



Mieli 2009
Psykisk hälsa 2009
Miella 2009
Materiaali – Material – Materiála

Avauksia 5/2009

Mieli 2009

Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit

Psykisk hälsa 2009

Nationella dagar för mental hälsa: bakgrundsmaterial, föreläsningar
och postrar

Miella 2009

Álbmotlaš mielladearvvasvuodabeivviid duogášmateriála, logaldagat ja
posterat



Suomen Mielenterveysseura

järjestää Mieli 2009 -päivät yhteistyössä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPLAND HOSPITAL DISTRICT

Lapin mielenterveys- ja päihdehanke



LAPIN LÄÄNINHALLITUS
LAPPI LEANARÁÐDEHUS

Helsinki 2009

Järjestelytoimikunta
Arrangörskommitté

Eila Okkonen
Liisa Saarinen
Jorma Posio
Sirpa Kaainen

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009

Valopaino Oy
Helsinki 2009

Alkusanat

Ei terveyttä ilman mielenterveyttä

Uuden Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) visiona on vaikuttaa merkittävästi suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden parantamiseen. Tavoitteen saavuttamiseksi toimet suomalaisten mielenterveyden kohentamiseksi ovat keskeisiä. Tässä työssä THL yhdistää kahden edeltäjänsä, Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin, vahvan osaamisen. THL on vahva vaikuttaja ja toimija mielenterveyden edistämässä, mielenterveysongelmien ehkäisyssä, mielenterveyden ja sen häiriöiden tutkimisessa ja seurannassa sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä.

Suomalaisten fyysisen terveyden kehittyessä mielenterveyden suhteellinen merkitys hyvinvoinnin tekijänä on kasvussa. Lasten ja nuorten psykososiaalinen oireilu, työikäisen väestön masennusoireet ja suomalaisten kasvava alkoholinkulutus ovat keskeisiä kansanterveyshaasteita mielenterveystyön saralla.

Haasteiden kohtaamiseksi rakenteilla on uusi kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009. Pelkällä suunnitelmalla suomalaisten mielenterveyttä ei kuitenkaan kohenneta, vaan työ vaatii kansallista ja alueellista kumppanuutta. Kumppanuuteen kutsutaan nyt kaikki toimijat: kunnat ja järjestöt, palveluiden käyttäjät ja niiden omaiset, kasvattajat ja kuntalaiset itse.

THL haluaa olla arvostettu kumppani mielenterveystyön kentässä. Yhteistyö kansallisten Mieli-päivien järjestämiseksi on alku THL:n kumppanuudelle suomalaisten mielenterveyden hyväksi.

THL:n puolesta toivotan kansallisten mielenterveyspäivien osallistujille antoisia päiviä ja hyvää mieltä!

Pekka Puska
Pääjohtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Förord

Psykisk hälsa är en oskiljaktig del av hälsan

Visionen för det nya Institutet för hälsa och välfärd (THL) är att starkt bidra till att finländarnas välfärd och hälsa förbättras. Åtgärder för att främja finländarnas psykiska hälsa är centrala i institutets strävan att nå sitt mål. I detta arbete förenar THL kompetensen från sina två föregångare, Folkhälsoinstitutet och Stakes. THL är en stark påverkare och aktör i främjandet av den psykiska hälsan, förebyggandet av psykisk ohälsa, uppföljning av och forskning i befolkningens psykiska hälsa, samt i utvecklandet av mental- och missbrukarvården.

När finländarnas fysiska hälsa förbättras ökar den psykiska hälsans relativa betydelse för finländarnas välbefinnande. Barns och ungas psykosociala problem, depression och utbrändhet i arbetslivet samt den ökande alkoholkonsumtionen är centrala folkhälsoutmaningar för arbetet för psykisk hälsa.

För att möta utmaningarna utarbetas som bäst en ny landsomfattande plan för mental- och missbrukarvården, Mieli 2009. En plan till pappers främjar i sig inte finländarnas psykiska hälsa. Arbetet för psykisk hälsa kräver samarbete och partnerskap på nationell och lokal nivå och alla aktörer kallas nu till samarbete: kommuner och föreningssektorn, brukare av mental- och missbrukarvården och deras anhöriga, fostrare och alla kommuninvånare.

THL vill vara en uppskattad partner i arbetet för psykisk hälsa. Samarbetet kring de landsomfattande dagarna ”Psykisk hälsa 2009” är en början på THL:s arbete som en partner för finländarnas psykiska hälsa.

Å THL:s vägnar önskar jag alla deltagare givande dagar för psykisk hälsa!

Pekka Puska
Generaldirektör
Institutet för hälsa och välfärd (THL)

Sáttasánit

Ii leat dearvvašvuohta almmá mielladearvvašvuođa haga

Odđa Dearvvašvuođa ja buresbirgejumi lágádusa (THL) višuvdnan lea váikkuhit mearkkašahtti ládje suomelaččaid buresbirgejumi ja dearvvašvuođa buorideapmái. Ulbmila ollašuhhtima várás doaimmat suomelaš mielladearvvašvuođa buorideami várás leat mávssolaččat. Dán barggus THL ovttaštahtá guovtti ovddasmannis, Álbmotdearvvašvuohtalágádusa ja Stakesa, gievrar máhttima. THL lea nanu váikkuheaddji ja doaibmi mielladearvvašvuođa ovddideamis, mielladearvvašvuođa eastadeamis, mielladearvvašvuođa ja dan hehttehusaid dutkamis ja čuovvumis sihke mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbálvalusaid gárgeheamis.

Suomelaččaid fysalaš dearvvašvuođa gárganeami mielde mielladearvvašvuođa gorálaš mearkkašupmi buresbirgejumi dahkkin lea stuorrume. Mánáid ja nuoraid psykososiála dávdaovdasiid vuhtton, bargoahkásaš olbmuid hurvuma dávdaovdasat ja suomelaččaid lassánan alkoholageavaheapmi leat guovddáš álbmotdearvvašvuođa hástalusat mielladearvvašvuođa suorggis.

Hástalusaid deaivama várás lea ráhkaduvvome odđa álbmotlaš mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasplána, Miella 2009. Dušše plánain suomelaččaid mielladearvvašvuohta ii goitge buoriduvvo, muhto bargu gáibida álbmotlaš ja guovlluguovdasaš guoibmivuođa. Guoibmivuhtii bovdejuvvojit dál buot doaibmit: gielddat ja searvvit, bálvalusaid geavaheaddjit ja sin oapmehaččat, šaddadeaddjit ja gieldda orrut ieža.

THL háliida leat árvvus adnon guoibmi mielladearvvašvuođa suorggis. Ovttasbargu álbmotlaš Miella-beivviid ordnema várás lea álgu THL:a guoibmivuhtii suomelaš mielladearvvašvuođa buorrin.

THL:a beales sávan álbmotlaš mielladearvvašvuohtabeivviid oassálastiide ávkkálaš beivviid ja buori miela!

Pekka Puska

Oaivehoavda

Dearvvašvuođa ja buresbirgejumi lágádus (THL)

Ohjelma

Mieli 2009 – kansalliset mielenterveyspäivät

Aika 5.–6.2. 2009
Paikka Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11, Rovaniemi

Tavoitteena on syventyä ajankohtaisiin mielenterveyskysymyksiin ja koota yhteen päättäjiä, poliitikkoja, alan ammattilaisia, järjestöjen edustajia ja tutkijoita.

Torstai 5.2.2009

Puheenjohtaja Liisa Saaristo, Suomen Mielenterveysseura

- 9.00 Ilmoittautuminen, posterinäyttelyyn tutustuminen ja aamukahvi
- 10.00 Buresbohtin, Anu Magga
Avauspuhe, professori Vappu Taipale
Tervehdykset
- Suomen Mielenterveysseura, puheenjohtaja Jussi Huttunen
 - Lapin sairaanhoitopiiri, johtaja Jari Jokela ja johtajaylilääkäri Eva Salomaa
 - Saamelaiskäräjät, puheenjohtaja Klemetti Näkkäläjärvi
- 11.30–13.15 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman merkitys ja keskeiset tulokset – reflektiivinen keskustelu
Puheenjohtajana toimii toiminnanjohtaja Marita Ruohonen ja keskustelijoina
- Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, Mieli 2009, työryhmän jäseniä mm. Jouko Lönnqvist, THL, Airi Partanen, THL, Kristian Wahlbeck, THL
 - Timo Peltovuori, MTKL, Kristiina Aminoff, Omaisry, Eva Salomaa, Lshp, Matti Virtanen, Lshp
- 13.15–14.15 Lounas (omakustanteinen) – Posteriesitykset ja näyttelyyn tutustuminen
- 14.15–16.15 Rinnakkaisseisot
- Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut, professori Jouko Lönnqvist, THL
- Suljetaanko sairaalat, tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck, THL
 - Potilaan osallisuus psykiatrisessa hoidossa, jatko-opiskelija, TtM Lauri Kuosmanen, Turun yliopisto
 - Mielenterveyden edistäminen – sanoista tekoihin, WHO mielenterveysalan yhteistyökeskuksen johtaja Eija Stengård
 - Avoimen dialogin hoitomalli, sen toimivuus ja näyttö, ylilääkäri Birgitta Alakare, Länsi-Pohjan shp
- Palvelujen alueellinen tasa-arvo ja valinnanvapaus, kehittämisspäällikkö Mikko Häikiö, Lapin shp
- Saamelainen mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaana, toiminnanjohtaja Ristenrauna Magga, Sämisoster
 - Perusteluita Suomen ja Norjan yhteistyölle Pohjois-Lapissa, Päivi Salminen, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Utsjoki
 - Asiakaskeskeisyys monikulttuurisessa yhteisössä, Markku Kärmeniemi, kehittämisspäällikkö, Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistys

Lasten ja nuorten mielenterveystyö kehitysympäristöissä – haaveista käytäntöön, tutkimusprofessori Tytti Solantaus, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

- Remontistako apua, Jukka Mäkelä, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Perhelähtöinen työskentely, Perhepalvelukeskuksen työryhmä, Rovaniemi
- Jalkautuva sairaanhoitajapari, Helena Terävä, ylilääkäri, Lapin shp

17.00–18.30 Kello viiden vastaanotto, Rovaniemen kaupunki

- Musiikkia Anna Kallioranta
- Rovaniemen kaupungin tervehdys

Perjantai 6.2.2009

Puheenjohtaja Jorma Posio, Lapin mielenterveyshanke

Aamukahvi ja posterinäyttelyyn tutustuminen

9.15–10.00 Eilinen, nykyisyys ja innovatiivinen tulevaisuus – mistä ponnistamme ja millaiseksi tulevaisuus visioidaan, psykiatri Jarkko Eskola

10.15–12.15 Rinnakkaissessiot

Terve itsekkyyks - työelämän haasteet ja jaksaminen, Eila Okkonen, Suomen Mielenterveysseura

- Lapin lumo – päihteet, työ- ja perhe-elämä, ylilääkäri Antti Liikkanen, Lshp
- Työssäkö hyvinvoivaksi, Sirkku Kivistö, Työterveyslaitos
- PK-yrittäjien hyvinvointikilta, projektijohtaja Eila Okkonen

Elämäkulussa – mukana vai syrjässä, emeritus professori Simo Koskinen

- Ikääntyneiden tarpeet ja A-klinikkasäätiön palvelut, johtaja Lasse Murto, A-klinikkasäätiöt
- Miten varaudumme tulevaan? Professori Marja Vaarama, Lapin yliopisto
- Lappi varautuu ikääntyvien psykiatrisiin palveluihin? Lääninlääkäri Marjatta Kihniä

Mielenterveystyön koulutus – taitajaksi vai tietäjäksi? Sirpa Kaakinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

- Millä valmiuksilla mielenterveystyöhön AMK:sta? Lehtori Eija Mattila, Laurea
- Mielenterveyden edistämisen koulutus, dosentti Kaisa Haatainen, Kuopion yliopisto
- Perusterveydenhuollon odotukset konsultoitavalta psykiatrilta, psykiatri Seppo Laukkanen, Lapin Mieli

12.15–13.30 Lounas (omakustanteinen) ja näyttelyyn tutustuminen

13.30–14.45 Puheenjohtajien yhteenvedot sessioista
Mieli 2009 anti ja keskeiset haasteet tulevaan, Kristian Wahlbeck

14.45–15.00 Saagat – Kampsuherran Valtakunta, Oiva Arvola

15.00– Kahvitarjoilu ja vapaata keskustelua

Program

Psykisk hälsa 2009 – nationella dagar för mental hälsa

Tid 5.–6.2.2009

Plats Yrkeshögskolan Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11, Rovaniemi

Målet är att fördjupa sig i aktuella frågor om psykisk hälsa och att samla ihop beslutsfattare, politiker, yrkespersoner, forskare och företrädare för organisationer.

Torsdag 15.1.2009

Ordförande Liisa Saaristo, Föreningen för Mental Hälsa i Finland

9.00 Anmälning, posterutställning och morgonkaffe

10.00 Buresboahdin, Anu Magga

Öppningsanförande, professor Vappu Taipale

Hälsningar

- Föreningen för Mental Hälsa i Finland, ordförande Jussi Huttunen
- Lapplands sjukvårdsdistrikt, direktör Jari Jokela och cheföverläkare Eva Salomaa
- Sametinget, ordförande Klemetti Näkkäljärvi

11.30–13.15 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman merkitys ja keskeiset tulokset – reflektioivinen keskustelu

Ordförande är verksamhetschef Marita Ruohonen och debattörer är

- bl.a. arbetsgruppsmedlemmarna Jouko Lönnqvist (THL), Airi Partanen (THL), Kristian Wahlbeck (THL), Nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete/arbetsgruppen Mieli 2009
- Timo Peltovuori, Centralförbundet för Mental Hälsa, Kristiina Aminoff Omaisry, Eva Salomaa, Föreningen för Mental Hälsa i Finland

13.15–14.15 Lunch (på egen bekostnad) – Posterpresentationer och möjlighet att se utställningen

14.15–16.15 Parallellsessioner

Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut, professor Jouko Lönnqvist, Institutet för hälsa och välfärd

- Suljetaanko sairaalat, forskningsprofessor Kristian Wahlbeck, Institutet för hälsa och välfärd
- Potilaan osallisuus psykiatrisessa hoidossa, forskarstuderande, HvM Lauri Kuosmanen, Åbo universitet
- Mielenterveyden edistäminen – sanoista tekoihin, WHO samarbetscentrumets chef Eija Stengård
- Avoimen dialogin hoitomalli, sen toimivuus ja näyttö, överläkare Birgitta Alakare, Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt

Palvelujen alueellinen tasa-arvo ja valinnanvapaus, utvecklingschef Mikko Häikiö, Lapplands svd

- Saamelainen mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaana, verksamhetschef Ristenrauna Magga, Sämisoster

- Perusteluita Suomen ja Norjan yhteistyölle Pohjois-Lapissa, Päivi Salminen, social- och hälsochef, Utsjoki
- Asiakaskeskeisyys monikulttuurisessa yhteisössä, Markku Kärmeniemi, utvecklingschef, föreningen Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrin yhdistys

Lasten ja nuorten mielenterveystyö kehitysympäristöissä – haaveista käytäntöön, forskningsprofessor Tytti Solantaus, Institutet för hälsa och välfärd

- Remontistako apua, Jukka Mäkelä, Institutet för hälsa och välfärd
- Perhelähtöinen työskentely, familjeservicecentralens arbetsgrupp, Rovaniemi
- Jalkautuva sairaanhoitajapari, Helena Terävä, överläkare, Lapplands sjukvårdsdistrikt

17.00–18.30 Kvällsmottagning, Rovaniemi stad

- Musik Anna Kallioranta
- Hälsning, Rovaniemi stad

Fredag 6.2.2009

Ordförande Jorma Posio, projektet för psykisk hälsa i Lappland

Morgonkaffe och möjlighet att se posterutställningen

9.15–10.00 Eilinen, nykyisyys ja innovatiivinen tulevaisuus – mistä ponnistamme ja millaiseksi tulevaisuus visioidaan, psykiater Jarkko Eskola

10.15–12.15 Parallellsessioner

Terve itsekkyyden - työelämän haasteet ja jaksaminen, Eila Okkonen, Föreningen för Mental Hälsa i Finland

- Lapin lumo – päihteet, työ- ja perhe-elämä, överläkare Antti Liikkanen, Lapplands svd
- Työssäkö hyvinvoinniksi, Sirkku Kivistö, Arbetshälsoinstitutet
- PK-yrittäjien hyvinvointikilta, projektledare Eila Okkonen

Elämäntulussa – mukana vai syrjässä, emeritus professor Simo Koskinen

- Ikääntyneiden tarpeet ja A-klinikkasäätiön palvelut, direktör Lasse Murto, A-klinikstiftelsen
- Miten varaudumme tulevaan? professor Marja Vaarama, Lapplands universitet
- Lappi varautuu ikääntyvien psykiatriin palveluihin? länsläkare Marjatta Kihniä

Mielenterveystyön koulutus – taitajaksi vai tietäjäksi? Sirpa Kaakinen, Institutet för hälsa och välfärd

- Millä valmiuksilla mielenterveystyöhön AMK:sta? lektor Eija Mattila, yrkeshögskolan Laurea
- Mielenterveyden edistämisen koulutus, docent Kaisa Haatainen, Kuopio universitet
- Perusterveydenhuollon odotukset konsultoitavalta psykiatrilta, psykiater Seppo Laukkanen, Lapin Mieli

12.15–13.30 Lunch (på egen bekostnad) och möjlighet att se utställningen

13.30–14.45 Ordförandenas sammandrag av sessionerna
Mieli 2009 anti ja keskeiset haasteet tulevaan, Kristian Wahlbeck

14.45–15.00 Saagat – Kampsuherran Valtakunta, Oiva Arvola

15.00– Kaffi och fri samvaro

Sisälllys – Innehåll

Alkusanat
Förord
Sättasánit

Ohjelma
Program

<i>Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut</i>	13
Kristian Wahlbeck: SULJETAANKO SAIRAALAT?.....	13
Lauri Kuosmanen: POTILAAN OSALLISUUS PSYKIATRISSESSA HOIDOSSA.....	15
Eija Stengård: MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN – SANOISTA TEKOIHIN.....	16
Birgitta Alakare: AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI, SEN TOIMIVUUS JA NÄYTTÖ.....	17
Mikko Häikiö: <i>Palvelujen alueellinen tasa-arvo ja valinnanvapaus</i>	18
Ristenrauna Magga: SAAMELAINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN ASIAKKAANA.....	21
Päivi Salminen: PERUSTELUITA SUOMEN JA NORJAN YHTEISTYÖLLE POHJOIS-LAPISSA.....	22
Markku Kärmeniemi: ASIAKASKESKEISYYS MONIKULTTUURISSESSA YHTEISÖSSÄ.....	23
Tytti Solantaus: <i>Lasten ja nuorten mielenterveystyö kehitysympäristöissä – haaveista käytäntöön</i> ... 24	
Jukka Mäkelä: REMONTTIA TARVITAAN.....	25
Eila Okkonen: <i>Terve itsekkyyks – työelämän haasteet ja jaksaminen</i>	28
Sirku Kivistö: TYÖSSÄKÖ HYVINVOIVAKSI.....	30
Eila Okkonen: PK-YRITTÄJIEN HENKINEN HYVINVOINTI JA JAKSAMINEN.....	31
<i>Elämäkulussa – mukana vai syrjässä</i>	32
Marjatta Kihniä: LAPPI VARAUTUU IKÄÄNTYVIEN PSYKIATRISIIN PALVELUIHIN?.....	32
Sirpa Kaakinen: <i>Mielenterveystyön koulutus – taitajaksi vai tietäjäksi?</i>	33
Eija Mattila: MILLÄ VALMIUKSILLA MIELENTERVEYSTYÖHÖN AMK:STA?.....	34
Kaisa Haatainen: MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUS.....	35
Posterit.....	36
Posterinäyttelyyn osallistujat.....	53

Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut

SULJETAANKO SAIRAALAT?

KRISTIAN WAHLBECK

Stakesin Merttu-hanke arvioi suomalaisen aikuisväestön mielenterveyspalveluja ja niiden vaikuttavuutta. Hankkeen tulosten perusteella mielenterveyspalveluiden tila on Suomessa monelta osin huolestuttava ja niiden rakennemuutos on vielä kesken. Palveluiden saatavuus on alhainen, pakkohoidon määrä on eurooppalaisittain korkea ja laitoshoitovaltaisuus sitoo voimavaroja estäen avohoidon kehittämisen. Hanke antoi osviittaa siitä, että psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen ja psykiatristen sairaalahoitajaksojen lyhentäminen on Suomessa ollut oikeansuuntainen.

Merttu-tutkimuksen mukaan avohoidon kehittämistarpeet näyttävät olevan suurimmat kunnissa, joissa ne ovat terveyskeskuksen vastuulla. Avopalvelut ovat useimmiten perinteisiä ajanvarauspalveluja huolimatta siitä, että niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. Yleensä ympärivuorokautisia mielenterveyspalveluja tarjoavat yksiköt ovat perinteisiä sairaalaosastoja ja vaihtoehtoja ei juuri ole tarjolla, kun tarvitaan akuuttia ympärivuorokautista hoitoa. Näin ei tarvitsisi olla vaan voitaisiin käyttää tilapäistä lyhytaikaista kotisairaala- tai hoidollisia pienkoteja. Järjestettyä päivätoimintaa on tarjolla melko vähän huolimatta siitä, että se muodostaa tärkeän osan mielenterveyskuntoutujan palvelupalettia.

Jos kunnassa on liikkuvia mielenterveyspalveluja, ympärivuorokautinen päivystys ja enemmän erilaisia avohoitoyksiköjä, kuntalaisten itsemurhakuolleisuus on alempi. Eli kehittyneet avohoitopalvelut ovat Merttu-tutkimuksen perusteella yhteydessä alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen, kun taas kunnissa, joissa on laitospainotteisempi palvelutarjonta, itsemurhaluvut ovat korkeammat. Ulkomaiset tutkimukset osoittavat yhteyden myös avohoidon kehittämisen ja mielenterveyspotilaiden tekemien henkirikosten välillä – parempi avohoito on yhteydessä vähäisempään osuuteen kaikista henkirikoksista. Sairaalapainotteisuutta purkanut mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on siis ollut oikeansuuntainen.

Tutkimustiedon perusteella Suomessa olisi viisasta edelleen jatkaa voimavarojen siirtoa psykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon. Ulkomaisten kokemusten mukaan psykiatrian sairaalasijoja voidaan vähentää noin puoleen kehittämällä kotiin vietyjä työryhmäpohjaisia avohoitopalveluja, jotka eivät ole virka-aikaan sidottuja. Suomalaisen psykiatrisen palvelujärjestelmän laitoshoidon purku edellyttää tällaisten kehittyneiden avohoitomuotojen käyttöönottoa. Erikoissairaanhoidon vuodepaikan ei tarvitse sijaita sairaalassa.

Mielenterveyspalveluita on syytä tarkastella kokonaisuutena, jossa sairaalahoito oikein käytettynä on tärkeä osa-alue. Tällä hetkellä psykiatriin sairaaloihin sitoutuu suhteettoman suuri osa mielenterveystyön aineellisista ja ammatillisista resursseista. Sosiaali- ja terveysministerössä kehitteillä oleva kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ”Mieli 2009” tulee tukemaan resurssien asteittaista siirtämistä sairaaloista monimuotoisiin kehittyneisiin avohoitopalveluihin. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan vastedeskin, mutta se toteutuu parhaiten osana yleissairaala. Rakennemuutos täytyy toteuttaa niin, ettei potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatu huonone vaan päinvastoin parane.

Erillisistä psykiatrisista sairaaloista luopuminen tarkoittaa myös vallan siirtoa ammattilaisilta palvelujen käyttäjille. Uudistus tulee tukemaan tuiki tarpeellista potilaiden valtaistumista ja voimaantumista, ja mahdollistamaan uudenlaisen asiakaslähtöisen lähestymistavan mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Sairaaloissa valtaapitävä terveydenhoidon paradigma ei tue osallisuuden

vaatimaa monitieteellistä lähestymistapaa, jolloin sairaala on harvoin oikea paikka kuntouttaa mieltä. Tällä hetkellä maassa toimii enää vajaat parikymmentä erillistä psykiatrista sairaalaa. Alueellisesti päätökset voivat olla kipeitä, mutta nyt on tullut aika sulkea erillisten psykiatristen sairaaloiden ovet.

Kirjallisuutta

- Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta n:ro 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes 2006. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>
- Wahlbeck K, Pirkola S. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Kirjassa: Ashorn Ulla, Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, 2008. Saatavilla: http://groups.stakes.fi/MTR/FI/julkaisut/Mtr_julkaisut.htm

Yhteystiedot

Kristian Wahlbeck
tutkimusprofessori
Mielenterveys
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30
00271 Helsinki
kristian.wahlbeck@thl.fi

POTILAAN OSALLISUUS PSYKIATRISISSA HOIDOSSA

LAURI KUOSMANEN

Potilaan osallisuus terveydenhuollossa tarkoittaa potilaan mahdollisuutta vaikuttaa julkisen palvelun laatuun ja sisältöön, omaan hoitoonsa sekä palvelujen kehittämiseen ja arviointiin. Potilaiden näkemykset ja kokemukset saamastaan hoidosta tarjoavat arvokasta tietoa siitä miten ammattilaiset ovat onnistuneet työssään. Pelkkä kokemusten kuunteleminen ei kuitenkaan riitä, vaan potilaat on otettava mukaan päätöksentekoon. Taustalla on ajatus siitä, että terveys on jotain sellaista, mitä ammattilaiset ja potilaat luovat yhdessä. Terveyttä ei synny, jos molemmat eivät pääse vaikuttamaan prosessiin.

Osallisuuden tavoitteena on muuttaa palveluja vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita ja lisätä potilaan hallinnan tunnetta. Tarve osallisuuden lisäämiselle on voimistunut viime aikoina. Syyinä tähän on ollut potilaiden kokema palvelujärjestelmän etäisyys ja jäykkyys, tarve lisätä potilaiden omaa vastuunottoa sekä konsumerismin lisääntyminen terveydenhuollossa. Tutkimusnäyttöä osallisuuden vaikutuksista potilaan terveydentilaan ei ole toistaiseksi ole. Mahdollista on, että osallisuuden lisääntyminen on terapeuttista sinänsä.

Psykiatrisessa hoidossa potilaiden osallisuudelle on erityinen tarve, vaikkakin Suomessa psykiatrisilla potilailla on melko hyvät mahdollisuudet osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin. Joissain tilanteissa heillä voi kuitenkin olla vaikeuksia saada ääntään kuuluviin. Erityisesti sairaalahoidossa olleet ovat kokeneet monenlaisia perusoikeuksiensa rajoituksia ja ulkopuolisuutta päätöksenteossa. Tahdonvastaiseen hoitoon liittyy runsaasti vaikeasti ratkaistavia tilanteita, joissa toisaalta sairastuneen oikeus hoitoon on turvattava, potilaan ja muiden turvallisuudesta on huolehdittava ja samaan aikaan potilaan osallisuus päätöksentekoon on mahdollistettava.

Esityksessä pohditaan sitä miten psykiatrisessa hoidossa voitaisiin lisätä potilaiden osallisuutta pelkän hoidon lopputuloksen arvioimisesta siihen, että potilas voi olla mukana päättämässä lopputulokseen johtavasta prosessista. Lisäksi arvioidaan psykiatrisen hoitotahdon käytön mahdollisuuksia.

Yhteystiedot

Lauri Kuormanen, laukuo@utu.fi

MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN – SANOISTA TEKOIHIIN

EIJA STENGÅRD

Mielenterveys on osa terveyttä ja siten ensiarvoisen tärkeää yksilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta. Hyvä mielenterveys onkin yksilöiden ja yhteisöjen tärkeä voimavara, joka vaikuttaa myönteisesti koko yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen.

Mielenterveyden edistämällä pyritään saamaan aikaan yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Tavoitteena on suojella, tukea ja ylläpitää emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia sekä luoda olosuhteita, jotka mahdollistavat psyykkisen ja psykofyysisen kehityksen, joustavan sinnikkyyden, pärjäämisen ja voimaantumisen.

Mielenterveyden edistäminen koetaan kunnissa usein haasteelliseksi. Promootion teoreettisesta perustasta on erilaisia näkemyksiä ja yhtenäinen kansallinen viitekehys puuttuu. Mielenterveyden edistäminen tulisi olla osa terveyden edistämistä, mutta näiden keskinäinen suhde jää usein epäselväksi. Tutkimustuloksia promootion vaikuttavuudesta pidetään riittämättömänä tai olemassa olevaa näyttöä ei tunneta. Koska promootio on laaja-alaista toimintaa, painopistealueiden valinta koetaan vaikeaksi tai käytettävissä olevista, vaikuttavaksi osoitetuista toimintamalleista ei ole riittävästi tietoa. Useimmissa kunnissa mielenterveyden edistäminen ei myöskään ole selvästi vastuutettu kenellekään toimijalle tai työtä ei koordinoita riittävästi.

Terveyden edistämisen viitekehys tarjoaa käyttökelpoisen lähtökohdan myös mielenterveyden edistämiseen. Keskeisimpiä mielenterveyttä edistäviä tekijöitä ovat sosiaalisen osallisuuden lisääminen, väkivallan ja syrjinnän vähentäminen sekä taloudellisen toimeentulon varmistaminen. Koska suuri osa mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä on terveyssektorin ulkopuolella, mielenterveyden edistäminen edellyttää kunnassa tiivistä yhteistyötä hallinnonalojen välillä.

Mielenterveyden edistämisen vaikuttavuudesta on lisääntyvää näyttöä, vaikka lisätutkimuksia vielä tarvitaan. Vaikuttaviksi todettuja interventioita on olemassa esimerkiksi stressin vähentämiseksi työpaikoilla, asumisympäristöjen parantamiseksi, ongelman- ja vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi kouluissa ja perheissä sekä ikääntyneiden yksinäisyyden vähentämiseksi. Suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen mielenterveyden edistäminen edellyttää kuitenkin promootion sisällyttämistä osaksi kunnan hyvinvointistrategiaa ja mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa.

Kirjallisuus

- Keleher, H. & Armstrong, R. (2005). Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth. Melbourne.
- Kiikkala, I. (2006). Hyvä elämä – hyvä mieli. Suomen Mielenterveysseura. Lieto.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (2004). Mielenterveystyö Euroopassa. STM:n selvityksiä 2004:17. Helsinki.

Yhteystiedot:

Eija Stengård
Yhteistyökeskuksen johtaja
WHO Mielenterveysalan yhteistyökeskus
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Puh. + 358 20 610 7184
s-posti: eija.stengard@thl.fi

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI, SEN TOIMIVUUS JA NÄYTTÖ

BIRGITTA ALAKARE

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella on 1980-luvun alusta lähtien kehitetty Avoimen Dialogin Hoitomallia. Hoitomallissa tärkeimmiksi periaatteiksi ovat nousseet: 1. välitön apu kriisissä, 2. sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, 3. joustavuus ja liikkuvuus, 4. työntekijöiden vastuullisuus, 5. hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, 6. epävarmuuden sietäminen ja 7. dialogisuus.

Hoitokokous on hoidon perustapahtuma. Sinne kutsutaan potilaan lisäksi hänen läheisverkostoaan sekä tarpeellisia viranomaisia keskustelemaan yhdessä tilanteesta. Hoidossa kiinnitetään huomiota hoidon nopeaan ja joustavaan aloittamiseen. Riippumatta potilaan ongelmasta ensimmäinen hoitokokous järjestetään mahdollisimman pian. Mukaan otetaan potilaan läheiset ihmiset yhteistyökumppaneina. Hoidon tavoitteena ei ole potilaan tai hänen perheensä muuttaminen vaan dialogin synnyttäminen eri äänten välille. Hoidossa kiinnitetään erityistä huomiota psykologiseen jatkuvuuteen ja vastuullisuuteen siten, että sama psykiatrian työntekijöistä koostuva ryhmä on vastuussa hoidosta koko hoitoprosessin ajan. Kriisitilanteissa auttajien tehtävä on lisätä turvallisuutta kuitenkin päätyttyä hätäisiin ratkaisuihin. Työntekijät joutuvat tällöin sietämään epävarmuutta, jonka takia tarvitaan koulutusta, kokemusta sekä työryhmän keskinäistä luottamusta. Tarkoituksena on mahdollistaa potilaan ja hänen perheensä omien voimavarojen käyttö ongelman ratkaisemiseksi ja siten heidän elämänhallinnan lisäämiseksi. Hoitoprosessi tapahtuu dialogissa huomioiden potilaan ja hänen läheistensä muuttuvat tarpeet. Jokainen potilas ja perhe tarvitsevat heille parhaiten soveltuvan lähestymistavan. Eri hoitomuodot integroidaan hoitoon tarpeenmukaisesti keskustellen niistä yhdessä hoitokokouksissa.

Avoimen dialogin hoitomallin kehittäminen on ollut pitkä prosessi, joka edelleen jatkuu. Kehittäminen on tapahtunut koko ajan työtä analysoiden. Lähtökohtana on ollut perhe- ja verkostokeskeinen työskentely sekä aluepsykiatrinen hoito. Hoitomallin kehittämisen aikana on kiinnitetty erityistä huomiota koulutukseen sekä tutkimukseen. Suurella osalla alueen mielenterveysyhteistyöryhmistä on erityistason terapiakoulutus, etupäässä perheterapiakoulutus. Terapiakoulutuksessa on otettu huomioon juuri alueelliset tarpeet keskittyen vaikeiden kriisien hoitoon.

Hoitomallin toimivuus näkyy siinä, ettei psykiatriseen hoitoon ole jonoja. Hoidon nopea aloittaminen näkyy erityisesti alaikäisten hoidossa varhaisena puuttumisena. Siinä on tärkeänä osana tiivis yhteistyö sosiaalitoimen, terveydenhoitajien ja koulujen kanssa. Länsi-Pohjassa alaikäisille ei ole lainkaan omia psykiatrisia osastopaikkoja. Alaikäisten osastohoidon vähäisyys näkyy selvästi myös Stakesin tilastoissa.

Yhteistyökäytäntöjen kehittäminen eri ammattilaisten kanssa on alueellamme tärkeä, jatkuvaa kehittämistä ja koulutautumista vaativa asia. Yhteistyön aloittaminen edellyttää kulttuurista muutosta, joka voi olla usein monin kerroin vaikeampaa kuin rakenteiden luominen ja muuttaminen.

Lähteet

Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120(3):289–96.

Yhteystiedot

Birgitta Alakare, birgitta.alakare@lpshp.fi

Palvelujen alueellinen tasa-arvo ja valinnanvapaus

MIKKO HÄIKIÖ

Mielenterveyshäiriöisen valinnan vapaudesta, asemasta ja oikeuksista on keskusteltu viime aikoina enemmän kuin koskaan. Syynä keskustelulle ovat olleet kuntien ja kuntayhtymien mielenterveystyölle kohdentamat niukat resurssit. Julkisessa palvelutuotannossa on keskitytty viime aikoina hoitotakuun toteutumiseen, mikä on osaltaan kohdentanut julkisen terveydenhuollon resursseja hoitotakuun piirissä oleviin toimiin.

Alueet ja palvelurakenteet eivät ole keskenään tasa-arvoisia

Harjajärven ym. (2006) tekemän MERTTU-tutkimuksen mukaan kuntien ja alueiden välillä on selkeitä eroja mielenterveyspalvelujen järjestämisen tavoissa ja palvelujen monimuotoisuudessa. Tutkimuksen mukaan yleisin muutos on ollut mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuun siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon toiminnaksi. Koska muutokset ovat tutkimuksen mukaan olleet lähinnä hallinnollisia ja organisatorisia, eivät uudistukset ole pystyneet lisäämään mielenterveyspalvelujen moninaisuutta. Huolestuttavaa on se, että tutkimuksen mukaan mielenterveyspalvelujen avohoidon suurimmat kehittämistarpeet näyttävät olevan juuri niissä kunnissa, joissa palvelut ovat perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten vastuulla.

Tasa-arvoisuutta pohdittaessa on hyvä tarkastella myös alueiden palvelurakennetta. MERTTU-tutkimuksen (2006) mukaan monipuolisin palvelurakenne löytyy väestöpohjaltaan riittävän suurista kaupungeista. Alueen väestöpohja luo edellytykset palveluntarjonnan volyymille, mikä kasvattaa palveluntuotantoyksiköiden kokoa ja resursseja. Palveluyksikön riittävän suuri koko (ja resurssit) taas takaavat työntekijöiden tarpeenmukaisen ja moninaisen osaamisen, ja siten osaltaan laadukkaat palvelut. Tosiasia on, etteivät pienet työyksiköt pysty enää vastaamaan kompleksisten asiakkaiden vaatimaan osaamiseen. (Harjajärvi ym. 2006; Wahlbeck & Pirkola 2008)

Alueellista tasa-arvoa voi tarkastella myös siten, kuinka eri mielenterveystyön ammattilaiset ovat jakautuneet maassamme. Tarkastelen seuraavaksi yhden mielenterveystyön keskeisen ammattiryhmän sijoittumista esimerkin omaisesti muutaman sairaanhoitopiirin osalta. Korkeilan ym. (2003) tutkimuksen mukaan psykiatrit sijoittuivat maan sairaanhoitopiireihin varsin eriarvoisesti, varsinkin jos määrä suhteutetaan alueen väkilukuun (taulukko 1). Paras tilanne on luonnollisesti yliopistosairaanhoitopiireissä, mutta myös Pohjois-Karjala on alue, jossa psykiaritilanne on kansallisesti verrattuna varsin hyvä. Lapissa, Kainuussa, Vaasassa, Etelä-Karjalassa ja Keski-Suomessa psykiatreja on huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän.

TAULUKKO 1. Psykiatrikyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirin mukaan

Sairaanhoitopiiri	Psykiatrit (N)	Psykiatrit (%)	Psykiatrit/10000 as
Etelä-Karjala	17	1,7	1,3
Helsinki ja Uusimaa	378	38,8	2,7
Kainuu	8	0,8	1,0
Keski-Suomi	35	3,5	1,3
Lappi	7	0,7	0,6
Pirkanmaa	95	9,5	2,1
Pohjois-Pohjanmaa	20	2,0	1,2
Pohjois-Karjala	83	8,3	2,2
Pohjois-Savo	72	7,2	2,9
Vaasa	17	1,7	1,0
Varsinais-Suomi	97	9,7	2,1
Koko maa	997	100,0	1,9

Lähde: Korkeila ym. 2003 ja Sotkanet.

Välimuotoisten palvelujen jakautuminen alueellisesti epätasa-arvoista

Välimuotoiset palvelut voidaan määritellä palveluiksi, jotka sijoittuvat laitospalvelu- ja avohoidon välimaastoon. Välimuotoisten palveluiden tarkoituksena on tukea mielenterveysasiakkaiden avohoitoa ja kuntoutusta, ja tyypillisimpiä välimuotoisia palveluita ovat muun muassa erilaiset asumispalvelut sekä työ- ja päivätoiminta. Välimuotoisten palveluiden järjestäjinä toimivat erilaiset julkiset ja yksityiset palveluntuottajat. (Pirkola & Sohlman 2005)

Yksityiset asumispalvelut ovat nykyään keskeinen osa vaikeasti mielenterveyshäiriöisten palveluja, jotka tarjoavat valvottuja ja tuettuja asumispalveluja. Tuetut asumispalvelut mahdollistavat asumisen psykiatristen laitosten ulkopuolella, kodinomaisissa olosuhteissa. Tilastojen perusteella psykiatristen asumispalvelujen asiakasmäärät ovat lisääntyneet huomattavasti vuosien 1994–2003 aikana (taulukko 2). Huomattavaa psykiatristen asumispalvelujen kasvussa on se, että varsinkin yksityisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen määrä on moninkertaistunut kyseisellä tarkastelujaksolla. Samana ajanjaksona julkisten palveluiden tarjonta on puolestaan vähentynyt lähes puolella. Yksityisten asumispalveluiden lisääntyneen tarjonnan vuoksi laadunvalvonnan välineeksi onkin julkaistu vuonna 2007 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevat kehittämissuosituksset. (Pirkola & Sohlman 2005)

TAULUKKO 2. Asiakkaita psykiatrian asumispalveluissa vuoden lopussa 1994–2003

	1994	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Sosiaalitoimien tuottamat palvelut	569	577	188	354	356	449	384
Terveydenhuollon tuottamat palvelut	404	522	202	169	152	163	261
Yksityisten tuottamat palvelut	863	1 075	1 701	2 567	3 131	3 567	4 090
Yhteensä	1 836	2 174	2 091	3 090	3 639	4 179	4 735

Lähde: Pirkola & Sohlman 2005.

Yksityisten tuottamien asumispalveluiden määrän huima kasvu on luonnollisesti lisännyt asumispalvelujen moninaisuutta. Tämä on mahdollistanut sen, että ainakin teoriassa asiakkailta on suurempi mahdollisuus valita juuri heille sopiva asumispalvelun muoto. Teoriassa siksi, että tarkasteltaessa yksityisten tuottamia psykiatristen asumispalvelujen absoluuttisia määriä alueen väestöön suhteutettuna, on huomattavissa suuria eroja sairaanhoitopiireittäin. Sotkanetin tilastojen mukaan yksityisten asumispalvelujen tarjonta on keskimääräistä parempi Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon, Päijät-Hämeen ja yliopistosairaanhoitopiirien alueilla, lukuun ottamatta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin aluetta. Yksityisten asumispalveluiden tarjonta suhteutettuna väestöön on erittäin vähäistä Ahvenanmaan, Länsi-Pohjan, Lapin ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueella. Myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueen suhteellinen yksityisten palveluntuottajien tarjonta on keskimääräistä vähäisempää. Tosin tarkasteltaessa tuotettujen palvelujen absoluuttista määrää, tuotetaan HUS:n alueella lähes neljännes koko maan yksityisesti tuotetuista asumispalveluista.

Kansallinen kehittämissuunnitelma ratkaisu?

Kuten edellä on esitetty, on palvelujen – sekä välillisten että julkisten – tarjonnassa huomattavia alueellisia eroja. Erot johtuvat alueen väestömäärästä, kuntien taloudellisesta tilanteesta sekä alueen maantieteellisestä merkittävydestä ja sijainnista. Kärjistäen sanottuna yliopistollisen sairaanhoitopiirin isossa kasvukeskuksessa mielenterveyspalvelujen tarjonta on kohtuullista. Näillä alueilla mielenterveyspalvelut ovat julkisen ja yksityisen tuotannon johdosta moninaisia, ja psykiatriaerikoistuneita lääkäreitäkin on lähes riittävä määrä. Huonoimmassa tilanteessa

valinnan vapautta tarkasteltaessa ovat ne mielenterveysongelmaiset, jotka asuvat pienessä kunnassa, jossa taloudellinen tilanne on huono, etäisyydet kuntakeskukseen ovat pitkät ja julkinen liikenne on niukkaa. Tällaisia alueita ovat mm. Lappi ja ruotsinkielinen Pohjanmaa.

Monipuolisten ja vaikuttavien mielenterveyspalvelujen takaamiseksi Wahlbeck & Pirkola (2008) esittävät kansallista kehittämissuunnitelmaa, jolla sitoudutaan siirtämään asteittain resursseja sairaaloista peruskuntiin monimuotoisten avohoitopalveluiden takaamiseksi. Esitys on ehdottoman kannatettava, mutta vain siinä tapauksessa, että ohjelman toteuttamiseksi varataan riittävät kepit, porkkanat ja resurssit. Informaatio-ohjausta on harjoiteltu jo riittämiin. Nyt olisi aika siirtyä sanoista tekoihin ja taata riittävät resurssit sekä riittäviä että moninaisten mielenterveyspalvelujen järjestämiseksi.

Lähteet

- Harjajärvi M., Pirkola S. & Wahlbeck K. (2006). Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta n:ro 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes.
- Korkeila J., Ostamo A., Joukamaa M. & Salokangas R.K. (2003). Missä psykiatrit ovat? *Psychiatria Fennica* 2003; 34, suppl. 1.
- Pirkola S. & Sohlman B. (2005). Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes.
- Wahlbeck K. & Pirkola S. (2008). Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) Helsinki: Stakes.

Tilastolähteet

- Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaat 31.12., järjestön tai yrityksen tuottamat palvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.sotkanet.fi>
- Väestötilasto: Väestö 31.12. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.sotkanet.fi>

Yhteystiedot

Mikko Häikiö, mikko.haikio@lshp.fi

SAAMELAINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN ASIAKKAANA

RISTENRAUNA MAGGA

Saamelaisten omakielisillä, kulttuurisidonnaisilla sosiaali- ja terveysalan palveluilla sekä tukemis- ja auttamistoiminnalla on laajaa merkitystä saamelaisille palvelujen käyttäjille ja saamen kansalle. Kielen avulla välittyy kulttuuriperintö yli sukupolvien. Kieli on myös symbolijärjestelmä, jonka avulla yksilö voi rakentaa ja kuvailla ympäröivää maailmaa, omaa sisäistä maailmaansa ja näiden välisiä suhteita. Kielen kehityksen ja rikkaana säilymisen vuoksi on tärkeää, että saamelaisilla on riittävästi saamenkielen käyttömahdollisuuksia kaikissa arkipäivän tilanteissa. Hoitotilanteessa kielen merkitys on suuri. Kieli ei ole vain verbaalinen *kommunikaation* väline, vaan sillä on vahva emotionaalinen ulottuvuus. Äidinkieli on tunteiden kieli. Äidinkieli on myös kieli, jonka avulla henkilö on omaksunut sen ryhmän säännöt, normit ja arvot, johon hän kuuluu.

Saamelaisilla on perustuslaillinen oikeus alkuperäiskansana ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisten kielellisiä oikeuksia on vahvistettu saamen kielilailla (1086/2003), missä säädetään saamelaisen oikeudesta käyttää omaa kieltään viranomaisessa ja julkisen vallan velvollisuuksista toteuttaa sekä edistää saamelaisten kielellisiä oikeuksia. Saamen kielilain säännöksiä on noudatettava sovellettaessa lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Palvelut eivät laeista ja asetuksista huolimatta ole saatavissa asiakkaan omalla kielellä. Palvelu tuotetaan usein henkilökunnan ehdoilla, heidän kielitaitojensa mukaan, eikä asiakkaan ehdoilla – siitä huolimatta että asiakaslähtöisyys on yksi tämän päivän sosiaali- ja terapiatyön pääasiallisista laatuksista. Keskusteltaessa omakielisten palvelujen turvaamisesta on näkökulmaa laajennettava. Kyse ei ole ainoastaan *oikeudesta käyttää omaa kieltään vaan myös palvelun tehokkuudesta ja taloudellisuudesta sekä hoitoetiikasta*, johon kommunikaatiossa esiintyvät vaikeudet merkittävästi vaikuttavat.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut perustuvat ensisijaisesti kielelliseen vuorovaikutukseen. Vaikka terapiamenetelmien kirjo on kasvanut, painottuu hoitomekanismeissa edelleen *yksilön psykologinen kehitysprosessi*. Hoitotavoitteena on usein yksilön minäkuvan muutos. Yksi identiteettityön perusedellytys on se, että sitä voi tehdä omalla äidinkielellään. Vieraalla kielellä tai tulkin välityksellä mielen- ja päihdeongelmien sekä niiden taustalla olevien monimutkaisten ja herkkäluonteisten asioiden selvittäminen on vaikeaa, jopa mahdotonta. Kyse ei ole vain *omakielisistä palveluista* vaan kontekstuaalisesta ymmärryksestä. *Vähemmistökuulttuurin erityispiirteet* tulisi tunnistaa ja ottaa paremmin huomioon perus- ja erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannossa

Asenteiden muokkaaminen ja kulttuurisen merkityksen tiedostaminen ovat tässä tilanteessa avainasemassa. Asenteita on muokattava mm. lisäämällä tiedotusta hoitohenkilöstön keskuudessa sekä valtion ja kuntien organisaatioissa. Viranomaistoimintaa tulisi arvioida myös kielellisestä näkökulmasta ja sosiaali- ja terveydenhuollolle kehitettyyn laatuksista tulisi sisällyttää valmiudet palvella asiakasta hänen omalla kielellään. Lisäksi tarvitaan saamenkielen osaavia ja kulttuuriset erityispiirteet ymmärtäviä psykoterapeutteja sekä muuta henkilökuntaa. Tämän alan koulutusta olisi Suomessa ryhdyttävä kiireellisesti tarjoamaan.

Yhteystiedot

Ristenrauna Magga, rrmagga@gmail.com

PERUSTELUITA SUOMEN JA NORJAN YHTEISTYÖLLE POHJOIS-LAPISSA

PÄIVI SALMINEN

Peuranpyynnistä palveluihin – yhteistyön perinteistä raja-alueella

Pohjoisen Norjan ja Suomen asukkaat ovat aina eläneet vuorovaikutuksessa keskenään ja alueen resursseja hyödyntäen. Yhteistyö on eri aikakausina painottunut erilaisiin asioihin: luonnonresurssien käyttöön, kauppaan, muuttoliikkeeseen, työvoiman rekrytointiin ja palveluiden hankkimiseen. Julkiset palvelut ovat tulleet yhteistyön kohteeksi vasta viime vuosina. Vuonna 2004 valmistui molempien maiden pääministereiden aloitteesta Rajoitta Pohjoisessa -raportti, johon on laajasti koottu lähinnä kunnallisten palveluiden yhteistyötärpeita ja -ideoita.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden rajayhteistyötä on kehitetty osana tavanomaista arkityötä ja kahdessa projektissa. Finnmarkin lääninhallituksen terveys- ja sosiaaliosasto on vuosina 2006–2008 vastannut Grenseløst i Nord- projektista. Utsjoen kunta toteutti rajayhteistyöhankkeen vuosina 2005–2007. Käytännön tuloksina on saatu aikaan sopimus erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä, lapset ovat päässeet päivähoitoon naapurimaahan, on ollut koulutus- ja konferenssiyhteistyötä ja eri yhteyksissä työntekijät ovat voineet tavata toisiaan ja tutustua naapurimaan palveluihin. Yksi merkittävä peruste rajayhteistyölle on oppiminen naapurimaan kokemuksista, tavoista järjestää palveluita ja ratkaista ongelmia.

Yhteinen maailma raja-alueella

Pohjois-Norjan ja Pohjois-Suomen kuntien ominaispiirteitä ovat pitkät etäisyydet ja harva asutus, mitkä tuovat omat haasteensa palveluiden järjestämiseen. Finnmarkin ja Lapin läänien kunnat ovat kaukana oman maansa keskushallinnosta ja ne jakavat usein kokemuksen, ettei niiden erityisolosuhteita oteta riittävästi huomioon päätettäessä koko maata koskevista asioista. Monet sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat korostuvat maiden pohjoisissa lääneissä.

Pohjoinen on myös monikulttuurinen. Saamelaiset ovat asuneet alueella pitkään ja heillä on oma kielensä ja kulttuurinsa. Saamenkielisiä erityispalveluita Suomessa asuvat saamelaiset voivat saada vain Norjasta. Norjassa asuu myös paljon eri aikoina sinne muuttaneita suomalaisia ja monilla on suomalaiset sukujuuret. Finnmarkiin on tullut paljon maahanmuuttajia ja monet kunnat ovat vastaanottaneet pakolaisia.

Rajayhteistyöprosessit ovat hitaita ja vaativia

Maiden toimintakulttuurit ja tavat järjestää palveluita ovat erilaisia, yhteisen kielen löytäminen edellyttää vaivannäköä ja intressien yhteensovittaminen vaatii paljon aikaa.

Toteutetut projektit ovat olleet tärkeitä rajayhteistyön kehittämisessä ja voidaan olettaa, että kehitystyötä lähitulevaisuudessakin viedään tehokkaimmin eteenpäin projektimuotoisesti. On kuitenkin selvää, että pidemmän päälle rajat ylittävä palveluiden käyttö tulee saada osaksi tavanomaista asukkaiden ja työntekijöiden arkea.

Yhteystiedot

Päivi Salminen, paivi.salminen@utsjoki.fi

ASIAKASKESKEISYYS MONIKULTTUURISESSA YHTEISÖSSÄ

MARKKU KÄRMENIEMI

Aiheena ”Asiakaskeskeisyys monikulttuurisessa yhteisössä” on moniulotteinen kokonaisuus ja haluan alkuun taustoittaa sitä muutamalla asiaan liittyvällä faktalla:

1. Salon ja Kallisen vuonna 2007 julkaistun tutkimuksen mukaan erilaiset asiakaskeskeisyyteen ja yksilöön liittyvät arvot muodostavat merkittävimmän kokonaisuuden mielenterveyskuntoutujien asuinyhteisöjä ohjaavista arvoista.
2. Monikulttuurisuus maassamme lisääntyy: Tilastokeskuksen mukaan nettomaahanmuutto vuonna 2007 oli 13 600 henkeä.
3. Erilaisten yhteisöllisten asumispalveluidenpiirissä asui vuonna 2004 Salon ja Kallisen arvion mukaan lähes 6700 mielenterveyskuntoutujaa.

Eri kulttuureista tulevien henkilöiden kotoutuminen suomalaiseen yhteiskuntaan kuitataan, vielä tänäkin päivänä, valitettavan usein toteamuksella: ”maassa maan tavalla”. Tätä voidaan pitää vähintäänkin pinnallisena lähestymistapana, mutta miten todellisuudessa edistää ja tukea eri kulttuureista tulevien mielenterveyskuntoutujien yksilöllisiä kuntoutumisprosesseja terapeuttisissa yhteisöissä? Tähän kaikilla palveluiden piirissä olevilla kuntoutujilla on yksiselitteinen oikeus, mitä osaltaan vahvistaa vuonna 2004 säädetty Yhdenvertaisuuslaki, joka asettaa kaikki henkilöt, kulttuuritaustastaan riippumatta, yhdenvertaiseen asemaan sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Lähtökohdan monikulttuuriselle yhteisölle antavat terapeuttisen yhteisön toiminnan periaatteet, joista tässä yhteydessä esiin nousevat: demokraattisuus, yhteisöllisyys ja sallivuus. Näiden periaatteiden toteutuminen kiteytyy mielestäni yhteisön vuorovaikutuksen toimintaan ja sen kautta yhteisön jäsenten ymmärretyksi tulemiseen. Monikulttuurisissa yhteisöissä ensimmäinen ratkaistava asia on yhteisen kielen löytäminen, joka sinällään on mielenkiintoinen kysymys. Toisaalta yhteisöjen vuorovaikutuksessa ja toimintakulttuurissa nousee väistämättä esille erilaiset kulttuuriset tavat ja tottumukset liittyen vuorovaikutukseen, sukupuolirooleihin sekä erilaisten töiden tekemiseen. Näissä tilanteissa ollaan tasa-arvoisessa suomalaissa terapeuttisessa yhteisössä monesti haasteellisten kysymyksien edessä.

Monikulttuuristen kysymysten ratkaiseminen yhteisön omilla keinoilla tuo yhteisön arkeen tilanteita, jotka herättävät yhteisön jäsenissä monenlaisia tunteita liittyen omaan ja toisten rooliin yhteisön tasavertaisina jäseninä. Näiden tunteiden ja toiminnallisten kysymysten käsittely yhteisöllisesti antaa lähtökohdat monikulttuurisen toiminnan toteuttamiseksi yhteisössä. Käytännössä tilanne vaatii jatkuvaa asioiden käsittelyä sekä mahdollisuutta kaikkien osapuolten kuulluksi tulemiselle. Pohjimmiltaan kyseessä on uuden jäsenen perehdyttäminen yhteisön toimintaan, mutta myös hänen omien arvojensa kunnioittaminen.

Arkipäivän elämässä erilaisten kulttuurien omaksumista ja hyväksymistä voidaan tukea luontevasti koko yhteisön elämää rikastuttavilla tavoilla. Tämä vahvistaa eri kulttuureista tulevien kuntoutujien omaa kulttuuri-identiteettiä, mutta antaa myös muille yhteisön jäsenille uusia kokemuksia. Hyviä keinoja monikulttuurisuuden edistämiseksi ovat erilaiset yhteisön toiminnat, joihin otetaan mukaan etnisiä näkökulmia liittyen mm. ruokailuun, kulttuuriin tai vieraisiin kieliin. Näin saadaan erilaiset kulttuurit luontevaksi osaksi yhteisön toimintaa ja edesautetaan yksilöllisiä kuntoutumisprosesseja.

Yhteystiedot

Markku Kärmeniemi, markku.karmeniemi@kakspsy.com

Lasten ja nuorten mielenterveystyö kehitysympäristöissä – haaveista käytäntöön

TYTTI SOLANTAUS

Potilastyötä tekevä lastenpsykiatri soittaa Stakesiin hätäpuhelun lastenpsykiatrian poliklinikalta: lapselle ja perheelle voidaan tarjota hoitoa vasta vuoden kuluttua. ”Miten minä voin tässä tilanteessa olla vastuullinen lääkäri!” parkaisee lastenpsykiatri. – Äiti epäilee nuorensa käyttävän huumeita, mutta sen enempää terveydenhuolto kuin sosiaalipalvelukaan ei reagoi äidin avunpyyntöihin. ”En tiedä mitä tehdä,” sanoo äiti toivottomuus äänessään. – Opettaja soittaa ja kertoo lapsesta, joka kiipeilee edelleen katonharjalla ja puhuu itsemurhasta, vaikka hoitokontakti on olemassa. ”Mitä minun pitäisi tehdä?” kysyy hätäntynyt opettaja takanaan koko opettajakunta.

Kaikki näyttävät olevan pulassa, ja niin ovat myös palveluista kertovat tilastot. Palvelujen painopiste ja rahavirrat ovat vyöryneet kohti terveys- ja sosiaalipalvelujen ääripäätä, kohti sairaalahoitoa, lastensuojelutoimenpiteitä ja sijoituksia. Peruspalvelut ovat jääneet hajanaisiksi sektorirajojen vangeiksi. Kehitystyö on ollut resursoimatonta, sirpaleista ja hankesidonnaista. Tämän seurauksena on lastenpsykiatri umpikujassa, äiti ei saa apua, eikä opettaja tiedä miten tukea ongelmallista lasta.

MIELI 2009 päivien lasten ja nuorten mielenterveystyön sessiossa esitellään sekä palvelujen kehittämistyön taustoja että uudenlaisia lähestymistapoja ja menetelmiä.

Jukka Mäkelä esittelee Remontti-työn taustoja ja nykävaihetta. Kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (Kaste) sisältyy kohta 3.1.3, joka on nimeltään REMONTTI - lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistaminen. Remontin kantavana ajatuksena on, (1) että lasten ja nuorten kasvu ja kehitys tapahtuu vuorovaikutuksellisissa tilanteissa ja arkisissa askareissa tavallisissa kehitysympäristöissä – kotona, päivähoidossa, koulussa, vapaa-ajan ympäristöissä, ja (2) että kehitystä tukevien, ehkäisevien ja korjaavien palvelujen tulisi toteutua juuri näissä kehitysympäristöissä. Lapsia ja nuoria ei tulisi irrottaa tukea ja hoitoa varten heille luonnollisesti kuuluvista ihmissuhteista ja toimista kuin vasta aivan pakottavissa tilanteissa.

Rovaniemen perhepalvelukeskuksen työryhmä ja Lapin sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian ylilääkäri kertovat, mitä Remontin ajatukset tarkoittavat arkisessa työssä lasten, nuorten ja perheiden kanssa, miten tehdään yhteistyötä yli sektorirajojen ja yli perus- ja erikoissairaanhoitorajojen. Pyrkimyksenä on kehittää mielenterveyspalveluja sinne, missä lapsen ja nuoret elävät.

Yhteystiedot

Tytti Solantaus, tytti.solantau@thl.fi

REMONTTIA TARVITAAN

JUKKA MÄKELÄ

Viime keväänä Stakesissa tehtiin arvio siitä lasten ja nuorten määrästä, joka on yhä kilpailutetummassa yhteiskunnassamme vaarassa jäädä syrjään. Vältän käyttämästä syrjäytyä-sanaa, koska ensimmäisen persoonan aktiivimuotona se siirtää vastuun yksilölle: on muistettava, että kannamme yhteisöllisesti vastuun siitä, että mahdollisimman moni nuori pysyy mielekkäällä tavalla mukana sosiaalisessa verkostossa. Omien resurssien mukaisesta koulutuksesta ja työelämästä syrjään jääminen on yhteiskunnalle suunnattoman kallista, sekä lisääntyneiden korjaavien palveluiden käytön että kertymättä jäävien verotulojen vuoksi. Stakesin tutkimuksessa päädyttiin arvioon, että ainakin 65 000 lasta ja nuorta on vaarassa jäädä syrjään ja että heidän määränsä kasvaa vuosittain yli tuhannella. Nykyisten, kevättä huomattavasti synkempien talousnäkymien vuoksi on täysin mahdollista, että tilanne on vielä huononemassa. Koska kunnat vastaavat niistä palveluista, joiden on tarkoitus pitää nuoret hyvässä sosiaalisessa kehityksessä mukana, ne ovat taloudellisessa ristiriitatilanteessa: syrjäinjäämiskehitystä ehkäisevät palvelut maksavat mutta niiden puute maksaa hyvin nopeasti vielä paljon enemmän. On selvää, että huonommat näkymät tuovat valtavia paineita kuntatalouteen. Siksi on valaisevaa katsoa, miten näin suureen määrään syrjään joutuneita on päädytty parempien talousnäkymien vuosina.

Syrjään jäämisen riskissä olevien kovin ydin löytyy sieltä, missä lastensuojelun avohuolto ei ole riittänyt. Tämä ryhmä sairastaa enemmän ja putoaa koulutuksen ulkopuolelle ja yhteiskunnan pysyvien tukien piiriin useammin kuin muut samanikäiset. Siksi on hälyttävää, että kodin ulkopuolelle sijoitetuttujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut tasaisesti viime vuosikymmenen lamasta asti, kymmenyksellä parin vuoden välein. Kolmannes enemmän lapsia ja nuoria on nyt sijoitettuna kodin ulkopuolelle kuin kymmenen vuotta sitten. Lasten ja nuorten kehityksen kannalta Suomi on tässä myös järkyttävällä tavalla kehitysmaa: ainoana Länsi-Euroopan maan suurin osa sijoitetuista on meillä laitoksissa, joiden mahdollisuudet tukea yksilön tervettä kehitystä ovat paljon huonommat kuin perheiden. (Onneksi tästä on hienoja poikkeuksia, Kotka etummaisena, jossa kaikki sijoitukset onnistutaan tekemään perheisiin. Saman kymmenen vuoden aikana lasten- ja nuorisopsykiatriassa on hoidettu yli kolminkertaista määrää asiakkaita. Kaikkien ikäryhmien osastohoito on lisääntynyt, kaikkein eniten nuoruusikäisten tyttöjen, ja tämä on vaatinut suurimman osan käytettävistä olleista varoista. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen painopiste on siirtynyt yhä enemmän erityistason palveluihin samalla kun hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ja häiriöitä ehkäiseviä palveluita on supistettu niin, että ne ovat jääneet puutteellisiksi ja hajanaisiksi.

Tähän on monia syitä. Laman jälkeen kaikille lapsille ja nuorille tarkoitettuja palveluita karsittiin rajusti, eikä nousukauden aikana näitä sijoituksia ole palautettu. Tämä on ollut lyhytnäköistä, koska lasten kehityksen tukemiseen sijoitetut varat ovat kansainvälisesti arvioitu olevan yhteiskunnan tehokkainta sijoitustoimintaa. Ne hetkelliset säästöt, joita neuvolatarkastusten supistaminen ja niihin kuuluvien kotikäyntien vähentäminen, päivähoitoryhmien suurentaminen, kouluterveydenhoidon raju leikkaaminen ja nuorisotoimen supistus ovat tuoneet, eivät useinkaan edes kata lisääntyneen kriisinomaisen hoidon ja sijoittamisen kustannuksia. Kuntien välttämättömältä tuntunut tarve leikata kustannuksia on johtanut peruspalveluissa hoidettavien tilanteiden kehittymiseen kalliimpien erityispalveluiden tarpeeksi. Tämäkin olisi vielä hyväksyttävää kriisitilanteen hoitoa, jos hoito olisi tällä tavalla mahdollista. Usein vaikeaksi kehittynyt, erityispalveluihin siirtyvä tilanne ei kuitenkaan ole enää palautettavissa sellaiselle hyvän kehityksen polulle, joka aikaisemmalla tuella olisi ollut mahdollista.

Peruspalveluiden kehittäminenkin on ollut rakenteellisesti vaikeata. Yksi suurimmista kehittämisen esteistä on ollut palvelujen jakautuminen eri sektoreille, jonka vuoksi palvelukokonaisuuksia ole ollut mahdollista kehittää suunnitelmallisesti. Lasten, nuorten ja perheiden kannalta

palvelut ovat olleet tämän vuoksi osin sattumanvaraisia. Palvelun tuottajat ovat voineet jonkin todetun häiriön myötä lokeroida lapsiperheet jonkun toisen alueelle, pois omalta vastuualueeltaan, mutta perheiden kannalta ongelmat eivät jakaudu vaan heidän kokemuksensa avun tarpeestaan lapsen tai nuoren kanssa on kokonainen. Perheet itse toivovatkin saavansa tarvitsemansa avun siinä ympäristössä, joissa he luonnostaan lapsen tai nuoren kanssa asioivat: neuvola, päivähoido, koulu. Sekä palveluiden pirstoutumisen että monien lapsen häiriöön keskittyvien työmenetelmien takia lasten ja nuorten kaikkia kehitysympäristöjä ei ole osattu ottaa huomioon. Ei ole osattu käyttää niiden mahdollisuuksia toimia tietoisesti lapsen tai nuoren kehityksen tukemisessa mutta ei liioin niiden todellista tarvetta apuun ja tukeen päivittäisessä kontaktissaan heidän kanssaan.

Stm:n Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste 2008–2011) yhtenä teemaan on Lasten ja nuorten palvelut. Siinä tuetaan kuntia uudistamaan palveluita suunnitelmallisesti ja pitkäjänteisesti lapsen ja nuoren terveen kehityksen näkökulmasta. Tämä näkökulma korostaa niiden tavanomaisten ympäristöjen, jossa lapsen ja nuoren kehitys tapahtuu, osallisuutta sekä terveen kehityksen tukemiseen että ongelmien ratkaisemiseen. Pitkäaikaiset, tukevat ihmissuhteet näissä kehitysympäristöissä, kodissa, päivähoidossa, koulussa ja vapaa-ajan eri ympäristöissä, edistävät lapsen ja nuoren hyvinvointia ja terveyttä, ehkäisevät sosiaalisia ja mielenterveydellisiä ongelmia ja vähentävät vaaraa jäädä syrjään. Vahvempi tuki arjen ympäristöihin vähentää lasten ja nuorten laitoshoidon ja perheen ulkopuolisen sijoittamisen tarvetta. Kaste-ohjelman näkökulma tuo sekä perus- että erityispalveluiden tehtäväksi toimia yhteistyössä kehitysympäristöjen kanssa ja löytää tapoja tukea niitä. Tämä merkitsee uusien työtapojen ja menetelmien ottamista käyttöön, ja niihin kouluttautuminen on Kasterahoituksen keskeistä aluetta.

Peruspalveluiden erityinen osaaminen ja työpanos tulevat parhaiten käyttöön yhteistyössä kehitysympäristöjen kanssa. Siihen tarvitaan sektorirajoja ylittävä yhteistyötä esimerkiksi neuvolan, perheneuvolan, päivähoidon, koulun ja iltapäiväkerhotoiminnasta vastaavien järjestöjen välillä. Erityispalveluiden lisäresurssit tulevat parhaiten käyttöön uudella työtavoilla, joissa ne voivat konkreettisesti tukea peruspalveluita mm. joustavan konsultaation ja yhteisen asiakastyön kautta. Lasten ja nuorten tilanne on myös opittava ottamaan erityisen tuen piiriin perhettä kohtaavissa stressitilanteissa kuten vanhemman pitkäaikaiseen työttömyyden, mielenterveys- tai päihdeongelman tai vakavan sairastumisen aikana.

Tällaisia työtapoja ja organisaatiomuutoksia on monin paikoin otettu käyttöön mm. aikaisempien kehittämissuunnitelmien avulla. Kasteohjelman aikana näitä aiempia kokemuksia sekä hyödynnetään että niitä avataan muiden käytettäväksi valtakunnallisten seminaarien ja avoimien nettisivujen kautta. Aiemman sektorisen tai alueellisen kehittämistoiminnan sijasta nyt tuetaan poikkisektorista ja laaja-alaista kehittämistä. Kaikkien viiden Kaste-alueen hakemuksissa on valtaosa alueen kunnista mukana. Rahoitus on myönnetty kolmeksi vuodeksi, mutta selvää on, että tällainen juurista ylös nouseva uudistusohjelma tarvitsee huomattavasti enemmän vuosia vakiintuakseen ja lähteäkseen itsekin kehittymään kohti aina vain parempia toiminnan muotoja. Koska myös koko kansakuntamme kannalta varhaiseen kehityksen tukeen suunnattu investointi tuottaa pitkällä aikavälillä parhaan tuoton, on toivottava, että valtiovalta jatkaa tämän kehittämissuunnitelman tukemista seuraavatkin kymmenen vuotta.

Lainauksia Kasteohjelmasta

KASTE 3.1.3.

”Tarvitaan suunnanmuutos ja on etsittävä uusia ennakkoluulottomia ratkaisuja perheiden, lasten ja nuorten ongelmiin. On aika koota yhteen paikalliset ja valtakunnalliset saavutukset ja viedä ne systemaattisesti käytäntöön lasten kehitysympäristöissä niin

kodeissa, päivähoitossa, kouluissa ja psykososiaalisissa palveluissa kuin lasten ja nuorten vapaa-ajantoiminnoissa.”

KASTE 3.1.3: Miten?

”Uudistetaan lasten ja nuorten ja lapsiperheiden palveluja kokonaisuutena siten, että perustasolla kehitetään ja nivotaan yhteen kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät ja korjaavat palvelut yli nykyisten sektorirajojen (kuten terveys-, sosiaali-, nuoriso-, sivistys- ja poliisitoimi), erityispalveluja kehitetään tukemaan peruspalveluja erilaisilla toimintavaihtoehtoilla (kuten lastenpsykiatria, lastensuojelu ja kasvatus- ja perheneuvolat), tuodaan palvelut suoraan lasten ja nuorten kehitysympäristöihin”

Yhteystiedot

Jukka Mäkelä
Kehittämispäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
jukka.makela@thl.fi

Terve itsekkyyys – työelämän haasteet ja jaksaminen

EILA OKKONEN

Työelämässä jaksaminen on heikentynyt kaikissa ikäryhmissä ja erityisesti nuorten jaksaminen huolestuttaa. Työssä halutaan toteuttaa itseään ja kokea työ mielekkääksi, mutta epävarmuuden lisääntyminen maailmantalouden heikkenemisen myötä ravistelee ilmapiiriä monilla työpaikoilla. Mitä yksittäinen työntekijä ja työpaikka voi tehdä? Ainakin voi olla terveesti itsekäs: pitää huolta itsestä ja lähiyhteisöstä?

Suomessa työolot ovat muuttuneet vain vähän viimeisen kymmenen vuoden aikana ja silti poissaolot sairauden vuoksi ovat lisääntyneet ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut, todetaan sosiaali- ja terveysministeriön työsuojelustrategian kolmannessa seurantaraportissa joulukuussa 2008. Raportin mukaan työn henkinen tai ruumiillinen rasittavuus ei juuri ole muuttunut, mutta toimialojen välillä on eroja. Henkinen väkivalta, esimerkiksi kiusaaminen ja syrjintä, on kuitenkin lisääntynyt ja siitä on tullut vakava ongelma työpaikoille. Sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kasvun yksi selittävä tekijä voi olla työvoiman ikääntyminen, sillä ikääntyneillä ilmenee nuoria enemmän muun muassa tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja heidän työkykynsä voi olla muita ikäryhmiä heikompi. Lisäksi tiedetään, että mielenterveyden häiriöt, erityisesti masennus, aiheuttavat yhä enemmän sekä lyhyt- että pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. Myös nuorten, 16–26-vuotiaiden, masennuksen aiheuttama työstä ja opiskelusta poissaolo ja työkyvyttömyyden kasvu huolestuttaa. Raitasalon ja Maaniemen mukaan (2008) yhteiskunnan muuttuessa nuorten haavoittuvuus korostuu. Nuoria tukevat perheen, koulun ja opiskelun, työn ja terveydenhuollon turvaverkot ovat rapautuneet.

Suomalaisten mielestä työ saa olla kohtuullisen kovaakin, mutta työskentelyolosuhteet on oltava kunnossa ja työn tulee olla mielekäästä. Näin painottaa Anttila (2006) raportissaan työn mielekkyydestä ja mielettömyydestä palkansaajien kokemana. Keskeisenä toiveena ei ole työn helppous, pitkät lomatai hyvät ylenemismahdollisuudet. Palkansaajat haluaisivat, että työssä voi toteuttaa itseään ja omia ajatuksiaan, jolloin tekijällä on mahdollisuus kokea 'työn omistajuutta' ja tehdä 'omaa juttua'. Kaikista henkilöryhmistä selvä enemmistö antoi Anttilan tutkimuksessa (2006) työn mielekkyydelle tyydyttävän arvosanan joko 7 tai 8. Sitä vastoin Alasoinin (2006) analyysin mukaan palkansaajien kokemukset työntöön mielekkyydestä olivat 2004 ja 2005 synkemmät kuin kertaakaan aiemmin vuodesta 1992 tehdyn barometrin aikana. Tätä selitettiin globalisaation aiheuttamalla epävarmuuden lisääntymisellä työelämässä, ei sinänsä työelämän laadun heikkenemisenä. Mitä sitten merkitsevät vuoden 2008 aikana alkaneet poikkeuksellisen huonot maailmantalouden näkymät työntöön mielekkyyteen? Synkistyvätkö palkansaajien kokemukset työntöön mielekkyydestä uudelleen?

Työelämän hyvinvointia lisääviä tekijöitä, jotka voidaan saavuttaa työpaikoilla omin voimin, on tuotu esiin Suomen Mielenterveysseuran ja Sosiaali- ja terveysministeriön Veto-ohjelman julkaisussa (Klemelä 2006). Muutos parempaan ja mielekkäämpään työelämään lähtee omasta itsestä ja omalta työpaikalta – on pidettävä huolta itsestä ja lähiyhteisöstä. Tätä voidaan pitää terveenä itsekkyytenä. Itsekkyyys on oman edun tavoittelua välittämättä muista. Terve itsekkyyys voisi olla itsestä ja lähipiiristään huolehtimista. Samaisessa julkaisussa (Klemelä 2006) on malikkaasti kuvattu kyllin hyvä työyhteisö ja kyllin hyvä työntekijä:

”Kyllin hyvä työntekijä

*Tunnistaa oman rajallisuutensa ja hyväksyy sen muissa.
Pitää huolta omasta osaamisestaan.
Arvostaa muiden ammattitaitoa.
On omalta osaltaan vastuussa työpaikan ilmapiiristä.
Uskaltaa kysyä.
Oppii erehdyksistään.
Tuntee arvonsa.
Osaa joustaa; taipuu vaan ei taitu.
Ei puukota työtoveria selkään.
Arvostaa vapaa-aikaansa.”*

”Kyllin hyvä työyhteisö

*Sovittaa yhteen yksilön kyvyt ja työn vaatimukset.
Iloitsee, kun työssä onnistutaan – tukee kun on vaikeuksia.
Kunnioittaa erilaista osaamista ja erilaisia vahvuuksia.
Antaa kaksisuuntaista ja rehellistä palautetta, joka perustuu toisasioihin.
Antaa mahdollisuuden tehdä työn niin hyvin kuin osaa ja kehittyä siinä.
Pystyy käsittelemään ristiriitoja – ei halvaannu pienistä kahakoista.
Antaa tilaa yhdessä olemiselle ja jakamiselle työn lomassa.
Tunnustaa ihmisen rajallisuuden – hyväksyy,
Ettei kukaan ole aina hyvässä terässä.
On turvallinen.”*

Kirjallisuus

- Alasoini Tuomo 2006. Työnteon mielekkyyden muutos Suomessa vuosina 1992–2005. Työolobarometrin aineistoihin perustuva analyysi. Työelämän kehittämisohjelma Tykesin raportti 45.
- Anttila Juha 2006. Työn mielekkyydestä ja mielettömyydestä. Työpoliittinen tutkimus.
- Klemelä Raila 2006. Henkinen hyvinvointi työpaikalla. Yhteinen etu. Suomen Mielenterveysseura ja Sosiaali- ja terveysministeriön Veto-ohjelma.
- Raitasalo Raimo ja Maaniemi Kaarlo, 2008. Mielenterveyden häiriöt syrjäyttävät nuoria työelämästä. Sosiaali- ja terveysministeriön Veto-ohjelma 2008:6.
- Työsuojelustrategian seurantaraportti 1998–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:23. www.stm.fi/julkaisut.

Yhteystiedot:

Eila Okkonen, etunimi.sukunimi@mielenterveysseura.fi
www.mielenterveysseura.fi

TYÖSSÄKÖ HYVINVOIVAKSI

SIRKKU KIVISTÖ

Terveelle itsekkyydelle työhyvinvoinnin turvaamiseksi on taustatukena työelämän lainsäädäntö, esim. työturvallisuuslaki (738/2002) ja työterveyshuoltolaki (1383/2001). Työmarkkinakeskusjärjestöt ovat sopineet työperäistä stressiä koskevan puitesopimuksen täytäntöönpanosta Suomessa. Ihmisen hyvinvointi ei saa vaarantua työssä. Hyvinvoinnin edellytyksistä työssä on siis olemassa laaja yhteiskunnallinen sopimus. Miten tämä tahtotila saadaan toteutumaan jokaisen työntekijän ja työpaikan kohdalla?

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus osoittaa, että alalla työskentelevien kuormittumisen ehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota. Heistä 43 %:lla oli kokemuksensa mukaan liian vähän aikaa elvyttäviin taukoihin työpäivän aikana. Viidesosalla työhön liittyvä kiire, kuormitus tai mielessä olevat asiat haittasivat usein elämää kotona. Kolmannes sai vaikeissa tilanteissa riittävästi tukea esimieheltä ja kaksi kolmannesta työkavereilta. Kuormittuneisuudesta huolimatta yli puolelle vastaajista työn merkitys oli suuri. Puolet vastaajista tunsivat edistävänsä tai saavuttavansa itselle tärkeitä asioita työssään suurella määrällä ja vain joka kymmenes vain vähän tai ei lainkaan. (Laine ym. 2005.)

Työhyvinvointi on työntekijän fyysinen ja psyykinen olotila, joka perustuu työn, työympäristön ja vapaa-ajan sopivaan kokonaisuuteen. Ajankohtaista työhyvinvoinnin kannalta on työkuormituksesta palautumisen onnistuminen. Työn vaatimukset voivat ehkäistä palautumista. Päivittäin keskeneräiseksi jäävä palautuminen tuottaa hyvinvoinnin ongelmia. Sensijaan työn ja vapaa-ajan suhteen säätelyn onnistuessa koettu kuormittuneisuus ja väsymys purkautuvat, kykenevyys jatkaa työtä ja kohdata uusia haasteita ja vaatimuksia säilyvät. Psyykinen ja sosiaalinen kuormituskestävyys vahvistuu ja edistää aktiivista, kestävästä toimijuutta työelämässä (Siltaloppi ym. 2007, Kivistö, Kallio ym. 2008).

Työkuormituksesta palautuminen on hyvinvointia ylläpitävä mekanismi. Työpaikoilla on kiinnitettävä huomiota palautumisen edellytyksiin.

Lähteet

Kivistö S, Kallio E, Turunen G: Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:33. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos. Yliopistopaino. Helsinki 2008.

Laine M, Wickström G ym. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos. Tampere 2006.

Siltaloppi M, Kinnunen U (2007): Työkuormituksesta palautuminen: psykologinen näkökulma palautumiseen. Työ ja ihminen 21(2007) 1: 30–41.

www.ttl.fi/tervemieli

<http://www.tyoturva.fi/stressikiertue/index.html>

Yhteystiedot:

Työterveyslaitos, Työyhteisöt ja organisaatiot -osaamiskeskus, Työ ja mielenterveys -tiimi puh. 030 4741

PK-YRITTÄJIEN HENKINEN HYVINVOINTI JA JAKSAMINEN

EILA OKKONEN

Suomen Mielenterveysseura on lähtenyt yhdessä Suomen yrittäjien, Uudenmaan ja Espoon yrittäjien sekä Eläke-Fennian kanssa vahvistamaan PK-yrittäjien henkistä jaksamista tarjoamalla

- koulutusta, joka keskittyy henkiseen hyvinvointiin,
- kiltatoimintaa, jossa vertaisverkosto mentoriparin tukemana tunnistaa yrittäjien haasteita ja etsii työkaluja arjessa jaksamiseen.

Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman hankkeen nimi on Yrittäjien hyvinvointikilta.

Yrityksen perustaminen vaatii sitoutumista, luovuutta ja sinnikkyyttä ja toiminnan kehittäminen edellyttää johtamiskykyä, tehokkuutta, tuloksellisuutta ja luotettavuutta. Yrittäjyyden edellyttämistä taitoja voi oppia ja syventää. Yrittäjät sitoutuvat yleensä vahvasti työhön. Kiire ja kilpailu kuluttavat voimia ja moni vastaa kiireeseen venyttämällä omaa jaksamistaan. Moni yrittäjä työskentelee 50–60 tuntia viikossa. Yrittäjä ei aina riittävän ajoissa huomaa uupumustaan ja ajanhallinnan tärkeyttä. Ajasta ja paikasta riippumattomuutta antava teknologia voi muodostua rasiiteeksi.

Yrittäjien vihreän kirjan, Yrittäjyys Euroopassa (2003), mukaan ymmärtääkseen yrittäjyyden arvon yhteiskunnan on arvostettava onnistuneita yrittäjiä ja suvaittava epäonnistumisia. Yhteiskuntaan on luotava positiivisia asenteita ja tarjottava hyviä roolimalleja. Vihreän kirjan mukaan epäonnistuneelle yrittäjälle olisi yhteiskunnan annettava uusi mahdollisuus, sillä on osoitettu, että epäonnistuneet yrittäjät oppivat virheistään ja onnistuvat paremmin seuraavissa liiketoimissaan.

Kaarelan, Kuuskorven ja Keskinen tekemän tutkimuksen (2001) mukaan pienyrittäjä pohtii työkykyään ja jaksamistaan vähän eikä pidä siitä riittävästi huolta. Yrittäjät kokevat, että henkiseen jaksamiseen on vaikea vaikuttaa. Tutkimuksen mukaan toivottiin eniten henkistä jaksamista edistävää toimintaa ja käytännön apua työkyvyn konkreettiseen edistämiseen.

Ihanne tapauksessa yrittäjät kokevat saavansa tukea koko uransa ajan ja epäonnistumisia voidaan ennaltaehkäistä. Yrittäjien hyvinvointikilta -hankkeen tarkoituksena on kehittää ja kokeilla tuen muotoja. Keskustelu toisten yrittäjien ja mentorin kanssa edesauttaa yrittäjän jaksamista. Kokemusten vaihto toisten yrittäjien kanssa ja yhteistyö verkostoissa voi auttaa yrittäjää saamaan uusia ideoita ja neuvoja, hankkimaan tietämystä tai löytämään kumppaneita.

Yhteystiedot:

Eila Okkonen, etunimi.sukunimi@mielenterveysseura.fi
www.koukes.fi → hankkeet

Elämänkulussa – mukana vai syrjässä

LAPPI VARAUTUU IKÄÄNTYVIEN PSYKIATRISIIN PALVELUIHIN?

MARJATTA KIHNIÄ

Varautumisella ennakoitaan tulevia tapahtumia ja pyritään siten estämään ongelmallisten tilanteiden kehittymistä jo etukäteen. Ikääntyvien psykiatrisiin palveluihin varautumisessa tilastotieto väestökehityksestä on tärkeä ennaltaehkäiseviä toimia, palveluja ja jo sairas-tuneiden hoitoa suunniteltaessa.

Lapin läänin väestön kokonaismäärä vähenee ja samalla väestö kasaantuu Rovaniemelle sekä Kemi-Tornion alueelle. Väestö ikääntyy muuta maata nopeammin.

Terveyttä ja toimintakykyä edistämällä ehkäistään ennalta myös psyykkistä sairastuvuutta. Tiedämme, että mm. verisuonisairauksien riskitekijät ovat myös dementoitumisen riski-tekijöitä. Dementiaan taas liittyy usein sekavuustiloja, masentuneisuutta, käytöshäiriöitä, epäluuloja ym. psyykkisiä oireita.

On tärkeää arvioida ikääntyneen kokonaistilannetta ja pyrkiä jo ennalta estämään esim. toimintakyvyn heikkenemistä, sairauksia, tapaturmia, yksinäisyyttä, turvattomuuden tunnetta. Geriatriassa kokonaisarvioinnissa huomioidaan mm. asuinympäristö, sosiaaliset suhteet, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, sairaudet, mahdollinen muistihäiriö, lääkitys, kuntoutustarve/toimintakyvyn ylläpitämisen tarve, tukipalvelujen tarve. Sekavuuden esiintyessä pyritään tunnistamaan sen syyt. Ikääntyneen sekavuushan ei välttämättä ole psyykkisen sairauden merkki, vaan kyse voi olla esimerkiksi akuutista sairaudesta, kuivumisesta tai lääkityksestä (liikaa, liian vähän, haitalliset yhteisvaikutukset).

Valtakunnallisena tavoitteena on tukea ikääntyvien kotona asumista. Erilaiset tukipalvelut, hyvät sosiaaliset suhteet ja tieto palvelujen saatavuudesta vahvistavat perusturvallisuutta. Mikäli kotona asuminen ei onnistu, on käytettävissä tuettuja asumispalveluja, erityisryhmien asumispalveluja ja ympärivuorokautista hoitoa tarjoavia palvelukoteja ja hoivakoteja.

Suurin osa psykiatrisista ongelmista hoidetaan terveyskeskuksissa. Ikääntyneiden, usein monisairaiden kokonaistilanteen arviointi ja psyyken lääkityksen aloittaminen kannattaa tehdä omalla tutulla osastolla psykiatria tarvittaessa konsultoiden. Samanaikainen somaattisten sairauksien löytyminen, niiden mahdollinen vaikutus oireisiin ja somaattisen sairauden hoito onnistuu tuolloin todennäköisesti paremmin kuin psykiatrisella osastolla, missä taustatiedot ovat niukemmat.

Useat Lapin kunnat ostavat psykologi- ja psykiatripalveluja, ja myös erikoissairaanhoidossa avopainotteisuus lisääntyy tulevaisuudessa. Lapissa ei ole erikseen geropsykiatria osastoja, vaan vanhuspsykiatria arvioita tehdään polikliinisesti tai myös erikoissairaanhoidon kotikäynnin.

”Käypä hoito” -suositukset ohjaavat psyykkisten ongelmien ja dementian diagnostiikassa ja hoidossa. Lisäksi Lapissa aktiivinen mielenterveys-, päihde- ja vanhuspalveluihin kohdistunut hanketyö on vahvistanut osaamista. Lappiin on perustettu useita vanhus-, seniori- ja muistineuvoloita. Psykiatrisessa konsultaatiotoiminnassa hyödynnetään myös etäyhteyksiä.

Lapissa haasteisiin ikääntyvien psykiatrisissa palveluissa vastataan parhaiten hyvällä perusterveydenhuollolla, ennaltaehkäisevällä terveyttä edistävällä toimintakulttuurilla, tukipalveluilla, ikääntyneen kokonaistilanteen huolellisella arvioinnilla ja tehokkaalla akuuttien sairauksien hoidolla. Palveluja kehitetään edelleen avopainotteisempaan suuntaan, ja lisäkoulutuksella sekä konsultaatiomahdollisuuksilla huolehditaan siitä, että avopainotteinen hoito onnistuu.

Yhteystiedot

Marjatta Kihniä, marjatta.kihnia@laaninhallitus.fi

Mielenterveystyön koulutus – taitajaksi vai tietäjäksi?

SIRPA KAAKINEN, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Mitä mielenterveystyö on? Onko se mielenterveydenhäiriöiden hoitoa? Kuuluuko siihen myös mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisy ja mitä se on? Mitähän mielenterveyden edistäminen tarkoittaakaan ja ketä kaikkia se koskee? Rinnakkaisessiomme tavoitteena on lähestyä kysymystä, kuinka perus- ja ammatillinen koulutuksemme antaa valmiuksia toteuttaa laaja-alaista mielenterveystyötä sekä kuinka koulutusta tulisi kehittää. Näkökulmia on kolme: ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuskokonaisuudet, mielenterveyden edistämisen koulutus ja perusterveydenhuollon työntekijöiden mielenterveystyön osaamisen tarpeet.

Mielenterveystyön koulutuksen kysymykset tekee ajankohtaiseksi myös sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 (Mieli 2009). Suunnitelma vaatii toteutukseen monitasoisia ohjauskeinoja. Yksi ehdotetuista ohjauskeinoista on mielenterveystyön koulutuksen kehittäminen. Suunnitelmassa todetaan, että mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt tulee määrittellä ja sisällyttää yhdessä päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla peruskoulutuksen opetusohjelmiin. Tarvitaan myös asennemuutosta niin, että mielenterveys- ja päihdetyö mielletään kuuluvaksi koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialueelle.

Mielenterveyden tukeminen ja edistäminen vaatii huomioita yhteisömme eri toiminnan tasoilla ja tietoisuus positiivisen mielenterveyden koko yhteiskuntaa tukevasta vaikutuksesta tulisi olla osa kansalaistaitojamme ja aidosti päätöksiämme ohjaavaa. Mielenterveyttä uhkaa globaalisti ja myös omassa yhteiskunnassamme yleiset yhteisölliset ilmiöt. Riittämätön toimeentulo, väkivallan uhka ja joutuminen yhteisön vuorovaikutuksen sekä vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelle heikentävät olennaisesti ihmisen mahdollisuuksia tavoittaa mielenterveyttä, jonka avulla voi selvitä paineisista tilanteista, saavuttaa elämäniloa ja optimaalista fyysistä terveyttä. Lapsen ja nuoren mielen rakentumiseen vaikuttavat epäedullisesti sirpaloituneet ja niukat mahdollisuudet turvalliseen ja vailla suorituspaineita olevaan vuorovaikutukseen aikuisten ja ikätovereiden kanssa eri kehitysympäristöissä - niin perheessä kuin kouluissa, päiväkodeissa ja harrastemaailmassa.

Ihmisen mieli kehittyy vain vuorovaikutuksessa: Aron Antonovskin sanoja mukaillen riittävät ja monipuoliset ihmissuhteet ovat kaiken mielenterveyttä kehittymisen ja tukemisen perusta. Mielenterveystyön koulutus on siis voittopuolisesti vuorovaikutustaitojen harjaannuttamista ja koulutettavan vuorovaikutusmallin muokkautumista sekä erilaisten mielenterveyden ongelmia korjaaviksi että mielenterveyttä tukeviksi – vai onko? Jos vuorovaikutus on mielenterveystyön keskiössä, kuinka mielenterveyttä tukevan vuorovaikutuksen salat saa haltuunsa erilaisissa koulutuskokonaisuuksissa erilaisten ihmiskontaktien varalle?

Aikuisten mielenterveysongelmien hoidon järjestäminen on yhä enenevässä määrin perusterveydenhuollon vastuulla. Tämän vuoksi erityisesti peruspalveluiden työntekijöiden ammatillista ja täydennyskoulutusta sekä konsultaatiomahdollisuuksia on tärkeä kehittää. Erikoissairaanhoidon työntekijät tarvitsevat konsultaatiotaitoja: perusterveydenhuollon seudullisen toimintaympäristön ja toimintamallien sekä yhteistoiminnallisen kehittämistyön tuntemusta.

Yhteystiedot

Sirpa Kaakinen, sirpa.kaakinen@thl.fi

MILLÄ VALMIUKSILLA MIELENTERVEYSTYÖHÖN AMK:STA?

EIJA MATTLILA

Suomessa sairaanhoitaja (AMK) suorittaa perustutkintonsa 210 op laajuisena. Laurea-ammattikorkeakoulusta valmistuvan sairaanhoitajan osaamisen arviointi perustuu opetussuunnitelmassa esitettyjen yleisten kompetenssien osaamiskuvauksiin sekä teemojen substanssiosaamisen tavoitekuvauksiin. Yleisiksi kompetensseiksi on sovittu ammatillistaidollinen sekä eettinen, reflektio-, verkosto-, globalisaatio- ja innovaatio-osaaminen. Yleisten kompetenssien oppiminen varmistaa amk-tasoisien, ammatillisen sivistyksen rakentumisen ja teemojen osaamisen saavuttaminen puolestaan työelämäosaamisen rakentumisen. Teemojen suunnittelu, opetuksellinen toteuttaminen ja arviointi haastavatkin opetushenkilöstön, hoitotyön ammattilaiset ja opiskelijat proaktiiviseen kumppanuuteen sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen kehittämiseksi. Yleisten kompetenssien osaamistavoitteet kuvataan kolmitasoisesti henkilökohtaisen osaamisen, organisaation kehittämisen sekä yhteiskunnallisen uudistamisen tasolla ja osaaminen arvioidaan laadullisesti. Teemat arvioidaan myös numeroin 5–1.

Sen lisäksi, että mielenterveys- ja päihdetyön opiskelu pyritään integroimaan kaikkeen hoitotyön opiskeluun, ajoittuu ensimmäinen varsinainen mielenterveys- ja päihdetyön opiskelujakso työelämäharjoitteluineen (10 op) opintojen puoleen väliin. Opintoissa painotetaan ammatillisissa vuorovaikutustaidoissa kehittymistä. Opiskelijat reflektivat omaa toimintaansa suhteessa muiden toimintaan. He tavoittelevat ihmisen kohtaamisen merkityksen ymmärtämistä, harjoittelevat kuuntelemaan olemalla aidosti läsnä, opiskelevat vahvistamaan potilaan ja asiakkaan voimavaroja ja harjoittelemaan vuorokuunteluohjauksessa sanallista ja sanatonta viestintää erilaisissa vuorovaikutustilanteissa, ryhmätyötaitoja sekä hoitotyössä heräävien tunteiden käsittelyä ja ohjauksen käyttöä. Opiskelijat suorittavat myös psykiatrian perusopinnot.

Kolmantena opiskeluvuotenaan sairaanhoitajaopiskelijan tavoitteina on syventää asian tuntijuuttaan (15 op) valitsemisissaan hoitotyön toimintaympäristöissä, perustella ja arvioida kriittisesti tekemiään päätöksiä hoitotyön asiantuntijana, toimia potilaan/asiakkaan asianajajana hänen hoitoonsa osallistuvien kanssa, suunnitella ja koordinoita omaa ja työryhmän toimintaa sekä tunnistaa hoitotyön kehittämiskohteita ja tulevaisuuden haasteita. Tässä opintojen vaiheessa reflektio-osaamisen 2. taso, organisaation kehittäjä, on sovittu arvioitavaksi kompetenssiksi. Substanssiosaaminen painottaa mielenterveyttä tukevaa ja sairauksia ennaltaehkäisevää työtettä teemoinaan Mental Health Pact (2008) ohjelmasuositus; masennus ja itsemurhien ehkäisy, koulut, nuoret, työpaikat sekä ikääntyvät ja mielenterveys.

Seuraavien lainausten mukaan mielenterveystyön oppimista voitaisi vahvistaa poikkitieteisesti sekä lisätä reflektio- ja analysointiosaamista tukevaa opiskelua. ”Meillä täällä osasto 9:llä on yhteisesti positiivinen mielikuva valmistumassa olevien AMK-sairaanhoitajien valmiuksista. He tuovat usein rohkeasti uutta oppimaansa esiin, joka hyödyttää koko henkilökuntaa. He ovat vastuuntuntoisia ja innokkaita tekemään tätä työtä. AMK-sairaanhoitajaopiskelijoilla on hyvä ja monipuolinen tietopohja, joskin mietityttää, ovatko tiedot liian teoreettisia ja miten ne soveltuvat käytäntöön sekä miten paljon hoitotiede painottuu? Menetelmälliset valmiudet ovat heikommat kuin tiedolliset valmiudet. Hoitosuhdetyöskentely ja tavoitteellinen toiminta käytännössä ovat alueita, johon opiskelijat tarvitsevat yleensä ohjausta. Niitä ei voi oppia teoriassa”. Mielenterveystyöhön valmistunut sh-opiskelija kommentoi osaamistaan: ”Käytännön harjoittelu on kehittänyt valmiuksia mielenterveystyöhön, varsinkin, jos käytännön ohjaaja on ollut halukas reflektoidaan esille tulleita asioita. Opettajan merkitys reflektioijana sekä käytännön jaksolla että koulussa harjoittelujakson jälkeen on edistänyt mielenterveystyön oppimista. Olisi tärkeää tietää enemmän psyyken lääkkeitä ja erilaisten lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Mielenterveyspotilaan maailman ymmärtäminen olisi myös tärkeää.”

Yhteystiedot

Eija Mattila, eija.mattila@laurea.fi

MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUS

KAISA HAATAINEN

Mielenterveys on olennainen osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja kansanterveyttä

Mielenterveys ihmisen voimavarana, ns. positiivinen mielenterveys, mahdollistaa elämänilon ja toivon, tukee arjessa jaksamista ja auttaa kestämaan vastoinkäymisiä ja selviytymään niistä. Positiivisen mielenterveyden seurauksia voidaan nähdä myös parempana fyysisenä terveytenä, hyvinä ihmissuhteina sekä ihmisen kyvyssä hyödyntää tietojaan ja taitojaan. Mielenterveyden käsitettä ei tule rajoittaa mielen sairauksien puuttumiseen.

Ihmisen mielenterveyteen vaikuttavat yksilöllisten ominaisuuksien ohella myös kulttuuri ja yhteiskunta, jossa hän elää. Taloudellinen epävarmuus, väkivallan uhka, kilpailu ja arvojen koveneminen heikentävät positiivista mielenterveyttä. Terveystuonon tehtävänä on auttaa mielen sairauksista kärsiviä – laaja-alainen mielenterveyden edistäminen edellyttää eri tahojen yhteistyötä. Vaikuttava mielenterveyden edistäminen sisältää ihmisen omien voimavarojen lisäämistä ja tukemista itse omaksumaan ja ylläpitämään mielen hyvinvointia ja jaksamista edistävää ja tukevaa elämäntapaa sekä yhteiskunnan muuttamista siten, että elämisen mahdollisuudet paranevat ja ihmisten vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät.

Väestön tietoisuutta mielenterveyden edistämisen mahdollisuuksista ja hyvän mielenterveyden vaikutuksista tulee lisätä kaikissa ikäryhmissä ja koulutuksen eri tasoilla

Euroopan Unionin Mielenterveyskonferenssin (2008) yhtenä toimintasuosituksena on nuorten mielenterveyden edistäminen ja koulutus. Hyvä koulutus on nuorelle keskeinen väylä integroitua yhteiskuntaan. Toimintasuosituksissa nostetaan esiin myös mielenterveys työpaikoilla, masennuksen ja itsemurhien ehkäisy sekä ikääntyneiden mielenterveys. Näiden linjausten mukaan toimiminen on ajankohtaista maassamme. Mielenterveyden ja mielenterveyden edistämisen opettamisen tulee kuulua perus- ja ammattikoulutuksen opetusohjelmiin. Lisääntyvän tiedon avulla väestöllä on entistä paremmat mahdollisuudet vaikuttaa omaan ja myös läheisten mielenterveyteen.

“Take home message”

Mielenterveys on olennainen osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja kansanterveyttä.

Väestön tietoisuutta mielenterveyden edistämisen mahdollisuuksista ja hyvän mielenterveyden vaikutuksista tulee lisätä kaikissa ikäryhmissä ja koulutuksen eri tasoilla.

Yhteystiedot

Kaisa Haatainan, kaisa.haatainen@kuh.fi

Posterit

MAESTRO-KURSSI NUORILLE

KAISA HUMALJOKI

Tausta

Yhdysvaltalaiset Gregory Clarcken ja kump. (1995, 2001) ovat kehittäneet nuorten depression ennaltaehkäisyyn stressinhallintakurssin ”The Adolescent Coping With Stress Course”. Menetelmä on tutkimuksin todettu vaikuttavaksi Yhdysvalloissa. Vantaan Sateenvarjo-projekti on v. 2006–2008 suomentanut ja muokannut stressinhallintakurssin soveltuvaksi Suomen oloihin. Suomessa stressinhallintakurssin nimi on MAESTRO-kurssi – MASennuksen Ennaltaehkäisyä STRESSinhallintaa Opettelemalla.

Idea

MAESTRO-kurssi on tarkoitettu oppilas- ja opiskeluterveydenhuollon käyttöön ryhmämuotoiseksi interventioksi masennuksen ehkäisyyn. Sen tarkoituksena on ennaltaehkäistä depressiota nuorilla, jotka ovat depression sairastumisen riskissä. Jatkuva, pitkäkestoinen tai liian suuri stressi voivat aiheuttaa erilaisia mielialaoireita: mm. unettomuutta, väsymystä, jännittyneisyyttä ja masennusta. MAESTRO-kurssin tavoite on lisätä ja vahvistaa nuoren omia selviytymis- ja stressinhallintataitoja ja vähentää depression sairastumisriskiä. MAESTRO-kurssi perustuu kognitiivis-behavioristisen psykoterapian teoriaan.

Menetelmä

MAESTRO-kurssille voivat osallistua 14–18-vuotiaat nuoret, joilla on lievää masennusoireilua (R-BDI-mielialakyselyssä 5–15 p.), 4–7 oppilasta kerrallaan. He kokoontuvat kahdeksan kertaa viikon välein kouluaikana, vaihtelevina viikonpäivinä ja kellonaikoina. Kurssitapaaminen kestää 90 min., tapaamisten välillä nuoret tekevät kotitehtäviä. Työskentely tapahtuu strukturoitujen käsikirjojen mukaisesti. Ohjaajaparina toimivat koulutetut oppilashuollon työntekijät (terveydenhoitajat, kuraattorit, psykologit).

Monikeskustutkimus

Vantaa osallistuu MAESTRO-kurssin Kansanterveyslaitoksen hallinnoimaan monikeskustutkimukseen, jonka tarkoituksena on testata kurssin vaikuttavuutta Suomen olosuhteissa. Jokaiselle oppilaalle ja heidän vanhemmilleen osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista eikä tutkimuksesta poisjääminen vaaranna tarpeellista hoitoa tai tukea.

Yhteystiedot

Kaisa Humaljoki, kaisa.humaljoki@vantaa.fi

LUKUTUPA

SEIJA VAURAMO

Anni Swanin sadut olivat ensimmäinen lukukokemukseni. Sain kirjan isoisältä joululahjaksi. Muistan vieläkin sadunhoitoiset lukuhetkeni, lumotut metsät vuorenpeikkoineen, kimaltelevat aallot, joitten alla asui veden kansa. Ehkä silloin syttyi rakkauteni kirjoihin, hiljaiseen sanojen ja lauseitten maailmaan. Olen saanut kirjoista paljon lohtua ja voimaa; kumppaneita ja opastajia elämäni eri vaiheissa. Olen kantanut kirjoja mukanani kaikkialla ja ne ovat kannatelleet minua.

Kirjallisuusterapiassa sanat lohduttavat, lääkitsevät, jopa parantavat. Kun elämä koettelee, sanat voivat olla hukassa, piilossa mielen kerroksissa. Kirjallisuusterapiassa etsitään kadonneita sanoja, omia lauseita. Kertomalla ja puhumalla voimme kuvata tunteitamme, kokemuksiamme, omaa historiaamme. Mielenterveyshoitajan työssäni olen ohjannut kirjallisuusterapiaryhmiä jo vuosikymmenien ajan. Valmistuttuani kirjallisuusterapiaohjaajaksi (1996) olen pitänyt ryhmiä myös kansalaisopistoissa sekä järjestänyt eri yhdistysten kanssa luento- ja näyttelytoimintaa.

Suoritettuani kulttuurikuraattoriopinnot (2002) olen yrittänyt laajentaa toimintaani kirjallisuusterapiatyöstä monenlaisen kulttuurin pariin. Ihmississä on paljon luovuutta, käyttämätöntä energiaa. Emme voi hyvin, jos joudumme tukahduttamaan osa-alueita itsessämme. Kulttuurista ja sen tekemisestä todellakin voi saada terveyttä. Ajattelen, että psykiatrisissa sairaaloissa voisimme perinteisten terapiaryhmien ohella tehdä enemmän työpajatoimintaa yhteistyössä kulttuurin – ja taiteen osaajien kanssa.

Sairaalan käytäville pitäisi saada elämää!

Mieli 2009-mielenterveyspäivillä olevan Posterini työnimi on Lukutupa. Minua on viehättänyt ajatus entisaikojen lukutuvista (kirjastoista), joita oli jopa puistoissakin! Ehkä näin etsin omaa hiljaista lapsuuden lukukokemustani. Tuvassani voi istahtaa, lukea rauhassa lauseen tai pari, olla kuin kotonaan. Ehkä kirjoittaa, jos siltä tuntuu. Katsoja tai kokija voi löytää omia uusia sanoja, ehkä ideoitakin. Siellä voi myös tutustua eri tavoin tehtyihin töihini. Posterissa on nähtävillä sairaalakuvaaja Raimo Monosen tekemä kuvainstallaatio. Teos kuvaa kulttuurikuraattori-opintojeni lopputyötä Puita ja Polkuja, joka toteutettiin Psykiatrian klinikassa, Muurolan sairaalassa v. 2002. Posterin suunnittelun olen tehnyt yhdessä tyttäreni, tait.yo. Miia Tervon kanssa.

Yhteystiedot

Seija Vauramo
0442105005
Ounasvaarantie 6 A 7
96400 Rovaniemi
seijavauramo@suomi24.fi

ProMenPol – TYÖKALUJA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEEN

EIJA STENGÅRD, ANETTE ENGSBO & NINA JUTILA

Hyvä mielenterveys on tärkeä voimavara yksilöille, perheille ja yhteisöille ja se vaikuttaa myönteisesti koko yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen. Mielenterveyttä luodaan ja ylläpidetään arkipäivän tilanteissa mm. kotona, kouluissa ja työpaikoilla. Mielenterveys on osa terveyttä ja siten ensiarvoisen tärkeää yksilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta.

Mielenterveyden edistämisellä pyritään saamaan aikaan yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Tavoitteena on suojella, tukea ja ylläpitää emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia sekä luoda olosuhteita, jotka mahdollistavat psyykkisen ja psykofyysisen kehityksen, joustavan sinnikkyyden, pärjäämisen ja voimaantumisen.

ProMenPol-hanke tukee EU:n poliittisia tavoitteita mielenterveyden edistämiseksi. Hankkeen tarkoituksena on vaikuttaa laajasti mielenterveystyön eri toimijoihin kehittämällä toimintatapoja, jotka tukevat tiedonlevitystä, päätöksentekoa ja käytännön työtä. Hanke toteutetaan yhdeksän eurooppalaisen partnerin yhteistyönä vuosina 2007–2009 Euroopan komission kuudennesta puiteohjelmasta myönnettyllä rahoituksella.

Hankkeen tavoitteena on:

- etsiä ja uudistaa tapoja edistää mielenterveyttä kolmessa eri toimintaympäristössä: kouluissa, työpaikoilla ja ikääntyneiden asumispalveluissa
- luoda selkeä tiedonhallintajärjestelmä mielenterveyden edistämistä koskevan tiedon, viitejulkaisujen ja Internet-linkkien käytön helpottamiseksi
- luoda mielenterveyden edistämisen tietopankki Internetiin
- arvioida tietopankin käyttökelpoisuutta ja toimivuutta.

ProMenPol-hankkeen tuotoksena on luotu tietopankki, joka sisältää mielenterveyden edistämisen työkaluja koulujen, työpaikkojen ja ikääntyneiden asumispalveluiden käyttöön. Työkalut on koottu kaikille avoimeen tietopankkiin Internetiin (www.mentalhealthpromotion.net). Tietopankki sisältää kaksi osaa. Laajempaan osaan tallennetaan kaikki käyttökelpoiseksi arvioidut työkalut ja niistä parhaaksi arvioidut valitaan varsinaiseen työkalupakkiin. Työkalut soveltuvat niin päätöksentekijöiden, tutkijoiden kuin työntekijöiden käytettäväksi.

Tietopankki sisältää englannin-, saksan-, hollannin-, viron-, suomen- ja ruotsinkielisiä työkaluja. Siitä voi tehdä erilaisia hakuja esimerkiksi kielen tai toimintaympäristön mukaan. Tietopankki on parhaillaan koekäytössä. Saadun palautteen perusteella sitä muokataan vuoden 2009 aikana.

Kirjallisuus

- Kiikkala, I. (2006). Hyvä elämä – hyvä mieli. Suomen Mielenterveysseura. Lieto.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (2004). Mielenterveystyö Euroopassa. STM:n selvityksiä 2004:17. Helsinki.

Yhteystiedot

Eija Stengård
 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
 WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus
 PL 220, 00531 Helsinki
 puh. 09 3967 2460, 040 5188959
 e-mail: eija.stengard@thl.fi

LAPIN MIELENTERVEYSHANKKEET

JORMA POSIO, MARJA-SISKO TALLAVAARA

Lapin sairaanhoitopiirin alueella toteutetaan vuosina 2007–2009 sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntien rahoittamana kahta kehittämishanketta: ”Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella” ja ”Lasten ja nuorten psykososiaalisten erityis- palvelujen seudullinen kehittäminen Lapissa”.

Hankkeet ovat jatkohankkeita vuonna 2006 aloitetuille hankkeille. Hankkeiden keskeisinä tavoitteina on hyvien ja toimivien toimintamallien kehittäminen Lapin erityisolosuhteisiin ja niiden juurruttaminen osaksi jokapäiväistä toimintaa.

Haasteena välimatkat, väestörakenne ja vähenevät resurssit

Koulutuksella vahvistetaan osaamista ja omavaraisuutta

Laitoshoidon on kallista ja kaukana. On välttämätöntä kehittää ehkäisevää työtä ja avohoitoa, niin että ihmiset saavat tarvitsemansa avun varhaisessa vaiheessa ja lähellä asuinympäristöään. Varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen tueksi hankkeet järjestävät monipuolista koulutusta. Järjestettävät koulutukset syventävät edellisillä hankkeilla aloitettuja koulutuksia. Tavoitteena on saada koulutettua Lapin alueelle menetelmäkouluttajia. Näin saadaan turvattua hyviksi todettujen työmenetelmien osaajia ja tekijöitä alueelle.

Teknologialla voitetaan välimatkat

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

Ryhmätoiminnoilla laatu ja säästöä

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

Suunnitelmilla selkeyttä ja sujuvuutta palvelutuotantoon

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

Hankkeiden toteutus

Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue
Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen
jorma.posio@lshp.fi

Hankkeiden kotisivut

www.lshp.fi

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Lasten ja nuorten psykososiaalisten erityis-
palvelujen kehittäminen
marja-sisko.tallavaara@poskelappi.fi

www.sosiaalikollega.fi/hankkeet

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESTRATEGIATYÖ OSALLISTUMISEN AREENANA?

– Pohjanmaa-hanke kuntien mielenterveys- ja päihdestrategioiden tukijana

Strategialla tarkoitetaan suunnitelmaa, jolla pyritään saavuttamaan tavoiteltu päämäärä. Kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiat ovat suunnitelmia siitä, miten mielenterveys- ja päihdeasiat kunnissa tulee hoitaa, jotta kuntalaiset voisivat mahdollisimman hyvin ja saisivat tarvitsemansa palvelut.

Pohjanmaa-hankkeessa strategiaproessin tukemisessa ja ohjauksessa on käytetty vaiheistettua prosessia, joka on joustava ja muunneltavissa paikallisten tarpeiden mukaan. Pohjanmaa-hanke toimii aktivoijana, verkostomaisen vuoropuhelun ylläpitäjänä sekä alueellisen ja paikallisen hyvinvointitiedon tuottajana. Hankkeen rooli on olla myös strategioiden suunnittelun, niiden toimeenpanon ja arvioinnin tukija.

Yhtenä tavoitteena Pohjanmaa-hankkeen tukemassa strategiatyössä on asiakas- ja kuntalaislähtöisyyden vahvistaminen. Suunnittelutyössä on, ammattilaisten ja päättäjien ohelle, pyritty nostamaan keskeiseen osaan palveluidenkäyttäjät, heidän läheisensä sekä kaikki kuntalaiset. Kuntalaislähtöisyyden vahvistaminen on käytännön strategiaprosessissa tarkoittanut mm. sitä, että kunnissa on kutsuttu kuntalaisia yhteiseen kuulemis- ja keskustelutilaisuuteen, jossa heillä on ollut mahdollisuus vaikuttaa strategiatyöhön jo sen alkuvaiheessa. Strategiatyöstä on pyritty aktiivisesti tiedottamaan sen kaikissa vaiheissa, ja kuntalaisille on annettu mahdollisuus kommentoida strategialuonnosta pitkin matkaa.

Tähän mennessä on yhden strategiaproessin yhteydessä kartoitettu Webropol-kyselyn (n = 38, vastausprosentti 34,86 %) avulla mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisten käsityksiä mm. siitä, kuinka hyvin strategiaproessi oli mahdollistanut omien mielipiteiden ja keskeisten huolenaiheiden esille tuomisen sekä siitä, oliko työskentely ollut moniammatillista ja ylisektoraalista. Pääosin työskentelytapaan oltiin tulosten perusteella tyytyväisiä. Kehittämiskohteina mainittiin mm. se, että erityisesti järjestötoimijoita tulisi saada enemmän mukaan työskentelyyn. Lisäksi tiedottamisessa strategiaprosessista on edelleen kehittämisen tarvetta.

Kokemusten perusteella haasteena on saada tavalliset kuntalaiset ja erityisesti mielenterveys- tai päihdepalveluiden käyttäjät mukaan suunnittelutyöhön. Mielenterveys- ja päihdekysymyksiin liittyy edelleen paljon ennakkoluuloja ja leimautumisen pelkoa, mikä voi osaltaan vaikuttaa siihen, etteivät kuulemistilaisuudet tai kommentointipyyntöt ole saaneet aikaan suurta kiinnostusta. Jatkossa yhä enemmän täytyy kiinnittää huomiota tiedottamiseen sekä löytää uusia väyliä kuntalaisten ja palveluiden käyttäjien osallistamiselle. Eräässä strategiaprosessissa kokeillaan jo nyt kohdennettuja potilas-/asiakashaastatteluja. Lisäksi on pohdittu keinoja lasten ja nuorten kuulemiseen, koska strategioissa huolenaiheet liittyvät usein lasten ja nuorten hyvinvointiin. Jotta voitaisiin ottaa käyttöön ja kehittää mahdollisimman vaikuttavia keinoja lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukemiseen, on perusteltua ottaa mukaan suunnittelutyöhön myös asiantuntijat eli lapset ja nuoret itse.

Lähde

Pohjanmaa-hanke (2007) Hankesuunnitelma. Pohjanmaa-hanke: Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen kolmen sairaanhoitopiirin alueella. 23.2.2007.

Yhteystiedot

Minna Laitila, Projektikoordinaattori, Pohjanmaa-hanke/SONetBOTNIA, Kauppakatu 1, 60100 Seinäjoki
Puh: 040-8304131, email: minna.laitila@seamk.fi

KARTOITUSKYSELYSTÄ VALMIISEEN TOIMINTAMALLIIN

TUULA LÖF

Prosessin eteneminen Pohjanmaa-hankkeen työssä yritysten työhyvinvointia edistävissä asioissa

Pohjanmaa-hanke suoritti tammikuussa 2008 kartoituskyselyn työhyvinvoinnin käytännöistä vähintään 10 henkilöä työllistävälle yrityksille Keski-Pohjanmaan, Pohjanmaan ja Etelä-Pohjanmaan maakunnissa. Aluksi suunniteltiin kysymykset yhteistyössä Työterveyslaitoksen kanssa. Keskeisin tieto, jota lähdettiin hakemaan, oli erilaisten työhyvinvointiin liittyvien käytäntöjen kehittämisen tilanne. Neljä vaihtoehtoa olivat:

1. Yhteisesti sovittu työkyvyn varhaisen tuen käytäntö/malli/ohjelma
2. Sairauspoissaolon jälkeen työhön paluun käytäntö/malli/ohjelma
3. Epäasiallisen käyttäytymisen/häirinnän (työpaikkakiusaamisen) ennaltaehkäisyyn käytäntö/malli/ohjelma
4. Päihdeongelman hoitoonohjauskäytäntö/malli/ohjelma

Seuraavassa vaiheessa hankittiin yritysten osoitteet ja suoritettiin muut valmistelutoimet, kuten saatekirjeiden kirjoittaminen, kopiointi, materiaalin kääntäminen ruotsiksi ja postitus.

Määräaikaan palautettujen vastausten (118 kpl, vastausprosentti 19) analysointi aloitettiin. Analyysin tuloksena saatiin kuva yritysten tämänhetkisestä tilanteesta, tarpeista ja toiveista. Mallien puuttuminen oli varsin tavallista. Tältä pohjalta suunniteltiin pilottityö Yrityksen toimintaperiaatteet päihdekysymyksissä – toimintamallin laatimiseksi. Pilottirytykset valittiin vastanneista yrityksistä, jotka toivoivat käytännön suunnitteluapua. Mukaan tulivat metalli-, vene-, kuljetus-, energia- ja tekstiilialan yritykset sekä yksityinen päiväkotitoiminta. Ohjaustyöhön palkattiin henkilö, jolla on päihdeterapeutin ja päihdetoimintastrategian koulutus. Hänellä oli myös käytössään materiaalipaketti, mikäli yritykset halusivat siitä tukea toimintaohjelman kirjoittamiselle.

Ohjaustyössä käytettiin samaa toimintamallia kaikissa pilottirytyksissä. Ensimmäisen yhteydenoton jälkeen sovittiin, että yrityksen johto kutsuu koolle työryhmän (tavallisimmin työsuojelutoimikunta), jonka kokoontumisiin ohjaaja osallistui kolme kertaa (alkuinfo, toinen ohjaus ja kirjoitetun tekstin viimeistely). Varsinainen päihdekysymysten toimintamallin työstäminen ja kirjoittaminen oli yritysten tehtävä – ohjaavan henkilön rooli oli konsultatiivinen. Tuloksena syntyi yrityksen oma toimintasuunnitelma/malli, joka oli valmis työväline käyttöön. Tämän jälkeen kukin yritys tiedotti koko työyhteisölle toimintasuunnitelmasta. Samalla sovittiin, että suunnitelma käydään yhdessä läpi ja päivitetään jatkossa säännöllisesti.

Yhteystiedot

Tuula Löf, tuula.lof@kpshp.fi
<http://www.pohjanmaahanke.fi>

MIELENTERVEYSPOTILAIEN SUUN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

KRISTIINA KOSKINEN

Tutkittua tietoa mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuollosta Suomessa ei juurikaan ole. Terveydenhuoltotutkimuksessa ”Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002” (Marja-Liisa Haavio - Heikki Murtomaa - Sakari Lankinen) ilmeni, että mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuoltoa kehitettäessä tulisi panostaa erityisesti ehkäisevään toimintaan. Psykiatristen potilaiden ohjausta ja neuvontaa, suuhygienistin käyntejä osastoilla sekä henkilökunnan koulutusta pidettiin tärkeänä. (Suomen Lääkärilehti 41/2005, vsk. 60, ss. 4141, 4143.)

STM:n rahoittamaa Suun terveydenhuolto Sateenvarjo -nimistä projektia vuosille 2007–2009 hallinnoi Vantaan kaupunki. Projektin päätavoitteena on kehittää mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuoltoa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa Keravalla ja Vantaalla. Kumppaneita Vantaan ja Keravan kaupunkien lisäksi projektissa ovat HUS, Helsingin yliopisto ja Omaiset mielenterveystyön tukena Ry.

Projektiin on palkattu kaksi suuhygienistiä ja yksi HYKS:n psykiatrian Peijaksen kuntoutuskeskuksen sairaanhoitaja. Projektissa laadittu moniammatillinen suuhygienisti-toimintamalli on perustana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suun hoidon toiminnassa. Mallissa potilaalla on 3–4 käyntiä suuhygienistin vastaanotolla.

Vantaan kaupungin tutkimus-osiossa tarkastellaan mielenterveystyötä tekevän henkilöstön suun terveydenhuoltoon liittyviä arvoja ja asenteita. Tutkimuksesta vastaa johtava ylihammaslääkäri Jorma Suni. Keravan klininen tutkimusosio tarkastelee nuorten 17–35-vuotiaitten mielenterveyspotilaitten suun terveyttä, hoidon tarvetta ja palvelujen käyttöä. Tutkimuksesta vastaa ylihammaslääkäri Kirsi Peltola-Haavisto. Sekä Vantaan että Keravan tutkimukset toteutetaan yhteistyössä Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen kanssa.

Kyselyn pohjalta on mielenterveysalan henkilöstölle laadittu koulutusohjelma suunhoitoon liittyvien valmiuksien lisäämiseksi. Kuntoutuskeskuksen vantaalaisista potilaista niille, joiden ensimmäisestä psykoosista on alle kymmenen vuotta ja jotka ovat alle 50-vuotiaita, tarjotaan mahdollisuutta osallistua suun terveydenhuollon sateenvarjo-projektin mini-interventiona toteutettavaan hoitokokeiluun. Sen viitekehyksinä ovat mm. muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu. Hoitokokeilussa selvitetään ko. potilaiden sekä halukkuutta että hakeutumista suunhoitoon, henkilökohtaisen vastuunoton muutosta ja akuuttien hammashoitojen määrän muutoksia.

Projektissa on kehitetty erikoissairaanhoidon lähete suun terveydenhuoltoon ja kuntoutuskeskuksen sairaanhoitaja täyttää sen yhdessä potilaan kanssa. Suun terveystarkastuksen perusteella potilasta ohjataan ja motivoidaan hänen omien voimavarojensa, tavoitteittensa ja suuhygienisti-toimintamallin mukaisesti. Projektissa valmistettu opas ”Huolehdi hampaistasi – vahvista terveyttäsi” on koekäytössä hoitokokeiluun osallistuvilla kuntoutuskeskuksen potilailla.

Yhteystiedot:

Kristiina Koskinen, email:kristiina.koskinen@vantaa.fi
p. +358503121949
Vantaa/soster/suun terveydenhuolto/sateenvarjo-projekti
Karsikkokuja 15, 4. krs., hallinto, 01360 Vantaa

ITHACA: KOKEMUSASIAANTUNTIJAT MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN ARVIOINNISSA

KRISTIAN WAHLBECK, MARKKU SALO

Kokemustutkijoiksi koulutetut mielenterveyskuntoutujat osallistuvat mielenterveys- ja päihdelaitospalvelujen kehittämiseen uudenlaisina kokemustutkijoina. He arvioivat laitos- ja asumispalveluiden laatua ja asukkaiden oikeuksien toteutumista Kokkolan seudulla osana EU:n terveysohjelman rahoittamaa ITHACA-hanketta.

Asiakkaan osallistaminen ja voimaantuminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tärkeimpiä tavoitteita. Mielenterveyskuntoutujilla leimautuminen, ennakkoluulot ja holhoava suhtautuminen ovat usein osallisuuden esteenä. Stakesin mielenterveysryhmän ja Mielenterveyden keskusliiton (MTKL) ITHACA-hanke voimaannuttaa palvelujen käyttäjiä ja saa heidän kokemuksestaan muutosvoimaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen.

ITHACA (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) on Euroopan komission terveysohjelman ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rahoittama kolmivuotinen (2007–2010) hanke. THL:n Vaasan alueyksikkö on vastuussa myös projektin eurooppalaisesta kokonaisarvioinnista.

Projektin päätavoitteena on parantaa laitoshoidon laatua ja ihmisoikeuksien toteutumista laitoksissa. Hanke on osa eurooppalaista verkostoa joka pyrkii levittämään hankkeen tunnistamat hyvät käytännöt Euroopan unionin alueelle. Keinona on kokemustutkijoiden käyttöä hoidon laadun arvioinnissa.

Hanke pilotoi laitoshoidon hyvien käytäntöjen arviointityökalua, jonka avulla arvioidaan ihmisoikeuksien ja terveydenhuollon toteutumista mielenterveys- ja päihdelaitoksissa ja mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa. Arviointityökalu perustuu YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaan yleissopimukseen (CRPD, 2006). ITHACA-työkalua on kehitetty yhteistyössä mielenterveyskuntoutujien kanssa, mm. Imatralla keväällä 2008 pidetyn fokusryhmäkeskustelun perusteella.

Kokemustutkijat tekevät päivän mittaisia käyntejä laitoksiin ja asumispalveluihin. Käyntien aikana kerätään työkalun avulla tietoa asukkaiden oikeuksien, ihmisarvon ja fyysisen terveyden-tilan turvaamisesta haastatteleamalla laitoksen asukkaita, henkilökuntaa ja johtoa. Kerätyt tiedot antavat yleiskuvan yksikön tilasta ja niiden pohjalta tunnistetaan hyviä käytäntöjä.

Hanke tukee palvelujen tuottajia siirtymään uuteen rooliin, arviointipalvelujen ja laatu- palvelujen tuottajiksi. Hanke toteutetaan yhteistyössä MTKL:n Yhteinen ymmärrys ja avunanto mielenterveystyössä (YYA) -hankkeen kanssa. YYA-hankkeessa on kehitetty ja pilotoitu mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kokemustutkija- ja -arvioitsijakoulutus. YYA-hankkeen tavoitteena on tukea myös mielenterveyskuntoutujien työllistymistä, luomalla edellytykset arviointipalveluja tarjoavan sosiaalisen yrityksen syntymiselle.

Lisätiedot ITHACA-hankkeesta verkossa

<http://groups.stakes.fi/MTR/FI/projektit/ithaca.htm> (Suomen hanke)

<http://www.ithaca-study.eu/> (kansainväliset sivut)

Yhteystiedot

Kristian Wahlbeck, LT, tutkimusprofessori, THL Vaasan alueyksikkö, kristian.wahlbeck@thl.fi

Markku Salo, YT, tutkimuspäällikkö, Mielenterveyden keskusliitto, markku.salo@mtkl.fi

NEUVOLA-SATEENVARJO

SIRPA KUMPUNIEMI, MARIA VUORILEHTO, KIRSI RIIHIMÄKI, LAURI KUOSMANEN

Tausta

Synnytyksen jälkeistä masennusta on noin 10–15 prosentilla äideistä. Äitien masennuksen varhainen tunnistaminen mahdollistaa kevyemmät hoidolliset interventiot ja turvaa lapselle mahdollisimman hyvät kehitys- ja kasvuolosuhteet.

Tavoite

Tavoitteena on tunnistaa synnyttäneiden äitien masennus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä tukea neuvolan työntekijöitä masentuneen äidin kohtaamisessa.

Menetelmät

Projektityöntekijänä neuvolassa työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja. Keskeiset työmenetelmät ovat:

- EPDS (Edinburgh Postnatal Scale) kyselylomakkeen systemaattiseen käyttöön ohjaaminen kaikissa Vantaan neuvoloissa
- Terveydenhoitajien bedside-opetus masentuneen äidin kohtaamisessa
- Terveydenhoitajien konsultaatio EPDS-seulassa korkeita pisteitä saaneiden äitien hoidon koordinoinnissa
- Depressiokoulu-ryhmien ohjaaminen
- Masentuneen äidin hoitopolun laatiminen, arviointi ja levittäminen koko Vantaalle
- Sosiaalitoimen ja päivähoidon mielenterveysosaamisen lisääminen kouluttamalla
- Depressiokoulun ohjaajakoulutuksen järjestäminen

Arviointi

EPDS-lomakkeen käyttöä ja korkeita pisteitä saaneiden äitien hoidon toteutumista seurataan. Psykiatrisen sairaanhoitajan toimenkuvaa neuvolassa arvioidaan kokemusten ja palautteen perusteella.

Yhteystiedot

Projektityöntekijä Sirpa Kumpuniemi, sirpa.kumpuniemi@vantaa.fi,
puh. 0400-657 460, www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti

PERHEARVIOINTI – PERHEIDEN VOIMAVAROJEN, VAHVUUKSIEN JA VAIKEUKSIEN ARVIOINTIMENETELMÄ

OLLI JÄPPINEN, MARJUKKA LAUKKANEN

Menetelmä nousee perheterapian kentästä ja perustuu yli kahdenkymmenen vuoden aikana Englannissa kehiteltyihin perhetyön menetelmiin ja lähestymistapoihin. Arnon Bentovim ja Liza Bingley Miller ovat johtaneet mallin kehittämistä. Perheen toimintakyvyn, voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä keskittyy perheen elämään ja keskinäisiin suhteisiin, sekä siihen miten ne vaikuttavat jokaiseen perheenjäseneseen. Arviointimenetelmän avulla perheen toimintakykyä, vahvuuksia ja vaikeuksia voidaan kuvata yksityiskohtaisesti. Menetelmän avulla pyritään tunnistamaan perheen kanssa ne vahvuudet, joiden varaan voi rakentaa ja ne vaikeudet, joita pyrimme lievittämään. Arviointoprosessin aikana käytetään menetelmiä, joilla kehitetään perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta. Perhearvioinnissa arvioidaan niin perhettä kokonaisuutena kuin sen jäsenten keskinäisiä suhteita. Arviointi perustuu prosessin aikana kerättyyn näyttöön ja sen analysointiin. Tukitoimia suunniteltaessa otetaan huomioon myös ne perheen ulkopuolelta tulevat tekijät, jotka haittaavat tai tukevat perheenjäsenten kykyä vastata lasten tarpeisiin. Perhearviointi voidaan toteuttaa perheen kotona tai toimistossa. SMS/Koulutuskeskuksessa käytetään, kehitetään ja koulutetaan Perhearviointimenetelmää.

Yhteystiedot

Olli Jäppinen
perheterapeutti VE
olli.jappinen@mielenterveysseura.fi

Marjukka Laukkanen
perheterapeutti ET
marjukka.laukkanen@mielenterveysseura.fi

ASIAKKAAN KOTI TERAPIATYÖN HAASTEENA

EIRA TIKKANEN

Kotikonteksti tarjoaa laajan ja välittömän kosketuspinnan asiakkaan elämän, kokemuksien ja terapeutin prosessin välille. Omassa luonnollisessa ympäristössään ihmiset eivät ilmaise ainoastaan suhdettaan ongelmaan vaan myös vuorovaikutustaan ympäristöönsä ja sen voimavaroihin. Kotona työskentely informoi monella tavalla terapeutista työskentelyä. Suomessa kiinnostus asiakkaan kotona toteutuvaan terapeutin työskentelyn mahdollisuuksiin sekä siihen liittyvään tutkimukseen ja koulutukseen on voimakkaasti lisääntymässä.

Kotona toteutuvan terapian lisäarvo

Kotona toteutuvan terapian on osoitettu olevan tehokasta sellaisissakin tilanteissa, joissa perinteiset auttamiskeinot eivät ole auttaneet tai tavoittaneet asiakkaita. Tehokkuus liitetään mm. ”ekologisen validiteetin” käsitteeseen, jonka mukaan ihmisen käyttäytymistä voidaan ymmärtää täysin ainoastaan hänen luonnollisessa kontekstissään. Lisäksi tehokkuus liitetään ns. ”yleistämisen ongelmaan” eli siihen, että vaikka asiakkaan käyttäytyminen muuttuu terapiatilanteessa tai hoitoympäristössä, muutos ei yleisty hänen omassa ympäristössään.

Työskentely asiakkaan kotona voi lähtökohtansa vuoksi (terapeutti menee asiakkaan ympäristöön eikä asiakas tule terapeutin työympäristöön) olla ”jotakin muuta ja enemmän” kuin vastaanotolla toteutuva terapia mikäli kotikontekstin mahdollisuuksia kyetään hyödyntämään. Kun terapeutti astuu asiakkaidensa maailmaan, hän **näkee ja kokee asiakkaidensa todellisuutta**. Terapeutti altistuu **informaatioankkureille**, jotka antavat elävän ja realistisen kuvan asiakkaan elämästä sekä erilaisen painoarvon arjen tapahtumille. Kotona terapia toteutuu **maksimaalisessa realiteettikontekstissa**. Elävissä, ”in vivo” tilanteissa esimerkiksi perheenjäsenet voivat terapeutin ohjauksessa soveltaa turvallisesti uusia käyttäytymis- ja vuorovaikutusmalleja omassa ympäristössään ilman harjoittelua keinotekoisessa ympäristössä. Kotiin voidaan rakentaa arkista toimintaa tukevia **toiminta- ja muutosankkureita**, jotka auttavat asiakasta/ asiakasperhettä pitämään kiinni ja yllä terapeutin muutoksia. Näitä ovat mm. erilaiset sopimukset, toimintasuunnitelmat ja tukiverkostot.

Kotona työskentelyn haasteet

Kun terapeutti saapuu asiakkaansa kotiin, hänen asemansa muuttuu. Terapeutilla ei ole samaa institutionaalista valtaa kuin omassa työympäristössään. Asiakkaan elämän yksityiskohtiin tutustuminen synnyttää läheisyyden tunteen, joka haastaa käsityksiä ammatillisuudesta, terapian rajoista ja käsitteistä. Kotona työskenneltäessä sosiaalisen vuorovaikutuksen normit ovat enemmän läsnä kuin vastaanotolla. Terapeutin hämmennys liittyy toimintaan kahdessa kontekstissa samanaikaisesti - ammatillisessa sekä kyläilyn kontekstissa. Terapeutin haasteena on ammatillisen rakenteen tuottaminen tavoitteelliseen, avoimeen ja tasavertaiseen yhteistyösuhteeseen. Tämä edellyttää sekä asiakkaalta että terapeutilta sitoutumista työskentelyn tavoitteisiin. Lisäksi terapeutti joutuu arvioimaan omia työskentelytapojaan, terapiaan liittyviä arvoja ja asenteita sekä kehittämään uudenlaisia toimintastrategioita.

Tutkimusta ja koulutusta

Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskuksessa kotona työskentelyn haasteisiin pyritään vastaamaan kliinisen työn, menetelmien kehittämisen sekä tutkimuksen ja koulutuksen kautta. Ammatillisena lisäkoulutuksena kehitetään ”Terapeuttinen työskentely asiakkaan kotona -koulutusta”. Lisätietoja www.koukes.fi.

Yhteystiedot

Eira Tikkanen, Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskus/Psykoterapiaklinikka
eira.tikkanen@mielenterveysseura.fi, GSM +358407432702

JÄRJESTÖLÄHTÖINEN KRIISIAPU SUOMEN MIELENTERVEYSSEURASSA

OUTI RUISHALME

- Onko sinulla itsetuhoajatuksia?
- Oletko huolissasi läheisesi hyvinvoinnista?
- Onko läheisesi kuollut?
- Pelkäätkö huomista?
- Ovatko ihmissuhteesi solmussa?
- Oletko eron partaalla?

Mielenterveysseuran kriisikeskusverkosto tukee ja auttaa

Avun hakemiseen riittää ihmisen oma kokemus avun tarpeesta. Kriisikeskuksista saa avun ilman lähetettä ja avuntarvitsija voi halutessaan asioida nimettömänä.

Järjestölähtöiseen auttamistyöhön kuuluu äkillisiin, vaikeisiin elämäntilanteisiin joutuneiden ihmisten auttaminen. Järjestölähtöinen auttamistyö sisältää:

- o ennaltaehkäisyä eli valistusta ja tiedotusta kriiseistä, selviytymiskeinoista, avun lähteistä
- o läsnäoloa ja keskusteluapua kriisitilanteessa kriisin aiheuttaneesta tapahtumasta ja tunteista
- o kriisikeskusteluissa autetaan asiakasta ymmärtämään tapahtunut ja sen merkitys tuetaan asiakkaan voimavaroja ja autetaan asiakasta pohtimaan ja löytämään vaihtoehtoisia ratkaisuja kriisistä selviytymiseen sekä aktivoidaan asiakkaan omia verkostoja tueksi vaikeassa elämäntilanteessa
- o hoitoon ohjaamista ja jatkotuen järjestämistä
- o asiakkaan tukemista ja auttamista kriisin jälkeen tekemiensä ratkaisujen toteuttamisessa ja elämän jatkamisessa
- o asiakkaan ohjaamista kriisikeskuksen ulkopuolelle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Asiakkaalle tarjotaan nopeaa apua kriisitilanteissa: tilanteen kartoitus, kriisikeskustelu ja tarvittaessa ohjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Kriisikeskuksessa ei tehdä diagnooseja vaan autetaan kriisikeskustelun keinoin ihmisiä selviytymään elämän kriiseistä. Kriisikeskusten järjestölähtöinen kriisiapu tarkoittaa käytännössä 1–5 tapaamista tai muuta kontaktia (puhelin- tai verkkoauttaminen).

Kriisikeskuksissa toimii myös vapaaehtoisia tukihenkilöitä mm. valtakunnallisessa kriisipuhelintyössä, yksilötukisuhteissa ja ohjaamassa ryhmiä.

Yhteystiedot

Outi Ruishalme, outi.ruishalme@mielenterveysseura.fi

JÄRJESTÖPANKKI – portti Pohjois-Suomen sosiaali- terveysalan järjestöjen toimintaan ja yhteystietoihin

MARKO PALMGREN

JÄRJESTÖPANKKI on portaali, jossa on noin sadan Pohjois-Suomessa toimivan sosiaali- ja terveysjärjestön yhteystiedot. Kaikki Pohjois-Suomessa toimivat sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat tervetulleita mukaan. Järjestöpankki on maksuton palvelu järjestöille.

IDEA on saada sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yhteystiedot helposti sekä kansalaisten että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttöön.

HAKUTOIMINNOLLA voi etsiä järjestöjä toiminta-alueen, toimialan ja kohderyhmän mukaan. Näin järjestötoimintaa löydetään kätevästi esimerkiksi kuntakohtaisesti mielenterveydestä.

TAPAHTUMAKALENTERISSA markkinoidaan järjestöjen järjestämiä ja järjestötoimijoille suunnattuja tapahtumia ja koulutuksia. Tapahtumakalenterin avulla järjestötiedotus tehostuu ja järjestöt voivat välttää päällekkäisten tapahtumien järjestämistä.

JÄRJESTÖN OMA SIVU on järjestön *käyntikortti*. Jokainen sosiaali- ja terveysalan järjestö saa maksutta oman kotisivun Järjestöpankkiin. Hakutoiminto ohjaa hakijan järjestön kotisivulle Järjestöpankkiin. Järjestöpankin kotisivulleen yhdistys voi rakentaa omat kotisivut tai käyttää sivua linkkinä esimerkiksi omille kotisivuilleen ja valtakunnallisen järjestön kotisivuille.

MITEN MUKAAN?

Lisätietoja Järjestöpankista ja siihen liittymisestä Järjestöpankin etusivulla osoitteessa: www.jarjestopankki.fi

KUKA TAUSTALLA?

Järjestöpankki on osa Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen www.sosiaalikollega.fi -sivustoa. Järjestöpankin kehittämisessä ovat olleet mukana Lapin sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yhteistyöhanke sekä Järjestötietöhanke-kokonaisuus. Molemmat hankkeet on toteutettu Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella.

Yhteystiedot

Marko Palmgren
suunnittelija

Lapin sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yhteistyöhanke
Myllärintie 35
96400 Rovaniemi
p. 044 734 1717
email. etunimi.sukunimi@nuorten-yst.fi

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURAN VARHAISKUNTOUTUSTOIMINTA

REIJA NARUMO

Varhaiskuntoutus

Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutuksen tarkoitus on vaikeiden elämäntilanteiden ja erilaisten kriisien jälkeen ennaltaehkäistä sairastumista ja tukea selviytymistä ja toimintakykyä.

Kuntoutus mielletään usein hoidon jälkeiseksi toiminnaksi, mutta sitä järjestetään myös ennen hoidon tarvetta. Varhaiskuntoutus voi ennaltaehkäistä mm. yksinäisyyden syvenemistä. Varhaiskuntoutuksen viitekehys on psykososiaalisessa ajattelussa, ei lääketieteellisessä. Toisin sanoen ei haluta medikalisoida esimerkiksi surua, vaan pyritään pikemmin menetysten jälkeisten tunteiden normalisointiin, muutoksen mahdollisuuksien hakemiseen sekä osallisuuden vahvistamiseen

Varhaiskuntoutuksen ryhmät ja kurssit

Varhaiskuntoutus järjestää ammatillisesti ohjattuja ryhmiä ja kursseja. Internaattimuotoiset kurssit sisältävät 2–3 jaksoa vuoden aikana. Ryhmät kokoontuvat 10–20 kertaa noin kerran viikossa.

Toiminnan kohderyhmiä ovat:

- erilaisia traumaattisia kriisejä ja menetyksiä kohdanneet
- erilaiset katveryhmät, joille muut tahot eivät järjestä varhaiskuntoutusta tai sitä järjestetään tarpeeseen nähden liian vähän.

Kursseja ja ryhmiä järjestetään esimerkiksi:

- itsemurhan tehneiden läheisille
- äkillisesti läheisensä menettäneille
- masentuneille nuorille aikuisille
- yksinäisille ikäihmisille.

Kursseja järjestetään ympäri maata ja ryhmiä on pääsääntöisesti Helsingissä mutta myös muissa kaupungeissa. Ryhmiä järjestetään yhteistyössä mm. paikallisten kriisikeskusten kanssa sekä muiden kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Ryhmissä ja kursseilla on 8–10 osallistujaa ja kaksi ammattiohjaajaa. Pääsääntöisesti toimintaan osallistutaan, kun traumaattisesta tapahtumasta on kulunut aikaa noin vuosi.

Varhaiskuntoutuksen menetelmät:

- ryhmäkeskustelut
- ohjaajien alustukset (psykoedukaatio)
- toiminnalliset menetelmät
- rentoutus ja liikunta.

Toiminta ei ole psykoterapiaa, vaikka sillä voi ja usein on terapeuttisia vaikutuksia. Voimavara-suuntautuneisuus viitekehystenä tarkoittaa, että mm. menetysten käsittelyn lisäksi toiminnassa tuetaan selviytymiskeinojen löytymiseen ja tulevaisuuden näkymien avaamiseen. Se on ohjausta löytämään uusia näkökulmia mm. umpikujatilanteisiin. Varhaiskuntoutustoiminnassa on myös

palveluohjauksellinen elementti eli tuodaan esiin, mitä toimintaa tai palveluja osallistujille on alueellisesti tarjolla ja miten niiden pariin voi päästä.

Ryhmämuotoisen toiminnan lisäksi järjestään:

- yksilöllistä ohjaus- ja neuvontatapaamisia masentuneille nuorille aikuisille
- puhelinrinkejä mm. ikäihmisille (ryhmäpuhelut ohjaajan johdolla)
- suljettuja vertaisryhmiä Tukinettiin kurssin tai ryhmän jälkeen.

Yhteystiedot

Reija Narumo, reija.narumo@mielenterveysseura.fi

Posterinäyttelyyn osallistujat

<i>Nro</i>	<i>Tiivistelmän nimi</i>	<i>Tekijä</i>
1.	Maestro- kurssi nuorille	Kaisa Humaljoki
2.	Lukutupa	Seija Vauramo
3.	Nuorten hyvinvoinnin ankkurit Lapissa	Katri Kuusela
4.	ProMenPol – työkaluja mielenterveyden edistämiseen	Eija Stengård, Anette Engsbo & Nina Jutila
5.	Lapin mielenterveyshankkeet	Jorma Posio, Marja-Sisko Tallavaara
6.	Mielenterveys- ja päihdekuntouttajien asumispalvelujen kyselytutkimus	Liisa Rauhala
7.	Mielenterveys- ja päihdestrategiatyö osallistumisen areenana?	Minna Laitila
8.	Kartoituskyselystä valmiiseen toimintamalliin	Tuula Löf
9.	Mielenterveyspotilaiden suun terveyden edistäminen	Kristiina Koskinen
10.	ITHACA: Kokemusasiantuntijat mielenterveys- ja päihdepalvelujen arvioinnissa	Kristian Wahlbeck, Markku Salo
11.	Neuvola-sateenvarjo	Sirpa Kumpuniemi, Maria Vuorilehto, Kirsi Riihimäki, Lauri Kuosmanen
12.	Perhearviointi – perheiden voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä	Olli Jäppinen, Marjukka Laukkanen
13.	Asiakkaan koti terapiatyön haasteena	Eira Tikkanen
14.	Järjestölähtöinen kriisiapu Suomen Mielenterveysseurassa	Outi Ruishalme
15.	Järjestöpankki – portti Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan ja yhteistietoihin	Marko Palmgren
16.	Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutustoiminta	Reija Narumo