asioistaan? Ongelmien monimutkaisuus ja vastaamisen vaikeus houkuttelee veäytymään vastuusta omaan yksityisyyteen.

Ihminen on lajina pitänyt aina omiensa puolta. Yhteinen hyvä, altruismi, kuuluu osana ihmisluontoon. Toisen paha olo tarttuu ja synnyttää tarpeen huomioida muita. Mutta myös ilo ja onni ovat yhdessä jaettavaa omaisuutta. Kyse ei ole vain filosofiasta tai psykologiasta, vaan myös ihmisaivojen rakenteesta ja toiminnasta. Antaminen ja saaminen rakentuvat osaksi meitä, jos ihmisille syntyy toistuvia myönteisiä kokemuksia vastavuoroisuuden hyödyistä pitkän ajan kuluessa. Hyvät teot pitäisi palkita jo maan päällä, jotta yhtälö toimisi.

Niiden ihmisten piiri, joka koetaan siinä määrin ”omaksi”, että siitä tunnetaan vastuuta, laajenee yleensä kehityksen myötä yksilön lähipiiristä muihin yhteyksiin. Mitä kauemmaksi vastuun piiri ulottuu, sen enemmän mukaan tulee myös yksilöllistä vaihtelevuutta. Joku kantaa huolta vain läheisistään, toinen ensisijaisesti vain suomalaisista, jotkut kaikista eurooppalaisista ja joidenkin solidaarisuus ulottuu kaikkiin maailman kansalaisiin. Joku on valmis tukemaan omista syistään erityisesti syöpäpotilaita, toinen taas mielenterveyspotilaita. Tätä laajenevaa vastuunkantoa voimme edistää, mutta emme kuitenkaan ”pakottaa” yli sen, mikä on kullekin yksilölle luontaista tai mahdollista. Yhteisvastuun kokemiseen ja kantamiseen on kuljettava pitkä tie.

Monen yksittäisen ihmisen vastuun tunne ei koskaan kehity oman välittömän edun tuolle puolen. Valtion ja muiden yhteisöjen vastuulla on sen sijaan kantaa huolta heikoista ja vajaavaltaisista kaikissa olosuhteissa. Mielenterveyden hoidon historiallinen ydin onkin aina kohdistunut kaikkein vaikeimmin häiriintyneisiin, joita on ”pakko” jonkun hoitaa sekä yksilön hyvän että yhteisön turvallisuuden vuoksi. Tämä lähtökohta on leimannut mielenterveydestä käytävää keskustelua ja sille annettavaa tukea jo parin vuosisadan ajan.

Nykyaikainen mielenterveyden hoito kohdistuu myös väestön suuren enemmistön kannalta tuttuihin ilmiöihin kuten masennukseen ja ahdistukseen, jolloin jo suurempi osa väestöstä voi pitää mielenterveyssektoria ainakin potentiaalisesti itselleen hyödyllisenä. Mielenterveyteen sijoittaminen on ainakin joltakin osin tullut osaksi yleistä keskustelua näyttöön perustuvan terveydenhuollon vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta.

Viimeisin kehitysvaihe mielenterveyskeskustelussa on nostanut esille ”positiivisen mielenterveyden” jokaisen ihmisen ominaisuutena, joka avaa hänelle tien onnellisuuteen, menestykseen ja hyvään mielenterveyteen. Väestötasolla hyvä mielenterveys merkitsee kansallista voimavaraa, joka turvaa lasten ja nuorten myönteisen kasvun ja kehityksen, edistää aikuisen työvoiman kilpailukykyä ja turvaa työvoiman saatavuuden pitkälle vanhuuteen. Mielenterveys onkin muuttunut käsitteeksi, joka on osa aineettomasta pääomasta ja kansallisvarallisuudesta.

Anna mahdollisuus itsellesi ja muille

Yksilöllisyyden kunnioittaminen merkitsee aina myös erilaisuuden hyväksymistä. Mitä enemmän keskuudessamme on erilaisuutta, sen enemmän meillä on myös mahdollisuuksia menestyä ja selviytyä. Yksilöiden väliset piirre-erot ovat usein piilossa olevia ominaisuuksia, jotka tulevat esille vasta erityistilanteissa. Lähes kaikki kykenevät kyllä liikkumaan, mutta vasta kova kilpailu erottelee nopeat hitaista ja kestävät nopeasti uupuvista. Kun liikumme sopivalla nopeudella, kaikki, jopa lapsetkin, pysyvät matkassa mukana. Kun vauhti kiihtyy, syntyy eroja matkan teossa. Joukkoliikunta suosii kaikkia, kilpaurheilu vain lahjakkaimpia meistä.

Mielenterveyden piirreominaisuudet ovat samanlaisia vahvuuksia tai heikkouksia, joiden merkitys ilmenee olosuhteista riippuen. Hyvissä olosuhteissa heikkoudet eivät tule esille, sen sijaan vaativissa tilanteissa joku suhteellinen puutteemme saattaa näyttäytyä. Kaikki voimme aina kehittyä, mutta erityispiirteillämme on erityistä käyttöä ja kysyntää, jos siitä koituu hyötyä myös koko yhteisölle. Yksilön monet vahvasti geneettisesti määräytyvät perusominaisuudet kehittyvät tai sammuvat vastavuoroisessa suhteessa oman ympäristön kanssa. Hyvällä onnelle vahvuutemme löytävät kaikupohjaa ympäristöstämme. Huonoin tilanne syntyy silloin, kun ympäristön vaativuus ja yksilön heikkoudet kohtaavat toisensa. Näin voi käydä jo omassa lapsuuden kodissa tai heti peruskoulun ala-asteella. Toistuvat onnistumiset vahvistavat hallinnan tunnetta ja itsetuntoamme. Jatkuva negatiivinen palaute sen sijaan opettaa meidät välttämään tilanteita, jossa tunnemme itsemme huonoiksi. Joustava järjestelmä antaa tukea lähes kaikille kehitysmahdollisuuksille, kun taas tukahduttava ympäristö kitkee monia hyviä taimia pois kasvamasta.

Yksittäiset kokemukset eivät useinkaan käännä mielenterveyden kehitystä ratkaisevasti, vaikka traumaattisilla tapahtumilla voi olla oma kuormittava merkityksensä. Sen sijaan toistuvat samanlaiset kokemukset ohjaavat vahvasti ihmisen oppimista ja kehitystä. Mielenterveyden kannalta paljon toistoja sisältäviä kehitysympäristöjä ovat raskausaika, koti, päiväkotia, esikoulu, koulu ja työelämä sekä pitkät ja kestävät ihmissuhteet. Kaikilla näillä tekijöillä on myös suuri merkitys väestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Mielenterveyden edistämiseksi ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisylle ne antavat myös paljon uusia mahdollisuuksia. Tästä syystä yhteiskunnan tulisi kiinnittää myönteistä huomiota näiden ympäristöjen kehittämiseen kansakunnan positiivisen mielenterveyspääoman kasvattamiseksi.

Valtakunnassa kaikki hyvin?

Kun puhumme kansakunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, meillä tulisi olla realistinen käsitys siitä, miten ihmiset todella voivat ja mitä ihmisten mielisissä liikkuu, ja mitkä asiat ovat heille todella tärkeitä. Muutoin on vaarana, että valtaa pitävä eliitti syrjäytyy arkipäivän todellisuudesta ja tapahtumien valtavirrasta. ”Minä” ei enää silloin ymmärrä, mitä ”muut” tuntevat ja ajattelevat.

Tutkimukset osoittavat, että ihmisille todella tärkeitä ja merkityksellisiä asioita ovat läheiset ihmiset, arkipäivä, työ ja toimintakyky sekä terveys. Kansainväliset tutkimukset osoittavat toistuvasti ja melko yhtäpitävästi, että suomalaiset ovat elämäänsä pääosin tyytyväisiä, jopa harvinaisen onnellisia, ja elävät hyvin koulutettuina poikkeuksellisen hyvässä elinympäristössä. Elämme pääosin turvallisen ja kestoaltaan keskipitkän elämän, jota varjostavat kuitenkin suuret suhteelliset terveyserot. Ennusteeltaan ongelmallisin väestöryhmä, pääosa heistä miehiä, alkaa irtaantua muista riskiryhmänä jo lapsuuden ja nuoruuden kehityksen aikana. Merkittävä osa alkoholisoituu voimakkaasti ja jää työelämän reunamille altistuen samalla talouslajien haitallisille vaikutuksille. Ikää myöten terveyshaitat kasaantuvat tähän samaan riskiryhmään huonon-

taen elämänlaatua ja vähentäen odotettavissa olevia elinvuosia. Osaan tähän riskiryhmään kuuluvista kohdistuu psykososiaalista kuormittumista usean sukupolven takaa erilaisena huono-osaisuutena.

Julkinen sana on vuosikymmenien kuluessa omaksunut stereotyyppisen yleisasenteen, jonka mukaan suomalaisten mielenterveys on muista poikkeava ja huonoissa kantimissa sekä menossa uhkaavalla tavalla huonoon suuntaan, erityisesti lasten ja nuorten osalta. Hyvin tehdyt suomalaiset tutkimukset eivät tue tällaisia näkemyksiä miltään osin. Suomalaisten mielenterveys ei eroa merkittävästi muista läntisistä väestöistä kuin korkeintaan alkoholiongelmien yleisyyden osalta. Väestön mielenterveys on pysynyt hämmästyttävän vakaana vuosikymmenien ajan. Myöskään lasten tai nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä ei ole mitään näyttöä, pikemminkin päinvastoin.

Meidän ei tarvitse luoda mielenterveyttä koskevia uusia uhkakuvia, sillä todellisuus on jo nykyiselläänkin hyvin haasteellinen. Vaikka mielenterveysongelmat eivät olekaan lisääntyneet, ne ovat keskuudessamme paljon tavallisempia kuin yleisesti tiedetään.

Keskeiset kliiniset haasteet

Hoidollisesti kolme tavallisinta terveydenhuollon mielenterveyshaastetta ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus ja alkoholiongelmien. Kaikkien niiden hoito on erilaista. Hyvä hoito edellyttää asiakkaan tarpeiden yksilöllistä kohtaamista itsehoidosta aina vaativaan yksilöllistettyyn hoitoon asti. Kaikkiin näihin haasteisiin tarvitaan myös erilaista lääkehoitoa, psykoterapiaa, sosiaalista tukea sekä väestötasolta lähestymistapaa. Koska potilaita on paljon ja hoitoihin vaaditaan korkeaa ammattitaitoa, on potilaita hoidettava läpi hoitojärjestelmän ulottuvassa prosessiorganisaatiossa, jossa voimavarat voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisella tavalla kunkin potilaan tarpeen ja käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti.

Depressio tunnustetaan ja tunnustetaan nykyisin sairaudeksi muiden sairauksien joukossa. Suomessa voi jo julkisestikin hakeutua hoitoon masennuksen vuoksi leimautumatta negatiivisesti. Akuutin masennuksen asianmukainen hoito onnistuu meillä kohtuullisen hyvin. Sen sijaan masennuksen laajamittainen ehkäisy väestötasolla sekä uusia masennusjaksoja tehokkaasti ehkäisevä ylläpitohoito ei ole vielä toteutunut kattavasti terveydenhuollossa. Masennukseen hyvään hoitoon kannattaa sijoittaa sekä inhimillisistä syistä että taloudellisesti. Masennukseen liittyen, mutta paljon laajemmin myös yhteiskunnallisena haasteena, Suomessa on seurattava itsemurhakuolleisuuden kehitystä ja pyrittävä itsemurhien ehkäisyä kehittämällä pääsemään vähintäänkin EU:n keskiarvon tuntumaan itsemurhakuolleisuudessa.

Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät väestössä katkettuinä. Ne kuluttavat työssä käyvän väestönosan elämänlaatua ja hyvinvointia merkittäväällä tavalla. Toistuvat ahdistuskohtaukset, krooninen ahdistuneisuus ja epämukavuus, sosiaalisten tilanteiden pelko, psyykkiseltä pohjalta syntyvät ruumiilliset oireet, traumaattisten tilanteiden jälkioireet, erilaiset spesifiset pelot tai pakko-oireet jäytävät monen ihmisen mielenterveyttä. Samalla ne rajoittavat oireista kärsivien elämänpiiriä ja altistavat usein päihteiden käytölle ja masennukselle. Rohkea avoimuus oireiden suhteen helpottaisi sekä henkilön itsensä että hänen ympäristönsä hyvinvointia. Mitä useampi meistä huomaisi kärsivänsä ahdistusoireista, joita moni muukin kanssaihminen kokee, sen vähemmän oireiden hallintaan tarvittaisiin voimia kuluttavaa salailua ja häiriöiden sosiaaliset haitat vähenisivät. Nyt kun depressiopotilaat ovat jo astuneet julkisuuteen, tarvittaisiin myös ahdistusoireista kärsivien luontevaa ulostuloa.

Alkoholin käyttö on Suomessa yhä julkisempaa. Runsaasta käytöstä seuraa väestötasolla vääjäämättä myös alkoholiongelmia. Joka viidennellä suomalaisella nuorella miehellä on alkoholin käyttöön liittyviä ongelmia. Alkoholiongelmia salataan ja niiden puheeksi ottamista vältetään tarpeettomasti jopa terveydenhuollossa. Liikakäyttöön tulisi kiinnittää huomiota mahdollisimman varhain avoimesti ja syyllistämättä. Tukemalla myönteisesti henkilön omia elämäntapamuutoksia saadaan parhaat hoitotulokset. Vain aivan pieni osa päihdeongelmiaisista hakeutuu itse aktiivisesti hoidon piiriin ja tällöinkin usein vasta pitkälle edenneen ongelman vuoksi. Päihdeongelman perushoitoa tulisi saada jokaisessa Suomen terveyskeskuksessa.

Huumeiden käyttö on pysynyt Suomessa, täällä Euroopan laidalla, suhteellisen vähäisenä. Kuitenkin jokin huumeisiin sortunut on itselleen ja omalle lähipiirilleen lähes ylivoimainen hoidollinen haaste, jonka

kohtaamiseen tarvitaan yhteiskunnan apua. Suomi on onnistunut huumehaittojen ehkäisyssä suhteellisen hyvin moniin muihin maihin verrattuna. Taistelu huumeita vastaan on kuitenkin jatkuvaa. Historia osoittaa Suomenkin osalta, ettemme ole missään pysyvässä suojassa huumeiden käytön haitoilta. Terveydenhuolto voi spesifeillä hoidoilla auttaa merkittävästi useimpia yksittäisiä huumeriippuvuudesta kärsiviä ja tukea joustavalla yhteistyöllä yhteiskunnan muita sektoreita huumeiden vastaisessa työssä.

Vakavat mielenterveyden häiriöt kuten psykoosit tai pitkälle edenneet syömishäiriöt saattavat edellyttää myös sairaalahoitojaksoja ja niiden hoitoon tarvitaan joka tapauksessa hyvin organisoitua ja pitkäjänteisesti toimivaa erikoistunutta hoitojärjestelmää. Mitä vaikeammasta mielenterveyden häiriöstä on kyse, sen tärkeämpää on alkuvaiheen intensiivinen tutkimus ja mahdollisimman varhain aloitettu hoito sekä vahva ponnistus hoidon akuuttivaiheisiin. Tämä edellyttää joustavaa ja hyvin toimivaa sekä pitkälle erikoistunutta hoitojärjestelmää. Se on mahdollista järjestää vain riittävän suurelle väestölle ja merkitsee akuuttihoitojen keskittämistä harvoihin pakkoihin.

Hoitojärjestelmään kohdistuvat haasteet

Hoitojärjestelmän kannalta on oleellista ymmärtää, että vain vajaa puolet niistä henkilöistä väestössä, joilla on mielenterveyden ongelmia, on koskaan hakenut tai saanut niihin mitään ammattiapua. Mielenterveyspalveluihin jonotetaan siis kotona ja omassa mielessä, ei julkisissa hoitotiloissa.

Hoitoon hakeutuneiden osalta saatu apu ei ole ollut tavallisesti järin intensiivistä eikä tarpeisiin nähden kattavaa. Tämäkään havainto ei kuitenkaan poikkea muiden hyvinvoivien länsimaiden tosiasiallisesta tilanteesta. Palvelujärjestelmän voimavarat ja ammattitaito ovat Suomessa mielenterveyspalvelujen osalta korkealla kansainvälisellä tasolla. Suomalaisen järjestelmän heikkous on kuitenkin siinä, että voimavarat ovat vieläkin keskittyneet liikaa vaikeimpien potilasryhmien laitoshoidon ja taudin kulun myöhäisvaiheeseen. Painopisteen tulisi siirtyä voimakkaasti yleisimpien mielenterveysongelmien näyttöön perustuvaan ja pääosin lyhytkestoiseen avohoitoon. Osa kansalaisten ongelmista voitaisiin ratkaista heidän omasta toimestaan ja heidän lähipiirissään tiedon, neuvonnan, nettiterapian ja videopohjaisen hoidon avulla. Potilaat tulisi kohdata ensisijaisesti helposti tavoitettavissa yksinkertaisissa peruspalveluissa, joista voisi tarvittaessa vauhtomasti siirtyä hoidon sitä vaatiessa erikoissairaanhoidon ja sen sisällä edelleen erityistapauksissa pitkälle erikoistuneisiin erityishoitoihin. Potilaiden hyvä arviointi ja onnistunut seulonta auttaisi kohdentamaan voimavaroja nykyistä tarkoituksenmukaisemmalla tavalla.

Väestötason keskeiset mielenterveyshaasteet ovat kyllä hyvin tiedossamme, mutta niihin puuttuminen on vaikeaa. Teemme kyllä havaintoja lasten kehityksen ongelmista jo varhain, kirjaammekin niitä luotettavasti, mutta emme puutu niihin riittävän aikaisin, emmekä riittävällä voimalla. Yksilön oikeudet, perheiden sulkeutuneisuus, naapureiden hienotunteisuus, palveluiden pirstoutuminen, vastuun jakautuminen yhteiskunnan eri lohkoille ja monet muut tekijät kuten muun muassa tietotekniset ja tiedon siirron juridiset esteet ovat tehneet auttamisen tarpeettoman vaikeaksi ja vastuusta vetäytymisen taas helpoksi. Pahimmillaan ongelmat kasautuvat, pitkittyvät ja samalla vaikeutuvat, ennen kuin niihin on lopulta pakko puuttua. Samalla toimenpiteet muuttuvat järeiksi ja auttaminen tulee kalliiksi.

Kaikesta huolimatta valtaenemmistö mielenterveyspotilaista saa laadukkaita terveyspalveluja aivan kohtuuhintaan ja on niihin tyytyväisiä. Terveyspalveluja tuotetaan niin hajautetusti ja korvataan niin monimutkaisesti, että järjestelmän ei uskoisi lainkaan toimivan. Mutta suomalaiset ovat tottuneet onnistumaan vaativissa olosuhteissa ja vaikeissakin asioissa. Silti asiat voisivat olla nykyistä paremmin.

Unelmista totta

Terveydenhuoltolain astuttua voimaan 1.5.2011 meille on avautumassa uusi mahdollisuus rakentaa parempi sosiaali- terveydenhuoltojärjestelmä, jonka sisällä voitaisiin tuottaa myös laadukkaita mielenterveyspalveluja. Vaikka terveydenhuollon sisällä on tapahtumassa työnjaon selkeytymistä, niin näkymä ei silti vielä ole millään muotoa kirkas perusrakenteen osalta.

Mieli -ohjelmassa on ennakoitu lakimuutoksia oikeansuuntaisesti ja osuvastikin niin, että asiakkaan asema ja hänen yksilölliset tarpeensa on nostettu näyttävästi esille. Potilas ei ole ensisijaisesti hoidon koh-

de, vaan hoidon aktiivinen ja vastuullinen osapuoli, jonka kanssa on toimittava yhteisymmärryksessä ja kumppanuuden hengessä vaikeissakin tilanteissa. Mitä pontevammin yksittäiset asiakkaat toimivat, sen rivakammin myös hoitojärjestelmä uudistuu ja sitä selvemmäksi piirtyy myös rajapinta yksilön ja yhteisön vastuusta.

Mieli -ohjelman mielenterveyden edistämistä ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä koskeva osuus on pysynyt riittävän konkreettisena ja kohdennettuna. Se sisältää lisäksi käytännön ehdotuksia, jotka tukevat sekä hallintoa että kliinistä työtä.

Mieli -ohjelman suurin strateginen haaste liittyy perinteiseen psykiatriseen hoitoon. Laaja uudistamistyö on lähtenyt hyvin liikkeelle koko maassa. Nykyisten voimavarojen uudelleen kohdentamisella on jo nyt saatu merkittäviä muutoksia aikaiseksi. Mieli -ohjelma on puiteohjelma, joka tukee alueellisia ja paikallisia kehityshankkeita. Niihin on saatu kattavasti Kaste -hankkeiden tukea. Hienointa on se, että koko maan mielenterveyskenttään on leviämässä taloudellisista rajoituksista huolimatta rohkea uudistumishenki. Nuorentuva mielenterveyden johtajasukupolvi kantaa nyt esimerkillisellä tavalla vastuuta palvelujärjestelmän kehittämisestä. Vaikka kokonaiskuva on edelleen rikkonainen ja rosoinenkin, niin alueellisesti on syntymässä lukuisia todella mielenkiintoisia kokonaisuudistuksia, joissa on tekemisen meininki. Alueelliset toimijat ovat osallistuneet kiitettävällä tavalla valtakunnalliseen yhteistyöhön. Uudet kokemukset virtaavat nyt vapaasti järjestelmässä, niin että kaikki voivat hyötyä muiden tekemisestä.

Myös lainsäädäntöä ollaan uudistamassa Mieli -ohjelman esitysten suuntaisesti. Mielenterveyttä koskevaa uutta lainsäädäntöä onkin runsaasti tekeillä. Näyttää siltä, että tarvitsemme edelleen erillisen uudistetun mielenterveyslain ja siitä erillään olevan oikeuspsykiatria koskevan lain. Päihdehuollon toimintaa koskevat lait on myös saatava nykypäivää vastaaviksi. Myös koko sosiaalihuolto tarvitsee toimintansa tueksi uuden lakipohjan.

Arki kannattaa tai kaataa kansalaisia

Hyvinvoinnin ja mielenterveyden kannalta työ on muodostunut yhä keskeisemmäksi välineeksi toteuttaa ja arvottaa itseä sekä olla kontaktissa muihin ihmisiin. Työelämän erikoistuminen, työtehtävän laatuun kohdistuvat vaatimukset, kognitiivisten taitojen ja yhteistyökyvyn korostuminen ja monet muut muutokset ovat synnyttäneet sellaista erikoistumista, jossa yksilölliset erot nousevat tärkeiksi ominaisuuksiksi. Yksilölliset vahvuudet ja rajoitukset näkyvät monissa työsuorituksissa, joista myös palkitaan ja näin vahvistetaan yksilöllisten erojen merkitystä. Hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että jokainen löytäisi itselleen sopivan paikan työelämässä. Tähän tarvitaan työelämän joustojen lisäksi myös ihmisten nykyistä rohkeampaa aloitteellisuutta ja liikkuvuutta työelämässä.

E erityisen tärkeää on, että nuoret ihmiset pääsevät kiinni työelämään ”matalan kynnyksen” ylitse ilman vuosia kestävää ja mielenterveyden kehityksen kannalta suorastaan vaarallista odotusvaihetta. Yhtä tarpeellista on ylläpitää työssä käynnin mahdollisuutta työelämän joustoin läpi koko elämänkareen niin kauan, kuin se on inhimillisesti mahdollista. Tasapainoa työelämän ja perhe-elämän välillä tulisi myös edistää niin, että vastuu jakautuisi oikeassa suhteessa lasten, vanhempien, työnantajien ja yhteiskunnan kesken. Ristiriitatilanteissa tulisi ratkaisua etsiä heikoimman osapuolen eli lasten kehityksen edut huomioiden.

Ihminen elää tätä päivää, kantaa huolta huomista ja liittyy toivonsa tulevaisuuteen. ”Elämätön elämä” saattaa syntyä rohkeuden puutteesta toteuttaa itseään ja toiveitaan. Se voi olla myös seurausta jokapäiväisestä selviytymistäistelusta, uhrautumisesta itsensä tai muiden puolesta. Tasapainoinen elämä rakentuu jatkuvuuteen ja toimivaan yhteyteen menneen ja koetun, tämän päivän ja tulevaisuuden välillä. Merkityksellinen elämä syntyy, kun tasapainoista elämää voi viettää yhteisen hyvän palveluksessa. Työ terveydenhuollossa on usein vaativaa ja raskasta, mutta se voi parhaimmillaan olla myös merkityksellistä elämää yhteisen hyvän palveluksessa.

Tulevaisuus ei ole vain sitä, mitä huomina tuo tullessaan. Tulevaisuus voi olla paljolti myös sitä, minäkälaiseksi haluamme sen rakentaa. Myönteiset mielikuvat tulevaisuudesta suuntaavat voimakkaasti omaa toimintaamme. Jokaisella ihmisellä on oikeus ja mahdollisuus omaan unelmaan. Kuitenkin vain yhteiset unelmat rakentavat tulevaisuutta tavalla, joka jää historiaan.

9 Kirjoittajien ja toimituskunnan esittely

Aalto, Mauri. Psykiatrian erikoislääkäri, dosentti. Työskentelee osa-aikaisena ylilääkärinä THL:n Mielen-terveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä. Toiminut päihdelääkärinä ja osallistunut erilaisiin alkoholin liikakäytön tunnistamiseen ja hoitoihin liittyviin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin.

Ahlgren-Rimpiläinen, Aulikki. On psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, toimii Espoon mielen-terveys -ja päihdepalveluiden päällikkönä.

Ahonen Tuomas. Sosiaaliohjaaja. Työskentelee Terveys- ja sosiaalineuvontapiste Helsingin Vinkissä sosiaaliohjaajana sekä projektityöntekijänä Vinkin vertaistystötä kehittävässä Veto-projektissa. Tehnyt 10 vuotta huumetyötä Helsingissä eri toimipisteissä.

Andersson, Maarit. YTM. Työskentelee kehittämisspällikkönä Ensi- ja turvakotien liitossa, jossa hän vastaa lapsilähtöisestä päihdetyöstä. Hän on tehnyt työuransa päihdetyössä asiakas-, kehittämis- ja johtamistehtävien parissa sekä lastensuojelujärjestön kehittämistehtävässä päihdeongelmaisten odottavien äitien ja vauvaperheiden hoidon ja hoitojärjestelmän rakentamisessa. Hän toimii Päihdehuollon valtakunnallisen yhteistyöryhmän puheenjohtajana.

Bergman, Viveca. VTM. Kehittämisspällikkö, THL. Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Gissler, Mika. FT, VTM. Työskentelee tutkimusprofessorina THL:ssä Tieto-osastolla sekä osa-aikaisena professorina Pohjoismaisessa kansanterveystieteen korkeakoulussa ja Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa. Hänen erityisosaamistaan on terveys- ja hyvinvointiosoitimet, kansainväliset terveystilastot ja rekisteritietojen hyödyntäminen mm. mielenterveyteen liittyvässä tutkimuksessa.

Hakala Tiina. Oh, projektisuunnittelija, Länsi 2012 -hanke, Selma-pilotti. Työuran tehnyt psykiatrian puolella ja siellä pääosin päihdepsykiatriassa käytännön hoitotyössä.

Halme, Jukka. PsM. Työskentelee tutkijana THL:n Mielen-terveysongelmat ja päihdepalvelut yksikössä.

Heikkinen, Mika. VTM, sosiaalityöntekijä, suunnittelija. Toimii Länsi 2012 -hankkeen Turun pilotin vastuuhenkilönä. Toiminut aiemmin sosiaalityöntekijänä sekä johtamis- ja kehittämistehtävissä päihdehuollon eri alueilla.

Heino, Tarja. VTT, Tampereen yliopiston sosiaalityön, erityisesti lastensuojelun dosentti. Toimii erikoistutkijana THL:n Hyvinvointi- ja terveystalouden -toimialalla, Sosiaali- ja terveystalouden osastolla, Vähimmäisturvayksikössä lastensuojelututkimuksen tehtävissä. Vuodesta 1984 alkaen toiminut pääasiassa valtion keskushallinnossa erilaisissa lastensuojelun ohjaus, seuranta, tutkimus- ja kehittämistehtävissä. Toimii 2010–2013 Suomen akatemian SKIDI-Kids tutkimusohjelmaan kuuluvan monitahoisen Pitkittäistutkimus huostaanotetuista lapsista -tutkimushankkeen johtajana.

Honkonen, Teija. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Työskentelee ylilääkärinä työterveyslaitoksessa. Toiminut Masto-hankkeen (2008–2011) pääsihteerinä STM:ssä.

Huilaja, Tiina. Koulukuraattori, YTM. Työskentelee Kittilän kunnan koulukuraattorina.

Hätönen, Heli. Sh (AMK), TtT. Työskentelee projektipäällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä Mielen tuki -hankkeessa sekä ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorina Imatran kaupungissa. Tehnyt työuransa pääosin mielenterveystyön alueella käytännön hoitotyössä sekä kehittämis- ja tutkimustehtävissä. Toimii myös post doc tutkijana Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksella.

Ilvonen, Sari. Sh AMK, sosionomi AMK, sosionomi YAMK opiskelija. Työskentelee Pakka-hankkeen projektityöntekijänä Porin kaupungilla.

Joutsenniemi, Kaisla. LT, VTM. Työskentelee erikoistutkijana THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä. Tausta sosiaalipsykiatrian tutkimuksessa, nyt työskentelee mielenterveyshäiriöiden preventioon ja hoitoon suunnattujen sähköisten työkalujen kehittämisen ja tutkimuksen parissa.

Jämsén, Arja. YTM. Työskentelee Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa Pohjois-Karjalan yksikön johtajana. Aikaisemmin työskennellyt erilaisissa opetus-, tutkimus- ja kehittämistehtävissä muun muassa Joensuun yliopistossa ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa.

Kaikkonen, Risto. VTM. Työskentelee projektipäällikkönä THL:n toimintakyky-yksikössä Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) vastuututkijana. Toimii kehittämis- ja tutkimustehtävissä terveyserojen kaventamiseen tähtäävässä TEROKA-hankkeessa ja kehittää aluetasoisista väestöryhmittäistä terveys- ja hyvinvointiseurantaa Suomeen. Tutkii työkykyä, sen muutoksia ja työkyvyn muutoksiin vaikuttavia tekijöitä väestön osaryhmissä. Toimii lisäksi useissa asiantuntijatoimikunnissa ja työryhmissä.

Kaivosoja, Matti. LT, lastenpsykiatrian erikoislääkäri. Työskentelee psykiatrian tulosaluejohtajana ja kehitysvammatyön johtajana Keski-Pohjanmaan keskussairaалassa ja kuntayhtymä Kiurussa. Toimii hankejohtajana Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Johtanut useita kehittämishankkeita ja toiminut asiantuntijana useissa STM:n työryhmissä. Työskennellyt muun muassa ylilääkärinä STAKESissa sekä Kokolan kaupungin perusturvajohtajana. Osallistui Mieli 2009 -ohjelman valmisteluun.

Kampman, Mikko. PsM. Työskentelee THL:n Lasten ja nuorten mielenterveysyksikössä YHTEISPELI-hankkeen projektipäällikkönä.

Karjalainen, Jouko. Työskentelee tutkijana THL:n Vähimmäisturva -yksikössä köyhyys- ja huono-osaisuustutkijana. Tehnyt aikaisemman työuransa pääosin asunnottomien ja vankilasta vapautuneiden parissa käytännön sosiaalityössä ja kehittämistehtävissä. THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Karlsson, Linnea. El, LT. Työskentelee erikoistutkijana THL:n Mielenterveys ja päihdepalvelut -yksikössä, Lasten ja nuorten mielenterveyden yksikössä. Kliininen työ on käsittänyt erilaisia tehtäviä nuorisopsykiatrian ja lastenpsykiatrian alalla.

Kauppila, Tarja. YTT, johtaja. Työskentelee Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa.

Kejonen, Anne. Sairaanhoitaja (Ylempi AMK). Työskentelee Itä-Suomen aluehallintovirastossa valtakunnallisen Alkoholiohjelman Itä-Suomen aluekoordinaattorina. Aikaisemmin työskennellyt kehittämistehtävissä muun muassa Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa sekä hoitotyössä perus- ja erikoissairaanhoidossa.

Komminaho, Alpo. Sosiaalihuoltaja, projektipäällikkö. Johtaa Kaste-ohjelmaan kuuluvaa Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveyshanketta LÄNSI 2012, jota hallinnoidaan Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tehnyt työuransa pääosin sosiaalijohtajan tehtävissä ja on nyt toistamiseen kehittämistehtävissä.

Kuosmanen, Lauri. Psykiatrinen sairaanhoitaja ja terveystieteiden tohtori. Työskennellyt sairaanhoitajana ja suunnittelijana terveydenhuollon organisaatioissa, opettajana sairaanhoitaja- ja lähihoitajakoulutuksessa sekä eri tehtävissä järjestö- ja projektityössä. Tutkijana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen mielenterveystyön tutkimushankkeissa. Mielen avain -hankkeen hankejohtaja ja Vantaan kaupungin mielenterveystyön palvelupäällikkö.

Kurki, Marjo. Psykiatrinen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, terveystieteiden maisteri. Tehnyt työuransa psykiatrisessa hoitotyössä ja ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa. Jatko-opiskelijana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella, jossa väitöskirjaa masentuneille nuorille kehitetystä internet-pohjaisesta tukiohjelmasta. Työskentelee hankekoordinaattorina Mielen avain -hankkeessa, jossa vastaa arvioinnista, raportoinnista ja osahankkeiden koordinaatiosta.

Kuussaari, Kristiina. VTT. Työskentelee kehittämisspällikkönä THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä erityisalueenaan päihdepalvelujärjestelmän tutkimus. Aiemmin vastannut Stakesissa päihdetilastoista ja tehnyt päihdepalveluihin liittyvää tutkimustyötä Turun yliopistossa.

Leimio-Reijonen, Susanna. Lähihoitaja, Erityisnuorisotyöntekijä, YTM. Työskentelee Päijät-Hämeen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön seutukoordinaattorina Välittäjä 2009 -hankkeessa, Sosiaalialan osaamiskeskus Versossa, Lahdessa. Tehnyt työuransa lasten, nuorten ja perheiden parissa sekä ehkäisevän työn kehittämistehtävissä erityisnäkökulmana sosiaalipedagogiikka ja sosiokulttuurinen innostaminen. On THL:n Pakka-kehittämistyöryhmän jäsen.

Lepistö, Päivi. Yhteiskuntatieteiden maisteri, kauppatieteiden opiskelija. Tutkinut EU-integraatiota ja valmistelee pro gradu -tutkielmaa yritysten visuaalisesta viestinnästä. Hankesuunnittelijana Mielen avain -hankkeessa, jossa vastaa taloudesta ja viestinnästä.

Lindqvist, Britt-Marie. Ph, Esh, TtM. Työskentelee projektikoordinaattorina Välittäjä-hankkeessa (2009–2011) Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymässä. Tehnyt työuransa pääosin somaattisen käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä sekä terveysalan opettajana.

Lyly, Auri. VTM, sosiaalipsykologi ja sosiaalityöntekijä. Työskentelee tällä hetkellä koordinaattorina Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -kehittämishankkeessa, jossa vahvistetaan perusterveydenhuollossa tehtävää päihde- ja mielenterveystyötä sekä sosiaalivouontaa Helsingin terveysasemilla.

Lönnqvist, Jouko. LKT ja psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti (VET) ja organisaatiokonsultti (FIN-NOD). Toimii THL:n Mielenterveys ja päihdepalvelut -osaston johtajana ja tutkimusprofessorina. Lisäksi hän on Helsingin yliopiston psykiatrian professori ja HUS/Psykiatrian ylilääkäri.

Martins, Anne. Merkonomi, Fil. yo. Toimii Mielenterveyden edistäminen yksikön sihteerinä ja on Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Marttunen Mauri. LT, professori. Työskentelee nuorisopsykiatrian professorina Helsingin yliopistossa ja HYKSissa sekä tutkimusprofessorina ja yksikön päällikkönä THL:n lasten ja nuorten mielenterveysyksikössä. THL:n mielenterveys- ja päihdepalvelut -osaston johtaja 1.8.2011 alkaen. Työskennellyt pitkään psykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa ja tekee nuorten mielenterveyteen ja mielenterveysongelmiin kohdistuvaa tutkimustyötä.

Mikkonen, Antti. Psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys. Työskentelee Kaarinan mielenterveys- ja päihdeyksikkö Vintillä ylilääkärinä. Työura koostuu työskentelystä erilaisissa psykiatri-

sen- ja päihdehoidon tehtävissä sekä kouluttajana. Kokemusta on kertynyt laaja-alaisesti sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta.

Moring, Juha. LKT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut - osastolla, vastaa Mieli -suunnitelman toimeenpanosta. Toiminut eri tehtävissä mielenterveystyössä yli 30 vuotta, viimeksi OYS Psykiatrian johtajana.

Mustalampi, Saini. KM. Työskentelee kehittämisspäällikkönä THL:n Tupakka-, päihde- ja rahapelihaitat -yksikössä vastuualueenaan rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoitojärjestelmän kansallinen kehittäminen ja koordinaatio. Toiminut aiemmin Stakesin päihdetyöryhmän päällikkönä ja huumausainekysymysten parissa järjestöjohtajana.

Mäkelä, Pia. VTT, erikoistutkija. Työskentelee erikoistutkijana THL:n Alkoholi ja huumeet -yksikössä. Tutkinut erityisesti suomalaisten juomatapoja sekä erilaisia alkoholinkäyttöön liittyviä haittoja sekä alkoholipoliittisten toimenpiteiden vaikutuksia.

Nevalainen, Veijo. LL, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut - osastolla. Työskentelee ylilääkärinä Imatran kaupungissa, mielenterveyspalveluiden vastuualueella. Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Niemelä, Mika. TtM. Työskentelee projektipäällikkönä THL:n Lasten mielenterveys yksikön Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa. On toiminut perheterapiakouluttajana ja tekee tutkimusta lasten psykososiaalisesta tukemisesta tilanteissa, joissa vanhempi sairastaa vakavaa fyysistä sairautta.

Nordling, Esa. PsT. Toimii kehittämisspäällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä vastuualueena mielenterveys- ja päihdestrategiatyö. Työskennellyt aiemmin johtavana psykologina ja tutkijapsykologina psykiatrian alalla sekä yliassistenttina ja lehtorina Tampereen yliopiston psykologian laitoksella. On ollut mukana useissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa. On THL:n Mieli-suunnitelman toimeenpanoryhmän jäsen.

Nordling, Marja. Psyk.esh, oh. Toimii osastonhoitajana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä Seinäjoen keskussairaalan psykososiaalisella kuntoutumisosastolla. Työskentelee myös osa-aikaisena Välittäjä-hankkeessa tehtäväänään kokemusasiantuntijatoiminta. On vastuuhenkilönä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin "Kokemuksesta oppia, vertaisuudesta voimaa" -kehittämishankkeessa. Pääosan työurastaan on tehnyt mielenterveyskuntoutuksen parissa ja osallistunut lukuisiin alan kehittämishankkeisiin.

Nousiainen, Suvi. FM. Toimii kokemusasiantuntijatoiminnan koordinaattorina Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n Kansalaistoiminnan keskus Puistossa. Työskennellyt mielenterveysjärjestöissä kansalaistoiminnan parissa.

Partanen, Airi. Esh, THM. Työskentelee kehittämisspäällikkönä THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä päihdepalvelujärjestelmän kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa pääosin päihdetyön parissa käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä. Toimi Mieli 2009 -työryhmän asiantuntijana ja on THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Pirttijärvi Eero. YTL. Työskentelee järjestövuostuujohtajana Sovatek-säätiössä. Kirjoittaja on tehnyt työuransa pääosin päihdetyön parissa käytännön asiakastyössä sekä kehittämistehtävissä. Viime vuosina työn ja kiinnostuksen kohteena ovat painottuneet myös järjestötyö, järjestöjen välinen yhteistoiminta sekä kansalaisjärjestöt, kansalaisyhteiskunta ja sen mahdollisuudet.

Rajamäki, Matti. Sosiaalityöntekijä, perhe/psykoterapeutti. Työskentelee johtajana Kalliolan kehittämissyksikössä, jossa vastaa kansalaistoiminnan kehittamisestä. Hän on tehnyt työuransa päihdetyössä asiakas-, kehittämis- ja johtotehtävien parissa sekä kehittämistehtävissä kansalaistoiminnan, matalankynnyksen kohtaamispaikkojen ja vapaaehtoistyön luomisessa. Hän toimii Päihdehuollon valtakunnallisen yhteistyöryhmän työvaliokunnan puheenjohtajana ja Päivytin edustaja Mieli -ohjelman toimeenpanon ohjausryhmässä.

Rauhala, Liisa. Esh. Työskentelee kehittämissuunnittelijana Kaste/Väli-Suomi/Pohjanmaa-hankkeessa Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kehittämistehtävissä. Tehnyt työuransa pääosin päihde- ja mielen-terveyskuntoutuksen käytännön tehtävissä.

Räsänen, Sami. Psykiatrian erikoislääkäri, LT. Työskentelee OYS:n Psykiatrian tulosalueen Yleis-sairaala-psykiatrien yksiköiden (osasto 73 ja Yleissairaалapsykiatrian poliklinikka) toiminnoista vastaavana apulaisylilääkärinä. Tehnyt työuransa kliinisissä, hallinnollisissa ja opetustehtävissä OYS:n eri yksiköissä. Tutkimustyön painopisteenä viime vuosina on ollut vakavasti somaattisesti sairaiden potilaiden lasten psyykkistä oireilua ennaltaehkäisevien strukturoitujen menetelmien tutkiminen.

Saarinen, Tiina. Sairaanhoidtaja (AMK), terveydenhoitaja (AMK), diakonissa. Työskentelee kehittäjäpäihdetyön-tekijänä Välittäjä 2009 -hankkeessa, Lahden perusterveydenhuollon päihde- ja mielenterveystyön kehittämisprosessissa. Tehnyt vuosia päihdehoitotyötä sairaanhoidtajana Lahden A-klinikalla, lisäksi työskennellyt vanhusten parissa ja kotisairaanhoidossa.

Saarinen Veli-Matti. Esh, psykoterapeutti, perheterapeutti (VET). Työskentelee Välittäjä-2009:n Pohjanmaa-hankkeen väkivallan vastaisen työn kehittämissuunnittelijana. Väkivallan vastainen työ painottuu Etelä-Pohjanmaan väestön tiedon lisäämiseen, ammattilaisten tiedon ja ammattitaidon lisäämiseen sekä palveluiden kehittämiseen. Tehnyt työuransa pääosin mielenterveystyön parissa, työskennellen niin aikuisten, lasten, perheiden kuin verkostojenkin kanssa terapeutissa yhteistyössä. Työskentelee myös kliinisessä työssä väkivaltaa tehneiden ja kokeneiden kanssa.

Savolainen, Minna. TtM, sh. Työskentelee projektipäällikkönä THL:ssa Mielenterveyden edistämisen yksikössä. Mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön kehittämistehtävien lisäksi toimii päihde- ja mielenterveystyön Innokylä -oppimisverkoston koordinaattorina ja tuutorina. Toiminut aiemmin hoitotyön tehtävissä pääosin päihdetyössä.

Solantaus, Tytti. Lastenpsykiatri, tutkimusprofessori. Työskentelee THL:n Lasten ja nuorten mielenterveys-yksikössä vastuualueena erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy.

Suikkanen, Minna. Terveystyöntekijä (työterveyshuolto AMK), työnohjaaja- ja prosessikonsultti. Työskentelee Naantalin terveyskeskuksessa ehkäisevän päihdetyön terveydenhoitajana ja Länsi 2012 -hankkeen yhteyshenkilönä sekä projektityöntekijänä. Tehnyt työuransa pääosin työterveyshuollossa ja kuntoutuslaitoksessa yksityisellä sektorilla sekä toiminut projektikoordinaattorina sosiaali- ja terveydenhuoltoalan järjestössä.

Suvisaari, Jaana. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, akatemiatutkija. Ylilääkäri ja Mielenterveys- ja päihdeongelmat -yksikön päällikkö THL:lla. Tehnyt tutkimustyötä psyykkisten ongelmien esiintyvyydestä ja riskitekijöistä eri väestöryhmissä.

Säkinen, Salla. VTM. Toimii yksikön päällikkönä THL:n Tieto-osastolla, Hyvinvoinnin ja terveyden tietovarannot yksikössä. Työskennellyt koko työuransa ajan tilastojen ja rekistereiden parissa niin kuntasekto-

rilla kuin valtiollakin. Viimeisten kymmenen vuoden aikana esimiestehtävien ohella keskiössä ovat olleet etenkin sosiaalihuollon tilastot ja indikaattorityö.

Tuori, Timo. LKT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkäri THL:n mielenterveys- ja päihdepalvelut -osastolla, viimeksi toiminut useita vuosia kansainvälisissä tehtävissä Romaniassa ja Egyptissä. Kuului Mieli 2009 -työryhmään.

Turunen, Minna K. YTM, Arjen mieli -hankkeen valmisteluvaiheen hankesuunnittelija.

Vesimäki, Gunnevi. Esh, TtM. Työskentelee ylihoitajana Vaasan keskussairaalassa. Vaasan osahankkeen projektipäällikkö Välittäjä-hankkeessa (2009–2011). Työuransa tehnyt pääosin psykiatrian yksiköissä.

Viertö, Satu. THM (väitellyt). Työskentelee tutkijana THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä tutkien psykoosiin sairastuneiden toimintakykyä. Terveys 2000 mielenterveysryhmän sihteeri.

Vilén Marika. Psykologi, PsM. Työskentelee Vantaan kaupungin Psykologipalveluissa, ja yksityisesti mm. lastensuojelulaitoksissa. Tehnyt töitä kasvat-, terveys- ja sosiaalialalla kaiken ikäisten asiakkaiden kanssa, "vauvasta vaariin". Toiminut opettajana ja kouluttajana. Ollut mukana moniammatillisissa oppikirjoissa ja kehittämishankkeissa.

Wahlsten, Silja. Sosionomi (AMK). Työskentelee suunnittelijana Hämeen päihdehuollon kuntayhtymässä Mainiemen päihdetyön kehittämissyksikössä Välittäjä 2009 -hankkeessa. Aiemmin työskennellyt ohjaajana Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa tehden erityistason vaativaa päihdetyötä yhteisohjoidon keinoin. Ohjaajan työn ohella on tehnyt kehittämistyötä ja ollut mukana erilaisissa kehittämishankkeissa ja -prosesseissa.

Voipio-Pulkki, Liisa-Maria. Sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, sisätautiopin dosentti (TY). Terveyspalveluryhmän johtaja STM:n Sosiaali- ja terveystieteiden osastolla. Hän on toiminut parinkymmenen vuoden ajan kliinikkona ja kliinisenä tutkijana TYK:ssa. Vuosina 2000–2004 hän oli HUS:n sisätautien toimialalla päivystyksen ja valvonnan vastaavana ylilääkärinä ja vuosina 2004–2009 hän toimi Kuntaliiton hallintoylilääkärinä. Hän kuului Mieli 2009 -työryhmään ja toimii mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa ohjaavan STM:n ohjausryhmän puheenjohtajana.